

UNIVERSITE DE LIMOGES**Faculté de Médecine**

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Unité Cognitivo-Comportementale :
Quel est son impact sur les troubles du comportement
et le devenir du patient dément?**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 mars 2013

par

Natalia CARPA

Née le 19/11/1979, à Briceni, Moldavie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Thierry DANTOINE Président
M. le Professeur Jean-Gabriel BUISSON..... Juge
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER Juge
Mme le Professeur Martine PREVOST..... Juge
Mme le Docteur Laurence BERNARD-BOURZEIX Directeur de thèse

UNIVERSITE DE LIMOGES**Faculté de Médecine**

ANNÉE 2013

THÈSE N°

**Unité Cognitivo-Comportementale :
Quel est son impact sur les troubles du comportement
et le devenir du patient dément?**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 5 mars 2013

par

Natalia CARPA

Née le 19/11/1979, à Briceni, Moldavie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Thierry DANTOINE Président
M. le Professeur Jean-Gabriel BUISSON..... Juge
Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER Juge
Mme le Professeur Martine PREVOST..... Juge
Mme le Docteur Laurence BERNARD-BOURZEIX Directeur de thèse

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 :

C.S=Chef de Service

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (SUR. 31.08.2015)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise(C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BERTIN Philippe(C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre(C.S)	O.R.L.
BONNAUD François (SUR. 31.08.2015)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique(C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre(C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel(C.S)	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
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION

FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (C.S)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S) (SUR. 31.08.2015)	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 (C.S)	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-PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (C.S)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (C.S)	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 (C.S)	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
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

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
DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
-------------------------	-------------------

Remerciements

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Thierry DANTOINE

**Professeur des Universités
Médecine Interne
Gériatrie et Biologie du Vieillissement
Médecin des Hôpitaux**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider le jury de ma thèse. J'ai bénéficié de la qualité de votre enseignement pendant mes études. Vos qualités professionnelles et votre rigueur sont pour moi des exemples à suivre. Soyez assuré de ma reconnaissance sincère et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON

**Professeur associé à mi-temps
Médecine Générale**

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de participer à mon jury de thèse. En tant que tuteur, vous m'avez guidé et aidé tout au long de mon DES de Médecine Générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma grande considération et de ma gratitude.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

**Professeur associé à mi-temps
Médecine Générale**

Vous me faites un honneur de siéger à cette thèse. Vous m'avez encadrée au cours de ma formation universitaire avec beaucoup de sérieux et d'empathie. Recevez ici le témoignage de mon plus grand respect et de ma plus grande admiration.

A Madame le Professeur Martine PREVOST

**Professeur associé à mi-temps
Médecine Générale**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. L'accueil exceptionnel dont j'ai bénéficié lors de mon stage dans votre cabinet m'a particulièrement touché. J'apprécie votre grande compétence et votre personnalité. Soyez assuré de ma reconnaissance la plus profonde.

A mon directeur de thèse,

Madame le Docteur Laurence BERNARD-BOURZEIX

Médecin des Hôpitaux

Neurologue et Gériatre

Vous vous êtes toujours montrée à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce travail. Merci pour l'inspiration, l'aide et le temps que vous avez bien voulu me consacrer. Sans vous cette thèse n'aurait jamais vu le jour. La pertinence de vos remarques et la justesse de vos corrections, sont pour moi un exemple de rigueur. Veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse gratitude.

A François DALMAY, Ingénieur d'études

Pour son aide précieuse au calcul des statistiques de cette thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Madame Sylvie LECANTE, Cadre Infirmier

Et à toute l'équipe soignante de l'UCC de Limoges

Pour leur gentillesse, leur professionnalisme et leur collaboration durant ce travail. Merci d'avoir pris le temps et de vous être montrés intéressés. J'ai vécu d'excellents moments parmi vous et je vous en remercie.

A Jean-Jacques, Myriam et Cristina,

Pour leur aide, car ils ont pris le temps de lire cette thèse et de corriger mes nombreuses fautes de français.

A mon père Anatolie,

Pour sa confiance réitérée pendant tout mon internat et pour avoir partagé avec moi son enthousiasme et son courage durant mes longues études de médecine.

A ma mère Tamara,

Pour son amour, sa tendresse et son soutien pendant les moments les plus difficiles.

A mon frère Radu,

Pour son calme, son ingéniosité et son détail pour la perfection.

A ma fille Elena,

Pour sa patience durant l'écriture de ce travail.

A mon mari Iurie

Pour sa présence et son soutien précieux.

A tous mes amis et mes proches dont je ne citerai pas les noms de peur d'en oublier. Merci pour leur amitié sans limite, leur soutien et leur encouragement. Sans vous je ne serais pas ce que je suis actuellement, j'espère que je ne vous décevrai jamais.

Merci à toutes et à tous.

« Je dédie ce travail à tous ceux qui, guidés par la tolérance, ont conscience que les troubles psychologiques et comportementaux des démences, ne sont que des symptômes et ne reflètent pas la personne qui en souffre. Merci à ceux, qui, malgré les difficultés au quotidien, continuent à regarder leur proche comme une personne à qui, on doit : liberté, respect et amour. » (1)

Liste des abréviations :

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AS : Assistant de Service Social

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMR : comportement moteur répétitif

CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche

DCL : démence a corps de Lewy

DFT : démence fronto-temporale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DMS : durée moyenne de séjour

DS : déviation standard

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EEG : électro-encéphalogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de santé

IC95%: intervalle de confiance 95%

ICC: corrélation intra classes

ICSD: International classification of sleep disorders

IDE : infirmière diplômée d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRM : imagerie par résonance magnétique

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

MA : maladie d'Alzheimer

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MCO : les services de soins de Médecine Chirurgie Obstétrique

MMS (E) : Mini Mental State (Examination)

NPI : Inventaire neuropsychiatrique

NPI-R : Inventaire neuropsychiatrique, version réduite

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SPCD : symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSRG : Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique

TDM : tomodensitométrie

TEP : tomographie par émission de positrons

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Table des matières

1. Introduction	11
2. Les Unités Cognitivo Comportementales (UCC)	13
2.1. Contexte et enjeux.....	13
2.2. L'organisation et les missions des UCC.....	14
2.3. L'efficacité des UCC	17
3. Les troubles du comportement dans les démences	19
3.1. Les troubles de comportement - principes généraux	19
3.1.1. Facteurs étiologiques	21
3.1.2. Définition et description	23
3.1.3. Quelques chiffres	29
3.1.4. Stratégie de prise en charge	33
3.1.5. La prise en charge médicamenteuse.....	33
3.1.6. Les thérapies non médicamenteuses	37
3.1.7. La contention physique	39
3.2. Troubles du comportement et aidants.....	40
3.2.1. Définition des aidants naturels	40
3.2.2. Le fardeau et le stress de l'aidant.....	41
3.2.3. Les échelles d'auto-évaluation du fardeau	46
3.2.4. L'aide aux aidants.....	47
4. Etude	49
4.1. But de l'étude.....	49
4.1.1. Objectif principal et critère de jugement principal	49
4.1.2. Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires	49
4.2. Matériel.....	50
4.3. Méthode	50
4.4. Méthodes statistiques	52
4.5. Aspects éthiques.....	52
4.6. Résultats.....	53
4.6.1. Description de la population	53
4.6.2. Résultats selon les données du NPI-R.....	56
4.6.3. Etude de la prescription des psychotropes.....	61
4.6.4. Contention et UCC.....	63
5. Discussion	64
6. Conclusion	69
Références bibliographiques	70
Annexes.....	75

1. Introduction

L'allongement de la durée de vie entraîne une forte augmentation de la proportion de sujets âgés de plus de 60 ans dans la population. Selon les données de l'INSEE, elle était de 20% en 2000 et augmentera jusqu'à 34% en 2050. Parallèlement, le nombre de sujets déments augmente, représentant environ 18 % des personnes de plus de 75 ans (2).

La prévalence de l'ensemble des pathologies démentielles est estimée à 6,4 % des personnes de plus de 65 ans selon une coopérative d'études européennes. En France, cela correspondrait à 225 000 nouveaux cas par an (3).

Parmi les démences, la maladie d'Alzheimer représente 70 à 80 % des cas. La plupart de sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer présentent, associés à une atteinte cognitive, des troubles comportementaux (2). D'une manière globale, la fréquence des symptômes psychologiques et comportementaux des démences est importante puisque plus de 80 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer présentent ce type de symptômes (4). Dans d'autres démences dégénératives, comme par exemple les démences fronto-temporales ou les démences à Corps de Lewy, les troubles comportementaux sont des éléments inclus dans les critères de diagnostic.

Ces troubles sont très invalidants et constituent une cause fréquente d'entrée en institution, du fait de l'épuisement des personnes qui ont en charge le patient à domicile, mais posent également des problèmes en institution (2). L'impact économique et social est fort, d'où la nécessité de réponses curatives et surtout préventives. De ce fait, la Conférence Nationale de Santé a inscrit les pathologies de la personne âgée aux priorités nationales de Santé Publique. Un plan d'envergure nationale a été mis en place pour répondre au besoin de diagnostic et de prise en charge des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

C'est dans le cadre du plan Alzheimer 2008/2012 (mesure N°17) que des **Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) ont été créées** : unités spécialisées au sein des services de soins de suite et réadaptation, d'une capacité de 10 à 12 lits. Ces unités étant nouvellement créées, il existe peu d'études d'évaluation de l'impact de la prise en charge en UCC sur les troubles du comportement.

L'objectif de notre travail est donc d'évaluer et d'objectiver l'impact d'une telle unité spécifique dans les missions qui lui sont confiées. Pour ce faire, nous avons concentré notre

étude sur l'activité de l'UCC de Limoges, unité ouverte depuis Octobre 2011. Dans un second temps, nous espérons que les données issues de cette étude seront utiles afin d'améliorer nos pratiques. Une publication sous forme d'article de cette étude est envisagée afin, d'une part d'enrichir les données actuelles dans la littérature qui reste pauvre en ce domaine, d'autre part de faire mieux connaître ces unités, de les ouvrir à la Médecine Générale, aux patients et leurs aidants.

Ainsi, après une présentation générale des UCC, nous ferons un rappel sur les troubles comportementaux et leur prise en charge, leurs conséquences sur l'aidant principal puis nous aborderons l'étude à proprement parler afin de répondre à certaines questions: quelle est l'évolution des troubles comportementaux en UCC ? Quelle est la relation entre ces troubles, la souffrance de l'aidant et le devenir du patient à la sortie de l'UCC ?

Cette évaluation rejoint la perspective exprimée par le Plan Alzheimer 2008-2012 : *«la bonne prestation, pour la bonne personne, au bon moment, en respectant ses choix»*.

2. Les Unités Cognitivo Comportementales (UCC)

L'étude présentée dans le cadre de cette thèse porte sur la mise en évidence d'une «efficacité» ou non, c'est-à-dire sur l'intérêt ou non de telles unités même si nous avons limité la recherche à un seul centre. Ces unités sont encore peu ou mal connues des médecins généralistes ou spécialistes car relativement récentes. Nous nous proposons donc de reprendre rapidement le contexte, les enjeux, les moyens et missions établis dans le cadre du Plan Alzheimer 2008/2012.

2.1. Contexte et enjeux

Le Plan Alzheimer a été lancé le 1er février 2008 par le Président de la République. Ce plan, après lecture du rapport du Pr J. Ménard, insistait sur la nécessité d'organiser et de fédérer une prise en charge globale autour et pour le bénéfice de la personne malade et de ses aidants. Ce plan se fixait sur 3 axes :

- l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants,
- la connaissance pour agir,
- la mobilisation pour un enjeu de société.

L'ensemble se déclinant en un certain nombre d'objectifs selon les axes (11 au total) et 44 mesures.

Le Rapport du 08 novembre 2007 du Pr J. Menard ayant mis en évidence l'inadaptation des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à la prise en charge des patients déments, dans la mesure n°17 du Plan Alzheimer a été prévu la création d'unités spécialisées au sein des services de SSR, pour les malades atteints d'Alzheimer ou maladies apparentées. Ces unités spécialement créées sont des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC): dénomination donnée par Cécile Balandier dans l'urgence de la création de ces Unités. Près de 120 unités vont être finalement créées sur le territoire français (114 actuellement) accueillant des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée et ce quel que soit leur âge.

L'UCC apparaît donc comme un nouvel élément clé de la filière concernant les patients déments apportant ainsi, dans un délai assez rapide, une réponse adaptée à une situation de crise ou à des complications qui peuvent survenir au cours de la prise en charge habituelle du patient dément.

2.2. L'organisation et les missions des UCC

Ces unités répondent à un cahier des charges défini et des missions ciblées. En voici les grandes lignes. (5)

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans des services existants de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et comportent entre 10 et 12 lits.

Ces unités doivent élaborer un projet spécifique pour la prise en charge de ces malades intégrant les différents volets (projet médical, projet de soins, lieu de vie, considérations éthiques) et être identifiées au sein de l'établissement de santé sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale.

Les critères d'orientation sont assez précis : les Unités Cognitivo-Comportementales s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes: mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Cela exclut les patients non stabilisés au plan d'une affection somatique aiguë ou encore les patients présentant des pathologies comportementales non liées à une démence. A noter qu'officiellement des troubles du comportement déficitaire type apathie ne figurent pas dans le cahier des charges.

Les patients proviennent essentiellement de leur domicile ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. L'orientation des patients est faite soit par le médecin de ville quand le malade est à domicile, soit par le médecin responsable du service de court séjour gériatrique ou les autres services d'aigu après la réalisation d'un bilan médical approprié, pour les patients hospitalisés. Il peut y avoir une réorientation d'un SSR ou SSRG classique vers l'UCC s'il y a inadéquation de la structure (déambulation avec risque de fugue, contention dans SSR ou SSRG classique...).

La nature des soins prodigués sur un programme d'activités structuré et adapté devrait conduire à une réduction de 20% de ces troubles. Ce programme doit également avoir un intérêt de diminuer l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention; il permet en outre de stabiliser voire de diminuer les troubles du comportement, de mettre en place des stratégies compensatoires du déficit cérébral; d'assurer les soins préventifs d'une situation de crise en l'absence d'une indication d'hospitalisation en court séjour en spécialité d'organe ou de réanimation et de maintenir voire d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

Les ressources humaines en plus du personnel habituel de l'unité SSR, intègrent des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement:

- médecin ayant une expérience ou une formation en réhabilitation cognitivo comportementale,
- psychologue,
- professionnels de rééducation (psychomotricien, ergothérapeute,...),
- personnels paramédicaux (formation d'aide médico-psychologique ou d'aide-soignant ayant bénéficié ou s'engageant dans une formation appropriée).

Le recours à un psychologue doit être prévu pour les équipes soignantes.

Enfin ces unités doivent pouvoir bénéficier d'une architecture et de matériels adaptés :

- intégration ou juxtaposition de cette unité avec le reste du service auquel elle appartient,
- plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques et plateau de réhabilitation cognitive,
- accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation spécialisés,
- chambres à un lit,
- espace de déambulation,
- environnement sécurisé et rassurant (service souvent fermé),
- lieu commun de vie sociale et d'activité.

Ainsi le développement des UCC doit permettre de compléter l'accessibilité, la cohérence, la continuité des soins pour cette population trop souvent accueillie de façon non différenciée dans des structures non adaptées.

Cette organisation nécessite une gestion en aval, en lien direct avec les structures de diagnostic, de manière à ne pas devenir des unités accueillant toutes les pathologies comportementales liées à l'âge, ou des «antichambres» de placement en institution. La réflexion essentielle est la construction du projet de soin qui s'appuie sur l'interdisciplinarité, le soin institutionnel, la thérapie centrée sur la personne et les techniques cognitivo-comportementales. Ces dernières seront rapidement citées dans le chapitre des troubles psycho-comportementaux des démences.

Donc population accueillie ciblée: Patient Dément + Déambulant + Troubles psycho-comportementaux + Situation de crise.

Quelles situations de crise?

- ✓ Crise générée par le patient lui-même:
- Soit décompensation de sa pathologie démentielle avec troubles psycho comportementaux perturbateurs (ex agressivité) ou non (apathie) ;
- Ou apparition d'une comorbidité rendant la prise en charge habituelle impossible (ex traumatisme avec diminution d'autonomie).

✓ Crise générée par l'Aidant (épuisement): UCC = structure de répit.

L'accompagnement offert s'adresse aux personnes mais aussi à leur entourage en l'impliquant dans les évaluations et le traitement. Le retour à domicile ne pourra se faire sans une alliance avec les proches. L'hospitalisation en UCC peut également offrir un temps de répit aux aidants. Ce temps peut-être celui de la réflexion, de la prise de conscience. Il peut autoriser une sensibilisation, premier pas d'une éducation thérapeutique. (5)

✓ Crise liée à un environnement devenu inadapté:

Par exemple : déambulation en service conventionnel entraînant une contention.

En fin de compte les rôles des UCC sont les suivants :

- Rôle de soins : prise en charge des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, en situation de crise présentant des troubles du comportement.
- Rôle d'expertise : des causes de la décompensation, de la pathologie neurologique sous-jacente et de la pathologie psychiatrique.
- Rôle de recherche : en termes de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.
- Rôle de transfert de connaissances : avec le personnel soignant du lieu de vie de la personne malade. Le but est d'accompagner les structures et les familles dans la gestion des situations de crise.

Le retour dans la structure d'hébergement antérieur est le but à privilégier.

2.3. L'efficacité des UCC

Sur la base de l'enquête DGOS – SFGG, un état des lieux des UCC a été fait au Congrès UCC du 19 juin 2012 à Paris. En effet à partir d'un questionnaire élaboré fin 2011 par le groupe de travail SFGG en lien avec la DGOS (C. Ballandier), et auquel une quarantaine d'UCC ont répondu, il a été mis en évidence, et ce malgré un cahier des charges et missions précis, qu'en pratique il existait une grande hétérogénéité des UCC en France, aussi bien au niveau:

- des moyens techniques ou en personnels,
- du type de prise en charge notamment non médicamenteuse,
- de la provenance des patients,
- de leur mise en place (ex : feuille de pré admission),
- de la population prise en charge.

Voici quelques exemples (qui sont complétés par l'annexe n°1) :

(40 UCC)

Objectifs :	%
Amélioration du comportement	77%
Gestion d'une situation de crise	65%
Répét pour les aidants	42%
Poser l'indication d'une entrée en institution	37%
Bilan diagnostique	32%
Attente de place en institution	28%
Prise en charge d'une pathologie aigüe chez un patient dément	26%

Autres objectifs cités :

- Correction d'une dénutrition,
- Rééducation à la marche, post-orthopédie,
- Accompagnement des aidants
- fin de vie
- ...

Enquête DGOS – SFGG 2011

PERSONNELS NON MEDICAUX (ETP Jour) :

Nombre moyen par UCC
(43 UCC)

- 3,06 ETP infirmiers
- 5,1 ETP AS
- 0,7 ETP ASG
- 0,5 ETP ASH
- 0,6 ETP psychomotricien/ergothérapeute
- 0,3 psychologue clinicien
- 0,2 neuropsychologue

PERSONNELS DE NUIT : 2,05 ETP (IDE, AS)

Enquête DGOS – SFGG 2011

La pré-admission (43 UCC)

La consultation de pré-admission existe mais elle n'est pas systématique.

Consultation pré-admission	% d'UCC
systématique	15%
Fiche de demande d'admission	83%
Dossier de pré-admission	52%

DIFFICULTES FREQUEMMENT RENCONTREES (42 UCC)

Difficultés rencontrées	% d'UCC
Difficultés pour organiser la sortie	81%
Adéquation des patients par rapport à l'objectif de l'unité	64%
Difficultés liées aux troubles du comportement	60%
Architecture peu ou mal adaptée	50%
Personnel insuffisant en nombre	48%
Personnel insuffisamment formé	33%
Difficultés de recrutement des patients	7%

- « Gestion difficile par une équipe essentiellement féminine des hommes perturbateurs/ situation de violences régulières »
- « Service considéré parfois comme une "agence de placement"!!!!!! »
- « Patients reçus trop tardivement at maladie très évoluée et rien n'a été anticipé »
- « Méconnaissance par tous les autres secteurs de la spécificité de cette unité malgré une large communication »
- «Les patients qui sont retournés en SSR sont les patients en attente d'une place en EHPAD (manque important de places sur le secteur géographique. »

Enquête DGOS – SFGG 2011

Les conclusions de cette enquête ont permis de constater :

- la nécessité d'une harmonisation minimum,
- la nécessité d'une évaluation des structures (indicateurs d'efficacité?),
- la nécessité d'une évolution de ces structures,
- un cahier des charges plus détaillé,
- la nécessité d'une valorisation par la T2A SSR.

Dégager des indicateurs d'efficacité a été un des domaines de débat du tout premier Congrès des UCC le 31 janvier 2011 à Paris à la Pitié-Salpêtrière, les critères alors retenus ont été de (6):

- Se rapprocher d'une durée moyenne de séjour (DMS) idéale maximale de 4 semaines (100 à 150 patients / an pour 10-12 lits) ;
- Connaître les caractéristiques de la population accueillie ;
- Diminuer les troubles psycho-comportementaux de 20% (NPI : variation entre celui d'entrée et de sortie) ;
- Favoriser une prise en charge non médicamenteuse des troubles psycho-comportementaux ;
- Diminuer la prescription des psychotropes: objectif passer à 16% de Neuroleptiques (actuellement la plupart des patients ont 3 psychotropes et 40% ont des Neuroleptiques) ;
- Diminuer l'utilisation des contentions ;
- Améliorer ou préserver l'autonomie ;
- Améliorer si besoin ou maintenir un bon statut nutritionnel ;
- Diminuer le taux de retour des patients par manque de projet stable (différent des retours bénéfiques de répit qui eux valorisent l'équipe preuve d'une bonne prise en charge antérieure) ;

C'est sur la plus grande partie de ces critères que repose notre travail de recherche au sein de l'UCC de Limoges. Cette UCC a ouvert ses portes le 26 octobre 2011, sur le site du Centre Hospitalier J. Rebeyrol. C'est une unité fermée qui a actuellement une capacité d'accueil de 10 lits (5 lits d'octobre 2011, puis 10 lits à partir de février 2012).

3. Les troubles du comportement dans les démences

Nous n'aborderons pas dans cette thèse la description clinique des différentes démences qu'elles soient dégénératives ou non dégénératives. Néanmoins, en référence, les différents critères diagnostic des démences dégénératives les plus souvent rencontrées (démence d'Alzheimer, démences fronto-temporales dans ses différentes présentations, démence à corps de Lewy) ont été mis en annexe (annexes n° 2, 3, 4, 5).

3.1. Les troubles de comportement - principes généraux

Les symptômes comportementaux et affectifs ne font pas partie intégrante des critères cliniques « exigés » pour évoquer un syndrome démentiel. Pourtant les premières descriptions des démences englobaient déjà les SCPD. Ainsi, en 1838, dans sa définition de la démence sénile, Esquirol observait que cette maladie pouvait s'accompagner de troubles affectifs. Depuis cette description, on a systématiquement accordé de l'importance à ces manifestations. Au début du vingtième siècle, Alois Alzheimer, dans une brève description – devenue classique - d'un cas clinique de cette maladie considérait que certains troubles du comportement constituaient des manifestations cardinales de cette affection. (3)

A l'initiative de *l'International Psychogeriatric Association* (7) les troubles comportementaux et affectifs ont été regroupés sous le terme de **symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)**.

Les SPCD regroupent des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement. Néanmoins, les distinctions entre cognition, pensée, humeur et comportement sont floues, même si chacun de ces concepts a des définitions admises.

Le terme de comportement renvoie à «l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou de son milieu extérieur» (3).

Le terme de trouble du comportement suppose une réaction inadaptée ou inattendue à une stimulation, mais cette définition ne prend pas en compte les comportements spontanés, non réactionnels.

Il s'agit de symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes (7):

- ils sont *fréquents* au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ;
- ils sont *imprévisibles* et *d'évolution variable* (fluctuants en intensité ou dans le temps), *non corrélés à la gravité* de la démence ;
- ils sont *interdépendants*, souvent associés, et ont des liens cliniques avec les troubles cognitifs (orientation, mémoire, attention, concentration, etc.) mais ne peuvent pas être considérés comme de simples complications de la maladie démentielle ;
- ils peuvent avoir *des conséquences importantes* sur l'adaptation des patients à leur environnement ou leur entourage, sur la prise en charge et sur le pronostic fonctionnel de la démence, souvent motif d'entrée en institution ;
- ils se distinguent des manifestations du syndrome confusionnel qui cependant peut être associé à une démence.

La majorité des études évaluant la fréquence des symptômes psychologiques et comportementaux des démences ont été effectuées avec l'Inventaire Neuropsychiatrique (*Neuropsychiatric Inventory* ou NPI) comme recommandé par l'HAS (8) (9).

C'est un outil qui permet d'une certaine façon d'évaluer les trois caractéristiques qui permettent de comprendre l'importance des troubles des comportements en terme de santé publique : le type de symptômes qui varie selon les stades de la maladie, la fréquence et la sévérité des symptômes eux-mêmes (4).

Il existe des versions adaptées pour les aidants (NPI réduit = NPI-R), des versions adaptées aux personnels soignants et les médecins (NPI-ES), ce qui le rend utilisable dans la plupart des environnements (annexe n°6).

Cette évaluation peut être faite isolément par les aidants, pour être discutée par la suite avec un professionnel de santé dans le cadre d'une relation de soins (10).

Dans une dimension économique, il a été montré que l'aggravation de 1 point sur 144 au score total du NPI-ES était associée à une augmentation des coûts directs annuels de 247 à 409 dollars (soit de 183 à 304 euros) (4).

3.1.1. Facteurs étiologiques

Le déterminisme de ces symptômes est mal connu. Il est multifactoriel et intègre des composantes neurobiologiques, somatiques, psychologiques et environnementales.

