

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2012

THESE N°

LES STRUCTURES D'AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE CHEZ LES
PATIENTS DÉMENTIS : UNE ÉTUDE OBSERVATIONNELLE CHEZ LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN HAUTE-VIENNE EN 2011

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 6 Mars 2012

par

Olivier GIRBET

né le 3 août 1984, à TOULOUSE

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT Président
Mme le Docteur Nathalie DUMOITIER Juge
M. le Docteur Dominique MENARD Juge
Mme le Docteur Martine PREVOST Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNEE 2012

THESE N°

LES STRUCTURES D'AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE CHEZ LES
PATIENTS DÉMENTIS : UNE ÉTUDE OBSERVATIONNELLE CHEZ LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN HAUTE-VIENNE EN 2011

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 6 Mars 2012

par

Olivier GIRBET

né le 3 août 1984, à TOULOUSE

Examineurs de la thèse

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT Président
Mme le Docteur Nathalie DUMOITIER Juge
M. le Docteur Dominique MENARD Juge
Mme le Docteur Martine PREVOST Juge



Le 01.09.2011

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

| | |
|--|---|
| ABOYANS Victor | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ADENIS Jean-Paul (CS) | OPHTALMOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| ALDIGIER Jean-Claude | NEPHROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD Françoise (CS) | MEDECINE INTERNE |
| ARNAUD Jean-Paul | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| AUBARD Yves (C.S.) | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| BEDANE Christophe | DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE |
| BERTIN Philippe (CS) | THERAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre (CS) | O.R.L. |
| BONNAUD François | PNEUMOLOGIE |
| BONNETBLANC Jean-Marie (CS) | DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE |
| BORDESSOULE Dominique (CS) | HEMATOLOGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre (CS) | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre (CS) | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| COGNE Michel (CS) | IMMUNOLOGIE |

| | |
|---|---|
| COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014) | UROLOGIE |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| COURATIER Philippe (C.S.) | NEUROLOGIE |
| DANTOINE Thierry | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| DARDE Marie-Laure (C.S.) | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |
| DESSPORT Jean-Claude | NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel (CS) | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| DUMAS Jean-Philippe (C.S.) | UROLOGIE |
| DUMONT Daniel (SUR. 31.08.2012) | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| ESSIG Marie | NEPHROLOGIE |
| FAUCHAIS Anne-Laure | MEDECINE INTERNE |
| FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013) | ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION |
| FEUILLARD Jean (CS) | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent (CS) | CHIRURGIE INFANTILE |
| FUNALOT Benoît | BIOCHIMIE et BILOGIE MOLECULAIRE |
| GAINANT Alain (C.S.) | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| JACCARD Arnaud | HEMATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François (CS) | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LASKAR Marc (C.S.) | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS) | PEDIATRIE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |

| | |
|--|--|
| MABIT Christian (CS) | ANATOMIE |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MAUBON Antoine (CS) | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| MELLONI Boris (CS) | PNEUMOLOGIE |
| MERLE Louis (CS) | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| MONTEIL Jacques (CS) | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOREAU Jean-Jacques (C.S.) | NEUROCHIRURGIE |
| MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013) | CHIRURGIE INFANTILE |
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS) | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| PARAF François | MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE |
| PLOY Marie-Cécile (CS) | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| SALLE Jean-Yves (C.S.) | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION |
| SAUTEREAU Denis (CS) | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| STURTZ Franck (CS) | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| TREVES Richard | RHUMATOLOGIE |
| TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS) | CANCEROLOGIE |
| VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014) | NEUROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE |

| | |
|----------------------------------|--|
| VERGNENEGRE Alain (CS) | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION |
| VIDAL Elisabeth (C.S.) | MEDECINE INTERNE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION |
| VIROT Patrice (CS) | CARDIOLOGIE |
| WEINBRECK Pierre (C.S) | MALADIES INFECTIEUSES |
| YARDIN Catherine (C.S) | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|--|
| AJZENBERG Daniel | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| ANTONINI Marie-Thérèse (CS) | PHYSIOLOGIE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |
| BOUTEILLE Bernard | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| CHABLE Hélène | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| ESCLAIRE Françoise | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| FUZIER Régis | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LE GUYADER Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| MARIN Benoît | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| MOUNIER Marcelle | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE |
| PICARD Nicolas | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| QUELVEN-BERTIN Isabelle | BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE |
| TERRO Faraj | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VINCENT François | PHYSIOLOGIE |

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
Professeur des Universités Psychiatrie Adulte
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de service

Vous m'avez fait le très grand honneur d'accepter de présider cette thèse de médecine générale. En espérant que vous voudrez bien voir dans ce travail un modeste témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A

Madame le Docteur Nathalie DUMOITIER
Médecine Générale
Maître de Conférences associé à mi-temps

Vous m'avez soutenu sur Limoges pendant ces années d'internat en acceptant d'être à la fois mon tuteur, mon directeur de thèse et mon coordinateur de SASPAS.

Votre disponibilité, votre gentillesse et vos conseils ont été précieux pour le bon déroulement de mon internat.

2



A

Madame le Docteur Martine PREVOST
Médecine Générale
Maître de Conférence associé à mi-temps

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse avec autant de spontanéité et de gentillesse. Je vous prie de bien vouloir trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

A

Monsieur le Docteur Dominique MENARD
Médecine Générale
Maître de Conférence associé à mi-temps

Vous avez accepté d'être juge de cette thèse sans hésitation et avec intérêt envers ce travail. Je vous prie de croire en mon profond respect.

3



A

Madame Anaïs LABRUNIE

Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour votre travail.

A

mes maîtres de stage chez le praticien et SASPAS,

le Dr CHASSAC, le Dr DUCHEZ, le Dr NICOT, le Dr NOUHAUD et le Dr SAUGET qui m'ont permis de me "plonger" véritablement dans la médecine libérale et de confirmer ma volonté d'exercer le métier de médecin généraliste. Grâce à eux, je pense avoir acquis les meilleures compétences pour réaliser mon métier de médecin généraliste.

4



A la mémoire de mes grands-parents que j'aurais aimé avoir près de moi aujourd'hui, qui auraient été fiers d'assister à l'accomplissement de mes études de médecine et que je n'oublie jamais dans les moments importants de ma vie.

A mes parents qui m'ont donné l'envie de faire ce métier, qui m'ont toujours soutenu dans les moments difficiles ce qui m'a permis d'avancer et de devenir ce que je suis. Je suis fier que vous soyez là aujourd'hui pour voir l'aboutissement de ces années d'études.

A ma femme qui a toujours été à mes côtés depuis le début de nos études de médecine et qui m'aide à prendre les meilleures décisions pour notre avenir professionnel et personnel.

A mes amis.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. DEFINITIONS

1.1 La démence

1.1.1 La démence de type Alzheimer

1.1.2 La démence vasculaire

1.1.3 La démence mixte

1.1.4 La démence à Corps de Lewy

1.1.5 Mild Cognitive Impairment (M.C.I)

1.2 La dépendance

1.3 Les modalités d'évaluation gériatrique dans l'étude

1.3.1 Le MMSE (mini mental state examination)

1.3.2 L'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living)

1.3.3 La classification AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources)

1.4 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

1.5 Les différents modes de protection judiciaire

1.5.1 La tutelle

1.5.2 La curatelle

1.5.3 La sauvegarde de justice

2. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DEMENTS ET DEPENDANTS AU DOMICILE

2.1 La démence en médecine

2.2 La mise en place de structures d'aide pour les patients déments et dépendants en France

3. EPIDEMIOLOGIE DES DEMENCES

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1. METHODES

1.1 Principe de l'étude

1.2 Elaboration du questionnaire médecin

1.3 Elaboration du questionnaire patient

1.4 Recueil des données

1.4.1 Recueil des questionnaires médecins

1.4.2 Recueil des questionnaires patients

1.5 Analyse statistique

2. RESULTATS

2.1 Analyse descriptive

2.1.1 De la population d'étude

2.1.2 De la population médicale

2.2 Analyse statistique

2.2.1 Représentativité de l'échantillon médecin

2.2.2 Représentativité de l'échantillon patient

2.2.3 Comparaison des données patients

2.2.4 Comparaison entre les caractéristiques des médecins et les aides aux patients

DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ETUDE

2. MISE EN PLACE DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION

3. L'ERGOTHERAPIE

4. LES AIDES NON MEDICALES

5. LES AUTRES STRUCTURES

5.1 L'accueil de jour

7



5.2 L'hébergement temporaire en EHPAD

6. LE MAINTIEN A DOMICILE
7. LE MEDECIN GENERALISTE
8. LES OBSTACLES
9. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE LA DEMENCE
10. LE PROJET DES POUVOIRS PUBLICS

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES ANNEXES

ABRÉVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

ALD : Affection de Longue Durée

ALOIS : Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins Alzheimer et maladies apparentées

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DSM IV : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th édition

EHPAD : Un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAD: Hospitalisation A Domicile

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IMC : Index de masse corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MCI : Mild Cognitive Impairment

MEP : Modes d'Exercice Particulier

MMSE : Mini Mental State Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

La solitude des personnes âgées, la démence et la dépendance sont depuis les années 2000 des titres d'actualité récurrents dans une population française vieillissante. Selon les sources de l'INSEE, la population des plus de 60 ans en France s'élevait en 2006 à 12,5 millions de personnes. A l'horizon 2050 on estime la population des plus de 60 ans à 22,4 millions d'individus, soit 35,1% de la population française.

Aujourd'hui, tous les jours un nombre important de patients transitent par les urgences des différents hôpitaux et cliniques. Parmi eux, on trouve des patients déments adressés par leur famille ou par leur médecin traitant pour un maintien à domicile impossible. Ces patients attendent alors le plus souvent plusieurs heures, voire dans certains cas un ou deux jours, dans les services d'urgence sans qu'on puisse leur trouver une structure d'accueil. Le retour à domicile n'est possible qu'avec la mise en place de structures d'aide adaptées.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux des structures mises en place par les médecins traitants chez leurs patients déments pour essayer de comprendre ensuite quels sont les obstacles à la mise en place des structures d'aide au maintien à domicile de ces patients âgés, le plus souvent dépendants, afin d'éviter de se retrouver dans une situation difficile à gérer dans l'urgence.

PREMIÈRE PARTIE

1. DEFINITIONS

1.1 La démence

Parmi les définitions de la démence, les deux principales sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et celle de l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, APA).

Dans la dixième version de sa classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), l'OMS (1) définit la démence comme "une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou la modification de la personnalité".

L'APA (2000) (2), quant à elle, définit la démence "comme un syndrome insidieux et progressif se caractérisant par des déficits multiples, à la tête desquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire. Les troubles de la mémoire doivent s'accompagner d'au moins un autre type de déficit (langage, praxie, gnosie ou fonction exécutive). Ces déficits cognitifs doivent constituer un déclin par comparaison aux capacités antérieures et ils doivent compromettre les activités professionnelles ou sociales de la personne. Enfin, ils ne doivent pas être liés à un delirium ou à une affection psychiatrique."

En annexe, il est présenté les critères du DSM IV qui peuvent aider le praticien pour le diagnostic de démence au cabinet.

1.1.1 La démence de type Alzheimer

La clinique permet de s'orienter vers un diagnostic possible ou probable, il s'agit d'une démence typiquement à début insidieux et d'évolution progressive. L'évolution clinique se déroule en 3 phases (3) :

- la première phase (15-20 ans) : installation silencieuse des lésions cérébrales, aucun signe ni symptôme cliniquement décelable.
- la seconde phase (2-5 ans) : apparition progressive de modifications cognitives et comportementales mais dont l'intensité n'est pas suffisante pour permettre un diagnostic de démence.
- la 3^{ème} phase : les manifestations cliniques remplissent les critères de démence, on parle alors de démence de type Alzheimer légère, puis modérée et sévère.

Cependant, le diagnostic de certitude ne peut (en l'état actuel des connaissances de la science) être établi qu'après le décès du patient par examen anatomo-pathologique du cerveau. Il existe alors une atrophie corticale des plaques séniles (protéine amyloïde) et des dégénérescences neurofibrillaires.

1.1.2 La démence vasculaire

La démence vasculaire peut se définir de la manière suivante (4) :

“Il s'agit d'un syndrome démentiel qui résulte d'accidents cérébro-vasculaires répétés (multi-infarct-dementia) et qui se caractérise par une installation soudaine, une évolution fluctuante et par paliers, des signes neurologiques focaux, une labilité émotionnelle et des déficits neuropsychologiques correspondant au territoire vasculaire atteint. L'histoire médicale révèle habituellement une hypertension artérielle, un diabète ou une maladie cardiovasculaire prédisposante”.

1.1.3 La démence mixte

La plupart des études épidémiologiques ont défini la démence mixte comme la coexistence de la maladie d'Alzheimer et de la démence vasculaire. Plusieurs auteurs auraient mis en question la validité du concept de démence mixte (5), mais des études récentes soutiendraient l'hypothèse selon laquelle les lésions ischémiques entraîneraient une altération de la fonction cognitive de manière au moins cumulative, voire synergique, chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Ces données permettent de valider le concept de démence mixte.

1.1.4 La démence à Corps de Lewy

La démence à corps de Lewy fait partie des affections neuro-dégénératives. Les corps de Lewy sont définis histologiquement, par la présence d'inclusions éosinophiles intracytoplasmiques neuronales, dans le cortex ou le tronc cérébral (6).

La clinique se caractérise par un syndrome extra-pyramidal et des fluctuations de l'attention associés aux signes cliniques de la démence. Les illusions et les hallucinations visuelles sont relativement fréquentes dans cette affection (7).

1.1.5 Mild Cognitive Impairment (M.C.I)

Dans l'histoire naturelle de la maladie d'Alzheimer, il existe inévitablement un stade «pré-Alzheimer». A ce stade, on s'attend à ce que les fonctions cognitives soient légèrement altérées. Ces patients entrent alors dans le cadre général du Mild Cognitive Impairment (MCI) (8).

Les signes cliniques à rechercher sont (9) :

- plainte mnésique (présentée par le patient ou un membre de sa famille)
- altération objective de la mémoire
- fonctionnement cognitif général normal
- activités de la vie quotidienne intactes
- absence de démence

1.2 La dépendance

La dépendance peut se définir de la manière suivante, selon la définition de l'index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale (10) ; il s'agit de la *"situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif ne peut remplir des fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc..."*

Le degré de dépendance est lié non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel. Par exemple, une personne âgée se déplaçant difficilement sera très dépendante, voire confinée chez elle, si elle habite dans un immeuble sans ascenseur, mais plus autonome dans le cas contraire.

En gériatrie, la dépendance de la personne âgée est estimée à l'aide d'échelles d'évaluation, la grille AGGIR par exemple.

1.3 Les modalités d'évaluation gériatrique dans l'étude

1.3.1 Le MMSE (mini mental state examination) (Annexe 2)

Il s'agit d'un test de dépistage rapide au chevet du patient créé en 1975 par Marschall Folstein (11) ; il ne permet donc pas d'orientation diagnostique. Il a pour but d'évaluer l'orientation dans le temps et dans l'espace, la mémoire immédiate, la mémoire récente, l'attention et le calcul, le langage et les fonctions visio-constructives. Il doit être réalisé dans un environnement calme, sans donner d'indice.

Il permet un approche des stades de sévérité de la démence :

- MMS de 0 à 2 très sévère
- MMS de 3 à 9 sévère
- MMS de 10 à 15 modérément sévère
- MMS de 16 à 20 modéré
- MMS de 21 à 30 léger

1.3.2 L'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Annexe 4)

Les items de l'échelle I.A.D.L de Lawton permettent de dépister les sujets qui présentent une démence non encore diagnostiquée, ou qui la développeront dans l'année.

Ces items explorent l'autonomie ou le degré de dépendance du sujet par rapport à des activités pratiques de la vie quotidienne (l'utilisation du téléphone, la gestion des courses et des repas, l'entretien du domicile, l'utilisation des transports, la gestion des finances et la prise du traitement). La cotation est basée sur les réponses du patient et/ou en tenant compte de l'avis de la personne vivant avec lui au quotidien.

1.3.3 La classification AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) (Annexe 3)

La grille AGGIR est un outil de mesure de l'autonomie, à travers l'observation de dix activités que peut ou non effectuer seule une personne

âgée: se laver, s'habiller, se déplacer, etc... Elle comprend notamment deux variables permettant d'appréhender l'autonomie mentale (se situer dans le temps, savoir discuter et se comporter de manière cohérente). Le degré d'autonomie pour chacune des 10 activités fondamentales est représenté par une variable à trois modalités (A : fait seul, totalement, habituellement et totalement; B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement; C : ne fait pas).

