FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

POUR LA RECHERCHE

n° 59
Déc. 2008

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Philippe Robert -

Sommaire

◆ Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (5)

Point sur le pôle Alzheimer



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr M. Falk-Vairant,
Dr J. Garrabé,
Dr N. Garret-Gloanec,
M. Thurin, M. Villamaux

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● C'est dans les pages consacrées aux questions préalables que le lecteur trouvera des informations sur l'intérêt d'avoir constitué un pôle Alzheimer, sujet âgé dans le cadre du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* (RRFPP).

Le reste de ce numéro présente la méthodologie utilisée qui est parallèle à celle du pôle « borderline ». Il convenait cependant de l'adapter au sujet âgé présentant ou ne présentant pas une maladie d'Alzheimer. Cette démarche à été entamée à l'automne 2008 et mérite probablement d'être encore affinée.

Trois vignettes cliniques présentent en exemple, des situations différentes montrant ainsi la complexité et la variété des difficiles prises en charge de ces patients qui nécessitent des acteurs de terrain multiples et bien formés.

Cette brève introduction a seulement pour objet de rappeler que cette dynamique doit se poursuivre. Dans le numéro de septembre 2008 de *Pour la recherche* il était indiqué qu'il y avait 18 inscrits dans le pôle Alzheimer. Il faut maintenant avancer et développer les groupes de pairs, qui sont les vrais artisans de la recherche.

Le plan 2008-2012 sur la maladie d'Alzheimer entame sa deuxième année, les choses bougent. Le RRFPP est une occasion unique de tester l'efficacité des psychothérapies d'une manière rigoureuse. Seule, l'implication du plus grand nombre permettra cette dynamique.

La balle est dans le camp des psychiatres et des professionnels utilisant ces pratiques psychothérapeutiques ●

Quelques questions préalables...

Elsa Leone - Philippe Robert

● La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés se caractérisent par une altération des fonctions cognitives à laquelle sont associés des troubles connus sous le terme de troubles du comportement, symptômes psychiatriques ou symptômes neuropsychiatriques. Dans une dimension plus descriptive, l'*International Psychogeriatric Association* a proposé la dénomination de **symptômes psychologiques et comportementaux des démences** (SPCD) qui regroupent les troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur ou du comportement fréquemment observés chez les patients déments.

Les SPCD suscitent un intérêt croissant parce qu'ils :

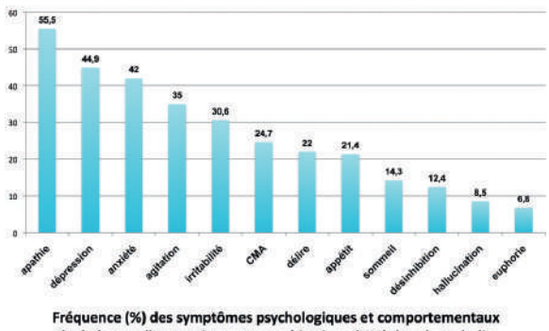
- occasionnent une part importante de la souffrance des patients et des aidants,

- conditionnent fortement le mode de vie du patient et son parcours de soin. La prise en charge des SPCD est multimodale et doit être guidée par le niveau d'évolution de la maladie, mais aussi d'une manière plus spécifique par le type et les caractéristiques des symptômes présentés.

La fréquence et les regroupements de symptômes

Comparativement aux troubles comportementaux présentés chez l'adulte jeune, les SPCD ont des caractéristiques particulières. En effet, des symptômes même apparemment opposés sont souvent associés entre eux. Des symptômes peuvent être présents à un moment de l'évolution, puis disparaître et réapparaître. Cela rend parfois difficile l'utilisation de critères diagnostiques nécessitant la présence stable de symptômes pendant une durée déterminée (par exemple, pour un épisode dépressif majeur).

La fréquence des SPCD est importante puisque plus de 85% des patients atteints de maladie d'Alzheimer présentent ce type de symptômes. Il existe cependant une grande variabilité interindividuelle (McKeith & Cummings, 2005). Un tiers des patients présentent des symptômes qui ont une intensité sévère (Eustache et *al.,* 2002). La fréquence tend généralement à augmenter avec la sévérité du déficit cognitif même si des pics peuvent survenir à des moments particuliers de l'évolution. Par exemple, les symptômes dépressifs ou l'apathie sont fréquents dans les formes légères à modérées. La majorité des études évaluant la fréquence des SPCD ont été effectuées avec l'*Inventaire Neuropsychiatrique* (NPI). La figure 1 présente les résultats des principales études européennes (Robert, 2005 ; INSERM, 2007). Quelle que soit la sévérité, le symptôme le plus fréquemment rencontré est l'apathie suivie des symptômes dépressifs et de l'anxiété.



Fréquence (%) des symptômes psychologiques et comportementaux évalués avec l'Inventaire neuropsychiatrique (NPI) dans la maladie d'Alzheimer (études européennes)

A partir des études effectuées avec le NPI, plusieurs analyses factorielles ont été effectuées afin de subdiviser les SPCD en sous-groupes cohérents de symptômes. L'étude la plus récente (Aalten, 2007), réalisée par le groupe de l'EADC (*European Alzheimer's Disease Consortium*) sur un nombre de patients important (n = 2354), isole 4 syndromes :

- *Hyperactivité* incluant les items agitation, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrants et euphorie ;

- *Psychose* incluant les items délire, hallucination et troubles du sommeil ;

- *Affectif* incluant dépression et anxiété ;

- *Apathie* incluant l'apathie et les troubles de l'appétit.

Cette subdivision est cohérente d'un point de vue clinique mais a aussi un intérêt au niveau de l'approche étiologique des SPCD.

