

# LES UNITES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

P. SAIDLITZ, T. VOISIN

Unité Cognitivo-Comportementale, CHU de Toulouse, Hôpital Garonne, Toulouse  
Correspondance: P. Saidlitz, Email: saidlitz.p@chu-toulouse.fr

**Résumé :** Les Unités Cognitivo-comportementales sont des services d'hospitalisation dédiés à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux. Par l'intervention de professionnels spécifiquement formés, dans des locaux adaptés, les mesures non pharmacologiques y ont une place centrale. Ces services sont un point clé du réseau de soins des patients atteints de maladie d'Alzheimer (et syndromes apparentés).

**Mots clés:** Maladie d'Alzheimer, symptômes psycho-comportementaux, mesures non pharmacologiques, unités cognitivo-comportementales

**Abréviations:** SPCD : Symptômes psycho-comportementaux de la démence; UCC : Unités Cognitivo-comportementales; SSR : Services de soins de suite et de réadaptation; EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes; NPI : Inventaire Neuropsychiatrique; UHR : Unités d'hébergement renforcé; USLD : Unités de soins de longue durée; SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile; ESA : Equipe spécialisée Alzheimer; MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

L'évolution de la maladie d'Alzheimer est souvent marquée par l'apparition de symptômes psycho-comportementaux (SPCD). Ces complications, fréquentes, représentent un tournant dans l'évolution de la maladie. Elles peuvent être responsables d'un épuisement de l'aidant, d'une perte d'autonomie pour le patient, et sont un facteur de risque d'entrée en institution (1). L'apparition ou l'exacerbation de ces troubles est souvent poly-factorielle : inadéquation de l'environnement (architectural, familial, aidants formels), cause somatique (douleur, chute, iatrogénie...). Mais la plupart du temps, aucun facteur ne peut clairement être mis en évidence.

C'est pour la prise en charge de ces troubles comportementaux, en situation de « crise » comme pour des troubles d'évolution plus lente et chronique, qu'ont été créées les Unités Cognitivo-comportementales (UCC).

## Les unités cognitivo-comportementales : Cahier des charges

La mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012 définit précisément les UCC (2). Il s'agit d'unités d'hospitalisation au sein de services de soins de suite et de réadaptation (SSR), de 10 à 12 lits, bénéficiant de locaux adaptés et de professionnels spécifiquement formés (psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, arthérapeutes...). L'objectif est la prise en charge, en l'absence d'indication à un court séjour de spécialité d'organe ou de réanimation, des troubles du comportement compliquant les pathologies cognitives (Alzheimer et apparentés). Cela passe par une

évaluation initiale pluridisciplinaire, la mise en place d'un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, une adaptation du projet de vie, une aide apportée aux aidants. Au cours de la prise en charge, une place centrale est faite aux mesures non pharmacologiques et à l'optimisation des thérapeutiques psychotropes, notamment les neuroleptiques.

## Les UCC en France : Etat des lieux des structures

### Combien d'UCC y a-t-il actuellement ?

Les dernières données officielles datent de 2012, dans l'enquête nationale UCC DGOS-SFGG (3). Il y avait alors 72 UCC labélisées, avec un objectif fin 2013 de 120 UCC sur le territoire. Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 (4), confirmé dans le nouveau plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019, proposait une poursuite de l'effort de développement avec 20 à 30 nouvelles UCC, ainsi qu'une nouvelle enquête d'évaluation sur cette période.

### Comment ces services sont organisés ?

Il existe donc une UCC dans la plupart des régions françaises. Généralement, ces unités sont situées au sein de CH locaux (54%) ou CHU (27%), plus rarement d'établissements de SSR (15%) ou de CHR (4%) (3). L'adressage des patients hospitalisés en UCC se fait dans ¼ des cas par le médecin généraliste (en EHPAD ou hors

EHPAD), et dans un ¼ des cas par un autre service de court séjour gériatrique (3). Concernant l'aménagement de ces structures, toutes possèdent des lieux de vie communs, et les ¾ possèdent un accès extérieur ainsi qu'une salle dédiée ergothérapeutique ou de cuisine thérapeutique (3). Les patients admis présentent une pathologie démentielle dans la majorité des cas (80%), associée à un trouble comportemental perturbateur dans 60% des cas. A l'issue de l'hospitalisation, ils regagnent leur lieu de vie initial dans plus de la moitié des cas (58%), que ce soit à domicile ou en maison médicalisée de type EHPAD (3).