A partir des modalités prises par ces 10 variables , un algorithme classe les individus en 6 groupes GIR (groupes iso-ressources). La dépendance lourde correspond aux GIR1 et GIR2 (personnes confinées au lit ou au fauteuil et/ou ayant perdu leur autonomie mentale), la dépendance moyenne aux GIR3 et GIR4, et la non dépendance aux GIR5 et GIR6 (personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne ou ne nécessitant qu'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage).

Cette classification est utilisée pour calculer et attribuer l'APA (allocation personnalisée d'autonomie)

1.4 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'APA est une prestation d'aide sociale départementale destinée aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique, résidant de façon stable et régulière en France et ayant besoin d'une aide extérieure pour accomplir les actes de la vie quotidienne (groupe 1 à 4 de la grille AGGIR). Elle peut être perçue par les personnes vivant à domicile ou hébergées en famille d'accueil ou en établissement (EHPAD). L'APA ne fait pas l'objet d'une récupération sur les successions ou les donations; elle n'engage pas non plus la participation des obligés alimentaires. L'attribution de l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, mais le montant de la participation du bénéficiaire dépend des revenus de celui-ci. Si ses revenus sont inférieurs à 695,70 euros par mois, le montant de participation sera nul. Le dossier de demande d'APA est délivré par les services du Conseil Général

(12).

1.5 Les différents modes de protection judiciaire

1.5.1 La tutelle

La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts (13). Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile.

Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas.

Les personnes concernées sont des personnes majeures ayant besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure de protection moins contraignante (curatelle, sauvegarde de justice) serait insuffisante.

1.5.2 La curatelle

La curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile (14). La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante pour la personne.

Les personnes concernées sont les personnes majeures dont l'altération des facultés mentales ou des facultés corporelles empêchant l'expression de la volonté, a été constaté médicalement.

1.5.3 La sauvegarde de justice

18



La sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique provisoire et de courte durée qui peut permettre la représentation de la personne pour accomplir certains actes précis(15). Le majeur placé en sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits, à l'exception du divorce par consentement mutuel ou d'actes spéciaux pour lesquels un mandataire spécial a été désigné dans la décision du juge.

Les personnes concernées sont:

- les personnes majeures souffrant temporairement d'une incapacité (ex: coma, traumatismes crâniens)
- les personnes majeures dont les facultés sont durablement atteintes (facultés mentales, ou facultés corporelles empêchant l'expression de leur volonté) et qui ont besoin d'une protection immédiate pendant l'instruction de la demande aux fins de mise en place d'une mesure plus protectrice (tutelle ou curatelle).
- les personnes majeures dont les facultés sont altérées et pour lesquelles une solution moins contraignante suffit en temps normal (par exemple : une procuration), mais qui ont besoin ponctuellement d'être représentées pour certains actes déterminés (par exemple : une vente immobilière).

2. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DÉMENTES ET DÉPENDANTS AU DOMICILE

2.1 La démence en médecine

Le premier médecin à employer le terme de "dementia" est Galien au II^{ème} siècle de notre ère. Le terme de démence apparaît avec Pinel en 1797 dans le vocabulaire médical français, il dérive du latin "demens" ("de" hors de, "mens" esprit), il s'agit alors de maladie de l'esprit proche de la schizophrénie.

En 1907, Aloïs ALZHEIMER intègre la démence dans les affections organiques du cerveau et celle-ci devient une maladie neurologique par la description histologique de dépôts neuro-fibrillaires dans une forme particulière de démence. Il est alors individualisé, dans la première partie du XXème siècle, la maladie d'Alzheimer et les démences séniles.

En 1977, le problème de la démence devient un véritable problème de santé publique avec le premier congrès mondial sur la maladie d'Alzheimer et les autres démences séniles à Londres. Depuis, le progrès dans ce domaine est croissant, essentiellement depuis les années 1990 ,avec l'évolution de la biologie et de la génétique moléculaire.

2.2 La mise en place de structures d'aide pour les patients déments et dépendants en France

La volonté de prise en charge sociale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées commence dans les années 1980 avec l'apparition d'associations, comme France Alzheimer (1985), qui se sont créées pour apporter des informations aux aidants familiaux et rompre leur isolement.

La prise de conscience politique date de 2001 avec l'élaboration du premier plan Alzheimer (2001-2005) dont les objectifs ont été les suivants (16) :

- la multiplication des consultations mémoire de proximité,
- l'amélioration de l'information des familles grâce au développement sur tout le territoire, des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), lieux d'accueil généralistes sur toutes les questions liées à la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées,
- une aide financière pour faire face à la prise en charge de la maladie, grâce à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place le 1^{er} janvier 2002 et dont peuvent bénéficier toutes les personnes âgées dépendantes.

Depuis deux autres plans Alzheimer ont été élaborés ; le plan 2004-2007 et le

plan en cours 2008-2012 (16).

Parmi les principales mesures issues du plan 2004-2007, figurent en particulier :

- l'inscription de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées sur la liste des affections de longue durée (ALD), prises en charge à 100% par la sécurité sociale.
- la création de nouvelles consultations mémoire,
- un programme de création de 13.000 places en petites unités de vie,
- la création de structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, afin de soulager les familles, qui prennent en charge au domicile un parent atteint de la maladie,
- une enveloppe budgétaire (88 millions d'euros) pour renforcer l'encadrement en personnel dans les maisons de retraite,
- une amélioration de la formation des personnels soignants sur la prise en charge de la maladie,
- la mise en place de l'Observatoire National de la Recherche sur la maladie d'Alzheimer.

Les mesures phares du plan Alzheimer 2008-2012 sont les suivantes (16) :

- Elaboration et mise en œuvre d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement
- Renforcement des consultations mémoire à forte activité
- Labellisation sur tout le territoire de «portes d'entrée unique»: les «Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer» (MAIA)
- Mise en place de «coordonnateurs» sur l'ensemble du territoire
- Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux
- Identification d'un «centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes»
- Développement et diversification des structures de répit
- Mise en place d'un numéro unique et d'un site internet d'information et d'orientation locale
- Renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés

- Amélioration du soutien à domicile des malades et de leurs aidants grâce à l'utilisation de nouvelles technologies.
- Création d'une fondation de coopération scientifique pour stimuler et coordonner la recherche scientifique.

3. EPIDÉMIOLOGIE DES DÉMENCES

La source principale des données sur la prévalence des démences en France est l'étude PAQUID (17), étude de cohorte menée en population générale depuis 1989 en Gironde et Dordogne, chez des sujets âgés de plus de 65 ans. La prévalence a été estimée en 1989 et réévaluée en 1999 sur les plus de 75 ans survivants de cette cohorte initiale. L'essentiel des données chiffrées porte sur toutes démences confondues.

Actuellement (18), on peut estimer que plus de 850 000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démences en France, avec quasiment trois fois plus de femmes que d'hommes chez ces patients ; les plus de 90 ans représentant 230 000 cas. La maladie d'Alzheimer représenterait 70% des démences prévalentes, les autres démences sont essentiellement vasculaires (10%) et mixtes (20%).

La dernière analyse internationale reposant sur une méthodologie de consensus entre experts (Delphi consensus), nous donne une estimation au niveau mondial du nombre de cas de démences avec : 24,3 millions de cas, et près de 4,6 millions de nouveaux cas chaque année, correspondant à un nouveau cas toutes les sept secondes. Le nombre de déments attendu va doubler tous les 20 ans : plus de 80 millions prévus pour 2040. Environ 60% vivent dans des pays développés, mais le nombre de patients atteints de démence va aussi augmenter très fortement en Chine, Inde et autres pays d'Asie et du Pacifique Ouest.

DEUXIEME PARTIE : L'ÉTUDE

1. MÉTHODES

1.1 Principe de l'étude

Cette étude est une enquête de pratique réalisée chez 100 médecins généralistes de Haute-Vienne tirés au sort sur la liste de l'ordre départemental des médecins de la Haute-Vienne de février 2011. Les médecins inscrits en tant que médecins généralistes à l'ordre mais exerçant en MEP (angiologues, homéopathes, SOS médecins, nutritionnistes) ont été retirés de la liste avant le tirage au sort. Cette étude a été réalisée sur une durée de deux semaines du 14 au 26 mars 2011. Les médecins inclus dans l'étude devaient remplir un questionnaire médecin et 5 questionnaires patients.

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants : les 5 premiers patients déments consultants ou visités pour quelque motif que ce soit dans la quinzaine du 14 au 26 mars 2011, quelque soit leur âge, leurs antécédents et leur stade de démence.

Les questionnaires remplis par les médecins devaient être renvoyés par voie postale à l'aide de l'enveloppe retour avant le 9 avril 2011. Les questionnaires ont été testés par deux médecins généralistes de Haute-Vienne, maîtres de stage, dans la semaine du 31 janvier au 5 février 2011. Les questionnaires ont été envoyés le 4 mars 2011 par voie postale. Les questionnaires étaient accompagnés d'une lettre d'introduction qui définissait les modalités et les objectifs de l'étude (annexe 5). L'ensemble des médecins tirés au sort a été contacté par téléphone du 10 au 16 mars 2011 pour leur rappeler les buts de l'étude et signaler un facteur de confusion passé inaperçu

lors du test du questionnaire : "faire préciser dans les aides médicales et paramédicales les services de soins infirmiers à domicile : SSIAD ou Infirmière libérale".

1.2 Elaboration du questionnaire médecin (Annexe 6)

Le questionnaire médecin renseignait les informations suivantes :

- l'âge et l'année d'installation
- la démographie de la commune d'exercice (moins de 2000 habitants, de 2000 à 20 000 habitants et plus de 20 000 habitants)
- le type d'exercice libéral, salarié ou mixte
- la fréquence d'intervention en EHPAD (régulièrement, occasionnellement, coordonateur d'EHPAD) pour leurs habitudes professionnelles en gériatrie
- la notion de formation professionnelle complémentaire en gériatrie ou autre (capacité de gériatrie, DIU de gériatrie et autres compétences) pour l'orientation professionnelle

1.3 Elaboration du questionnaire patient (Annexes 7-8)

Le questionnaire patient avait pour objectif de recueillir les informations de la population cible à savoir : des patients déments étiquetés avec un MMSE inférieur à 27/30 ou des patients non explorés en gériatrie mais présentant des troubles cognitifs réels objectivés par leurs médecins traitants.

Les éléments recueillis étaient :

- l'âge,
- le sexe,
- le mode de vie (seul, avec conjoint, avec enfant ou autre),
- le lieu de vie (commune de moins de 2000 habitants, commune de 2000 à 20 000 habitants, commune de plus de 20 000 habitants),
- le cadre de vie (en maison ou en appartement),

- la profession exercée antérieurement
- les antécédents médicaux et chirurgicaux,

afin d'individualiser des sous groupes en fonction des facteurs socio-environnementaux et de comparer ces groupes.

Nous avons demandé de renseigner le type de démence ou de remplir le champ «non étiqueté» si le patient n'a pas été diagnostiqué. Un tableau d'évaluation gériatrique simplifié a été établi (MMSE, IADL, classification AGGIR, IMC) pour apprécier le degré d'évolution de démence ainsi que le degré de dépendance de chacun des patients inclus.

Les différents items concernant les aides médicales et non médicales ont été créés par rapport aux données du répertoire des ressources ALOIS (19) (l'offre de soins, d'information, de formation et de recherche, pour la maladie d'Alzheimer et les affections apparentées en Limousin).

Les items concernant les aides sociales et protections judiciaires avaient pour but d'apprécier les différentes ressources d'aides financières et les protections dont disposent les patients étudiés.

1.4 Recueil des données

1.4.1 Recueil des questionnaires médecins

Les résultats ont fait l'objet d'une répartition :

- par âge par tranche de 10 ans
- par sexe
- par année d'installation par tranche de 5ans
- par type d'exercice (libéral, salarié ou mixte)
- par fréquence d'intervention en EHPAD (pas d'intervention, régulièrement, occasionnellement, coordonnateur d'EHPAD)
- par formations complémentaires (aucune, capacité de gériatrie, DIU de

gériatrie ou autre).

1.4.2 Recueil des questionnaires patients

L'analyse des résultats a porté sur :

- L'âge par tranche de 5 ans (de 70 à 100 ans)
- Le sexe
- Le mode de vie (seul, avec conjoint, avec enfant ou autre)
- Le lieu de vie (commune de moins de 2000 habitants, de 2000 à 20 000 habitants et plus de 20 000 habitants)
- Le cadre de vie (maison, appartement avec ascenseur ou non)
- La présence d'un tabagisme
- La présence d'une exogénose
- Le type de démence (démence de type Alzheimer, démence mixte, démence vasculaire, démence à corps de Lewy, MCI, dépression, non étiquetée, autres démences)
- La présence d'anticholinestérasiques dans le traitement
- La présence de mémantine dans le traitement
- Chacun des items des aides médicales et paramédicales (hôpital de jour et de réadaptation, hébergement temporaire en EHPAD, HAD, kinésithérapeute à domicile, ergothérapeute, soins infirmiers à domicile), les aides non médicales (centre locaux d'information, accueil de jour, garde de jour, garde de nuit, téléalarme, hébergement temporaire en famille d'accueil, service d'aides à domicile : aide ménagère, auxiliaire de vie, portage des repas, livraison des courses, aide aux petits travaux)
- Les aides sociales (APA, affection de longue durée pour la démence, ALD pour une autre pathologie),
- Les structures d'aide aux aidants
- La protection judiciaire (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice).

1.5 Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée par le centre d'épidémiologie, de biostatistique et de méthodologie de la recherche de la faculté de Médecine de Limoges.

Les questions statistiques portaient donc sur la représentativité de l'échantillon concernant les médecins mais également les patients. Pour cela, un test de Chi² de conformité a été fait. Lorsque les effectifs théoriques obtenus (effectifs que l'on est censé avoir sous l'hypothèse nulle du test, c'est-à-dire que la distribution de l'échantillon correspond à la distribution théorique) sont inférieurs à 5, ce test ne peut être utilisé tel quel. Des regroupements de classe ont alors été effectués.

La population étudiée a été comparée aux chiffres Insee du recensement de population de 2007 sur le département de la Haute-Vienne et la cohorte de l'étude PAQUID (17). La démographie médicale de l'étude a été comparée à la démographie médicale de l'Atlas de la démographie médicale en région Limousin (situation au 1^{er} janvier 2009) publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

L'objectif secondaire de cette étude consistait à comparer les différentes aides utilisées (médicales, non médicales et sociales) en fonction des données médicales du patient (Antécédents chirurgicaux et neuropsychologiques, le type démence et le score du MMSE catégorisé) et en fonction des données sociodémographiques du patient (âge, sexe, lieu de vie et mode de vie). Pour cette question, il a fallu diminuer le nombre de patients inclus. En effet, comme plusieurs patients ont été suivis par le même médecin et que les différentes aides utilisées dépendent de l'avis du médecin, les médecins qui ont inclus moins de trois patients ont été exclus ainsi que les quatrièmes et cinquièmes patients qui ont été suivis dans l'ordre chronologique pour les médecins qui ont inclus 4 voire 5 patients dans l'étude. Ainsi, les médecins qui restent ont tous inclus 3 patients. L'analyse s'est donc faite sur 17

médecins et 51 patients. Ces comparaisons ont été faites avec un test d'indépendance du χ^2 si les effectifs théoriques (effectifs obtenus lorsque l'hypothèse nulle est vérifiée : « les deux variables sont indépendantes ») sont tous inférieurs à 5. Sinon un test exact de Fisher a été fait.

Une autre question portait sur l'influence des données socio-démographiques du médecin sur les différentes aides utilisées pour les patients. Là aussi, l'échantillon utilisé est celui de 51 patients pour 17 médecins. Pour cela les mêmes tests que précédemment ont été utilisés. L'âge a été catégorisé en 3 classes (en effet, si l'on prenait les mêmes catégories que celles obtenues par le Conseil de l'Ordre, certains effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 et donc les résultats du test de χ^2 de conformité n'étaient pas interprétables). Ainsi, 3 classes ont été obtenues : moins de 45 ans, entre 45 et 54 ans et plus de 54 ans. Les proportions théoriques de la répartition des médecins généralistes de Haute Vienne sont ceux du Conseil de l'Ordre des Médecins de Haute Vienne.

2. RÉSULTATS

2.1 Analyse descriptive

2.1.1 De la population d'étude

Entre le 14 et le 26 mars 2011, 92 patients ont été inclus par 29 médecins de Haute-Vienne selon les critères d'inclusion, c'est à dire les 5 premiers patients déments consultants ou visités pour quelque motif que ce soit, quelque soit leur âge, leurs antécédents, leur stade de démence.

La répartition par âge de cette population est la suivante : 4, 34% ont entre 70 et 75 ans, 22,83% ont entre 76 et 80 ans, 29,34% ont entre 81 et 85 ans, 20,65% ont entre 86 et 90 ans, 9,78% ont entre 91 et 95 ans et 2,17% ont entre 96 et 100 ans, enfin 10,87% des patients pour lesquels l'âge n'a pas

été communiqué par les médecins.