Les symptômes psychologiques et comportementaux sont des symptômes précoces

Dans un premier temps, il a été mis en évidence une relation entre l'existence d'antécédents personnels de dépression et un risque plus élevé de développer une maladie d'Alzheimer plus tard au cours de l'existence. Récemment, Ownby et *al*. (2006) ont effectué une revue systématique de la littérature afin de réaliser une méta-analyse. Cent cinquante trois études ont été sélectionnées dans un premier temps. Seulement 20 de ces études présentaient des données suffisantes pour permettre de calculer un odd-ratio (OR). Ces 20 études fournissent des données sur un échantillon de 102 172 personnes provenant de 8 pays différents. Les résultats montrent que les patients avec des antécédents de dépression ont plus tendance à avoir ultérieurement un diagnostic de maladie d'Alzheimer au cours de leur existence.

Ces résultats suggèrent que des antécédents de dépression sont un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer plutôt qu'un prodrome de cette maladie.

Cette hypothèse est particulièrement pertinente quand le terme de dépression recouvre les patients ayant présenté un épisode dépressif majeur. La pertinence est moindre si l'on considère uniquement la symptomatologie dépressive. Il faut rappeler que, dans la maladie d'Alzheimer, on trouve beaucoup plus de symptômes dépressifs isolés que d'états dépressifs majeurs complets au sens des *Classifications Diagnostiques Internationales*.

L'hypothèse des symptômes dépressifs comme prodrome ou syndrome précoce de la maladie d'Alzheimer doit aussi être réexaminée en tenant compte de la distinction importante entre symptôme dépressif et apathie.

En fait, il existe aussi des symptômes psychologiques et comportementaux chez des patients présentant un trouble cognitif léger (MCI). En utilisant le même instrument que dans la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire le NPI, plusieurs études indiquent la présence de ces symptômes chez plus de 50 % des patients. Les symptômes les plus fréquents sont l'apathie, les symptômes dépressifs ou dysphorie, l'anxiété (Hwang, 2004 ; Geda, 2004). Dans le cadre de l'étude multicentrique française PRE-AL (pré-Alzheimer) sur le suivi de patients présentant un MCI (Sarrazin, 2007), il a été mis en évidence que les premiers symptômes observés sont dans le champ de l'apathie (perte d'intérêt, perte d'initiative) mais ne sont pas spécifiquement dépressifs, même quand la dépression est mise au premier plan.

Après 3 ans, 59 patients (27,2 %) ont développé une Maladie d'Alzheimer. Le seul symptôme comportemental prédicteur d'un risque de conversion vers la Maladie d'Alzheimer est l'apathie, la perte d'intérêt (Robert, 2008).

La place des traitements non pharmacologiques

Depuis la conférence de consensus de l'IPA, il est régulièrement rappelé que le premier traitement des SPCD est non pharmacologique et que ce n'est que dans un deuxième temps que doit intervenir l'approche pharmacologique. L'analyse de la littérature concernant ces deux approches est très inégale. Depuis quelques années, les études concernant les traitements pharmacologiques sont de plus en plus nombreuses et répondent aux critères scientifiques demandés dans le cadre des essais thérapeutiques. Parallèlement, les études sur les approches non pharmacologiques sont aussi très nombreuses mais peu d'entre-elles répondent à ces critères.

Les traitements non médicamenteux recouvrent différents aspects et objectifs (orientation dans le réel, réhabilitation cognitive, stimulation cognitive, réminiscence thérapie…). Ces stratégies sont largement utilisées en consultation mémoire, en accueil de jour, dans les centres de réadaptation, les hôpitaux de jour des départements gériatriques, par les orthophonistes, dans les unités de soins spécialisés, les maisons de retraite médicalisées ou résidentielles, mais il n'existe cependant que peu de preuves de leur efficacité à court ou moyen terme.

Plusieurs revues de la littérature ont été réalisées afin d'évaluer l'efficacité des traitements non pharmacologiques pour les patients ambulatoires ou vivant en institution. Livingston et *al.* (2005) ont par exemple identifié un total de 1632 études sur le sujet et seulement 162 ont satisfait l'ensemble des critères scientifiques d'inclusion à la revue. Des méthodes spécifiques d'éducation des aidants ou des équipes soignantes et la stimulation cognitive ont des effets positifs sur les SPCD qui se maintiennent dans le temps. Les auteurs soulignent que le manque de résultats significatifs concernant les autres types de thérapies ne constitue pas une preuve de leur inefficacité. Les conclusions sont néanmoins restreintes du fait du nombre limité de recherches avec un haut niveau de qualité scientifique.

Une telle démarche commence à être initiée pour les techniques de stimulation cognitive, par exemple dans le cadre du protocole de recherche ETNA3 qui évalue l'efficacité de 3 thérapeutiques non médicamenteuses chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer et vivant en ambulatoire. Dans le même sens, l'étude TNM en EHPAD vient de montrer l'intérêt de la formation des professionnels en Institution. Par contre, il n'existe encore aucune étude sur la place des psychothérapies. Il semble pourtant naturel de penser que les dimensions émotionnelles et de personnalité sont des facteurs individuels ayant une influence sur le parcours de vie et le parcours de soin des patients. C'est dans cette perspective que le pôle Alzheimer du RRFPP peut avoir une place privilégiée.

● Définition des populations concernées par les études dans le cadre du Réseau

L'étude porte sur l'effet des interventions psychothérapiques et psychologiques sur les symptômes psychoaffectifs ou les troubles du comportement chez des personnes âgées chez lesquelles une dimension fonctionnelle coexiste avec le processus déficitaire.

● L'inclusion et l'exclusion

Situations de départ :
- patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée,
- autres pathologies avec un diagnostic établi (par exemple état dépressif majeur au sens du DSM).

