

Groupes thérapeutiques en Unité d'Hébergement Renforcée

CEDAT Christèle¹, LE NEILLON Morgane², TÛSCHER Marie-Claude³, CHEVREAU Priscilla^{4,6} & BAPTISTE Nathalie⁵

¹Psychologue clinicienne, ²Psychomotricienne, ³Psychomotricienne-Musicothérapeute, ⁴Neuropsychologue, ⁵Gériatre
De l'Hôpital Georges Clemenceau, 91750 Champcueil, AP-HP, France

⁶Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire (EA 4638), Université Nantes-Angers-Le Mans (L'UNAM).

INTRODUCTION

Les troubles du comportement tels que l'agressivité, la déambulation et les vocalisations apparaissent chez 90% des personnes atteintes de démence (Cohen-Mansfield et al. 1989 ; Galynker et al. 1995). Ces troubles diminuent la qualité de vie et l'autonomie de ces personnes. Cela augmente le fardeau des aidants et contribue de manière significative à l'augmentation du coût des soins à long terme (O'Brien et al. 2000 ; Donaldson et al. 1997).

La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne, dans ses recommandations de bonnes pratiques, que les traitements non médicamenteux sont importants dans la prise en charge thérapeutique, notamment pour les troubles du comportement (HAS, 2011).

Depuis de nombreuses années, des ateliers thérapeutiques sont pratiqués à l'hôpital Georges Clemenceau auprès des patients mais comme le signale l'HAS, il existe peu d'étude démontrant l'efficacité de ceux-ci.

Notre recherche vise à apporter des arguments clinico-pratiques pour démontrer l'influence des ateliers thérapeutiques sur les troubles du comportement (anxiété, agitation, et agressivité) à moyen terme. Il est difficile d'obtenir une cohorte suffisante en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) pour une étude d'envergure, c'est pourquoi nous proposons une étude préliminaire.

METHODOLOGIE

LIEU

L'UHR de l'hôpital Georges Clemenceau (91).

Le projet de l'unité vise à chercher une adaptation de l'institution aux patients présentant un syndrome démentiel s'accompagnant de troubles du comportement. Ces troubles altèrent les relations humaines et les relations avec l'environnement restreignant ainsi l'autonomie quotidienne des patients.

L'architecture de cette unité est spécifique, elle a été étudiée afin d'assurer la sécurité et la sérénité dans le service. C'est un lieu de soins mais aussi un lieu de vie proposant des activités socio-thérapeutiques permettant à chaque patient de vivre au mieux son hospitalisation.

La prise en soin pluridisciplinaire est favorisée pour un suivi global individualisé de chaque patient. C'est dans cette perspective que nous proposons ces différents types de groupes thérapeutiques non médicamenteux.

LES GROUPES THERAPEUTIQUES

Ces groupes sont fermés, ont lieu une fois par semaine durant 1H.

Le Groupe Conte

- Animé par une psychologue clinicienne et une psychomotricienne.
- Objectifs :

- ✓ Favoriser les liens sociaux entre participants, Partager un moment d'écoute
- ✓ Entretien la lecture et l'expression verbale et non verbale du ressenti émotionnel,
- ✓ Inviter aux représentations, à l'imaginaire chez des personnes où le réel est rendu difficile d'accès.

Le Groupe Mise en Forme

- Animé par deux psychomotriciennes.

Objectifs :

- ✓ Favoriser la prise de conscience tonico-relationnelle des participants
- ✓ Proposer des exercices d'échauffements corporels et de mises en situation ludiques avec du matériel.

Le Groupe Musicothérapie Active

- Animé par une psychomotricienne-musicothérapeute.

Objectifs :

- ✓ Favoriser le jeu musical du patient,
- ✓ Offrir un support privilégié aux relations verbales et non verbales,
- ✓ Proposer une technique de soin socialisante et dynamisante.