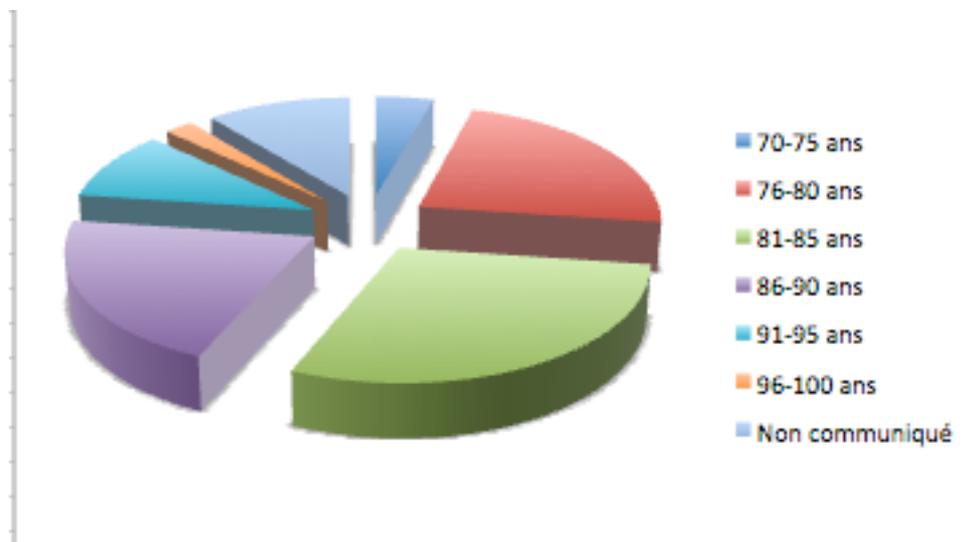


Figure 1. Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge

La population étudiée est composée de 36,96% d'hommes et 63,04% de femmes.



Figure 2 Répartition de la population par sexe.

Dans la population étudiée 40,21% des patients vivent seuls, 46,21% vivent avec leur conjoint, 7,61% vivent avec leurs enfants et 5,43% vivent avec leur

29

conjoint et leurs enfants.



Figure 3 Répartition de la population en fonction du mode de vie

En ce qui concerne le lieu de vie , 40,21% de la population réside dans une commune de moins de 2000 habitants, 14,13% dans une commune de 2000 à 20 000 habitants et 45,65% dans une commune de plus de 20 000 habitants.

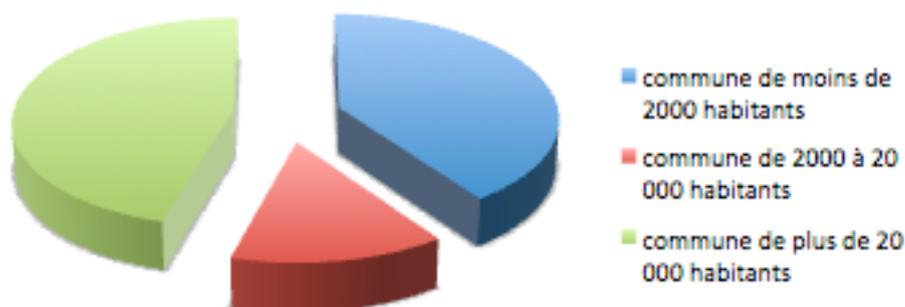


Figure 4. Répartition de la population en fonction du lieu de vie

En ce qui concerne le cadre de vie, 72,83% des patients vivent en maison,

16,30% en appartement avec ascenseur, 9,78% en appartement sans ascenseur et 1,09% des patients pour lesquels le cadre de vie n'a pas été communiqué.



Figure 5. Répartition de la population en fonction du cadre de vie.

13,04% des patients sont tabagiques actifs et 9,78% des patients présentent une exogénose avouée.

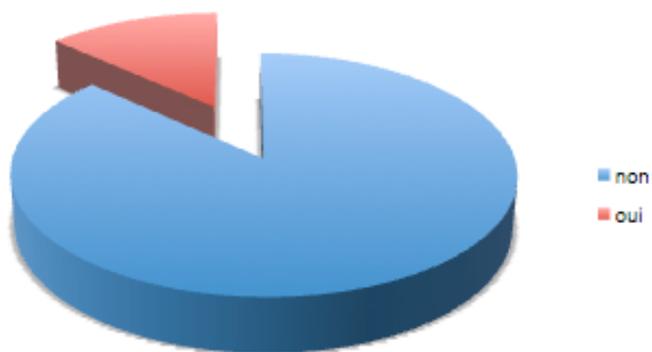


Figure 6. Proportion de tabagiques actifs

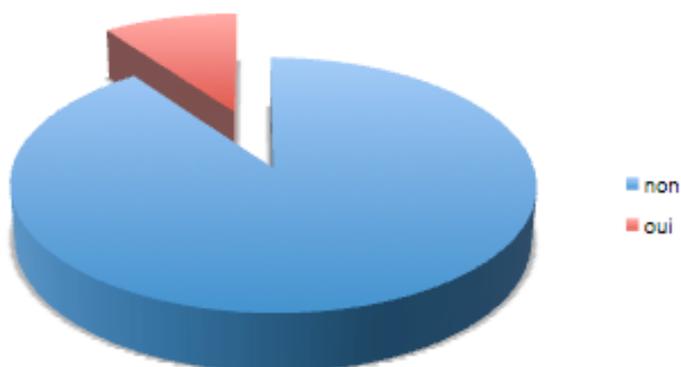


Figure 7. Proportion des exogénoses avouées

41,30% des patients sont atteints de démences de type Alzheimer, 21,17% de démences mixtes, 14,13% de démences vasculaires, 2,17% de démences à corps de Lewy, 0% de MCI, 4,35% de dépression, 15,22% de non étiqueté, 1,09% autres démences.



Figure 8. Répartition de la population en fonction du type de démence.

54,34% des patients sont traités, 41,30% ne sont pas traités, 2,18% ont refusé le traitement et 2,18% n'ont pas communiqué le résultat.

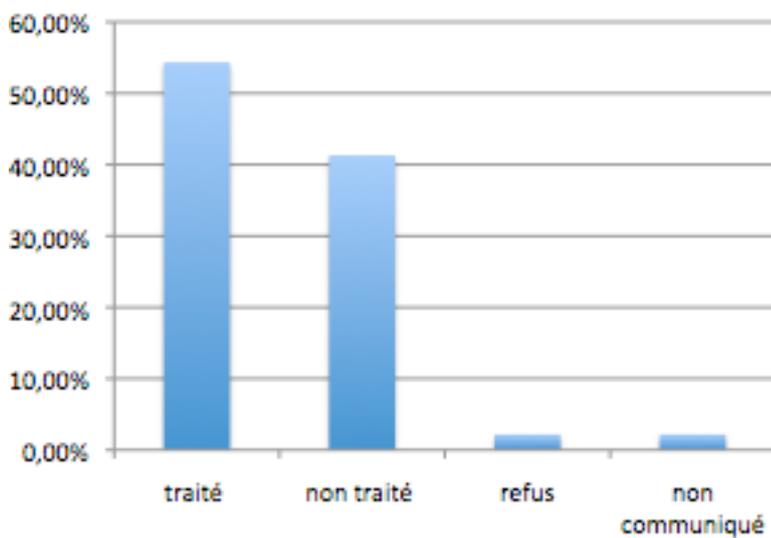


Figure 9. Histogramme illustrant la proportion de patients traités pour la démence

Parmi les patients traités : 52% sont sous anticholinestérasiques seuls, 26% sous mémantine seule et 22% sont sous association de mémantine et anticholinestérasiques.

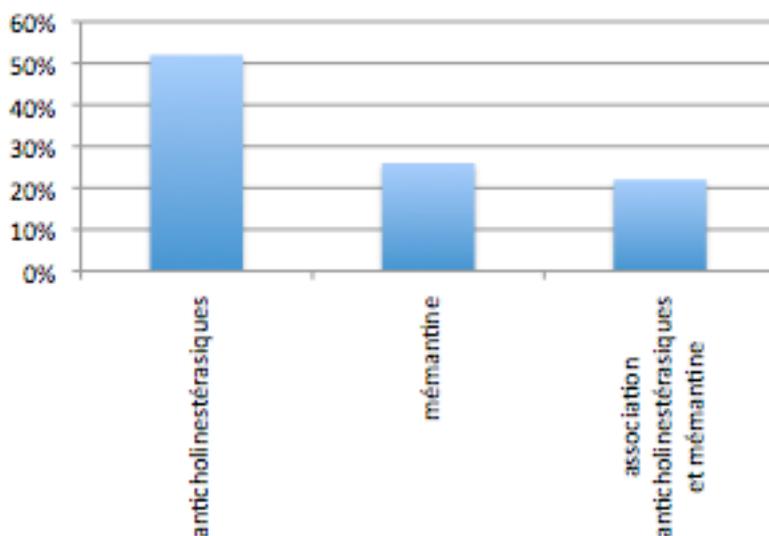


Figure 10. Répartition des patients traités en fonction du type de traitement

En ce qui concerne l'évaluation gériatrique :

64,13% des médecins ont communiqué le MMSE de leur patient, 28,26% ont communiqué l'IADL, 44,56% ont communiqué la classification AGGIR et 52,17% l'IMC.

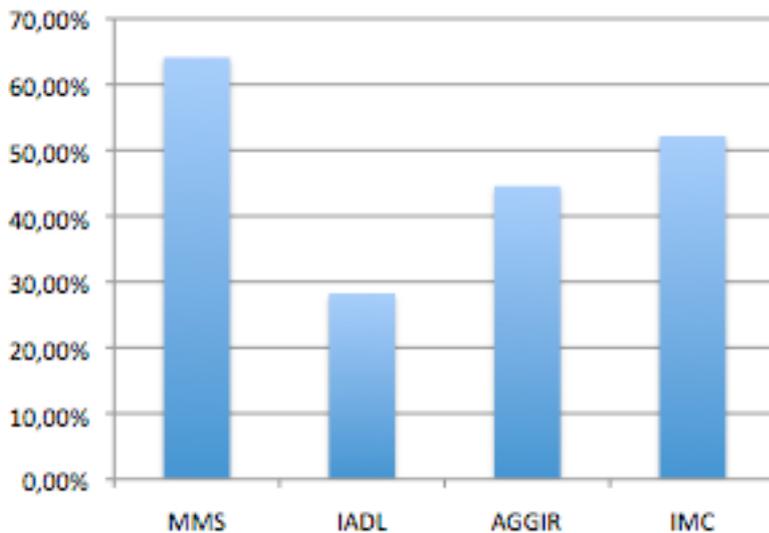


Figure 11. Répartition des données d'évaluation gériatrique des patients.

En ce qui concerne les aides médicales et paramédicales : 15,21% bénéficient de l'hôpital de jour, 4,35% bénéficient de l'hébergement temporaire en EHPAD, 0% bénéficient de l'HAD, 46,74% bénéficient du kinésithérapeute à domicile et 0% de l'ergothérapeute.

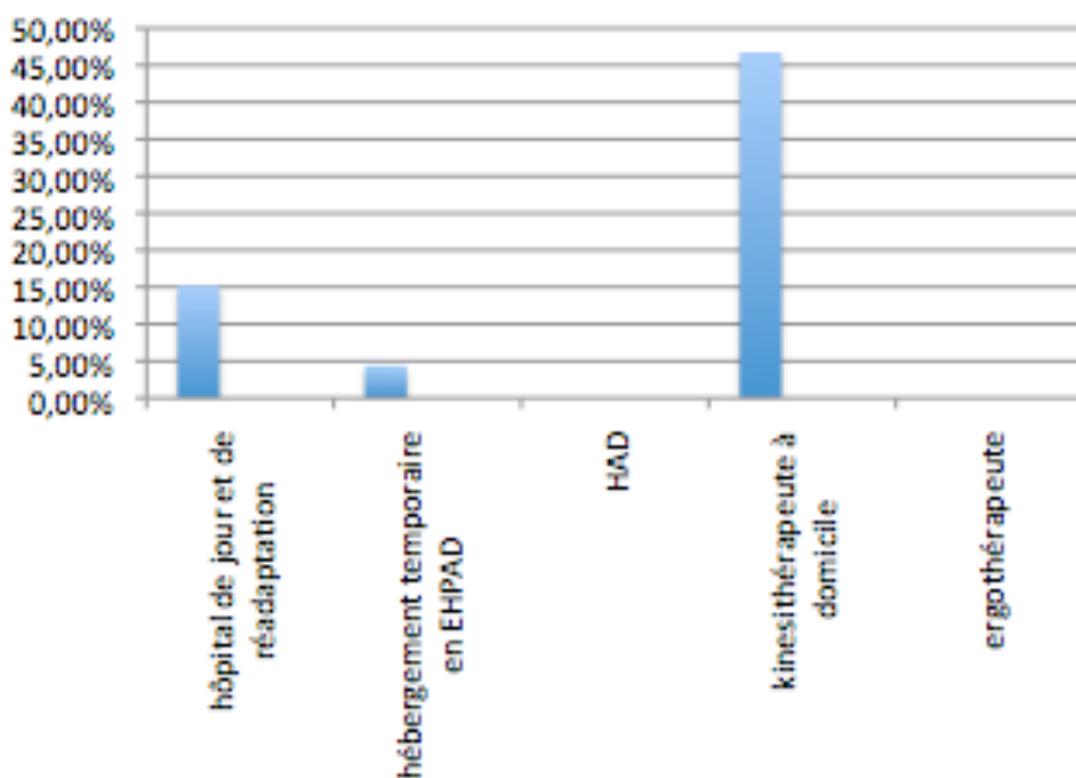


Figure 12. Répartition des aides médicales et paramédicales mises en place au domicile

35,86% des patients ne bénéficient d'aucune aide infirmière à domicile, 44,57% des patients bénéficient d'une aide infirmière pour l'aide à la toilette et l'administration des traitements, 4,34% des patients bénéficient d'une infirmière pour l'aide à la toilette seule, 14,13% des patients bénéficient d'une aide pour l'administration des traitements seuls et pour 1,09% des patients les résultats pour l'intervention des infirmières à domicile n'ont pas été communiqués.

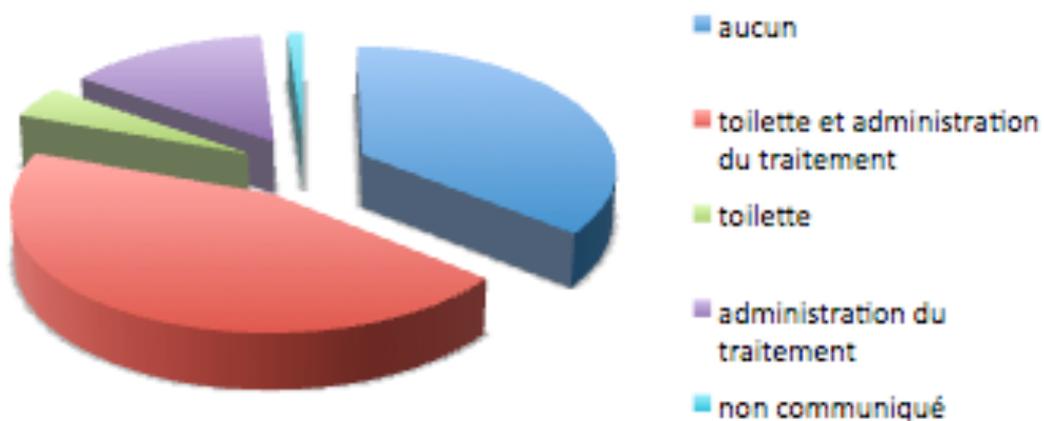


Figure 13. Répartition du type de soins infirmiers réalisés à domicile.

En ce qui concerne les aides non médicales, 5,4% des patients bénéficient de l'aide des centres locaux type CLIC, 11,95% des accueils de jour, 7,61% de garde de jour, 6,52% de garde de nuit, 39,13% de téléalarme et 2,17% d'hébergement temporaire en famille d'accueil.