Dans une attitude pragmatique, on distingue (11):

1) des facteurs prédisposants :

- Des atteintes neuro-fonctionnelles, notamment les perturbations du fonctionnement préfrontal, pouvant favoriser des comportements d'agitation, d'impulsivité, de dés-inhibition.
- Des troubles cognitifs avec les troubles de l'orientation temporo-spatiale, de la reconnaissance, des capacités d'expression verbale s'accompagnant d'avantage de symptômes d'agitation, de déambulation et d'agressivité.
- Des facteurs somatiques : des douleurs, les pathologies chroniques concomitantes, génératrices de handicap, de stress et de contraintes.
- Des situations aggravant la dépendance : déficits sensoriels insuffisamment corrigés, handicaps physiques.
- Des facteurs de personnalité.
- Un environnement mal supporté par le patient, vécu comme stressant ou subi.
- Des facteurs relationnels, rattachés aux capacités de communications, d'adaptation et d'anticipation des professionnels et de l'entourage.

2) Des facteurs précipitants :

- Des changements brusques d'environnement, de mode de vie, d'intervenants.
- Des situations de conflit avec des personnes.
- Des facteurs somatiques aigus : iatrogénie, intoxication, trouble métabolique, douleur aiguë, fécalome, globe vésical, hyperthermie, confusion mentale...

Facteurs étiologiques des troubles psycho-comportementaux (d'après Pr Dubois) (11) :

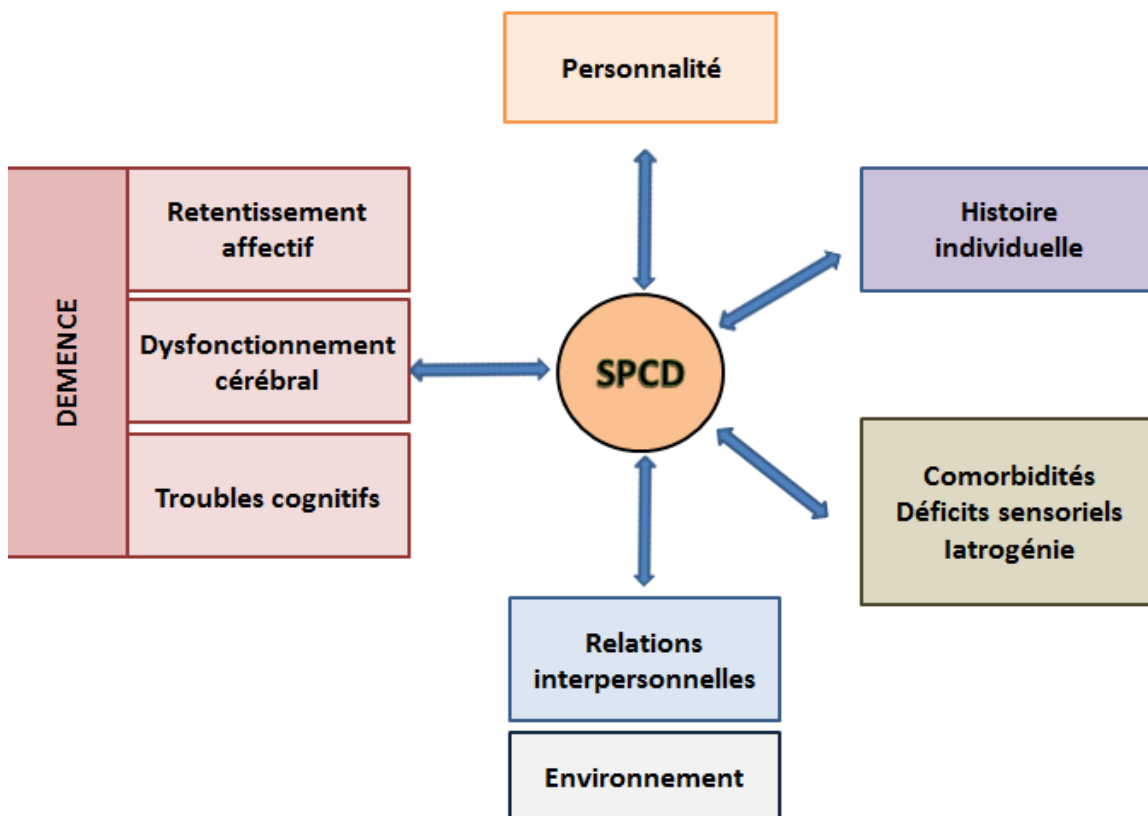


Tableau 1 : SPCD et corrélations clinico-anatomo-biologiques

Symptômes	Localisation des dysfonctionnements cérébraux	Récepteurs impliqués
Apathie	Région frontale et cingulaire	Acétylcholine et Noradrénaline
Dépression	Lésions locus coeruleus	Noradrénaline et Sérotonine
Exaltation de l'humeur	Non déterminée	Balance dopamino-cholinergique
Hallucinations	Cortex temporal	Balance dopamino- cholinergique
Idées délirantes	Cortex frontal	Acétylcholine
Anxiété	Non déterminée	Sérotonine
Agressivité	Cortex temporal antérieur G Cortex frontal dorsolatéral D et G	Non déterminés
Déambulation	Région orbto frontale	Sérotonine
Troubles alimentaires	Région frontale interne gaudie	Non déterminés

Ces SPCD résultent avant tout d'une inadéquation entre les ressources propres de la personne (personnalité, mécanismes de défense au stress) diminuées bien évidemment par les troubles cognitifs et les ressources de l'entourage. Très souvent, ces symptômes correspondent à une expression d'angoisse ou de réaction catastrophe face à l'incapacité ou l'échec. Ils requièrent une analyse globale de la situation (médicale, psychiatrique, sociale) et une prise en soins individualisée. Leur traitement le plus approprié, mais pas le moins coûteux, serait un soignant compétent auprès du patient.

3.1.2. Définition et description

Le classement de ces symptômes peut être fait selon le type d'expression, selon le retentissement sur l'adaptation, selon les perturbations pour l'entourage, selon le degré de dangerosité. Il n'y a pas de consensus pour une classification donnée. (10)

Dans certains ouvrages, ils sont classés en troubles productifs et non productifs (cf. Tableau 2). Les troubles productifs sont considérés comme les plus difficiles à gérer par les proches et les équipes car envahissants et difficilement supportables pour les autres (proches, aidants, autres personnes accueillies). A l'inverse, les troubles non productifs sont trop souvent négligés car peu dérangeants. Ils doivent pourtant faire l'objet de la même attention que les troubles productifs.

Tableau 2 : Les troubles psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées	
<i>Les troubles dits productifs</i>	<i>Les troubles dits non productifs</i>
<ul style="list-style-type: none"> • agitation • agressivité • irritabilité • désinhibition • comportements d'opposition • déambulation • cris • comportements moteurs aberrants • troubles psychotiques (hallucinations, délires) • troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> • dépression • apathie • repli sur soi

On ne s'étonnera pas qu'une grande partie des éléments décrits ci-dessous concerne la démence de type Alzheimer, puisque la maladie d'Alzheimer représente la forme la plus commune de démence. Toutefois, une bonne partie de la symptomatologie traitée ici s'applique à toutes les démences, par exemple l'instabilité affective et les SCPD constituent également des signes cardinaux de la démence vasculaire (autrefois nommée démence à infarctus multiples). Des SCPD, notamment l'agressivité et les hallucinations visuelles, se retrouvent également dans la démence à corps de Lewy...

Nous avons choisi de les présenter dans l'ordre des items de l'échelle NPI.

- 1) Les **idées délirantes** (delusion) sont des perceptions ou des jugements erronés de la réalité par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont le vol, le préjudice, la non-identification du domicile ou d'un membre très proche de la famille (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie. Le sentiment d'être abandonné, rejeté est fréquent en institution. Le délire peut être en relation avec des hallucinations sensorielles. Le caractère délirant du symptôme est lié au fait que le patient a la conviction que ces éléments irréels qu'il rapporte sont vrais. Les croyances paranoïdes sont simples et non systématisées. Ces croyances sont parfois associées à des troubles visuels entraînant de fausses reconnaissances. Les troubles de l'identification peuvent concerner la reconnaissance d'une tierce personne ou la reconnaissance de sa propre image dans le miroir. Les propos délirants peuvent être de type persécutoire (les personnes pensent qu'on les vole, qu'on leur veut du mal...). Les délires peuvent être classés en 4 types : le phénomène du fantôme, dans lequel la distinction entre un trouble de l'identification et une hallucination est difficile, le trouble de la reconnaissance de sa propre image dans le miroir, le trouble de l'identification d'une autre personne, la conviction que les personnes observées sur l'écran de télévision sont dans la pièce et peuvent entendre ses propres propos. D'autre part, il peut exister des phénomènes délirants plus complexes provenant des troubles de l'identification. Ellis & Young ont distingué 3 types : le délire de Capgras (non reconnaissance d'un proche alors que la ressemblance est soulignée, identification d'un sosie), le délire de Fregoli (fausses reconnaissances de plusieurs personnes sans ressemblance comme étant la même personne), le délire d'intermétamorphose (plusieurs individus différents sont reconnus comme incarnés dans le même corps). Ces délires sont rares dans les états démentiels excepté le délire de Capgras. Dans certains cas, les personnes parlent, au présent, d'une réalité passée. Le propos n'est pas délirant, car il relate une réalité (« je veux rentrer chez moi, ma fille va s'inquiéter »), mais c'est une réalité passée (la fille du

patient est décédée depuis plusieurs années). Le patient nie la réalité d'une perte. Connaître l'histoire de vie des patients est donc important pour comprendre certains propos délirants.

- 2) Les **hallucinations** sont des perceptions sensorielles sans objet réel, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. L'ensemble des modalités sensorielles peut être affecté. Le terme de *symptômes psychotiques*, en référence aux symptômes observés lors des psychoses, peut regrouper: délire, hallucinations, troubles de l'identification, manie. L'appellation « psychotique » ne préjuge pas du mécanisme physiopathologique en cause.
- 3) Le terme générique de « *comportements agités* » est parfois utilisé dans la littérature, pouvant regrouper opposition, agressivité, anxiété et phobies avec manifestations comportementales, troubles du rythme circadien, déambulations ou comportement moteur inapproprié, cris, désinhibition motrice. L'**opposition** correspond au refus de la part du patient, des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de respecter les règles sociales, de coopérer. Elle est parfois interprétée à tort comme de l'agressivité ou un désir de nuire, mais elle peut avoir des raisons très variées. L'**agitation** est une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée, ne résultant pas selon un observateur extérieur d'un besoin compréhensible ou d'un état de confusion. Elle peut être verbale (cris, verbalisations stéréotypées), physique non agressive (activités excessives, inappropriées ou sans objectif précis) ou agitation agressive. En fin de journée : quand la luminosité baisse, on peut observer une agitation chez la majorité des patients. C'est le « phénomène du coucher de soleil ». L'**agressivité**, peut être physique ou verbale, et est un comportement qui est perçu par l'entourage du patient comme violent envers les personnes ou les objets. Elle est souvent assimilée à une menace ou un danger pour l'environnement ou le patient lui-même. L'agressivité peut être la conséquence de l'agitation, mais peut être indépendante.
- 4) La **dépression** peut s'observer à différents stades de démence. Au début elle serait plus réactionnelle à la conscience de la perte cognitive, alors qu'avec l'évolution, elle serait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique peu modulé par l'environnement. Contrairement à ce qui est observé dans la dépression, la tristesse est de courte durée dans une journée, survenant par moments. Ces moments peuvent être réactionnels à la prise de conscience fugace du déclin cognitif, en particulier lors de mise en échec. Les idées suicidaires ne sont pas habituelles. La dépression touche autant les hommes que les femmes qui ont la MA et identifier la dépression chez quelqu'un qui souffre de cette maladie peut être difficile. Il n'existe pas de test typique pour la détecter. Les critères sont les mêmes que chez

le patient non dément : une humeur mélancolique (tristesse, déprime, être sans espoir), ne plus éprouver de plaisir dans ces activités habituelles, ainsi qu'au moins deux des symptômes suivants pendant une période d'au moins deux semaines: isolement et repli sur soi, manque d'appétit qui ne soit pas lié à une autre condition médicale, troubles du sommeil, agitation ou apathie, irritabilité, fatigue ou perte d'énergie, se sentir inutile, se sentir coupable ou honteux, avoir perdu tout espoir, penser à la mort de façon récurrente, réfléchir à une tentative de suicide ou être déjà passé à l'acte. Donc certains SPCD font partie des critères de diagnostic de la dépression.

- 5) L'**anxiété**, elle, n'est pas liée à l'état cognitif, ni aux paramètres démographiques. C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité. L'anxiété est caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. On peut en distinguer 3 catégories : l'anxiété liée à la dépression, l'anxiété liée à des manifestations psychotiques anxiogènes et l'anxiété liée à des situations interpersonnelles. Cohen distingue les types d'anxiété en fonction de la situation ; il individualise par exemple l'anxiété " challenge ", l'anxiété par absence de familiarité et l'anxiété d'isolement. On différencie également le trouble panique (correspondant à des crises d'angoisse aiguës survenant de manière périodique) et l'anxiété permanente (trouble anxieux généralisé, ou névrose d'angoisse), qui affecte les sujets de manière durable. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis. Des états d'hyperactivité peuvent être présents seulement à des horaires précis. La période après 16 heures est la plus fréquente et est appelée phénomène du coucher de soleil (" sundowning"). Une fragmentation du rythme de sommeil peut être observée chez les patients déments. A cela s'ajoute une opposition très fréquente des patients, rendant la prise en charge difficile. L'anxiété et les manifestations dépressives sont au cœur même des symptômes psycho comportementaux dans la démence.
- 6) L'**euphorie** (du grec euphoria) désigne une impression inadéquate de bien-être physique et moral, de contentement, de confiance en soi, d'exaltation et d'excitation, chez un patient ayant la sensation de se porter bien ou mieux.
- 7) L'**apathie** est un trouble de la motivation se caractérisant par une perte d'initiative, une perte d'intérêt et un émoussement émotionnel. D'après Robert Marin le syndrome clinique d'apathie comprend trois ordres de symptômes. L'élément premier est la restriction des activités finalisées (goal-directed), mais cette modification du comportement ne peut être

rattachée à l'apathie que si elle est accompagnée de modifications cognitives, en particulier d'un manque d'intérêt, d'une diminution de l'importance ou de la valeur attribuée à des domaines comme la socialisation, sa personne ou ses activités, pour différencier l'apathie d'un trouble purement moteur. L'apathie retentit également sur la vie affective, le plus souvent sous l'aspect d'un émoussement des affects. Donc l'apathie a trois composantes, une diminution de l'initiation motrice, une diminution de l'initiation cognitive et une diminution du ressenti affectif (12). Au plan pratique, il doit être clairement distingué de la dépression avec laquelle il est encore trop souvent confondu, car il requiert une approche clinique et thérapeutique différentes (13). L'apathie est le symptôme comportemental le plus fréquent au stade prédéméntiel de la maladie. Les résultats de l'étude Preal (pré-Alzheimer) sont intéressants à ce sujet. Cette étude a pour objectif de suivre l'évolution d'une population de sujets présentant un trouble cognitif léger (MCI), afin d'évaluer le pourcentage de patients qui vont développer une maladie d'Alzheimer. Après trois ans, 59 patients (27,2 %) ont effectivement développé une maladie. Le risque de conversion en maladie d'Alzheimer est significativement plus important pour les patients qui présentaient au moment de l'inclusion dans l'étude un des symptômes de l'apathie, c'est-à-dire la perte d'intérêt (4).

- 8) La **désinhibition** correspond à un comportement impulsif et inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales au moment où ce comportement est observé. Ceci peut se manifester par une tendance à la distraction, à l'instabilité des émotions, à des comportements inadaptés ou sans retenue: errance, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant, agressivité envers soi-même ou autrui.
- 9) L'**instabilité de l'humeur** est la tendance à changer rapidement d'état émotionnel, d'humeur. L'**irritabilité** est une disposition qui porte un individu à réagir avec une intensité particulière sous l'effet d'une stimulation extérieure. L'hyperémotivité est définie par Allman comme une forte tendance à pleurer, plus fréquemment, plus facilement, ou de façon plus intense, dans des circonstances précipitantes comme des pensées, des expressions de sympathie, l'arrivée ou le départ d'un proche, la présence d'un étranger, l'incapacité à réaliser une tâche, regarder des événements tristes à la télévision, écouter de la musique... Elle se distingue des réactions catastrophes qui sont habituellement indépendantes du contexte extérieur et du vécu affectif du patient.
- 10) **Comportement moteur aberrant** correspond à un comportement moteur répétitif (habillage /déshabillage, pliage / dépliage, déambulation...). Les comportements de **déambulation inadaptée** (wandering) sont parfois assimilés à de l'agitation. Plusieurs types d'instabilité

psychomotrice peuvent être distingués : la déambulation qui définit le comportement du patient explorant les lieux, la tasikinésie qui est l'incapacité de rester assis ou allongé et le syndrome de Godot, manifestation anxieuse qui consiste à suivre l'aidant principal dans ses déplacements. Il peut s'agir de vérification, poursuite incessante, activité répétitive ou excessive, déambulation sans but apparent ou dans un but inapproprié, déambulation nocturne, errance, nécessité d'être reconduit au domicile. Ils concerneraient plus souvent des hommes peu âgés, ayant un déficit cognitif important, et ayant également des troubles du sommeil (10). Les cris ou les **comportements vocaux inadaptés** (hurlements, plaintes vocales, demandes répétitives, etc.) peuvent aussi être inclus dans cet item. Ce sont des verbalisations compréhensibles ou non, fortement perturbantes pour l'entourage et tout particulièrement en institution. Ils sont le plus souvent l'expression d'une détresse psychologique, d'un inconfort, de demandes d'attention, et sont plus fréquents en cas de démence sévère avec un haut degré de dépendance. Certaines manifestations peuvent faire évoquer les mécanismes compulsifs comme des comptages à voix haute, des répétitions gestuelles ou verbales (répétition incessante de la même question ou refrain). La distinction avec les stéréotypies est parfois difficile.

11) Les **troubles du sommeil** regroupent selon l'ICSD-2 (International classification of sleep disorders) : les insomnies, les hypersomnies d'origine centrale, les troubles respiratoires liés au sommeil, les troubles du rythme circadien, les parasomnies, les mouvements anormaux durant le sommeil, les symptômes isolés (14). Les troubles du sommeil dans les démences ont surtout été étudiés dans la maladie d'Alzheimer. Ils ont été observés chez 25 à 35 % des malades. Ce sont des troubles subjectifs et objectifs, caractérisés par des éveils nocturnes prolongés qui aboutissent à une fragmentation du sommeil avec diminution, voire disparition, du sommeil lent profond et modifications du sommeil paradoxal. Ces troubles nocturnes s'accompagnent de somnolence diurne et de troubles comportementaux tels le syndrome crépusculaire et les déambulations nocturnes. Les démences parkinsoniennes et les démences à corps de Lewy ont des troubles du sommeil encore plus sévères que ceux de la maladie d'Alzheimer et sont précédées ou accompagnées de troubles moteurs au cours du sommeil paradoxal, pouvant apparaître plus de 10 ans avant les troubles cognitifs et extrapyramidaux. Des attaques de sommeil et une somnolence diurne surviennent fréquemment chez les parkinsoniens. (2)

12) **Troubles du comportement alimentaire** regroupent l'anorexie, l'hyperphagie, l'hyperoralité. L'anorexie peut être liée à certains délires d'empoisonnement. L'hyperphagie

est fréquente avec augmentation de la ration alimentaire. Elle se distingue de l'hyperoralité par la mise à la bouche d'objets seulement alimentaires. Sa survenue est liée à l'évolution de la maladie. Une des caractéristiques de la prise d'aliments chez les patients déments serait l'absence de décélération de la vitesse à avaler les aliments au cours du repas. Un trouble de la satiété est fréquent chez les sujets déments. L'augmentation de la ration alimentaire peut se faire aussi dans certains cas par une prise entre les repas, qualifiable de grignotage, le plus souvent sucré.

3.1.3. Quelques chiffres

La fréquence des SPCD est très importante dès les stades de début de démence (jusqu'à 90 % des patients atteints de maladie d'Alzheimer présentent au moins un symptôme), bien qu'on note une grande variabilité interindividuelle dans la plupart des études de cohorte (15). Un tiers des patients ont des symptômes d'intensité jugée sévère (16) (17) (18) :

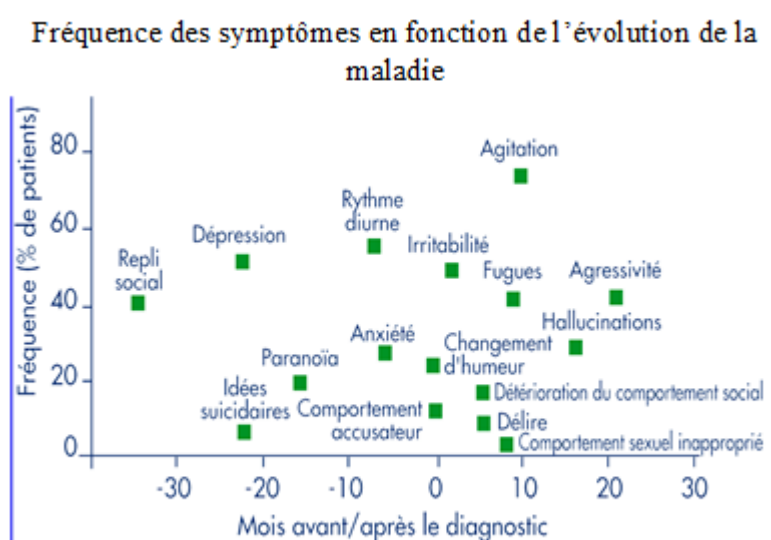
Tableau 3 : Fréquence en pourcentage des SPCD dans les cohortes européennes.

	MAASBED MMSE 15 - 28 n = 199 (Aalten et al 2003) (6)	REAL-FR MMSE 11 - 20 n = 255 (Benoit et al 2003) (11)	REAL-FR MMSE 21 - 30 n = 244 (Benoit et al 2003) (11)	ICTUS MMSE moyen : 20.5 N=1170 (Byrne 2003)(16)
Délire	34.7	24.7	10.2	17.8
Hallucinations	13.1	7.8	5.7	9.41
Agitation	28.6	44.3	32.8	30.65
Dépression	57.3	42.7	36.9	47.7
Anxiété	39.2	46.3	44.3	39.15
Euphorie	7	9.8	4.5	7.06
Apathie	59.3	63.5	47.9	53.49
Désinhibition	12.6	13.3	10.2	12.09
Irritabilité	39.7	25	28.3	36.11
Comportement moteur aberrant	34.7	29.8	14.7	20.07
Sommeil	18.1	12.9	13.5	22.72
Appétit	24.6	24.3	20.5	21.21

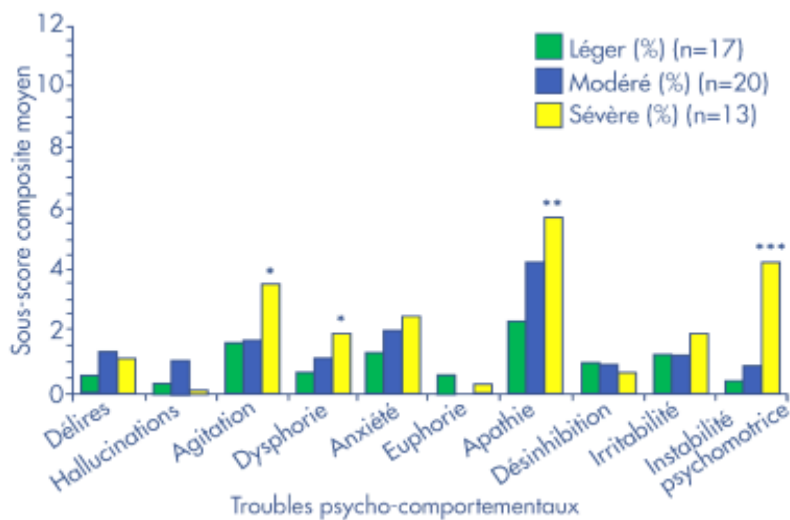
La prévalence de SPCD est variable selon le type de démence.

Ce sont les comportements de retrait ou déficitaires (dépression, apathie) qui sont les plus fréquents dans la maladie d'Alzheimer, de survenue souvent précoce dans l'évolution de la maladie, mais aussi l'anxiété qui peut s'exprimer sur différentes formes.

D'après Jost B. et Al (19) :



Sous-score composite moyen des 10 comportements évalués par l'échelle NPI dans la MA



L'agitation, l'agressivité, les déambulations, les réactions d'opposition, les troubles psychotiques ont une fréquence d'apparition moyenne (entre 10 et 50 % selon les études) mais ont un retentissement fonctionnel important pour le patient. Leur fréquence augmente avec la sévérité de la démence, parallèlement au déclin cognitif. Ils sont, en général, les symptômes les plus envahissants et les plus difficiles à gérer pour les aidants et les équipes, et les plus difficiles à supporter pour les autres patients (10).

Le délire et les hallucinations sont fréquemment corrélés au déclin cognitif et fonctionnel, mais de façon plus marquée pour les hallucinations. La présence d'hallucinations a été également corrélée au risque d'institutionnalisation et de décès prématuré, notamment lorsque les hallucinations visuelles sont associées à des hallucinations auditives (7) (20).

Selon une importante méta-analyse consacrée aux troubles psychotiques dans la maladie d'Alzheimer, portant sur 55 études effectuées de 1990 à 2003 la prévalence moyenne des hallucinations est de 41 %, mais varie de 12,2 à 74,1 % selon les études, celle des idées délirantes de 36 % en moyenne avec des écarts de 9,3 à 63 % (20).

Dans une étude française effectuée à partir d'une consultation spécialisée, la fréquence est de 29 % pour les hallucinations et de 22 % pour les idées délirantes (21).

Les idées délirantes augmentent entre les stades légers et modérés de la MA, puis leur prévalence tendrait à diminuer avec l'évolution de la maladie, et l'incidence des troubles psychotiques atteindrait un plateau après 3 ans d'évolution, mais on dispose de peu de données longitudinales suffisamment longues pour suivre l'évolution des patients aux stades sévères de la maladie (20).

Les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes (jusqu'à 30 % des patients souffrant de démence), particulièrement au stade modéré de la MA. Elles posent le problème de leur différenciation avec les perceptions oniriques d'un état confusionnel. Dans la démence à corps de Lewy, leur fréquence peut atteindre 80 %, et elles font partie des critères diagnostiques de la maladie (20) (22).

