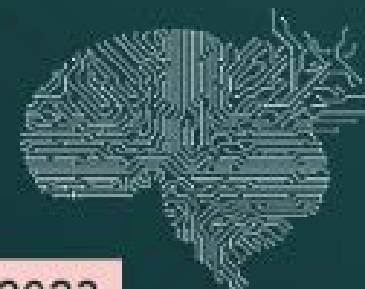


CONGRÈS NATIONAL 2023 | DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE*

Alzheimer
Alzheimer
Alzheimer



13 et 14 décembre 2023

**Prise en charge non médicamenteuse
des troubles du comportement chez le patient Alzheimer**

13 décembre 2023

L. Volpe-Gillot

Hôpital Léopold Bellan, Paris





Speaker's name : Lisette VOLPE-GILLOT, Paris

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

2023 © Congrès National des Unités de Soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle © Congrès National Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle

Les approches non médicamenteuses en 1^{ère} ligne dans les recommandations

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

2018

Description des symptômes

Déroulé diagnostique

Stratégie d'évaluation des troubles

Stratégies d'intervention

Stratégie thérapeutique

Synthèse et transmission de l'information

Traitements de référence et interventions non médicamenteuses

Interventions médicamenteuses

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

1.8

LES THERAPIES NON MÉDICAMENTEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

PROGRAMME AMI ALZHEIMER

Avertissement et Maîtrise de la toxicité des neuroleptiques (NL) dans la maladie d'Alzheimer

- Les NL n'ont pas d'effet préventif sur la survenue des troubles du comportement.
- Des thérapies non médicamenteuses sont efficaces pour diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement.

Anesm

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



COHEN-MANSFIELD, J. Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. 2013

Practice Guideline > Jun 20:361:k2438. doi: 10.1136/bmj.k2438.

Dementia assessment, management and support: summary of updated NICE guidance

Joshua Cook¹, John O'Brien², Louise Robinson³, Damien Longson⁴; Guideline Committee



British Journal of Clinical Psychology (2022), 61, 112-131
© 2021 The Authors. British Journal of Clinical Psychology published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of British Psychological Society.
www.wileyonlinelibrary.com

Professional perspectives on applying the NICE and British Psychological Society Guidelines for the management of Behaviours that Challenge in dementia care: an e-survey

Kristina Lily Gray¹, Esme Moniz-Cook², Katharina Reichelt¹, Frances Duffy³ and Ian Andrew James*¹

¹CNTW NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, UK
²University of Hull, UK
³Northern Trust, Ballymena, UK

Intérêts des interventions en fonction de l'effet recherché

	Activités physiques adaptées	Art-thérapie	Herborifera	Interventions associées par l'animal	Interventions basées sur la danse	Musicothérapie	Réhabilitation cognitive	Stimulation multisensorielle	Thérapie par la reminiscence	Thérapie par la stimulation cognitive
Fonctionnement cognitif	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Communication verbale et non-verbale	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Symptômes psychologiques et comportementaux	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
État émotionnel	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qualité de vie et personnalité	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Forme physique liée à la santé	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Qualité et contrôle du mouvement	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Autonomie fonctionnelle	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, tous droits réservés - Toute reproduction est interdite sans autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Vers de nouvelles recommandations par symptôme



Nouvelles recommandations pour la prise en charge des symptômes psycho comportementaux (SPC) dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA)

Maria Soto
Jean Roche

Elaboration de nouvelles recommandations par un groupe national d'experts basée sur

- L'évidence scientifique existante
 - L'expérience clinique
- Et avec le souhait d'orientations pragmatiques

2 groupes de travail sur les TNM :
1 par thérapeutique et 1 par symptôme psycho-comportemental

Troubles psycho-comportementaux en général

- De manière générale, plusieurs grands principes recommandés
 - L'importance du cadre et de la formation
 - L'association de plusieurs méthodes
- Intérêt de thérapies adaptées au patient : activités occupationnelles /relationnelles adaptées aux centres d'intérêt et habiletés de la personne

Psycho-éducation des aidants (voire dyade aidant-aidé)

⇒ niveau de preuves le plus important

à domicile mais aussi pour les professionnels notamment en EHPAD

Efficacité démontrée pour



comprendre et analyser les SPC pour ensuite identifier les facteurs associés à ces derniers, développer des compétences pour mise en place de stratégies de résolution des problèmes liés augmenter l'activité du patient selon les centres d'intérêt et les capacités préservées, améliorer la communication avec le patient, réduire la complexité environnementale, simplifier les tâches quotidiennes des patients.

