

2020-2021

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Médecine

DES de Psychiatrie

Etude descriptive d'une équipe mobile pluridisciplinaire dédiée à la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée souffrant de démence

BREGEON Efflam

Né le 19 juillet 1992 à Strasbourg (67)

Sous la direction de M. RIPOLL Arthur

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Monsieur le Docteur RIPOLL Arthur | Directeur

Monsieur le Professeur ANNWEILER Cédric | Membre

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Membre

Madame le Docteur De BOISJOLLY-BONNEFOI Jehanne | Membre

Soutenue publiquement le :
16 avril 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Efflam Bregeon déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire cette thèse.

signé par l'étudiant le **27/ 03 / 2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUWARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine

HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine

RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

ATER

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI kHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A mon père,

A Madame le Professeur Gohier, pour votre accompagnement et votre dévouement à l'enseignement. Merci de votre confiance.

A Monsieur le Professeur Annweiler, pour votre intérêt prêté à ce travail et votre investissement dans la recherche médicale.

A Monsieur le Professeur Connan, pour avoir accepté de juger ce travail et votre intérêt dans ce domaine.

A Madame le Docteur De Boisjolly-Bonnefoi pour votre investissement dans l'EMPCC et vos conseils pour ce travail.

A Monsieur le Docteur Ripoll, pour avoir accepté de diriger cette thèse avec enthousiasme, pour tes précieux conseils et ta disponibilité.

A l'équipe de l'EMPCC, et particulièrement Bernard pour ton professionnalisme.

Aux équipes du CESAME et du CHU d'Angers, pour tout ce que vous m'avez apporté.

A ma famille, A Marine, A mes amis. Evidemment.

Plan

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

TITRE

RESUME

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE

RESULTATS

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

ANNEXES

Liste des abréviations

Titre

Etude descriptive d'une équipe mobile pluridisciplinaire dédiée à la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée souffrant de démence

Auteurs : Efflam Bregeon^a, Arthur Ripoll^{a,b,c}, Bénédicte Gohier^{a,b,e}, Jehanne De Boisjolly-Bonnefoi^d, Cédric Annweiler^{a,e}, Laurent Connan^e

Affiliations :

^a Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

^b Centre Angevin de Santé Mentale

^c Centre Hospitalier de Cholet

^d Centre de soins de suite Saint Claude

^e Faculté de santé de l'université d'Angers

Résumé

Objectifs : L'amélioration de la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence est essentielle aux vues de leurs conséquences sanitaires, économiques et sociales. Cette étude décrit une structure innovante, l'équipe mobile psycho-cognitivo-comportementale (EMPCC), qui propose la prise en charge pluridisciplinaire de ces troubles à domicile ou en institution dans la région d'Angers.

Méthode : Etude descriptive, non interventionnelle, rétrospective, portant sur tous les dossiers de troubles du comportement chez des patients présentant des troubles neurocognitifs sans limite d'âge soumis à l'EMPCC durant sa première année de fonctionnement (2020). Cette étude évalue principalement l'amélioration des troubles, déclarée par les aidants et/ou les soignants et le médecin demandeur lors d'un appel téléphonique à un mois chez les patients ayant bénéficié d'une intervention sur leur lieu de vie.

Résultats : Sur 79 demandes, 46 situations ont conduit à une intervention et un appel à un mois, parmi elles, 57% des situations ont été améliorées à un mois.

Conclusion : L'EMPCC permet d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée démente dans la région d'Angers. Ces premiers résultats doivent encourager le développement d'initiatives similaires dans d'autres territoires.

Introduction

En 2014 on estimait à 1,2 million le nombre de personnes atteintes de démence en France (1). Il est estimé qu'après 75 ans, deux personnes sur trois vivants en institution et une personne sur six à domicile présentent des troubles cognitifs (2). Chez ces personnes, l'incidence des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) augmente avec la progression de l'atteinte neurodégénérative (3). Les SCPD sont présents chez 35 à 85% des patients atteints de troubles cognitifs légers (4) et chez environ 90% des patients déments (5). Il est montré que sur un suivi suffisamment long, quasiment tous les patients déments en institution présenteront au moins un symptôme neuropsychiatrique cliniquement significatif (6).