● Les interventions

Il peut s'agir soit de psychothérapie ou d'intervention psychologique individuelle, soit de psychothérapie ou d'intervention psychologique en groupe.

● Références Bibliographiques

Aalten P, Verhey F, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, Caputo M, Collins D, De Deyn PP, Elina K, Girtler N, Holmes C, Hurt C, Marriott A, Meccocci P, Nobili F, Ousset PJ, Frisoni GB, Salmon DP, Tsolaki M, Vellas B, Robert P. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia; results from the european alzheimer disease consortium. *Dement Geriatr Cogn Dis.,* 2007:457 - 463.

Ayalon, L., Gum, A. M., Feliciano, L., Arean, P. A. (2006). Effectiveness of non pharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Arch Intern Med,* 166, 2182 - 2188.

Benoit, M., Arbus, C., Blanchard, F., Camus, V., Cerase, V., Clément, JP.et *al.* (2006). Professional consensus on the treatment of agitation, agressive behaviour, oppositional behaviour and psychotic disturbances in dementia. *The Journal of Nutrition Health and Aging,* 10, 410-415.

Benoit, M., Robert, P. H., Staccini, P., Brocker, P., Guerin, O., Lechowski, L., et *al.* (2005). One-year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. The real.Fr study. *The Journal of Nutrition Health and Aging,* 9(2), 95-99.

Boccardi, M., & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: Critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of Ageing and Development,* 127, 166-172.

Eustache, A., Coen, R., Walsh, C., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., et *al.* (2002 Oct). A longitudinal evaluation of behavioural and psychological symptoms of probable alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry,* 17(10), 968-973.

Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics,* 8, 497-500.

Geda YE, Smith GE, Knopman DS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik RJ, Mrazek DA, Edland SD, Petersen RC. (2004). De novo genesis of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment (MCI). *Int Psychogeriatr,* 16:51-60.

Hwang TJ, Masterman DL, Ortiz F, Fairbanks LA, Cummings JL. (2004). Mild cognitive impairment is associated with characteristic neuropsychiatric symptoms. *Alzheimer Dis Assoc Disord,* 18:17-21.

INSERM (2007). Maladie d'Alzheimer. Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. INSERM Expertise Collective.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C.G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry,* 162, 1996 - 2021.

McKeith, I., & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol,* 4(11), 735-742.

Ownby R, Crocco E, Acevdo A. (2006). Depression and risk for Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*, 63:530 - 538.

Robert P, Verhey F, Byrne EJ, Hurt C, De Deyn PP, Nobili F, Riello R, Rodriguez G, Frisoni GB, Tsolaki M, Kyriazopoulou N, Bullock R, Burns A, Vellas B. (2005). Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *Eur Psychiatry,* 20:490 - 496.

Robert, P.H., Berr C., Volteau M., Bertogliati-Fileau C., Benoit M., Guerin O., Sarazin M., Legrain S., Dubois B, (2008). Importance of lack of interest in patients with Mild Cognitive Impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry,* 16, 770-776.

Rousseau T. (2007) Approche thérapeutiques des Troubles Cognitifs et de la Communication dans les Démences. *AFTCC*, 17:45-52.

Sarazin M, Berr C, De Rotrou J. et al. (2007). Amnestic syndrome of the medial temporal type identifies prodromal AD: a longitudinal study. *Neurology,* 69:1859-1867.

Steultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter, L. M., Leemrijse, C. J., & Van den Ende, C. H. M. (2005). Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions; an overview of systematic reviews. *Clin Rehabilitation,* 19(3), 247 - 254.

Van den Ende, C. H. M., Steultjens, E. M. J., Bouter, L. M., & Dekker, J. (2006). Clinical heterogeneity was a common problem in cochrane reviews of physiotherapy and occupational therapy. *Journal of Clinical Epidemiology,* 59, 914-919.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et *al.* (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17 : 37-49.

Des situations complexes et variées : 3 exemples

Philippe Robert*,
Renald Asvazadourian** et Thierry Gallarda***

Un travail d'approche pour une patiente opposante et une famille en difficulté

Madame H. est une femme âgée de 71 ans, veuve depuis plus de 20 ans, ancienne enseignante supérieure en sciences naturelles.

Elle a deux enfants de 35 et 37 ans, l'un vivant dans une autre ville et l'autre à l'étranger. Ils sont bien sûr en contact, mais d'une manière épisodique : soit pas téléphone, soit par des visites de leur mère. L'année dernière, ils se sont tous retrouvés chez elle pour fêter ses 70 ans.

A cette occasion, ils ont eu le sentiment que le réseau de relations sociales de leur mère s'était réduit et qu'elle semblait être moins dynamique qu'auparavant. Son fils a essayé alors de le lui faire remarquer, mais elle aurait répondu d'une manière sèche que ce n'était pas ses affaires. Depuis, ils sont en froid.

Comme l'indique sa fille « Notre mère a toujours eu un caractère autoritaire. Il faut dire que ça lui a bien servi, aussi bien dans sa famille que pour sa carrière professionnelle ».

Depuis cet anniversaire, Mme H. n'a pas rendu visite à ses enfants et les coups de téléphone sont de moins en moins fréquents. Inquiétée par cette situation, sa fille est venue lui rendre visite et c'est à cette occasion qu'elle en parle à un de ses amis médecin.

Malgré son caractère, Mme H. accepte le dépistage pour les troubles de la mémoire indiquant que cette politique de prévention était tout à fait favorable et que même si elle pensait n'avoir aucune difficulté, elle acceptait bien volontiers de s'y soumettre.