(Brodsky et al, 2012; Livingston et al, 2014, Kales et al 2019)

L'approche DICE

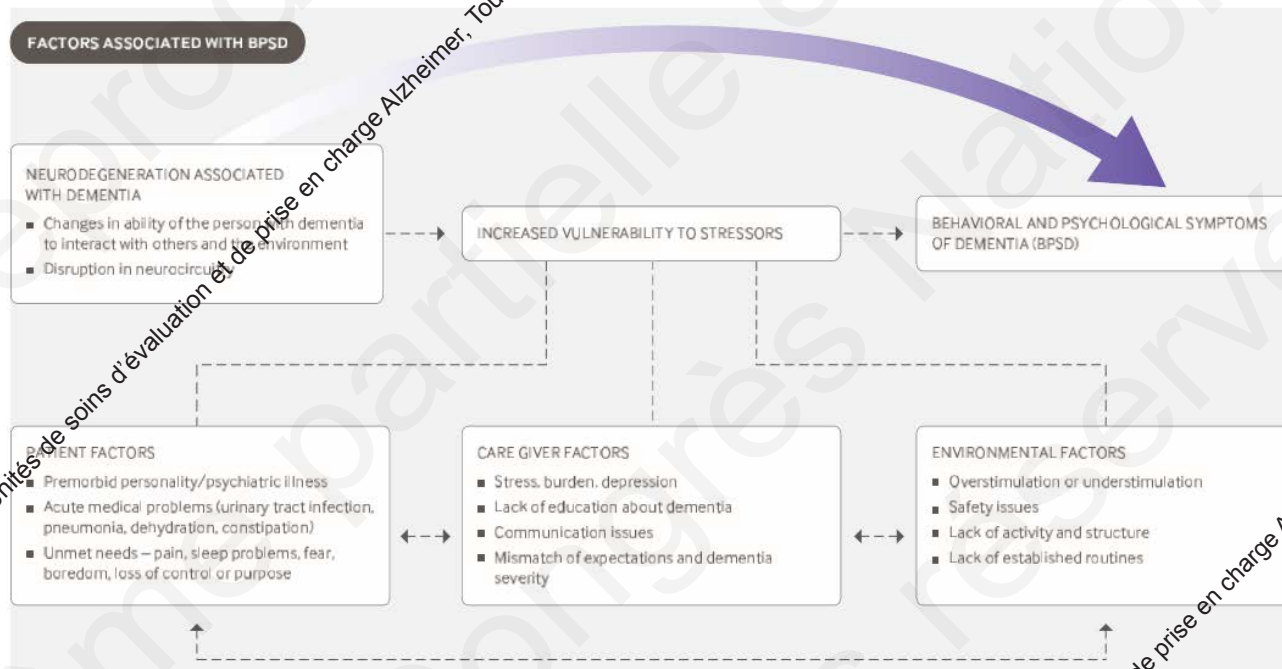
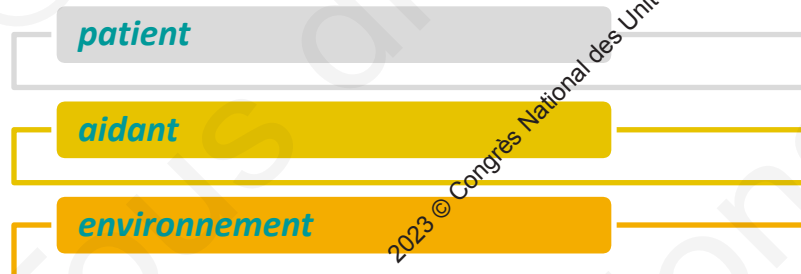


Fig 1 | Conceptual model describing how interactions between the person with dementia, care giver, and environmental factors cause behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

L'approche DICE : Describe, Investigate, Create, Evaluate

Create interventions



Kales et al 2015

Troubles psycho-comportementaux en général agitation et troubles psychotiques

Management of behavioral and psychological symptoms in people with Alzheimer's disease: an international Delphi consensus

Helen C. Kales,^{1,2,3} Constantine G. Lyketsos,⁴ Erin M. Miller¹ and Clive Ballard⁵ **2018**

Table 5. Consensus on the current treatment of psychosis

	% AGREEMENT ACROSS PANEL WITHIN +/-1 RANK SCORE	RANK
Thorough assessment and management of underlying causes	100%	1
Risperidone	100%	2

Table 2. Consensus on current treatments for overall BPSD and agitation

TREATMENT OF OVERALL BPSD WITHIN AND AGITATION*	% AGREEMENT ACROSS PANEL +/-1 RANK SCORE	RANK
Thorough assessment and management of underlying causes	100%	1
Caregiver problem –solving/information/education	91%	2
Environmental adaptation/approaches	70%	3
Person-centered care	70%	4
Tailored activity program	70%	5
Citalopram	81%	6
Treat pain – Paracetamol/Analgesia	81%	7
Risperidone	64%	8

*Rank order identical for BPSD overall and for agitation.

Table 3. Consensus on emerging and experimental non-pharmacological treatments for overall BPSD, agitation, and psychosis

FUTURE NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENTS	% AGREEMENT ACROSS PANEL WITHIN +/-1 RANK SCORE	RANK
DICE	100%	1
Music therapy	100%	2

**Après la psycho-éducation,
la musicothérapie**
a le plus d'études positives,
plus d'effet que d'autres INM,
même si le niveau de preuve reste
bas pour certains.

2023

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite.