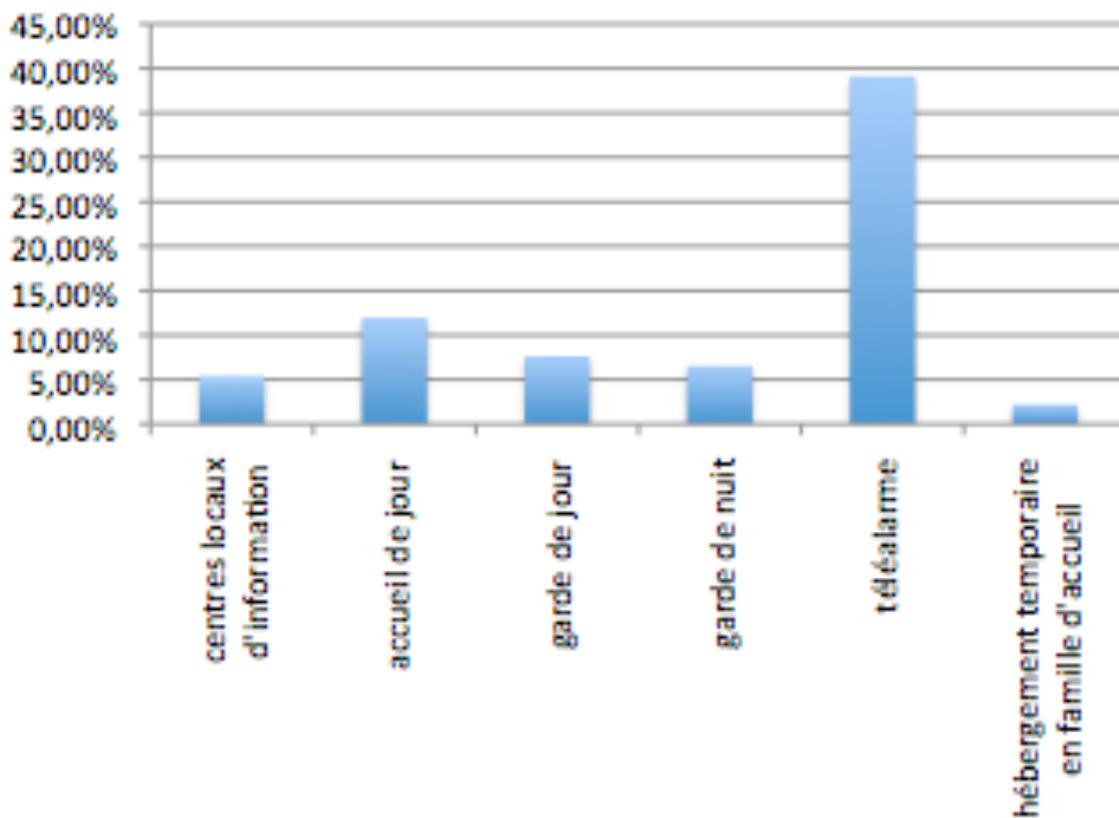


Figure 14. Répartition des services d'aide à domicile mis en place chez les patients.

En ce qui concerne les services d'aide à domicile, 72,83% des patients bénéficient d'une aide ménagère, 16,30% d'une auxiliaire de vie, 29,35% du portage des repas à domicile, 13,04% de la livraison des courses et 16,30% d'aides aux petits travaux.

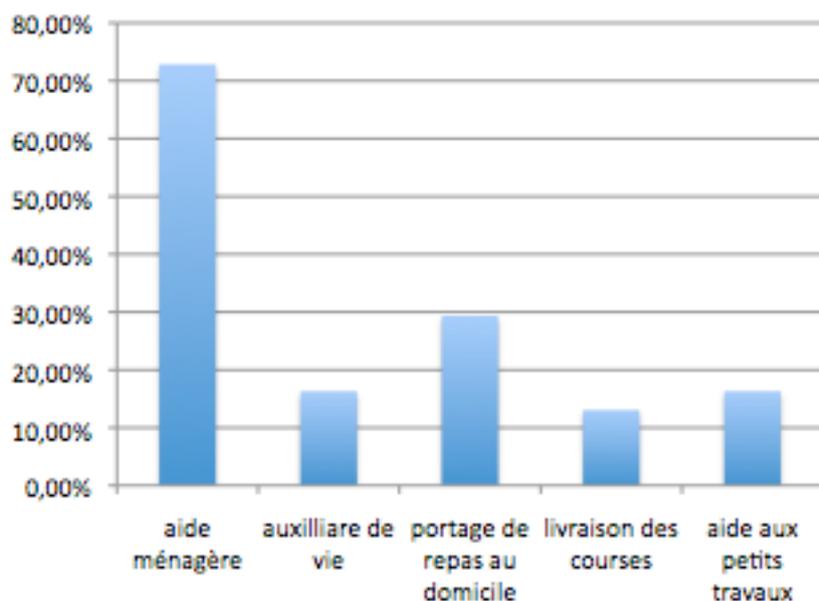


Figure 15. Répartition des services d'aide à domicile mis en place chez les patients.

En ce qui concerne les aides sociales, 70,65% des patients bénéficient de l'APA, 73,91% bénéficient d'une ALD pour la démence et 39,13% bénéficient d'une ALD pour une autre pathologie que la démence.

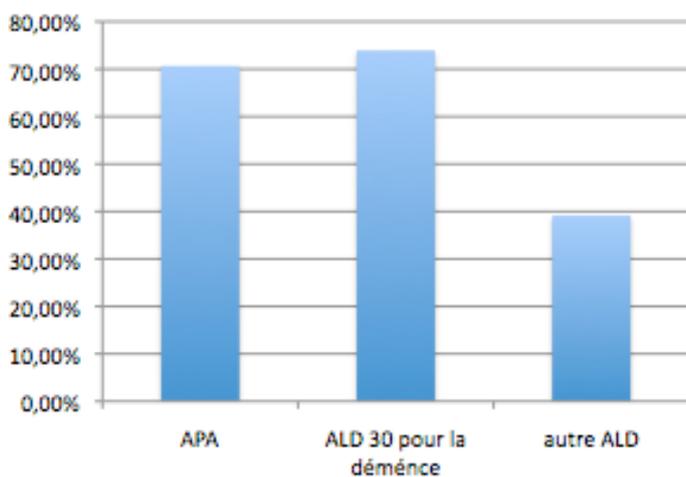


Figure 16. Répartition des aides sociales dont bénéficient les patients.

8,70% de la population étudiée bénéficient d'une structure d'aide aux aidants.

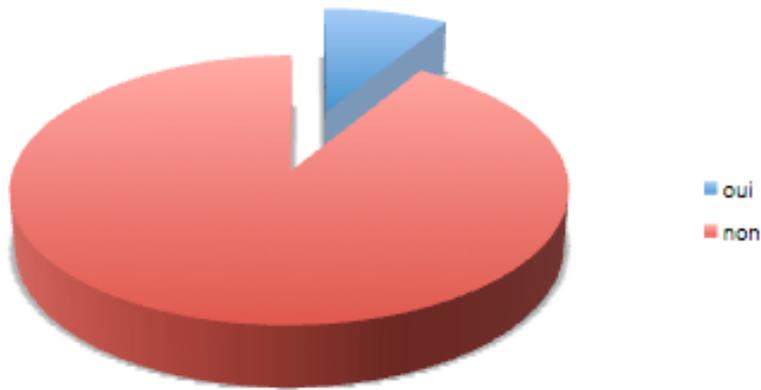


Figure 17. Répartition de la population bénéficiant d'une aide aux aidants.

5,43% des patients bénéficient d'une tutelle, 1,09% d'une curatelle et 0% d'une sauvegarde de justice.

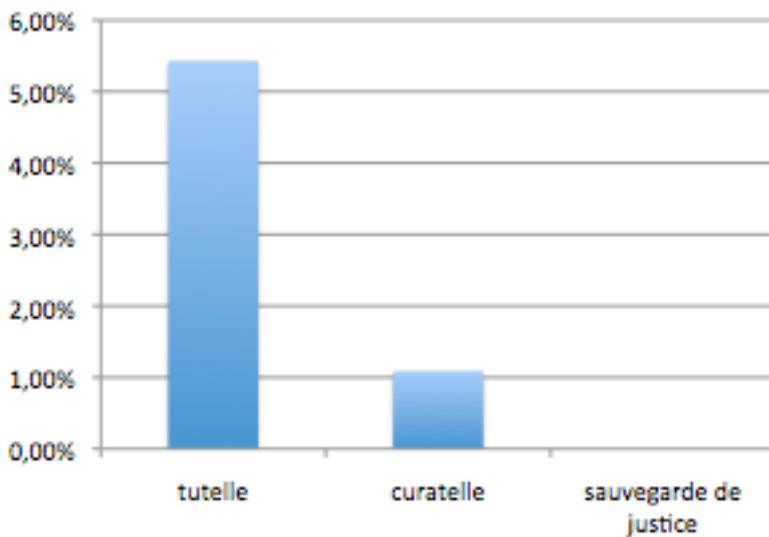


Figure 18. Répartition des différentes mesures de protection judiciaire mises en place dans la population étudiée

2.1.2 De la population médicale

Dans notre étude, on compte 10,34% de médecins agés de 30 à 40 ans, 27,58% de médecins agés de 41 à 50 ans, 51,72% de médecins agés entre 51 et 60 ans et 10,34% de médecins agés entre 61 et 70 ans.



Figure19. répartition de l'âge des médecins.

La population médicale ayant participé à ce travail est représentée par 55,17% d'hommes et 44,82% de femmes.

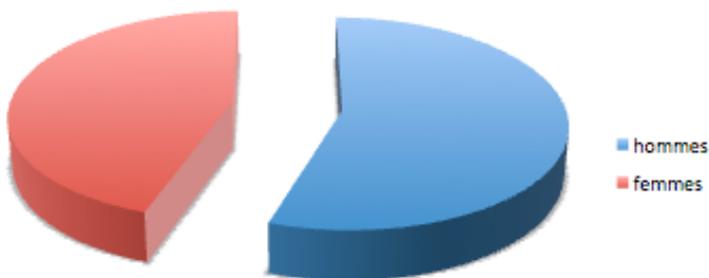


Figure 20. répartition par sexe de la population médicale.

Dans notre population médicale, 10,34% des médecins se sont installés avant 1980, 31,03% entre 1981 et 1985, 10,34% entre 1986 et 1990, 10,34% entre 1991 et 1995, 24,13% entre 1996 et 2000, 3,40% entre 2001 et 2005 et 10,34% entre 2006 et 2011.

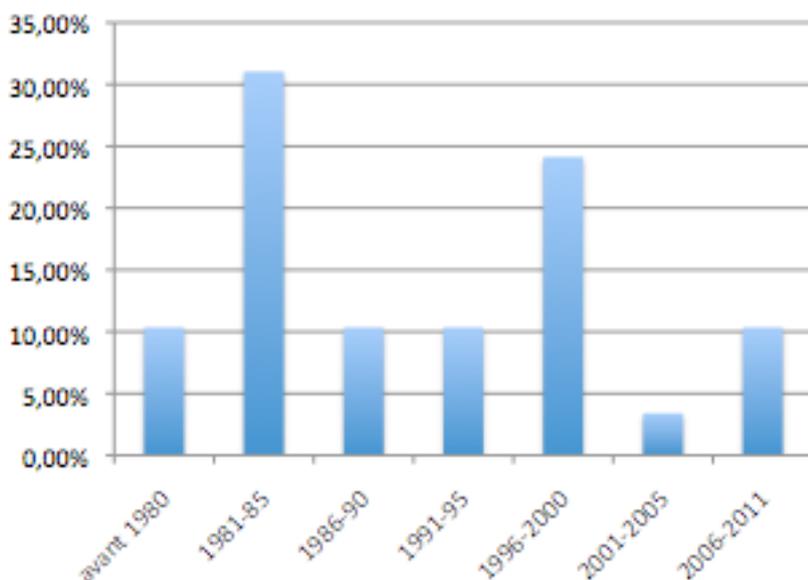


Figure 21. Répartition de la population médicale en fonction de l'année d'installation.

Dans notre échantillon de médecins répondants, 93,10% des médecins ont un exercice libéral et 6,89% un exercice mixte.

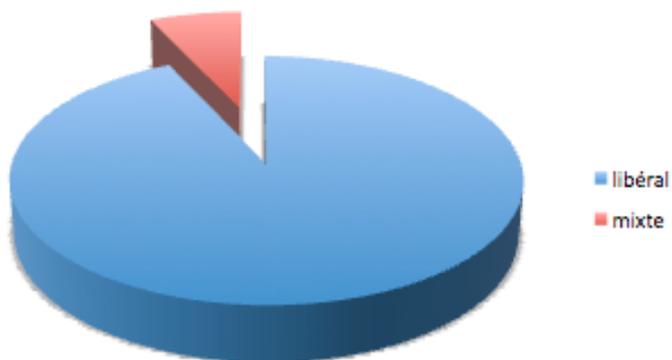


Figure 22. Type d'exercice médical.

37,93% des médecins participants n'interviennent pas en EHPAD, 20,69% interviennent régulièrement en EHPAD, 41,38% interviennent occasionnellement en EHPAD et aucun n'est coordonnateur d'EHPAD.

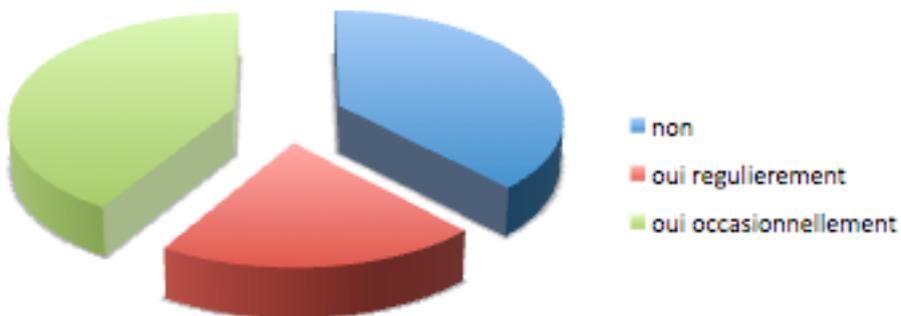


Figure 23. Répartition de la population médicale en fonction de leur intervention en EHPAD.

Parmi les médecins participant à l'étude, 82,75% n'ont aucune formation

complémentaire, 13,79% ont une capacité de gériatrie, 3,40% ont un DIU de gériatrie et 3,40% ont une autre formation.

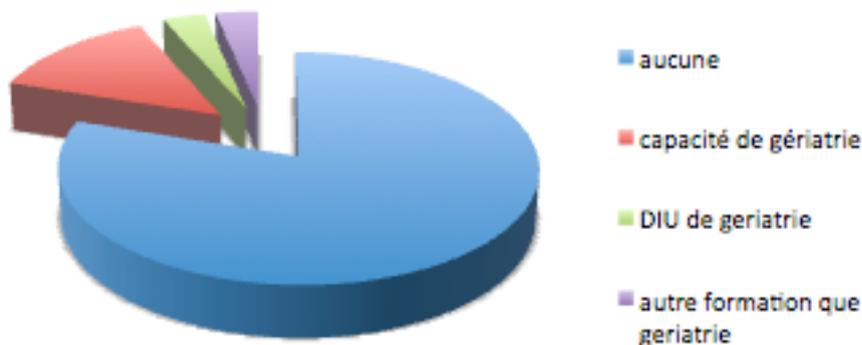


Figure 24. répartition de la population médicale en fonction de l'acquisition ou non d'une formation complémentaire.

2.2 Analyse statistique

2.2.1 Représentativité de l'échantillon médecin

| | Echantillon Étude | | Population Haute Vienne | | p-value |
|----------------------|-------------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage | |
| AGE (n = 28) | | | | | p = 0.3934 |
| moins de 45ans | 5 | 18% | 150 | 21% | |
| 45-54 ans | 8 | 29% | 175 | 38% | |
| plus de 54 ans | 15 | 53% | 293 | 41% | |
| SEXE (n = 29) | | | | | p = 0.1118 |
| Homme | 16 | 55% | 492 | 69% | |
| Femme | 13 | 45% | 226 | 31% | |

Tableau 1. Représentativité de l'échantillon médecin en fonction de l'âge et du sexe

L'âge a été catégorisé en 3 classes :

- moins de 45 ans
- entre 45 et 54 ans
- plus de 54 ans.

Les proportions théoriques de la répartition des médecins généralistes de Haute Vienne sont celles de l'atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins pour le département de la Haute Vienne en 2009.

Les proportions obtenues sur l'échantillon de l'étude ne sont pas significativement différentes de celles obtenues avec l'Ordre des Médecins de Haute Vienne.

L'échantillon de médecins inclus dans l'étude est bien représentatif de la population générale des médecins généralistes de Haute-Vienne selon l'âge et le sexe.

2.2.2 Représentativité de l'échantillon patient

Avec cette analyse, nous voulons savoir si l'échantillon des patients inclus dans l'étude est représentatif de la population de Haute-Vienne selon l'âge et le sexe.

En ce qui concerne l'âge des patients, les données INSEE n'incluent que les patients qui ont plus de 75 ans, or notre étude inclut des patients qui ont moins de 75 ans. Ainsi, la comparaison de l'âge ne se fera pas sur les 92 patients de notre étude mais sur 79 patients. La comparaison du sexe se fera sur les 92 patients.

