





# Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(Décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement  
le Jeudi 4 juillet 2019 à Poitiers  
par Fanny de Mouro

**Troubles du comportement des résidents d'un EHPAD porteurs de troubles cognitifs.  
Intérêt de la création d'une unité protégée avec espace de déambulation et jardin thérapeutique.**

## Composition du Jury

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

**Membres** : Pr Jean-Louis Senon ; Dr Pierrick Archambault ; Dr Jean-Paul Moreau

**Directeur de thèse** : Dr Jean-Paul Moreau

**Co-directeur de thèse** : Dr Marie Gruel


**LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGIARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

### **Professeuses émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

## REMERCIEMENTS

A Anthony, pour tout son amour. Je l'aime plus qu'hier et moins que demain.

A mes parents pour leur éducation et leur soutien à plein temps. A ma sœur pour sa douce présence et sa joie de vivre.

A mes grands-parents, ceux d'ici et ceux là-haut, pour leur motivation constante.

A Jo, pour qui je lève la tête aujourd'hui aussi. A ma marraine et mon parrain qui ont toujours été là.

A ma belle-famille, pour son accueil chaleureux et encouragements.

A ma famille du Portugal, qui est loin de ma vue mais près de mon cœur.

A Morgane, Roxane et Marine, pour notre vraie amitié.

A toutes mes copines de la faculté, avec qui je partage toutes les difficultés depuis le début, mais surtout des grandes joies. Que notre amitié perdure.

A toutes les équipes médicales que j'ai pu rencontrer, que ce soit le personnel ou les patients, qui m'ont tant donné.

Aux co-internes avec qui j'ai partagé les doutes et rires, grâce à vous l'internat fut plus léger.

A l'équipe de santé voyages de Bordeaux (F.M.I connection) qui m'ont soutenu lors de la dernière ligne droite.

A Docteur Bravin et Docteur Rodeau qui m'ont accueilli chez eux, loin de l'hôpital et près des patients.

A ma tutrice Docteur Legeay et a son authenticité qui m'a propulsé vers l'avant.

A l'équipe de l'EHPAD « Le Roch », à leur courage et bonne humeur. Grâce à vous, ce travail peut voir le jour. A Madame Delattre et ses élèves du CFA de Blanquefort, qui ont contribué pour la création du projet.

A Pr Ibazizen et Pr Garnier, ainsi qu'à leurs élèves, Duret B, Geoffroy C et Morillon V, qui ont cru au projet et l'ont valorisé.

A Françoise Moreau, pour sa précieuse aide en anglais et son enthousiasme.

## **Au directeur de thèse**

**Monsieur le Docteur Jean-Paul Moreau**

Médecin généraliste

Médecin coordonnateur de l'EHPAD « Le Roch »

Je vous remercie de m'avoir proposé ce beau projet. J'aimerais vous exprimer ma reconnaissance et mes sincères remerciements pour tout le partage de connaissances, valeurs, et joie de vivre. Marie de Hennezel, disait que « ce que donne l'âge c'est la jeunesse du cœur ».

Le livre que vous avez écrit « Médecin en général », dont la participation contribue au maintien de ce jardin vivant, résume à la fois le passé de votre investissement en tant que médecin, et le futur de votre graine (c'est le cas de le dire) d'écrivain.

Vous trouverez ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde estime.

## **A la co-directrice de thèse**

**Madame le Docteur Marie Gruel**

Praticien hospitalier au CH de Jonzac

Gériatre

Responsable de l'Unité Cognitivo-Comportementale de Jonzac

Je vous remercie pour votre soutien et votre bienveillance dès le début de ce projet. Votre regard d'expérience et de vécu auprès des patients et des familles a été essentiel pour la réalisation de ce travail. Votre patience et vos conseils m'ont permis d'avancer sereinement. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

## **AUX MEMBRES DU JURY**

### **Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon**

Professeur émérite

Psychiatre des adultes

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en ayant accepté la présidence de ce jury.  
Veuillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **Monsieur le Docteur Pierrick Archambault**

Maître de Conférence associé de médecine générale

Je tiens à vous remercier d'honorer notre travail de votre attention en acceptant de participer au jury de thèse.

Puissez-vous trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

## **AU PRÉSIDENT DU JURY**

**Monsieur le Professeur José Gomes da Cunha**

Professeur des Universités de médecine générale

Médecin généraliste

Je suis honorée que vous ayez accepté de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici mes sincères remerciements et le témoignage de mon profond respect.

« Il ne suffit pas de rajouter des années à la vie, mais de la vie aux années. »  
Monsieur le Docteur Jean-Paul Moreau  
*Médecin en général*

« Rien n'est jamais fini, il suffit d'un peu de bonheur pour que tout recommence. »

Emile Zola

## TABLE DES MATIERES

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>15</b>
<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>16</b>
1. La personne âgée en E.H.P.A.D .....	16
a. Les troubles cognitifs .....	17
b. Les troubles du comportement perturbateurs.....	18
c. Les comorbidités.....	20
d. Traitement médicamenteux.....	21
2. Les thérapies non médicamenteuses .....	23
a. Le jardin thérapeutique .....	24
b. Autres thérapies non médicamenteuses .....	26
3. L'accompagnement en E.H.P.A.D.....	27
a. Le soignant en EHPAD.....	27
b. L'aidant .....	28
c. L'unité protégée et l'UCC .....	29
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>32</b>
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	<b>35</b>
1. Type d'étude.....	35
a. Objectif principal .....	35
a.1. Echelles cliniques utilisées .....	36
b. Objectif secondaire.....	37
b.1. Echelles cliniques utilisées.....	38
2. Population étudiée .....	38
3. Recueil de données .....	39
4. Analyses statistiques.....	39
<b>III. RÉSULTATS</b> .....	<b>40</b>
1. Caractéristiques de la population .....	40
2. Objectif principal .....	41
a. Comparaison M0/M6, M6/M12 et M0/M12.....	41
3. Objectif secondaire .....	42
a. Comparaison M0/M12.....	42
b. Données M0/M12.....	42

b.1. Contention physique, chutes et hospitalisations en UCC.....	42
b.2. Traitement médicamenteux .....	42
b.3 Albumine .....	44
4. A plus large échelle : ré-échantillonnage (bootstrap) .....	44
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>45</b>
1. Difficultés méthodologiques.....	45
2. Diminution de l'agitation chez la population étudiée après un an d'observation.....	46
3. Réduction des scores de NPI : les troubles du comportement et leur retentissement sur l'activité professionnelle des soignants. ....	47
4. Amélioration de la qualité de vie des résidents et allègement du fardeau des familles.....	48
5. Contention physique abolie et traitement médicamenteux réduit. ....	50
6. Le jardin thérapeutique de l'EHPAD « Le Roch » : un environnement vivant.....	51
7. Perspectives .....	53
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>60</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>71</b>

## ABRÉVIATIONS

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPD : Etablissement Public Départemental

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

FNAQPA: Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MA : Maladie d'Alzheimer

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MMSE : Mini Mental State Examination

NPI-ES : Neuropsychiatric Inventory, version Equipe Soignante

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptées

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence

TNM : Thérapies Non Médicamenteuses

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UP : Unité Protégée

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

## PRÉAMBULE

### 1. La personne âgée en E.H.P.A.D

Selon l'INSEE, entre 1985 et 2005, le pourcentage de français âgés de 60 ans et plus est passé de 18.1% à 20.8% de la population. D'ici 2040 le nombre de plus de 75 ans va doubler et celui des plus de 85 ans quadrupler. Le nombre de personnes de plus de 75 ans en 1980 était de 3 millions contre cinq millions aujourd'hui. Elles seront plus de six millions en 2020 et près de douze millions en 2050. L'espérance de vie en France stagne depuis 2016, elle reste la meilleure en Europe en ce qui concerne les femmes. (1) (2)

En France, les capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes progressent. Depuis 2008, le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a fortement diminué. Inversement, le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a considérablement augmenté. Ce changement radical dans la structure s'explique en premier lieu par des transformations d'EHPA non médicalisés en EHPAD et des conversions d'unités de soins de longue durée (USLD) en EHPAD. La médicalisation du secteur va de pair avec le vieillissement de la population accueillie : la proportion de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 et 2) s'accroît tangentiellement au sein de la population hébergée en institution.

En 2016, 85 % de la dépense de soins de longue durée aux personnes âgées est consacrée aux personnes hébergées en établissement. Cette dépense en établissement se répartit pour 11 % en soins en USLD et pour 89 % en établissements d'hébergement.(2)

L'âge est aussi un facteur prédictif de mise en institution. Avec le vieillissement et les comorbidités, l'entrée en institution augmente et se fait à un âge plus avancé (entre 85 et 90 ans).

C'est aussi l'âge de la grande prévalence Alzheimer (à 90 ans plus de 50% sont déments).

Les personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés représentent 900 000 personnes en France. Il y a 220 000 nouveaux cas par an. En institution, 66% ont une démence sévère (MMSE inférieur ou égal à 15). C'est une priorité actuelle de santé publique. (3) (4)

### **a. Les troubles cognitifs**

La démence (ou trouble neuro-cognitif majeur selon les nouveaux critères du DSM-V) est une affection chronique fréquente chez le sujet âgé. Le terme général de démence regroupe notamment les maladies d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA), constituées par la démence vasculaire, la démence fronto-temporale, la démence mixte et la maladie à corps de Lewy.

Selon le DSM-V, les critères diagnostiques de la démence sont :

A. Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base :

1. d'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ; et
2. d'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c'est-à-dire, au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures aggravées par l'informatisation ou la gestion des médicaments génériques).

C. Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium.

D. Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, le trouble dépressif majeur, la schizophrénie).

Ces critères peuvent s'accompagner ou non de troubles du comportement (symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie, ou autres symptômes comportementaux).

La sévérité des troubles neurocognitifs est classée en 3 catégories :

- Légère : difficultés avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple, les travaux ménagers, la gestion de l'argent).
- Modérée : difficultés avec les activités de base de la vie quotidienne (par exemple, l'alimentation, l'habillement).
- Sévère : complètement dépendant.

Le syndrome confusionnel peut se présenter chez une personne atteinte de troubles cognitifs. Il faut traiter la cause de celui-ci, qui présente une durée définie, avant d'approfondir le degré de sévérité des troubles neurocognitifs.

### **b. Les troubles du comportement perturbateurs**

Les troubles psychologiques et comportementaux sont nombreux, variés et posent des problèmes en institution.

L'agitation, l'agressivité, l'opposition aux soins et les troubles psychotiques sont fréquemment rapportés par les aidants naturels et par les soignants des institutions prenant en charge des personnes âgées. Ils font partie des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et peuvent être des signes de progression de la maladie. Ils sont en décalage avec le fonctionnement antérieur et doivent être considérés comme une composante à part entière des affections qui les sous-tendent.

**L'agitation** est définie comme une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée, considérée par un observateur extérieur comme non résultant d'un besoin ou d'un état de confusion. Il peut s'agir de cris ou de verbalisations stéréotypées. L'agitation comprend aussi les activités excessives et sans propos.

**L'agressivité**, qui peut être physique ou verbale, est un comportement qui est perçu par l'entourage du patient comme violent envers les personnes ou les objets. Elle est assimilée à une menace ou un danger pour l'environnement ou le patient lui-même. L'agressivité peut être la conséquence de l'agitation, mais peut aussi exister d'une manière autonome. (5)

La Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) est une échelle d'évaluation spécifique des manifestations d'agitation observées en institution. Les auteurs définissent l'agitation comme une « activité inappropriée qui n'est pas jugée par un observateur extérieur comme résultant directement des besoins ou de la confusion de la personne agitée » Ils distinguent

l'agitation physique et l'agitation verbale, chacune associées ou non à de l'agressivité. Vingt-neuf comportements d'agitation différents sont recensés. (6)

Cummings et ses collaborateurs ont conçu l'échelle NPI-ES (Neuropsychiatric Inventory, version équipe soignante), traduite en français par Robert et ses collaborateurs (7). Cette échelle évalue 12 domaines comportementaux parmi lesquels l'item Agitation/Agressivité.

Outre la répercussion sur le fardeau et la détresse de l'aidant, les SCPD sont des facteurs de risque d'institutionnalisation. Ils contribuent au déclin cognitif et altèrent la qualité de vie des patients. (8) (9)

Jusqu'à 90% des patients atteints de maladie d'Alzheimer (MA) peuvent présenter au moins un SCPD. (10) (11) L'agitation, l'agressivité, les déambulations, les réactions d'opposition aux soins, les troubles psychotiques ont une fréquence d'apparition entre 10 et 50%, et ont un retentissement fonctionnel important pour le patient. Ils constituent les symptômes les plus envahissants et les plus difficiles à gérer pour les aidants, les équipes, et les moins tolérés par les autres résidents.

Les modifications de l'environnement et le stress pourraient augmenter l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien, et ainsi être à l'origine de symptômes dépressifs et d'une augmentation de la détérioration cognitive. À l'inverse, l'amélioration des conditions de vie et les stimulations modérées, en modifiant la concentration des neuromédiateurs, peuvent améliorer les troubles du comportement. Le refus de soins de la part du patient est évitable par des traitements non pharmacologiques. D'où l'intérêt croissant de ces traitements. Ce domaine reste à explorer au niveau scientifique. Il existe peu d'études sur l'efficacité de ces approches, étant donné les difficultés méthodologiques. En effet, leurs faibles risques et la potentielle amélioration apportée leur offrent une place centrale dans l'assurance des soins. La rationalité des soins passe par la prise en compte des modalités adaptées pour éviter d'encourager l'utilisation des neuroleptiques, qualifiés de « camisolés chimiques ». La persistance des troubles du comportement est fréquemment vécue sur un mode culpabilisant par les équipes de soins, induisant un surinvestissement qui est une des sources de burn-out. (12)

### c. Les comorbidités

Les patients atteints de MAMA voient leurs comorbidités augmenter avec le degré de sévérité de la démence. Parmi les maladies chroniques, plus de 45% des patients présentent des affections musculosquelettiques, génito-urinaires et ORL, plus de 30% des affections cardio-vasculaires et plus de 25% des affections gastro-intestinales et endocrino-métaboliques. (13) (14)

Ces maladies chroniques évoluent parallèlement aux MAMA, ainsi que leurs complications, qui s'expliquent par l'interférence entre les deux. Sans prévention, la spirale infernale autour du syndrome gériatrique peut conduire au décès.