Troubles psycho-comportementaux, agitation et agressivité

Table 7. Non-pharmacological strategies in behavioural and psychological symptoms of dementia

Strategy	Type of BPSD	Rating
Sounds (mountain stream, ocean waves)	Verbal aggression	Moderate-high
Preferred music	Verbal aggression during bath and meal times	Moderate-high
Preferred music	Apathy	Low-moderate
Staff training (consisting of meetings, psychoeducation, behaviour management techniques)	Aggression	High
Care training (consisting of psychoeducation, behaviour management techniques, problem solving)	Aggression	High
Individual recreational activities	Mood – positive effect observed	High
Stimulated family presence and use of personalised audiotapes	Agitation	Moderate
'Bed baths'	Agitation, aggression	Moderate
Aromatherapy (lavender oil, lemon balm) – individual or group setting	Agitation, irritability, dysphoria – residents seemed more engaged and less isolated	Moderate-high
Cognitive stimulation	Neuropsychiatric symptoms	Moderate
Reminiscence therapy	Agitation	Low
Pet therapy	Apathy	Low-moderate
Bright light therapy	Wandering	Low

Loi et al 2015, 2018

Formation des équipes et/ou des aidants

Musicothérapie

Interventions sensorielles et notamment aromathérapie (Kong 2008, Dimitriou et al, 2018)

Ergothérapie et activités occupationnelles telles que cuisine, danse, jardinage, et Actions sur l'environnement surtout si combinée à la formation des aidants (Preuss et al, 2016)

Activité physique dans les SPC en général, et selon les experts pour agitation et agressivité

Anxiété et dépression

Aucune intervention seule ne s'est avérée plus efficace que les soins habituels (Watt 2021).

On ne peut que recommander une combinaison d'interventions.

Musicothérapie recommandée, dès les cas légers.

Luminothérapie : efficacité en ehpad après 4 sem d'intervention

Thérapie à médiation animale : limitation possible de l'augmentation des symptômes dépressifs à un stade modéré à sévère

D'autres thérapeutiques à discuter selon facilité d'implantation, contexte et autres facteurs comme sévérité atteinte cognitive



Research report
Non-Pharmacological interventions for the anxiety in patients with dementia. A cross-over randomised controlled trial
Tatiana-Danaï Dimitriou^{a,*}, Eleni Verykoui^b, John Papatriantafyllou^c, Anastasia Konsta^d, Dimitrios Kazis^e, Magda Tsolaki^f

2020

Pairwise comparisons between the different treatments for the NPI Result and NPI Distress.

Treatment	Mean (SD)	treatment	Mean (SD)	p
NPI result				
Music Therapy	5.20 (1.74)	Exercise	6.77 (1.73)	< 0.001
Music Therapy	5.20 (1.74)	Aromatherapy & Massage	6.90 (1.85)	< 0.001
Exercise	6.77 (1.73)	Aromatherapy & Massage	6.90 (1.85)	0.558
NPI distress				
Music Therapy	2.05 (0.50)	Exercise	2.80 (0.91)	< 0.001
Music Therapy	2.05 (0.50)	Aromatherapy & Massage	3.00 (0.82)	< 0.001
Exercise	2.80 (0.91)	Aromatherapy & Massage	3.00 (0.82)	0.193

Dépression, anxiété, agitation et luminothérapie

Kolberg et al. *BMC Psychiatry* (2021) 21:377
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03376-y>