Le tableau suivant représente les effectifs de l'échantillon et les effectifs théoriques selon les classes d'âge des patients, selon le sexe ainsi que la p-value associée au test du Chi² de conformité.

| Sexe | INSEE (population de la Haute- Vienne) | Echantillon de l'étude | p-value |
|---------|---|---------------------------|---------|
| Homme | 15847 (37.2%) | 34 (37.0%) | 0,3696 |
| Femme | 26715 (62.8%) | 58 (63.0%) | |
| 75-89 | 38273 (89.9%) | 62 (78.5%) | 0,0006 |
| 90 et + | 4289 (10.1%) | 17 (21.5%) | |

Tableau 2. Comparaison de l'échantillon d'étude à la population de la Haute-Vienne.

Les effectifs obtenus ne sont donc pas représentatifs de la population de la Haute-Vienne de 2007 pour l'âge mais sont représentatifs pour le sexe. On peut expliquer le manque de représentativité de la population pour l'âge par le fait que notre étude porte sur un échantillon de patients déments alors que les données de l'INSEE regroupent l'ensemble d'une population (les sujets sains et les sujets malades). Nous n'avons pas de données en ce qui concerne la proportion de sujets déments en Haute-Vienne.

Etant donné le manque de représentativité entre notre échantillon et la population de la Haute-Vienne. Nous avons décidé de comparer notre population d'étude à une population de patients déments : celle de la révision de la cohorte PAQUID en 1999 (17).

De la même façon que précédemment, nous avons pu faire cette comparaison pour l'âge, seulement pour les patients âgés de plus de 75 ans. La comparaison du sexe et des types de démences se fera sur les 92 patients. Cette dernière variable a été catégorisée selon les modalités suivantes : « Maladie d'Alzheimer », « Démences Vasculaires » et « Autres démences ».

| | Echantillon Etude | | Population de la Cohorte PAQUID | | p-value |
|--------------------------|-------------------|-------------|---------------------------------|-------------|-----------------|
| | Effectif | Pourcentage | Effectif | Pourcentage | |
| AGE (n =79) | | | | | p = 0.008687 |
| 75-79 | 18 | 23% | 40 | 15% | |
| 80-84 | 25 | 32% | 55 | 21% | |
| 85-89 | 19 | 24% | 88 | 34% | |
| plus de 89 | 17 | 21% | 77 | 30% | |
| SEXE (n = 92) | | | | | p = 0.04595 |
| Homme | 34 | 37% | 71 | 27% | |
| Femme | 58 | 63% | 189 | 73% | |
| TYPE DE DEMENCE (n = 92) | | | | | p < 0.0001 |
| Maladie d'Alzheimer | 38 | 41% | 207 | 79% | |
| Démence vasculaire | 13 | 14% | 25 | 10% | |
| Autres démences | 41 | 45% | 28 | 11% | |

Tableau 3. Comparaison de notre échantillon de population à celui de la cohorte PAQUID

Les effectifs obtenus ne sont pas représentatifs de la population obtenue pour l'étude PAQUID. Ce manque de représentativité peut être expliqué par plusieurs points :

- la cohorte se déroule dans la région du Grand Sud Ouest où la démographie est différente de celle de la Haute-Vienne,
- les critères d'inclusion de l'étude étaient différents des nôtres (tous les

patients sélectionnés étaient des patients déments authentifiés avec un diagnostic spécialisé)

- le recueil des données de PAQUID date de 1999 soit douze ans avant notre étude.

Etant donné que nous ne possédons pas de données sur la population démente en Haute-Vienne, nous ne pouvons pas avoir de chiffre de référence pour estimer de façon précise la représentativité de notre échantillon patient. Par manque de référence, nous n'avons pas pu étudier la représentativité de la population d'étude en fonction du mode de vie, du lieu de vie et du cadre de vie.

2.2.3 Comparaison des données patients

L'objectif de cette analyse est de voir si les caractéristiques socio-démographiques du patient influent sur les différentes aides qu'il utilise.

Les résultats exposés ne seront que les résultats significatifs, l'ensemble des résultats est visible sous forme de tableau à l'annexe 10.

Pour se faire, l'âge a été catégorisé en 4 modalités (annexe 10) («moins de 80», «80-84», «85-89» et «plus de 89»), le lieu de vie a été catégorisé en deux modalités («moins de 20 000 habitants» et «plus de 20 000 habitants»). Le mode de vie a également été catégorisé en 2 modalités («seul» et «pas seul»)

73% des patients ont eu une aide ménagère. La majorité des personnes qui en ont bénéficié vivaient dans une commune de moins de 20 000 habitants (59%). Parmi les patients qui n'en ont pas bénéficié, 71% vivaient dans une ville de plus de 20 000 habitants. Ainsi, les patients qui bénéficient le plus d'une aide ménagère sont ceux qui vivent dans une petite ville à l'inverse des personnes qui vivent dans des villes plus grandes. Seulement 12% des patients ont pu profiter de cette aide et tous provenaient de petites villes. Dans l'étude, 3 personnes n'ont pas donné leur mode de vie. Le test c'est donc fait sur 48 patients au lieu de 51. Ainsi, on observe que 73% de ces 48 patients ont bénéficié d'une aide ménagère. 51% des patients qui en ont bénéficié sont seuls tandis que 49% sont accompagnés, ce qui est

pratiquement équivalent. Cependant, parmi les patients qui n'en ont pas bénéficié, 85% sont accompagnés et seulement 15% sont seuls.

59% des patients n'ont pas bénéficié d'un kinésithérapeute à domicile. Parmi eux, la majorité avait entre 80 et 89 (70%). Parmi les 41% qui en ont bénéficié, la majorité concerne à égalité les moins âgés et les plus âgés (38%). Parmi les patients qui en ont bénéficié, 71% étaient des femmes.

86% des patients n'ont pas séjourné dans un hôpital de jour et de réadaptation. La plupart avaient entre 80 et 89 ans (59%). Ceux qui en ont bénéficié sont les moins âgés (86%) et les plus âgés (14%).

On observe que la majorité des patients n'ont pas eu d'auxiliaire de vie (87%). Les plus âgés (57%) en ont bénéficié.

92% des patients n'ont pas eu un accueil de jour. On observe une tendance pour les patients qui n'ont pas eu cet accueil, plus le patient est jeune moins il en bénéficie (30% pour les moins de 80 ans, 28% pour les 80-84 et 85-89 et 15% pour les plus de 90 ans). Parmi les 8% qui ont eu un accueil de jour 25% ont plus de 80 ans et 75% ont 90 ans ou plus.

2.2.4 Comparaison entre les caractéristiques des médecins et les aides aux patients

Comme précédemment avec les caractéristiques des médecins, l'âge a été catégorisé en 3 classes (annexe 11) («moins de 45 ans», «45-54» et «plus de 54 ans»), le sexe, le lieu d'exercice catégorisé en 2 classes («moins de 20 000 habitants», «plus de 20 000 habitants»), la durée d'exercice en 2 classes («avant 1990», «après 1990»). Les différentes aides que les patients déments peuvent recevoir ont été classées en médicales, non médicales ou sociales.

Les résultats de cette comparaison ne sont pas significatifs. Notre étude ne nous permet pas de mettre en évidence une quelconque incidence de l'âge, du sexe, du lieu d'exercice ni de la durée d'exercice du médecin sur les mesures d'aides mises en place chez les patients déments.

DISCUSSION

Les résultats de notre étude montrent que les structures d'aide pour les personnes démentes et/ou dépendantes majoritairement mises en place sont:

- les soins infirmiers à domicile,
- le kinésithérapeute à domicile,
- l'aide ménagère,
- la téléalarme,
- l'APA,
- la prise en charge en ALD de la démence.

Ce constat montre que les réseaux de soins entre professionnels de santé fonctionnent globalement bien et que les mesures économiques des premier et deuxième plan Alzheimer(16) (la création de l'APA et la prise en charge de la démence dans la liste des affections de longue durée) sont entrées dans la pratique courante des médecins généralistes.

Je n'ai pas trouvé d'autres études en France qui font un état des lieux des aides mises en place par les médecins généralistes chez leurs patients déments et/ou dépendants à domicile.

Devant cette première constatation, nous pouvons reconnaître qu'il existe très probablement une volonté du médecin traitant de :

- protéger son patient sur le plan de l'hygiène et de la thérapeutique
- maintenir une autonomie de base par l'entretien de la force musculaire grâce à la kinésithérapie,
- gérer la solitude face à l'urgence avec la téléalarme et l'aide ménagère,
- protéger son patient sur le plan économique.

Cependant nous constatons, dans les limites de cette étude, qu'un grand

nombre d'aides validées ne sont pas mises en place par les médecins, sans que l'âge du médecin , son ancienneté ni son mode d'exercice, n'influencent la mise en place de ces aides.

1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude observationnelle présente certaines limites qui sont en prendre en compte dans l'interprétation des résultats, il existe un manque de puissance probable, une période d'étude limitée dans le temps et dans un seul département de France. Le questionnaire patient était peut être un peu trop exhaustif pour certains médecins qui ont choisi de ne pas répondre. Cependant l'appréciation du caractère de dépendance des patients étudiés en fonction de leurs antécédents médicaux et de leurs stades de démence est nécessaire pour apprécier la qualité des aides mises en place.

2. MISE EN PLACE DE L'HÔPITAL DE JOUR ET DE RÉADAPTATION

La mise en place de l'hôpital de jour et de réadaptation par stimulation cognitive a pour rôle d'essayer d'utiliser la plasticité cérébrale, capacité que possède le cerveau à réorganiser ses réseaux de neurones en fonction des stimuli extérieurs et des expériences vécues. Ce phénomène est à la base des mécanismes de mémoire et d'apprentissage mais sert aussi à compenser les effets des lésions cérébrales en aménageant de nouveaux réseaux. Des recherches épidémiologiques ont montré que l'intensité de l'activité cognitive a un effet protecteur sur la maladie d'Alzheimer (18). Il faut noter que le patient ne recouvrera pas ses fonctions cognitives perdues mais des études anglaises montreraient une efficacité de la stimulation cognitive avec une amélioration modérée du MMSE sur le long terme. Pour que cette stimulation soit réellement efficace , il faut que celle-ci soit réalisée dans un milieu non hostile avec des groupes dont le degré de démence est voisin (20),(21). En 2009 dans

le guide du médecin de la Haute Autorité de Santé (22) la stimulation cognitive est classée dans les aides non pharmacologiques dans le cadre des interventions portant sur la cognition. Elle est considérée comme un traitement à envisager et comme un élément important de la prise en charge, même si la preuve de leur efficacité n'a pas été réellement démontrée du fait des difficultés méthodologiques. Dans notre étude, seulement 14% des patients ont bénéficié d'un séjour en hôpital de jour et de réadaptation mais les patients qui en ont le plus bénéficié sont les plus âgés et les moins âgés. C'est probablement dans ces populations que le déclin cognitif a le plus interpellé l'échantillon de médecin.

3. L'ERGOTHÉRAPIE

Aucun des patients inclus ne bénéficie de séances d'ergothérapie. L'ergothérapie des patients atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée, s'intègre dans la mesure numéro 6 du plan Alzheimer 2008-2012. Cette mesure prévoit que l'accès à ces professionnels et à leurs prestations soit possible dans le cadre de services polyvalents d'aides et de soins à domicile sur prescription médicale et en coordination étroite avec les autres professionnels de santé intervenant au domicile (23). L'objectif des actes d'ergothérapie est de favoriser le maintien des activités de la vie quotidienne en stimulant les capacités cognitives restantes.

Une étude randomisée contrôlée en simple aveugle a mesuré l'efficacité d'une prise en charge ergothérapique de sujets déments et de leur entourage (24). 135 personnes âgées ont été suivies, elles présentaient une démence légère à modérée et étaient assistées par un soignant au moins une fois par semaine. 10 séances d'ergothérapie ont été réalisées à domicile pendant 5 semaines, incluant un bilan et des modifications de l'environnement. Les résultats montrent une amélioration des fonctions journalières des sujets traités et une diminution des besoins d'assistance. Les séances étant axées sur le patient et le soignant, les bénéfices de la prise en charge ont été maintenus lors d'une évaluation 6 semaines après l'arrêt de la prise en charge. Une étude

Australienne auprès de 530 personnes âgées a démontré que les conseils en aménagement de l'environnement réalisés par un ergothérapeute pouvaient prévenir le risque de chutes de sujets à risque (25). Cette étude rejoint une étude faite chez les personnes victime d'un AVC qui ont bénéficié de séances d'ergothérapie et qui a montré que celles-ci sont plus indépendantes dans leur capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, se laver) (26).

Les études sur les bénéfices de l'ergothérapie chez les patients déments sont récentes mais cette méthode constitue un espoir venant à se développer. Il est donc compréhensible que les médecins de la Haute-Vienne n'aient pas encore mis en place cette pratique qui est en cours de développement et d'étude, et dont les structures ne sont pas encore à la disposition de chacun.

4. LES AIDES NON MÉDICALES

Lorsqu'on s'intéresse aux aides non médicales mises en place chez les patients déments au domicile, on se rend compte comme dit précédemment que deux aides sont mises en place : l'aide ménagère et la téléalarme. Les autres aides sont pratiquement inexistantes. Il est à noter que ce n'est pas au médecin traitant d'instaurer lui même ces aides. Son rôle de conseiller en tant que médecin de famille n'est pas négligeable dans cette organisation. La mise en place de ces aides nécessite la considération d'une nouvelle entité : le malade et son ou ses aidants (5).

Les acteurs sociaux ont un rôle souvent primordial dans la mise en place des aides au domicile des patients déments. L'assistante sociale a un rôle d'écoute et de soutien. Elle aide les familles à prendre conscience de leurs limites et de leurs ressources. Elle facilite les formalités pour l'obtention d'aides et de prestations. Elle peut permettre la mise en route des aides ou remettre en marche le plan d'aide en informant les prestataires. Elle agit en soutien stratégique, mais ne saurait se substituer à la famille. Le conseiller en économie sociale et familiale aide les individus et les familles à résoudre les problèmes de leur vie quotidienne. Il contribue ainsi à la prévention de l'exclusion sociale sous toutes ses formes.

La mise en place des aides non médicales au domicile des patients déments nécessite alors l'intervention de plusieurs acteurs : le médecin qui est un conseiller et les acteurs sociaux.

Pour permettre une coordination des différents acteurs et structures, le gouvernement a décidé de créer les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) (mesure 4 du dernier plan Alzheimer(27)). Ces structures de proximité ont pour vocation d'être le "guichet unique" pour le patient dément et sa famille. Elles permettent de construire un parcours de prise en charge personnalisée pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, correspondant à la situation de chaque famille. Il est vrai que plusieurs dispositifs ont été mis en oeuvre au cours des vingt dernières années en France pour tenter de répondre au manque de coordination et notamment les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) (qui viennent de disparaître) et les réseaux gérontologiques. Ils ont permis des avancées notables mais leurs domaines d'intervention restent encore trop cloisonnés, principalement sociaux pour les premiers, principalement sanitaires pour les seconds. L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés. Ces structures permettent une prise en charge coordonnée, avec des médecins et des travailleurs sociaux. Elles sont un lieu où divers professionnels assument une permanence, permettant ainsi la prise en charge multidisciplinaire avec un lieu repère unique ouvrant sur le réseau de coordination. Les aidants sont soutenus et accompagnés dans ce cadre, avec au moins un rendez-vous annuel faisant le point sur leurs besoins et leur état de santé. A la fin de l'année 2011, 155 MAIA ont été créées, l'objectif du gouvernement est une extension à l'ensemble du territoire d'ici 2014.

5. LES AUTRES STRUCTURES

Les structures telles que les accueils de jour, les centres locaux d'information et les associations de famille ont été (16),(22),(5)créées pour lutter contre l'isolement des aidants. Ces structures se développent dans un

grand nombre de pays industrialisés. Elles constituent les structures d'aide aux aidants qui ne sont présentes que chez 8% des patients de notre étude.

5.1 L'accueil de jour

L'accueil de jour est un lieu d'accompagnement médico-social, assuré par du personnel formé, pour les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. L'accueil se fait sur une ou plusieurs journées ou demi-journées par semaine. Il a pour mission, sur la base de projets individualisés, de rompre l'isolement et de restaurer le lien social, de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes en préservant l'autonomie de la personne âgée et en se présentant comme une structure de répit et de soutien psychologique pour les aidants (28),(29),(30).

L'accueil de jour se distingue de l'hôpital de jour. Ce dernier est une structure médicalisée de soins ambulatoires où il existe une évaluation thérapeutique et/ou psychogériatrique sous la direction d'un médecin dans une structure hospitalière ; l'indication de prise en charge est posée par un médecin.

Il a été montré que la prise en charge en accueil de jour est bénéfique pour le patient et pour l'aidant si et seulement s'il existe une continuité de prise en charge avec le domicile. Il faut que le transport soit organisé et que l'aidant ne soit pas mis de côté dans les activités qui sont proposées à la personne malade. L'environnement d'accueil doit être, comme celui de l'hôpital de jour, organisé et rappeler l'environnement du domicile pour éviter la désorientation du sujet malade ce qui est source de stress et de décompensation psychique.