En institution, les soignants sont souvent confrontés à une situation de cascade pathologique pour les malades à un stade de démence très sévère, grabataires, peu ou non communicants, totalement dépendants, souvent porteurs d'escarres et présentant des troubles de la déglutition : la cause exacte de décès est difficile à repérer parmi les incidents répétés, les complications multiples, les troubles métaboliques.

Nous allons nous intéresser tout particulièrement à la dénutrition et aux chutes qui font partie du syndrome gériatrique. (15)

La dénutrition est un élément déterminant dans l'évolution de la maladie démentielle. Prenons l'exemple d'une personne âgée qui rentre en institution : le changement d'environnement et le fait que l'accès aux repas soit tributaire du soignant, entraîne une perte de poids. Ensuite, avec l'évolution des troubles cognitifs, la déambulation requiert plus d'apports. Le minimum nutritionnel basal n'est pas atteint. A cela, s'ajoutent les situations d'hypercatabolisme (chute, infections). Il existe donc une insuffisance d'apports qui peut être prévenue par les soignants. Si le nombre de soignants est suffisant, des repas fractionnés jour et nuit peuvent être donnés. Cette recommandation rentre dans le cadre des thérapies non médicamenteuses (TNM).

Concernant le risque de chute, celui-ci augmente avec la dénutrition. En effet, la force musculaire diminue avec l'aggravation de la sarcopénie qui entraîne d'abord des troubles de la marche puis conduit au décès, avec l'atteinte des muscles respiratoires.

La majoration du risque de chute lors de l'entrée en EHPAD des patients atteints de MAMA est multipliée par 4,1. Les autres facteurs de risque de chute sont l'existence d'antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, une hypotension artérielle orthostatique (souvent

iatrogène, aggravée par le fait que la modification du traitement ne se fera que suite au passage ultérieur du médecin), des troubles de la marche et de l'équilibre et des troubles moteurs. Les troubles comportementaux favorisent les chutes par des troubles du jugement, des troubles praxiques, des troubles attentionnels, des troubles visuospatiaux entraînant une mauvaise appréhension de l'espace. Les troubles de perception visuelle favorisent les chutes.

Les effets adverses des traitements sont fréquents chez ces patients. On retrouve principalement un effet sédatif des différentes molécules produisant des troubles de vigilance, un effet myorelaxant des benzodiazépines, une hypotension artérielle orthostatique liée à de nombreux psychotropes et un syndrome extra-pyramidal des neuroleptiques. Les thérapeutiques non médicamenteuses sont de plus en plus sollicitées, notamment les jardins thérapeutiques. Leur usage permet de maintenir une activité physique pour entretenir l'état musculaire, la fonction d'équilibration et favorisent la déambulation dans un environnement approprié. (14)

#### **d. Traitement médicamenteux**

Chez les patients atteints de MAMA ayant des SCPD, certaines stratégies médicamenteuses sont mises en place.

Les **antidépresseurs**, notamment les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, ayant un spectre d'action sur l'instabilité émotionnelle, l'anxiété, l'agitation ou les idées délirantes, seront préférés aux antidépresseurs tricycliques. Les inhibiteurs sélectifs et réversibles de la monoamine oxydase-A sont également efficaces sur la dépression et l'apathie.

Les **antipsychotiques** sont actifs sur les symptômes psychotiques, sur l'agitation et l'agressivité en cas de processus délirant sous-jacent. Les neuroleptiques conventionnels sont mal tolérés au cours des démences. Les antipsychotiques atypiques induisent moins d'effets délétères.

Les **anxiolytiques** peuvent être prescrits à des doses faibles et sur de courtes durées après avoir éliminé une cause somatique, relationnelle, psychologique ou iatrogène. Les molécules telles que l'oxazépam ou le lorazépam sont préférées pour leur demi-vie courte.

Les **hypnotiques non benzodiazépiniques** peuvent être prescrits sur de courtes durées, après un échec des mesures comportementales ou d'hygiène de vie.

Les **thymorégulateurs** peuvent être efficaces en cas d'agressivité et d'agitation. Un avis spécialisé préalable est souhaitable en raison de la fréquence des effets secondaires.

Enfin, quel que soit le médicament utilisé, il faut réévaluer fréquemment la sémiologie psycho comportementale et le rapport bénéfice/risque des thérapeutiques.

Depuis 2016, la HAS attribue aux médicaments spécifiques de la MA (EBIXA- mémantine, ARICEPT- donépézil, EXELON-rivastigmine et REMINYL-galantamine) une efficacité modeste, car il s'agit de médicaments à visée symptomatique qui ne modifient pas l'évolution de la maladie.

Au regard de l'absence de pertinence clinique de l'efficacité de ces médicaments et des risques de survenue d'effets indésirables, l'HAS considère que ces médicaments n'ont plus de place dans la stratégie thérapeutique.

La priorité est centrée sur un accompagnement global des patients et des aidants intégrant des approches non médicamenteuses notamment le soutien aux aidants familiaux.

Les traitements médicamenteux n'ont donc plus de place en première intention dans les soins des SCPD. Ils interviennent en deuxième ligne, si les mesures non pharmacologiques s'avèrent insuffisantes. (10)

En EHPAD, l'agitation aiguë sans maladie psychiatrique est souvent liée à un contexte réactionnel qui cède grâce à des mesures non pharmacologiques. La classe des benzodiazépines doit être utilisée en deuxième intention, dans la mesure où le risque de chutes et de confusion iatrogène suite à leur emploi est connu. (16)

La prévalence de la contention physique en USLD pour personnes âgées varie de 19% à 84,6%. Les facteurs les plus fréquemment associés à cette pratique sont l'agitation et l'agressivité, la perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, la crainte de chute, la sévérité de la démence. Cette pratique pourrait être évitée dans une majorité de cas par des TNM. (17)

## 2. Les thérapies non médicamenteuses

Des études démontrent que les interventions non médicamenteuses sont un élément essentiel dans la thérapeutique globale de la personne atteinte de MAMA, et plus spécifiquement dans la gestion des troubles du comportement.

Elles ont pour objectif l'amélioration du confort de la personne et la préservation de son autonomie. Celles-ci ont également une action bénéfique sur les proches.

Du fait des difficultés méthodologiques dans leur évaluation, la preuve de leur efficacité est peu démontrée.

Dès le début des années 2000, le rapport de l'ANAES (2003), ainsi que celui de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (2005), soulignent la nécessité de mener des essais cliniques randomisés et contrôlés pour statuer sur l'utilité de ces techniques dans la MAMA. (18)

Au niveau international (2010), un article collectif rend compte de l'efficacité des TNM sur les troubles associés à la MA avec une recension internationale des projets évalués. Les résultats de cette revue de la littérature permettent d'avancer l'efficacité des différents types d'interventions. Les auteurs soulignent néanmoins la faiblesse de ces études en termes de validité scientifique. Faiblesse qu'ils justifient, entre autres, par un manque de moyens financiers et de supports théoriques. (19)

Le bénéfice de plusieurs approches sociothérapeutiques (musicothérapie, réminiscence, relaxation, réorientation dans la réalité) a été évalué à l'aide de l'échelle NPI-ES. Une amélioration significative du niveau d'anxiété a été objectivée chez des patients atteints de MAMA à l'Unité Cognitivo Comportementale (UCC) du Centre Mémoire de Ressource et de Recherche de Lyon. (20)

Il existe aussi des modalités d'accompagnement individuel qui doivent être tentées et adaptées, y compris même dans les formes sévères. L'absence d'évidence scientifique ou de preuve d'efficacité de ces méthodes, a montré l'importance de promouvoir des études d'intervention dans ce domaine.

### **a. Le jardin thérapeutique**

Au niveau international, des études ont été réalisées, montrant un impact du jardin thérapeutique de manière significative sur l'agitation. Aux Etats-Unis Mark b. et al ont mesuré l'agitation via l'échelle de Cohen-Mansfield avant et après l'ouverture d'un jardin thérapeutique auprès de résidents avec une médiane de 80 ans et une moyenne de 80,71 ans. Ils ont observé une diminution significative de l'agitation. Du point de vue comportemental, le jardin thérapeutique a eu un effet bénéfique sur le sommeil, les interactions sociales, l'exercice physique et les réminiscences. Le personnel et les membres de la famille ont estimé que le jardin réduisait les comportements inappropriés et améliorait l'humeur ainsi que qualité de vie des résidents atteints de MAMA. Les auteurs ont conclu que des études supplémentaires seraient nécessaires pour explorer les avantages des jardins pour les résidents. (21)

La conception d'un jardin thérapeutique est évoquée dans une étude dans le Massachusetts. L'attitude des résidents envers le jardin, parmi cinq institutions est évaluée. Les auteurs énumèrent une liste de facteurs qui potentialisent l'accès au jardin pour les résidents. L'accessibilité doit être physique, psychique et visuelle. La qualité d'usage des espaces extérieurs ainsi que le sentiment de sécurité et d'intimité qu'ils procurent stimulent leur fréquentation. (22)

En Australie, Edwards C. et ses collaborateurs, élaborent une étude quantitative et qualitative sur 12 résidents en EHPAD exposés à un jardin thérapeutique 3 mois après sa construction. Les résultats montrent des scores moyens de qualité de vie augmentés de 10%, des scores moyens de dépression diminués de 11% et des scores moyens d'agitation diminués de près de 50%. Les entretiens avec les résidents, le personnel et les membres de la famille ont suscité des réactions positives, notamment des observations selon lesquelles le jardin thérapeutique avait amélioré la qualité de vie des résidents et réduit le niveau de stress du personnel et des familles. Les auteurs ont souligné qu'il est très rare que les établissements spécialisés dans la démence évaluaient systématiquement les changements environnementaux en termes de résultats pour leurs résidents et leurs employés. Lorsque des études d'évaluation furent entreprises, très peu d'études intégrèrent une mesure quantitative dans l'évaluation. (23)

En Angleterre, des chercheurs ont comparé le PAMIE test (physical and mental impairment), entre deux groupes de résidents comparables. Un groupe était exposé à un environnement extérieur et l'autre groupe non. Il a été constaté que l'utilisation d'environnements

extérieurs réduisait les comportements agressifs. En effet, l'observation des comportements a montré que l'environnement extérieur contribuait à réduire les frustrations et l'anxiété qui caractérisent toutes les démences. Les couloirs sans issue, les portes verrouillées et le surpeuplement créaient une frustration. Pour les résidents, le fait de pouvoir marcher aussi longtemps qu'ils le désirent, aide les résidents à utiliser leurs compétences résiduelles et à réduire les comportements autodestructeurs. Néanmoins, les auteurs évoquent également le manque de preuve scientifique avec des échelles validées. (24)

Des études concernant l'impact d'espaces extérieurs sur la MAMA, ont été menées dans les dix dernières années au Canada, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Il a été observé un effet positif sur l'agitation, les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD), les chutes, les prescriptions médicamenteuses et la qualité de vie. (25)

En France, le 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer (2008-2012) crée de nouvelles structures pour les patients atteints de la maladie : UCC, unités d'hébergement renforcée (UHR) et pôle d'activités et de soins adaptées (PASA). Le plan indique la nécessité d'y prévoir des jardins thérapeutiques. Des bénéfices physiques, psychologiques et sociaux de la présence d'espaces verts en milieu urbain ont été mis en évidence. Cependant, les jardins des établissements sont trop rarement adaptés aux patients atteints de la MAMA.

L'enquête menée en 2007 par Fontaine, à laquelle 992 unités Alzheimer ont répondu, a montré que la nécessité de disposer d'un espace de déambulation sécurisé pour les patients n'est que partiellement prise en compte : 82% des établissements disposaient d'un espace extérieur accessible, mais celui-ci n'était offert en libre accès que dans 43% des cas. La présence d'un jardin n'était pas citée comme un élément intégré au suivi des patients, son utilisation n'était jamais mentionnée dans l'offre de soins des établissements. (26)

L'UCC du CHRU de Nancy dispose d'un vaste jardin thérapeutique, le jardin « art, mémoire et vie ». Ce jardin est le fruit d'une collaboration pluridisciplinaire associant soignants, aidants, médecins, psychologues, rééducateurs, artistes, techniciens et artisans. Il a été constaté une amélioration de la qualité de vie des patients, de leurs aidants, ainsi que celle des soignants pour lesquels il contribue à la prévention du syndrome d'épuisement professionnel. Le jardin autorise une grande richesse de pratique d'activités courantes et familières faisant appel à la mémoire des schémas d'action, profondément ancrés dans la mémoire procédurale, et sa composante sensori-motrice. (26) (27) Au-delà de la démarche scientifique, la possibilité d'accéder librement à un environnement naturel adapté à ses

besoins peut être considérée comme un droit fondamental de chacun, quel que soit son lieu de vie. (27) (28)

### **b. Autres thérapies non médicamenteuses**

Les approches psycho et socio thérapeutiques auprès des résidents atteints de MAMA peuvent interrompre ou réduire les activités ou situations favorisant les SCPD. (29)

Celles-ci concernent la musicothérapie, l'aromathérapie, les thérapies assistées par les animaux ou encore la luminothérapie, citées dans les nouvelles recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et Médico-sociaux (ANESM). Le jardin thérapeutique regroupe ces approches dans un cadre naturel et propice à l'exploration des cinq sens par des ateliers divers (cuisine, jardinage, chant des oiseaux). (30)

Dans la littérature, au niveau de l'intervention multisensorielle, la **méthode Snoezelen** est de plus en plus développée en institution. Une diminution de l'agitation et de l'apathie est notée, lorsque la méthode Snoezelen est couplée aux mesures habituelles psycho-comportementales. Les limites de ce suivi restent organisationnelles puisqu'elles nécessitent un environnement dédié, un matériel adéquat et un personnel formé à l'utilisation du matériel. (31) (32)

La **médiation animale** redonne de l'estime de soi à la personne malade en la responsabilisant vis-à-vis de l'animal, et en lui renvoyant une image non détériorée d'elle-même. L'animal replace la personne au cœur de son environnement avec lequel elle est amenée à interagir, en mobilisant ses initiatives et son effort physique, ravive la mémoire lointaine et les souvenirs agréables et procure un apaisement qui peut aider à limiter l'usage des médicaments en institution. Les animaux suscitent chez les personnes âgées un travail de réactivation de la mémoire par des réminiscences d'expériences passées. Ils créent un environnement calme et rassurant, jouant un rôle dans l'apaisement des troubles du comportement. (33)

Une étude concernant la **musicothérapie** auprès de résidents atteints de MAMA, montre l'intérêt de cette TNM. Celle-ci peut contribuer à maintenir ou à réhabiliter les capacités cognitives et sensorielles fonctionnelles. Les compétences émotionnelles ainsi que sociales sont également sollicitées réduisant la gravité des troubles du comportement. (34)

### **3. L'accompagnement en E.H.P.A.D**

#### **a. Le soignant en EHPAD**

En institution, les résidents sont accompagnés par le soignant, maîtresse de maison, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, kinésithérapeute et le médecin coordonnateur. Ce dernier assure la communication entre les différents intervenants.