Au cours de cet entretien, il se confirme que Mme H. est moins active qu'auparavant. Sa fille indique aussi qu'elle semble avoir des difficultés à gérer ses biens. Mme H. banalise ses propos. Il n'existe aucun antécédent médical sauf des troubles digestifs sans diagnostic précis malgré la réalisation d'une coloscopie, il y a 3 ans. Mme H. ne prend aucun traitement et l'examen clinique est normal.

L'évaluation cognitive met en avant un *Mini Mental Test* à 19/30.

La batterie cognitive courte met en évidence une désorientation temporelle, un score de 4/10 aux cinq mots, un score de 2/7 au test de l'horloge et une production de 8 mots à la fluence verbale Animaux (1 minute).

Du point de vue comportemental, même si elle ne voit pas régulièrement sa mère, sa fille a rempli le NPI-réduit. Celui-ci met en évidence une irritabilité et une anxiété surtout par les situations nouvelles.

A la suite de cette première consultation, une IRM est réalisée. Elle met en évidence une absence de lésion vasculaire contributive, une atrophie cortico-sous corticale et une atrophie bi-hipppocampique.

Un mois plus tard, lors de la consultation de synthèse en présence de sa fille, le diagnostic de maladie d'Alzheimer est évoqué. Sa fille paraît émotionnée tandis que Mme H. reste froide et tient ces propos : « Et bien puisque c'est comme ça, je prendrai les traitements, je lutterai contre cette maladie, mais ne prenez pas ce prétexte pour essayer de me surveiller. Je suis malgré tout capable de me débrouiller seule ».

Le médecin prescrit un inhibiteur de l'acétylcholinestérase. Il n'aura des nouvelles de la patiente que 2 mois plus tard. Toujours par l'intermédiaire de sa fille qui essaie de revenir beaucoup plus fréquemment la voir, nous apprenons que le traitement avait été mal supporté et que sa mère l'avait arrêté d'elle-même.

Une nouvelle consultation est réalisée.

Il y a une diminution progressive des activités de la vie quotidienne, avec toujours un refus de Mme H. d'accepter l'aide de sa fille ou les aides qu'elle essaie de mettre en place. Chaque fois qu'il lui est fait une remarque ou proposé une aide, elle perçoit cela comme une ingérence et comme une tentative de la limiter et elle juge cette attitude comme dévalorisante pour elle-même. C'est dans ces conditions qu'elle a des réactions verbales agressives pour son entourage. *Ph R.*

Lorsque la situation se détériore et que l'aidant est débordé

Mme V. est une femme de 81 ans qui présente une maladie d'Alzheimer diagnostiquée depuis plusieurs années et suivie régulièrement. Elle vit avec sa sœur, devenue l'aidant principal.

Elle présente des troubles du comportement depuis 3 mois : inversion du rythme nycthéméral, conduites d'opposition, hallucinations visuelles et chute brutale des capacités cognitives. L'entourage est épuisé. Une hospitalisation d'un mois est organisée suivie d'une orientation vers l'hôpital de jour.

Le premier entretien se déroule dans un premier temps avec Mme V. Elle se montre distante et réticente. Elle n'évoque ni son histoire, ni ses troubles cognitifs.

Lorsque la sœur est présente, Mme V. devient quasi-mutique. Sa sœur, assise légèrement en arrière, nous adresse des gestes désespérés et nous prie de ne pas parler.

Nous tentons néanmoins d'aborder les symptômes principaux que sont les troubles mnésiques et leur dénégation. Mme V. intervient alors vivement « Je suis évidemment au courant que j'ai des problèmes de mémoire ! ». Elle surprend sa sœur. Elle ajoute « mais je n'ai pas envie d'en parler ». A partir de cet instant, l'histoire familiale est déroulée, marquée par les maladies longues et invalidantes du père et de la mère. Seule la patiente, sortant de l'adolescence, a pu les prendre en charge consécutivement et parallèlement à l'éducation de sa sœur (accompagnement à l'école, aide aux dévoirs…), d'une dizaine d'années sa cadette, délaissant ainsi sa propre vie.

Subie mais jamais parlée, l'histoire de ces deux femmes continue d'être entremêlée. A l'occasion de la maladie d'Alzheimer de l'aînée, les conséquences dans l'équilibre des relations qu'elles ont instaurées ont provoqué le retour au premier plan de leurs histoires communes. Par exemple, Mme V. demande à sortir chaque jour à 16 heures. Elle dit « Je dois chercher la petite fille à l'école… ». La sœur n'a d'autre choix que de vaquer avec la patiente 1 à 2 heures dans leur quartier à la recherche des écoles.

La prise en charge de cette patiente et de sa sœur a permis de rétablir le dialogue entre ces deux femmes, rompu par la maladie de l'aînée et ses conséquences en terme de souffrance psychique. Outre le bénéfice des soins en hôpital de jour (lutte contre les affects dépressifs, le repli, le désinvestissement et de ce fait, stabilisation de l'état cognitif), les entretiens réguliers avec ces deux femmes permettent d'atténuer les symptômes psychocomportementaux à la maison, d'aider la sœur à mieux s'adapter aux difficultés de la patiente et d'aborder des questions qui jusque là restaient refoulées, leur projet de vie et d'avenir. *R. A.*

● Une réévaluation de la stratégie thérapeutique souvent nécessaire

A 59 ans, Monsieur R. entame la dernière année de sa carrière de juriste lorsqu'il est hospitalisé à la demande de son médecin traitant pour évaluer des troubles de mémoire intriqués à des symptômes anxio-dépressifs qui entravent le déroulement normal de ses activités professionnelles comme de sa vie quotidienne.