### ***Un cahier des charges commun, des expériences multiples***

Les données de l'enquête nationale (3) permettent de connaître plus précisément les structures déjà installées. Pourtant, il existe une grande disparité entre elles, en fonction de l'organisation de la filière de soins déjà en place, des professionnels et de leur spécialisation, de l'accès au plateau technique, des liens tissés avec les acteurs de terrain. Chaque UCC a donc développé, en fonction des besoins et des contraintes locales, des ressources humaines et un projet de soin spécifique.

Avec la mise en place du nouveau plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019, pourrait se discuter une «ouverture» de l'indication de prise en charge aux troubles psycho-comportementaux en lien avec d'autres pathologies neurologiques : trisomie 21, SEP, maladie de Parkinson...

## **Nature des soins en UCC**

### ***Quel est le profil de patient admis ?***

Les patients admis en UCC sont atteints de maladie d'Alzheimer (et syndromes apparentés), quel que soit leur âge. Ils doivent être valides, et présenter des SPCD perturbateurs (agitation, hallucination, idées délirantes, agressivité, troubles du sommeil...).

### ***Quels sont les principes de la prise en charge ?***

Un programme d'activités structuré et adapté, centré sur les mesures non médicamenteuses, est mis en place afin de limiter l'expression des SPCD et limiter le recours aux psychotropes et à la contention physique. Celui-ci répond aux recommandations françaises et internationales sur les troubles du comportement perturbateurs : les médicaments psychotropes ne doivent être réservés qu'aux cas d'échecs des mesures relationnelles, environnementales, et non pharmacologiques.

### ***Quelle est l'efficacité des mesures non pharmacologiques ?***

Il est difficile de démontrer dans des études bien conduites l'efficacité des mesures non pharmacologiques dans ce cadre là : difficultés à homogénéiser les échantillons, à harmoniser les habitudes locales, à mettre en place des études randomisées de grande échelle. Pourtant, certaines

**Tableau 1**  
Principales données de la littérature sur les interventions non médicamenteuses

Type d'étude	Résultats principaux	Référence
Etude randomisée contre placebo. Intervention multi domaine, adaptée à chaque patient, après évaluation initiale détaillée	Agitation globale (verbale et physique) sans agressivité baisse, Augmentation des plaisirs et des intérêts	Cohen-Mansfield J. & al (5)
Méta-analyse (23 études). Interventions auprès des aidants (éducation, activités avec l'aidant, soutien social, répit de l'aidant..)	Baisse de la fréquence des SPCD Amélioration de la réaction des aidants	Brodsky H. & al (6)
Etude vs placebo. Interventions auprès des aidants (détection des situations à risque, soutien et aide de professionnels, suivi...)	Amélioration de la confiance des aidants, leur réaction aux situations difficiles Baisse des troubles dépressifs chez les aidants	Gitlin L. & al (7)
Revue systématique de la littérature : 21 études avec interventions non pharmacologiques uniques et 7 interventions multiples	Faiblesses méthodologiques et d'analyse nécessitant des études supplémentaires Certaines interventions semblent avoir un intérêt (Activités motrices, animaux de compagnie, touché-massages, thérapies sensorielles, luminothérapie, musicothérapie).	O'Neil M. & al (8)
Revue systématique et méta-analyse	Niveau de preuve A : interventions multi-domaines pour les aidants retardent l'entrée en institution Niveau de preuve B : Entre autre amélioration des SPCD avec stimulation cognitive et interventions multi-domaines pour les aidants, amélioration de l'humeur patients/aidants	Olazarán J. & al (9)

**Tableau 2**  
Evolution des troubles du comportement en unité spécialisée sur le NPI global (10)

	NPI pré-hospit (NPI PH)	NPI entrée (NPI E)	NPI sortie (NPI S)	NPI suivi (NPI SU)
Moyenne (ET)	50,2 (18,3)	39 (21,5)	26,6 (15,8)	24,9 (15,7)
Min	4	0	0	0
Max	102	114	78	77
Médiane	51	54	36	36

données de la littérature médicale semblent en faveur d'une efficacité réelle, mais modeste. Le tableau 1 récapitule les principales études et méta-analyses.