POPULATION

Notre étude concerne 5 patients. Ils sont atteints d'un syndrome démentiel, diagnostiqué selon les critères du DSM IV et NINCDS-ADRDA (Mc Khann et al., 1984) à un stade sévère avec des troubles du comportement : agitation et agressivité. Ils résident à l'UHR. Nous avons exclu les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique et ceux ne présentant pas de troubles du comportement de type agitation/agressivité.

	sexe	âge	MMSE à l'entrée en UHR	Diagnostic	NPI au début de l'étude
D.R	F	84	12	MA	33
M.A	M	66	14	MA	36
P.V	M	70	12	Korsakoff	52
D.B	F	76	9	MA	34
G.J	F	76	R.I*	MA	36

*Réalisation Impossible. Severe Mini Mental State Examination
SMMSE = 21/30

RESULTATS

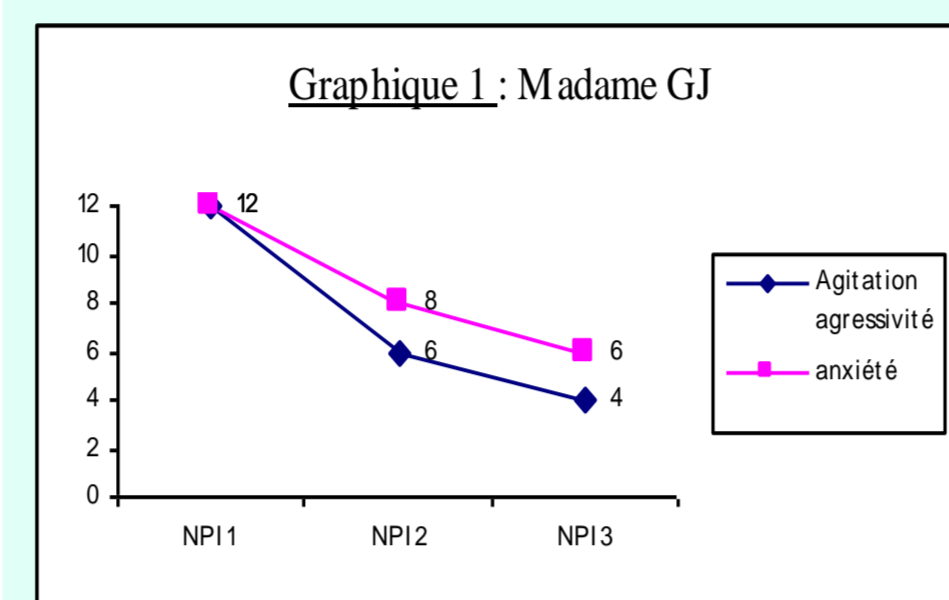
Nous avons recueilli les scores aux NPI-ES (Neuropsychiatric Inventory version équipe soignante) (Sisco et al. 2000) pour chacun des sujets participant à l'étude en nous concentrant particulièrement sur les scores Agitation/agressivité et Anxiété. Trois scores ont été retenus par sujet :

-NPI-ES 1 correspond au score Agitation/Aggressivité et Anxiété avant la participation du sujet aux groupes.

-NPI-ES 2 correspond aux scores intermédiaires durant l'étude.