Depuis deux ans, il a reçu quasiment sans interruption différentes séquences de traitements antidépresseurs, mais aucune n'a apporté de véritable amélioration sur son état. Une aggravation notable de ses difficultés a coïncidé avec la retraite de son épouse qui travaillait au sein du même cabinet. Le couple est sans enfant.

Consciente des difficultés croissantes de son mari qu'elle mettait à la fois sur le compte d'un « *burn out* » professionnel et d'une anticipation anxieuse de la retraite, celle-ci avait pris en effet l'habitude de le seconder, discrètement, dans les derniers mois de sa propre activité.

A l'examen médical, Monsieur R. cherche ses mots, oublie fréquemment les noms de ses clients, mais aussi certains éléments cruciaux de leurs dossiers. Il fait le constat douloureux de ce qui est devenu désormais son incapacité à assumer ses fonctions professionnelles. Il redoute d'être atteint lui aussi de la maladie d'Alzheimer qui a fini par emporter sa mère à son âge actuel après plus de 8 années d'évolution de la maladie.

En fait, depuis le décès de cette dernière, il n'a cessé de penser au « risque héréditaire ». Le bilan réalisé confirmera hélas ses craintes permettant de réévaluer fondamentalement la stratégie thérapeutique, médicamenteuse, médico-sociale et de mettre en place un accompagnement psychologique régulier du couple.

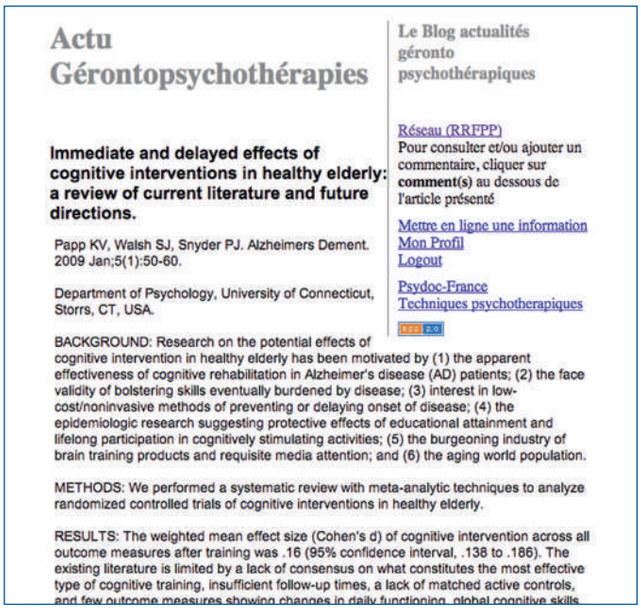
Une consultation génétique met également en évidence l'existence d'une transmission autosomique dominante comme le suggérait l'histoire familiale (identification d'une mutation du gène de la préséniline 1). *T. G.*

* CHU de Nice.

** Hôpital de jour gérontopsychiatrique - SPASM, Paris.

*** Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, Service Hospitalo-Universitaire, Hôpital Sainte-Anne, Paris.
T.gallarda@ch-sainte-anne.fr

● Retrouvez la « veille scientifique » des actualités sur les publications concernant le pôle Alzheimer :
http://www.psydoc-france.fr/Phorum5/list.php?9



Actu Gérontopsychothérapies

Le Blog actualités géronto psychothérapiques

Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions.

Papp KV, Walsh SJ, Snyder PJ. Alzheimers Dement. 2009 Jan;5(1):50-60.

Department of Psychology, University of Connecticut, Storrs, CT, USA.

Réseau (RRFPP)
Pour consulter et/ou ajouter un commentaire, cliquer sur **comment(s)** au dessous de l'article présenté

Mettre en ligne une information
Mon Profil
Logout

Psydoc-France
Techniques psychotherapiques

BACKGROUND: Research on the potential effects of cognitive intervention in healthy elderly has been motivated by (1) the apparent effectiveness of cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease (AD) patients; (2) the face validity of bolstering skills eventually burdened by disease; (3) interest in low-cost/noninvasive methods of preventing or delaying onset of disease; (4) the epidemiologic research suggesting protective effects of educational attainment and lifelong participation in cognitively stimulating activities; (5) the burgeoning industry of brain training products and requisite media attention; and (6) the aging world population.

METHODS: We performed a systematic review with meta-analytic techniques to analyze randomized controlled trials of cognitive interventions in healthy elderly.

RESULTS: The weighted mean effect size (Cohen's d) of cognitive intervention across all outcome measures after training was .16 (95% confidence interval, .138 to .186). The existing literature is limited by a lack of consensus on what constitutes the most effective type of cognitive training, insufficient follow-up times, a lack of matched active controls, and few outcome measures showing changes in daily functioning, global cognitive skills

Rappel méthodologique des études

Les études portent sur la mise en relation des résultats avec la démarche psychothérapique, mise en oeuvre. Il s'agit donc d'une approche processus-résultats portant sur les pratiques dans des situations cliniques identifiées.

Au cours des différentes réunions du comité de pilotage du pôle Alzheimer, la méthodologie s'est précisée et les outils ont été définitivement sélectionnés. Les éléments déterminant cette sélection ont été la facilité d'utilisation des instruments en pratique clinique et leur correspondance avec les indicateurs de diagnostic, de fonctionnement et de processus nécessaires à l'étude. Les instruments sont décrits à partir de la page suivante.

● Indicateurs de changement dans le cadre des études portant sur l'approche psychologique de patients Alzheimer.

Ils portent d'une part, sur les symptômes et le fonctionnement psychologique et interpersonnel et d'autre part, sur le processus des interventions psychologiques.