BMC Psychiatry

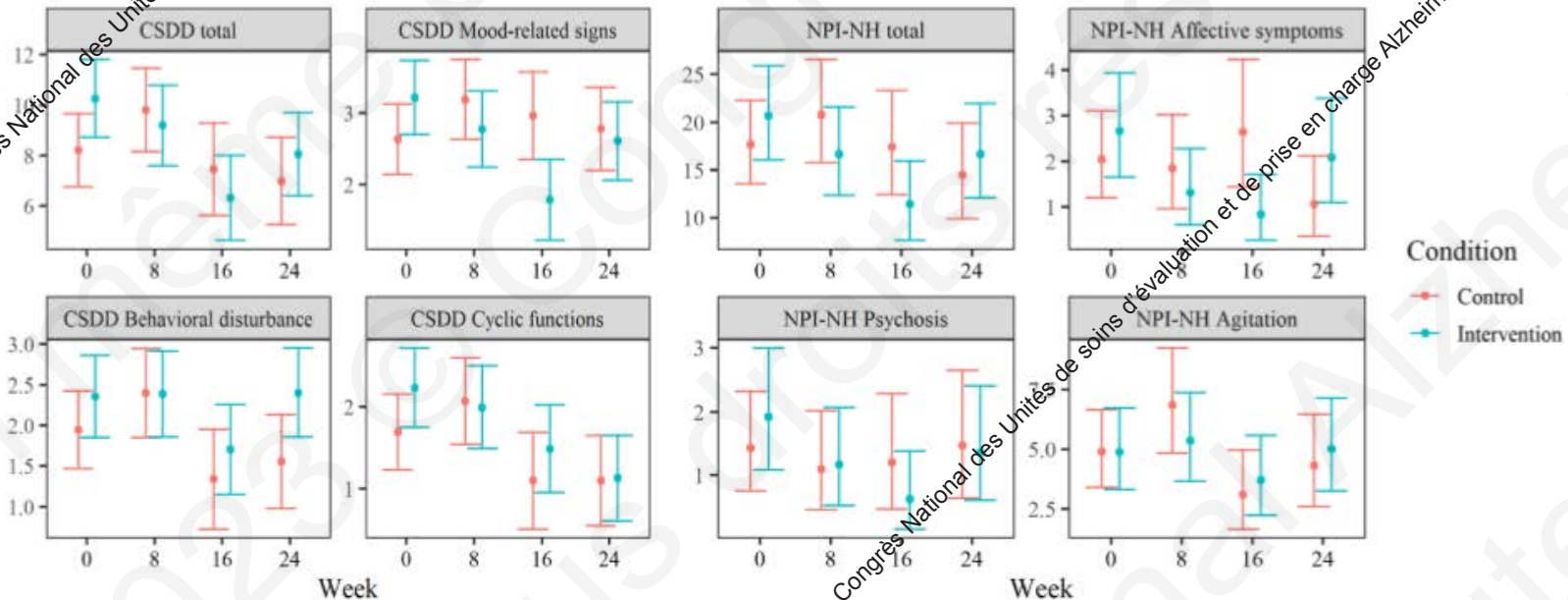
RESEARCH ARTICLE

Open Access

The effects of bright light treatment on affective symptoms in people with dementia: a 24-week cluster randomized controlled trial



Eirin Kolberg^{1*}, Gunnhild Johnsen Hjeltnes^{1,2}, Eirunn Thun¹, Ståle Pallesen^{3,4,5}, Inger Hilde Nordhus^{1,6}, Bettina S. Husebo⁷ and Elisabeth Kroenkeboom¹



CSDD=The Cornell Scale for Depression in Dementia,
 NPI-NH=The Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version

Social robots : des résultats parfois contrastés mais à considérer selon le contexte

Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting

Julian Hirt^{a,b,*}, Nicola Ballhausen^{c,d}, Alexandra Hering^{d,e}, Matthias Kliegel^{d,e,f},
Thomas Beer^a and Gabriele Meyer^b

JAD
2021



2818 références, 16 études retenues

	PET ROBOT	HUMANOID ROBOT	TELEPRESENCE ROBOT
Behavioral outcomes			
<i>Apathy</i>			
<i>Neuropsychiatric symptoms</i>			
<i>Agitation</i>			
<i>Other</i>			
Emotion-related outcomes			
<i>Depressive symptoms</i>			
<i>Other</i>			
Well-being and quality of life			
Functional outcomes			
Medication outcomes			
Cognition			



2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite.

2023 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction est interdite.

Avis d'experts et poupées empathiques

Intérêt souligné dans les recommandations :

Agitation -Anxiété/dépression

Déambulation et comportement moteur aberrant



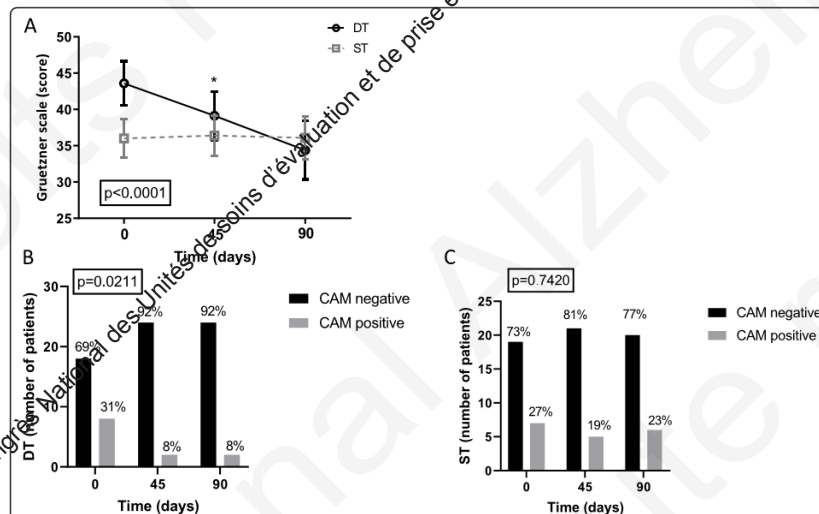
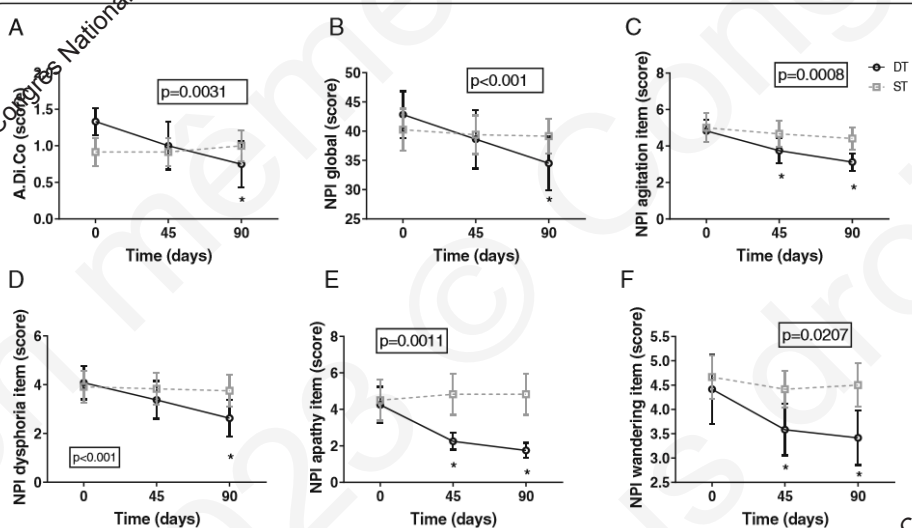
Santagata et al. BMC Geriatrics (2023) 21:545
https://doi.org/10.1186/s12877-021-03496-0