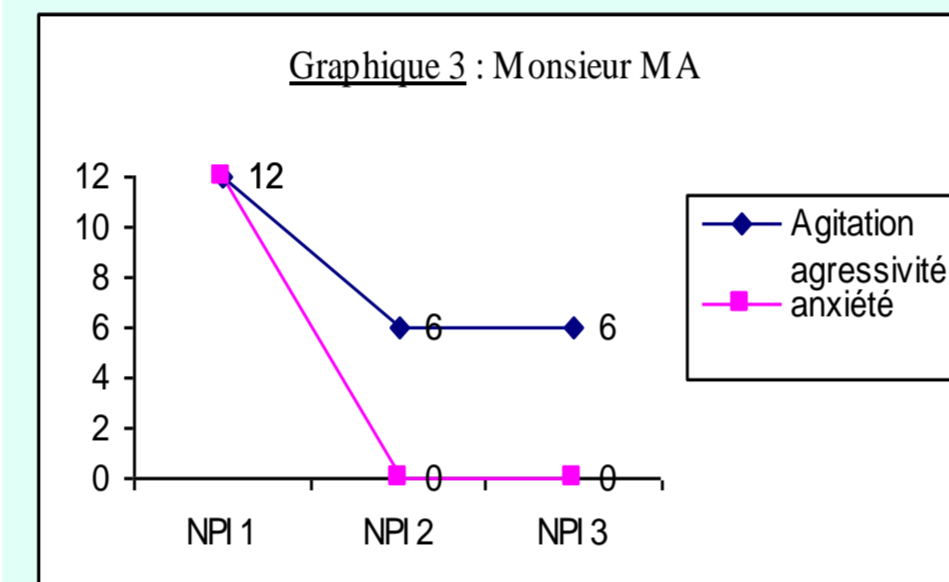
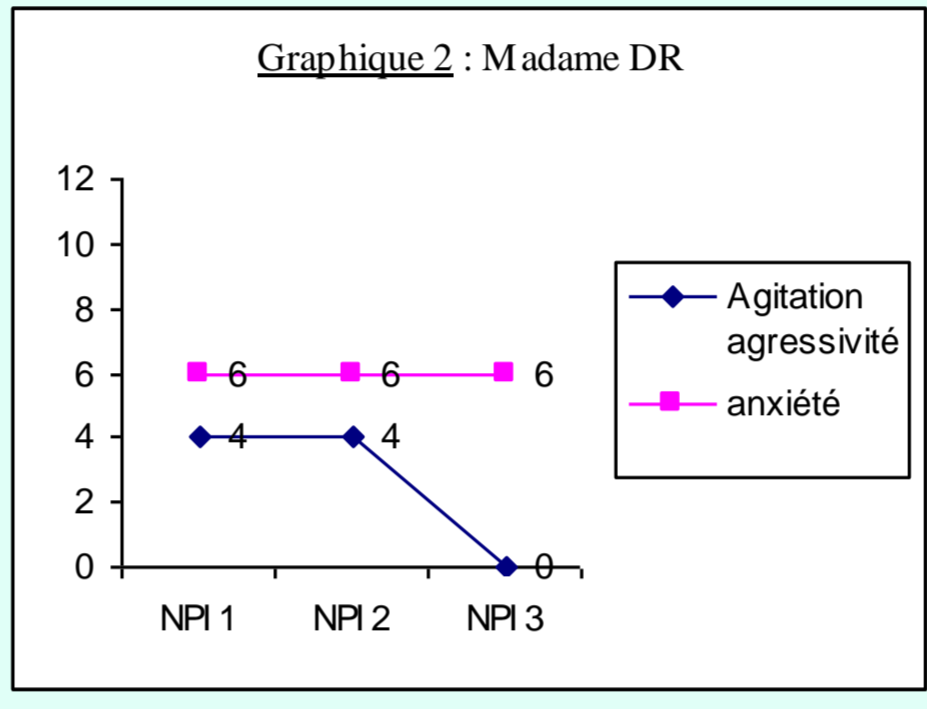
-NPI-ES 3 correspond aux scores de fin d'étude.

Nous présentons ci-dessous les courbes représentant ces scores pour chacun des sujets.