Au cours de l'hébergement, le médecin coordonnateur adapte, avec l'équipe et le médecin traitant, le projet de soins aux besoins et aux comportements du malade. Le résident et son entourage doivent être associés, de même que le médecin traitant qui garde son rôle auprès du résident.

La motivation et la plasticité soignante sont capitales. L'équipe se fédère autour du projet de soins. L'animation à l'EHPAD, selon la définition proposée par l'Académie française en 1972, indique qu'il s'agit d'une méthode de conduite d'un groupe qui favorise l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective. L'atelier permet une mise en commun de l'expérience de chacun, avec pour tous, une participation et des objectifs qui leur appartiennent : sollicitation, mobilisation des ressources du patient, pour lui permettre d'être davantage en interaction avec son environnement, et améliorer ainsi son bien-être. En effet, solliciter le malade, c'est lui redonner une place à part entière, lui préserver une certaine autonomie par la prise de décision, le valoriser et restaurer du plaisir. La réalisation d'ateliers thérapeutiques doit être clairement affichée, au sein de l'équipe soignante et pour les familles, comme une activité de soin à part entière.

La cohésion des équipes est fondamentale, mais il ne faut pas occulter le problème majeur qu'est le manque chronique de personnel, en raison de ratios insuffisants, d'un turn-over souvent massif et du manque d'attractivité de certains postes. Les équipes des USLD et des EHPAD sont particulièrement exposées aux conséquences somatiques et psychologiques de la charge de travail et de sa pénibilité. Par ailleurs, le stress éprouvé serait également responsable d'un renouvellement fréquent des équipes. La formation des soignants aux méthodes de communication a montré son efficacité sur le stress ressenti. Le comportement des soignants à l'égard d'une personne ayant des troubles de communication a un impact direct et significatif sur le patient. Leurs aptitudes à interagir avec le patient étant renforcées, la qualité de vie de l'un comme de l'autre peut être améliorée. (3) (35)

L'approche relationnelle est très difficile chez les résidents ayant des troubles du comportement. Le soignant doit être en bonne santé physique et mentale. Investir dans la relation humaine avec le malade est une prise de risque affective et personnelle.

L'accompagnement des SCPD relève du projet d'établissement. Le rôle des équipes soignantes est capital dans l'évaluation, la gestion et le suivi des SCPD. Par leur action, elles contribuent à améliorer la qualité de vie des patients et indirectement à permettre un meilleur fonctionnement de l'institution.

Les TNM constituent une ressource qui facilite le suivi des résidents par les soignants, permettant la diminution du syndrome d'épuisement professionnel. (36)

### **b. L'aidant**

L'accompagnement à domicile d'un malade Alzheimer peut induire une grande souffrance morale et psychologique de tout son entourage. Le fardeau familial est souvent d'emblée très lourd et la pénibilité maximale. Le regard des autres est aussi particulièrement préjudiciable. Le terme de « fardeau » peut être défini comme la charge que représente l'aide apportée à une personne présentant un syndrome démentiel, ou pour toute autre pathologie réduisant l'autonomie du patient. Les multiples facteurs de stress imposés à l'aidant conduisent au sentiment de fardeau. Il existe des outils permettant d'en évaluer la sévérité dont le plus répandu est l'échelle de Zarit.

En France, une enquête a démontré l'ampleur de l'aide informelle apportée aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Parmi les aidants de ces personnes âgées, 60% sont des aidants informels, ou naturels. Dans 90% des cas, ces aidants informels sont des membres de la famille. Ce rôle a des répercussions négatives sur leur qualité de vie, notamment en ce qui concerne la fatigue morale et le stress. (37)

L'entrée en institution définitive peut être un acte culpabilisant, quel que soit le lien affectif et l'histoire de la famille. La souffrance des familles s'exprime dans un EHPAD, en écho de celle des patients et des équipes. Face à ce bouleversement émotionnel que déclenche l'entrée en institution, après l'annonce du diagnostic quelques années auparavant, à ce réaménagement de l'économie familiale, les soignants ont un rôle capital : comprendre les attitudes, les questionnements et la douleur qui peut être ressentie. (3)

En effet, la détresse de l'aidant et la détérioration de sa relation avec le patient exacerbent les SCPD, lesquels constituent pour les aidants le fardeau principal. Les symptômes psycho-

comportementaux sont considérés comme responsables de l'épuisement de l'aidant et constituent la première cause d'entrée en institution.

Le soutien psychologique guide les aidants et permet de réduire les sentiments d'échec et de culpabilité. Des programmes d'information sur la maladie sont indispensables pour assurer le bien être, la sécurité physique du patient, à identifier les besoins ainsi que les diverses possibilités d'aide d'extérieure. L'organisation d'un réseau de soutien avec des aides extérieures apparaît plus efficace lorsque ces aides sont mises en place de façon préventive, réduisant le stress de l'aidant.

Le suivi du patient atteint de MAMA doit tenir compte de la dyade patient-aidant. D'où l'intérêt d'évaluer la qualité de vie des aidants. Au niveau international, il a été prouvé que l'accès dans un EHPAD à un espace extérieur augmentait la qualité de vie des résidents et par conséquent des aidants. (21) En France, ce domaine reste à explorer au niveau scientifique.

### **c. L'unité protégée et l'UCC**

Le plan Alzheimer 2008-2012 précise les bénéfices de la construction d'unités protégées : le nombre de résidents y est limité, l'espace y est adapté. L'unité protégée en EHPAD, sous réserve d'un ratio en personnel suffisant, permet de mieux prendre en charge les SCPD des résidents atteints de MAMA.

Les indicateurs de qualité de vie des patients ayant des troubles cognitifs majeurs ne sont pas bien validés. Or, il est nécessaire de baser les actions sur des critères scientifiques pour affirmer le bienfondé d'une pratique.

Les petites unités de soins Alzheimer sont encore trop peu nombreuses car elles font appel à des soignants volontaires et motivés. Se pose aussi le problème de la bonne gestion de ces établissements, de la qualité de l'encadrement.

S'occuper de malades atteints de troubles cognitifs, posant des problèmes comportementaux, implique le soutien des intervenants. Il est donc nécessaire de prévoir un temps de parole pour les soignants. (35)

La mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012 met en avant l'intérêt de la création des unités cognitivo-comportementales (UCC) dans les services de soin de suite et réadaptation gériatriques et en EHPAD : l'objectif est la prévention des situations de crise, afin de permettre le maintien des patients dans leur lieu de vie habituel à l'issue d'hospitalisations d'environ un mois. Ces unités proposent une prise en charge psycho-comportementale et

de la réhabilitation cognitive, associées à un soutien des aidants et à la mise en place de mesures médico-sociales adaptées. (38)

L'équipe pluridisciplinaire rassemble les compétences de psychologues-neuropsychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants de soins en gérontologie, neurologues, gériatres, géronto-psychiatres.

Une étude réalisée à l'hôpital des Charpennes, hospices de Lyon, a évalué via l'échelle NPI-ES, les troubles du comportement des patients lors de leur entrée à l'UCC, puis deux semaines après leur sortie. Elle montrait une réduction significative des troubles du comportement mais une évaluation à long terme sur un plus large échantillon reste à explorer.

En Charente-Maritime, la seule UCC du département se situe au CH de Jonzac. Madame le Docteur Marie Gruel, praticien hospitalier au CH de Jonzac, gériatre et présidente de la commission médicale d'établissement, explique le fonctionnement de l'UCC dans un article du quotidien Sud Ouest (2013), le fonctionnement de l'UCC. Ce lieu est destiné à l'accueil, en hospitalisation, des personnes atteintes de MAMA. Il s'agit de patients en situation de crise, le plus souvent liée à des SCPD. La question de l'épuisement de l'aidant familial est également abordée. Pendant le séjour, de trois semaines en moyenne, la thérapie plus efficace est recherchée. Celle-ci doit permettre la régression des troubles afin que le patient puisse retrouver un nouvel équilibre. L'ambition reste le retour dans le lieu de vie, qu'il s'agisse du foyer familial ou de l'EHPAD. Des éléments sont fournis pour comprendre et gérer ces troubles du comportement. La rencontre avec les aidants est primordiale. Ces échanges avec les aidants naturels, généralement familiaux, comme avec les aidants professionnels que peuvent être les personnels des EHPAD, les aides à domicile, les infirmiers, par exemple, font partie des missions de l'UCC. Afin de mieux accompagner le malade, le suivi en UCC permet également de donner un lexique de compréhension des troubles du comportement.

L'UCC promeut les TNM et vise la diminution de la contention chimique. Des ateliers de soins adaptés à chaque patient sont mis en place : ils sont destinés à stimuler le corps et l'esprit en faisant participer le patient. C'est donc aussi pour cette raison que les liens avec les aidants sont fondamentaux. Les personnes atteintes de MAMA sont perméables à la modification des repères.

Cependant, il n'existe pas de trouble du comportement stéréotypé. L'UCC accompagne les troubles au fil de leur évolution et octroie davantage de moyens sur les cas les plus compliqués.

## I. INTRODUCTION

L'espérance de vie de la personne âgée en France augmente. Le vieillissement est physiologique et la qualité de son accompagnement est aujourd'hui essentiel. Parmi cette population, 900 000 individus sont concernées par les MAMA. Les personnes atteintes de troubles cognitifs présentent pour la plupart des épisodes de troubles du comportement et d'agitation. L'entrée en institution est une étape de vie inéluctable pour une grande majorité, suite à l'épuisement de l'aidant principal. Le suivi de ces résidents doit être pluridisciplinaire, et selon les recommandations de l'HAS et du 3<sup>ème</sup> plan Alzheimer 2008-2012, les TNM sont à privilégier. Tout particulièrement, le jardin thérapeutique a montré son efficacité à l'étranger. En France, Cohen-Mansfield J. et al évoquent l'intérêt de cette TNM et insistent sur l'importance de développer la recherche en EHPAD pour bien établir cette efficacité. (39)

Notre étude s'est intéressée à la population de l'EHPAD « Le Roch » dont la moyenne d'âge est de 82.4 ans pour les hommes et 86.5 ans pour les femmes. Cet établissement fait partie de l'Établissement public départemental (EPD) "Les deux monts" à Montlieu-la-Garde et il est situé au belvédère de la Charente. Créé en 1852, ce lieu particulièrement ancré d'histoire, a été un petit séminaire jusqu'en 1905 (séparation de l'Église et de l'État), a servi de station sanitaire pour soldats tuberculeux et blessés puis est devenu un hospice et enfin un EHPAD. Cet ensemble a un passé et une âme, la façade de la grande chapelle au centre du bâtiment en style du XII siècle, en témoigne. (41) (42)

L'équipe attache une importance à l'individualisation de l'accompagnement des résidents, dans leur globalité, à leur rythme, en tenant compte de leurs possibilités et leurs besoins.

Dans cette approche et selon les recommandations du plan Alzheimer 2008-2012, un projet de construction d'une unité protégée au sein de l'EHPAD dotée d'un espace de déambulation avec accès à un jardin thérapeutique sécurisé, a été approuvé par la direction et l'ensemble des intervenants (les soignants, kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne et la maîtresse de maison). A l'initiative du projet, nous retrouvons le médecin coordonnateur, Monsieur le Docteur Moreau Jean-Paul, dont la participation active a conduit à l'aboutissement du projet. Des réunions explicatives et rassurantes pour les familles eu lieu avant le déménagement. Leur participation fut primordiale pour les résidents. Les soignants ont bénéficié d'une formation au jardin

thérapeutique par la Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées (FNAQPA).

Le projet a reçu le soutien des élèves du Centre de Formation d'Apprentis (CFA) de Blanquefort, le personnel de l'Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) qui perpétue, avec les soignants, la maîtresse de maison et les familles, l'entretien vivant de ce nouvel environnement. Le projet se fonde sur la reconnaissance et la valorisation de la personne. C'est dans les gestes du quotidien, dans les gestes retrouvés, dans la stimulation des sens et la fonction cognitive que se réalise l'accompagnement.