BMC Geriatrics

RESEARCH

Open Access

The doll therapy as a first line treatment for behavioral and psychologic symptoms of dementia in nursing homes residents: a randomized controlled study



Intérêt dans la prévention de la confusion

Perspectives : Anxiété, dépression et rTMS

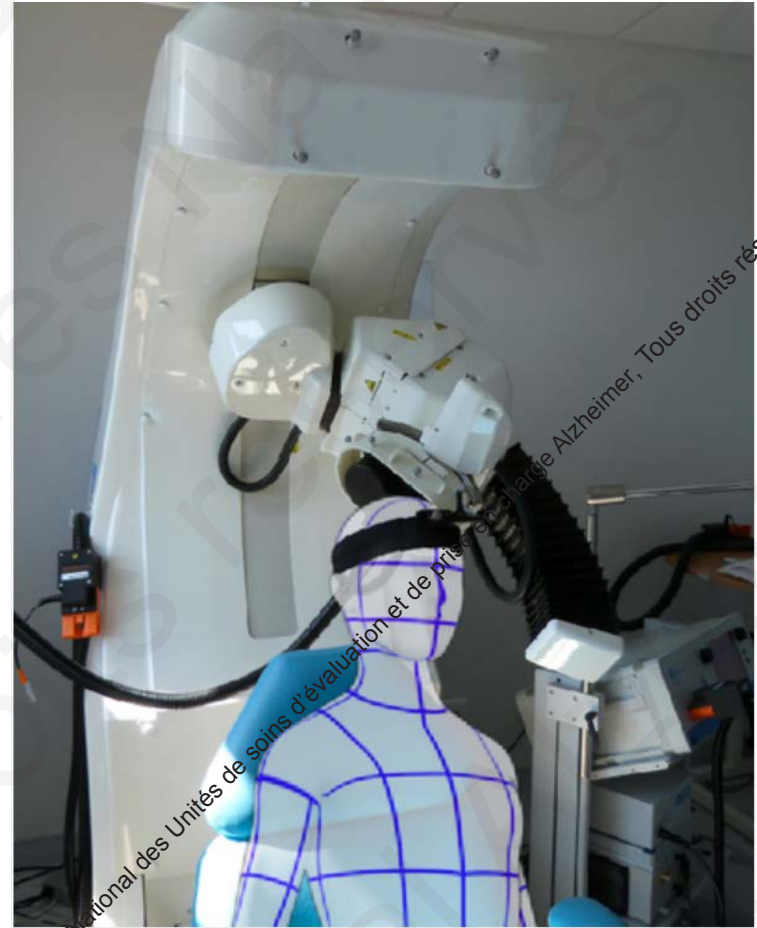
Etude pilote : 12 patients inclus, 10 séances, 2 fois/j pendant 5 jours, en add on

*Comparaison avant et J30 après le traitement, Séances bien tolérées et aucun effet indésirable
Amélioration significative de la mémoire sémantique, nette réduction du score d'anxiété
diminution de la dépression associée à une amélioration de la qualité de vie.*

Teti Mayer et al, 2021

*36 patients inclus résistant au traitement ou avec iatrogénie, 5 ont arrêté
Sur les 31 restants : 23 avec troubles cognitifs majeurs et 8 MCI, âge moyen : 79.5 ans.
5 séances /sem pdt 3 à 4 sem en HDJ
Amélioration significative de la GDS 1 mois après*

Pariel et al, CIFGG 2023



Stimulation magnétique trans crânienne répétitive

Apathie

Là encore, une approche multimodale individualisée est recommandée

Musicothérapie en première intention : notamment au stade sévère. Pas de consensus sur durée et fréquence de ce traitement, mais au long terme semblerait plus efficace.

Activité physique régulière : pas d'études robustes, mais effet positif lorsque l'activité physique est incluse dans une prise en charge individualisée avec amélioration de la qualité de vie des aidants et meilleur ressenti des aidants

Stimulation magnétique répétitive trans-crânienne ??

Journal of Alzheimer's Disease 77 (2020) 1483–1493
DOI 10.3233/JAD-200640
IOS Press

1483

Neuromodulation for Apathy in Alzheimer's Disease: A Double-Blind, Randomized, Sham-Controlled Pilot Study

Prasad R. Padala^{a,b,c,*}, Eugenia M. Boozer^d, Shih-Y. Lensing^{a,d}, Christopher M. Parkes^a, Cassandra R. Hunter^a, Richard A. Dennis^{a,b}, Ricardo Caceda^a and Kalpana P. Padala^{a,c}

Changes from baseline in outcomes with rTMS and sham treatments and the differences between the two treatments