5.2 L'hébergement temporaire en EHPAD

L'hébergement temporaire en EHPAD est une structure de répits non négligeable pour l'aidant principal. L'obstacle financier est présent.

6. LE MAINTIEN À DOMICILE

Pour que le maintien à domicile puisse se faire le plus longtemps possible, le médecin a un rôle indispensable, les étapes de l'évolution de la maladie doivent être marquées. La première étape étant celle de l'annonce précoce de la maladie au patient et aux aidants, ce qui permettra au patient et à ces proches d'entreprendre plus tôt la longue prise en charge (31). L'annonce de ce diagnostic n'est pas chose facile car la démence est considérée comme appartenant à un groupe de maladies incurables, caractérisée par une déchéance de toutes les sphères de la vie mais cette annonce permettra d'établir un plan de soin adapté et d'accompagner le patient et son entourage.

L'INPES a réalisée en France du 20 mars au 9 octobre 2009 une enquête pilote sur «Le regard porté sur la maladie d'Alzheimer par les personnes malades et leurs aidants familiaux»(32). Les résultats montrent, dans les limites de l'étude, qu'à des stades débutants ou modérés de la maladie, les personnes malades interrogées font état d'une qualité de vie plutôt bonne et d'une satisfaction globale à l'égard de l'accompagnement qui leur est proposé. Cependant, dans l'étude, quatre personnes sur dix (cette proportion est identique chez les personnes malades et les aidants proches) déclarent qu'un médecin leur a dit qu'elles avaient (ou leur proche) une maladie d'Alzheimer; les troubles de la mémoire semblent un terme communément partagé lors de la consultation. De façon générale, c'est un tiers de l'échantillon qui déclarent ne pas souffrir d'une maladie chronique, ne pas avoir entendu un médecin parler de la maladie d'Alzheimer, de troubles cognitifs ou de pertes de mémoire.

7. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le médecin a un rôle de suivi de son patient en ce qui concerne son état nutritionnel, sa perte d'autonomie et l'évolution de sa démence.

Le dépistage de la dénutrition (33) est recommandé chez toutes les personnes âgées et doit être réalisé au minimum une fois par an en ville. La perte de poids de la personne âgée doit alarmer le médecin sur la possibilité

d'une démence débutante par perte de l'autonomie alimentaire. Chez la personne âgée dépendante, l'état nutritionnel est important surtout dans la prévention des escarres. Associé à l'aidant, aux aides ménagères et/ou auxiliaires, le portage des repas à domicile est une aide qui peut permettre d'améliorer la prise en charge nutritionnelle.

L'évaluation cognitive globale de manière standardisée par l'échelle du MMSE est recommandée pour suivre l'évolution de la démence, associée à l'évaluation fonctionnelle par l'échelle IADL (par exemple). Cela permet une appréciation de l'évolution de la démence et de la dépendance du patient. Le GIR permettant le calcul de l'APA peut aussi être un bon indicateur.

Il faut remarquer que dans notre étude le stade de démence et le caractère de dépendance est peu exploré par les médecins généralistes 35% n'ont pas communiqué le MMSE, 71,7% n'ont pas communiqué l'IADL, 55,43% l'AGGIR et 47,82% l'IMC. Ces paramètres sont des facteurs simples qui permettent d'évaluer un degré de dépendance du patient dément.

La progression des troubles cognitifs chez un sujet dément amène progressivement à la dépendance. L'étude Pixel (34), étude multicentrique prospective réalisée en France entre septembre 2001 et juillet 2002 dont le but était de rechercher les causes de placements des personnes âgées démentes et de déterminer les paramètres les influençant, concluait que la demande des aidants de malades déments vivant à domicile portait sur les aides à la prise en charge de la dépendance et à sa prévention. L'aidant manquait cruellement de répit en particulier lorsqu'il est jeune, ce qui conduisait à une institutionnalisation rapide. Cette étude avait été établie lors du premier plan Alzheimer(16). Depuis les pouvoirs publics essaient d'avancer pour améliorer le quotidien des patients déments dépendants et de développer des structures de répits. Mais, l'évaluation du degré de dépendance de la personne démente est une des clés principales pour apprécier au mieux les besoins d'aides de la personne âgée malade mais aussi de l'aidant principal.

8. LES OBSTACLES

Deux obstacles majeurs existent pour la mise en place des aides et des

structures de répit existantes.

L'obstacle financier est réel devant la situation économique actuelle, le coût de l'aide au domicile pour la personne dépendante est non négligeable. Si nous prenons l'exemple de l'emploi d'une auxiliaire de vie au domicile de la personne âgée démente par une association cela revient à environ 20 euros de l'heure toutes charges comprises avec une majoration pour la garde de nuit; lorsqu'on emploie une personne à domicile il faut compter 7,81 euros de l'heure (option salaire réel) ou 7,80 euros de l'heure (option base forfaitaire) somme à laquelle s'ajoutent les charges sociales(35). En ce qui concerne les structures de répits telles que les accueils de jour ou les hébergements temporaires, le coût dans une EHPAD de Limoges est en 2012 de:

- 17 euros par jour pour l'accueil de jour, en sachant qu'une majorité des personnes qui bénéficient de l'accueil de jour en bénéficie 2 à 3 fois par semaine.

- 60,87 euros par jour en base forfaitaire pour l'hébergement temporaire, somme à laquelle s'ajoute une majoration en fonction du GIR de la personne (+ 17,09 euros pour un GIR 1-2, + 10,85 euros pour un GIR 3-4, + 4,60 euros pour un GIR 5-6)

Bien évidemment, une partie de ces charges sont prises en compte par l'APA en fonction du degré de dépendance de la personne âgée ainsi que des revenus mensuels de celle-ci. Cependant, la charge restant pour la famille est non négligeable. Alors que dans des pays, comme le Royaume Uni ou le Danemark, l'état prend en charge financièrement intégralement ce genre de structure (5).

Le problème de place dans les établissements existants, le manque de structures supplémentaires avec des listes d'attentes surchargées entraînent une perte de chance pour les personnes qui en ont besoin et qui ne peuvent pas y accéder.

Ces obstacles influent très probablement dans la décision du médecin de ne pas orienter les patients vers ce genre de structures.

Ces obstacles économiques et organisationnels rejoignent les résultats de notre étude. Les aides majoritairement mises en place sont les aides prises en charge financièrement par l'assurance maladie ou la collectivité (les soins infirmiers et de kinésithérapie rentrent dans le cadre de l'ALD et l'aide ménagère et la téléalarme sont prises en charge en grande partie par l'APA).

Le facteur démographique est à prendre en compte. On parle actuellement de la solitude des grandes agglomérations, cette constatation se fait dans notre étude, les personnes âgées bénéficient plus souvent de l'aide ménagère dans une petite ville que dans les grandes villes où le caractère de proximité et d'entre aide est présent.

Il faut constater que dans notre enquête, 40% des patients vivent seuls et 60% sont accompagnés pourtant lorsqu'on regarde la proportion des aides ménagères, 51% sont seuls et 49% sont accompagnés. Ces résultats sont à prendre avec précaution. En effet, nous sommes dans les limites de notre étude. Cette comparaison n'a pu être effectuée que chez 48 patients, de plus le caractère de dépendance n'a pu être mis en évidence comme vu précédemment. En effet, un patient présentant une démence légère et débutante (MMSE à 27/30) au domicile seul peut se passer d'aide ménagère alors qu'un patient accompagné présentant une démence sévère nécessite une aide ménagère.

Dans une étude prospective multicentrique réalisée sur 700 patients du Réseau Alzheimer Français, ayant bénéficié d'une évaluation gérontologique standardisée (36), les sujets vivants seuls, au domicile, atteints de maladie d'Alzheimer, sont le plus souvent des femmes qui ont peu d'incapacités physiques, quel que soit leur niveau d'altération cognitive. Il n'existerait pas de corrélation entre le fait de vivre seul et le degré de détérioration cognitive, ce qui signifie que le critère d'institutionnalisation serait plus la dégradation physique (soit la dépendance physique) que l'altération cognitive, concernant les incapacités physiques les résultats de cette étude étaient concordants avec une autre étude de 1999 (37). Dans cette étude, les sujets vivants seuls au domicile ont plus d'aides (aides ménagère, kinésithérapeutes, infirmières, médecins) ce qui fait évoquer la substitution des aides familiales par les professionnels. Cela est en faveur du fait que, dans notre étude, le degré de

dépendance physique des patients vivants seuls doit être moins important que celui des patients vivants accompagnés. En effet, parmi les patients n'ayant pas bénéficié d'une aide ménagère, 15% étaient seuls et 85% étaient accompagnés. Notre étude n'a pas pu apporter d'éléments de corrélation entre le mode de vie et le nombre d'aides mis en place.

9. LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

Dans cette discussion, nous n'évoquerons pas les traitements pharmacologiques des démences type anticholinestérasiques et mémantine dont l'utilisation est actuellement controversée.

10. LE PROJET DES POUVOIRS PUBLICS

Le gouvernement a fait l'annonce du 5^{ème} risque qui serait une solution pour la prise en charge financière de la dépendance et du handicap. Le cinquième risque est un nouveau champ de la protection sociale. C'est une branche qui s'ajouterait à celles qui couvrent la maladie, la famille, les accidents du travail et les retraites. Le cinquième risque est également nommé le "risque dépendance" ou le "risque perte d'autonomie"(38). Ce nouveau champ de protection sociale serait appelé : la compensation personnalisée pour l'autonomie et deviendrait un droit universel quelque soit l'âge de la personne et les causes de sa perte d'autonomie.

Ce droit donnerait accès :

- à une évaluation des besoins d'aide à l'autonomie qui prendrait en compte les spécificités de chaque situation ;
- à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation intégrant les prestations, biens et services, identifiés comme nécessaires.

Cependant, devant la conjoncture économique actuelle de notre pays, le

financement de ce projet reste encore non défini et difficile. La mise place de ce nouveau droit n'est alors pour l'instant qu'un projet ; les modalités de financement sont en cours de discussion (39).



CONCLUSION

Au 1er janvier 2008, l'Insee recensait 1 314 920 personnes âgées de plus de 85 ans. En 2015, elles seront plus de 2 millions. Selon le centre d'analyse statistique, le nombre des personnes présentant de forts handicaps devrait passer de 660 000 en 2005 à 940 000 en 2025. Parallèlement, du fait même du vieillissement de la population, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer (40). Le problème de la dépendance est et sera, un problème de santé publique qui doit être pris en compte. Une solution au problème économique et au problème de manque de structures doit être trouvé pour permettre aux patients et aux familles de s'orienter vers des solutions faciles à mettre en place. Le médecin, dont le rôle de coordinateur de soins est entier chez ce type de patient, se retrouve actuellement démuné.

Cependant, il existe déjà actuellement des centres locaux d'information qui permettent d'orienter au mieux les familles en difficulté. La proportion faible de personnes qui les utilisent dans notre étude n'est-elle pas à relier à un manque de connaissance de ce type de structures par les médecins de famille ?

L'absence d'évaluation gériatrique simple chez la plupart des patients étudiés est un obstacle à la mise en place des aides adaptées aux patients déments dépendants. Quelles sont la ou les raisons à ce phénomène? Est ce un manque d'information, de connaissances, de temps? Les représentations personnelles de la démence du médecin ont-elles une influence?

Avec le vieillissement de la population, une nouvelle approche médicale n'est-elle pas en train de voir le jour ?

Notre étude amène à se poser de nouvelles questions, pour y répondre une étude qualitative chez des médecins généralistes explorant les freins et les

éléments facilitateurs à la mise en place des aides au domicile des patients déments serait intéressante.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 1

Critères diagnostiques de démence du DSM-IV (F02.8, 294.1)
(Critères de démence due à d'autres affections médicales générales)

- A** Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- 1** Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement).
 - 2** Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a) aphasie (perturbation du langage),
 - b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
 - c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
 - d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B** Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C** Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est la conséquence physiologique directe de l'une des affections médicales générales figurant sur la liste ci-dessous.
- D** Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale (delirium) :
- F02.4 (294.9) : due à la maladie liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
 - F02.8 (294.1) : due à un traumatisme crânien
 - F02.3 (294.1) : due à la maladie de Parkinson
 - F02.2 (294.1) : due à la maladie de Huntington
 - F02.0 (290.10) : due à la maladie de Pick
 - F02.1 (290.10) : due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob
 - F02.8 (294.1) : due à d'autres affections médicales générales
 - F03 (294.8) : due à une cause non spécifiée.

D'après DSM-IV, Masson 1996

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complétée d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderais tout à l'heure.

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | ou | Citron | ou | Fauteuil |
| 12. Fleur | | Clé | | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | ou | Citron | ou | Fauteuil |
| 12. Fleur | | Clé | | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

Langage

/ 8

22. Montrez un crayon. Quel est le nom de cet objet ?*
23. Montrez votre montre. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : 28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant : 29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

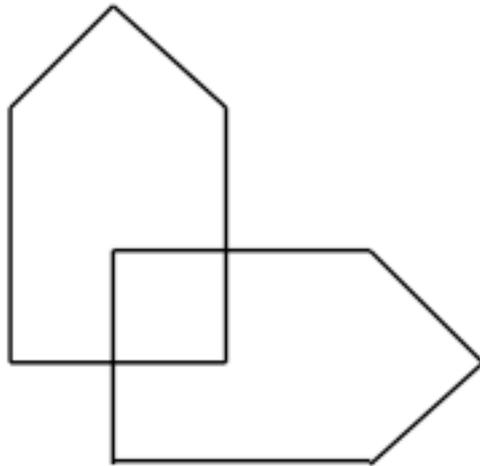
Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



« FERMEZ LES YEUX »



Annexe 4

| Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante (IADL)¹ | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <u>Identification du Patient</u> : | | | |
| | Date : | | |
| Capacité à ... Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution : | | | |
| A – ... Utiliser le téléphone | | | |
| 1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Incapable d'utiliser le téléphone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B – ... Faire les courses | | | |
| 1 – Fait les courses de façon indépendante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Fait seulement les petits achats tout seul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Totalement incapable de faire les courses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C – ... Préparer les repas | | | |
| 1 – Prévoit, prépare et sert les repas de façon indépendante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D – ... Entretien le domicile | | | |
| 1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E – ... Faire la lessive | | | |
| 1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Lave les petites affaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F – ... Utiliser les moyens de transport | | | |
| 1 – Peut voyager seul et de façon indépendante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Ne se déplace pas du tout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G – ... Prendre les médicaments | | | |
| 1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Incapable de les prendre de lui-même | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H – ... Gérer son budget | | | |
| 1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Identification de l'IDE (Paraphe)</u> : | | | |

¹ Instrumental Activities of Daily Living

Limoges, le 3 mars 2011

Madame, Monsieur, Cher confrère,

Je suis actuellement en deuxième année de DES de médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse de doctorat dirigé par le Dr Dumoitier, je souhaiterais faire un état des lieux sur **les structures de maintien à domicile mises en place par les médecins de Haute-Vienne chez leurs patients déments.**

En effet, un grand nombre de patients arrivent aux urgences pour maintien à domicile qui s'avère difficile. Le but de ce travail est de déterminer quelles aides (médicales, paramédicales, sociales) sont mises en place plus ou moins fréquemment, ou plus ou moins facilement et de dégager des axes d'amélioration.

Dans ce but, je vous sollicite pour choisir les **5 premiers patients déments, consultant ou visités pour quelque motif que ce soit, dans la quinzaine du 14 au 26 mars 2011** et pour remplir pour chacun d'eux, un des questionnaires joints. Je vous demanderais également de bien vouloir vous identifier en complétant le coupon joint aux questionnaires.

Je vous serais reconnaissant de me faire parvenir les questionnaires remplis et le coupon d'identification avant le 9 avril 2011 par la poste à l'aide de l'enveloppe retour.

En vous remerciant par avance pour le temps que vous voudrez bien consacrer à ce travail, je vous prie de croire, cher confrère, à l'assurance de ma profonde considération.

Olivier GIRBET.
(Interne de médecine générale)

Annexe 6

N°..... Anonymat (ne pas remplir)

QUESTIONNAIRE MEDECIN

Nom Prénom :

Age : ans

Sexe : M F

Année d'installation :

Commune d'exercice :

- moins de 2000 habitants
- de 2000 à 20 000 habitants
- plus de 20 000 habitants

Votre exercice :

- libéral
- salarié
- mixte

Intervenez-vous en EHPAD : Oui Non

Si Oui :

- régulièrement
- occasionnellement
- êtes vous coordonnateur d'EHPAD

Formation complémentaire :

- capacité de gériatrie
 - DIU de gériatrie
 - Autre(s) compétence(s) : OUI NON
- Si Oui, la(les)quelle(s) :

QUESTIONNAIRE PATIENT

Initiales :[2 premières lettres du nom et première lettre du prénom]

Date de la consultation ou visite :/...../20....