Les résidents atteints de MAMA occupaient le deuxième étage du bâtiment. Pour certains la contention physique était présente et l'accès à l'extérieur limité, voire absent. Cette limitation était d'autant plus ressentie par les résidents, que ceux-ci étaient, pour la plupart, issus du monde rural. Bien qu'équipé de chambres individuelles, le deuxième étage était impropre à la circulation des personnes ayant des troubles cognitifs : par exemple, l'accès libre aux escaliers constituait une source de crainte et stress pour les soignants.

A l'époque de la médecine factuelle, évaluer une thérapeutique non médicamenteuse a un double intérêt sur lequel il faut insister avec le travail de reminiscence et la diminution des troubles du comportement, par l'aménagement de l'environnement. La qualité de vie en France chez les personnes âgées est moindre que dans les pays nordiques et l'Allemagne, ce qui renforce également l'intérêt de notre étude, en agissant en amont des troubles du comportement.

Notre étude prospective observationnelle consistait au suivi de 20 résidents de l'EHPAD « Le Roch » atteints de troubles cognitifs, avant leur déménagement en Septembre 2017 puis six mois après, en Mars 2018 et enfin un an après, en Septembre 2018. La mesure quantitative a été réalisée via le recueil de quatre échelles validées scientifiquement : CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory), NPI-ES (Neuropsychiatric Inventory, version équipe soignante), Mini Mental State Examination (MMSE) et le GIR.

***L'objectif principal de cette étude a été de connaître l'intérêt d'une exposition sur le long terme à une unité protégée avec accès à un jardin thérapeutique, sur les troubles du comportement des résidents de l'EHPAD « Le Roch », atteints de troubles cognitifs.***

*De plus, nous avons apprécié le retentissement sur la charge de travail des soignants, la qualité de vie des résidents et le fardeau ressenti par les familles. L'impact sur la contention physique et chimique, le nombre de chutes et d'hospitalisations en UCC et sur le taux d'albumine ont été également abordés.*

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 1. Type d'étude

#### a. Objectif principal

Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle des troubles du comportement d'une population de résidents atteints de troubles cognitifs en utilisant, les échelles CMAI, NPI-ES, MMSE et le GIR réalisées avant leur déménagement en Septembre 2017 (M0), six mois après, en Mars 2018 (M6), puis en Septembre 2018 (M12).

Notre étude a comparé les périodes M0 et M6, M6 et M12 puis M0 et M12.

Les échelles NPI-ES, CMAI et le GIR, ont été complétées par les soignants des résidents. A M0, M6 et M12 les grilles d'évaluation ont été expliquées et distribuées. Chaque recueil s'étalait sur une durée de 3 jours. Nous avons complété les scores, de la même façon à chaque recueil, selon les réponses des soignants. Chaque recueil était effectué avec la présence d'au moins 4 soignants. Les troubles du comportement de la dernière semaine étaient rapportés.

Nous avons effectué la synthèse des données, de façon à pouvoir les consigner dans un tableur Excel et à effectuer les analyses statistiques.

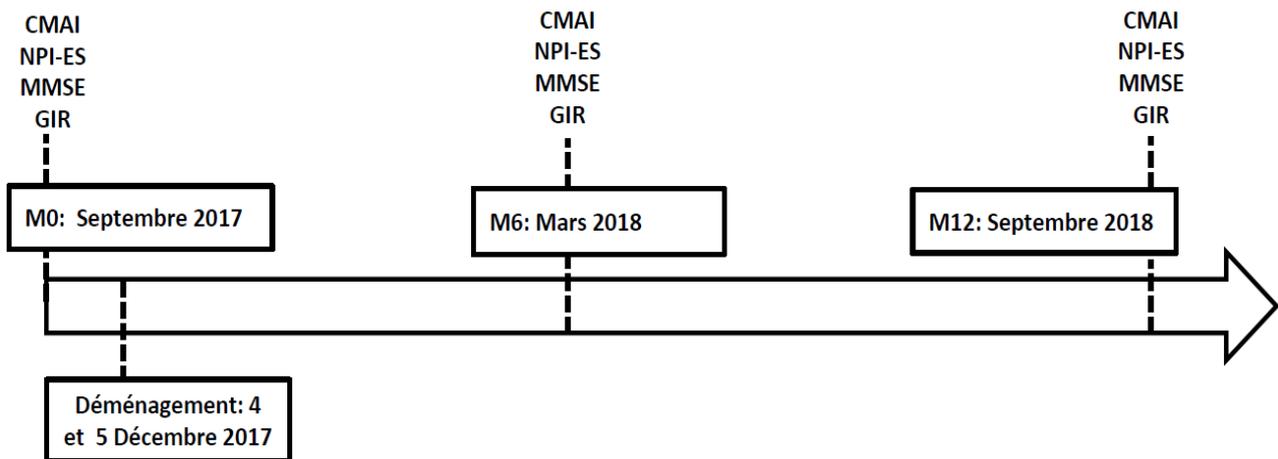
L'équipe du deuxième étage a suivi les résidents lors du déménagement en UP avec accès au jardin thérapeutique. Les évaluations des échelles à M0, M6 et M12 ont été réalisées par les mêmes soignants.

L'étude a été expliquée en détail à l'ensemble de l'équipe médicale.

Avant le déménagement, la psychologue a défini les MMSE Non Applicables (NA) pour un score < 10. Sur les 20 résidents, 9 avaient un MMSE NA.

Après avoir obtenu l'accord des familles, de l'équipe soignante et des résidents, nous avons effectué un MMSE à M0, M6 et M12.

La procédure est résumée dans la figure 1 ci-dessous.



**Figure 1: Déroulement de l'étude. Mesure des échelles de l'objectif principal à M0, M6 et M12**

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory ; NPI-ES (Neuropsychiatric Inventory, version équipe soignante);  
MMSE: Mini Mental State Examination; GIR: groupe iso-ressources

### a.1. Echelles cliniques utilisées

La **CMAI** est une échelle d'évaluation spécifique des manifestations d'agitation observées en institution. Elle évalue l'agitation physique et l'agitation verbale associée ou non à de l'agressivité. Vingt-neuf comportements d'agitation différents sont recensés.

Cette échelle dont le score maximal est de 203 permet d'évaluer l'état d'agitation. Plus le score est élevé, plus l'agitation est intense.

Le **NPI-ES** a été utilisé pour l'évaluation des SCPD.

L'échelle comporte douze items se rapportant à chacun des troubles du comportement. Chaque trouble est apprécié selon sa fréquence (cotée de 1 à 4, de rarement à très souvent), sa gravité (cotée de 1 à 3, de légère à importante) et son retentissement (coté de 0 à 5). Le score pour chaque item est le produit des 2 premiers critères (fréquence et gravité). Le score total du NPI est donc compris entre 0 et 144. Un score supérieur à 24 est considéré comme pathologique.

Le **MMSE** a été mesuré pour évaluer le degré de sévérité des troubles neurocognitifs :

- Forme débutante ou légère de la maladie où l'on observe essentiellement les troubles mnésiques. L'autonomie est à ce stade peu altérée, le patient étant en mesure de vivre seul chez lui (MMSE entre 18 et 26).
- Forme modérée, où les troubles mnésiques s'associent de façon évidente à une atteinte des autres fonctions cognitives (MMSE entre 10 et 18).
- Forme sévère où l'importance des troubles cognitifs est à l'origine d'une dépendance dans les actes de la vie quotidienne. A ce stade, les troubles du comportement sont fréquents (MMSE inférieur à 10)

Le **GIR** (groupe iso-ressources) a permis d'évaluer la perte d'autonomie, de GIR 1 (personne confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue des intervenants) à GIR 6 (personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante).

### **b. Objectif secondaire**

Nous avons recueilli les données à M0 et M12.

Notre étude a comparé les groupes entre les périodes M0 et M12.

Les données recueillies à M0 et M12 étaient:

- Le nombre de chutes depuis l'entrée à EHPAD
- Les hospitalisations en UCC depuis l'entrée en EHPAD
- Les traitements : anxiolytique, anti-dépresseur et anti-psychotique
- La contention physique : présence ou absence
- Dosage du taux d'albumine au cours de la dernière année

Pour l'évaluation de l'échelle de Zarit et l'échelle de qualité de vie, nous avons procédé à un appel téléphonique standardisé sur les 3 jours des recueils M0 et M12.

Les données ont été consignées de façon anonyme directement dans un tableau Excel.

La procédure est résumée dans la figure 2 ci-dessous.

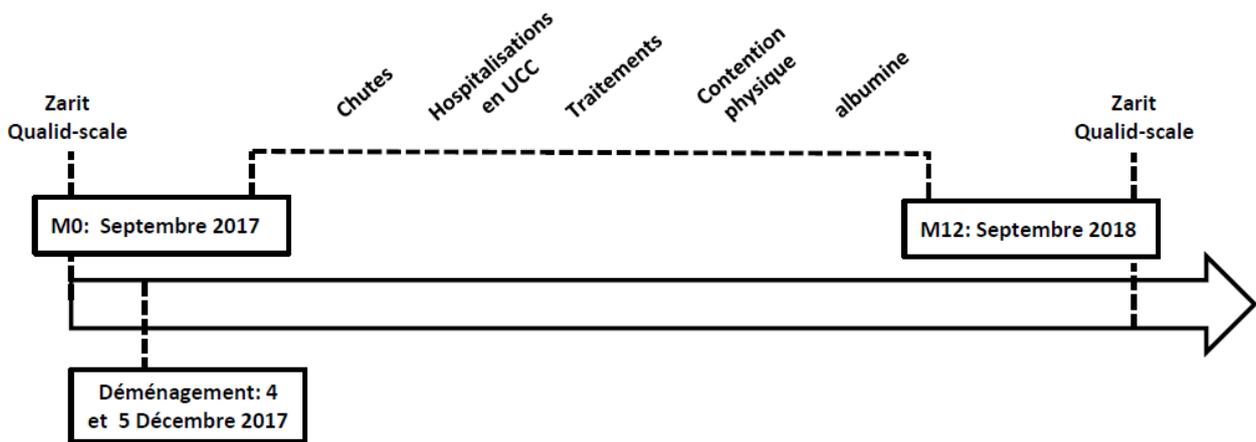


Figure 2: Déroulement de l'étude. Mesure des échelles de l'objectif secondaire à M0 et M12

### b.1. Echelles cliniques utilisées

L'échelle de Zarit est un outil validé pour évaluer la sévérité du fardeau de l'aidant. Plus le score est élevé, plus le fardeau est important (score inférieur à 20=charge faible ; entre 21 et 40=charge légère ; entre 41 et 60=charge modérée ; supérieur à 61=charge sévère).

Pour l'évaluation de la qualité de vie, l'échelle Qualid Scale a été utilisée que nous-avons traduit en français. Composée de 11 items, cette échelle est simple d'utilisation et elle est adaptée aux résidents ayant un MMS<10 car il s'agit d'une hétéro-évaluation par les proches. Plus le score est faible (11 à 55), meilleure est la qualité de vie.

## 2. Population étudiée

**Critères d'inclusion :** Afin de constituer un groupe homogène, nous avons choisi de limiter le nombre à 20 résidents qui déménageaient. Les résidents devaient présenter des troubles cognitifs associés à une MAMA. Pour être éligibles, ils devaient être âgés de 65 ans et plus, résidant dans l'établissement depuis au moins 3 mois, suivis par les mêmes soignants depuis au moins 2 semaines.

**Critères d'exclusion :** patients refusant ou dont l'entourage refuse la participation à l'étude. Patients ne pouvant pas se déplacer seuls.

Un accord oral a été recueilli auprès du patient, auprès de l'aidant principal ou du tuteur respectif lors du début de l'étude, par échange téléphonique, et entretien avec le médecin coordonnateur.

### **3. Recueil de données**

Pour obtenir les données concernant les antécédents, l'histoire de vie (métier), le nombre d'hospitalisations en UCC, le nombre de chutes, le poids et le taux d'albumine, nous avons consulté chaque dossier et plan personnalisé du résident. Nous avons recueilli l'ensemble des données.

Les données ont été consignées de façon anonyme directement dans un tableau Excel.

### **4. Analyses statistiques**

Les données ont été analysées par trois élèves (Geoffroy C, Morillon V et Duret B) de deuxième année en Statistique et Informatique Décisionnelle de Niort (DUT STID), sous la responsabilité de Monsieur le Professeur Ibazizen et Monsieur le Professeur Garnier.

Afin de tester la normalité pour chacune des trois périodes de recueil, les résultats ont été vérifiés par une loi normale puis le test d'adéquation de Kolmogorov-Smirnov.

Les scores de chaque échelle ont ensuite été analysés par les tests de comparaison appropriés : test paramétrique de Student pour les échelles suivant une loi normale et test non paramétrique de Wilcoxon pour échantillons appariés (taille de l'échantillon est inférieure à 30).

Le test de Friedman a été utilisé pour la comparaison globale des trois périodes de recueil et l'homogénéité des variances.

Enfin, pour une appréciation des résultats sur un échantillon factice de 10 000 résidents, la technique BOOTSTRAP a été utilisée.

Il s'agit d'une méthode d'inférence statistique basée sur la réplique des données à partir du jeu de données initiales selon des techniques de rééchantillonnage.

Le seuil de significativité a été fixé à  $p=0,05$ .

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS.

### III. RÉSULTATS

#### 1. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des résidents sont regroupées dans le tableau 1.

70% des résidents présentaient une MA, 20% des troubles cognitifs avérés et 10% une démence vasculaire. La moyenne d'âge est de 82.5 ans. 75% de la population de l'étude est représentée par des femmes, contre 25% d'hommes. Cette répartition est similaire aux trois périodes de recueil.

Trois perdus de vue sont à signaler, deux à M6 et un à M12, la cause étant le décès naturel suite à la progression de la MA.