Indicateurs de fonctionnement 1. autonomie 2. gravité des symptômes et comportements pathologiques 3. malaise et détresse subjective 4. conséquences de l'état du patient sur l'entourage 5. utilisation de ses capacités par le patient 6. qualité des relations interpersonnelles du patient 7. ampleur et profondeur des intérêts du patient 8. expression et tolérance affective	9. résolution de problème affirmation et capacité d'adaptation. **Indicateurs de processus** 10. représentation de soi, capacité de penser 11. évolution des conflits interpersonnels 12. alliance thérapeutique 13. engagement dans la thérapie 14. évolution des mécanismes de défense et d'ajustement 15. conduite thérapeutique (évolution du type d'intervention)

● Une aide méthodologique : le livret d'évaluation et la boite à outils spécifiques au pôle Alzheimer

Le livret d'évaluation

Il a été mis au point afin d'aider le clinicien à se repérer dans les différents temps de l'évaluation. Il reprend pas à pas toutes les étapes en indiquant quel instrument est requis, avec quelles données cliniques, à quel moment de la thérapie et quelles sont les validations en groupe de pairs.

Une fiche récapitulative (p 3) permet de tenir à jour le travail réalisé. En ettet, le travail clinique et le travail d'évaluation se font en décalage suivant les possibilités du clinicien mais aussi des possibles rencontres avec le groupe de pairs. Parfois, du temps est perdu à retrouver et reclasser les documents.

La ligne de base de la méthodologie s'appuyant sur la « formulation du cas », les premières pages du livret insistent sur sa réalisation.

Des tableaux proposent l'organisation des éléments des évaluations pour chacun des instruments.

Le livret d'évaluation est disponible sur demande des cliniciens s'inscrivant au réseau à l'adresse suivante :
mthurin@techniques-psychotherapiques.org

La boite à outils

Elle est disponible en ligne à l'adresse suivante :
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html

Elle permet d'accéder aux vidéos et diaporamas de la presque totalité des interventions des différentes journées. Certaines concernent spécifiquement un pôle et d'autres les journées d'information générale et d'étape.

Concernant spécifiquement le pôle Alzheimer, une présentation détaillée de la méthodologie, de la formulation de cas, de différents outils est affichée.

Présentation des outils du pôle Alzheimer

La formulation de cas

La FC est une formalisation de la démarche clinique. A ce titre, tout en restant ouverte à une multi causalité, il est important de veiller à ce qu'elle ne devienne pas une « usine à gaz » qui comprendrait tellement d'éléments qu'elle serait inutilisable dans la pratique. Ses éléments sont organisés de façon à dessiner une configuration qui permette de relier l'observation, les hypothèses causales et l'action thérapeutique.

FC et modèles psychothérapiques

La formulation peut se décliner, suivant les approches, en formulation psychodynamique, cognitivo-comportementale, biopsychosociale (facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels) ou pluraliste (prenant en compte plusieurs modèles théoriques). Cette distinction permet de préciser les relations entre les hypothèses étiologiques et les objectifs de chaque approche relativement au cas suivi.

Différentes FC ont été élaborées pour répondre aux spécificités des différentes approches quant aux inférences causales qu'elles proposent et aux objectifs qu'elles poursuivent pour répondre aux problèmes qu'elles traitent.

La formulation de cas dans le réseau

Une organisation de la FC en quatre axes

Elle permet d'accueillir la pluralité des approches à partir d'un plan simple partagé.

1. Problèmes du sujet, leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement.

2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (par exemple, maladie d'un proche, déménagement).

3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes.

4. Première définition du *but* et des *objectifs* intermédiaires de la psychothérapie et de la *stratégie* pour les atteindre.

Trois étapes de formulation

1. A partir des informations réunies (séances psychothérapiques retranscrites), **chaque participant du groupe de pairs (GP) établit**

- la plainte principale, les principaux symptômes et problèmes, leur sévérité, leurs contextes d'apparition et de déclenchement, le fonctionnement du patient dans les principaux domaines de la vie, les aspects positifs sur lesquels s'appuyer ;
- une ou plusieurs hypothèses sur la façon dont un ou plusieurs facteurs contribuent à la situation actuelle et sur les causes fonctionnelles, structurelles et contextuelles auxquelles les difficultés et les troubles peuvent être associés ;
- les objectifs thérapeutiques et la stratégie pour commencer à les atteindre.

2. Le clinicien du patient rédige une formulation initiale suivant le plan en quatre points présenté précédemment. Il y associe les informations de base telles que les variables démographiques, les résultats de la première évaluation avec les instruments, les modérateurs et le DSM.

3. La formulation est discutée et validée par le GP. La discussion inclut la façon dont les différentes interventions vont se situer dans le temps et le pronostic. Il est essentiel de créer un climat de non jugement dans lequel toutes les idées de formulation sont acceptables et perçues comme ayant un intérêt.

Le MMSE Greco

Le MMSE de Folstein et *al.* (1975) est un instrument clinique standardisé d'évaluation des fonctions cognitives conçu pour un dépistage rapide des déficits cognitifs. Ce test est composé de 30 questions regroupées en 7 catégories : l'orientation dans le temps (5 points), l'orientation dans l'espace (5 points), le rappel immédiat de 3 mots (3 points), l'attention (5 points), le rappel différé des 3 mots (3 points), le langage (8 points) et les praxies constructives (1 point). L'âge et le niveau socio-culturel doivent être pris en compte dans l'interprétation du résultat. Le MMSE est un outil de dépistage et de suivi qui permet de classer les patients selon un stade de gravité. Il est admis par consensus qu'il existe une démence légère pour un score total du MMSE compris entre 25 et 20, modérée entre 19 et 16, modérément sévère entre 15 et 10, sévère entre 9 et 3 et très sévère lorsque le score total est <3.