Les SCPD sont très variés. On peut distinguer des signes comportementaux (agitation, déambulation, agressivité, cris, accumulation) et des signes psychologiques (dépression, anxiété, hallucinations, délire) (7). Ces troubles entraînent une dégradation majeure de la qualité de vie (8), des difficultés de communication, une détérioration de la vie relationnelle. Ils augmentent le risque d'institutionnalisation (9) et impactent fortement le projet de vie de la personne et de son entourage.

Les conséquences de ces symptômes pour les aidants peuvent être des réactions anxiées, de la colère et peuvent conduire à l'épuisement. Le risque de dépression est significativement augmenté (10,11). De même il existe des conséquences somatiques (12), notamment cardiovasculaires (13). L'épuisement des aidants concerne également les professionnels de santé, avec une majoration de la pénibilité au travail, un absentéisme et une augmentation du changement des équipes (14). Ce contexte de stress et d'épuisement des aidants peut être à l'origine de situations de maltraitance envers le patient (15).

Les conséquences économiques sont importantes. Il est estimé que la gestion des SCPD représente 30% du coût annuel total en dépense de santé d'un patient Alzheimer (16). Les hospitalisations représentent une part non négligeable de ces coûts. En effet les personnes souffrant de démence sont plus souvent hospitalisées (17). Ces hospitalisations sont plus longues, peu préparées, et pour la moitié d'entre-elles, auraient pu être évitées par une meilleure communication entre les différents partenaires du réseau de soins (17,18). De plus elles peuvent amplifier les troubles neurocognitifs et être confusogènes pour le patient (18).

Les modalités de prise en charge de ces troubles sont nombreuses et variées. Les intervenants sont multiples et n'ont pas tous la même compréhension des troubles (19). La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement est généralement recommandée en première intention (20,21). La prise en charge médicamenteuse des SCPD a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de Santé (22) et est régulièrement discutée (23).

Depuis 2001, différents plans Alzheimer (actuellement plan contre les maladie neurodégénératives) organisent les mesures du gouvernement français dans la lutte contre les maladies neurodégénératives. Le plan Alzheimer 2008-2012 (24) a permis la création d'unités spécialisées, les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) situées dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces unités sont spécialisées dans la gestion des troubles du comportement en hospitalisation prolongé. Il a créé également des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR), situées dans les EHPADs et dédiées aux troubles du comportement importants, au long cours. La prise en charge d'un trouble du comportement peut nécessiter une de ces différentes structures et oblige à l'articulation des différents partenaires entre eux.

En France, différentes initiatives locales proposent des solutions alternatives à l'hospitalisation. Il existe sur certains territoires des consultations spécialisées dites « de crise » (25), ou des équipes mobiles spécialisées multidisciplinaires (26). Les résultats de ces structures sont encourageants en termes d'épargne hospitalière et d'efficience.

Cet article a pour objectif de présenter la création d'une équipe mobile pluridisciplinaire pour la prise en charge des SCPD dans l'agglomération d'Angers-Loire-Métropole (49) : l'Equipe Mobile Psycho Cognitivo Comportementale (EMPCC) ; et d'évaluer les résultats de sa première année d'activité.

Matériel et Méthode

L'équipe mobile psycho-cognitivo-comportementale

Un travail collaboratif est effectué entre l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, le CHU d'Angers, le Centre Angevin de Santé Mentale (CESAME) et l'Unité Cognitivo Comportementale Saint-Claude, permettant l'élaboration d'un cahier des charges commun, puis le lancement de l'EMPCC en janvier 2020. L'équipe est composée de différents professionnels hospitaliers, associant les compétences des services de gériatrie, de psychiatrie, de neurologie, du centre mémoire et de l'UCC.