Age : Sexe : M F Mode de vie actuel à domicile : seul avec conjoint avec enfant(s)
Si autre, précisez :Lieu de vie :
 commune de 2000 habitants
 commune de 2000 à 20 000 habitants
 plus de 20000 habitantsCadre de vie : Maison Appartement
Si appartement : quel étage : Ascenseur : Oui Non

Profession :

Antécédents médicaux :

| Cardio-vasculaires | Neuropsychologiques | Endocrino | Autres |
|--------------------|---------------------|-----------|--------|
| | | | |

Tabac : Oui Non Exogénose : Oui Non

Antécédents chirurgicaux :

| Orthopédie | Cardio-vasculaires | Neurochirurgie |
|------------|--------------------|----------------|
| | | |

Type de démence :

Maladie d'Alzheimer Démence mixte Démence vasculaire Démence à corps de Lewy
M.C.I Dépression Non étiqueté Autres démences :Evaluation gériatrique :

| Dernier MMSE (date) | IADL :score conséquence | Classification AGGIR | IMC (indice de masse corporelle) |
|---------------------|-------------------------|----------------------|----------------------------------|
| | /4 | | |

Traitements médicamenteux

Aides médicales et paramédicales :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Hôpital de jour et de réadaptation | | |
| Hébergement temporaire en EHPAD | | |
| HAD (hospitalisation à domicile) : | | |
| Kinésithérapeute à domicile | | |
| Ergothérapeute | | |
| Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) | | |
| Si Oui : | | |
| | Oui | Non |
| Pour l'aide à la toilette | | |
| Pour l'administration des traitements | | |

Aides Non médicales :

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Centres locaux d'information (ex-CLIC) | | |
| Accueil de jour | | |
| Garde de jour | | |
| Garde de nuit | | |
| Téléalarme | | |
| Hébergement temporaire en famille d'accueil | | |

| Service d'aides à domicile : | OUI | NON | si Oui, quelle structure |
|---|-----|-----|--------------------------|
| aide ménagère | | | |
| auxiliaire de vie | | | |
| portage des repas | | | |
| livraison des courses | | | |
| aide aux petits travaux (jardinage, bricolage...) | | | |

 es sociales :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) | | |
| Affection de longue durée (ALD 30) pour la démence | | |
| Affection de longue durée (ALD 30) pour une autre pathologie | | |
| Si Oui, laquelle : | | |

Structure d'aide aux aidants : Oui Non si Oui, laquelle :

Protection judiciaire :

Tutelle : Oui Non Curatelle : Oui Non Sauvegarde de justice : Oui Non

Annexe 8

Le tableau suivant reprend les p-values associées à ces tests (Chi² si les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5 et Fisher sinon).

| Variables à explicatives | Variables explicatives | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| | AgeCat | Sexe | LieuVie | ModeVie |
| HopitalJourRéadaptation | <u>p = 0.0035</u> (Fisher) | p = 0.6868 (Fisher) | p = 0.7030 (Fisher) | p = 0.6830 (Fisher) |
| HebergementTempoEHPAD HAD | p = 0.4439 | p = 0.4949 (Fisher) | p = 0.4902 (Fisher) | p = 0.5035 (Fisher) |
| KineDomicile Ergothérapeute | <u>p = 0.0062</u> (Fisher) | <u>p = 0.0472</u> (Chi ²) | p = 0.8671 (Chi ²) | p = 0.1659 (Chi ²) |
| centreLocauxInformation | p = 0.3160 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.2353 (Fisher) | p = 0.5629 (Fisher) |
| AccueilJour | <u>p = 0.0317</u> (Fisher) | p = 0.6173 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.6309 (Fisher) |
| gardeJour | p = 0.4439 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| gardeNuit | p = 0.7059 (Fisher) | p = 0.4510 (Fisher) | p = 0.4902 (Fisher) | p = 0.4167 (Fisher) |
| téléAlarme | p = 0.0961 (Fisher) | p = 0.3612 (Chi ²) | p = 0.8558 (Chi ²) | p = 0.1306 (Chi ²) |
| hébergementTempoFamille | p = 0.4439 (Fisher) | p = 0.4949 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.1684 (Fisher) |
| AideMénagère | p = 0.2281 (Fisher) | p = 0.0903 (Chi ²) | <u>p = 0.0489</u> (Chi ²) | <u>p = 0.0244</u> (Chi ²) |
| auxiliaireVie | <u>p = 0.0291</u> (Fisher) | p = 0.6868 (Fisher) | p = 0.7030 (Fisher) | p = 0.6830 (Fisher) |
| portageRepas | p = 0.1845 (Fisher) | p = 0.5137 (Fisher) | p = 0.2735 (Chi ²) | p = 0.1622 (Fisher) |
| livraisonCourse | p = 0.7441 (Fisher) | p = 0.2044 (Fisher) | <u>p = 0.0226</u> (Fisher) | p = 0.2185 (Fisher) |
| aidesPetitsTravaux | p = 0.4351 (Fisher) | p = 0.3902 (Fisher) | p = 0.6680 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| APA | p = 0.0104 (Fisher) | p = 0.2677 (Chi ²) | p = 0.9176 (Chi ²) | p = 0.8745 (Chi ²) |
| ALDDemence | p = 0.9719 (Fisher) | p = 0.1676 (Chi ²) | p = 0.0913 (Chi ²) | p = 0.4990 (Chi ²) |
| ALDAutre | p = 0.2015 (Fisher) | p = 0.6033 (Chi ²) | p = 0.6293 (Chi ²) | p = 0.9593 (Chi ²) |

Annexe 9

Les tableaux suivants représentent les répartitions des patients selon les différentes modalités de deux variables :

| | | HopitalJourRéadaptation | | Total |
|-------------|-----------|-------------------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| agecat | | | | |
| Moins de 80 | Frequency | 6 | 9 | 15 |
| | Percent | 11.76 | 17.65 | 29.41 |
| | Row Pct | 40 | 60 | |
| | Col Pct | 85.71 | 20.45 | |
| 80-84 | Frequency | 0 | 13 | 13 |
| | Percent | 0 | 25.49 | 25.49 |
| | Row Pct | 0 | 100 | |
| | Col Pct | 0 | 29.55 | |
| 85-89 | Frequency | 0 | 13 | 13 |
| | Percent | 0 | 25.49 | 25.49 |
| | Row Pct | 0 | 100 | |
| | Col Pct | 0 | 29.55 | |
| 90 et plus | Frequency | 1 | 9 | 10 |
| | Percent | 1.96 | 17.65 | 19.61 |
| | Row Pct | 10 | 90 | |
| | Col Pct | 14.29 | 20.45 | |
| Total | Frequency | 7 | 44 | 51 |
| | Percent | 13.73 | 86.27 | 100 |

Tableau 4. Catégories d'âges versus hôpital de jour et de réadaptation

| | | KineDomicile | | Total |
|-------------|-----------|--------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| agecat | | | | |
| Moins de 80 | Frequency | 8 | 7 | 15 |
| | Percent | 15.69 | 13.73 | 29.41 |
| | Row Pct | 53.33 | 46.67 | |
| | Col Pct | 38.1 | 23.33 | |
| 80-84 | Frequency | 3 | 10 | 13 |
| | Percent | 5.88 | 19.61 | 25.49 |
| | Row Pct | 23.08 | 76.92 | |
| | Col Pct | 14.29 | 33.33 | |
| 85-89 | Frequency | 2 | 11 | 13 |
| | Percent | 3.92 | 21.57 | 25.49 |
| | Row Pct | 15.38 | 84.62 | |
| | Col Pct | 9.52 | 36.67 | |
| 90 et plus | Frequency | 8 | 2 | 10 |
| | Percent | 15.69 | 3.92 | 19.61 |
| | Row Pct | 80 | 20 | |
| | Col Pct | 38.1 | 6.67 | |
| Total | Frequency | 21 | 30 | 51 |
| | Percent | 41.18 | 58.82 | 100 |

Tableau 5. Catégories d'âges versus kinésithérapeute à domicile

| | | accueilJour | | Total |
|-------------|-----------|-------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| agecat | | | | |
| Moins de 80 | Frequency | 1 | 14 | 15 |
| | Percent | 1.96 | 27.45 | 29.41 |
| | Row Pct | 6.67 | 93.33 | |
| | Col Pct | 25 | 29.79 | |
| 80-84 | Frequency | 0 | 13 | 13 |
| | Percent | 0 | 25.49 | 25.49 |
| | Row Pct | 0 | 100 | |
| | Col Pct | 0 | 27.66 | |
| 85-89 | Frequency | 0 | 13 | 13 |
| | Percent | 0 | 25.49 | 25.49 |
| | Row Pct | 0 | 100 | |
| | Col Pct | 0 | 27.66 | |
| 90 et plus | Frequency | 3 | 7 | 10 |
| | Percent | 5.88 | 13.73 | 19.61 |
| | Row Pct | 30 | 70 | |
| | Col Pct | 75 | 14.89 | |
| Total | Frequency | 4 | 47 | 51 |
| | Percent | 7.84 | 92.16 | 100 |

Tableau 6. Catégories d'âges versus accueil de jour

| | | auxillaireVie | | Total |
|-------------|-----------|---------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| agecat | | | | |
| moins de 80 | Frequency | 0 | 15 | 15 |
| | Percent | 0 | 29.41 | 29.41 |
| | Row Pct | 0 | 100 | |
| | Col Pct | 0 | 34.09 | |
| 80-84 | Frequency | 2 | 11 | 13 |
| | Percent | 3.92 | 21.57 | 25.49 |
| | Row Pct | 15.38 | 84.62 | |
| | Col Pct | 28.57 | 25 | |
| 85-89 | Frequency | 1 | 12 | 13 |
| | Percent | 1.96 | 23.53 | 25.49 |
| | Row Pct | 7.69 | 92.31 | |
| | Col Pct | 14.29 | 27.27 | |
| 90 et plus | Frequency | 4 | 6 | 10 |
| | Percent | 7.84 | 11.76 | 19.61 |
| | Row Pct | 40 | 60 | |
| | Col Pct | 57.14 | 13.64 | |
| Total | Frequency | 7 | 44 | 51 |
| | Percent | 13.73 | 86.27 | 100 |

Tableau 7. Catégories d'âges versus auxiliaire de vie

| | | KineDomicile | | Total |
|-------|-----------|--------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| sexe | | | | |
| 0 | Frequency | 6 | 17 | 23 |
| | Percent | 11.76 | 33.33 | 45.1 |
| | Row Pct | 26.09 | 73.91 | |
| | Col Pct | 28.57 | 56.67 | |
| 1 | Frequency | 15 | 13 | 28 |
| | Percent | 29.41 | 25.49 | 54.9 |
| | Row Pct | 53.57 | 46.43 | |
| | Col Pct | 71.43 | 43.33 | |
| Total | Frequency | 21 | 30 | 51 |
| | Percent | 41.18 | 58.82 | 100 |

Tableau 8. Sexe versus Kiné à domicile

| | | aideMénagère | | Total |
|----------|-----------|--------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| lieuVie2 | | | | |
| 0 | Frequency | 22 | 4 | 26 |
| | Percent | 43.14 | 7.84 | 50.98 |
| | Row Pct | 84.62 | 15.38 | |
| | Col Pct | 59.46 | 28.57 | |
| 1 | Frequency | 15 | 10 | 25 |
| | Percent | 29.41 | 19.61 | 49.02 |
| | Row Pct | 60 | 40 | |
| | Col Pct | 40.54 | 71.43 | |
| Total | Frequency | 37 | 14 | 51 |
| | Percent | 72.55 | 27.45 | 100 |

Tableau 9. Lieu de vie versus aide ménagère

| Table of lieuVie2 by livraisonCourses | | | | |
|---------------------------------------|-----------|------------------|-------|-------|
| | | livraisonCourses | | Total |
| | | 0 | 1 | |
| lieuVie2 | | | | |
| 0 | Frequency | 6 | 20 | 26 |
| | Percent | 11.76 | 39.22 | 50.98 |
| | Row Pct | 23.08 | 76.92 | |
| | Col Pct | 100 | 44.44 | |
| 1 | Frequency | 0 | 25 | 25 |
| | Percent | 0 | 49.02 | 49.02 |
| | Row Pct | 0 | 100 | |
| | Col Pct | 0 | 55.56 | |
| Total | Frequency | 6 | 45 | 51 |
| | Percent | 11.76 | 88.24 | 100 |

Tableau 10. Lieu de vie versus livraison des courses

| | | aideMénagère | | Total |
|----------|-----------|--------------|-------|-------|
| | | 0 | 1 | |
| modeVie2 | | | | |
| 0 | Frequency | 18 | 2 | 20 |
| | Percent | 37.5 | 4.17 | 41.67 |
| | Row Pct | 90 | 10 | |
| | Col Pct | 51.43 | 15.38 | |
| 1 | Frequency | 17 | 11 | 28 |
| | Percent | 35.42 | 22.92 | 58.33 |
| | Row Pct | 60.71 | 39.29 | |
| | Col Pct | 48.57 | 84.62 | |
| Total | Frequency | 35 | 13 | 48 |
| | Percent | 72.92 | 27.08 | 100 |

Frequency Missing = 3

Tableau 11. Mode de vie versus aide ménagère

Annexe 10

| Variables patients | Variables médecins | | | |
|---|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | AgeMed | Sexe | Durée d'installation | Lieu d'exercice |
| HopitalJourRéadaptation | p = 0.2588 (Fisher) | p = 0.4057 (Fisher) | p = 0.4267 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| HebergementTempoEHPAD | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.5059 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| HAD | | | | |
| KineDomicile | p = 0.8357 (Fisher) | p = 0.9123 (Chi ²) | p = 0.3410 (Chi ²) | p = 0.9465 (Chi ²) |
| Ergothérapeute centreLocauxInformation | p = 0.6958 (Fisher) | p = 0.5462 (Fisher) | p = 0.0639 (Fisher) | p = 0.0972 (Fisher) |
| AccueilJour | p = 0.4221 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.6123 (Fisher) |
| gardeJour | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.5059 (Fisher) | p = 0.4918 (Fisher) |
| gardeNuit | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| téléAlarme | p = 0.4199 (Fisher) | p = 0.7085 (Chi ²) | p = 0.4887 (Chi ²) | p = 0.9728 (Chi ²) |
| hébergementTempoFamille | p = 0.5859 (Fisher) | p = 0.5059 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| AideMénagère | p = 0.8070 (Fisher) | p = 0.7316 (Fisher) | p = 0.4309 (Chi ²) | p = 0.1037 (Chi ²) |
| auxiliaireVie | p = 0.8524 (Fisher) | p = 0.9581 (Chi ²) | p = 0.6852 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) |
| portageRepas | p = 1.0000 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.7142 (Chi ²) | p = 0.4223 (Chi ²) |
| livraisonCourse | p = 0.2626 (Fisher) | p = 0.1622 (Fisher) | p = 0.2144 (Fisher) | p = 0.0075 (Fisher) |
| aidesPetitsTravaux | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.6566 (Fisher) | p = 0.2144 (Fisher) | p = 0.4023 (Fisher) |
| APA | p = 0.3336 (Fisher) | p = 0.8500 (Chi ²) | p = 0.7262 (Chi ²) | p = 0.7560 (Chi ²) |
| ALDDemence | p = 0.4012 (Fisher) | p = 1.0000 (Fisher) | p = 0.3771 (Chi ²) | p = 0.1728 (Chi ²) |
| ALDAutre | p = 0.1247 (Fisher) | p = 0.8500 (Chi ²) | p = 0.7723 (Chi ²) | p = 0.7560 (Chi ²) |

Tableau 12. Comparaison entre les caractéristiques des médecins et les aides aux patients

BIBLIOGRAPHIE

1. Alzheimer [Internet]. [cité 2012 Jan 13];Available from: <http://www.alzheimer-adna.com/Clinic/demence.html>
2. Encyclopédie thématique sur l'inaptitude: Démence [Internet]. [cité 2011 Nov 10];Available from: <http://agora-2.org/thematiques/inaptitude.nsf/Dossiers/Demence>
3. Réseau Alzheimer - Critères / DSM-IV [Internet]. [cité 2011 Nov 10];Available from: <http://www.reseau-alzheimer.fr/index.php/professionnels/diagnostic/698-criteres--dsm-iv>
4. démence vasculaire: Définition [Internet]. [cité 2012 Jan 13];Available from: <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/R345.html>
5. Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillissement [Internet]. [cité 2012 Jan 16];Available from: <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/03/FD/91/article.phtml>
6. Orphanet: Démence à corps de Lewy [Internet]. [cité 2012 Jan 26];Available from: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=1648.0
7. équipe CISMef : Stéfan Darmoni; Benoit Thirion; Badisse Dahamna; Magaly Douyère; Gaétan Kerdelhué Jean-Philippe Leroy; Catherine Letord; Josette Piot; Julien Grosjean; Ivan Kergourlay. Maladie à corps de lewy : sites et documents en langue française [Internet]. [cité 2012 Jan 26];Available from: <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/maladieacorsdelewy.html>