L'Inventaire Neuropsychiatrique - NPI

L'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est utilisé pour évaluer les symptômes psychologiques et comportementaux chez les patients souffrant de pathologies cérébrales. Les douze domaines comportementaux pris en compte par le NPI sont : les idées délirantes, les hallucinations, l'agitation/agressivité, la dépression/dysphorie, l'anxiété, l'exaltation de l'humeur/euphorie, l'apathie/indifférence, la désinhibition, l'irritabilité/instabilité de l'humeur, le comportement moteur aberrant, les troubles du sommeil et de l'appétit. Le NPI se base sur les réponses obtenues d'un soignant informé. Lors de la cotation, il est important d'insister sur les points suivants : 1) le but de l'interview ; 2) les cotations : fréquence, gravité et retentissement ; 3) les questions se rapportent aux changements de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ; 4) les réponses aux questions peuvent être formulées par « oui » ou par « non ».

L'Echelle de qualité de vie (QOL-AD)

L'échelle de qualité de vie est un auto-questionnaire proposé aux patients déments dont les 13 items sont : 1) Santé physique, 2) Forme, vitalité, 3) Moral, humeur, 4) Cadre de vie, 5) Mémoire, 6) Relation avec la famille, 7) Vie de couple, 8) Relation avec les amis, 9) Image de soi, 10) Capacités à réaliser les tâches du quotidien, 11) Capacités à se divertir, à faire des choses pour le plaisir, 12) Situation dans son ensemble, 13) Vie dans son ensemble. Le patient doit évaluer chacune des dimensions de 1 « mauvais » à 4 « excellent » ce qui permet d'obtenir un score total /52 et un temps de passation.

La Geriatric Depression Scale - GDS

La GDS (Yesavage et *al.*, 1982) est devenue l'outil diagnostique de référence pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé. Cette échelle est un auto-questionnaire à 30 items dichotomiques, chacun ayant une réponse de type Oui-Non. Il faut coter un point pour chaque réponse marquée d'un astérisque. Le score total varie entre 0 et 30 points.
Dans la forme originale de l'échelle, un score de 0 à 9 est normal, un score de 10 à19 correspond à une dépression modérée, et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère. Des études ont montré qu'un score supérieur à 13 indique avec une bonne sensibilité et spécificité l'existence d'un état dépressif.

Echelle Santé Maladie

L'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie (*Health-Sickness Rating Scale*, Luborsky 1975) a été conçue pour permettre au clinicien d'établir un indice de santé de son patient, d'un point de vue global et à partir de différentes dimensions que nous allons décrire.

Rappelons que cet outil a demandé plusieurs années d'élaboration à un groupe de cliniciens de la clinique Menninger, engagés dans la recherche en psychothérapie. Une de leurs questions de départ a été : « Comment et avec quel degré de qualité, des cliniciens qualifiés appréhendent-ils le concept de « santé mentale » ? Quelques vingt années plus tard, l'usage de l'ESM montrera que la santé mentale peut être valablement appréciée et située sur une échelle linéaire simple par des observateurs cliniques expérimentés. Dix-huit études confirmeront la fiabilité et la validité de l'échelle (durée 12 années). L'outil sera importé en France à partir de la traduction de Gerin, Peyras et Tissot en 1982, période où l'évaluation des psychothérapie commence en France sous l'impulsion de Gérin et Dazord.

Le document pour la cotation de l'échelle se compose de plusieurs éléments :

34 descriptions de "cas types" (16 hommes et 18 femmes représentant une variété de diagnostics) permettent d'attribuer globalement un score santé-maladie (de 100 à 0) au patient, à partir de ses symptômes et de son fonctionnement. Ces descriptions ne sont pas pertinentes pour les patients du pôle Alzheimer, cependant les différentes dimensions qui sont évaluées sont très intéressantes.

Utilisation de l'echelle

1. Coter l'échelle globale puis chacune des sept échelles analogiques centrées sur des dimensions de fonctionnement. Vous avez donc à votre disposition 8 fiches d'évaluation à coter de 0 à 100 :

1. Estimation globale.
2. Le besoin du patient d'être protégé et/ou aidé par le thérapeute ou l'hôpital et, à l'opposé, la capacité du patient de fonctionner de façon autonome.
3. La gravité des symptômes du patient (le degré de désorganisation de la personnalité qu'ils traduisent).
4. Le degré subjectif du malaise et de la détresse du patient.
5. Les conséquences de l'état du patient sur son entourage (danger, malaise, etc ...).
6. Le degré d'utilisation par le patient de ses capacités, notamment dans le travail.
7. La qualité des relations interpersonnelles du patient (chaleur, intimité, authenticité, proximité, degré de distorsion de sa perception de la relation, contrôle de l'impulsivité dans la relation).
8. L'ampleur et la profondeur des intérêts du patient.

2. Renseigner la fiche résumé - ESM

Année - semaine :
Patient (code) :
clinicien (code) :
cotateur 2 (code) : cotateur 3 (code) :

Evaluation : début de psychothérapie
fin de psychothérapie
suivi ultérieur après psychothérapie

1 - Estimation globale Santé-Maladie
2 - Capacité d'autonomie
3 - Gravité des symptômes
4 - Malaise subjectif
5 - Effets sur l'entourage
6 - Utilisation des capacités
7 - Relations interpersonnelles
8 - Sources d'intérêts

3. Comparer et discuter les cotations en groupe de pairs

Chacun des membres du groupe de pairs fait sa propre cotation.

Le groupe de pairs se réunit pour comparer les scores, argumenter les différences et arriver à un accord inter-pairs (validation).

La cotation et la validation de cette échelle est très rapide.

Les résultats sont réunis dans un tableau pour comparaison des évaluations.