Malgré de nombreux biais dans les études interventionnelles, les données de la littérature convergent en faveur de l'indication en première intention des mesures non pharmacologiques. Un argument supplémentaire reste bien sûr la quasi absence d'effet secondaire. En effet, hormis le retentissement psychologique que peut induire, par exemple, la mise en difficultés du sujet, elles présentent une innocuité complète.

### **Quelle est l'efficacité de la prise en charge globale dans ces services ?**

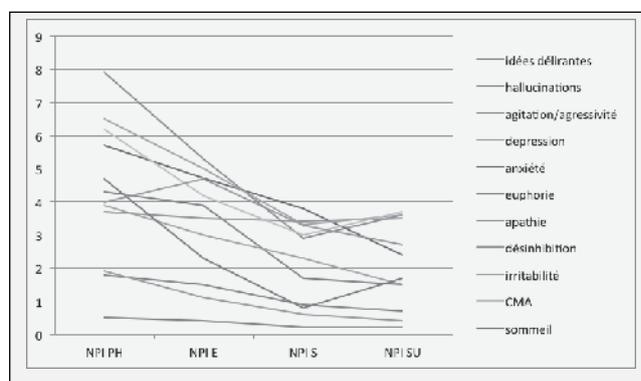
Plusieurs études montrent un intérêt à une prise en charge globale et pluridisciplinaire des SPCD en unité spécialisée. Ainsi nous avons retrouvé dans une étude faite à l'UCC de Toulouse, incluant plus de 200 patients, une amélioration globale des troubles psycho-comportementaux mais également des symptômes perturbateurs, évalués selon l'échelle du NPI (10). Ces données sont représentées sur les 2 figures suivantes. Le tableau 2 représente l'évolution du score global du NPI à quatre temps : NPI pré-hospitalier (PH), NPI d'entrée (E), NPI de sortie (S) et NPI de suivi (SU), fait 3 semaines après la sortie par contact téléphonique. La baisse entre NPI d'entrée et de sortie est significative ( $p < 0,005$ ), sans augmentation au cours du suivi. Le graphique 1 représente l'évolution de chaque item du NPI aux mêmes 4 temps de mesure, tous les items du NPI étant à la sortie inférieurs au seuil de significativité clinique de 4.

### **Les UCC : Rôle dans la prise en charge du patient atteint de maladie d'Alzheimer**

Les Unités Cognitivo-comportementales, services de soin hospitalier de SSR, ont été créées dans le cadre de la mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012. L'objectif principal est la prise en charge, en dehors d'une affection médicale aiguë grave, des troubles psycho-comportementaux perturbateurs dans le cadre des pathologies cognitives (Alzheimer et apparentés). Ils sont au cœur de la filière de soin, souvent

en aval des unités aigües Alzheimer, et en contact permanent avec les lieux de vie (institution : EHPAD, UHR, USLD) et les intervenants au domicile (SSIAD, ESA, MAIA).

**Figure 1**  
Evolution des troubles du comportement en unité spécialisée sur chaque item du NPI (10)



Bien qu'au cours du séjour la prescription de psychotropes (au premier plan, de neuroleptiques) soit réévaluée, la prise en charge s'axe principalement sur les interventions non médicamenteuses. Les données de la littérature, malgré les difficultés à mettre en place des études de bonne qualité, sont en faveur d'une efficacité de celles-ci, ainsi que d'une prise en charge globale dans une unité spécialisée de type UCC.

### **Références**

1. Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147(8):1049-1051
2. Plan Alzheimer 2008-2012. Objectif n°5, mesure n°17. Création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer
3. Enquête nationale UCC. Enquête DGOS-SFGG. Juin 2012
4. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012. Professeurs Joël ANKRI et Christine VAN BROECKHOVEN. Juin 2013
5. Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2012 Sep;73(9):1255-61
6. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2012 Sep;169(9):946-53
7. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and Managing Behavioral Symptoms in Individuals with Dementia: A Randomized Trial of a Nonpharmacologic Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Aug; 58(8): 1465-1474

8. O'Neil ME, Freeman M, Christensen V, Telerant R, Addleman A, Kansagara D. A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2011 Mar.
9. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñoz R. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-178
10. Saidlitz P, Sourdet S, Vellas B, Voisin T. Management of behavioral symptoms in dementia in a specialized unit care. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2014 Dec;12(4):371-8