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

	Total N=20 (moyenne/%)	M0 N=20 (moyenne/%)	M6 N=18* (moyenne/%)	M12 N=17* (moyenne/%)
<b>Sexe</b>				
<b>Homme</b>	0.25/25%	0.25/25%	0.27/27%	0.23/23%
<b>Femme</b>	0.75/75%	0.75/75%	0.65/65%	0.76/76%
<b>Âge</b>	82.5	82.5	82	81.8
<b>Maladie d'Alzheimer</b>	0.7/70%	0.7/70%	0.66/66%	0.64/64%
<b>Démence vasculaire</b>	0.1/10%	0.1/10%	0.11/11%	0.11/11%
<b>Troubles cognitifs avérés</b>	0.2/20%	0.2/20%	0.22/22%	0.23/23%

***\*3 perdus de vue (2 à M6 et 1 à M12). Cause : décès naturel (progression de la MA)***

## 2. Objectif principal

### a. Comparaison M0/M6, M6/M12 et M0/M12

Le tableau 2 rassemble les résultats suite à l'analyse statistique des scores des échelles CMAI, NPI-ES (pour notre étude, nous avons séparé les scores de NPI-troubles du comportement et NPI-retentissement pour une meilleure visibilité des résultats).

Pour les trois périodes de comparaison, respectivement M0/M6, M6/M12 et M0/M12 il n'existe pas de différence significative pour le MMSE ( $p=0.2789$ ) et pour le GIR ( $p=1.0000$ ).

Concernant les échelles de CMAI et NPI, il a été retrouvé une différence significative entre M0 et M6 ( $p=0.0027$ ,  $p=0.0025$  et  $p=0.0009$ ) et M0 et M12 ( $p=0.0017$ ,  $p=0.009$  et  $p=0.0001$ ). Entre M6 et M12, pour les mêmes échelles, la différence n'est pas significative ( $p=0.4263$ ,  $p=0.5897$  et  $p=0.2499$ ).

**Tableau 2 : Comparaison M0/M6, M6/M12 et M0/M12 des échelles de l'objectif principal**

	M0/M6 moyenne	p	M6/M12 moyenne	p	M0/M12 moyenne	p
<b>CMAI</b>	50.2/42.1	<b>0.0027</b>	42.1/41.6	0.4263	50.2/41.6	<b>0.0017</b>
<b>NPI TC*</b>	39.5/28.1	<b>0.0025</b>	28.1/27.8	0.5897	39.5/27.8	<b>0.0009</b>
<b>NPI R †</b>	23.5/17.2	<b>0.0009</b>	17.2/16.4	0.2499	23.5/16.4	<b>0.0001</b>
<b>MMSE</b>	14.4/14.1	0.2789	14.1/14.5	- ‡	14.4/14.5	0.2789
<b>GIR</b>	2.44/2.44	1.0000	2.44/2.47	1.0000	2.44/2.47	- ‡

***\*Neuropsychiatric Inventory – troubles du comportement ; † Neuropsychiatric Inventory – retentissement sur les activités professionnelles ; ‡ pas de résultats car données identiques***

### 3. Objectif secondaire

#### a. Comparaison M0/M12

Pour les échelles de l'objectif secondaire, les données ont été recueillies à M0 et M12. Il existe une différence significative pour l'échelle de Zarit ( $p=0.0253$ ). Pour la Qualid Scale il n'existe pas de différence significative ( $p=0.3921$ ).

**Tableau 3 : Comparaison M0/M12 des échelles de l'objectif secondaire**

	M0/M12 moyenne	p
<b>ZARIT</b>	25.6/24.5	<b>0.0253</b>
<b>QUALID SCALE</b>	24.2/22.4	0.3921

#### b. Données M0/M12

##### b.1. Contention physique, chutes et hospitalisations en UCC

Concernant la contention physique, à M0 il a été constaté l'utilisation d'une sangle abdominale et quatre bracelets anti-fugue. Au recueil des données à M12, l'utilisation de contention physique est nulle.

La moyenne des chutes à M0 est de 2.65 contre 0.17 à M12.

Deux hospitalisations en UCC ont été notées à M0. Aucune hospitalisation n'est observée à M12.

##### b.2. Traitement médicamenteux

Le tableau 4 résume la prise médicamenteuse des résidents. Pour chaque résident, les données sur les anxiolytiques, anti-dépresseurs et anti-psychotiques ont été notées aux deux périodes de recueil, au début de l'étude à M0 et à M12. Le nombre de résidents concernés par la prise des médicaments cités, sont représentés par N.

**Tableau 4 : traitement médicamenteux**

	M0 N/prise m-m-s*	M12 N/prise m-m-s
<b>Anxiolytiques</b>	3/0-0-1	3/si besoin
<b>OXAZEPAM (SERESTA)</b>	2/1-1-1	2/si besoin
	1/1-1-0	1/1-1-0
	1/1-1-2	1/1-0-2
	1/0.5-0.5-0	1/0.5-1-0.5
	1/0-0-1	1/0-0-0.5
<b>LORAZEPAM (TEMESTA)</b>	1/1-0-1	1/0.5-0-1
<hr/>		
<b>Anti-dépresseurs</b>		
<b>ESCITALOPRAM (SEROPLEX)</b>	3/1-0-0	3/1-0-0
<b>PAROXETINE (DEROXAT)</b>	2/0-0-1	2/0-0-1
<hr/>		
<b>Anti-psychotique</b>		
<b>RISPERIDONE (RISPERDAL)</b>	1/0.5-0-0.5	1/0.5-0-0.5
	1/1-0-0	1/1-0-0
	1/1-0-1	1/1-0-1
	1/1-1-1	1/1-1-1

**\*nombre de résidents parmi la population d'étude/prise matin-midi-soir**

### b.3. Albumine

Les normes du taux d'albumine entre 51 et 80 ans sont situées entre 37 et 47 g/L (pour les hommes) et 35-45 g/L (pour les femmes).

Chez la population de plus de 80 ans, les normes et le taux d'albumine sont situées entre 36 et 47 g/L (pour les hommes) et 35-43 g/L pour les femmes.

La moyenne du taux d'albumine dans notre étude est de 38.1 g/L à M0 et 38.8 g/L à M12 ( $p=0.3162$ ). Il n'existe pas de différence significative entre M0 et M12.

#### 4. A plus large échelle : ré-échantillonnage (bootstrap)

Le tableau 5 expose les résultats obtenus suite à l'utilisation de la technique de ré-échantillonnage. L'échantillon initial est multiplié par 10 000.

Concernant les échelles de CMAI et NPI, il a été retrouvé une persistance de la différence significative entre M0 et M6 ( $p=0.0553$ ,  $p=0.0086$  et  $p=0.030$ ) et M0 et M12 ( $p=0.0187$ ,  $p=0.0047$  et  $p=0.0011$ ). Entre M6 et M12, pour les mêmes échelles, la différence n'est pas significative, ce qui corrobore les résultats du tableau 2 ( $p=0.2661$ ,  $p=0.6042$  et  $p=0.2661$ ).

Au niveau de l'échelle de Zarit ( $p=0.068$ ) et la Qualid Scale ( $p=0.4496$ ), il n'est pas retrouvé de différence significative.

**Tableau 5 : Ré-échantillonnage par BOOTSTRAP**

N fictif= n*10 000	M0/M6	M6/M12	M0/M12
	p	p	p
<b>CMAI</b>	<b>0.0553</b>	0.2661	<b>0.0187</b>
<b>NPI TC</b>	<b>0.0086</b>	0.6042	<b>0.0047</b>
<b>NPI R</b>	<b>0.0030</b>	0.2661	<b>0.0011</b>
<b>MMSE</b>	0.2674	1.0000	0.2670
<b>GIR</b>	0.0745	1.0000	0.0739
<b>ZARIT</b>	-	-	0.0680
<b>QUALID-SCALE</b>	-	-	0.4496

**\*n étant le nombre de résidents à M0, M6 et M12**

## IV. DISCUSSION

Notre étude a montré une diminution des troubles du comportement de la population cible, suite à l'exposition sur le long terme à une UP, avec accès à un jardin thérapeutique. En effet, nous avons constaté une diminution de l'agitation ( $p=0.0027$  et  $p=0.0017$ ) et des troubles du comportement ( $p=0.0025$  et  $p=0.0009$ ) chez une population représentative des résidents en EHPAD ayant des troubles cognitifs.

Le retentissement des troubles du comportement des résidents sur les soignants a également diminué ( $p=0.0009$  et  $p=0.0001$ ).

Selon les familles, le déménagement de leur proche vers l'UP avec accès à un jardin thérapeutique a permis de réduire le fardeau ressenti ( $p=0.0253$ ).

La contention physique n'est plus utilisée après un an de suivi.

Nous avons observé une diminution de la prise des anxiolytiques et des chutes entre les périodes M0 et M12. Aucun résident n'a été hospitalisé en UCC depuis le changement d'environnement.

### 1. Difficultés méthodologiques

Au cours de notre étude prospective, nous avons été confrontés aux données manquantes pour l'échelle de Zarit et la Qualid Scale. En effet, pour les résidents n'ayant pas de famille proche, l'entretien téléphonique n'a pas eu lieu. Ceci peut expliquer le manque de significativité pour l'échelle de qualité de vie. Au niveau statistique, le manque de données a été pris en compte. A noter également, la traduction française de la Qualid Scale n'a pas été validée sur le plan international.

La création d'un jardin thérapeutique a peut-être influencé la visite des familles. Indépendamment du changement d'environnement, le simple fait de voir plus souvent sa famille, a pu augmenter la qualité de vie des résidents. Il aurait donc été intéressant de mesurer le nombre de visites pour éviter un biais d'interprétation.

Au vu de l'âge et des pathologies des résidents de notre étude, l'avancement de la maladie est inévitable. La puissance de l'étude s'est affaiblie à M6 et M12 (3 perdus de vue au total). Notre étude s'est focalisée sur les résidents qui déménageaient au rez-de-chaussée. Le déménagement a été double. Il aurait été intéressant d'observer sur le long terme les résidents n'ayant pas les critères d'entrée pour l'UP, se retrouvant au deuxième étage. Les perturbations cognitives et comportementales remarquées lors du déménagement peuvent

cachez les premiers symptômes d'une MAMA, ce qui justifie l'évaluation continue du comportement, pour mieux orienter les résidents dans l'institution.

L'aboutissement du projet a eu un coût estimé à 30 000 euros. Cette somme reste abordable pour la plupart des établissements. La clôture végétale a été l'élément le plus coûteux, car il y a eu une réflexion architecturale, pour un résultat réussi, donnant l'impression d'un espace ouvert. Suite à la formation par la FNAQPA, les soignants ont signalé la nécessité de modifications du jardin thérapeutique, comme la réalisation d'une double rampe. Pour notre étude, nous avons observé les résidents sans ces derniers travaux nécessaires.

## **2. Diminution de l'agitation chez la population étudiée après un an d'observation.**

Notre étude a montré une diminution de l'agitation ( $p=0.0027$  M0/M6 et  $p=0.0017$  M0/M12). Celle-ci persiste si l'échantillon est multiplié par 10 000 ( $p=0.05$  et  $p=0.0187$ ).

Nos résultats corroborent ceux retrouvés à l'étranger. Aux États-Unis, une étude comparait le score de CMAI de 34 résidents avant exposition au jardin puis douze mois après, et retrouvait un résultat significatif ( $p=0.0038$ ). Les auteurs précisait que, pour l'ensemble des résidents, plus la fréquentation du jardin thérapeutique était élevée, plus les scores de CMAI étaient bas. (21) En Australie, selon Edwards C. et al, l'exposition à un jardin thérapeutique pendant 3 mois avaient été bénéfique sur l'échelle CMAI ( $p=0.0002$ ). Nous apportons la preuve, avec notre étude, que cet effet peut se prolonger sur le long terme, sur une période de douze mois. (23)

Nous avons d'un côté l'effet positif du jardin thérapeutique sur l'agitation, mais également l'aménagement de l'unité protégé de l'EHPAD « Le Roch » qui contribue à la significativité des résultats. En effet, les résidents sont passés d'un couloir au deuxième étage à sens unique, à un espace sécurisé (portes digicode, espace de déambulation avec salle donnant vers l'extérieur aux couleurs vives et mobilier confortable).

Le maintien du contrôle de l'agitation collective passe également par les ateliers organisés par la maîtresse de maison (activités liées aux événements de l'année et aux saisons autour du jardin). Le nombre limité de résidents et l'investissement humain de l'ensemble de l'équipe, sont essentiels. Lors de la préparation du projet personnalisé, l'histoire

psychologique du résident, est systématiquement abordée permettant de comprendre que tout symptôme a un sens. (17)

Au niveau national, une étude à l'UCC de Lyon, évaluait pendant deux semaines l'agitation de 24 patients via l'échelle CMAI. Ceux-ci étaient exposés aux interventions sociothérapeutiques à l'intérieur du bâtiment (musicothérapie, réminiscence relaxation, réorientation dans la réalité). L'étude ne retrouvait pas de résultat significatif concernant l'échelle CMAI ( $p=0.5$ ).