Exemple d'évaluation Mme X (à 2 mois et à 1 an)

	2 m	1 an	+	-
1. Estimation globale santé-maladie	50	60	10	
2. Capacité d'autonomie	50	55	5	
3. Gravité des symptômes	40	50	10	
4. Malaise subjectif	40	55	15	
5. Effet sur l'entourage	50	55	5	
6. Utilisation des capacités	60	60	-	
7. Relations interpersonnelles	40	55	15	
8. Sources d'intérêt	45	55	10	

Nous voyons dans cet exemple que si la patiente s'est améliorée au niveau global, certaines dimensions de fonctionnement ont peu évolué et que la gravité des symptômes reste encore dans les cotations moyennes. Cette évaluation peut permettre au clinicien de réajuster éventuellement la prise en charge. Dans le protocole proposé dans les études, cette évaluation sera recoupée avec les données issues des autres instruments.

- **Questionnaire de configuration psychothérapique (version adultes).**

Le *Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones 2000)* a demandé une dizaine d'années de travail et a bénéficié de la contribution d'un panel de cliniciens se référant à différentes théories.

Le PQS constitue un langage commun pour décrire le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le PQS permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement les interactions thérapeute-patient. L'étude des processus de changement à partir de l'évolution des configurations caractéristiques de la thérapie, n'est pas seulement une comparaison de tableaux statiques, mais prend en compte la dynamique de leur variation dans leur contexte d'expression (approche transactionnelle).

L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.

Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hierarchiser l'importance de chaque item descriptif. Elle oblige à classer un nombre défini d'items dans les 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (cf. tableau).

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Nb	5	8	12	16	18	16	12	8	5

C = catégories, V = valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques), Nb = nombre d'items dans chaque catégorie

Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour en faciliter la cotation.

Le PQS comprend trois types d'items

Ils portent respectivement sur :

1. Les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient.

2. Les actions et les attitudes du thérapeute.

3. La nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Exemples des différents types d'items :

1er type : Item 26. Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).

• Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments de honte, de culpabilité, de peur, ou de tristesse au cours de la séance. Un placement extrême indique l'intensité de l'affect.
• Placer vers non caractéristique si le patient n'exprime pas de tels sentiments pénibles, ou exprime des sentiments de confort et de bien-être.

2ème type : Item 2. Le thérapeute porte attention au comportement non verbal du patient, c-à-d, à la position du corps et à la gestuelle.

• Placer vers caractéristique si le thérapeute porte attention au comportement non-verbal du patient, tel que des expressions faciales, rougeur, rire, gorge nouée, ou les mouvements de corps. Par exemple, le thérapeute précise que bien que le patient dise qu'il (elle) est fâché, il sourit.
• Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas d'éléments sur le comportement non verbal.

3ème type : Item 39. La relation présente une qualité concurrentielle.

• Placer vers caractéristique si, soit le patient, soit le thérapeute semble en compétition avec l'autre. Cela peut prendre la forme de vantardise, d'une attitude de surenchère, ou de rabaisser l'autre ; par exemple le patient suggère que le thérapeute vit une vie cloîtrée alors qu'il vit lui-même et travaille dans le monde réel.
• Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas de sentiment de compétitivité entre le patient et le thérapeute.

Il existe trois ordres de cotations :

• **Caractéristique** = présence d'éléments caractéristiques selon définition.

• **Neutre** = non pertinent ou sans importance dans la séance.

• **Non caractéristique** = absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable.

Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie « neutre », ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie « neutre » quand il est vraiment **non pertinent** ou **sans importance** *dans le contexte clinique actuel*. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que **l'absence** d'un comportement ou d'une expérience particulière **est remarquable**. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Par exemple, l'item 92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.

• Placer vers caractéristique si plusieurs liens ou des connexions essentiels sont réalisés entre les perceptions par le patient, d'une expérience ou d'événements actuels avec celles et ceux du passé ; par exemple, le thérapeute fait remarquer (ou le patient réalise) que des peurs actuelles d'abandon proviennent de la perte d'un parent durant l'enfance.
• Placer vers non caractéristique si les expériences actuelles et passées sont discutées mais non reliées ouvertement.
• Placer vers la catégorie neutre si ces sujets ne sont que très peu discutés ou pas du tout.

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée, ce qui facilite le travail et en réduit le temps. La cotation de chacun des pairs est insérée dans un document word pour la validation en commun. La version validée sera conservée dans une base de données, ce qui permettra l'analyse ultérieure du processus et son éventuelle comparaison avec celui de cas analogues ●

● Informations pour démarrer les études

1. Être inscrit au réseau : en faire la demande et avoir rempli la fiche d'information (la demander par mail à : mthurin@techniques-psychotherapiques.org).

2. Inclure un patient dont le clinicien souhaite étudier le déroulement et les résultats de la psychothérapie sur une période d'un an.

3. S'organiser en groupe avec deux pairs qui suivent également un patient qu'ils incluent dans les études. Les évaluations des trois patients sont réalisées par chaque membre du groupe de pairs. Elles sont faites individuellement et validées en groupe.

4. Au moment de l'inclusion d'un patient : envoyer un e.mail à Monique Thurin afin qu'elle vous donne un code pour ce patient et un code d'identification pour vous-même (anonymisation des données cliniques).

5. Lors de l'envoi de ce code, MT vous adressera également le livret d'évaluation pour vous aider à suivre la méthodologie.

Suivez l'information sur le site du Réseau

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

À noter sur votre agenda, prochaine réunion générale : 25 septembre 2009

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

ffp@internet-medical.com
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé* dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A l'A.F.P.*, à la *S.I.P., la S.F.P.E.A. et au C.N.U.P.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2009)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : ARTHEO