Les comportements moteurs aberrants sont rapportés avec une fréquence variable dans la littérature, selon les critères de définition, le stade de la démence, et le type d'habitat (institution ou domicile). La déambulation à domicile serait estimée à près de 12,6%, d'après le programme de recherche REAL.FR. En institution, pour une étude portant sur 1592 déments à un stade de modéré à sévère au bout de 4 ans de maison de retraite, la prévalence de la déambulation serait de 21% (23).

L'association France Alzheimer estime à près de 60% le taux de fugue ou d'errance, avec un risque d'issue fatale élevé si la personne n'est pas retrouvée dans les 24 heures.

Les états anxieux sont très fréquents et peuvent atteindre une prévalence de plus de 50 % au cours de l'évolution de la maladie. De plus, très souvent, ils coexistent avec des symptômes dépressifs, comme le soulignent VILLARS et ses collaborateurs dans leur mise au point de la prise en charge des complications dans la maladie d'Alzheimer, en 2008 (25).

Il semble exister un certain accord sur l'absence de relation nette entre symptômes psychotiques et âge du patient, âge de début et durée de la maladie, et sexe pour une personne donnée mais comme on l'a vu précédemment, certains troubles psycho-comportementaux sont plus fréquents en fonction d'une pathologie donnée et selon sa gravité.

Chaque patient a une présentation bien différente. La symptomatologie diffère selon la localisation des lésions et selon le diagnostic. L'environnement interfère lui aussi sur l'expression de certains symptômes. Parallèlement, la personnalité et l'histoire de vie du patient sont d'autres facteurs de différence d'expression pour une même pathologie. Ce dernier facteur agit directement sur l'expression des troubles du comportement. Il est donc important de recueillir autant que possible l'histoire de vie du patient auprès de sa famille ou de ses proches. Cela souligne l'importance d'une approche nécessairement individuelle adaptée à chaque type de symptôme, à chaque patient, dans un environnement donné avec des ressources humaines et structurelles forcément très différentes. L'influence des traitements reste de ce fait parfois difficile à évaluer. (20) (26)

3.1.4. Stratégie de prise en charge

Les principes généraux de prise en charge sont les suivants (11) :

- Les symptômes doivent être identifiés et hiérarchisés.
- Les objectifs doivent être réalistes, selon le degré d'urgence et de gravité, dans un plan de soins personnalisé.
- La prise en charge des SPCD doit être intégrée à la prise en charge globale de la démence.
- Les aidants, les soignants et les patients doivent être soutenus régulièrement.
- Les objectifs doivent être révisés régulièrement et adaptés au plan de soins.

Un traitement médicamenteux ne doit pas être instauré si les symptômes :

- sont directement favorisés par une cause somatique,
- sont d'origine iatrogène,
- ont rapidement cédé grâce à des interventions non médicamenteuses.

3.1.5. La prise en charge médicamenteuse

À ce jour, il y a encore peu d'études contrôlées dans ce domaine. Par contre, il y a de nombreuses études ouvertes, conduites sur une courte durée, sur des faibles échantillons ou encore avec des conclusions extrapolées à partir de sujets âgés sains.

Un traitement psychotrope peut être instauré uniquement s'il peut réduire un comportement altérant la qualité de vie du patient ou mettant en péril sa sécurité ou celle de son entourage et si les techniques de soins appropriées sont d'efficacité insuffisante. (11)

Il s'agit le plus souvent de prescriptions hors AMM et parfois ayant fait objet de mises en garde : l'évaluation du rapport bénéfice/risque devra être documentée et la prescription limitée dans le temps et soumise à une réévaluation fréquente. (11)

Les psychotropes n'ont pas d'effet préventif sur les SPCD. Il n'est donc pas recommandé de les prescrire en première intention et sans évaluation préalable (p.ex. en cas d'opposition, de cris, de déambulations).

Les antidépresseurs

Les ISRS sont recommandés dans un consensus professionnel portant sur le traitement de la dépression de la personne âgée (27). L'efficacité de ces molécules a été aussi démontrée par de nombreuses études dans les dépressions survenant au cours d'une démence ; c'est le cas pour la *fluoxétine*, la *sertraline*, le *citalopram* et la *paroxétine*. Ces produits ont en dehors du contexte

de démence des AMM aussi pour divers troubles anxieux. Ils peuvent être de ce fait utiles pour d'autres symptômes de la maladie d'Alzheimer: instabilité émotionnelle, anxiété, impulsivité, agitation ou encore idées délirantes.

Dans une méta-analyse sur l'effet des psychotropes sur les SPCD (28), 5 études ont évalué l'effet des antidépresseurs, et seule une étude sur le *citalopram* a montré une efficacité sur les SPCD, donc pas uniquement sur les symptômes dépressifs. La *paroxétine* aurait également un intérêt dans les stéréotypies motrices et l'agitation dans la démence fronto-temporale (29).

Certains antidépresseurs agissant sur la recapture de la noradréline (*miansérine*, *mirtazapine*) peuvent être utilisés en pratique à faible posologie en prise vespérale pour le traitement de l'insomnie (10).

Les antipsychotiques

La pratique clinique montre qu'ils sont actifs sur les signes psychotiques, sur l'agitation et l'agressivité, si celles-ci sont sous tendues par un processus délirant. Leurs effets secondaires, parfois graves, doivent être connus (10). Ces médicaments peuvent générer des effets neurologiques extrapyramidaux, qui sont plus fréquents chez la personne âgée : akathisie, syndrome parkinsonien, dyskinésies tardives. Ces effets augmentent le risque de chutes, de fausses routes alimentaires. Ils aggravent les troubles moteurs de la maladie de Parkinson dans lesquelles ils sont contre-indiqués. Leur usage est fortement déconseillé dans la maladie à corps de Lewy pour les mêmes raisons. Dans cette maladie, certains auteurs ont insisté sur l'existence d'un sur-risque à type de syndrome malin des neuroleptiques.

Le risque de sédation excessive, d'hypotension orthostatique est aussi à prendre en compte. Les neuroleptiques peuvent avoir un effet anticholinergique latéral, ce qui peut avoir des effets cognitifs très délétères. Une méta-analyse a mis en évidence la faible efficacité des neuroleptiques classiques par rapport au placebo (18 %) et leur mauvaise tolérance au cours des démences : effets extrapyramidaux, confusion, risque de rétention d'urine et de constipation. Depuis, il a été démontré que cette famille de médicaments pouvait accélérer le déclin cognitif. Ces conclusions ont été reprises dans une méta-analyse publiée en 1990 (30).

Les antipsychotiques de nouvelle génération ou « atypiques » sont efficaces en cas de signes psychotiques avec troubles du comportement associés. Une précaution d'emploi est la présence de troubles du rythme et de la conduction cardiaque, car certains médicaments de cette famille ont pu être associés à une augmentation de l'espace QT. Quel que soit le produit utilisé la séméiologie psychotique doit être fréquemment réévaluée et les antipsychotiques diminués voire stoppés si possible. Le risque d'accidents vasculaires cérébraux a été plus documenté pour les

antipsychotiques atypiques. En conséquence, ces traitements ne sont pas utilisables en routine clinique sauf si les symptômes induisent un risque de blessure physique pour ceux qui vivent et travaillent avec le patient ou un stress extrême. L'évaluation du rapport bénéfice/risque devra donc être documentée et la prescription limitée dans le temps est soumise à une réévaluation fréquente (10).

Les recommandations existantes mentionnent qu'un traitement par antipsychotique peut être proposé aux patients ayant des symptômes non-cognitifs sévères (psychose et/ou comportement agité avec détresse significative) (10). En cas de prescription d'un antipsychotique, un traitement d'une durée très limitée et à faible posologie de l'une des deux molécules les plus étudiées dans ce domaine peut être envisagé : *rispéridone* à une posologie de 0,25 mg à 1 mg par jour ou *olanzapine* à une posologie de 2,5 à 5 mg par jour (hors AMM). La *clozapine* a une indication spécifique pour le traitement des troubles psychotiques survenant au cours de l'évolution de la maladie à Corps de Lewy (prescription limitée, surveillance hématologique stricte).

Les anxiolytiques

Il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte, non métabolisées par le foie et sans métabolite actif telles l'*oxazépam* ou le *lorazépam*. Ces produits ont des inconvénients : risque de sédation, d'agitation paradoxale, d'accentuation des troubles mnésiques, de chute (par effet myorelaxant) et de syndrome de manque en cas de sevrage brutal. Leur arrêt, lorsqu'il est envisagé, doit être progressif. La prescription des anxiolytiques doit être limitée à la crise et de courte durée après avoir éliminé une cause somatique, relationnelle, psychologique ou iatrogène.

Les thymorégulateurs

Leur intérêt en cas d'agressivité et d'agitation a été suggéré par des essais thérapeutiques réalisés le plus souvent en ouvert. Une revue récente a identifié deux essais contrôlés avec *carbamazépine* et cinq avec *valproate* (31). Sur les études retenues, seul un essai, de petite taille, avait mis en évidence une efficacité sur l'agressivité.

Ils sont envisagés dans certaines recommandations après échec des sérotoninergiques ou des antipsychotiques. La *carbamazépine* (entre 100 mg/j et 300 mg/j) et le *valproate de sodium* (de 375 à 750mg /j) auraient des propriétés sur les troubles de comportement chez l'adulte jeune, mais il y a une absence de preuve chez la personne âgée. Leurs effets secondaires (hyponatrémie, sédation, confusion, encéphalopathie) peuvent à leur tour induire des troubles du comportement et en limitent l'usage.

L'utilisation des médicaments spécifiques

Les anticholinestérasiques sont présentés comme pouvant avoir un effet bénéfique sur les troubles du comportement.

Parmi les anticholinestérasiques les plus utilisés, les effets du *donézépil* et de la *galantamine* sur le sommeil ont été rapportés dans de rares études en ouvert, avec des résultats contradictoires. Ces substances sont susceptibles d'aggraver l'insomnie et de provoquer des cauchemars, notamment quand elles sont administrées le soir.

La *mémantine* pourrait améliorer le comportement et préserver certaines capacités de la vie quotidienne. Chez les patients ayant une forme modérément sévère ($MMSE \leq 15$) à sévère ($MMSE < 10$) de la maladie d'Alzheimer, après 24 à 28 semaines de traitement, des effets statistiquement significatifs en faveur de la *mémantine* à la posologie de 20 mg/j ont été mis en évidence dans plusieurs domaines (cognition et retentissement sur les activités de la vie quotidienne notamment) par rapport au placebo. De plus, la fréquence de survenue de nouveaux épisodes d'agitation a été plus faible chez les patients traités par *mémantine* que chez ceux sous placebo ; mais aucune différence n'a été notée chez les patients déjà agités. La quantité d'effet observée par rapport au placebo est apparue faible à modeste selon les méta-analyses. (32)

Donc pour l'HAS, les données actuelles de la littérature ne permettent pas de recommander les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer (*inhibiteurs du cholinestérase, mémantine*) dans la prévention et le traitement des symptômes psychotiques et des comportements perturbateurs.

3.1.6. Les thérapies non médicamenteuses

Selon les recommandations HAS, il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins appropriées aux troubles du comportement qui peuvent permettre de prévenir le déclenchement ou la majoration des troubles et d'éviter le recours à des traitements médicamenteux.

La prise en charge non médicamenteuse et l'accompagnement du patient et de sa famille doivent être systématiques, avec en particulier (11) :

- des tentatives d'aménagement spatial et temporel du lieu de vie,
- la réduction du niveau du stress,
- la possibilité de participation à des activités récréatives individuelles ou collectives (activités physiques, atelier peinture, de cuisine, relaxation),
- le soutien aux aidants et la formation des équipes soignantes.

Plusieurs interventions non pharmacologiques sont envisageables. Cependant, du fait de difficultés méthodologiques, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité. Ces prises en charge doivent être tentées et adaptées même dans les formes sévères. Elles peuvent être structurées, avec des modalités très diversifiées, mais doivent être choisies au cas par cas (11). Elles doivent être dans tous les cas pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins.

Les thérapeutiques non médicamenteuses pouvant prévenir ou aider directement à traiter les troubles du comportement sont variées. Leur efficacité est très limitée dans le temps. Il est recommandé que ces interventions ne mettent pas la personne en échec et soient assurées par des professionnels formés à cet effet. Un suivi de leur efficacité est mis en place, en prenant en compte le point de vue de la personne, des aidants et de l'équipe.

Les activités habituellement déployées en fonction des troubles psychologiques et comportementaux figurent dans le tableau ci-dessous. Cette récapitulation non exhaustive permet de susciter réflexions et initiatives (33) :

Tableau 4 : Interventions non médicamenteuses

Adapté des « Recommandations professionnelles, diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », HAS, mars 2008

Interventions portant sur la cognition	<ul style="list-style-type: none"> Stimulation cognitive Rééducation cognitive Revalidation cognitive Ateliers mémoire
Interventions portant sur l'autonomie fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Stimulation par l'activité physique Assistance pragmatique graduée et renforcement positif Atelier d'ergothérapie Cuisine
Interventions portant sur les comportements	<ul style="list-style-type: none"> Musique et/ou danse Exercice physique Thérapie par empathie Aromathérapie Stimulation multi sensorielle Thérapie de présence simulée (utilisation de vidéo familiale par exemple) Massage Thérapie avec les animaux familiers Remédiation cognitive Thérapie par réminiscence Luminothérapie Animations flash
Interventions portant sur la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> Absence de sur-stimulation sensorielle Rééducation de l'orientation (reality orientation therapy) Stimulation multi-sensorielle Activités de détente Activités individualisées adaptées
Prise en charge orthophonique	<p>Maintien et adaptation des fonctions de communication du patient (langage, parole, etc.) et aide pour que la famille et l'entourage puissent adapter leur comportement aux difficultés de la personne.</p>

L'environnement et les mesures hygiéno-diététiques sont des éléments importants: des relations ont été établies entre certains types de troubles du comportement et des caractéristiques de l'environnement du patient (7). Il ne paraît pas possible à ce jour de déterminer s'il existe un environnement idéal pour tous les patients. Le meilleur environnement pour un patient donné est celui qu'il perçoit comme sécurisant et rassurant à un stade donné de sa maladie, dans lequel il trouve les aides et les soins que son état requiert, où les facteurs de stress sont limités et où il peut recevoir un soutien affectif. Tout changement d'environnement représente un stress pour le malade et un temps d'adaptation est en général nécessaire, d'une durée variable individuellement (10). Les mesures hygiéno-diététiques peuvent venir faciliter l'endormissement et éviter la dénutrition, source elle-même de complications (15).

3.1.7. La contention physique

D'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé les mesures **de contention physique** chez la personne âgée sont exceptionnelles et ne sont pas recommandées (34). Une contention ne doit être appliquée que si la sécurité du patient ou d'autres personnes ne peut pas être assurée autrement. Elle doit garantir la sécurité du patient et ne peut s'utiliser que dans les situations où le sujet a conservé ses capacités de mobilité. Elle peut être réduite par l'usage temporaire de barrières de lit adaptées. Elle doit être réalisée après prescription médicale, par des équipes maîtrisant parfaitement les conditions de sa mise en œuvre, et ne peut excéder 24 h, sauf renouvellement express de la prescription. Sa surveillance doit obéir à un protocole préétabli, avec une remise en question fréquente.

En conclusion sur SPCD : chaque patient a une présentation bien différente. La symptomatologie diffère selon la localisation des lésions et selon le diagnostic. L'environnement interfère lui aussi sur l'expression de certains symptômes. Parallèlement, la personnalité et l'histoire de vie du patient sont d'autres facteurs de différence d'expression pour une même pathologie. Ce dernier facteur agit directement sur l'expression des troubles du comportement, symptôme majeur dans la plupart des démences. Il est donc important de recueillir autant que possible l'histoire de vie du patient auprès de sa famille ou de ses proches. Cela souligne l'importance d'une approche nécessairement individuelle adaptée à chaque type de symptôme, à chaque patient, dans un environnement donné avec des ressources humaines et structurelles forcément très différentes.

3.2. Troubles du comportement et aidants

3.2.1. Définition des aidants naturels

Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne (35).

L'aide découle « naturellement » de la relation intime préexistante ou les relations intimes donnent lieu à une aide mutuelle se muant en dévouement en cas de handicap sur la base de « l'autre aurait fait pareil pour moi ».

L'aidant est également qualifié d'informel, par opposition aux aidants formels que sont les professionnels intervenant auprès de la personne malade ou dépendante. Le terme d'*aidant familial* est également rencontré c'est une personne offrant son aide à un membre de sa famille, par extension à une personne intime (compagnon, ami de longue date) en situation de handicap, en raison par exemple d'une pathologie chronique (maladie d'Alzheimer mais aussi schizophrénie ou cancer) (3).

Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc. (d'après la Charte européenne de l'aidant familial. 2009. Coface Bruxelles) (35).

Souvent un *aidant principal*, conjoint ou enfant, assure et/ou coordonne la majeure partie de l'aide quotidienne, qu'il cohabite ou non avec la personne malade. Dans le cadre de l'étude européenne « ICTUS Study » (N = 1098) il a été retrouvé que 80 % d'aidants sont directement impliqués dans l'aide contre 20 % organisant uniquement les aides à domicile (36) (37).

3.2.2. Le fardeau et le stress de l'aidant

En moyenne, les aidants consacrent plus de 5 heures par jour à leur proche (entre 2 et 9 heures selon les pays). Ce temps d'aide informelle évolue au fil des années et de l'évolution des difficultés de la personne malade. Notons que 75 % de ces aidants principaux sont des femmes (3) (38).

Andrieu et Bocquet définissent la relation d'aide à la personne démente comme une «expérience moralement douloureuse», plus fréquemment évoquée en termes de « fardeau » dans la littérature. En 1979, Fengler et Goodrich alertaient la communauté des gérontologues, identifiant les conjoints de personnes malades comme des « victimes cachées » (3) (39).

Dans la relation d'aide, suite à la perte d'autonomie psychique, il n'existe ni normes servant de repère dans les échanges, ni garde-fous contre une éventuelle domination de l'un sur l'autre. La probabilité de conflits est d'autant plus élevée. (3)

La conceptualisation du fardeau se réfère principalement à la théorie du stress : l'aide familiale est considérée comme une situation des plus stressantes, nécessitant des efforts d'adaptation considérables. (36)

En lien avec la progression de la dépendance psychique et physique, cinq sources de stress spécifiques sont identifiées (40) :

- le caractère de dégénérescence (« toujours pire »),
- l'imprévisibilité,
- la contrainte de temps du fait de l'aide (long terme, sans limite de durée),
- le bouleversement de la relation
- l'absence de choix (devoir, désignation).

Andrieu et Bocquet (1999) indiquent que le fardeau se définit généralement comme «l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants» (39).

Pour définir plus clairement ce qu'est le « fardeau de l'aidant », certains chercheurs ont recours au concept de fardeau objectif et de fardeau subjectif (41) :

- **le fardeau objectif** vise les problèmes pratiques associés à la prestation des soins, comme les soins infirmiers continus;

- **le fardeau subjectif** (également appelé stress) se rapporte à une réaction émotionnelle de l'aidant (p. ex. moral en baisse, anxiété et dépression).

Ce sont les SCPD qui imposent aux aidants le fardeau le plus lourd, plus encore que les troubles cognitifs ou la dépendance physique ou fonctionnelle. Et ce sont essentiellement des manifestations telles que celles citées ci-dessous, considérées comme étant les plus lourdes :

- cris
- agression physique
- conflits de personnalités (disputes entre patients et aidants)
- errance
- dépression
- refus d'être aidé pour accomplir les activités de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, aller aux toilettes, manger)
- méfiance, accusations
- insomnie

Elles constituent la raison la plus fréquente de consultation spécialisée et d'institutionnalisation prématurée et un risque de maltraitance (42).

Dans l'étude Preal FR, après un an de suivi, les patients institutionnalisés étaient ceux qui présentaient le score d'agitation le plus élevé au NPI et un score plus élevé à l'échelle de Zarit évaluant le fardeau de l'aidant (4).

Néanmoins bien que les SCPD sont clairement, par eux-mêmes, la principale source du fardeau de l'aidant, la réaction de l'aidant face aux SCPD est également un facteur à considérer. Les aidants ont des réactions différentes face aux SCPD, tout comme ils manifestent des capacités différentes à les gérer - et ils ne sont pas tous dérangés par les mêmes symptômes. Plusieurs études et observations cliniques ont identifié les caractéristiques de l'aidant qui peuvent accentuer ou alléger le fardeau (43) (44) (45) (46) (47).

Facteurs prédictifs d'un fardeau

Très importants pour prédire un fardeau imposé à l'aidant

- Délires, hallucinations et dépression
- Comportements perturbants (p. ex. agression physique)

Assez importants pour prédire un fardeau imposé à l'aidant

- Appartenance du patient au sexe masculin (ce facteur n'est cependant pas indépendant des SCPD, qui surviennent davantage chez les hommes que les femmes)
- Âge plus jeune du patient

Douteux ou sans importance pour prédire un fardeau imposé à l'aidant

- Type de démence
- Sévérité de la démence (c.-à-d. niveau du déficit cognitif, besoin de surveillance et d'assistance)
- État des facultés cognitives
- Statut fonctionnel (capacité de travailler et de vivre de façon indépendante, de gérer des tâches simples et de s'occuper de soi-même)
- Ancienneté de la démence

Facteurs prédictifs d'un fardeau : caractéristiques de l'aidant

- Les prestataires de soins supportent un fardeau plus lourd que les gestionnaires de soins
- Les conjoints plus que les membres de la famille
- Les femmes plus que les hommes
- Degré de proximité (les aidants en contact le plus étroit; ceux qui cohabitent avec le patient sont soumis à un stress maximal)
- Capacité à faire face à la situation peu développée
- Soutien médiocre de la part de la famille et des amis
- Connaissances limitées au sujet de la démence, de ses effets et de sa prise en charge
- Relation médiocre avec la personne démente avant l'apparition de sa maladie
- Niveaux élevés d'émotions négatives exprimées, en particulier hostilité et critique

Facteurs favorisant l'adaptation : caractéristiques de l'aidant

- Soutiens informels (p. ex. voisins attentionnés)
- Connaissance de la démence, de ses effets et de sa prise en charge
- Bonne capacité à faire face à la situation (p. ex. bonne aptitude à résoudre les problèmes)
- Groupes de soutien (p. ex. association Alzheimer)

Certains comportements de l'aidant peuvent exacerber les SCPD comme :

- Modifier brusquement la routine ou l'environnement du patient,
- Engager des luttes de volonté avec le patient : p. ex. insister pour que le patient fasse quelque chose d'une certaine façon ou qu'il porte tel vêtement plutôt qu'un autre,
- Exiger du patient des choses qui dépassent ses capacités,
- Être excessivement critique envers le patient,
- Ignorer les besoins du patient,
- Être trop rigide ou dirigiste,
- Insister ou questionner de façon répétée afin de « forcer » le patient à se souvenir de quelque chose,
- Exprimer de la colère ou de l'agressivité envers le patient, s'exaspérer.

D'autres comportements peuvent diminuer au contraire la survenue et l'impact des SCPD :

- Une attitude empathique, patiente, gentille, attentionnée, chaleureuse envers le patient
- Des efforts pour comprendre la causalité et la signification du comportement
- Une attitude patiente, sans hâte
- Une personnalité souple, permettant à l'aidant de ne pas chercher à tout prix à se faire obéir par le patient
- La faculté de s'adapter et d'accepter le changement
- Le maintien d'attentes réalistes quant aux capacités du patient
- Un degré raisonnable de tolérance pour les comportements à problèmes tels que les activités répétitives
- La volonté d'encourager le patient à poursuivre ses activités quotidiennes
- Encouragement d'un sentiment d'individualisme chez le patient
- Encouragement chez le patient de l'impression qu'il exerce au moins un certain contrôle sur sa vie et son environnement
- Un véritable souci du bien-être du patient et de ses intérêts
- Le respect du patient en tant que personne capable d'éprouver des émotions et des sentiments
- L'absence de honte à propos de la maladie d'un proche
- L'absence du désir de « cacher » la maladie aux autres
- L'entretien d'un sens de l'humour
- Absence de pensées axées constamment sur les déficiences du patient
- Le développement et le maintien d'une structure de soutien affectif
- Savoir intuitivement comment tenir compte de ses propres besoins
- Savoir exprimer ses sentiments
- Savoir reconnaître ses limites et demander de l'aide et du répit lorsqu'on en a besoin
- Savoir tirer un sentiment de satisfaction de ses activités d'aidant
- Capacité d'être créatif dans la gestion des SCPC
- Capacité d'analyser les SCPD et de reconnaître ce qui les déclenche
- Capacité et volonté de résoudre des problèmes

3.2.3. Les échelles d'auto-évaluation du fardeau

Il existe plusieurs échelles d'autoévaluation du fardeau. Elles demeurent critiquables, car les dimensions subjectives et objectives du fardeau y sont amalgamées. Néanmoins elles présentent un intérêt en tant que mesure du fardeau subjectif. Dans une étude de 1980, Zarit présente le fardeau comme un concept opérationnel, à visée pratique. Il s'agit de repérer les aidants en difficulté, le fardeau en étant un indice, afin de les soutenir et de maintenir le plus longtemps possible l'accompagnement au domicile des personnes âgées en situation de handicap. (3)

Parmi donc de nombreux outils élaborés, l'échelle de Zarit demeure une référence. Cet outil synthétique permet le dépistage de situations à risque : il est associé à une détérioration de la santé physique et psychique. Le Zarit évalue la perception qu'à l'aidant de l'impact de la relation d'aide sur de multiples domaines, soit sa vie personnelle et sociale, ses finances, sa santé et son moral, ses relations interpersonnelles. Les 22 items sont formulés de façon subjective : « A quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir ...? ». Largement utilisé en clinique et en recherche, l'utilisation du Zarit 22 items facilite la comparaison avec d'autres études en France notamment, grâce à sa version francophone qui dispose de bonnes qualités psychométriques (annexe n°7). Des versions du Zarit à 12 et 7 items existent également. (3) (39)

3.2.4. L'aide aux aidants

Différents types d'interventions pour soutenir et alléger le « fardeau » de l'aidant ont été proposés (48) :

Psychologiques

- Soutien
- Conseils/thérapie de prise de conscience/thérapie cognitive/relaxation/gestion du stress
- Impact affectif - stress, colère, chagrin, culpabilité
- Soins de soi
- Relations interpersonnelles et communication

Éducatifs

- Information (p. ex. progression de la maladie)
- Amélioration des aptitudes à fournir des soins à domicile
- Acquisition de capacités thérapeutiques, de techniques de résolution des problèmes et de notions de comportementalisme
- Planification - urgences, affaires juridiques et financières

Développement d'un réseau de soutien

- Personnel, familial
- Communautaire : hospitalisation de répit
- Professionnel, p. ex.
 - un travailleur social capable d'écouter l'aidant et de le conseiller
 - un infirmier/une infirmière pour aider à administrer les médicaments
 - un aide capable d'aider lors de l'habillage/la toilette de la personne démente

Dans l'étude Pixel, P. Thomas et Al ont comparé l'efficacité de différentes méthodes d'aide aux aidants.