Nous avons par notre étude, démontré qu'un accès à l'extérieur, en plus de l'aménagement de l'UP, peut améliorer l'état d'agitation des personnes âgées souffrant de MAMA. Ce travail ouvre des perspectives, mais du fait de ses limites déjà évoquées, des études de puissance supérieure s'avèrent nécessaires. (20)

### **3. Réduction des scores de NPI : les troubles du comportement et leur retentissement sur l'activité professionnelle des soignants.**

Une étude recherchant l'efficacité de l'UCC de Lyon (2013) sur les SCPD, retrouvait une amélioration des scores de NPI ( $p=0.0001$ ), sur une observation de 28 patients pendant deux semaines. Sur un plus long terme, nous avons retrouvé un effet bénéfique sur les troubles du comportement (NPI-troubles du comportement). Les résultats ont été significatifs entre M0-M6 ( $p=0.0025$ ) et M0-M12 ( $p=0.009$ ). Rapportés à 10 000 individus, les troubles du comportement ont également diminué significativement entre ( $p=0.0086$  et  $p=0.030$ ) et ( $p=0.047$  et  $p=0.0011$ ). L'étude réalisée à l'UCC de Lyon comparait le GIR au début et à la fin de leur étude, et ne retrouvait pas de différence significative. A l'instar de l'étude de Lyon, notre étude ne retrouve pas de différence significative du GIR entre M0 et M12. Ce constat s'expliquerait par la maladie elle-même. L'évolution des MAMA conduit inévitablement vers une perte de l'autonomie. Cependant, comme il a été vu au long de ce travail, un environnement adéquat, rappelant le milieu rural et motivant la mobilisation et l'échange, permet d'améliorer la qualité de vie. (43)

Concernant les soignants en EHPAD, dans la littérature française, l'importance de la formation pour diminuer leur détresse face aux SCPD est évoquée. Denormandie P. et al, ont démontré une baisse significative du score NPI ( $p=0.05$ ) dans leur étude. Celle-ci incluait des résidents porteurs d'un syndrome démentiel, bénéficiant d'un suivi de 29 semaines, pendant lequel les soignants ont appliqué une formation basée sur les TNM (notamment la réminiscence par les cinq sens). Les auteurs ont décrit la difficulté de mesurer le taux

d'absentéisme et le turn-over des soignants sur leur court temps de suivi. Il serait donc intéressant de réaliser une analyse scientifique sur le long terme.

Notre étude va dans le sens de ces résultats, puisque le score de NPI-retentissement est significatif entre les périodes M0-M6 ( $p=0.0009$ ) et M0-M12 ( $p=0.0001$ ). La charge de travail ressentie par les soignants a diminué après l'aménagement de l'environnement.

Cependant, le déménagement à l'EHPAD « Le Roch » a présenté certains points négatifs au niveau de la charge de travail des soignants. Des dommages collatéraux transitoires sur l'équipe se déplaçant au deuxième étage ont été remarqués. En effet, ce projet a, au départ, pris toutes les mesures d'aménagement internes (protocoles de sécurité) et externes nécessaires. Néanmoins, lors d'un tel projet, il faut s'attendre aux réactions des résidents et des soignants concernant le changement de lieu et de routine (d'autant plus que l'âge avance) et l'adaptation aux nouvelles installations. Nous avons constaté que le turn-over des soignants à cette période, a été source d'angoisse et de mécontentement. L'UP a été l'élément phare au dépend des autres unités. Un an après les modifications, la situation s'améliore, via la communication entre le médecin coordonnateur et l'ensemble de l'équipe.

(44)

#### **4. Amélioration de la qualité de vie des résidents et allègement du fardeau des familles.**

En France, des études ont montré un lien entre un fardeau élevé et une santé psychique diminuée pour l'aidant principal, d'autant plus s'il est seul. (45) Boutoleau-Bretonnière C. et al, ont démontré de manière significative, que le fardeau est plus important chez les aidants des patients au score NPI élevé. (35) Dans notre étude, les scores de l'échelle de Zarit, ont diminué de façon significative ( $p=0.0253$ ). Nous déduisons que ces résultats sont le reflet de l'efficacité du jardin thérapeutique et de l'UP, qui ont permis de faire régresser les troubles du comportement par le changement d'environnement des résidents de l'étude. La participation active des familles dans le projet est liée également à ces résultats positifs. En constatant une amélioration de la qualité de vie de leur proche, le fardeau ressenti par l'aidant diminue.

Au terme de ce travail, nous pensons que l'aidant occupe un rôle important en EHPAD, notamment au travers d'interventions concrètes, comme la contribution active à l'entretien

du jardin thérapeutique. Ce n'est plus une visite au résident, mais un investissement autour d'une équipe et d'une germination de vie. (45)

Nous avons constaté une prise de poids pour trois résidents de la population étudiée. En effet, l'augmentation des apports passe par le temps consacré aux repas. Les TNM contribuent donc à lutter contre la dénutrition. Nous rapportons un témoignage d'une soignante : « Depuis que le beau temps est de retour, on prend plaisir à voir les résidents déjeuner dehors. Ils apprécient de manger les tomates qu'ils ont pu cueillir eux-mêmes dans le jardin ! ». La maîtresse de maison déclare que « l'espace de l'UP est plus adapté à la déambulation. Le fait que l'équipe soit plus sereine se traduit également chez les résidents, l'ambiance générale est bonne et chacun apporte sa petite graine au jardin ».

A l'étranger, le cadre de vie des résidents a été étudié en Australie. Douze résidents en EHPAD ont bénéficié de la création d'un jardin thérapeutique. Les auteurs ont observé pendant 3 mois l'effet de ce changement sur la qualité de vie (utilisation de l'échelle DEMQOL proxy composée de 31 items). Ils ont retrouvé des résultats significatifs en faveur d'une amélioration de la qualité de vie des résidents ( $p=0.00068$ ). Pour notre étude, nous avons choisi d'évaluer la qualité de vie des résidents par la Qualid Scale. Celle-ci a été facile d'utilisation (hétéro-évaluation à l'aide des proches). Composée seulement de 11 items, cette échelle est adaptée à notre population cible. Étant donnée la taille réduite de notre échantillon, nous n'avons pu fournir qu'une tendance d'amélioration de la qualité de vie. Le recrutement d'un nombre supérieur de sujets pourrait permettre de confirmer cette tendance de façon significative.

Un état des connaissances sur la qualité de vie réalisé en 2012 par Novella J. et ses collaborateurs, montre que les facteurs les plus fréquemment associés à une moindre qualité de vie sont les troubles du comportement, la dépendance et le fardeau de l'aidant. (46) Il s'agit donc d'un problème de santé publique. Il serait nécessaire d'identifier, en amont, les situations à risque d'épuisement de l'aidant. En médecine générale, il serait intéressant d'utiliser la Qualid Scale. Au vu de sa facilité d'usage, elle permettrait d'évaluer et de questionner les aidants qui accompagnent leur proche souffrant de MAMA à domicile, et d'éventuellement orienter, si nécessaire, vers une institutionnalisation. (23)

Dans ce contexte, nous partageons les témoignages de deux familles un an après l'aménagement : Mme B « Ma mère est contente de retrouver un espace vert, elle m'a montré où était le thym qui lui rappelle des souvenirs d'enfance, alors qu'avant elle ne

s'intéressait pas beaucoup aux activités. Ça fait plaisir à toute la famille de la voir comme ça ». Mme G « On est arrivés dans l'UP, ça sentait bon la lavande. Mon père, qui d'habitude ne s'exprime pas à cause de la maladie, était en train de préparer des sachets de lavande du jardin. Ce changement a été vraiment bénéfique pour lui ».

Nous avons également recueilli l'avis de la présidente du conseil de la vie sociale, Mme L résidente à l'EHPAD : « Avant, les résidents fuguait plus facilement, le bracelet anti-fugue sonnait souvent. Ils présentaient des attitudes contradictoires en l'espace de quelques heures. Les soignantes étaient parfois débordées, je leur apportais de l'aide. Aujourd'hui le jardin thérapeutique permet d'évoquer plus facilement le passé des résidents. Les lieux sont propices aux conversations entre petits groupes, ce qui contribue à la création de moments apaisants. D'autres approches, comme la balnéothérapie peuvent être intéressantes ».

Cet aménagement est optimisé par la fréquentation des résidents de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire de l'UP.

## **5. Contention physique abolie et traitement médicamenteux réduit.**

Après douze mois d'observation, notre étude a permis de montrer le bénéfice de l'UP associée au jardin thérapeutique sur la contention physique. Celle-ci n'est plus utilisée, au profit de la déambulation à l'intérieur de l'UP et à l'extérieur, grâce au jardin sécurisé par des clôtures végétales. Un témoignage du médecin coordonnateur, Monsieur le Docteur Moreau JP, montre l'importance du changement de cet environnement : « Un ancien résident atteint de troubles cognitifs se trouvait au deuxième étage. Il avait des épisodes d'agitation agressive envers les soignants. Il voulait rejoindre les terrains de chasse qu'il voyait par la fenêtre. Ce résident a quitté l'EHPAD pour un autre établissement avec un jardin. Aujourd'hui, cet accès extérieur diminue les violences ».

La responsable de l'UCC de Jonzac, Madame le Docteur Gruel M, témoigne également du bénéfice des TNM et sensibilise les médecins coordonnateurs. Un résident de la population d'étude avait été hospitalisé à deux reprises en UCC l'année précédant le changement. Depuis le déménagement, l'hospitalisation en UCC ne fut pas nécessaire. En effet, nous avons recueilli un témoignage d'un soignant concernant ce résident « Une fois, Madame C s'est agitée en début de nuit, se montrant agressive avec les autres résidents. Nous l'avons amené faire un tour au jardin. Elle s'est apaisée en contemplant ce qui l'entourait ».

Concernant la contention chimique, la prise d'anxiolytiques chez cinq résidents de l'étude, auparavant systématique, est désormais prescrite en si besoin. Deux résidents ont réduit leur prise du soir de moitié. Il n'a pas été constaté d'augmentation de traitement pour les autres résidents. Cette tendance a été confirmée par les statistiques de la CPAM un an après le déménagement. Même constat pour la prise d'antidépresseurs et antipsychotiques.

Au vu de ces observations, nous pouvons dire qu'il existerait un intérêt pour les EHPADs d'aménager une UP avec espace de déambulation et jardin thérapeutique.

Afin de réduire la prise de psychotropes, nous avons noté l'importance de sensibiliser au toilettage thérapeutique, et de recourir aux outils à disposition (jardin thérapeutique, et espace Snoezelen, également créé au cours du déménagement à l'EHPAD « Le Roch »).

Aux États-Unis, en Virginie, une étude retrouve des observations similaires. Après exposition de 34 résidents à un jardin thérapeutique pendant douze mois, les anxiolytiques, antidépresseurs et antipsychotiques ont été réduits de manière significative ( $p= 0.01$ ). (21)

## **6. Le jardin thérapeutique de l'EHPAD « Le Roch » : un environnement vivant.**

Dans un premier temps, préalablement à la création du jardin thérapeutique, le double déménagement des résidents de l'EHPAD « Le Roch » a été réfléchi et construit autour d'un projet pluridisciplinaire. La nécessité d'anticipation d'un changement d'environnement est soulignée par Bidalon F. et al en 2012. La procédure a été similaire, focalisée sur le résident, ses comportements et la réappropriation du nouveau lieu. (47)

Puis, une fois le déménagement réalisé, l'équipe a bénéficié d'une formation par la FNAQPA. La composition du jardin et son accès ont été élaborés en fonction de l'utilisation du lieu par les résidents. Pour ne pas négliger les autres espaces verts de l'EHPAD "Le Roch", au cours de cette formation, des projets de réaménagement ont été élaborés, afin que l'ensemble des résidents de l'EHPAD "Le Roch" puisse en bénéficier. L'intérêt écologique de notre étude est à souligner. Des propositions éco-responsables ont été étudiées, comme l'installation d'un récupérateur d'eau.

Enfin, ce projet abouti prend tout son sens auprès de la population de notre étude, car il évoque l'environnement rural qu'ils ont connu et qui les entoure à Montlieu-la-garde. La

population cible est représentative d'une grande majorité de personnes âgées en EHPAD ayant connu au cours de leur vie, cet environnement.

Par des témoignages de nos résidents, il est possible d'apercevoir l'intérêt concret des TNM. Monsieur S, résident caractérisé par son apathie, a retrouvé six mois après le déménagement, une curiosité envers les fraises cultivées dans les bacs surélevés du jardin thérapeutique. Madame C rapporte que « l'espace est plus calme, j'aime les choses calmes et on s'entend tous bien » et Madame G nous dit que « On n'a pas l'impression d'être en ville, c'est merveilleux, on voit la nature et vous savez, on est habitués à la campagne »

Il a été décrit dans la littérature que le jardin thérapeutique, afin d'être un environnement vivant, doit répondre à des critères précis d'aménagement. (39) Pour notre étude, suite à la formation par FNQAPA, plusieurs éléments ont été pris en compte. Le choix des plantes a été étudié pour évoquer des souvenirs. Le placement du mobilier extérieur a dû être modifié selon les attitudes et affinités des résidents, pour créer des espaces intimes. Puis les activités ont été réalisées en fonction des saisons. Ceci offre un repère temporel aux résidents.

Concernant la réminiscence, les souvenirs de l'environnement rural des résidents stimulent la mémoire sémantique. Par exemple, les soignants ont suivi la plantation de tomates par les résidents ou la cueillette des légumes de saison, pour ensuite les préparer ensemble dans le cadre de la réalisation d'une soupe. Le lavage et l'épluchage des légumes ont permis de rappeler les noms de ces derniers, les recettes de cuisine ont été soudainement évoquées par les résidents. Les familles ont eu la possibilité de participer à ces activités. Outre la valorisation de soi, ces ateliers sollicitent la socialisation et font émerger parfois des pans entiers de souvenirs par la mobilisation émotionnelle. Cela permet de redonner un élan de vie dans des lieux souvent stigmatisés par la société. (25)

Dans la littérature, il est cité qu'il existe des espaces verts disponibles dans de nombreuses unités de soins françaises, mais que ces derniers sont rarement adaptés aux besoins des patients atteints de troubles neurocognitifs majeurs. (26) Notre étude démontre le contraire. En effet, L'EHPAD « Le Roch » s'efforce de maintenir cet environnement vivant depuis sa construction. Le lien intergénérationnel est tissé depuis le début du projet, par la participation d'élèves du CFA de Blanquefort, puis à ce jour par la communauté ESAT, qui assure l'entretien régulier du jardin thérapeutique. Cet investissement entraîne une meilleure qualité de vie au travail et ainsi, une bienveillance croissante envers les résidents.