L'EMPCC s'adresse aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs et présentant des troubles psycho-cognitivo-comportementaux, sans limitation d'âge, à domicile ou en institution, sur le territoire d'Angers Loire Métropole (soit 32 EHPADs). Les objectifs sont l'amélioration de la prise en charge de ces troubles, la facilitation du parcours de soins des personnes atteintes, et le soutien aux professionnels de santé et aux aidants.

L'équipe se constitue d'un médecin de chaque établissement (gériatre ou psychiatre), d'une neuropsychologue, d'une assistante de soins en gérontologie, d'infirmiers de gériatrie et de psychiatrie, d'un interne et d'une secrétaire, tous en temps partiel.

L'EMPCC intervient sur demande d'un professionnel de santé en lien avec le médecin référent (médecin traitant ou médecin coordonnateur). Les demandes sont traitées de manière pluridisciplinaire au cours d'une réunion hebdomadaire. L'intervention est préparée en amont par la constitution d'un dossier médical et d'un appel aux aidants, voire au médecin référent pour le recueil d'informations supplémentaires ou la réalisation d'examens complémentaires. Le choix des intervenants est adapté en fonction de chaque situation clinique, et comprend au moins deux professionnels dont un médecin. (Fig.I)

L'intervention se déroule sur le lieu de vie du patient, à domicile ou en institution. Elle comporte un premier temps avec les aidants et/ou les professionnels de santé, suivi d'un temps avec le patient puis d'un temps de synthèse. La rencontre des aidants est essentielle, elle permet de mieux définir leur demande, leur compréhension des troubles, et les différents essais de prise en charge déjà proposés. Le temps avec le patient comprend un entretien, un examen clinique, et la réalisation d'échelle de psychométrie lorsque nécessaire. Le patient est interrogé sur sa connaissance des troubles, son interprétation personnelle, sa demande de soin. Son accord préalable à des modifications de prise en charge est recherché quand il est possible.

Un courrier contenant l'observation, les préconisations médicamenteuses et non médicamenteuses est rédigé le jour même, avec justification, à destination du médecin traitant et du médecin ayant fait la demande. La prescription médicamenteuse est à la charge du médecin traitant de même que la mise en place des préconisations proposées.

En cas de besoin, une seconde visite peut être effectuée par l'EMPCC, avec une composition différente, afin de compléter l'observation.

Après 4 semaines les aidants familiaux et/ou les soignants, et le médecin traitant sont rappelés. L'évolution des troubles (amélioration ou non, modification) est établie avec eux. La mise en place des préconisations est évaluée. D'éventuels freins à la bonne réalisation des préconisations sont recherchés. Ces appels conduisent à un second courrier de synthèse. Le suivi s'arrête après le rappel des 4 semaines. Une nouvelle demande peut être effectuée pour un même patient en cas de modification de la symptomatologie, sans délai particulier.

En l'absence d'intervention, aucun appel à un mois n'était effectué.

Design de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, non interventionnelle, rétrospective, portant sur tous les dossiers soumis à l'équipe mobile psycho-cognitivo-comportementale (EMPCC) durant sa première année de fonctionnement (1er janvier 2020 – 31 décembre 2020).

La population de cette étude regroupe les patients présentant des troubles du comportement dans un contexte de troubles neurocognitifs, ayant conduit à une demande de prise en charge auprès de l'EMPCC, sans critère d'âge.

Le critère de jugement principal est l'amélioration de la symptomatologie chez les patients ayant bénéficié d'une intervention à domicile et d'un rappel à un mois. Cette donnée est obtenue sur un mode déclaratif lors de l'appel à un mois auprès des aidants ou des soignants, et du médecin demandeur.

Les autres paramètres étudiés sont le nombre de demandes, le nombre et les lieux d'interventions, le nombre d'hospitalisations, leurs lieux et leurs modes, la composition de l'équipe intervenante et le type de préconisations réalisé.

Les données de ce travail sont issues de la pratique courante de l'équipe. Le protocole de cette étude a été approuvé par le comité d'éthique du CHU d'Angers.