Tableau 5 : Efficacité des méthodes d'aide aux aidants dans la démence. (49)

Impact évalué	Interventions psychosociales	Thérapie Cognitive	Conseil psychologique	Thérapie de groupe	Répét	Formation technique
Fardeau	++	++	+++	-	+++	-
Dépression	+++	++	-	-	++	-
Bien être	+	-	-	+++	+	-
Aptitude	+++	-	-	-	-	-
Amélioration des symptômes	++	-	-	-	-	-
Retard institution	-	-	-	-	-	+

Dans cette étude l'importance de certaines interventions est soulignée. Elles amélioreraient la réaction des aidants familiaux aux désordres comportementaux du malade, en diminuant l'impact sur leur vécu et par là même le fardeau, elles diminueraient la dépression des aidants familiaux, la formation technique retarderait l'institutionnalisation.

Il est à noter également l'importance de périodes de répét sur l'allègement du fardeau, la diminution de survenue de dépression et la sensation de bien-être. (49)

4. Etude

4.1. But de l'étude

4.1.1. Objectif principal et critère de jugement principal

Objectif principal : évaluer l'efficacité d'une UCC sur les troubles de comportement des patients hospitalisés dans cette unité.

Critère de jugement principal : l'évolution des moyennes du NPI-R à l'entrée et du NPI-R à la sortie du service, fait par l'équipe soignante.

Ainsi nous avons eu la possibilité de comparer :

- la moyenne du score global en gravité NPI sortie par rapport à NPI entrée
- la moyenne du score global en retentissement NPI sortie par rapport à NPI entrée
- l'évolution entre l'entrée et la sortie du service de la moyenne de chacun des 12 items à part (en gravité et en retentissement).

4.1.2. Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires

Objectifs secondaires :

- a) Comparer la prescription des médicaments psychotropes entre l'entrée et la sortie de l'UCC, et en particulier des neuroleptiques.
- b) Comparer la prescription d'une contention physique durant l'hospitalisation en UCC par rapport au service précédent ou le domicile.
- c) Evaluer le taux du retour à domicile après un séjour en UCC.
- d) Etudier s'il existe des différences d'évaluation des troubles de comportement par la famille et l'équipe soignante et comprendre les raisons de ces différences avec comme critères de jugement, la comparaison NPI-R fait par l'aidant et le NPI-R à l'entrée en UCC fait par l'équipe soignante

- e) Evaluer l'importance du fardeau de l'aidant et de ses conséquences psychologiques avec, comme critère de jugement l'échelle de Zarit pour le fardeau et l'échelle HAD (Annexe n°8) pour les troubles anxieux et/ou dépressifs.

4.2. Matériel

Il s'agit d'une étude monocentrique, observationnelle, prospective sur une période de 12 mois, sur une population de patients hospitalisés dans l'UCC de Limoges du 26/11/2011 au 26/11/2012 (hospitalisation complète = entrée et sortie). Il n'y a pas eu de critères d'exclusion.

4.3. Méthode

Sur une base Excel, nous avons rentré des données socio démographiques, cliniques et biologiques de la population étudiée.

Avec à l'entrée :

- *Age* à l'entrée dans le service (en années)
- *Sexe*
- *Mode de vie* : seul à domicile, en couple, avec un autre membre de la famille, en foyer logement, en EHPAD, en USLD, autres.
- *Provenance* : Médecine gériatrie aigue, SSRG, SSR, domicile, service de psychiatrie, autre (autre MCO).
- *Diagnostic* : maladie d'Alzheimer, démence à corps de Léwy, démence vasculaire, démence parkinsonienne, démence fronto-temporale, démence mixte, autre.
- *Motif d'hospitalisation* : répit pour la famille, convalescence, structure inadaptée pour la prise en charge de ces patients (risque fugue, agitation...), épuisement familial. Nous avons volontairement dissocié le répit volontairement demandé par la famille et l'hospitalisation par épuisement familial).
- *Contention ou non dans le service précédent* : contention physique tout type confondu dans le service précédent l'hospitalisation en UCC.
- *MMS* (annexe n°9).
- *Notion ou non de déclin rapide* : perte de 3 points ou plus de MMS sur un an (quand données accessibles).
- *NPI-R* évalué à l'entrée par l'aidant principal.
- *NPI-R* évalué par l'équipe soignante dans les 48 heures après l'entrée.

- *Psychotropes à l'entrée* : Benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, thymoregulateurs, anticholinestérasiques et/ou Mémantine : présents ou non.
- *Albumine* : dosage de l'albumine sérique du patient en g/l.
- *Clearance* : de la créatinine en fonction de la créatininémie du patient à l'entrée, calculée selon la formule MDRD en ml/min/1.73 m².

Ont été aussi colligées des données concernant les aidants

- *Aidant* : pas d'aidant, époux (se), enfant, petits-enfants, autre.
- *Aides autres* : autres aides à domicile : infirmière (IDE) ; IDE + AM ; AM (aide-ménagère)
- *Evaluation de la dépression et de l'anxiété de l'aidant à partir de l'échelle HAD* (Hospital Anxiety and Depression Scale (score de 0 à 15)); le Score A : correspondant au score total de la partie anxiété de l'échelle HAD (de 0 à 8) et le Score D au score total de la partie dépression de l'échelle HAD (de 0 à 7)
- *Evaluation du fardeau* à partir de l'échelle de Zarit (score de 0 à 88); fardeau absent (0-20 points), léger (21-40), moyen (41-60) et sévère (61 et plus).

A la sortie nous avons retenu

- *Le devenir* à la sortie de l'UCC (même codage que pour le mode de vie) ;
- *La durée moyenne du séjour* (DMS) : en jours
- *Psychotropes à la sortie* : benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, anticholinestérasiques et/ou Mémantine : présents ou non, et évolution dans le service : même dose, augmentation, diminution, pas d'utilisation de médicaments de ce groupe;
- *Contention* : contention physique tout type confondu durant l'hospitalisation en UCC ;
- *Electroencéphalogramme* (EEG): non fait (car pas d'élément clinique évocateur), signe de comitialité (traitement nécessaire), pas de signe de comitialité (pas de traitement nécessaire), traitement anti-comitial déjà présent.

4.4. Méthodes statistiques

Les descriptifs des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages. La recherche d'accord entre les scores à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation en UCC a été réalisée par des tests de corrélation intra classes (ICC). Les comparaisons des variables qualitatives concernant les taux de retour à domicile (Mode de vie vs Devenir) ont été réalisées par un test de Chi deux d'indépendance. Les évolutions des prescriptions de médicaments et de contentions physiques ont été évaluées par des tests de Chi-deux de Mc Némar pour séries appariées. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Le logiciel utilisé est SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA).

4.5. Aspects éthiques

Les données concernant les aidants ont été recueillies après leur avoir fait signer un formulaire de consentement éclairé lors d'un entretien (annexe n° 10).

Les données concernant les patients hospitalisés n'ont pas été systématiquement soumis, avant recueils et utilisation, à un formulaire de consentement éclairé car s'agissant d'une étude non interventionnelle, il n'est pas nécessaire de recueillir un consentement éclairé signé. Par ailleurs la sévérité de la maladie démentielle de ces patients aurait rendu la notion de consentement « éclairé » discutable.

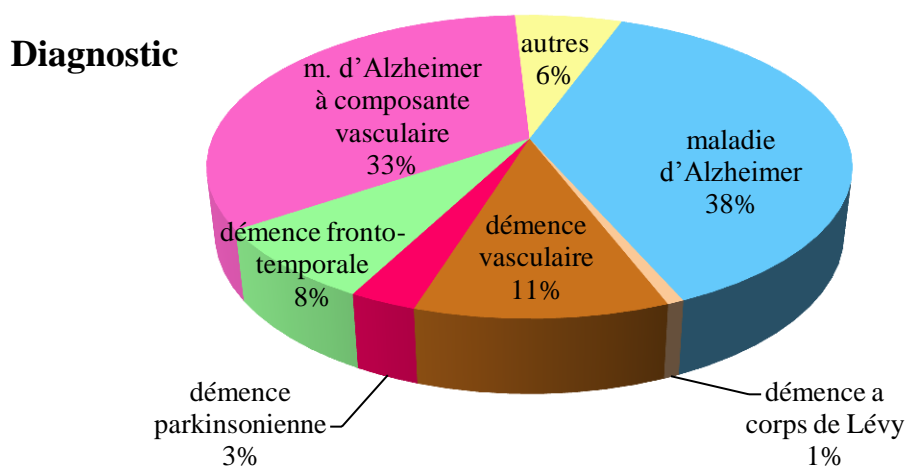
4.6. Résultats

Pour toute transparence le rapport détaillé de l'analyse statistique est annexé (annexe n°11).

4.6.1. Description de la population

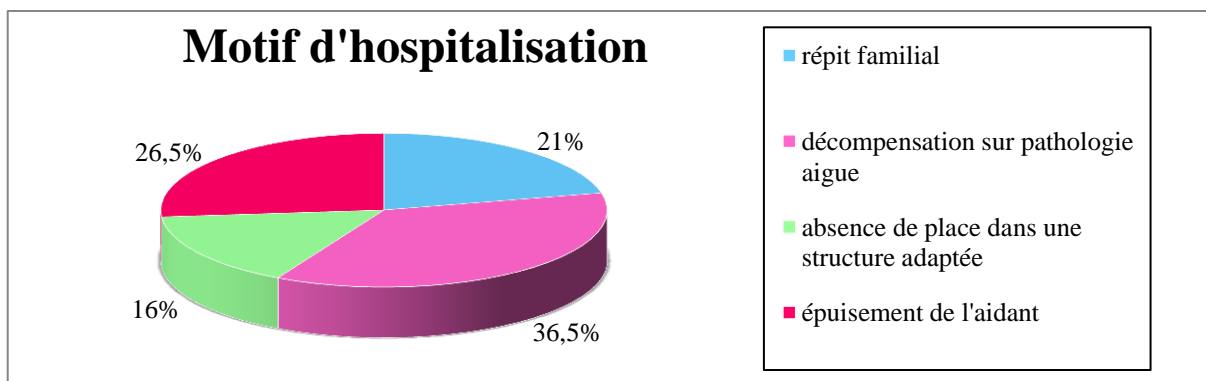
140 patients ont été inclus dans l'étude

- L'âge moyen des patients est de 83 ans (DS 7.8) avec plus de femmes (58 %) que d'hommes (42 %).
- Le diagnostic à l'entrée est dans 71 % une maladie d'Alzheimer pure ou à composante vasculaire, dans 11 % une démence vasculaire, dans 8 % d'une démence fronto-temporale, dans 3% une démence parkinsonienne et dans 1 % des cas une maladie à corps de Lévy.

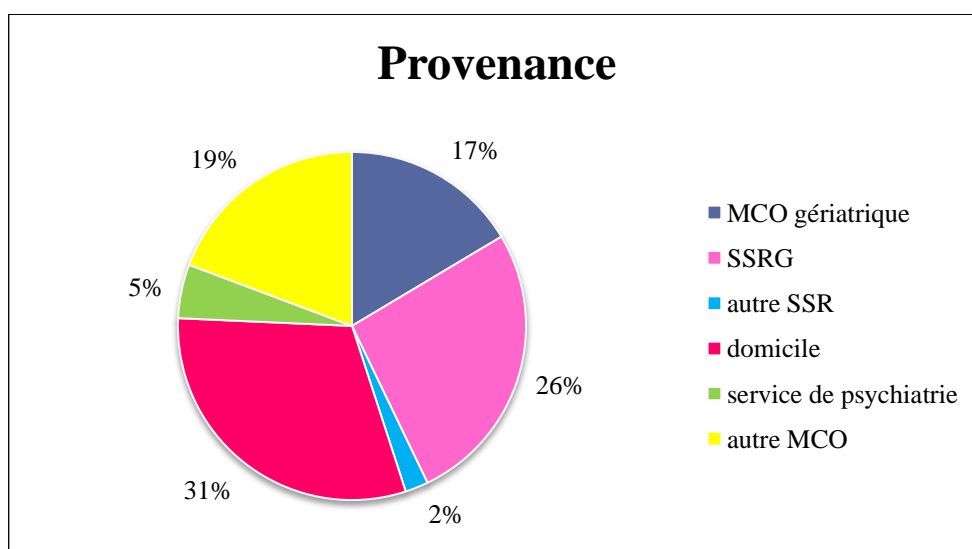


- Le MMS moyen est de 10.34 (DS 7.9, médiane à 11). 31 % des patients rentrent dans les critères d'un déclin rapide (ils ont perdu 3 points de MMS ou plus sur la dernière année).
- La durée moyenne d'hospitalisation est de 20,2 jours +/- 13,4 et une médiane à 19.
- Le motif d'hospitalisation est dans :
 - 21 % un répit pour la famille.
 - 36.5 % une décompensation des troubles de comportement liés à une pathologie aigue (UCC pour une convalescence).

- 16 % pour absence de place dans une structure adaptée, durant la maladie de l'aidant principal (souvent époux (se))
- 26.5 % en raison d'un épuisement familial :

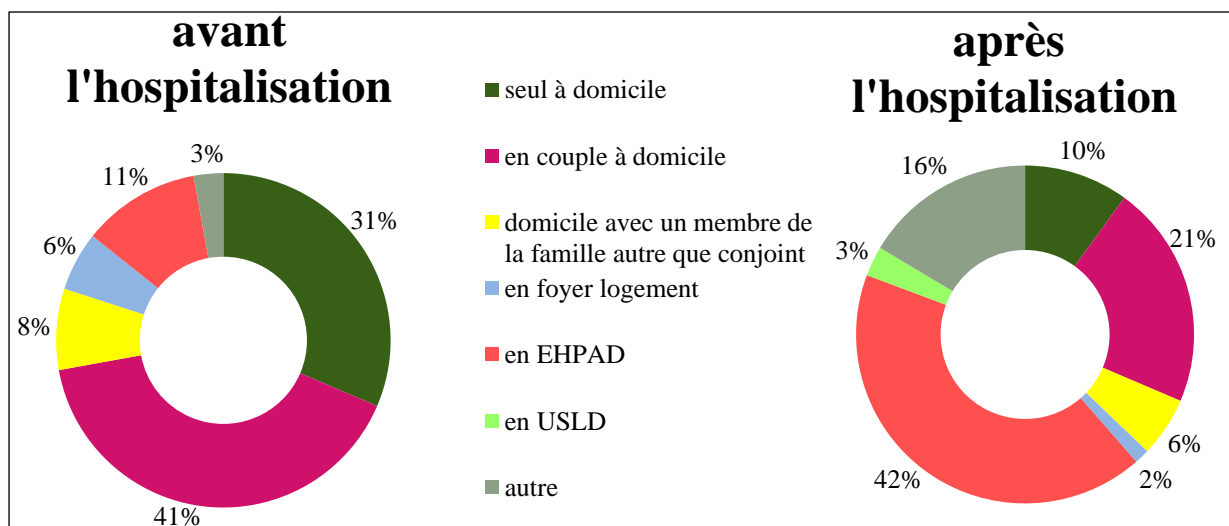


Ces patients ont été adressés dans 43% des cas par un service de gériatrie : dans 17 % du service de médecine gériatrique et dans 26 % du SSRG. Dans plus d'un tiers de cas ils venaient directement de leur domicile :



Avant l'hospitalisation en UCC, 80 % des patients habitaient à domicile (seuls, en couple ou avec un autre membre de la famille), 6 % étaient en foyer logement et 11 % venaient d'une EHPAD. A noter qu'il n'y a aucun patient en provenance d'USLD.

A la sortie de l'UCC, 37 % sont partis à domicile ou chez leurs proches, 16 % dans un autre service, 42 % en EHPAD, 3 % en USLD.



En ne s'intéressant qu'aux personnes initialement à domicile nous constatons que le pourcentage de personnes vivant à domicile avant leur hospitalisation a significativement baissé après leur hospitalisation à l'UCC ($p < 0,0001$), excepté pour ceux qui vivaient à domicile avec un membre de la famille autre que le conjoint (effectif faible).

Mais à noter que dans le cadre de l'hospitalisation de répit (hospitalisation directe du domicile vers l'UCC sans passage par d'autres services et à la demande de la famille via le médecin traitant ou un médecin de consultation mémoire), 87 % des patients sont revenus à leur mode de vie antérieure.

Tableau 6 : Pourcentage de sortie à domicile

	Mode de vie		Devenir		p
	N	%	N	%	
Seul à domicile	44	31	14	10	<0,0001
En couple à domicile	57	41	30	21	<0,0001
A domicile avec un membre de la famille autre que conjoint	11	8	8	6	NS*
Total	112	80	52	37	<0,0001

*NS=non significatif

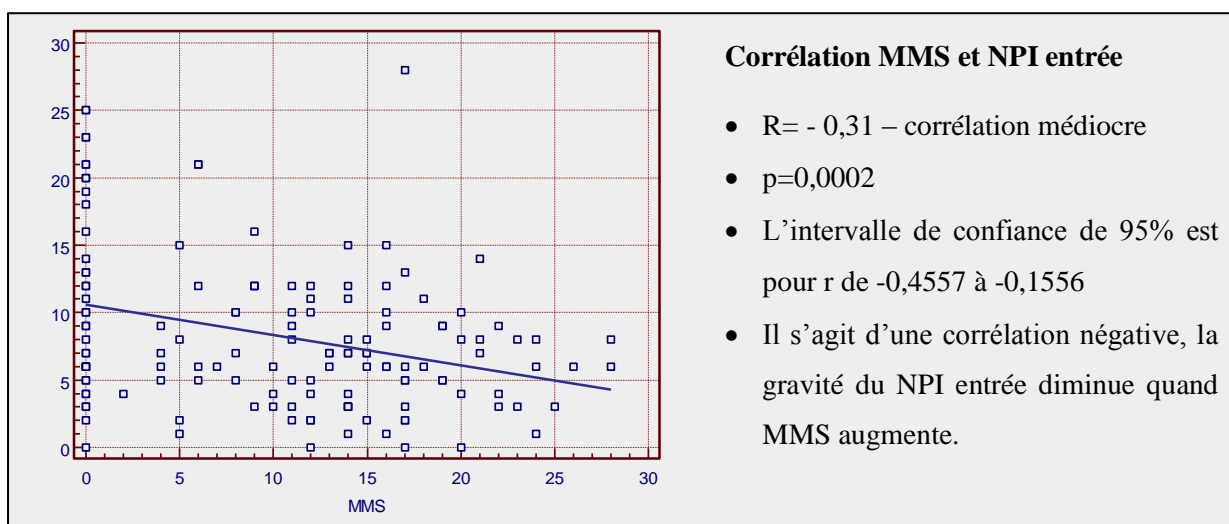
- Globalement sur le plan nutritionnel, ces patients sont dénutris avec une albuminémie moyenne à 31 g/l (DS 4.4). Parmi eux :
 - 33.5% ont une dénutrition sévère (albuminémie inférieure à 30g/l).
 - 46% ont une dénutrition modérée (albuminémie entre 30 et 35g/l),
 - 20.5% ne sont pas dénutris (albuminémie supérieure à 35g/l).

- La clearance de la créatinine moyenne est à 68, calculée selon la formule MDRD en ml/min/1.73 m² (DS 22.5) :
 - 3% de patients ont une insuffisance rénale sévère (clearance entre 10 et 30),
 - 31% de patients ont une insuffisance rénale modérée (clearance entre 30 et 60),
 - 45% de patients ont une insuffisance rénale débutante (clearance entre 60 et 90),
 - 21% ont une fonction rénale normale.

- L'électroencéphalogramme effectué chez 45% des patients retrouve dans 7% (10 patients) des éléments indiquant la nécessité de mettre en place un traitement antiépileptique (rappelons que l'EEG a été fait devant une clinique évocatrice souvent atypique).

4.6.2. Résultats selon les données du NPI-R

1) Il existe statistiquement parlant une corrélation négative entre score MMS et les SPCD (NPI à l'entrée en UCC) mais cette dernière est médiocre.

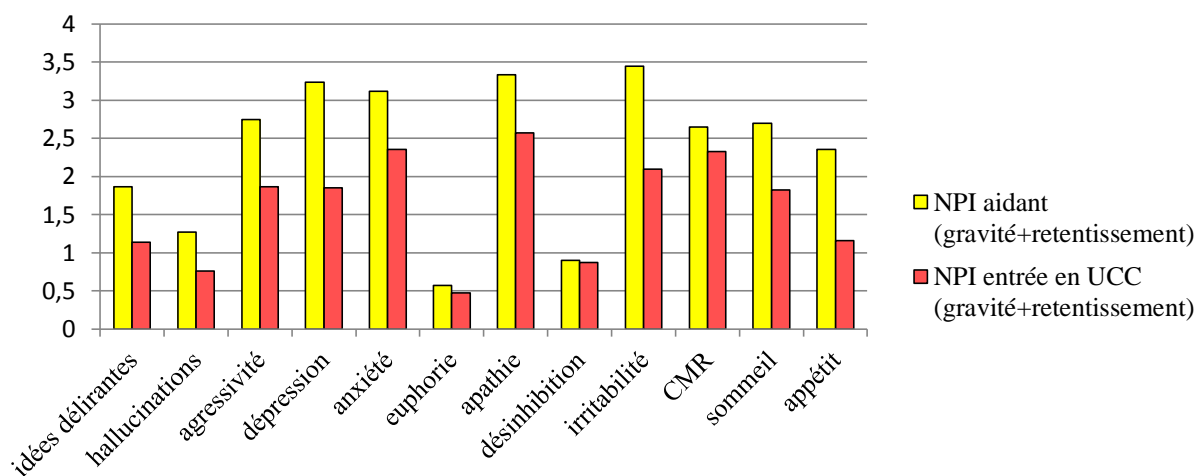


2) Nous notons également une différence entre NPI-R entrant fait par l'aidant principal et celui fait par l'équipe soignante. En général l'aidant principal estime les troubles du comportement plus importants que l'équipe soignante, autant en gravité qu'en retentissement.

Cette différence est plus marquée pour les troubles de l'appétit, la dépression et l'irritabilité.

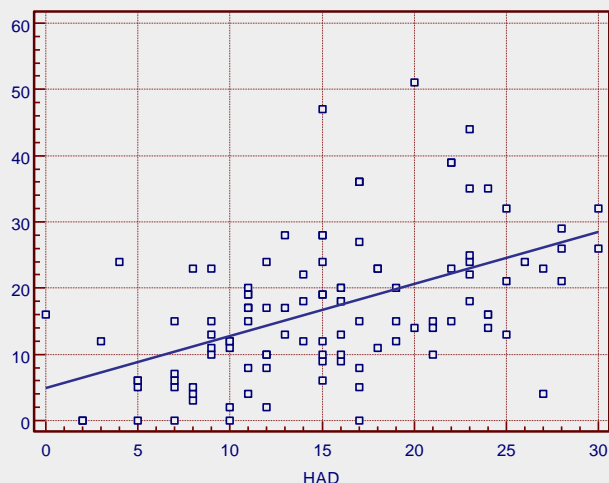
Par ailleurs, l'estimation des SPCD par l'aidant (NPI aidant) est corrélée positivement avec les scores Zarit et le score HAD mais ces corrélations restent statistiquement modérées. Il existe néanmoins une légère différence, la corrélation semble supérieure entre NPI-R aidant et HAD qu'entre NPI-R aidant et échelle de Zarit. Par contre les scores entre l'échelle de Zarit et l'HAD sont positivement et fortement corrélés.

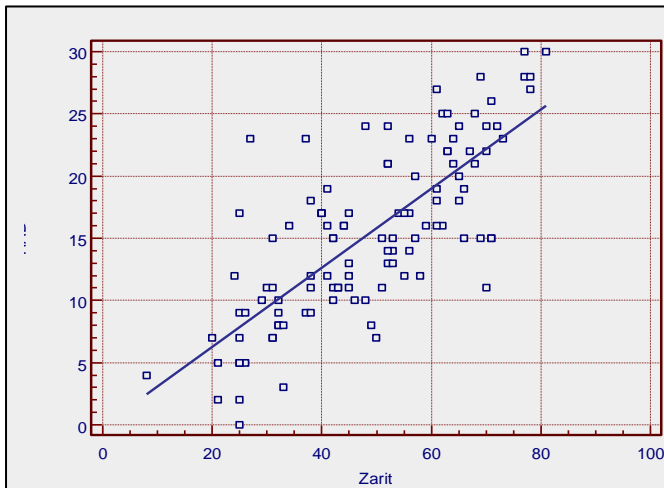
NPI-R aidant versus NPI-R entrée



Corrélation HAD et NPI aidant

- $R=0,51$ – corrélation modérée
- $p<0,0001$
- L'intervalle de confiance de 95% est pour r de 0,3475 à 0,6301
- Il s'agit d'une corrélation positive.



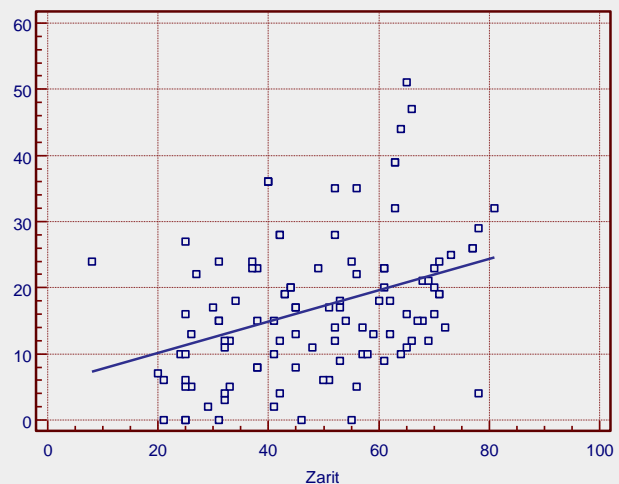


Corrélation HAD et Zarit

- $R=0,76$ – corrélation très bonne.
- $p<0,0001$
- L'intervalle de confiance de 95% est pour r de 0,6709 à 0,8299
- Il s'agit d'une corrélation positive.