Variables	Change with rTMS treatment (n = 9) Mean (95% CI)	Change with Sham treatment (n = 10) Mean (95% CI)	Difference ^a Mean (95% CI)	Statistic	p ^b
Primary endpoint					
AES	-11.0 (-15.2 to -6.7)	-0.8 (-4.8 to 3.2)	-10.1 (-15.9 to -4.3)	t ₁₆ = -3.69	0.002
Secondary endpoints					
ADL	0.1 (-0.7 to 1.0)	0.3 (-0.6 to 1.1)	-0.1 (-1.4 to 1.1)	t ₁₆ = -0.22	0.829
IADL ^c	1.0 (-2.3 to 4.4)	-2.4 (-5.4 to 0.5)	3.4 (1.0 to 5.9)	X ² ₁ = 7.72	0.006
3MS	7.2 (3.4 to 11.0)	0.3 (-3.0 to 3.8)	6.9 (1.7 to 12.0)	t ₁₅ = 2.85	0.012
MMSE	1.0 (-1.1 to 3.0)	0.1 (-1.8 to 2.0)	0.8 (-2.0 to 3.6)	t ₁₆ = 0.62	0.542
TMT-A	-4.8 (-23.2 to 13.5)	-1.9 (-19.3 to 15.5)	-2.9 (-28.2 to 22.4)	t ₁₆ = -0.24	0.812
TMT-B	-10.8 (-28.3 to 6.6)	-0.0 (-5.6 to 27.5)	-21.8 (-46.1 to 2.5)	t ₁₆ = -1.90	0.075
Exit-25	1.5 (-2.1 to 5.1)	-3.1 (-6.6 to 0.3)	4.6 (-0.8 to 10.1)	t ₁₆ = 1.79	0.092
CGI-S	1.7 (1.1 to 2.4)	0.4 (-0.3 to 1.0)	1.4 (0.5 to 2.3)	t ₁₆ = 3.29	0.005
CGI-I	1.8 (1.1 to 2.5)	4.3 (3.7 to 4.9)	-2.5 (-3.5 to -1.6)	t ₁₇ = -5.72	< 0.001
ZBS	-3.2 (-11.9 to 5.6)	0.7 (-7.6 to 9.1)	-3.9 (-16.0 to 8.2)	t ₁₆ = -0.68	0.506

Apathie et rTMS

Là encore, une approche multimodale individualisée est recommandée

Musicothérapie en première intention : notamment au stade sévère. Pas de consensus sur durée et fréquence de ce traitement, mais au long terme semblerait plus efficace.

Activité physique régulière : pas d'études robustes, mais effet positif lorsque l'activité physique est incluse dans une prise en charge individualisée avec amélioration de la qualité de vie des aidants et meilleur ressenti des aidants

Stimulation magnétique répétitive trans-crânienne ??

Journal of Alzheimer's Disease 77 (2020) 1483–1493
DOI 10.3233/JAD-200640
IOS Press

1483

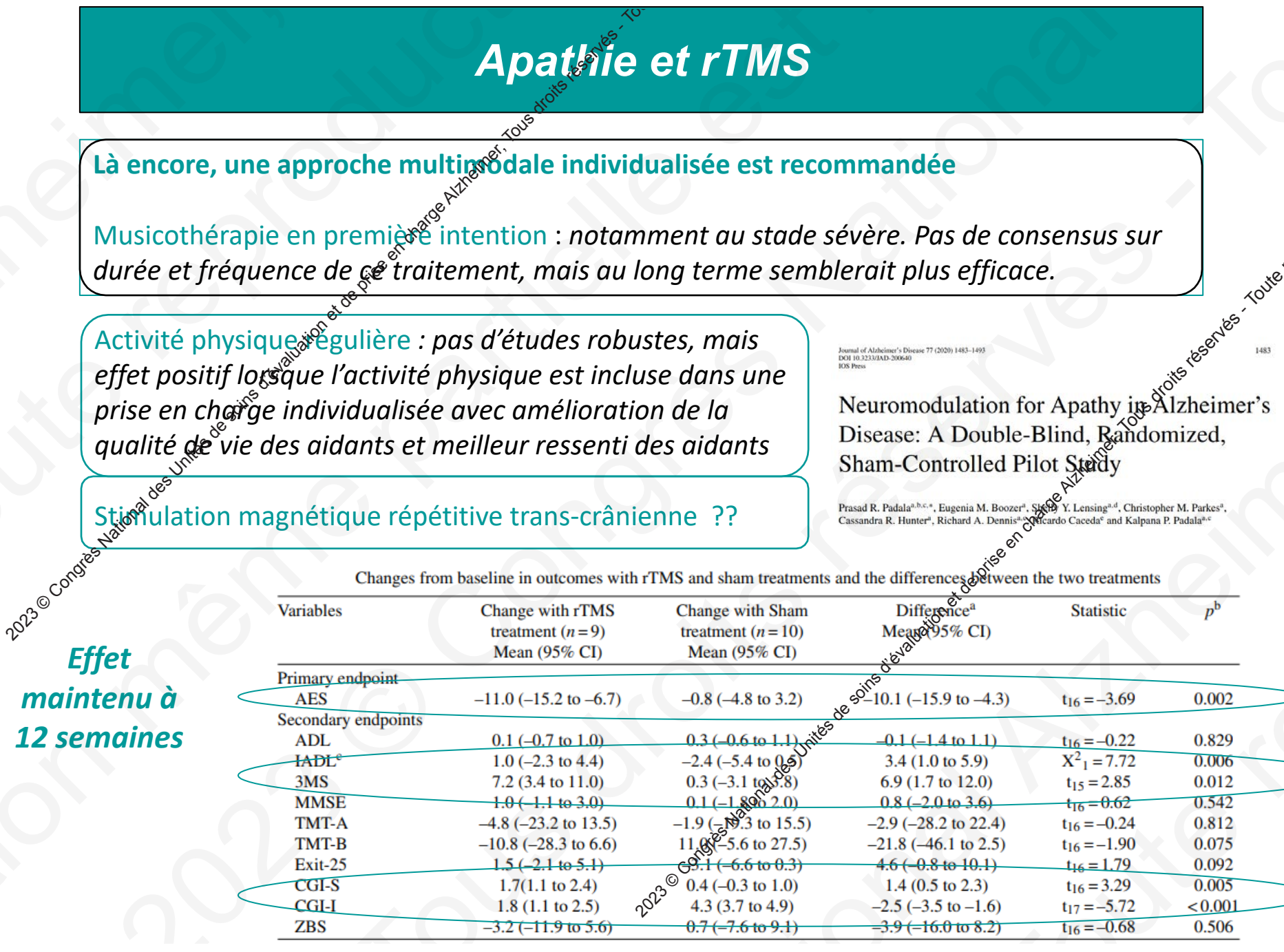
Neuromodulation for Apathy in Alzheimer's Disease: A Double-Blind, Randomized, Sham-Controlled Pilot Study