## 7. Perspectives

Le plan des maladies neuro-dégénératives 2014-2019 précise que l'accessibilité aux TNM doit s'élargir à toutes les institutions, d'autant plus que leur coût est moindre.(48) Ces directives doivent être connues du médecin généraliste qui joue un rôle d'orientation auprès des familles, et les accompagnent vers l'acceptation du parcours de vie naturel. (49)

Notre étude permet d'affirmer que les TNM occupent une place centrale à ce jour dans le suivi des résidents. Pour aller plus loin, il serait intéressant de mener des études sur les TNM personnalisées, mentionnées par Monsieur le Docteur Bautrant. (50) La technique de Montessori est mise en avant. Pour cela, un personnel en nombre suffisant serait nécessaire afin de diminuer l'épuisement au travail. Le soignant devient acteur de ces thérapies adaptées à chaque résident.

Concernant l'amélioration de l'environnement des institutions en France, des exemples concrets peuvent être cités. Dans les Landes, un village Alzheimer prend forme. L'EHPAD « Les Parentèles » à Mérignac met en valeur les TNM, comme la zoothérapie (certains résidents vivent avec leur animal de compagnie). Ceux-là sont même robotisés à l'EHPAD Saint-Joseph en Dordogne. A l'aire de l'intelligence artificielle, Pr Gil R. cite l'intérêt de ces nouvelles inventions dans la stimulation de la mémoire autobiographique par l'émotion suscitée. Néanmoins, il souligne que ces progrès doivent demeurer au service des êtres humains et non les asservir. (51) Ce domaine pourrait faire l'objet de futures recherches.

De plus, par ce travail, notre regard de médecin généraliste est sensibilisé aux TNM et à la diminution de la stigmatisation de ces lieux de vie. En effet, nous sommes acteurs de la qualité de vie de nos patients. Au cabinet, l'arrêt de travail d'un soignant est souvent motif de consultation. Il a été constaté une diminution des arrêts de travail un an après le déménagement. Si la qualité de vie des résidents est améliorée en amont, le bénéfice est général, que ce soit pour le résident, le soignant et l'aidant.

Un an après le déménagement, le jardin thérapeutique est entretenu et porte ses fruits grâce à l'investissement et à la bienveillance collective.

Au vu de l'efficacité des TNM, une sensibilisation sur la diminution des médicaments est initiée auprès de l'ensemble des prescripteurs de l'EHPAD « Le Roch ». D'une manière générale, tous les médecins peuvent promouvoir les TNM.

## CONCLUSION

Le vieillissement de la population et la prévalence croissante des MAMA sont actuellement un enjeu de santé publique.

La médecine fondée sur les preuves se tourne vers les thérapies non médicamenteuses. Les preuves de leur efficacité sont frêles. Notre étude permet, par l'exemple de l'EHPAD « Le Roch » de sensibiliser d'autres structures à suivre l'aménagement de leurs espaces.

Nous prouvons, de manière significative, que les SCPD, notamment l'agitation, sont réduits par la fréquentation de lieux adaptés aux résidents porteurs de troubles cognitifs, sur le long terme.

Parallèlement, nous observons que les aidants sont les piliers de tels projets. Le maintien d'un environnement vivant à l'EHPAD « Le Roch » en est la preuve. Nous démontrons, de manière significative, l'amélioration du ressenti des proches et des soignants. Par l'amélioration de la qualité de vie au travail, l'épuisement professionnel est réduit et les résidents sont mieux suivis. Dans une société où l'instantanéisme est de mise, il est urgent d'attendre. Ce temps passe par l'écoute du résident et de ses comportements en lien avec sa vie antérieure. Dans cette démarche, notre étude a vu les traitements médicamenteux diminuer. La contention physique n'est plus prescrite au profit de l'utilisation des ressources créées, que ce soit le jardin thérapeutique ou les espaces de déambulation en UP.

Les statistiques, de manière plus authentique, parlent à travers les mots des résidents, du personnel et de leurs familles, qui décrivent à quel point un changement environnemental peut améliorer la vie des personnes âgées.

La continuité de soins et la qualité de vie des résidents en EHPAD est assurée par la communication entre confrères et le lien entre générations. A l'image de l'EHPAD « Le Roch », nous espérons, par une humanité profonde et une écoute active de l'ensemble de l'équipe, que d'autres structures en France puissent agir pour le bien-être de chacun.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Billé Micel, Martz Didier. « La tyrannie du Bienvieillir » Vieillir et rester jeune. érès. 2010. 1-255 p.
2. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488>. 2018.
3. Demoures G, Strubel D. Prise en soin du patient Alzheimer en institution. In: Masson. 2006. p. 20-3; 32-5; 47-8; 61-78; 125-37; 153-156;166-169; 172-5; 204-7.
4. « Un malade, c'est toute une famille qui a besoin d'aide » Informations France Alzheimer [www.francealzheimer.org](http://www.francealzheimer.org) - Recherche Google [Internet]. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur:  
<https://www.google.com/search?q=5%29%09%C2%AB++Un+malade%2C+c%E2%80%99est+toute+une+famille+qui+a+besoin+d%E2%80%99aide+%C2%BB+Informations+France+Alzheimer+www.francealzheimer.org&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab>
5. Benoit M, Blanchard F. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. Rev Gériatrie. 2006;(31):689-96.
6. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly. I. A conceptual review. J Am Geriatr Soc. oct 1986;34(10):711-21.
7. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology. 1 déc 1994;44(12):2308-2308.
8. Pancrazi M-P, Metais P. Maladie d'Alzheimer, diagnostic des troubles psychologiques et comportementaux. Presse Médicale. mai 2005;34(9):661-6.
9. Bazin N. Diagnostic des états d'agitation des sujets âgés. Rev Gériatrie. 2002;(27):451-6.
10. Pelix C, Pader M. Prise en charge non médicamenteuse des patients atteints de maladie d'Alzheimer : formation-accompagnement des aidants naturels. Rev Gériatrie. 2013;(38):647-54.

11. Saidlitz P. Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs en EHPAD. Rev Gériatrie. (42):409-24.
12. Cohen-Mansfield J, Jensen B. Assessment and Treatment Approaches for Behavioral Disturbances Associated With Dementia in the Nursing Home: Self-Reports of Physicians' Practices. J Am Med Dir Assoc. juill 2008;9(6):406-13.
13. Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, Neumann PJ. Prevalence and Impact of Medical Comorbidity in Alzheimer's Disease. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1 mars 2002;57(3):M173-7.
14. Strubel D, Jacquot J., Martin-Hunyadi C. Démence et chutes. Ann Réadapt Médecine Phys. févr 2001;44(1):4-12.
15. Aouaneche M, Pepersack T. Deterioration of general condition: a "geriatric syndrome"? Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. mars 2012;10(1):33-8.
16. Horikawa E, Matsui T, Arai H, Seki T, Iwasaki K, Sasaki H. Risk of Falls in Alzheimer's Disease: A Prospective Study. Intern Med. 2005;44(7):717-21.
17. Hazif-Thomas C, Leger D. Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose ! La revue de Gériatrie. Rev Gériatrie. 2003;(28):349-56.
18. Recommandations HAS. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prise\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf). 2012.
19. Cohen-Mansfield J. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: various strategies demonstrate effectiveness for care home residents; further research in home settings is needed. Evid Based Nurs. janv 2016;19(1):31-31.
20. Delphin-Combe F, Rouch I, Martin-Gaujard G, Relland S, Krolak-Salmon P. Effect of a non-pharmacological intervention, Voix d'Or®, on behavior disturbances in Alzheimer disease and associated disorders. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. sept 2013;(3):323-330.

21. Detweiler MB, Murphy PF, Myers LC, Kim KY. Does a Wander Garden Influence Inappropriate Behaviors in Dementia Residents? *Am J Alzheimers Dis Dementiasr.* févr 2008;23(1):31-45.
22. Grant CF, Wineman JD. The Garden-Use Model: An Environmental Tool for Increasing the Use of Outdoor Space by Residents with Dementia in Long-Term Care Facilities. *J Hous Elder.* 17 déc 2007;21(1-2):89-115.
23. Edwards CA, McDonnell C, Merl H. An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia.* juill 2013;12(4):494-510.
24. Mooney P, Nicell PL. The Importance of Exterior Environment for Alzheimer Residents: Effective Care and Risk Management. *Healthc Manage Forum.* juill 1992;5(2):23-9.
25. Whear R, Coon JT, Bethel A, Abbott R, Stein K, Garside R. What Is the Impact of Using Outdoor Spaces Such as Gardens on the Physical and Mental Well-Being of Those With Dementia? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *J Am Med Dir Assoc.* oct 2014;15(10):697-705.
26. Rivasseau-Jonveaux T, Pop A, Fescharek R, Chuzeville SB, Jacob C, Demarche L, et al. Healing gardens: recommendations and criteria for design. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* sept 2012;(3):245–253.
27. Rivasseau Jonveaux T, Batt M, Fescharek R, Benetos A, Trognon A, Bah Chuzeville S, et al. Healing gardens and cognitive behavioral units in the management of Alzheimer's disease patients: the Nancy experience. *J Alzheimers Dis JAD.* 2013;34(1):325-38.
28. GUISSET-MARTINEZ MJ, VILLEZ M, COUPRY O, Fondation Médéric Alzheimer. Paris. FRA. Jardins : des espaces de vie au service du bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage. Paris: Fondation Médéric Alzheimer; 2013 janv p. 44p.
29. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les troubles du comportement des personnes âgées. *Soins de Gérontologie. Rev Gériatrie.* 2008;(73):16-20.

30. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm\\_troubles\\_comportement\\_1.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_troubles_comportement_1.pdf).
31. Berkheimer SD, Qian C, Malmstrom TK. Snoezelen Therapy as an Intervention to Reduce Agitation in Nursing Home Patients With Dementia: A Pilot Study. *J Am Med Dir Assoc*. déc 2017;18(12):1089-91.
32. Martins Amélia. L'humanité et l'approche Snoezelen pour les personnes âgées institutionnalisées. *Approch Non Médicamenteuses Mal Alzheimer*. nov 2014;13 et 14(65).
33. Garzon E, Sillou J. . Médiation animale et maladie d'Alzheimer : bénéfices sur l'apathie des malades en institution. *Rev Gériatrie*. 2014;(39):429-38.
34. Guetin S, Charras K, Berard A, Arbus C, Berthelon P, Blanc F, et al. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease: A report of a French expert group. *Dementia*. sept 2013;12(5):619-34.
35. Boutoleau-Bretonnière C, Vercelletto M. Fardeau de l'aidant dans la pathologie démentielle: lien avec les activités de la vie quotidienne et les troubles psycho-comportementaux. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse*. déc 2009;(spec1):15–20.
36. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*. 1 déc 1980;20(6):649-55.
37. Dutheil Nathalia. Les aides et les aidants des personnes âgées. *DREES Dir Rech Études Lévaluation Stat*. nov 2001;(142).
38. [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_alzheimer\\_2008-2012-2.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf).
39. Charras K, Laulier V, Varcin A, Aquino J-P. Conception de jardins à l'usage des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs : revue de la littérature et cadre conceptuel fondé sur la preuve. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2017;15(4):417-24.
40. Hartig T, Marcus CC. Essay: Healing gardens—places for nature in health care. *The Lancet*. déc 2006;368:S36-7.

41. Naudon J-C. Montlieu la garde en Saintonge. In: Culture, art, loisir17. 2011. p. 196-197-439.
42. Moreau J-P. Médecin en général. In: Auto-édition. Montlieu-la-garde; 2017. p. 58-61.
43. Delphin-Combe F, Roubaud C, Martin-Gaujard G, Fortin M-E, Rouch I, Krolak-Salmon P. Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. Rev Neurol (Paris). juin 2013;169(6-7):490-4.
44. Denormandie P, Dubost V, Marigot-Outtandy D, Bertin-Hugault F, Hermann F, Treffel S, et al. Comparative study of two on aged care-based occupational (professional) training in medical home for aged and dependant patients with neuro-psychiatric behaviours. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. juin 2014;12(2):163-79.
45. Kerhervé H, Gay M-C, Vrignaud P. Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2008;166(4):251-9.
46. Novella J-L, Dhaussy G, Wolak A, Morrone I, Drame M, Blanchard F, et al. Quality of life in dementia: state of the knowledge. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. déc 2012;(4):365-372.
47. Bidalon Fabienne, Vacquier Guionnet Valérie. Anticipation d'un déménagement de résidents en EHPAD. Elaboration d'une procédure multiprofessionnelle. Rev Gériatrie. oct 2012;37(8).
48. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30(2):161-78.
49. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf).
50. Journal du médecin coordonnateur. Traiter les troubles du comportement de la maladie d'Alzheimer avec la TNMP. mai-juin;(77):18-9.
51. Roger G. Robots sociaux et personnes âgées: servir ou asservir? [Internet]. Directeur de l'Espace de Réflexion Ethique Régional; 2018. Disponible sur: [www.espace-ethique-poitoucharentes.org](http://www.espace-ethique-poitoucharentes.org)

## ANNEXES

### Annexe 1

### INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES (Equipe soignante)

Nom du patient :	Date de l'évaluation:
------------------	-----------------------

Nom du signataire :

Type de relation avec le patient :

- Très proche/ prodigue des soins quotidiens
- Proche/ s'occupe souvent du patient;
- Pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

*NA = question inadaptée (non applicable)*

*Entourez chaque score avant de saisir en informatique*

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	Retentissement
Idées délirantes			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Hallucinations			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Anxiété			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur Euphorie			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Apathie indifférence			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Désinhibition			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
<b>Score Total 10</b>					
<i>Changements neurovégétatifs</i>					
Sommeil			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
Appétit / Troubles de l'appétit.			1 2 3 4	1 2 3	1 2 3 4 5
<b>Score Total 12</b>					

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

# Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

## Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 29 items version longue

Nom du patient :	Prénom du patient :		
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :	
Nom du référent :	(conjoint - enfant - soignant - autre) :		

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 = non évaluable                | <input type="checkbox"/> 4 = quelquefois au cours de la semaine |
| <input type="checkbox"/> 1 = jamais                       | <input type="checkbox"/> 5 = une à deux fois par jour           |
| <input type="checkbox"/> 2 = moins d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6 = plusieurs fois par jour            |
| <input type="checkbox"/> 3 = une à deux fois par semaine  | <input type="checkbox"/> 7 = plusieurs fois par heure           |

		FRÉQUENCE							
		0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	1. Cherche à saisir .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	2. Déchire les affaires .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	3. Mange des produits non comestibles .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	4. Fait des avances sexuelles physiques .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	5. Déambule .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	6. Se déshabille, se rhabille .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	7. Attitudes répétitives .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	8. Essaie d'aller ailleurs .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	9. Manipulation non conforme d'objets .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	10. Agitation généralisée .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	11. Recherche constante d'attention .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	12. Cache des objets .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	13. Amasse des objets .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Agitation verbale non agressive	14. Répète des mots, des phrases .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	15. Se plaint .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	16. Émet des bruits bizarres .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	17. Fait des avances sexuelles verbales .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Agitation et agressivité physiques	18. Donne des coups .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	19. Bouscule .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	20. Mord .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	21. Crache .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	22. Donne des coups de pied .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	23. Griffes .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	24. Se blesse, blesse les autres .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	25. Tombe volontairement .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	26. Lance les objets .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
Agitation et agressivité verbales	27. Jure .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	28. Est opposant .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
	29. Pousse des hurlements .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

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

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

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.