Corrélation Zarit et NPI aidant

- $R=0,36$ – corrélation modérée
- $p=0,0001$
- L'intervalle de confiance de 95% est pour r de 0,1901 à 0,5164
- Il s'agit d'une corrélation positive.



Concernant l'aide familiale (112 aidants sur 140 patients) nous notons que :

- son âge moyen est de 72 ans (DS 12.4),
- dans 34.29 % ; il s'agit d'un enfant
- dans 42.14 % l'époux (se),
- dans 15.71 % des cas il n'y pas d'aidant familial.

Concernant l'aide professionnelle au lieu de résidence habituel (sur le nombre total de patients):

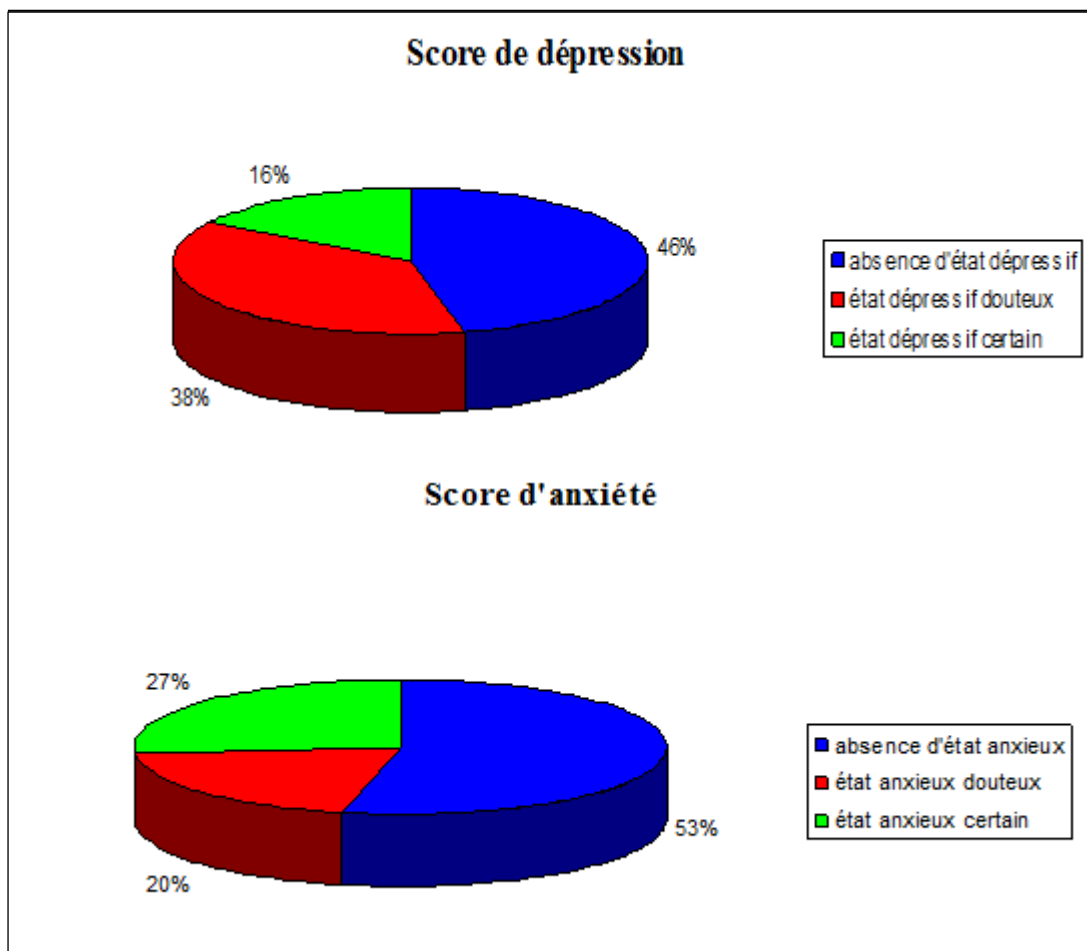
- 17% n'ont pas d'aide professionnelle,
- 1% bénéficient d'une IDE (infirmière) seule,
- 71% bénéficient d'une IDE + une aide-ménagère (ou aide-soignante en EHPAD),
- 10% bénéficient seulement d'une aide-ménagère.

Globalement le fardeau de l'aidant principal est important.

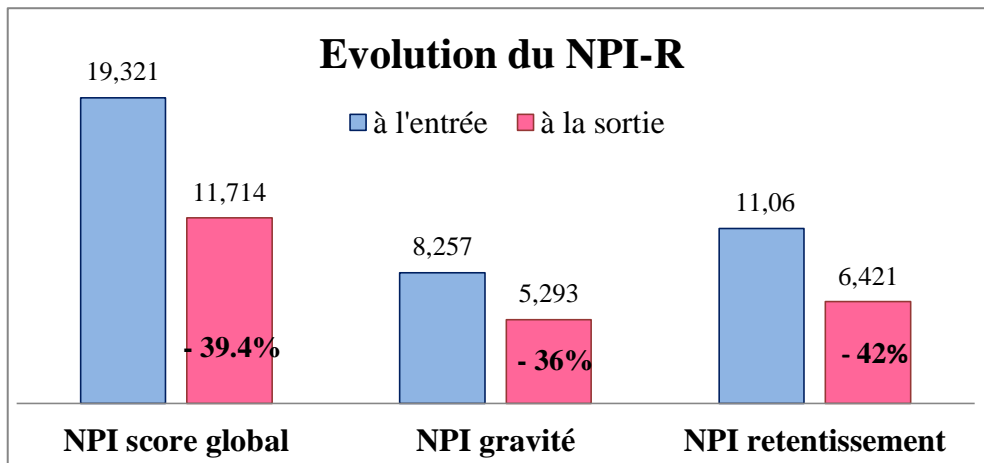
La moyenne à l'échelle de Zarit ou inventaire du fardeau est de 48.6 (écart-type 16.4).

- 2 % ont un score inférieur à 20 points (charge de travail faible ou nulle),
- 29 % ont un score inférieur à 40 points (charge de travail légère),
- 39 % ont un score inférieur à 60 points (charge de travail modérée),
- 30 % ont un score supérieur à 60 points (charge de travail importante).

Sur l'échelle HAD, la dépression est un peu plus souvent retrouvée que l'anxiété, même si en moyenne les scores de dépression cotent un peu plus bas que ceux de l'anxiété (à 7,5 contre 7,9 et score global à 15,4 (écart-type 6,8).



3) Selon les données du NPI-R entrée versus NPI-R sortie, les troubles du comportement se sont amendés au cours de l'hospitalisation avec une réduction de 36% du score de gravité et de 42% pour le score de retentissement avec un score global diminué de 39.4%,

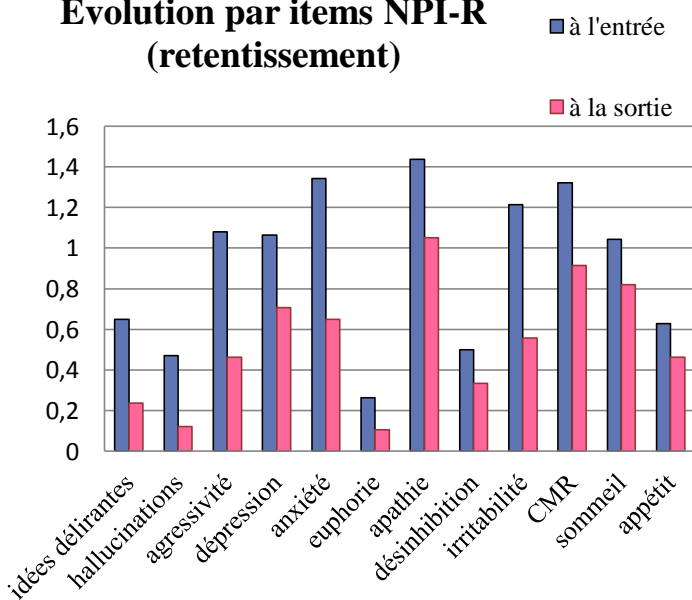


Sur le plan statistique la corrélation intra classe entre NPI-R sortie et NPI-R entrée est bonne, aussi bien en terme de gravité que de retentissement.

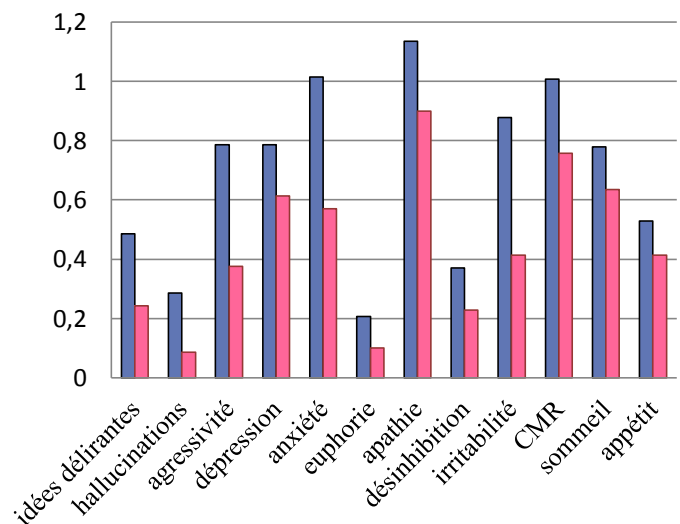
En effet l'analyse de l'évolution des troubles de comportement par item, montre qu'en moyenne tous les troubles se sont améliorés. Par ordre d'importance:

- Les hallucinations (- 80% en gravité et - 74% en retentissement),
- Les idées délirantes (- 50% en gravité et - 64% en retentissement).
- L'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité et l'euphorie ont diminué d'environ 50% en gravité comme en retentissement.
- La dépression, l'apathie, la désinhibition, le comportement moteur répétitif (CMR), les troubles du sommeil et de l'appétit ont été le moins améliorés (en moyenne entre 20 et 30%).

Evolution par items NPI-R (retentissement)



Evolution par items NPI-R (gravité)



4.6.3. Etude de la prescription des psychotropes

A l'entrée en UCC, 55% de patients étaient déjà sous neuroleptiques.

- dans 35% des cas les neuroleptiques ont été diminués
- dans 8.6% les neuroleptiques ont été arrêtés.
- chez 10% des patients les neuroleptiques ont été introduits ou leur posologie a été augmentée.

La diminution des neuroleptiques est néanmoins significativement différente si l'on raisonne en nombre de prescriptions par patient ou en modification posologique.

En effet si l'on raisonne seulement sur l'introduction ou l'arrêt de traitement par patient, il n'y a pas de différence significative (12,1 % d'introduction contre 8,6 % d'arrêt).

Il en est de même pour les benzodiazépines dont l'arrêt (7,9 %) ou l'introduction (4,3 %) ne montre pas de variation significative.

Par contre les anticholinestérasiques et/ou Mémantine et les antidépresseurs ont été augmentés de façon significative.

**Tableau 7 : Prescription psychotropes entre entrée et sortie de l'UCC
Evolution par nombre de patients prenant un traitement.**

Evolution des traitements										
	Neuroleptiques		Anticholinestérasiques ou Mémantine		Antidépresseurs		Benzodiazépines		Thermorégulateurs	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Présence entrée sortie (++)	60	42,9	71	50,7	70	50,0	69	49,3	12	8,6
Absence entrée et Présence sortie (-+)	17	12,1	2	1,4	4	2,9	6	4,3	3	2,1
Présence entrée et Absence sortie (+-)	12	8,6	10	7,1	17	12,1	11	7,9	8	5,7
Pas de traitement (--)	51	36,4	57	40,7	49	35,0	54	38,6	117	83,6
Total	140	100	140	100	140	100	140	100	140	100
Chi2	0,86207		5,33333		8,04762		1,47059		2,27273	
p	NS*		0,03		0,01		NS*		NS*	

*NS=non significatif

Par contre si l'analyse se fait sur la variation thérapeutique par patient, la diminution ou l'arrêt de la posologie des neuroleptiques est significative et va de pair avec l'augmentation des antidépresseurs, des anxiolytiques et des anticholinestérasiques et/ou Mémantine.

Cette apparente contradiction sera reprise dans la discussion.

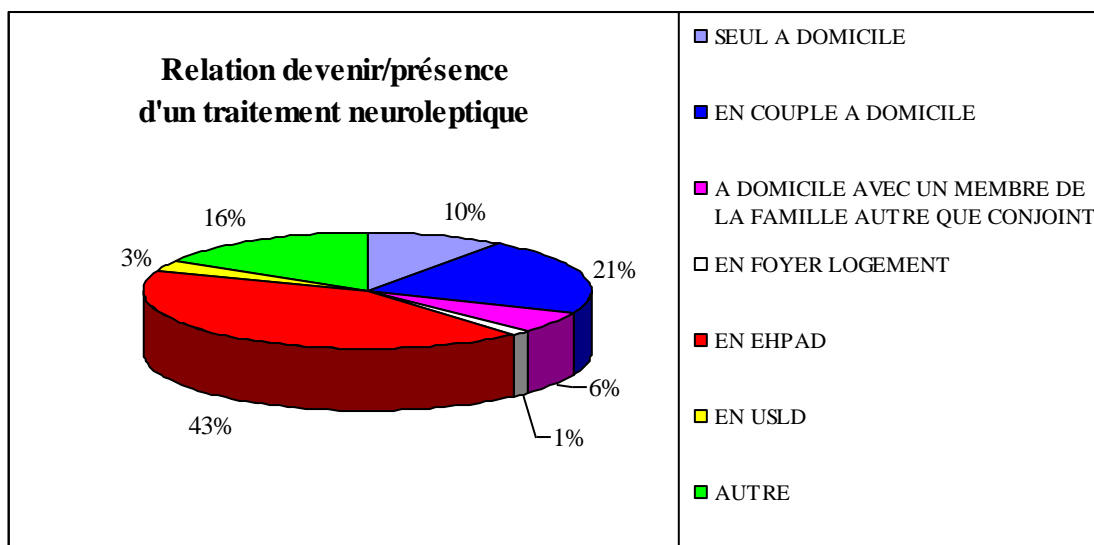
Tableau 8 : Prescription des psychotropes entre entrée et sortie de l'UCC
Evolution des traitements en quantité par patient.

Evolution des traitements										
	Neuroleptiques		Anticholinestérasiques ou Mémantine		Antidépresseurs		Benzodiazépines		Thermorégulateurs	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
même posologie	26	18,6	50	35,7	61	43,6	45	32,1	9	6,4
augmentation de la posologie	14	10,0	28	20,0	24	17,1	28	20,0	8	5,7
diminution de la posologie ou arrêt	49	35,0	5	3,6	6	4,3	13	9,3	6	4,3
pas traitement	51	36,4	57	40,7	49	35,0	54	38,6	117	83,6
Total	140	100	140	100	140	100	140	100	140	100
p	<0,0001		<0,0001		0,01		0,02		non significatif	

Interprétation : La recherche de différence se fait sur les paires discordantes, soit augmentation versus diminution.

- Ainsi pour les antidépresseurs on observe une augmentation de la dose prescrite de 17,4 % et une diminution 4,3 %. On peut donc conclure que la consommation d'anti dépresseur a augmenté de façon significative (p=0,01).
- Il en est de même pour les anticholinestérasiques et/ou Mémantine avec une augmentation de 20 % et une baisse de 3,6 % (p<0,0001), et pour les benzodiazépines avec une augmentation de 20 % et une diminution de 9,3 % (p=0,02).
- Pour les neuroleptiques, la différence est significative mais cette fois, il s'agit d'une augmentation de 10 % contre une diminution 35,0% (p<0,0001).

Lorsque l'on étudie la relation entre la prescription des neuroleptiques à la sortie du service et le devenir du patient, nous constatons que les prescriptions de neuroleptiques sont plus nombreuses chez les patients qui sont sortis soit en couple à domicile, soit en EHPAD.



4.6.4. Contention et UCC

Si 59% des patients (n=83) avaient été contentionnés dans le service précédent (tout type de contention physique), la contention physique n'a été utilisée en UCC que pour 3 patients sur 140 (soit 2.1%). Ces trois contentions ont été prescrites lors de garde par des internes n'intervenant pas habituellement dans le service et non formés spécifiquement à nos pratiques.

Tableau 9 : Prescription de contention entre le service précédent et l'UCC		
Evolution des contentions		
	Contention	
	N	%
Présence dans le service précédent et en UCC (++)	3	2,1
Absence dans le service précédent et présence en UCC (+-)	0	0
Présence dans le service précédent et absence en UCC (+-)	80	57,1
Pas de traitement (--)	57	40,7
Total	140	100
p	<0,0001	

5. Discussion

Les résultats de cette étude dont le but premier concerne l'évaluation de l'impact de l'UCC de Limoges sur les troubles du comportement portent donc sur une population de patients:

- relativement âgés : 83 ans (+/-7,8), même si des patients de moins de 50 ans y ont été admis,
- vivant majoritairement à leur domicile avant l'hospitalisation (quel que soit le service),
- en provenance essentiellement de service gériatrique, plus spécifiquement de SSRG (mettant en évidence l'inadéquation de structure classique pour ces patients),
- avec un sex-ratio de 1/1,
- présentant majoritairement une démence d'Alzheimer plus ou moins associée à une composante cérébro-vasculaire (71 %),
- dont la démence est globalement assez sévère avec un MMS moyen à 10.34 (+/- 8) et présentant dans plus d'un tiers des cas un déclin rapide,
- globalement dénutris et avec une insuffisance rénale débutante,
- sans mise en évidence d'une pathologie aiguë à l'origine de la décompensation aiguë des troubles du comportement (ce qui ne veut pas dire qu'il n'en existait pas).

Ces résultats montrent, à partir de la comparaison du NPI-R entrée et de sortie fait par l'équipe soignante, une diminution des troubles psycho-comportementaux sur tous les items aussi bien sur le plan gravité que retentissement. Cette efficacité semble plus marquée sur certains troubles comportementaux très productifs.

Concernant les troubles où l'amélioration est moindre, certaines raisons peuvent se retrouver dans le fonctionnement même de l'UCC :

- Les traitements anti dépresseurs ne sont pas à « plein » effet en fin de séjour (DMS \cong 20 jours) ;
- La désinhibition, les comportements moteurs répétitifs et certains troubles du sommeil sont tolérés dans la limite du respect des autres patients et de leur propre tolérance ;

- Les troubles de l'appétit oscillant entre boulimie et anorexie et/ou déambulation avec grignotage sont probablement des éléments à prendre en compte de façon plus importante. Effectivement sur des résultats partiels à 5 mois de cette étude nous avons déjà mis en évidence une difficulté de prise en charge et ce de façon plus marquée car à l'époque, il n'y avait aucune amélioration des troubles du comportement alimentaire. Ces résultats ont donné lieu à une première publication sous forme de poster aux Congrès National 2012 des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge des patients Alzheimer (USPALZ) (annexe n°12). Ces résultats partiels nous ont permis de porter un regard nouveau sur le fonctionnement de l'UCC concernant particulièrement les moments de repas et les conseils de la diététicienne. Pour cerner de façon plus nette, l'impact ou non sur les troubles alimentaires et leurs conséquences, il nous serait probablement nécessaire d'avoir des éléments biologiques tel que l'albuminémie mais une nouvelle fois, la DMS ne permet pas toujours cette évaluation au sein même du l'UCC.

L'efficacité sur les troubles du comportement serait plus importante encore si nous avons comparé les données NPI-R de l'aidant à l'entrée et celui de sortie fait par l'équipe soignante. Mais comme nous l'avons démontré, il existe d'emblée une discordance entre l'évaluation des aidants et celle de l'équipe dès l'entrée. Si nous nous étonnons peu de la forte corrélation retrouvée entre échelle de Zarit et HAD mettant en lien fardeau et syndrome anxio-dépressif chez l'aidant, nous sommes plus déconcertés par la corrélation, certes présente et positive, mais modérée entre ces échelles et le NPI-R d'entrée des aidants. Il y a donc autre chose, avec plusieurs hypothèses non exhaustives :

- induction des troubles du comportement par l'aidant par déni ? par non connaissance de la maladie ? dans l'histoire même de leur vie relationnelle ?
- environnement non adapté et trop limitant ?
- ?

Ces questions justifient en partie la création des UCC car c'est un lieu d'analyse des troubles du comportement, fait par des professionnels avec un comportement adapté et « adaptable » à ces patients, sans passé affectif, dans un cadre architectural adapté. Le fait même de sortir de la dynamique patient/aidant familial apporte parfois des éléments d'analyse. A noter

que les différences les plus remarquables entre l'estimation des troubles du comportement entre aidants et équipe soignante se situent aux niveaux de 3 items : dépression, irritabilité et appétit.

D'autres objectifs secondaires ont été posés dans le cadre de cette étude et méritent discussion :

1) la prescription de psychotropes et surtout de neuroleptiques :

La prescription globale des neuroleptiques et des benzodiazépines n'a pas significativement changé entre le nombre de traitements arrêtés et ceux qui ont dû être instaurés. Par contre dans l'UCC la prescription des anticholinestérasiques et/ou la mémantine ainsi que celle des antidépresseurs a significativement augmentée.

Néanmoins si l'on associe « arrêt + diminution » de la posologie des neuroleptiques, la différence est significative (35% des patients) avec par ailleurs 36.4% de patients qui n'ont jamais eu besoin d'un tel traitement.

Le paradoxe statistique se situe au niveau des benzodiazépines car s'il n'y a pas de réelle différence entre le nombre de prescriptions arrêtées et celles introduites, leur augmentation va de pair avec l'arrêt ou la baisse de neuroleptiques.

Cette apparente contradiction met en évidence la difficulté d'ajuster les thérapeutiques entre les différentes familles de psychotropes parallèlement à la mise en place des thérapies non médicamenteuses et en fonction de l'origine du trouble comportemental.

2) le devenir :

Sur les 86 % des personnes venant initialement du domicile ou d'un foyer logement avant toute hospitalisation au CHU (MCO / Urgences / SSR ou SSRG / accès direct pour répit) seulement 39% ont pu y retourner. Ceci est particulièrement sensible pour les patients vivants initialement seuls (10% de retour au domicile) et en foyer logement (2% de retour à domicile). La moitié des patients vivants en couple y retourne mais ceci est à recouper avec les hospitalisations par manque de place dans des structures adaptées, pendant l'hospitalisation du conjoint, qui dans certains cas n'a pu lui-même rejoindre son domicile, et avec le pourcentage élevé d'hospitalisation pour épuisement de l'aidant (36%).

Il nous semble que les hospitalisations pour épuisement de l'aidant ont été trop tardives avec une rupture familiale consommée.

Dans deux cas le retour à domicile a pu se faire plus facilement :

- lorsque le patient vit avec un membre de sa famille autre que son conjoint (souvent un enfant) ;
- lorsque le motif initial d'hospitalisation est un répit (80%). Ce répit permet au cours de l'hospitalisation de faire le point sur des aides supplémentaires pour le retour à domicile (IDE, aide-ménagère mais aussi accueil de jour...).

A ceux-ci se rajoutent les 6% des patients qui sont repartis en SSR ou SSRG ou en MCO (dont nous n'avons pas le devenir réel) et les 11% des patients venant d'EHPAD, tous repartis dans leur lieu d'origine.

La relation entre les prescriptions de neuroleptiques et devenir (plus de neuroleptiques chez les patients allant en EHPAD et à domicile en couple) est intéressante et peut être source de questionnement.

Nous avons conscience que ces résultats n'ont de valeur que pour le mode de fonctionnement de l'UCC de Limoges et sur la population étudiée. Nous avons donc eu envie de comparer ces résultats aux rares données disponibles actuellement, nous basant essentiellement sur celles présentées au congrès inter-UCC du 19 juin 2012 dont nous avons déjà parlé (annexe n°1).

Comme nous l'avons dit les résultats de cette enquête sur une quarantaine d'UCC montrent une certaine hétérogénéité. En ne tenant compte que des moyennes, nous remarquons que nos patients viennent plus souvent de SSR ou SSRG, notre DMS est très inférieure à la moyenne, notre pourcentage de retour à domicile très légèrement inférieur à moyenne.

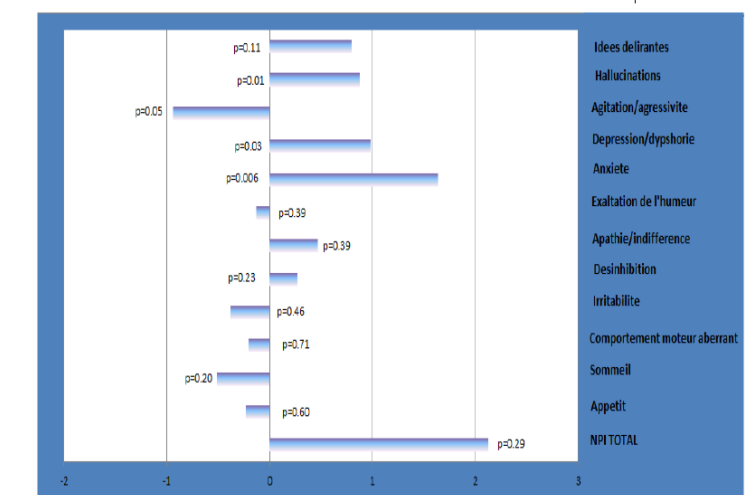
Nous ne pouvons comparer les NPI avec les NPI moyens des autres UCC car nous avons fait le choix d'utiliser pour cette étude le NPI-R, ce afin de limiter les biais liés à variabilité des aidants (conjoint, enfant, aide-ménagère).

Concernant les traitements psychotropes, il y a très peu de données. Dans l'article de Koskas et Al. faite sur une petite série de patients, il n'y a pas de baisse significative des psychotropes excepté pour les hypnotiques (55). Les anxiolytiques et antidépresseurs sont en légère augmentation et il n'y a qu'un seul arrêt de neuroleptique.