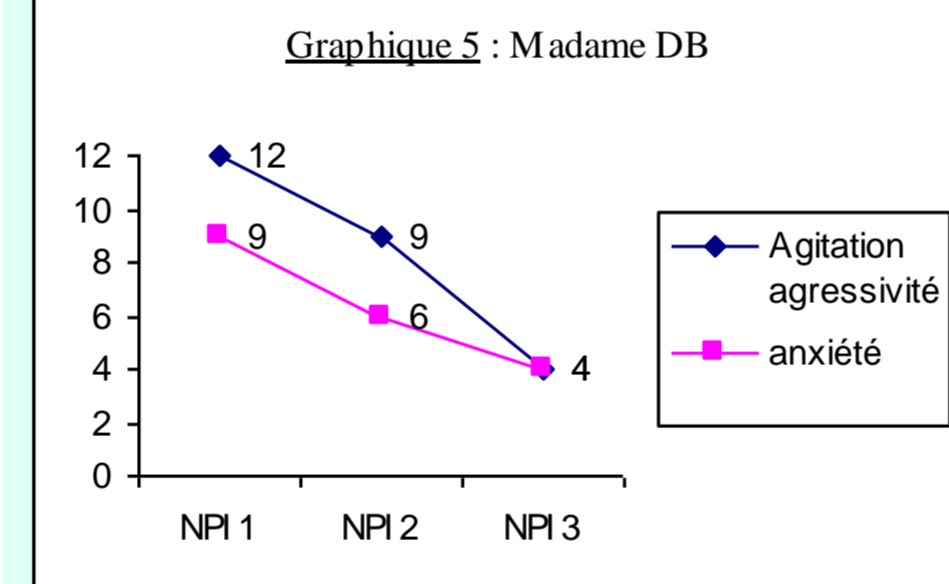
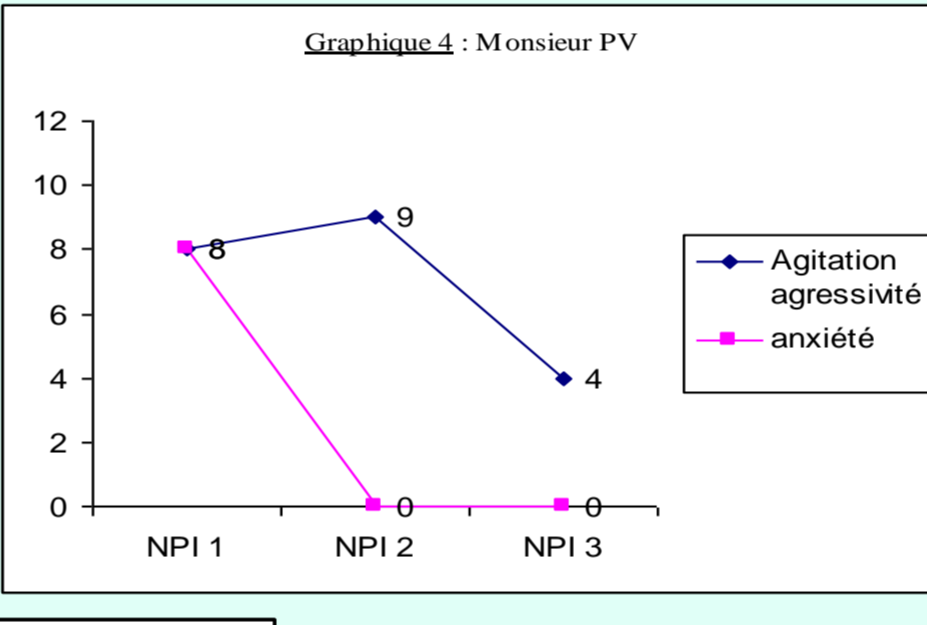
Les scores agitation/agressivité et anxiété diminuent de la même manière.

L'anxiété reste supérieure à l'agitation/agressivité. L'anxiété reste constante alors qu'on observe une diminution de l'agitation/agressivité.



Les scores agitation/agressivité diminuent et l'anxiété disparaît.

Pour l'anxiété, nous retrouvons un profil similaire au patient précédent. Les scores agitation/agressivité diminuent en fin d'étude.



Les scores agitation/agressivité diminuent de manière plus importante que l'anxiété.

Ces graphiques attestent d'une diminution des troubles du comportement à type d'agitation/agressivité et anxiété au cours du suivi à l'UHR.

Grilles d'observation du comportement

Nous avons construit une grille d'observation du comportement à partir de 3 facteurs présents dans le NPI-ES (Anxiété, agitation et agressivité). Cette grille est complétée par les deux professionnels responsables des groupes thérapeutiques décrivant le début et la fin de séance. Elle est également remplie par le personnel soignant 30 minutes après la fin des groupes.