Résultats

Du 01 janvier 2020 au 31 décembre 2020, l'EMPCC a reçu 79 demandes de prise en charge de SCPD. 6 demandes ont été annulées, 73 demandes ont été présentées en réunion. Suite à l'avis de la réunion, 7 hospitalisations ont directement été programmées, 16 demandes ont été traité par appel téléphonique simple au médecin demandeur, et 50 visites ont été proposées. Sur l'année, 47 interventions ont été réalisées, trois interventions ont été reportées à l'année suivante. Une intervention n'a pas été suivie d'un appel téléphonique à un mois en raison d'une hospitalisation programmée dans l'intervalle (Fig. II). Parmi les 79 demandes 70% concernaient des patients en EHPAD, 30% des patients au domicile.

Une amélioration de la situation était signalée par les aidants, soignants, ou médecins demandeurs dans 57% des cas lors du rappel à un mois. En l'absence d'amélioration (43%), les préconisations étaient adaptées à une éventuelle modification de la symptomatologie ou rappelées si elles n'avaient pas été réalisées.

L'équipe intervenante était issue de deux services différents dans 30% des visites. Lorsque ce n'était pas le cas, il s'agissait d'un binôme issu uniquement de la psychiatrie (34%), de l'UCC (25%) ou de la gériatrie (11%). Le délai médian entre la réunion hebdomadaire où a été présenté la demande et l'intervention était de 12 jours.

Des préconisations médicamenteuses ont été établies dans 76% des interventions. Les trois modifications les plus fréquentes étaient l'ajout ou l'augmentation d'un traitement antidépresseur (28% des modifications), l'arrêt ou la diminution des benzodiazépines (23%), l'arrêt ou la diminution des traitements neuroleptiques (13%). La majoration du traitement de la douleur représentait 9% des modifications. (Fig. III)

Des préconisations non-médicamenteuses étaient proposées dans 89% des interventions. Celles-ci concernaient l'environnement du patient (37% des modifications), la formalisation de conseils aux aidants (26%), l'introduction ou la majoration d'activités quel qu'elles soient (24%), l'introduction ou la majoration des aides (13%).

Sur les 73 demandes 10 hospitalisations ont été réalisées. 7 ont été proposées directement à la présentation du dossier, 3 ont été proposées après une intervention. Sur ces 10 hospitalisations, 7 l'ont été à l'UCC, 2 au service de gériatrie du CHU, 1 en psychiatrie au CESAME.

Les interventions de l'EMPCC ont majoritairement été évaluées comme satisfaisantes par les différents partenaires. Ceux-ci témoignaient notamment de leur intérêt pour une amélioration de la coordination des soins et de la prise en charge de ces troubles.

Discussion et Conclusion

Cette étude descriptive, non interventionnelle, rétrospective montre l'intérêt d'une équipe mobile pluridisciplinaire dans la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée souffrant de troubles neurocognitifs dans la communauté urbaine d'Angers. Une amélioration symptomatique était retrouvée chez 57% des patients présentant des SCPD, à un mois de l'intervention de l'EMPCC, au cours de l'année 2020.

Une étude similaire a déjà été réalisée (Krolak-Salmon et al, 2015) (26). Elle retrouve une amélioration significative de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) à un mois de l'intervention d'une équipe mobile dédiée aux troubles du comportement dans une population de 329 patients présentant des troubles cognitifs (NPI moyen à l'inclusion 45.3 ± 19.3 contre 29.9 ± 20.4 au bout de 30 jours $P < 0.001$).

Par ailleurs, notre étude identifie que dans 28% des situations, l'adaptation thérapeutique concerne l'introduction ou la majoration d'un traitement antidépresseur. Ce résultat est cohérent avec ceux de d'HC Kales et al (27). En effet l'étude d'HC Kales montre que 35% des patients présentant une démence et une dépression ne sont pas traités, et que seuls 35% des sujets traités le sont à dose adéquate.

Nous constatons également la persistance de prescriptions inappropriées de benzodiazépines puisque nous proposons leur diminution ou arrêt chez 23% des patients. En 2019 une méta-analyse (28) retrouvait une prescription inappropriée d'anxiolytiques et d'hypnotiques (incluant les benzodiazépines) chez 5 à 38% des patients déments.