Sur l'expérience de l'UCC de Poitiers, la baisse des neuroleptiques est plus importante mais là encore associée à l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (annexe n°1).

Dans la construction de l'étude, nous n'avions pas inclus d'emblée un suivi à un mois ou trois mois à distance de l'hospitalisation afin de savoir si l'amélioration persistait ou non. De ce fait nous n'avons pas de « retour » sur tous les patients de l'étude et leurs aidants. Nous n'avons retrouvé qu'une étude sur une population de patients hospitalisés à l'UCC de Toulouse dont voici les résultats (annexe n°1) :

Différence NPI sortie vs NPI suivi



Lors de ce congrès, certaines difficultés rencontrées dans les UCC ont été relatées, voici les plus fréquentes :

DIFFICULTES FREQUEMMENT RENCONTREES (42 UCC)

Difficultés rencontrées	% d'UCC
Difficultés pour organiser la sortie	81%
Adéquation des patients par rapport à l'objectif de l'unité	64%
Difficultés liées aux troubles du comportement	60%
Architecture peu ou mal adaptée	50%
Personnel insuffisant en nombre	48%
Personnel insuffisamment formé	33%
Difficultés de recrutement des patients	7%

- « Gestion difficile par une équipe essentiellement féminine des hommes perturbateurs/ situation de violences régulières »
- « Service considéré parfois comme une "agence de placement"!!!!!!! »
- « Patients reçus trop tardivement at maladie très évoluée et rien n'a été anticipé »
- « Méconnaissance par tous les autres secteurs de la spécificité de cette unité malgré une large communication »
- «Les patients qui sont retournés en SSR sont les patients en attente d'une place en EHPAD (manque important de places sur le secteur géographique. »

Enquête DGOS – SFGG 2011

6. Conclusion

La prise en charge des troubles de comportement de la démence a fait partie des axes du Plan Alzheimer 2008-2012. C'est dans ce cadre qu'ont été créées les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC). Les troubles de comportement requièrent une analyse globale de la situation (médicale, psychiatrique, sociale) et une prise en soins individualisée. Leur traitement le plus approprié, mais pas le moins coûteux, serait un soignant compétent auprès du patient.

L'objectif principal de l'hospitalisation dans ces unités est une amélioration des troubles de comportement, lui permettant éventuellement de retrouver son lieu de vie antérieur, pour une meilleure qualité de vie du patient et de son aidant.

Les résultats de notre étude montrent que l'UCC est efficace sur les troubles de comportement, en particuliers productifs. Le score global du NPI-R diminue de 39.4%, le score gravité de 36%, et celui du retentissement de 42%. Les troubles qui semblent être mieux améliorés sont les hallucinations et les idées délirantes, ainsi que dans un second temps l'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité et l'euphorie, donc des troubles très perturbateurs.

Ce travail nous a donc amenés à réfléchir sur nos pratiques et à réajuster nos missions :

- il prouve l'utilité de ce type de structures spécialisées,
- il permet à l'équipe de l'UCC de Limoges d'évaluer ses pratiques, de trouver les points faibles et d'améliorer ses points forts,
- il permet également de se faire connaître par les médecins généralistes qui s'occupent au quotidien de ces patients et leurs aidants.

En effet, cette étude nous a conduits à analyser le recrutement des patients. Les possibilités de retour à domicile, excepté pour répit ont été limitées, car il est apparu que les hospitalisations se sont faites souvent trop tardivement, avec un épuisement majeur des aidants.

Après ce constat, l'information de l'ouverture de cette structure et de ses missions données plus largement aux consultations mémoires et aux médecins généralistes, devrait permettre d'augmenter le retour à domicile grâce à une prise en charge plus précoce, avant la rupture, avec la mise en place d'aides à domicile, l'organisation de journées en accueil de jour, un soutien aux aidants et un partage de l'expérience de l'équipe spécialisée avec les intervenants ultérieurs.

7. Références bibliographiques

1. Mangin N. L'orientation topographique normale et ses perturbations au cours de la maladie d'Alzheimer. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université Henri Poincaré, Nancy 1. 2010.
2. Vecchierini M.-F. Les troubles du sommeil dans la démence d'Alzheimer et autres démences. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2010 ; 8 (1) : 15-23
3. Kerhervé H. Du domicile à l'institution : évaluation du stress et du soutien par les conjoints et les enfants accompagnant un proche atteint de Maladie d'Alzheimer. Thèse de Doctorat de Psychologie clinique. Université Paris Ouest Nanterre la Défense. Avril 2010
4. Robert Ph. Les troubles du comportement au cœur du problème de santé publique. *Tribunes, adsp* n° 65 déc. 2008
5. La lettre des unités de soins Alzheimer N°25. Supplément de la Lettre Mensuelle de l'Année Gériatologique. Janvier 2010. I.S.S.N. 1146-0318
6. Lonergan E.T., Luxenberg J, Colford J. Haloperidol for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002852.
7. International Psychogeriatric Association. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). Northfield: IPA; 2003.
8. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44(12):2308-14.
9. Robert PH, Medecin I, Vincent S, Staccini P, Cattelin F, Goni S. L'inventaire Neuropsychiatrique : validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez le sujet dément. *L'Année Gériatologique* 1998;5:63-87.
10. HAS. Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Mai 2009.

11. Dubois B. Agitation et agressivité dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Editorial. Paris 2011
12. Marin RS. Apathy : a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatry* 1991 ; 3 : 243-54.
13. Derouesné C. Le concept d'apathie : intérêt et limites. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, Numéro 1, 19-28, Mars 2004.
14. Godard M, et al. Approche gériatrique des troubles du sommeil. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2010 ; 8 (4) : 235-41
15. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, et al. Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer: résultats de l'étude REAL.FR. *Rev Med Interne* 2003;24(Suppl. 3):319s-24s.
16. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Bravi D, Calvani M, Carta A. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1996; 153(11):1438-43.
17. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000; 157(5):708-14.
18. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146(5):577-87.
19. Jost Bc, et al. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study. *J Am Geriatr Soc*. 1996 Sep;44(9):1078-81
20. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005; 162(11):2022-30.
21. Derouesné C, Piquard A, Thibault S, Baudouin-Madec V, Lacomblez L. Les manifestations non cognitives de la maladie d'Alzheimer. Étude de 150 cas à l'aide d'un questionnaire rempli par le conjoint. *Rev Neurol (Paris)* 2001 ; 157 : 162-77.
22. Wilson RS, Krueger KR, Kamenetsky JM, Tang Y, Gilley DW, Bennett DA, et al. Hallucinations and mortality in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 984-90.

23. Schonefeld L., King-Kallimanis B., Brown L.M., et al. Wanderers with cognitive impairment in department of veterans affairs nursing home units. *Journal of the American Geriatrics Society*, Mai 2007, 55(5): 692-699
24. Klein D.A., Steinberg M., Galik E., et al. Wandering behavior in community-residing person with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 1999, 14(4): 272-279
25. Villars H., Soto M-E., Nourhashemi F., et al. Prise en charge des complications de la maladie d'Alzheimer : mise au point. *Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, 2008, 6(2): 91-98
26. Derouesné C. Troubles psychotiques et maladie d'Alzheimer. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol. 4, n° 1, mars 2006
27. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(9):829-38.
28. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293(5):596-608.
29. Loretta R, Torre P, Antonello RM, Cazzato G, Bava A. Frontotemporal dementia: paroxetine as a possible treatment of behavior symptoms. A randomized, controlled, open 14-month study. *Eur Neurol* 2003;49(1):13-9.
30. Schneider LS, Pollock VE, Lyness SA. A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(5):553-63.
31. Konovalov S, Muralee S, Tampi RR. Anticonvulsants for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr* 2008; 20(2):293-308.
32. HAS. Bon usage des médicaments. Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne. Janvier 2009.
33. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Recommandation Anesm. Février 2009.
34. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.

35. HAS. Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels. Février 2010.
36. Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
37. Andrieu, S., Bocquet, H., Ankri, J., Gillette-Guyonnet, S., Nourhashemi, F., Salva, A., et al. (2005). Evolution de l'aide informelle apportée aux patients présentant une maladie d'Alzheimer à un an. Dans *Maladie d'Alzheimer et Déclin Cognitif* (Vol. 10, pp. 183-193). Serdi Edition.
38. Samitca S. Les "secondes victimes" : vivre au quotidien auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Sciences Sociales et Santé* (2004). 22 (2), 75-94.
39. Andrieu, S., & Bocquet, H. (1999). "le Burden" Un indicateur spécifique pour les aidants familiaux. *Gérontologie et Société*, 89(juin 99), 155-166.
40. Braithwaite, V. Caregiving Burden: Making the Concept Scientifically Useful and Policy Relevant. *Research on Aging*, (1992). 14(1), 3-27.
41. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective burden. *Fam Relations* 1985; 34: 19-26.
42. Andrieu, S., Balardy, L., Gillette-Guyonnet, S., Bocquet, H., Cantet, C., Albarède, J. L., et al. (2003). Charge ressentie par les aidants informels de patients atteints de la maladie d'Alzheimer au sein de l'étude REAL.FR : méthode de mesure et facteurs associés. *La revue de Médecine Interne*, 24, 351-359.
43. Gilleard CJ, Boyd WD, Watt G. Problems in caring for the elderly mentally infirm at home. *Arch Gerontol Geriatr* 1982; 1: 151-158.
44. Zarit SH, Todd PS, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26: 260-266.
45. Morris RG, Morris LW, Britton PG. Factors affecting the wellbeing of the carers of dementia sufferers. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 147-156.
46. Brodaty H, Hadzi-Pavlovic D. Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24: 351-361.
47. Vitaliano PP, Russo J, Young HM, et al. Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 1991; 6: 392-402.

48. Brodaty H. Carers: training informal carers. Dans : Advances in psychogeriatrics. Arie T (éd.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992.
49. P. Thomas, C. Hazif Thomas. Les aidants familiaux dans le quotidien de la démence, la place de l'aide aux aidants. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. Décembre 2007. Tome XIV. N°140.
50. S. Durieux. Art et démences. Etude des productions artistiques chez les patients atteints de démences dégénératives. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de médecine. Université de Limoges. Octobre 2008.
51. Waldemar, G., B. Dubois, et al. (2007). "Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline." Eur J Neurol 14(1): e1-26.
52. Rascovsky K et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain. 2011 ; 134(Pt 9):2456-77.
53. Mesulam MM Primary progressive aphasia. Ann Neurol. 2001 Apr; 49(4):425-32.
54. Snowden JS, Goulding PJ, Neary D. Semantic dementia: a form of circumscribed atrophy. Behav Neurol 1989; 2 : 167-82.
55. Koskas P., Belqadi S., Mazouzi S., Daraux I., Drunat O. Expérience d'une unité pilote (unité cognitivo-comportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Revue neurologique 167 (2011) 254-259.
56. Noblet-Dick M. Etat des lieux des UCC. Sur la base des résultats de l'enquête DGOS-SFGG 2011. Présentation faite pour la journée d'échanges inter-UCC. Paris. Juin 2012. Consultable en ligne sur : <http://www.sfgg.fr/missions/groupes-de-travail/groupe-ucc-en-ssr>
57. Voisin T. Le profil des malades admis en UCC. Présentation faite pour la journée d'échanges inter-UCC. Paris. Juin 2012. Consultable en ligne sur : <http://www.sfgg.fr/missions/groupes-de-travail/groupe-ucc-en-ssr>
58. Carpa N, Chatenet E, Lecante S, Bernard-Bourzeix L. Unité Cognitivo- Comportementale: Impact sur les troubles du comportement et le devenir ? Congrès National des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge des patients Alzheimer (USPALZ). Paris. Décembre 2012.

8. Annexes

Annexe 1 : Exemples d'autres UCC.....	p.76-80
Annexe 2: Les critères diagnostiques de démence.....	p.81
Annexe 3: Les critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer.....	p.82
Annexe 4: Les critères diagnostiques de la Démence Fronto-Temporale (DFT) :	
a) Critères diagnostiques révisés de la variante comportementale de la DFT.....	p.83
b) Critères diagnostiques de l'aphasie progressive non fluente.....	p.84
c) Critères consensuels de l'aphasie sémantique et agnosie associative.....	p.85
Annexe 5: Les critères diagnostiques de la démence à corps de Lewy.....	p.86
Annexe 6: NPI-R.....	p.87
Annexe 7: Echelle Zarit.....	p.93
Annexe 8: Echelle HAD.....	p.94
Annexe 9: MMSE.....	p.95
Annexe 10 : Consentement.....	p.96
Annexe 11 : Résultats statistiques.....	p.97-109
Annexe 12 : Résultats de l'étude à 5 mois.....	p.110

Annexe 1 : Exemples d'autres UCC (55) (56) (57)

ORIGINE DES MALADES (36 UCC)

Patients dirigés par :	%	Intervalle
Service de court séjour gériatrique	25%	0 à 60%
Médecins généralistes / Domicile	23%	2 à 50%
Services MCO autre	16%	0 à 33%
EHPAD	11%	0 à 70%
Consultation mémoire / Consultation comportement	10%	0 à 33%
Services de SSR	7%	0 à 80%
Urgences	2%	
Autre (Psychiatrie, USLD, Long Séjour, HAD)	3%	
Autres (non précisés par les ucc)	3%	
	100%	

Durée moyenne de séjour (36 ucc) : 36,8 jours

DESTINATIONS A LA SORTIE (38 UCC)

Patients dirigés vers :	%
Retour à domicile	42%
Entrée en EHPAD	27%
Retour en EHPAD	12%
Transfert en MCO	7%
Transfert SSR	6%
Décès	3%
USLD	2%
Transfert en psychiatrie	1%
	100%

Lecture : 42% des patients retournent à leur domicile à la sortie de l'UCC

Autres destinations : foyer logement- R.P.A., familles d'accueil, UHR, soins palliatifs, transfert autres CH.....

TYPOLOGIE DES PATIENTS ACCUEILLIS

Caractéristiques des patients accueillis en UCC (41 UCC)	%	Intervalle
Une démence	93%	80 à 100%
Une autonomie pour la marche	70%	60 à 100%
Un trouble du comportement perturbateur	63%	40 à 78%
Une affection psychiatrique du sujet âgé	24%	0 à 50%
Un Syndrome confusionnel	18%	0 à 68%

Lecture : 93% des patients accueillis souffrent de démence

Nbre de séjours : 8 046
Nbre de patients : 7 020

NPI SOIGNANT MOYEN (27 UCC)

NPI Soignant moyen mesuré à l'entrée : **32,42**

NPI Soignant moyen mesuré à la sortie : **18,98**

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE
(étude sur les 20 derniers dossiers terminés) (40 UCC)

Objectifs :	%
Amélioration du comportement	77%
Gestion d'une situation de crise	65%
Répit pour les aidants	42%
Poser l'indication d'une entrée en institution	37%
Bilan diagnostique	32%
Attente de place en institution	28%
Prise en charge d'une pathologie aiguë chez un patient dément	26%

Autres objectifs cités :

- Correction d'une dénutrition,
- Rééducation à la marche, post-orthopédie,
- Accompagnement des aidants
- fin de vie
- ...

PROFIL DES PATIENTS (40 UCC)

- L'âge de 42 à 105 ans.
- Pour les plus jeunes de 42 à 75 ans.

61% de femmes en moyenne
 (grande variation parfois inverse 40 vs 60%)

DUREE MOYENNE DE SEJOUR (42 UCC) : 36,4 JOURS

	Nbre UCC	%
- 20 jours	4	10%
de 20 à 29 jours	9	21%
de 30 à 39 jours	9	21%
+ 40 jours	16	38%
Non réponse	4	10%
	42	100%

DMS par UCC

Un exemple d'UCC



Brève communication

Expérience d'une unité pilote (unité cognitivocomportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Behavioral and psychological symptoms of dementia in a pilot psychogeriatric unit: Management and outcomes

P. Koskas*, S. Belqadi, S. Mazouzi, J. Daraux, O. Drunat

Service de psychogériatrie, hôpital Bretonneau, 23, rue Joseph-de-Maistres, 75018 Paris, France

Description de la population

- 52 patients (38 femmes, 14 hommes)
- Âge moyen: 82,07 +/- 7,84
- 48 vivaient à leur domicile
- Provenance: 18 du domicile, 30 transférés d'un autre service hospitalier et 4 d'une EHPAD.
- La DMS était de 31 +/- 21 j.
- MMS moyen: 12,19 +/- 7,37
- NPI moyen à l'entrée 27,75 +/- 12,05. Les symptômes prédominants étaient l'agitation/l'agressivité, les comportements moteurs aberrants et les troubles du sommeil.
- Le score moyen d'ADL à l'entrée était 1,48 +/- 1,62.
- Nombre moyen de psychotropes à l'entrée 2,05 et à la sortie de 2,65(p=0,3).

Tableau 1 – Typologie des patients en fonction du NPI¹ et évolution.
NPI profiles of UCC patients and outcome.

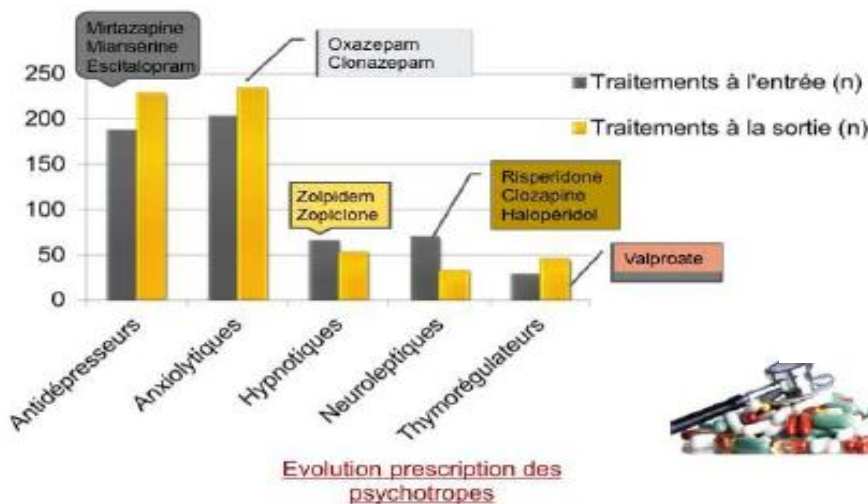
	UCC ² 52 patients Initial (%)	UCC ² 52 patients Final (%)	Valeur de p (p value)
Agitation, agressivité (Agitation/Aggressiveness)	42 (81)	26 (50)	0,009
Anxiété (Anxiety)	33 (63)	20 (38)	0,014
Dépression (Depression)	14 (27)	6 (12)	0,04
Idées délirantes (Delusion)	19 (36,5)	13 (25)	0,16
Comportements moteurs aberrants (Aberrant motor behavioural)	35(67)	19 (37)	0,0001
Troubles de l'appétit (Appetite/eating change)	8 (15)	4 (8)	0,21
Hallucinations (Hallucinations)	11 (21)	9 (17)	0,61
Troubles du sommeil (Night-time behavioural)	31 (60)	20 (38)	0,0001
Désinhibition (Disinhibition)	11 (21)	6 (12)	0,09
Irritabilité (Irritability/lability)	12 (23)	5 (9,6)	0,02
Apathie (Apathy)	3 (5,7)	3 (5,7)	Non significatif
Euphorie (Euphoria)	0	0	Non significatif

¹ Neuropsychiatric inventory ; ² unité cognitivocomportementale.

Tableau 2 – Nombre de patients sous psychotropes.
Numbers of patients taking psychotropic drugs.

	Initial (nombre de patients, [%])	Final (nombre de patients, [%])	Valeur de p (p value)
Antidépresseurs	24 (46)	30 (57,6)	0,23
Anxiolytiques	31 (59,6)	35 (67,3)	0,08
Neuroleptiques	23 (44,2)	22 (42,3)	0,07
Thymorégulateurs	9 (17,3)	12 (23)	0,44
hypnotiques	20 (38,5)	35 (67,3)	0,003
Inhibiteur acétyl cholinestérase	7 (13,5)	7 (13,5)	1

Exemple évolution des TTM (UCC Poitiers)

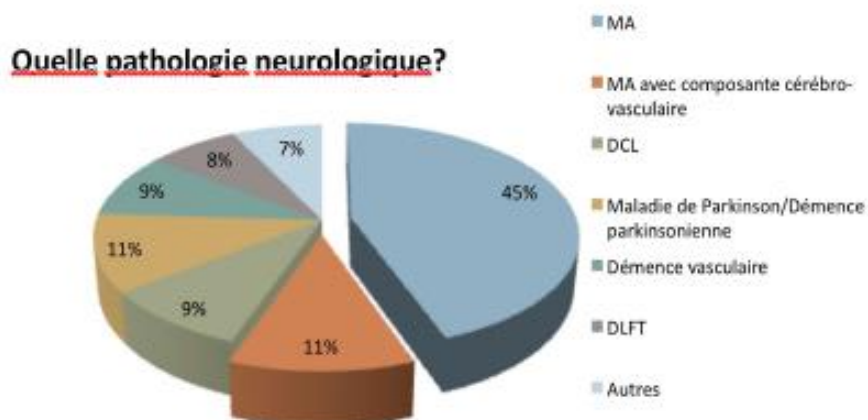


Probablement des variations en fonction population accueillie en UCC
Journée d'échanges inter- UCC, 29 Juin 2012 Paris

Description population: UCC Toulouse

- Sur 101 patients.
- âge moyen 81 ans (+/- 8,8), 60% sont des femmes.
- 2/3 des patients vivent en EHPAD, et la plupart regagnent leur lieu de vie à la sortie du service.
- La durée moyenne d'hospitalisation pour notre étude est de 39 jours (+/- 26).
- NPI moyen (12 items) à l'entrée est de 42,4 et de 25,5 à la sortie.

Les pathologies



6% des patients présentent une co-morbidité neurologique et psychiatrique

Annexe 2 : Les critères diagnostiques de démence

Selon le DSM IV-TR {*American Psychiatric Association, 2000*} (50)

A/ Apparition de déficits cognitifs multiples comme en témoignent :

1. Une altération de la mémoire à court terme.
2. Une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes :
 - **aphasie** (perturbation du langage),
 - **apraxie** (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes),
 - **agnosie** (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
 - **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 importante du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C/ La perturbation est la conséquence physiologique directe de l'une des affections médicales générales figurant sur la liste ci-dessous (mise en évidence par l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires).

- due à la maladie liée au VIH,
- due à un traumatisme crânien,
- due à la maladie de Parkinson,
- due à la maladie de Huntington,
- due à la maladie de Pick,
- due à la maladie de Creutzfeldt-Jakob,
- due à d'autres affections médicales générales,
- due à une cause non spécifiée.

D/ Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale

Annexe 3 : Les critères diagnostiques de la maladie d'Alzheimer

Critères proposées par DUBOIS : (51)

MALADIE D'ALZHEIMER PROBABLE (Critère A + l'un ou plusieurs des critères secondaires B, C, D ou E)

CRITERES MAJEURS

A. Un trouble de mémoire épisodique initial, constitué par :

- Des troubles de mémoire fonctionnels progressifs rapportés par le patient ou l'entourage depuis au moins six mois
- La mise en évidence d'un trouble de mémoire épisodique significatif dans les tests avec un déficit de rappel non significativement amélioré ou non normalisé en situation d'indigence ou de reconnaissance, alors que l'encodage initial de l'information a été contrôlé
- Les troubles de la mémoire épisodique peuvent être isolés ou associés à d'autres troubles cognitifs

B. Une atrophie des structures temporales internes :

- Atrophie hippocampique, entorhinale ou amygdalienne mise en évidence en IRM par échelle visuelle qualitative ou par volumétrie quantitative, en référence à des sujets témoins de même âge

C. Une modification du taux de bio-marqueurs dans le LCR :

- Diminution des taux d'A β 1-42 et/ou augmentation de la concentration totale de protéine Tau ou de phospho-Tau.
- Modification de tout autre marqueur validé dans le futur

D. Un profil spécifique à la TEMP ou à la TEP :

- Diminution du métabolisme du glucose dans les régions temporo-pariétales bilatérales
- Toute autre anomalie de distribution de ligand validée dans l'avenir

E. Une mutation autosome dominante dans la famille directe

CRITERES D'EXCLUSION liés :

• Au mode d'installation :

- Début brutal
- Survenue précoce de troubles de la marche, de crises comitiales, de troubles comportementaux

• À la présentation clinique :

- Déficit neurologique focal : hémiparésie, troubles sensoriels, déficit du champ visuel
- Signes extrapyramidaux précoces

• À l'existence de conditions médicales pouvant rendre compte, à elles seules, des troubles de mémoire ou cognitifs :

- Démences non Alzheimer
- Dépression majeure
- Pathologie cérébro-vasculaire
- Troubles métaboliques ou toxiques
- Anomalies IRM en FLAIR ou en T2 dans la région temporale interne, évoquant une atteinte infectieuse ou vasculaire

CRITERES POUR LA MALADIE D'ALZHEIMER DEFINIE : si les deux critères suivants sont présents

- Le critère A
- L'existence d'une preuve histologique (biopsie corticale ou autopsie) ou génétique (mutation génétique sur le chromosome 1,14 ou 21) de MA

Annexe 4: Critères diagnostiques de la Démence Fronto-Temporale

a) Critères diagnostiques révisés de la variante comportementale de la Démence Fronto-Temporale

D'après Rascovsky K et al. 2011 (52)

DFT possible :

Détérioration progressive du comportement et/ou de la cognition sur la base du suivi ou de l'interrogatoire. Trois des symptômes comportementaux/cognitifs (A-F) doivent être présents. Ces symptômes doivent être persistants ou récurrents, plutôt qu'isolés ou rares.