Les données recueillies sur 8 séances consécutives, nous permettent de confirmer deux tendances :

- L'apparition de troubles du comportement (anxiété, agitation, agressivité) est rare au cours des groupes.
- La majorité des troubles observés (anxiété, agitation, agressivité) en début de séance ne sont plus présents à la fin.

REFERENCES

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology*, 44, 1077-1084.

Donaldson, C., Tarrier, N., Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.

Galynker, I. L., Roane, D. M., Miner, C. R., Feinberg, T. E., Watts, P. (1995). Negative symptoms in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, 52-59.

Hall, G., Buckwalter, K. (1987). Progressively lowered stress threshold : A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 399-406.

HAS. (2011). Recommandation de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Décembre 2011.

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34 (7), 939-944.

O'Brien, J. A., Shomphe, L. A., Caro, J. J. (2000). Behavioral and psychological symptoms in dementia in nursing home residents : The economic implications. *International Psycho-geriatric*, 12 (suppl 1), 51-57.

Sisco, F., Taurel, M., Lafont, V., Bertogliati, C., Baudu, C., Giordana, J.Y., Braccini, T., Robert, P. H. (2000). Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'Année Gerontologique*, 14, 151-171.

Smith, M., Gardner, L., Hall, G., Buckwalter, K. C. (2004). History, development, and future of the Progressively Lowered Stress Threshold: A conceptual model for dementia care. *The American Geriatrics Society*, 52, 1755-1760.

INTERPRETATION

Nos résultats nous permettent d'observer 3 profils différents :

1- Les sujets GJ et DR (graphique 1 et 2) présentent une diminution de l'anxiété et de l'agitation/agressivité au cours du temps. L'anxiété reste supérieure à l'agitation/agressivité. Nous supposons que nos deux sujets parviennent à exprimer leur anxiété différemment voire à la canaliser. Les groupes thérapeutiques permettraient alors d'offrir un espace sécurisant et contenant, favorisant l'expression des angoisses et des affects.

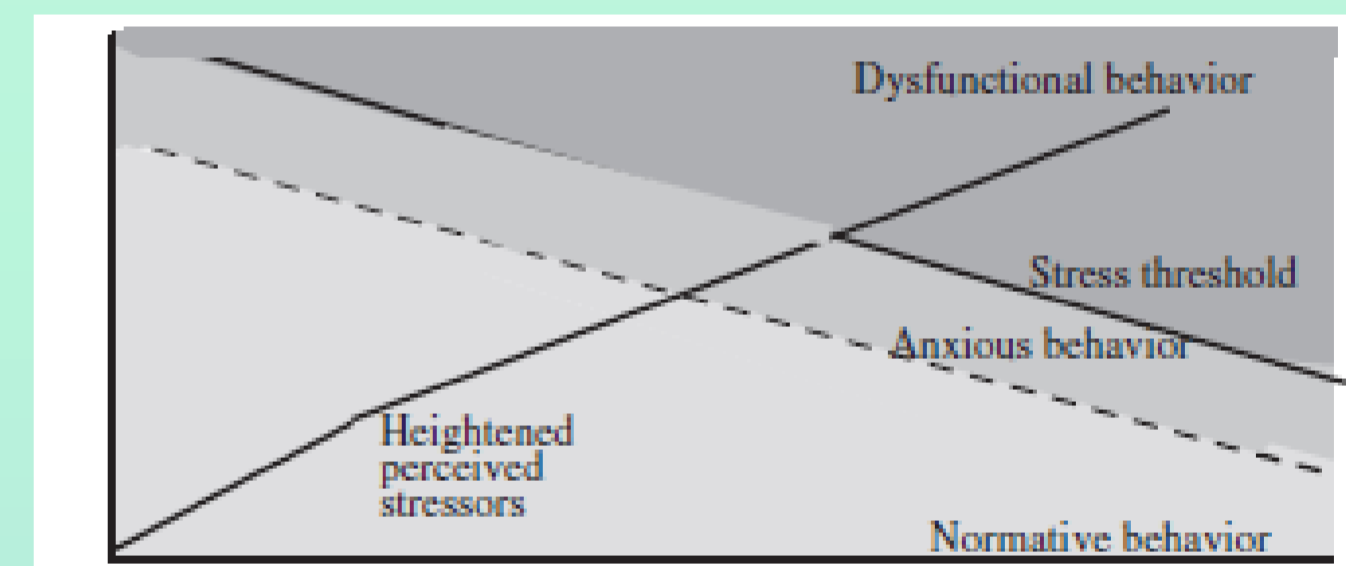
2- Les sujets MA et PV (graphique 3 et 4) présentent un profil différent des deux sujets précédents. Les manifestations d'agitation/agressivité restent supérieures à l'anxiété. Elles sont probablement nécessaires aux sujets leur permettant le maintien d'un faible niveau d'anxiété. Ces deux sujets semblent accéder difficilement à d'autres moyens d'expression de leur anxiété. MA et PV sont de sexe masculin. Dans quelle mesure le sexe influence-t-il ces comportements ?