Prasad R. Padala^{a,b,c,*}, Eugenia M. Boozer^d, Shrey Y. Lensing^{a,d}, Christopher M. Parkes^a, Cassandra R. Hunter^a, Richard A. Dennis^{a,b}, Ricardo Caceda^a and Kalpana P. Padala^{a,c}

Changes from baseline in outcomes with rTMS and sham treatments and the differences between the two treatments

Variables	Change with rTMS treatment (n=9) Mean (95% CI)	Change with Sham treatment (n=10) Mean (95% CI)	Difference ^a Mean (95% CI)	Statistic	p ^b
Primary endpoint					
AES	-11.0 (-15.2 to -6.7)	-0.8 (-4.8 to 3.2)	-10.1 (-15.9 to -4.3)	t ₁₆ = -3.69	0.002
Secondary endpoints					
ADL	0.1 (-0.7 to 1.0)	0.3 (-0.6 to 1.1)	-0.1 (-1.4 to 1.1)	t ₁₆ = -0.22	0.829
IADL ^e	1.0 (-2.3 to 4.4)	-2.4 (-5.4 to 0.5)	3.4 (1.0 to 5.9)	X ² ₁ = 7.72	0.006
3MS	7.2 (3.4 to 11.0)	0.3 (-3.1 to 3.8)	6.9 (1.7 to 12.0)	t ₁₅ = 2.85	0.012
MMSE	1.0 (-1.1 to 3.0)	0.1 (-1.8 to 2.0)	0.8 (-2.0 to 3.6)	t ₁₆ = 0.62	0.542
TMT-A	-4.8 (-23.2 to 13.5)	-1.9 (-13.3 to 15.5)	-2.9 (-28.2 to 22.4)	t ₁₆ = -0.24	0.812
TMT-B	-10.8 (-28.3 to 6.6)	11.0 (-5.6 to 27.5)	-21.8 (-46.1 to 2.5)	t ₁₆ = -1.90	0.075
Exit-25	1.5 (-2.1 to 5.1)	3.1 (-6.6 to 0.3)	4.6 (-0.8 to 10.1)	t ₁₆ = 1.79	0.092
CGI-S	1.7 (1.1 to 2.4)	0.4 (-0.3 to 1.0)	1.4 (0.5 to 2.3)	t ₁₆ = 3.29	0.005
CGI-I	1.8 (1.1 to 2.5)	4.3 (3.7 to 4.9)	-2.5 (-3.5 to -1.6)	t ₁₇ = -5.72	<0.001
ZBS	-3.2 (-11.9 to 5.6)	0.7 (-7.6 to 9.1)	-3.9 (-16.0 to 8.2)	t ₁₆ = -0.68	0.506

**Effet
maintenu à
12 semaines**



Déambulation et troubles moteurs aberrants

TABLE 1.

Risk Factors for Wandering in Person with Dementia

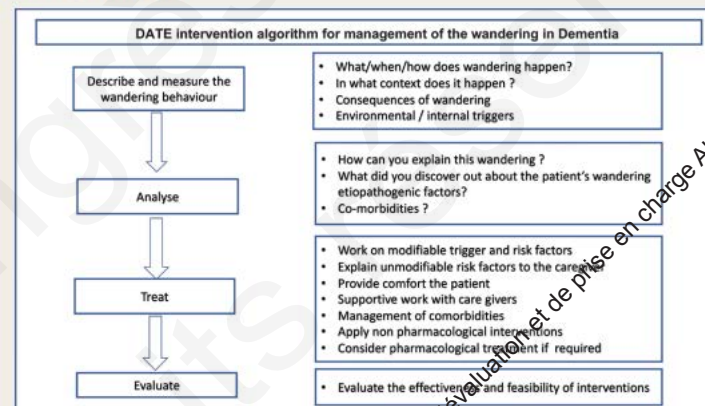
1. Male gender
2. Younger age
3. MMSE<13 with preserved locomotor activity
4. Alzheimer's disease/Lewy body dementia
5. Dementia with significant visuospatial disorientation
6. Agitation
7. Psychotic symptoms
8. Substance use and externalizing traits