8. Mild cognitive impairment: MCI [Internet]. [cité 2012 Jan 26];Available from: http://www.alzheimer-adna.com/Alz_/MCI.html
9. Ancelin ML. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2006 2;332(7539):455-459.
10. dépendance: Définition [Internet]. [cité 2011 Nov 8];Available from: <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/1340.html>
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189-198.
12. Service-public.fr [Internet]. [cité 2012 Jan 26];Available from: <http://www.service-public.fr/>
13. Tutelle des majeurs - Service-public.fr [Internet]. [cité 2011 Nov 8];Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/F2120.xhtml>
14. Curatelle - Service-public.fr [Internet]. [cité 2011 Nov 8];Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/F2094.xhtml>
15. Sauvegarde de justice - Service-public.fr [Internet]. [cité 2011 Nov 8];Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/F2075.xhtml>
16. Archives : les plans Alzheimer 2001-2005 et 2004-2007 - Le plan alzheimer 2008-2012 - Alzheimer - Dossiers - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé) [Internet]. [cité 2011 Nov 15];Available from: <http://www.sante.gouv.fr/archives-les-plans-alzheimer-2001-2005-et-2004-2007.html>



17. Ramarosan H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues J. [Prevalence of dementia and Alzheimer's disease among subjects aged 75 years or over: updated results of the PAQUID cohort]. *Rev. Neurol. (Paris)*. 2003 Avr;159(4):405-411.
18. Berr C, Akbaraly T, Nourashemi F, Andrieu S. *Épidémiologie des démences*. La Presse Médicale. 2007 10;36(10):1431-1441.
19. Le répertoire des Ressources ALOIS — Santé-Limousin v.2 [Internet]. [cité 2012 Fév 6]; Available from: <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/CoglimV2/repertoire-des-ressources-alois>
20. Aguirre E, Spector A, Hoe J, Russell IT, Knapp M, Woods RT, et al. Maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for dementia: a single-blind, multi-centre, randomized controlled trial of Maintenance CST vs. CST for dementia. *Trials*. 2010;11:46.
21. SPECTOR A, THORGRIMSEN L, WOODS B, ROYAN L, DAVIES S, BUTTERWORTH (deceased) M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(3):248 -254.
22. Haute Autorité de Santé - ALD n° 15 - Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. [cité 2012 Jan 16]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_820000/ald-n-15-maladie-d-alzheimer-et-autres-demences
23. Haute Autorité de Santé - Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée [Internet]. [cité 2012 Jan 13]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937359/actes-dergothérapie-et-de-psychomotricité-susceptibles-dêtre-réalisés-pour-la-readaptation-a-domicile-des-personnes-souffrant-de-la-maladie-dalzheimer-ou-dune-maladie-apparentée



24. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ*. 2006 Déc 9;333(7580):1196.
25. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, et al. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *J Am Geriatr Soc*. 1999 Déc;47(12):1397-1402.
26. Logan PA, Gladman JRF, Avery A, Walker MF, Dyas J, Groom L. Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*. 2004 Déc 11;329(7479):1372-1375.
27. Mesure n°4 - Plan Alzheimer 2008 - 2012 [Internet]. [cité 2012 Fév 9];Available from: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no4.html>
28. Réseau Alzheimer - Dossier : Créer un accueil de jour [Internet]. [cité 2012 Jan 16];Available from: <http://www.reseau-alzheimer.fr/index.php/aidants/etablissements-daccueil/802-dossier-creer-un-accueil-de-jour->
29. Résumés des communications [Internet]. [cité 2012 Jan 16];Available from: http://appg.free.fr/resume_communications.htm
30. HOPITAL DE JOUR [Internet]. [cité 2012 Jan 16];Available from: <http://www.sante.gov.ma/smsm/HOPITAL/deficoncept.htm>
31. Frenette G, Beauchemin JP. Sad but true: your father has dementia. An approach to announcing the diagnosis. *Can Fam Physician*. 2003 Oct;49:1296-1301.



32. PMAF_synthese.pdf.
33. Haute Autorité de Santé - Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. [cité 2012 Jan 18]; Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee
34. Thomas P. Entrée en institution des déments l'étude pixel. *Gérontologie et société*. 2005;112(1):141.
35. Bienvenue sur le site du Chèque emploi service universel [Internet]. [cité 2011 Déc 29]; Available from: <http://www.cesu.urssaf.fr/cesweb/home.jsp>
36. K Amouyal-Barkate, F Nourhashémi, S Andrieu, C Cantet, B Vellas. Les patients atteints de maladie d' Alzheimer vivant seuls à domicile dans la cohorte REAL.FR. [cité 2012 Jan 19]; Available from: <http://www.em-consulte.com/article/33466>
37. Prescop KL, Dodge HH, Morycz RK, Schulz RM, Ganguli M. Elders with dementia living in the community with and without caregivers: an epidemiological study. *Int Psychogeriatr*. 1999 Sep;11(3):235-250.
38. Qu'est-ce que le cinquième risque ? | Portail du Gouvernement [Internet]. [cité 2012 Jan 21]; Available from: <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/qu-est-ce-que-le-cinquieme-risque>
39. Le "5ème risque" : vers une prise en charge de la perte d'autonomie en 2010 ? [Internet]. 2009 Fév 20 [cité 2012 Jan 21]; Available from: <http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/financement-dependance-personnes-agees/5eme-risque-vers-prise-charge-perte-autonomie-2010.html>



40. personnes âgées : 5ème risque, sécurité sociale, santé, autonomie, CNSA - Le "5ème risque" : vers une prise en charge de la perte d'autonomie en 2010 ? - Dossier d'actualité - Vie-publique.fr [Internet]. [cité 2012 Jan 22]; Available from: <http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/financement-dependance-personnes-agees/5eme-risque-vers-prise-charge-perte-autonomie-2010.html>



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS..... | 2 |
| SOMMAIRE | 6 |
| ABREVIATIONS | 9 |
| INTRODUCTION..... | 11 |
| PREMIERE PARTIE..... | 12 |
| 1. DEFINITIONS | 12 |
| 1.1 La démence | 12 |
| 1.1.1 La démence de type Alzheimer..... | 13 |
| 1.1.2 La démence vasculaire | 13 |
| 1.1.3 La démence mixte | 14 |
| 1.1.4 La démence à Corps de Lewy | 14 |
| 1.1.5 Mild Cognitive Impairment (M.C.I)..... | 14 |
| 1.2 La dépendance | 15 |
| 1.3 Les modalités d'évaluation gériatrique dans l'étude..... | 15 |
| 1.3.1 Le MMSE (mini mental state examination) | 16 |
| 1.3.2 L'échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ... | 16 |
| 1.3.3 La classification AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) | 16 |
| 1.4 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) | 17 |
| 1.5 Les différents modes de protection judiciaire | 18 |
| 1.5.1 La tutelle..... | 18 |
| 1.5.2 La curatelle | 18 |
| 1.5.3 La sauvegarde de justice | 18 |
| 2. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DEMENTS ET DEPENDANTS AU DOMICILE | 19 |

| | | |
|---------------------------------|--|----|
| 2.1 | La démence en médecine..... | 19 |
| 2.2 | La mise en place de structures d'aide pour les patients déments et dépendants en France..... | 20 |
| 3. | EPIDEMIOLOGIE DES DEMENCES..... | 22 |
| DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE | | 23 |
| 1. | METHODES..... | 23 |
| 1.1 | Principe de l'étude..... | 23 |
| 1.2 | Elaboration du questionnaire médecin..... | 24 |
| 1.3 | Elaboration du questionnaire patient..... | 24 |
| 1.4 | Recueil des données..... | 25 |
| 1.4.1 | Recueil des questionnaires médecins..... | 25 |
| 1.4.2 | Recueil des questionnaires patients..... | 26 |
| 1.5 | Analyse statistique..... | 27 |
| 2. | RESULTATS | 28 |
| 2.1 | Analyse descriptive | 28 |
| 2.1.1 | De la population d'étude..... | 28 |
| 2.1.2 | De la population médicale..... | 40 |
| 2.2 | Analyse statistique..... | 43 |
| 2.2.1 | Représentativité de l'échantillon médecin..... | 43 |
| 2.2.2 | Représentativité de l'échantillon patient | 44 |
| 2.2.3 | Comparaison des données patients | 47 |
| 2.2.4 | Comparaison entre les caractéristiques des médecins et les aides aux patients..... | 48 |
| DISCUSSION..... | | 49 |
| 1. | LES LIMITES DE L'ETUDE | 50 |
| 2. | MISE EN PLACE DE L'HOPITAL DE JOUR ET DE READAPTATION | 50 |
| 3. | L'ERGOTHERAPIE..... | 51 |
| 4. | LES AIDES NON MEDICALES..... | 52 |
| 5. | LES AUTRES STRUCTURES | 53 |
| 5.1 | L'accueil de jour | 54 |

| | | |
|-----|---|----|
| 5.2 | L'hébergement temporaire en EHPAD | 54 |
| 6. | LE MAINTIEN A DOMICILE | 55 |
| 7. | LE MEDECIN GENERALISTE | 55 |
| 8. | LES OBSTACLES | 56 |
| 9. | LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE LA DEMENCE..... | 59 |
| 10. | LE PROJET DES POUVOIRS PUBLICS | 59 |
| | CONCLUSION | 61 |
| | ANNEXES | 63 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 79 |
| | TABLE DES MATIERES | 85 |
| | TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | 88 |
| | TABLE DES TABLEAUX..... | 90 |
| | TABLE DES ANNEXES | 91 |



TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|--|----|
| Figure 1. Répartition de la population étudiée en fonction de l'âge | 29 |
| Figure 2 Répartition de la population par sexe. | 29 |
| Figure 3 Répartition de la population en fonction du mode de vie | 30 |
| Figure 4. Répartition de la population en fonction du lieu de vie | 30 |
| Figure 5. Répartition de la population en fonction du cadre de vie. | 31 |
| Figure 6. Proportion de tabagiques actifs | 31 |
| Figure 7. Proportion des exogénoses avouées | 32 |
| Figure 8. Répartition de la population en fonction du type de démence | 32 |
| Figure 9. Histogramme illustrant la proportion de patients traités pour la démence..... | 33 |
| Figure 10. Répartition des patients traités en fonction du type de traitement..... | 33 |
| Figure 11. Répartition des données d'évaluation gériatrique des patients | 34 |
| Figure 12. Répartition des aides médicales et paramédicales mises en place au domicile..... | 35 |
| Figure 13. Répartition du type de soins infirmiers réalisés à domicile. .. | 36 |
| Figure 14. Répartition des services d'aide à domicile mis en place chez les | |

| | |
|--|----|
| patients. | 37 |
| Figure 15. Répartition des services d'aide à domicile mis en place chez les patients. | 38 |
| Figure 16. Répartition des aides sociales dont bénéficient les patients. | 38 |
| Figure 17. Répartition de la population bénéficiant d'une aide aux aidants..... | 39 |
| Figure 18. Répartition des différentes mesures de protection judiciaire mises en place dans la population étudiée | 39 |
| Figure 19. répartition de l'âge des médecins..... | 40 |
| Figure 20. répartition par sexe de la population médicale..... | 40 |
| Figure 21. Répartition de la population médicale en fonction de l'année d'installation..... | 41 |
| Figure 22. Type d'exercice médical..... | 42 |
| Figure 23. Répartition de la population médicale en fonction de leur intervention en EHPAD..... | 42 |
| Figure 24. répartition de la population médicale en fonction de l'acquisition ou non d'une formation complémentaire..... | 43 |



TABLE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1. Représentativité de l'échantillon médecin en fonction de l'âge et du sexe | 43 |
| Tableau 2. Comparaison de l'échantillon d'étude à la population de la Haute-Vienne. | 45 |
| Tableau 3. Comparaison de notre échantillon de population à celui de la cohorte PAQUID | 46 |
| Tableau 4. Catégories d'âges versus hôpital de jour et de réadaptation | 73 |
| Tableau 5. Catégories d'âges versus kinésithérapeute à domicile | 74 |
| Tableau 6. Catégories d'âges versus accueil de jour | 74 |
| Tableau 7. Catégories d'âges versus auxiliaire de vie | 75 |
| Tableau 8. Sexe versus Kiné à domicile | 75 |
| Tableau 9. Lieu de vie versus aide ménagère..... | 76 |
| Tableau 10. Lieu de vie versus livraison des courses..... | 76 |
| Tableau 11. Mode de vie versus aide ménagère | 77 |
| Tableau 12. Comparaison entre les caractéristiques des médecins et les aides aux patients | 78 |



TABLE DES ANNEXES

| | |
|----------------|----|
| Annexe 1..... | 63 |
| Annexe 2..... | 64 |
| Annexe 3..... | 66 |
| Annexe 4..... | 67 |
| Annexe 5..... | 68 |
| Annexe 6..... | 69 |
| Annexe 7..... | 70 |
| Annexe 8..... | 72 |
| Annexe 9..... | 73 |
| Annexe 10..... | 78 |



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



**LES STRUCTURES D'AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE CHEZ LES PATIENTS
DEMENTS: UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE CHEZ LES MEDECINS
GENERALISTES EN HAUTE-VIENNE EN 2011**

Introduction: Actuellement de nombreux patients déments sont admis aux urgences parce que le maintien à domicile est impossible. Le retour au domicile ne sera envisageable qu'avec des aides adaptées. Notre travail a pour objectif de faire un état des lieux des structures qui sont mises en place par les médecins généralistes dans le département de la Haute-Vienne pour le maintien à domicile de leurs patients déments, âgés, dépendants.

Matériel et méthodes: Nous avons mené cette étude observationnelle à l'aide de questionnaires patients et médecins, chez 100 médecins généralistes de Haute-Vienne, du 14 au 26 Mars 2011.

Résultats: Cette étude a inclu 29 médecins et 92 patients. La majorité de ces patients étaient atteints de la maladie d'Alzheimer, de démences vasculaires ou mixtes. Les principales aides mises en place au domicile des personnes âgées démentes sont: les soins infirmiers, la kinésithérapie, l'aide ménagère, la téléalarme, l'APA et la prise en charge en ALD de la démence. Les aides peu utilisées sont les hébergements temporaires, les hôpitaux et accueils de jour et le portage des repas. L'ergothérapie et l'HAD ne sont pas utilisées. L'aide ménagère est plus sollicitée en milieu rural. L'étude n'a pas montré d'incidence des caractéristiques des médecins sur la mise en place des différentes aides.

Discussion et conclusion: Les aides majoritairement mises en place sont incurtournables pour le maintien à domicile de patients déments. Les aides peu, voire non utilisées, sont pourtant indispensables aux patients et à leurs aidants. Les MAIA et le cinquième risque sont un espoir pour une prise en charge plus facile des patients déments.

Mots clés: Démence, Maintien à domicile, Structure d'aide, Médecins généralistes, Personnes âgées.

**AID STRUCTURES AT HOMECARE AMONG PATIENS WITH DEMENTIA: AN
OBSERVATIONAL STUDY AMONG GENERAL PRACTITIONERS IN THE DEPARTEMENT
OF HAUTE-VIENNE IN 2011.**

Introduction: Currently many patients with dementia are admitted to emergency because the home support is not possible. Returning home is only possible with adaptative aids. Our work aims to make an inventory of structures which are implemented by général practioners in the department of Haute-Vienne for home support, for their elderly patients with dementia, dépendent.

Materials and Methods: We conducted this observational study using patient questionnaires and physician, in 100 GPs in Haute-Vienne, from 14 to 26 March 2011.

Results: This study included 29 doctors and 92 patients. The majority of these patients suffered from Alzheimer's disease, vascular dementia or mixed. Most of the aid introduced in the homes of elderly people with dementia are: nursing, physiotherapy, home help, remote alarm, APA, and the management of dementia in ALD. Some aids are rarely used like temporary accommodation, hospitals and day centers and home meal delivery. Ergotherapy and HAD are not used. The housekeeper is more used in rural areas. The study did not showed any impact of GPs on the implémentation of the various aids.

Discussion and conclusion: Aid largely implented are essential to maintaining home patients with dementia. Aids which are little or not used are however essential to patients and their caregivers. The MAIA and the fifth risk is a hope for an easier management of patients with dementia.

Keys Words: Dementia, Housekeepers, Support structures, General practionners, Elderly

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MEDECINE GENERALE

Université de Limoges – Faculté de Médecine – 2, rue du Dr Marcland 87025 Limoges Cedex