- A. Désinhibition comportementale précoce (un des symptômes doit être présent)
 - ✓ Comportement social inapproprié
 - ✓ Perte des convenances ou de politesse
 - ✓ Actes impulsifs, irréfléchis, voire imprudents
- B. Apathie et/ou Inertie précoce
- C. Perte de sympathie ou d'empathie précoce (un des symptômes)
 - ✓ Réponse diminuée aux besoins et sentiments des autres personnes
 - ✓ Désintérêt social, altération des relations interpersonnelles, émoussement affectif.
- D. Comportement persévératif, stéréotypé et/ou compulsif/obsessionnel précoce.
 - ✓ Mouvements répétitifs simples
 - ✓ Comportements complexes compulsifs, rituels
 - ✓ Stéréotypies verbales
- E. Hyperoralité et changement des habitudes alimentaires (un des symptômes)
 - ✓ Modifications des goûts alimentaires
 - ✓ Gloutonnerie, consommation aggravée d'alcool ou de cigarettes
- F. Profil neuropsychologique : (tous les symptômes)
 - ✓ Déficit des fonctions exécutives
 - ✓ Respect relatif de la mémoire épisodique
 - ✓ Respect relatif des fonctions visuo-spatiales

b) Critères diagnostiques de l'aphasie progressive non fluente (Aphasie progressive primaire)

Critères diagnostiques de Mesulam, 2001 (53)

- Apparition insidieuse et évolution progressive d'un manque du mot, d'une difficulté à dénommer un objet ou à comprendre les mots au cours d'une conversation ou d'une évaluation formelle du langage
- Activités quotidiennes limitées en relation avec le trouble du langage pendant au moins 2 ans
- Fonctions langagières pré morbides normales
- Pendant les 2 premières années, absence d'autre trouble cognitif, en dehors d'une acalculie ou d'une apraxie idéomotrice
- Après les 2 ans, le langage reste le secteur le plus altéré et s'aggrave plus vite que les autres domaines
- Absence d'AVC ou de tumeur à l'imagerie cérébrale

c) Critères consensuels de l'aphasie sémantique et agnosie associative (démence sémantique) (50) (54)

- Début insidieux et évolution progressive
- Trouble du langage caractérisé par
 - Un discours fluent mais vide (répertoire limité)
 - La perte du sens des noms se traduisant par un trouble de dénomination et de compréhension des mots.
 - Des paraphasies sémantiques
- Trouble agnosique caractérisé par
 - Une prosopagnosie et/ou
 - Une agnosie associative
- Préservation des tests perceptifs : appariement de formes, reproduction de dessins
- Préservation de la répétition des mots isolés
- Préservation de la lecture et de l'écriture des mots réguliers

Au même titre que les autres dégénérescences lobaires fronto-temporales, absence d'amnésie précoce, de désorientation spatiale.

Annexe 5: Les critères diagnostiques de la démence à corps de Lewy

Selon la troisième conférence de consensus internationale publiée en 2006. (50)

Ces critères permettent le diagnostic de démence à corps de Lewy (DCL) probable ou possible à l'aide d'un critère central obligatoire, de 3 critères majeurs et de 3 manifestations suggestives.

CRITERE CENTRAL OBLIGATOIRE (INDISPENSABLE POUR LE DIAGNOSTIC)

- Syndrome démentiel, c'est-à-dire déclin cognitif d'amplitude suffisante pour interférer avec la vie sociale et les activités de la vie courante, avec prédominance habituelle de troubles de l'attention, des fonctions exécutives et des capacités visuo-spatiales
- Atteinte mnésique devenant habituellement évidente avec la progression de la maladie, mais parfois absente à un stade précoce

CRITERES MAJEURS

- Fluctuations cognitives avec variations prononcées de l'attention et de la vigilance
- Hallucinations visuelles récurrentes, typiquement élaborées et détaillées
- Syndrome extrapyramidal spontané

MANIFESTATIONS SUGGESTIVES

- Troubles du sommeil paradoxal (se traduisant par une agitation nocturne)
- Hypersensibilité aux neuroleptiques
- Déficit dopaminergique mis en évidence par une diminution de la fixation du transporteur de la dopamine en Dat Scan ou TEP au niveau des ganglions de la base.

En présence du critère central obligatoire :

- Le diagnostic de DCL probable peut être porté s'il existe au moins 2 critères majeurs ou s'il existe un critère majeur et au moins une manifestation suggestive.
- Le diagnostic de DCL possible peut être porté s'il existe au moins 1 critère majeur ou, en l'absence de critère majeur, s'il existe au moins une manifestation suggestive.
- Le diagnostic de DCL probable ne peut pas être porté s'il n'existe que des manifestations suggestives.

Annexe 6 : NPI-R

NPI - R

Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

Nom du patient :

Age :

Date de l'évaluation :

Le but de l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence, la gravité et le retentissement des troubles du comportement.

Le NPI permet d'évaluer 12 types de comportement différents.

PRESENCE :

La présence de chaque trouble du comportement est évaluée par une question.

Les questions se rapportent aux **changements** de comportement du patient qui sont apparus depuis le début de la maladie ou depuis la dernière évaluation.

Si le sujet (votre femme, votre mari, ou la personne que vous aidez) ne présente pas ce trouble, entourez la réponse **NON** et passez à la question suivante.

GRAVITE :

Si le sujet présente ce trouble entourez la réponse **OUI** et évaluez la GRAVITE du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

1. Léger : changement peu perturbant
2. Moyen : changement plus perturbant
3. Important : changement très perturbant

RETENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement qui est présent, il vous est aussi demandé d'évaluer le RETENTISSEMENT, c'est-à-dire à quel point ce comportement est éprouvant pour vous, selon l'échelle suivante.

0. Pas du tout
1. Minimum
2. Légèrement
3. Modérément
4. Sévèrement
5. Très sévèrement, extrêmement

NPI - R
Inventaire NeuroPsychiatrique - Réduit

RECAPITULATIF

Nom du patient :

Age:

Date de l'évaluation :

Type de relation avec le patient :

X très proche/ prodigue des soins quotidiens

X proche/ s'occupe souvent du patient

X pas très proche/ donne seulement le traitement ou a peu d'interactions avec le patient

Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

NA = question inadaptée (non applicable)

IDEES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Est-il/elle vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

HALLUCINATIONS

«Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ?

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

AGITATION / AGRESSIVITÉ

« Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse de coopérer ou ne laisse pas les gens l'aider ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément 3
Minimum 1	Sévèrement 4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmement 5

DEPRESSION / DYSPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ?
Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

ANXIETE

« Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou a-t-il/elle du mal à rester en place ? A-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? (Il ne s'agit pas de la joie tout à fait normale que l'on éprouve lorsque l'on voit des amis, reçoit des cadeaux ou passe du temps en famille). Il s'agit plutôt de savoir si le patient/la patiente présente une bonne humeur anormale et constante, ou s'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

APATHIE / INDIFFERENCE

« Le patient/la patiente semble-il/elle montrer moins d'intérêt pour ses activités ou pour son entourage ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément	3
Minimum 1	Sévèrement	4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmement	5

DESINHIBITION

« Le patient/la patiente semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ?
Dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément	3
Minimum 1	Sévèrement	4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmement	5

IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ?
Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger Changement peu important	2 – Moyen Changement plus important	3 – Important Changement très important
--	---	---

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout 0	Modérément	3
Minimum 1	Sévèrement	4
Légèrement 2	Très sévèrement, extrêmement	5

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

« Le patient/la patiente fait-il/elle les cent pas, refait-il/elle sans cesse les mêmes choses comme par exemple ouvrir les placards ou les tiroirs, ou tripoter sans arrêt des objets ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout **0**

Modérément

3

Minimum **1**

Sévèrement

4

Légèrement **2**

Très sévèrement, extrêmement

5

SOMMEIL

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil ?

(Ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)

Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou dérange votre sommeil ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout **0**

Modérément

3

Minimum **1**

Sévèrement

4

Légèrement **2**

Très sévèrement, extrêmement

5

APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires ?

(Coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir)

Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON (score = 0) Passez à la question suivante **OUI** Évaluez la gravité **NA** = question non applicable

GRAVITE

1 – Léger

Changement peu important

2 – Moyen

Changement plus important

3 – Important

Changement très important

RETENTISSEMENT A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ?

Pas du tout **0**

Modérément

3

Minimum **1**

Sévèrement

4

Légèrement **2**

Très sévèrement, extrêmement

5

Annexe 7 : Echelle de ZARIT

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

Annexe 8 : Echelle HAD

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi et Coll, Ardix Médical.

Annexe 9 : MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date :	
Évalué(e) par :	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

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 complète 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 ? | <input type="text"/> | 4. Quel jour du mois ? | <input type="text"/> |
| 2. en quelle saison ? | <input type="text"/> | 5. Quel jour de la semaine ? | <input type="text"/> |
| 3. en quel mois ? | <input type="text"/> | | |

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

- | | |
|--|----------------------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | <input type="text"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input type="text"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | <input type="text"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | <input type="text"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | <input type="text"/> |

APPRENTISSAGE

☞ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|----------------------|
| 11. Cigare | | [citron | | [fauteuil | <input type="text"/> |
| 12. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | <input type="text"/> |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | <input type="text"/> |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

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

☞ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

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

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|----------------------|
| 19. Cigare | | [citron | | [fauteuil | <input type="text"/> |
| 20. fleur | ou | [clé | ou | [tulipe | <input type="text"/> |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | <input type="text"/> |

LANGAGE

- | | | |
|--|--------------------|----------------------|
| 22. quel est le nom de cet objet? | Montrer un crayon. | <input type="text"/> |
| 23. Quel est le nom de cet objet | Montrer une montre | <input type="text"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | | <input type="text"/> |

☞ 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 » (consignes à formuler en une seule fois) :

- | | |
|---|----------------------|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | <input type="text"/> |
| 26. Pliez-la en deux. | <input type="text"/> |
| 27. et jetez-la par terre ». | <input type="text"/> |

☞ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 28. «faites ce qui est écrit ». | <input type="text"/> |
|---------------------------------|----------------------|

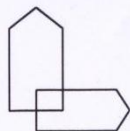
☞ Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- | | |
|---|----------------------|
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | <input type="text"/> |
|---|----------------------|

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

☞ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|----------------------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | <input type="text"/> |
|---|----------------------|



SCORE TOTAL (0 à 30)

Annexe 10 : Consentement

Étude clinique : Consentement

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'impact clinique par une prise en charge spécialisée en Unité de Réhabilitation Cognitivo-Comportementale au CHU de Limoges dans le cadre d'un mémoire et d'une thèse.

Chercheur(s)

- Dr Laurence Bernard-Bourzeix, PH, responsable URCC CHU Limoges.
- Natalia Carpa, Interne 4eme semestre, DES Médecine Générale, CHU Limoges.

But de la recherche

Évaluer par l'intermédiaire des questionnaires et échelles validées, l'efficacité ou non d'une prise en charge en Unité de Réhabilitation Cognitivo-Comportementale au CHU de Limoges.

Consentement

En signant ce formulaire, j'atteste :

- Que l'on m'a expliqué l'étude. Oui Non
- Que l'on a répondu à toutes mes questions. Oui Non
- Que je comprends que j'ai le choix de ne pas participer à cette étude et d'arrêter d'y participer à n'importe quel moment. Oui Non
- Que je comprends que je peux refuser de participer à cette étude sans conséquences. Oui Non
- Que j'ai le choix de ne pas répondre à toute question particulière. Oui Non
- Que je suis libre de poser des questions, maintenant et à l'avenir. Oui Non
- Que j'ai été informé que mes renseignements personnels resteront confidentiels. Oui Non
- Que je comprends qu'aucun renseignement pouvant permettre de m'identifier ne sera diffusé ou imprimé sans mon consentement préalable. Oui Non
- Que je recevrai une copie signée du présent formulaire de consentement. Oui Non
- Je consens à ce que mes données soient utilisées aux fins de projets de recherche semblables à l'avenir. Oui Non

Je consens par la présente à participer à l'étude :


Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom de l'aidant ou tuteur _____

Signature : _____ Date : _____

Annexe 11 : Résultats statistiques

	Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche Rapport d'analyse statistique UCC	Version : 1 Date : 30 janvier 2013
---	--	---

UCC

Rapport d'analyse

Thèse Natalia CARPA

Faculté de Médecine – 2 rue du Docteur Marcland – 87025 Limoges cedex.

Tél 0555435984 – Fax 0555435985 – ufrcb@unilim.fr

METHODE STATISTIQUE

Les descriptifs des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages. La recherche d'accord entre les scores à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation en UCC a été réalisé par des tests de corrélation intra classes (ICC). Les comparaisons des variables qualitatives concernant les taux de retour à domicile (Mode de vie vs Devenir) ont été réalisées par un test de Chi deux d'indépendance. Les évolutions des prescriptions de médicaments et de contentions physiques ont été évaluées par des tests de Chi-deux de Mc Némard pour séries appariées. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Le logiciel utilisé est et SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA).

1 - Descriptif quantitatif global

La variable « NPI_Pat_G_AMEL » est exprimée en % elle est égal à $((NPI_{sortieG} - NPI_{entréeG}) / NPI_{entréeG}) \times 100$ (patient)

La variable « NPI_Aid_G_AMEL » est exprimée en % elle est égal à $((NPI_{sortieG} - NPI_{aidantG}) / NPI_{aidantG}) \times 100$ (aidant)

La variable « NPI_Pat_R_AMEL » est exprimée en % elle est égal à $((NPI_{sortieR} - NPI_{entréeR}) / NPI_{entréeR}) \times 100$ (patient)

La variable « NPI_Aid_R_AMEL » est exprimée en % elle est égal à $((NPI_{sortieR} - NPI_{aidantR}) / NPI_{aidantR}) \times 100$ (aidant)

Variable	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	N	Médiane
age	82.9642857	7.7676795	50.0000000	99.0000000	140	83.0000000
DMS	20.1714286	13.3890016	1.0000000	96.0000000	140	19.0000000
MMS	10.3428571	7.9925968	0	28.0000000	140	11.0000000
AGEaidant	71.9915254	12.3872665	45.0000000	96.0000000	118	72.0000000
HAD	15.3839286	6.8474307	0	30.0000000	112	15.0000000
scoreA	7.8571429	4.2803914	0	20.0000000	112	7.0000000
scoreD	7.5267857	3.7798895	0	21.0000000	112	8.0000000
Zarit	48.6339286	16.4119247	8.0000000	81.0000000	112	49.5000000
NPIentréeG	8.2571429	5.7756266	0	28.0000000	140	7.0000000
NPIsortieG	5.2928571	4.3819388	0	19.0000000	140	4.0000000
NPI_Pat_G_AMEL	-32.2491886	32.2413217	-100.0000000	50.0000000	140	-28.0000000
NPIaidantG	11.3363636	6.9033661	0	30.0000000	110	10.5000000
NPI_Aid_G_AMEL	79.4038774	153.1601768	-100.0000000	766.6666667	108	38.2783883
NPIentréeR	11.0642857	9.4001460	0	45.0000000	140	8.0000000
NPIsortieR	6.4214286	6.3178038	0	33.0000000	140	4.0000000
NPI_Pat_R_AMEL	-34.2795344	39.6749461	-100.0000000	200.0000000	138	-33.3333333
NPIaidantR	16.9090909	10.6904274	0	51.0000000	110	15.5000000
NPI_Aid_R_AMEL	86.4278748	251.5886220	-100.0000000	1366.67	129	20.6896552
1Gdelir	0.4857143	0.8438155	0	3.0000000	140	0
2Gdelir	0.2428571	0.5982159	0	3.0000000	140	0
3Gdelir	0.7363636	1.0551514	0	3.0000000	110	0
1Ghallucinations	0.2857143	0.6815737	0	3.0000000	140	0
2Ghallucinations	0.0857143	0.3494233	0	2.0000000	140	0
3Ghallucinations	0.4727273	0.9057319	0	3.0000000	110	0
1Gagressivité	0.7857143	1.0579314	0	3.0000000	140	0
2Gagressivité	0.3785714	0.6939394	0	3.0000000	140	0
3Gagressivité	1.0181818	1.1250429	0	3.0000000	110	1.0000000

Variable	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	N	Médiane
1Gdepression	0.7857143	0.9802783	0	3.0000000	140	0
2Gdepression	0.6142857	0.8698442	0	3.0000000	140	0
3Gdepression	1.3363636	1.1984491	0	3.0000000	110	1.0000000
1Ganxiété	1.0142857	1.0247703	0	3.0000000	140	1.0000000
2Ganxiété	0.5714286	0.7878836	0	3.0000000	140	0
3Ganxiété	1.2909091	1.1757914	0	3.0000000	110	1.0000000
1Geuphorie	0.2071429	0.6056856	0	3.0000000	140	0
2Geuphorie	0.1000000	0.3658045	0	2.0000000	140	0
3Geuphorie	0.2545455	0.7223352	0	3.0000000	110	0
1Gapathie	1.1357143	1.1826730	0	3.0000000	140	1.0000000
2Gapathie	0.9000000	1.0408906	0	3.0000000	140	1.0000000
3Gapathie	1.3454545	1.2447052	0	3.0000000	110	1.0000000
1Gdésinhibition	0.3714286	0.8340148	0	3.0000000	140	0
2Gdésinhibition	0.2285714	0.6038588	0	3.0000000	140	0
3Gdésinhibition	0.4090909	0.9116519	0	3.0000000	110	0
1Girritabilité	0.8776978	1.0998052	0	3.0000000	139	0
2Girritabilité	0.4142857	0.7294988	0	3.0000000	140	0
3Girritabilité	1.3545455	1.2821024	0	3.0000000	110	1.0000000
1GCMR	1.0071429	1.2084619	0	3.0000000	140	0
2GCMR	0.7571429	1.0787111	0	3.0000000	140	0
3GCMR	1.0636364	1.2361324	0	3.0000000	110	0
1Gsommeil	0.7785714	1.0733385	0	3.0000000	140	0
2Gsommeil	0.6357143	0.9979166	0	3.0000000	140	0
3Gsommeil	1.1000000	1.1569495	0	3.0000000	110	1.0000000
1Gappétit	0.5285714	0.9011811	0	3.0000000	140	0
2Gappétit	0.4142857	0.8222247	0	3.0000000	140	0
3Gappétit	0.9636364	1.0745366	0	3.0000000	110	1.0000000
1Rdelir	0.6500000	1.2403585	0	5.0000000	140	0
2Rdelir	0.2357143	0.7257912	0	4.0000000	140	0
3Rdelir	1.1272727	1.6373456	0	5.0000000	110	0
1Rhallucinations	0.4714286	1.1280776	0	5.0000000	140	0
2Rhallucinations	0.1214286	0.5013343	0	3.0000000	140	0
3Rhallucinations	0.8000000	1.4764202	0	5.0000000	110	0
1Ragressivité	1.0785714	1.5270598	0	5.0000000	140	0
2Ragressivité	0.4642857	0.8848096	0	3.0000000	140	0
3Ragressivité	1.7272727	1.8568450	0	5.0000000	110	1.5000000
1Rdepression	1.0642857	1.3896364	0	5.0000000	140	0
2Rdepression	0.7071429	1.1410990	0	5.0000000	140	0
3Rdepression	1.9000000	1.7184909	0	5.0000000	110	2.0000000
1Ranxiété	1.3428571	1.5256626	0	5.0000000	140	1.0000000
2Ranxiété	0.6500000	0.9886041	0	5.0000000	140	0
3Ranxiété	1.8272727	1.6076599	0	5.0000000	110	2.0000000
1Reuphorie	0.2642857	0.8101045	0	5.0000000	140	0
2Reuphorie	0.1071429	0.4102364	0	3.0000000	140	0
3Reuphorie	0.3181818	0.9947737	0	5.0000000	110	0
1Rapathie	1.4357143	1.6716455	0	5.0000000	140	1.0000000
2Rapathie	1.0500000	1.3746157	0	5.0000000	140	0
3Rapathie	1.9909091	1.8147988	0	5.0000000	110	2.0000000
1Rdésinhibition	0.5000000	1.1474087	0	5.0000000	140	0
2Rdésinhibition	0.3357143	0.9338611	0	4.0000000	140	0
3Rdésinhibition	0.4909091	1.1231137	0	5.0000000	110	0
1Rirritabilité	1.2142857	1.6038879	0	5.0000000	140	0
2Rirritabilité	0.5571429	1.0946004	0	5.0000000	140	0
3Rirritabilité	2.0909091	2.1864699	0	12.0000000	110	2.0000000
1RCMR	1.3214286	1.7017463	0	5.0000000	140	0
2RCMR	0.9142857	1.4013648	0	5.0000000	140	0
3RCMR	1.5818182	1.8142242	0	5.0000000	110	0
1Rsommeil	1.0428571	1.5119259	0	5.0000000	140	0
2Rsommeil	0.8214286	1.3532155	0	5.0000000	140	0
3Rsommeil	1.6000000	1.7304610	0	5.0000000	110	1.0000000

Variable	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	N	Médiane
1Rappétit	0.6285714	1.1338028	0	5.0000000	140	0
2Rappétit	0.4642857	1.0277496	0	5.0000000	140	0
3Rappétit	1.3909091	1.5627279	0	5.0000000	110	1.0000000
albumine	31.2692857	4.3653623	20.5000000	42.0000000	140	31.2000000
clearance	68.4500000	22.5367246	16.0000000	139.0000000	140	67.0000000

2 - Descriptif qualitatif global

sexe	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
1	59	42.14	59	42.14
2	81	57.86	140	100.00

modeDEvie	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
1	44	31.43	44	31.43
2	57	40.71	101	72.14
3	11	7.86	112	80.00
4	8	5.71	120	85.71
5	16	11.43	136	97.14
7	4	2.86	140	100.00

devenir	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
1	14	10.00	14	10.00
2	30	21.43	44	31.43
3	8	5.71	52	37.14
4	2	1.43	54	38.57
5	59	42.14	113	80.71
6	4	2.86	117	83.57
7	23	16.43	140	100.00

SERVICEprecedent	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
1	23	16.43	23	16.43
2	37	26.43	60	42.86
3	3	2.14	63	45.00
4	43	30.71	106	75.71
5	7	5.00	113	80.71
6	27	19.29	140	100.00

MH	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
1	30	21.43	30	21.43
2	51	36.43	81	57.86
3	22	15.71	103	73.57
4	37	26.43	140	100.00

DECLINrapide	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	96	68.57	96	68.57
1	44	31.43	140	100.00

aidant	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	22	15.71	22	15.71
1	48	34.29	70	50.00
2	1	0.71	71	50.71
3	59	42.14	130	92.86
4	10	7.14	140	100.00

AIDESautres	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
.	10	7.14	10	7.14
0	14	10.00	24	17.14
1	2	1.43	26	18.57
2	100	71.43	126	90.00
3	14	10.00	140	100.00

EVdeclanch	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
------------	-----------	-------------	-------------------	---------------

0	125	89.29	125	89.29
1	3	2.14	128	91.43
2	1	0.71	129	92.14
3	11	7.86	140	100.00

diagndostic	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
1	53	37.86	53	37.86
2	1	0.71	54	38.57
3	15	10.71	69	49.29
4	4	2.86	73	52.14
5	11	7.86	84	60.00
6	47	33.57	131	93.57
7	9	6.43	140	100.00

benzoE	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	65	46.43	65	46.43
1	75	53.57	140	100.00

benzoS	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	60	42.86	60	42.86
1	80	57.14	140	100.00

benzoEVOL	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
a	28	20.00	28	20.00
d	13	9.29	41	29.29
m	45	32.14	86	61.43
p	54	38.57	140	100.00

neuroleptE	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	63	45.00	63	45.00
1	77	55.00	140	100.00

neuroleptS	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	68	48.57	68	48.57
1	72	51.43	140	100.00

neuroleptEVOL	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
a	14	10.00	14	10.00
d	49	35.00	63	45.00
m	26	18.57	89	63.57
p	51	36.43	140	100.00

antidepresE	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	66	47.14	66	47.14
1	74	52.86	140	100.00

antidepresS	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	53	37.86	53	37.86
1	87	62.14	140	100.00

antidepEVOL	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
a	24	17.14	24	17.14
d	6	4.29	30	21.43
m	61	43.57	91	65.00
p	49	35.00	140	100.00

antiDTAE	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	67	47.86	67	47.86
1	73	52.14	140	100.00

antiDTAS	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	59	42.14	59	42.14
1	81	57.86	140	100.00

antiDTAevol	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
a	28	20.00	28	20.00

d	5	3.57	33	23.57
m	49	35.00	82	58.57
ml	1	0.71	83	59.29
p	57	40.71	140	100.00

thymoregulE	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	125	89.29	125	89.29
1	15	10.71	140	100.00

thymoregulS	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	120	85.71	120	85.71
1	20	14.29	140	100.00

thymorEVOL	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
a	8	5.71	8	5.71
d	6	4.29	14	10.00
m	9	6.43	23	16.43
p	117	83.57	140	100.00

contentionSP	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	57	40.71	57	40.71
1	83	59.29	140	100.00

contentionUCC	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	137	97.86	137	97.86
1	3	2.14	140	100.00

EEG	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
0	78	55.71	78	55.71
1	40	28.57	118	84.29
2	10	7.14	128	91.43
3	12	8.57	140	100.00

Généré par le Système SAS ('Local', X64_7PRO) le 29 janvier 2013 à 3:51:05 PM

3 - Accord entre NPIentréeG et NPlaidantG

ICC = 0,54 ; IC95% = [0,39 – 0,66] ; l'accord entre NPlaidantG et NPIentréeG est modéré.

4 - Accord entre NPIentréeG et NPIsortieG

ICC = 0,78 ; IC95% = [0,70 – 0,83] ; l'accord entre NPIsortieG et NPIentréeG est bon.

5 - Accord entre NPIentréeR et NPlaidantR

ICC = 0,53 ; IC95% = [0,38 – 0,65] ; l'accord entre NPlaidantR et NPIentréeR est modéré.

6 - Accord entre NPIentréeR vs NPIsortieR

ICC = 0,71 ; IC95% = [0,61 – 0,78] ; l'accord entre NPIsortieR et NPIentréeR est bon.

7 - Accord entre NPI_Pat_G_AMEL et NPI_Aid_G_AMEL

ICC = 0,08 ; IC95% = [-0,11 – 0,27] ; l'accord entre NPI_Pat_G_AMEL et NPI_Aid_G_AMEL est très mauvais ou nul. L'accord entre NPI aidant et NPI entrée est très mauvais ou nul, pour la gravité la corrélation intra classes ICC = 0,08 ; IC95% = [-0,11 – 0,27] et pour le retentissement ICC = 0,02 ; IC95% = [-0,14 – 0,20].

8 - Accord NPI_Pat_R_AMEL et NPI_Aid_R_AMEL

ICC = 0,02 ; IC95% = [-0,14 – 0,20] ; l'accord entre NPI aidantR et NPIentréeR est très mauvais ou nul.