**Psychoéducation (patient, aidant) :
première étape**

Approach to Management of Wandering in Dementia: Ethical and Legal Issue

Adesh Kumar Agrawal¹, Mahesh Gowda², Umesh Achary¹, Guru S. Gowda¹ and Vijaykumar Harbishettar³ 2021

DATE Interventional Algorithm for management of the wandering in Dementia



Autres Interventions : notamment

- *thérapies distractives (musique, marche, exercice physique),*
- *thérapies sensorielles (massage, aromatherapie, stimulation multi-sensorielle),*
- *médiation animale avec un chien,*
- **actions sur l'environnement,**
- *poupées empathiques sur démence modérée à sévère et notamment en EHPAD*

Désinhibition

International Psychogeriatrics (2022), 34:4, 335–351 © International Psychogeriatric Association 2022
doi:10.1017/S1041610222000151

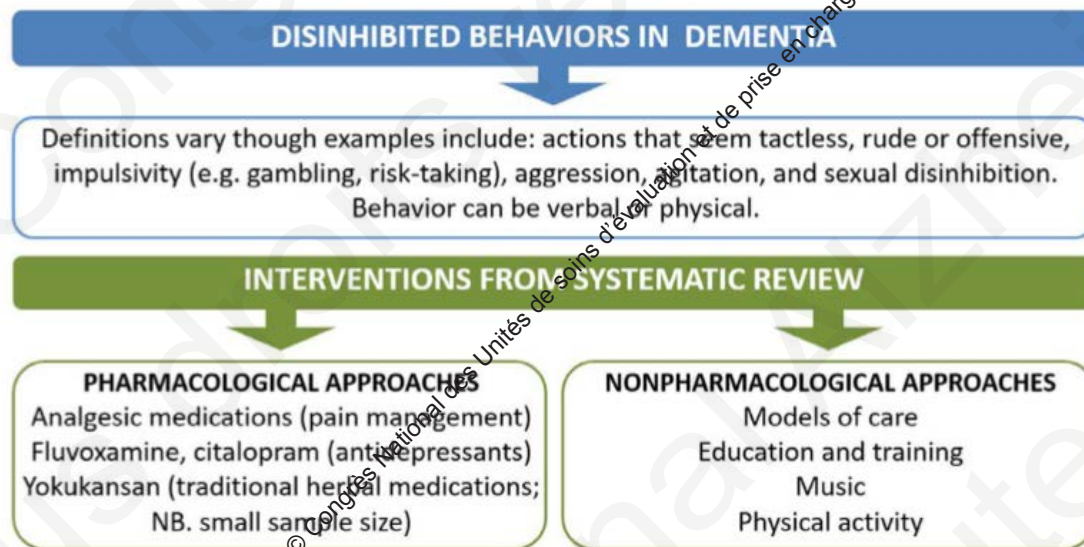
REVIEW

Pharmacological and nonpharmacological approaches to reduce disinhibited behaviors in dementia: a systematic review

Claire V. Burney,^{1,2} Kim Burns,^{1,2} and Henry Brodaty^{1,2}

¹Dementia Centre for Research Collaboration, School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

²Centre for Healthy Brain Ageing (CHeBA), School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia



Pas d'études à haut niveau de preuve ayant directement ciblé ce type de SPC

*Formation des aidants et du personnel soignant.
+ Création d'activités sociales*

Au final

3 types de stratégies recommandées pour la gestion des SPC

Interventions non médicamenteuses proprement dites
Activités relationnelles/ occupationnelles adaptées au patient
Adaptation de l'environnement architectural, organisationnel, et institutionnel

Mais aussi un constat :

Il existe des freins à l'implémentation !



Perspectives

3 mesures pour accélérer l'implémentation des approches non médicamenteuses

**Projet
mesure spécifique
nouvelle stratégie
MND 2024-28**



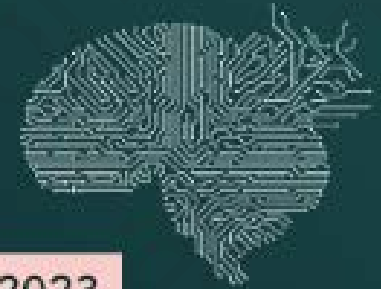
*Formation spécifique des professionnels et proches aidants
Incitation plus forte à l'implémentation des approches non médicamenteuses
Valorisation et financement des INM et actes de soins types activités
relationnelles/ occupationnelles*

**Valorisation = Calcul des coûts par approche et contexte (UCC, PASA, EHPAD et autre domicile...)
Expérimentation coûte en contexte réel
Nomenclature pour facturation et recueil de données**

CONGRÈS NATIONAL 2023 | DES UNITÉS DE SOINS, D'ÉVALUATION
ET DE PRISE EN CHARGE*

Alzheimer

13 et 14 décembre 2023



Isabelle Bathellier (gériatre, Orléans)
Safina Ghani (neuropsychologue, Paris)
Elsa Mhanna (neurologue, Paris)
Jean-Marc Michel (gériatre, Colmar)
Iana Pissareva (gériatre, Paris)
Olivier Seguret (gériatre, Lille)
Anais Tribouillard (ergothérapeute, Valenciennes)

*Je remercie mon groupe de travail
TNM par SPC*

**Et je vous remercie
pour votre attention !**