Score total

Cette échelle dont le score maximal est de 203 permet d'évaluer l'état d'agitation. Plus le score est élevé, plus l'agitation est intense.

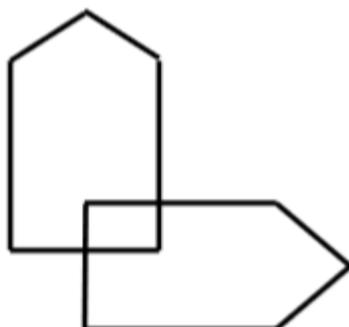


# FERMEZ LES YEUX

**Phrase :**

.....  
.....  
.....

**Recopier le dessin :**



## Annexe 4

<b>GIR 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.</li><li>• Ou personne en fin de vie.</li></ul>
<b>GIR 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.</li><li>• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.</li></ul>
<b>GIR 3</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.</li></ul>
<b>GIR 4</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage.</li><li>• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.</li></ul>
<b>GIR 5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.</li></ul>
<b>GIR 6</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.</li></ul>

## Annexe 5

<b>Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.</b>	
<p>Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.</p>	
<p>Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.</p>	
<p><b>Cotation :</b>            0 = jamais            1 = rarement            2 = quelquefois            3 = assez souvent            4 = presque toujours</p>	
<p><b>À quelle fréquence vous arrive-t-il de...</b></p>	
Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4
<p>La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001</p>	



**Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) Scale**

Select the one descriptor from each category that best describes the resident over the past week:

<p><b>Smiles</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. spontaneously once or more each day</p> <p><input type="checkbox"/> 2. spontaneously less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. only in response to external stimuli; at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. only in response to external stimuli; less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. rarely, if at all</p>	<p><b>Appears physically uncomfortable - he/she squirms, writhes, frequently changes position</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. rarely or never</p> <p><input type="checkbox"/> 2. less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. nearly half the day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. most of the day</p>
<p><b>Appears sad</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. rarely or never</p> <p><input type="checkbox"/> 2. only in response to external stimuli; less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. only in response to external stimuli; at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. for no apparent reason less than once each day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. for no apparent reason once or more each day</p>	<p><b>Makes statements or sounds that suggest discontent, unhappiness, or discomfort (complains, groans, screams)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. rarely or never</p> <p><input type="checkbox"/> 2. only in response to external stimuli; less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. only in response to external stimuli; at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. without cause less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. without cause once a day</p>
<p><b>Cries</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. rarely or never</p> <p><input type="checkbox"/> 2. only in response to external stimuli; less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. only in response to external stimuli; at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. for no apparent reason less than once each day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. for no apparent reason once or more each day</p>	<p><b>Is irritable or aggressive (becomes angry, curses, pushes, or attempts to hurt others)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. rarely or never</p> <p><input type="checkbox"/> 2. only in response to external stimuli; less than once each day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. only in response to external stimuli; at least once each day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. without cause less than each day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. without cause once or more each day</p>
<p><b>Has a facial expression of discomfort- appears unhappy or in pain (looks worried, grimaces, furrowed or turned down brow)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. rarely or never</p> <p><input type="checkbox"/> 2. less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. nearly half the day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. most of the day</p>	<p><b>Enjoys eating</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. at most meals and snacks</p> <p><input type="checkbox"/> 2. twice a day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. at least once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. less than once a day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. rarely or never</p>
<p><b>Enjoys touching/being touched</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. almost always; almost always initiates touching</p> <p><input type="checkbox"/> 2. more than half the time; sometimes initiates touching</p> <p><input type="checkbox"/> 3. half the time; never initiates touching, but does not resist touching</p> <p><input type="checkbox"/> 4. less than half the time; often or frequently resists touching/being touched</p> <p><input type="checkbox"/> 5. rarely or never; almost always resists touching/being touched</p>	<p><b>Enjoys interacting or being with others</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. almost always: almost always initiates interaction with others</p> <p><input type="checkbox"/> 2. more than half the time; sometimes initiates interaction with others</p> <p><input type="checkbox"/> 3. half the time; never initiates interaction, but does not resist interactions with others</p> <p><input type="checkbox"/> 4. less than half the time; often or frequently resists interaction with others</p> <p><input type="checkbox"/> 5. rarely or never; almost always resists interaction with others</p>
<p><b>Appears emotionally calm and comfortable</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. most of the day</p> <p><input type="checkbox"/> 2. more than half the day</p> <p><input type="checkbox"/> 3. half the day</p> <p><input type="checkbox"/> 4. less than half the day</p> <p><input type="checkbox"/> 5. rarely or never</p>	
<p><b>Total Score</b> (sum of all items: scores range from 11 to 55 with lower scores representing higher quality of life)</p>	<p>Resident Name _____</p> <p>Date: _____</p>
<p><b>Knowledge/familiarity of caregiver(s) with the resident</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Very familiar; provides daily care</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Somewhat familiar, often provides some care</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Not very familiar; only minimal contact</p>	<p><b>Quality of Interview</b> (Interviewer's Professional Judgement)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Interview appeared valid</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Some questions about interview, but probably acceptable</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Information from interview of doubtful validity</p>

Copyright 2000 and reprinted with permission from Dr. Myron F. Weiner, M.D.

## Traduction de l'échelle QUAUD

### Sourires :

1. Spontanément une fois ou plus chaque jour
2. Spontanément moins d'une fois par jour
3. Seulement en réponse à des stimuli externes ; au moins une fois par jour
4. Seulement en réponse à des stimuli externes ; moins d'une fois par jour
5. Rarement, voire jamais

### Cris :

1. Rarement ou jamais
2. Seulement en réponse à des stimuli externes ; moins d'une fois par jour
3. Seulement en réponse à des stimuli externes ; au moins une fois par jour
4. Sans raison apparente moins d'une fois par jour
5. Sans raison apparente une ou plusieurs fois par jour

### Apprécie toucher/ être touchée :

1. Presque toujours ; initie presque toujours le toucher
2. Plus de la moitié du temps ; initie parfois le toucher
3. La moitié du temps ; n'initie jamais le toucher, mais se laisse toucher
4. Moins de la moitié du temps ; Ne touche pas souvent ou fréquemment/ résiste au toucher
5. Rarement ou jamais ; Ne touche presque jamais/ résiste presque toujours au toucher

### Semble physiquement mal à l'aise – il/elle se tortille, se contorsionne, change souvent de position :

1. Rarement ou jamais
2. Moins d'une fois par jour
3. Au moins une fois par jour
4. Presque une demi-journée
5. Presque toute la journée

### Semble triste :

1. Rarement ou jamais
2. Seulement en réponse à des stimuli externes ; moins d'une fois par jour
3. Seulement en réponse à des stimuli externes ; au moins une fois par jour
4. Sans raison apparente moins d'une fois par jour
5. Sans raison apparente une ou plusieurs fois par jour

### A une expression faciale d'inconfort – Apparence malheureuse ou douloureuse

(semble inquiet, fait des grimaces, plisse le front ou incline les sourcils vers le bas)

1. Rarement ou jamais
2. Moins d'une fois par jour
3. Au moins une fois par jour
4. Presque une demi-journée
5. Presque toute la journée

### Semble émotionnellement calme et confortable :

1. La plupart de la journée
2. Plus que la demi-journée
3. Une demi-journée
4. Moins d'une demi-journée
5. Rarement ou jamais

**Est irritabile et agressif ( se fâche, maudit, pousse ou tente de blesser les autres)**

1. Rarement ou jamais
2. Seulement en réponse à des stimuli externes ; moins d'une fois par jour
3. Seulement en réponse à des stimuli externes ; au moins une fois par jour
4. Sans cause moins d'une fois par jour
5. Sans cause une fois ou plus chaque jour

**Faire des déclarations ou émettre des sons qui suggèrent le mécontentement, la tristesse ou le déconfort**

(plaintes, gémissements, hurlements)

1. Rarement ou jamais
2. Seulement en réponse à des stimuli externes ; moins d'une fois par jour
3. Seulement en réponse à des stimuli externes ; au moins une fois par jour
4. Sans cause moins d'une fois par jour
5. Sans cause une fois ou plus par jour

**Aime manger :**

1. La plupart des repas et des collations
2. Deux fois par jour
3. Au moins une fois par jour
4. Moins d'une fois par jour
5. Rarement ou jamais

**Aime interagir ou être avec les autres**

1. Presque toujours : Initie presque toujours l'interaction avec les autres
2. Plus de la moitié du temps ; parfois initie l'interaction avec les autres
3. La moitié du temps ; n'initie jamais l'interaction, mais ne résiste pas aux interactions avec les autres
4. Moins de la moitié du temps ; souvent ou fréquemment résiste à l'interaction avec les autres
5. Rarement ou jamais ; Presque toujours résiste à l'interaction avec les autres

**Score total :**

somme de tous les items ;

(score de 11 à 55, le plus faible score représentant une meilleure qualité de vie)

**Connaissance/Familiarité de l'aideant avec le résident :**

1. Très familier ; fournit des soins quotidiens
2. Quelque peu familier ; fournit souvent des soins quotidiens
3. Pas très familier ; contact minime

**Qualité de l'entretien (jugement du professionnel) :**

1. L'entretien semble valide
2. Quelques interrogations sur l'entretien, mais probablement acceptable
3. Information a portée est de validité douteuse

Nom du résident :

Date :



## Annexe 8 : Formation FNAQPA/ Ehpad « Le Roch » et jardin thérapeutique



Dessin réalisé par les soignants (formation FNAQPA) ; photos prises par Fanny de Mouro avec accord préalable des résidents/soignants/familles



## RÉSUMÉ

Les troubles du comportement, notamment l'agitation, sont fréquents chez les personnes âgées ayant des troubles cognitifs sévères. Il s'agit d'un problème de santé publique, constituant une source d'épuisement des aidants et du personnel en EHPAD. Les thérapies non médicamenteuses prennent une place de plus en plus importante. Néanmoins, peu d'études prouvent leur efficacité. D'où l'objectif de ce travail d'étudier l'intérêt d'une exposition sur le long terme à une unité protégée avec accès à un jardin thérapeutique, sur les troubles du comportement. Cette étude prospective observationnelle consistait au suivi de 20 résidents de l'EHPAD « Le Roch » atteints de troubles cognitifs, avant leur déménagement en Septembre 2017, six mois après, en Mars 2018, puis en Septembre 2018. La mesure quantitative d'échelles validées scientifiquement a été réalisée lors des trois recueils. Les résultats ont montré une amélioration significative des troubles du comportement et du retentissement de la charge de travail sur les soignants (NPI-ES), de l'agitation (CMAI) et une diminution du fardeau ressenti par les familles. La tendance à l'amélioration de la qualité de vie et la disparition de la contention physique est à souligner. La population est représentative des personnes âgées en EHPAD qui ont vécu en environnement rural toute leur vie. Ces données plaident pour un aménagement de l'environnement en EHPAD, en accord avec le vécu antérieur des résidents.

### **Behavioral disorders of care home residents with cognitive impairment. Interest' protected unit with ambulatory space and therapeutic garden.**

Behavioral disorders, including agitation, are common in elderly adults with severe cognitive impairment. This is a public health problem, constituting a source of exhaustion for carers and care home staff. Non-pharmacological therapies are becoming increasingly important. However, few studies prove their effectiveness. Hence the interest of this work, which has studied the interest of a long-term stay in a protected unit with access to a therapeutic garden, from elderly people suffering from behavioral disorders. This observational prospective study consisted in the follow-up of 20 residents with cognitive disorders in the care-home "Le Roch", before their move in September 2017, six months later, in March 2018, then in September 2018. The quantitative measurement of scales validated scientifically was carried out during the three collections. The results showed a significant improvement in behavioral disorders, agitation (CMAI) and the repercussions of the workload on carers (NPI-ES), and a decrease in the burden borne by families. The trend towards improvement in the quality of life and the disappearance of physical restraint must be noticed. The population is representative of elderly people in home-care who have lived in a rural environment all their lives. These data argue for dementia-friendly care home environment (especially contact with nature) in accordance with residents' previous lived experience.

**Keywords :** Dementia, Alzheimer's disease, Behavioral disorders, Agitated behaviors, Therapeutic garden, Non pharmacological intervention, Quality of life, Caregiver burden

**Discipline :** Médecine Générale- Année 2019

**Université de Poitiers 6 rue de la Milétrie 86073 POITIERS Cedex 9**