3- Le sujet DB (graphique 5) présente un profil similaire aux deux sujets masculins MA et PV. DB est d'origine italienne et utilise couramment sa langue maternelle. L'interaction avec les soignants et les autres patients s'en trouve ainsi limitée. La frustration qui en découle entraîne probablement des comportements d'agitation/agressivité.

DISCUSSION

Nous proposons d'analyser nos résultats à la lumière de la théorie Progressively Lowered Stress Threshold (PLST) (Hall et al. 1987). Le modèle PLST cherche à comprendre et expliquer les causes des troubles du comportement chez les personnes atteintes de démences, dans le but de guider les interventions thérapeutiques auprès d'elles. Ce modèle postule un seuil de stress relativement fixe à l'âge adulte. Ce seuil se trouve abaissé lorsqu'il y a une démence, entraînant alors des difficultés d'interaction entre l'individu et son environnement, ce qui favorise les troubles comportementaux.

Schéma 1 : Seuil de résistance au stress chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (Smith et al. 2004).



Les auteurs décrivent qu'au fur et à mesure de la progression de la maladie, la capacité de gestion du stress des personnes atteintes de démence diminue. En résulte une augmentation de l'anxiété et des troubles du comportement à mesure que le stress s'accumule au fil des jours (schéma 1).

A l'UHR de l'hôpital Georges Clemenceau

1- Nos groupes thérapeutiques présentent des constantes organisationnelles, à savoir : un lieu défini et fermé, une régularité des séances (1 fois par semaine sur un jour fixe), un groupe fermé (les mêmes participants), une ritualisation du déroulement des séances. Ces constantes permettent de maîtriser les facteurs de stress externes.

2- Les groupes permettent également aux patients de s'exprimer au travers de médiateurs variés dans un cadre sécurisant. La contenance du groupe semble venir étayer une meilleure cohésion psychique.

3- Les patients ayant vécu cette expérience des groupes thérapeutiques enrichissent leurs relations interpersonnelles. Ils tolèrent ainsi plus facilement les comportements perturbateurs des autres patients (facteur de stress externe) et canalisent également leur propre anxiété (facteur de stress interne). Ces comportements étant cadrés par les médiations proposées et par les thérapeutes.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude clinico-pratique nous confortent dans l'idée que nos groupes thérapeutiques Conte, Mise en forme et Musicothérapie active, jouent un rôle positif dans l'organisation psycho-affective des patients souffrant d'une démence sévère.

Nos ateliers soutiendraient la subjectivation des patients en leur proposant des médiations qui viennent étayer une cohésion psychique défaillante face au stress. Ces traitements non médicamenteux offriraient alors un moyen d'action sur ce qui génère du stress venant ainsi compléter les traitements médicamenteux.

Limites : Le remplissage des grilles d'observation 30 minutes après le groupe ne s'est pas fait dans les conditions attendues. La posologie des traitements déjà existants a pu être ajustée selon la nécessité.