9 – Prescription neuroleptiques entre entrée et sortie de l'UCC – Patients prenant des antidépresseurs à l'entrée et/ou à la sortie.

Evolution des traitements											
Code	Neurolep		AntiDTAE		Antidepres		Benzo		Thermoreg		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Présence entrée sortie (++)	60	42,9	71	50,7	70	50,0	69	49,3	12	8,6	
Absence entrée et Présence sortie (-+)	17	12,1	2	1,4	4	2,9	6	4,3	3	2,1	
Présence entrée et Absence sortie (+-)	12	8,6	10	7,1	17	12,1	11	7,9	8	5,7	
Pas de traitement (--)	51	36,4	57	40,7	49	35,0	54	38,6	117	83,6	
Total	140	100	140	100	140	100	140	100	140	100	
Chi2	0,86207		5,33333		8,04762		1,47059		2,27273		
p	NS*		0,03		0,01		NS*		NS*		

*NS=non significatif

Interprétation : La recherche de différence se fait sur les paires discordantes à savoir (-+) et (+-). Par exemple pour les antidépresseurs 2,9% sont passés de - à + et 12,1 % sont passés de + à -. On peut donc conclure que la proportion de personnes prenant des antidépresseurs a baissé de façon significative p=0,01. Pareil pour les AntiDTAE 1,4 % de (-+) et 7,1 % de (+-) p=0,03. Pour les autres traitements il n'y a pas de différence significative.

10 – Prescription neuroleptiques entre entrée et sortie de l'UCC – EVOL des traitements en quantité par patients.

Evolution des traitements											
Code EVOL	Neurolep		AntiDTAE		Antidepres		Benzo		Thermoreg		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
même (m)	26	18,6	50	35,7	61	43,6	45	32,1	9	6,4	
augmentation (a)	14	10,0	28	20,0	24	17,1	28	20,0	8	5,7	
diminution (d)	49	35,0	5	3,6	6	4,3	13	9,3	6	4,3	
pas traitement (p)	51	36,4	57	40,7	49	35,0	54	38,6	117	83,6	
Total	140	100	140	100	140	100	140	100	140	100	
Chi2	19,44		16,03		10,80		5,49		0,29		
p	<0,0001		<0,0001		0,01		0,02		NS*		

Interprétation : La recherche de différence se fait aussi sur les paires discordantes à savoir (a) et (d). Par exemple pour les antidépresseurs on observe modification de dose prescrite de 17,4 % de (a = augmentation) et 4,3 % de (d=diminution). On peut donc conclure que la consommation d'anti dépresseur a augmenté de façon significative p=0,01. Pareil pour les AntiDTAE 20 % de (a) et 3,6 % de (d) p<0,0001. Pour les benzo idem 20,0 % de a et 9,3 % de d p=0,02. Pour les neuroleptiques il s'agit d'une baisse 10,0 % de a vs 35,0 % de d p<0,0001.

11 – Taux de sortie à domicile

Le taux personnes vivant à domicile avant leur hospitalisation à baissé de façon très significative (globalement ou par code 1,2) lors de la

Code domicile	Mode de vie		Devenir		p
	N	%	N	%	
1 = seule à domicile	44	31	14	10	<0,0001
2 = en couple à domicile	57	41	30	21	<0,0001
3 = à domicile avec un autre membre de la famille	11	8	8	6	NS*
Total	112	80	52	37	<0,0001

*NS=non significatif

sortie p<0,0001. Seule la catégorie 3 n'est pas significative mais l'effectif est très faible.

12 – Prescription de contention entre entrée et sortie de l'UCC – EVOL des contentions

Code contention	Neurolep
-----------------	----------

	N	%
Présence entrée sortie (++)	3	2,1
Absence entrée et Présence sortie (-+)	0	0,0
Présence entrée et Absence sortie (-+)	80	57,1
Pas de traitement (--)	57	40,7
Total	140	100
Chi2	80	
p	<0,0001	

Les taux de contention ont diminué très significativement entre l'entrée et la sortie de l'UCC $p < 0,0001$

Les corrélations.

- *Corrélation MMS et NPIentréeG*

Variable Y : MMS

Variable X : NPIentréeG

Sample size = 140

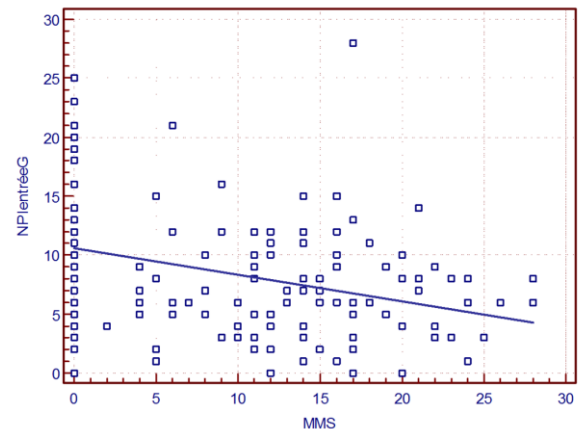
Correlation coefficient $r = -0,3135$ $P = 0,0002$

95% Confidence interval for $r = -0,4557$ to $-0,1556$

$R = 0,31$ – corrélation médiocre – $p = 0,0002$ – il

s'agit d'une corrélation négative, NPIentréeG

diminue quand MMS augmente.



r est la mesure de l'intensité de liaison entre

NPIentréeG et MMS. Il varie entre -1 et 1. Quand $r < 0$ la corrélation est négative, y évolue inversement proportionnelle à x . Quand $r > 0$ la corrélation est positive, y évolue proportionnellement à x .

Ce r peut être très faible alors qu'il existe une liaison fonctionnelle entre les 2 variables, c'est-à-dire $p < 0,05$, comme c'est le cas ici.

Enfin, on peut calculer r^2 qui est le carré de r et qui lui représente la proportion de valeurs y expliquées par x . Ici $0,31^2 = 0,096 \Rightarrow 10\%$ des valeurs y sont expliquées par x .

Ces commentaires sont valables pour toutes les autres corrélations ci-dessous.

- **Corrélation HAD et NPIaidantR**

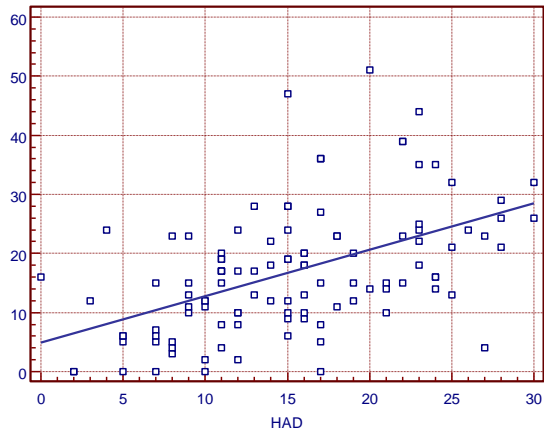
Variable Y : HAD

Variable X : NPIaidantR

Sample size = 110

Correlation coefficient $r = 0,5021$ $P < 0,0001$

95% Confidence interval for $r = 0,3475$ to $0,6301$



$R=0,51$ – correlation modérée – $p < 0,0001$ - il s'agit d'une corrélation positive.

- **Corrélation scoreA et NPIaidantR**

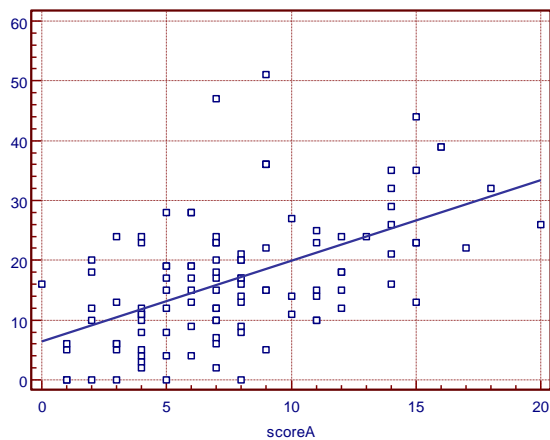
Variable Y : scoreA

Variable X : NPIaidantR

Sample size = 110

Correlation coefficient $r = 0,5374$ $P < 0,0001$

95% Confidence interval for $r = 0,3894$ to $0,6584$



$R=0,54$ – correlation modérée – $p < 0,0001$ - il s'agit d'une corrélation positive.

- **Corrélation scoreD et NPIaidantR**

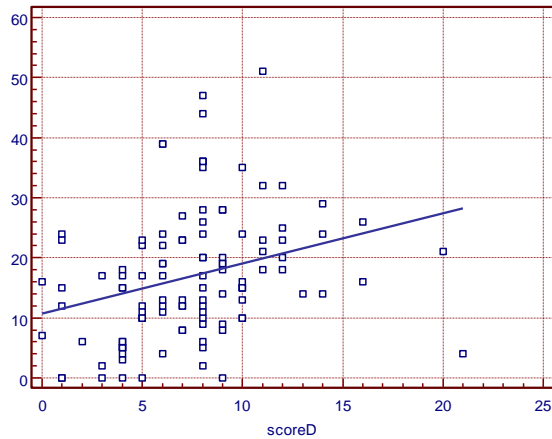
Variable Y : scoreD

Variable X : NPIaidantR

Sample size = 110

Correlation coefficient $r = 0,2968$ $P=0,0016$

95% Confidence interval for $r = 0,1160$ to $0,4585$



$R=0,30$ – correlation moderee – $p=0,0016$ - il s'agit d'une correlation positive.

- **Corrélation Zarit et NPIaidantR**

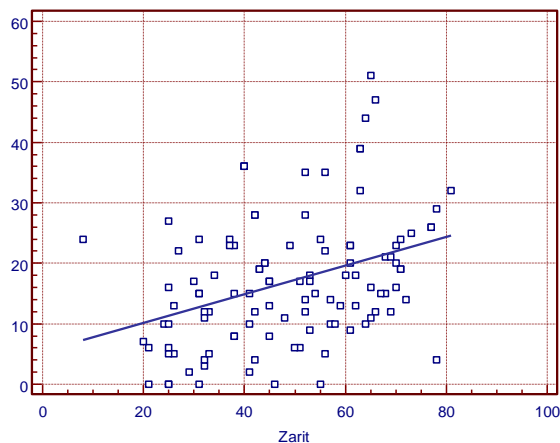
Variable Y : Zarit

Variable X : NPIaidantR

Sample size = 110

Correlation coefficient $r = 0,3643$ $P=0,0001$

95% Confidence interval for $r = 0,1901$ to $0,5164$



$R=0,36$ – correlation moderee – $p=0,0001$ - il s'agit d'une correlation positive.

- **Recherche de relation entre NeurolepS et NPIaidantR**

Codes X : neuroleptS

Codes Y : devenir

Y	X=	0	1
1		7	7 (10,0%)
2		18	12 (21,4%)
3		8	0 (5,7%)
4		0	2 (1,4%)
5		26	33 (42,1%)
6		2	2 (2,9%)
7		7	16 (16,4%)
		(48,6%)	(51,4%)

Total = 140

Chi-square = 15,451, DF = 6, P = 0,0170

Chi-square test for trend

Chi-square (trend) = 5,344, DF = 1, P = 0,0208

Il existe une relation entre NeurolepS et devenir. P=0,0170

Les classes patients lesquelles les NeurolepS semblent dominer sont ceux des items 2 (en couple à domicile) et 5 (EHPAD).

- **Corrélation HAD et Zarit**

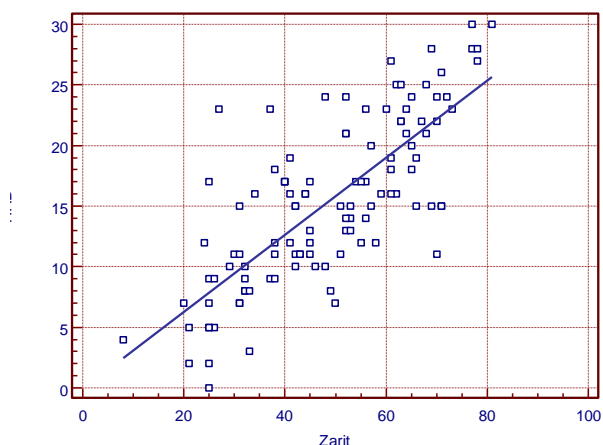
Variable Y : HAD

Variable X : Zarit

Sample size = 112

Correlation coefficient $r = 0,7616$ $P < 0,0001$

95% Confidence interval for $r = 0,6709$ to $0,8299$



R=0,76 – corrélation tres bonne – $p < 0,0001$ - - il s'agit d'une corrélation positive.

- **Corrélation HAD , NPIaidantR et NPIentréeR.**

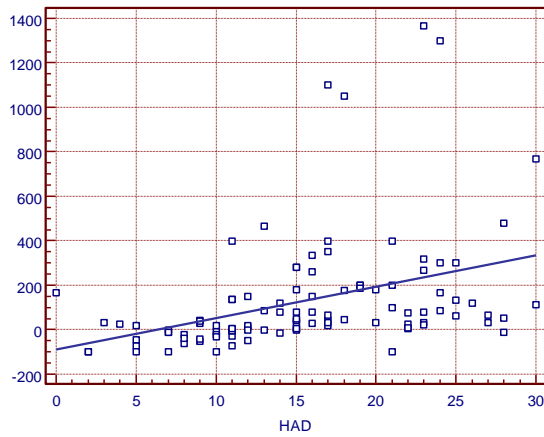
Variable Y : HAD

Variable X : NPI_Aid_R_AMEL

Sample size = 105

Correlation coefficient $r = 0,3771$ $P=0,0001$

95% Confidence interval for $r = 0,1999$ to $0,5304$



R=0,38 – correlation modérée – p=0,0001 - il s'agit d'une corrélation positive.

Annexe 12: Résultats de l'étude à 5 mois (58)



Unité Cognitivo- Comportementale : Impact sur les troubles du comportement et le devenir ?

CARPA Natalia, CHATENET Emeline, LECANTE Sylvie, BERNARD-BOURZEIX Laurence.

Unité Cognitivo-Comportementale - Hôpital Jean Rebeyrol - CHU Limoges.

E-mail: urcc@chu-limoges.fr

INTRODUCTION

But de l'étude :
Evaluer l'efficacité de nos pratiques, sur les troubles comportementaux des patients et leur devenir dans une UCC nouvellement créée.

MATERIEL ET METHODE

Etude observationnelle, prospective sur les 5 premiers mois d'ouverture de l'unité (du 26/11/2011 au 26/03/2012) soit 40 patients sur une unité de 5 lits du 26/11/2011 au 31/01/2012 puis ouverture totale des 10 lits à partir de février 2012.
Critères pris en compte : caractéristiques de la population accueillie, diminution ou non des troubles comportementaux [NPI-R], des prescriptions de neuroleptiques, des contentions, le taux de retour à domicile.

RESULTATS

L'âge moyen est de 81,8 ans (extrêmes 58-98), 60% sont des hommes.

Le MMS moyen est de 10.35/30 ; 37,5% rentrent dans les critères du déclin rapide.

Les diagnostics d'entrée sont : MA 57% dont 30% à composante cérébro-vasculaire, démence vasculaire 17%, démence parkinsonienne 3%, démence fronto-temporale 8%, 15% autres. (diapo 1)
Dans 95% des cas les patients vivaient à leur domicile avant d'être hospitalisés, 5% vivaient en EHPAD. 25% des patients sont rentrés directement dans le service, les autres étant passés par un service d'aigu ou un SSR avant de nous être adressés. (diapos 2-3)

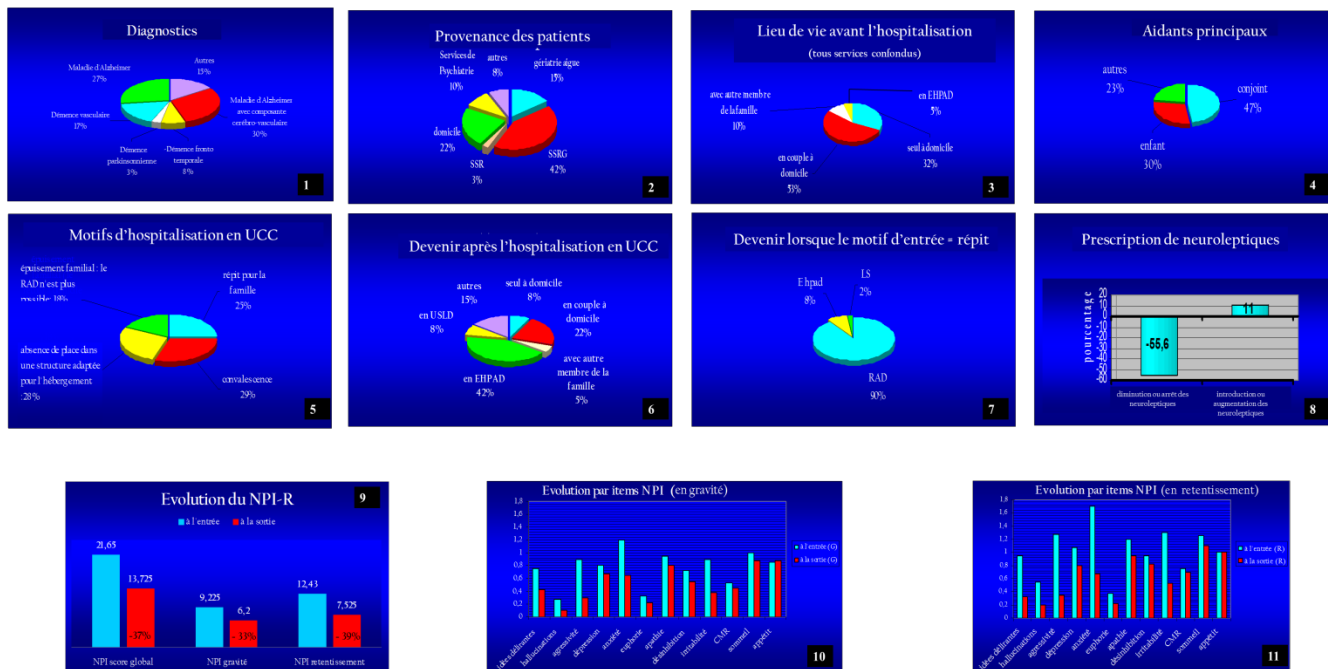
A la sortie 49% repartent à domicile, 43% en EHPAD, 8% en USLD. Dans le cadre d'hospitalisation de répit, notifiée comme telle dès l'entrée, 90% sont repartis à domicile. (diapos 6-7)

Aucune contention n'a été nécessaire alors que 55% des patients hospitalisés dans un autre service avant d'entrer à l'UCC étaient contentonnés.

Il y a eu diminution ou arrêt de neuroleptiques chez 55,6% mais introduction ou augmentation chez 11%. (diapo 6)

Le NPI-R diminue de 37%, (score de gravité - 33% et score de retentissement - 39,5%), (diapos 9-10-11)

La DMS est de 22 jours.



DISCUSSION

Cette première étude nous a permis d'évaluer nos pratiques pour les réajuster à nos missions. Si l'efficacité de l'UCC est notable sur les troubles comportementaux [en particulier sur l'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité les idées délirantes] mais aussi sur la baisse de l'utilisation des neuroleptiques et l'arrêt de contention, l'efficacité de cette unité dans ces premiers mois a été limitée concernant les possibilités de retour à domicile excepté lorsque le motif d'entrée initial était le répit avec réajustement du besoin d'aides à domicile à la sortie. Cela nous a conduit à analyser les recrutements des patients et il est apparu que l'hospitalisation des patients s'est faite beaucoup trop tardivement, avec un épuisement majeur des aidants (évalué par les échelles HAD,ZARIT, NPI-R). Après ce constat, l'information de l'ouverture de cette structure et de ses missions donnée plus largement aux consultations mémoires et aux généralistes, a permis d'augmenter le retour à domicile grâce à une prise en charge plus précoce, avant la rupture, avec la mise en place d'aide à domicile, l'organisation de journées en accueil de jour, un soutien aux aidants. Cette seconde analyse donnera lieu à une nouvelle publication sur un plus grand nombre de patients.

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.

Unité Cognitivo-Comportementale

Quel est son impact sur les troubles de comportement et le devenir du patient dément?

Résumé : L'objectif de ce travail a été d'évaluer les troubles de comportement chez les patients déments durant leur hospitalisation dans l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) de Limoges et d'évaluer l'impact de cette unité sur le devenir du patient dément.

C'est une étude observationnelle, prospective, d'évaluation des critères d'efficacité sur une période de 12 mois, de 26/11/2011 au 26/11/2012. (au total 140 hospitalisations).

Les résultats retrouvent une baisse des troubles de comportement sur le score global de l'Inventaire Neuropsychiatrique réduit (NPI-R) de 39.4% (- 36% en gravité et -42% en retentissement). Les troubles les mieux améliorés sont les hallucinations, les idées délirantes, l'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité et l'euphorie.

L'utilisation de la contention physique est de 2% en UCC, alors que 59% de patients étaient contentionnés dans le service précédent (tout type de contention physique confondu). Les neuroleptiques ont été diminués chez 35 % des patients et arrêtés dans 8.6% des cas.

L'efficacité a été limitée concernant les possibilités de retour à domicile, excepté lorsque le motif d'entrée initial était le répit avec réajustement du besoin d'aides à domicile à la sortie. L'analyse du recrutement des patients montre que leur hospitalisation s'est faite beaucoup trop tardivement, avec un épuisement majeur des aidants. Après ce constat, l'information de l'ouverture de cette structure et de ses missions données plus largement aux consultations mémoires et aux généralistes, permettront d'augmenter le retour à domicile grâce à une prise en charge plus précoce, avant la rupture, avec la mise en place d'aides à domicile et un soutien aux aidants.

Mots-clés : Unité Cognitivo-Comportementale, démences, troubles du comportement, Inventaire Neuropsychiatrique, neuroleptiques, contention, aidants

Abstract : The objective of this study was to assess behavioral symptoms of demented patients during their hospitalization in Cognitive Behavioral Unit of Limoges and evaluate the impact of this unit on the behavioral evolution of patients. This is an observational, prospective evaluation of effectiveness criteria over a period of 12 months : from 26/11/2011 to 26/11/2012 (a total of 140 hospitalizations). The results reflected a decreasing number of behavioral symptoms on the overall score of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) 39.4% (- 36% in severity and -42% in impact). The best improvements are noticed in following domains: hallucinations, delusions, aggression, anxiety, irritability and euphoria.

This unit uses physical restraints on 2% of its population, while 59% of this patients were subjected to physical restraint at previous institutions (this taking all physical restraints into consideration). The use of Neuroleptics was reduced for 35% of patients and stopped in 8.6% of cases.

The effectiveness in terms of patient's returning home was reduced, except when hospitalization was done to allow caregivers to recuperate and to increase the quality of domestic assistance. The analysis found that hospitalization of patients was usually made too late, with a major exhaustion of caregivers. Based on this work, after informing the family doctors and specialists about the opening of this behavioral unit, we will be able to increase the rate of patients returning home. This will be accomplished by making use of domestic assistance and support for caregivers.

Keywords : Cognitive Behavioral Unit, dementia, behavior symptoms, Neuropsychiatric Inventory, Neuroleptics, physical restraint, caregivers.

Unité Cognitivo-Comportementale

Quel est son impact sur les troubles de comportement et le devenir du patient dément?

Résumé : L'objectif de ce travail a été d'évaluer les troubles de comportement chez les patients déments durant leur hospitalisation dans l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) de Limoges et d'évaluer l'impact de cette unité sur le devenir du patient dément.

C'est une étude observationnelle, prospective, d'évaluation des critères d'efficacité sur une période de 12 mois, de 26/11/2011 au 26/11/2012. (au total 140 hospitalisations).

Les résultats retrouvent une baisse des troubles de comportement sur le score global de l'Inventaire Neuropsychiatrique réduit (NPI-R) de 39.4% (- 36% en gravité et -42% en retentissement). Les troubles les mieux améliorés sont les hallucinations, les idées délirantes, l'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité et l'euphorie.

L'utilisation de la contention physique est de 2% en UCC, alors que 59% de patients étaient contentionnés dans le service précédent (tout type de contention physique confondu). Les neuroleptiques ont été diminués chez 35 % des patients et arrêtés dans 8.6% des cas.

L'efficacité a été limitée concernant les possibilités de retour à domicile, excepté lorsque le motif d'entrée initial était le répit avec réajustement du besoin d'aides à domicile à la sortie. L'analyse du recrutement des patients montre que leur hospitalisation s'est faite beaucoup trop tardivement, avec un épuisement majeur des aidants. Après ce constat, l'information de l'ouverture de cette structure et de ses missions données plus largement aux consultations mémoires et aux généralistes, permettront d'augmenter le retour à domicile grâce à une prise en charge plus précoce, avant la rupture, avec la mise en place d'aides à domicile et un soutien aux aidants.

Mots-clés : Unité Cognitivo-Comportementale, démences, troubles du comportement, Inventaire Neuropsychiatrique, neuroleptiques, contention, aidants

Abstract : The objective of this study was to assess behavioral symptoms of demented patients during their hospitalization in Cognitive Behavioral Unit of Limoges and evaluate the impact of this unit on the behavioral evolution of patients. This is an observational, prospective evaluation of effectiveness criteria over a period of 12 months : from 26/11/2011 to 26/11/2012 (a total of 140 hospitalizations). The results reflected a decreasing number of behavioral symptoms on the overall score of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) 39.4% (- 36% in severity and -42% in impact). The best improvements are noticed in following domains: hallucinations, delusions, aggression, anxiety, irritability and euphoria.

This unit uses physical restraints on 2% of its population, while 59% of this patients were subjected to physical restraint at previous institutions (this taking all physical restraints into consideration). The use of Neuroleptics was reduced for 35% of patients and stopped in 8.6% of cases.

The effectiveness in terms of patient's returning home was reduced, except when hospitalization was done to allow caregivers to recuperate and to increase the quality of domestic assistance. The analysis found that hospitalization of patients was usually made too late, with a major exhaustion of caregivers. Based on this work, after informing the family doctors and specialists about the opening of this behavioral unit, we will be able to increase the rate of patients returning home. This will be accomplished by making use of domestic assistance and support for caregivers.

Keywords : Cognitive Behavioral Unit, dementia, behavior symptoms, Neuropsychiatric Inventory, Neuroleptics, physical restraint, caregivers