Dans 9% des interventions un traitement antalgique est majoré ou introduit. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature qui montrent un sous diagnostic et une insuffisance du traitement de la douleur dans cette population (29,30).

Intérêt et applications

L'EMPCC améliore la prise en charge des patients dont la qualité de vie est fortement impactée par les SCPD. Cela est fait en facilitant la communication entre médecins demandeurs et spécialistes, en intégrant directement l'analyse d'autres professions (neuropsychologue, infirmier, assistant de soins en gériatrie), et en proposant ces soins sur le lieu de vie.

Le faible nombre d'hospitalisations (10 sur 73 situations) est encourageant mais ne permet pas de démontrer la réduction du risque d'hospitalisation en l'absence de groupe de comparaison. La mobilité de l'EMPCC permet l'intégration de l'environnement du patient ce qui est essentiel à la personnalisation de la prise en charge (31).

Une aide à la compréhension des SCPD est effectuée par des conseils aux aidants ou aux soignants (formalisés dans 26% des comptes rendus d'interventions). Cette aide pourrait être développée à travers des temps dédiés de formation auprès des équipes de soins exposés aux SCPD. De même, l'adaptation de l'environnement proposé dans 37% des visites regroupe généralement des mesures simples pouvant être évoquée après une formation.

L'EMPCC soutient les équipes soignantes et les aidants en leur apportant son expertise. Ceci permet la prise en charge de la souffrance des aidants et des conséquences psychiques et somatiques associées. Le patient bénéficie alors de meilleurs soins et d'une réduction du risque de maltraitance (14,15).

La création de l'EMPCC a été permise par l'implication de différentes structures préexistantes. Un tel dispositif peut être reproduit dans une région partageant un même intérêt et ayant une offre de soin similaire.

Limites

Les résultats obtenus au cours de l'année 2020 sont issus d'un nombre de demande relativement faible et d'une importante variabilité de situations cliniques. Ce faible nombre de demande est en partie lié au contexte sanitaire d'épidémie de COVID-19 (EHPAD fermés aux visiteurs extérieurs), ainsi qu'au retard de communication de l'existence du dispositif : une présentation aux médecins coordonnateurs d'EHPAD la

veille du premier confinement en France (16 mars 2020), et une présentation formelle en septembre auprès du comité d'intégration des acteurs et des projets locaux.

L'amélioration de la symptomatologie chez 57% des patients appelés à un mois n'a pas été objectivé par une réévaluation clinique ou la réalisation d'échelles de psychométrie. Cependant, ce résultat est obtenu par le témoignage des aidants, des soignants et des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient et conserve donc un intérêt clinique certain, bien que subjectif.

Certaines demandes ont été traitées par appel téléphonique simple au médecin demandeur. Nous n'avons pas eu de retours sur ces situations, l'appel à un mois ne concernant que les interventions sur site. Certaines situations ont été perdues de vue en l'absence de cette réévaluation.

Le dispositif EMPCC présente comme limite l'absence de suivi après l'appel à un mois lorsqu'il n'y a pas eu d'amélioration de la symptomatologie, et un délai d'efficacité qui peut être amélioré. Ce délai est dû au temps de mise en place des préconisations médicamenteuses, après réception des prescriptions par le médecin traitant, auquel s'ajoute le délai d'action de certains psychotropes. L'accès à l'EMPCC peut également être rendu difficile par l'absence de médecin traitant. Par ailleurs il n'est pas prévu de dispositif pour recueillir directement l'avis du patient vis-à-vis de l'évolution de sa symptomatologie. Bien qu'il s'agisse de patients présentant des troubles neurocognitifs, parfois majeurs, il semble nécessaire de rechercher leurs avis sur l'évolution des troubles.

En conclusion, malgré le nombre croissant de publications portant sur les troubles du comportement dans la démence, peu d'études s'intéressent à leurs modalités de prise en charge. Ce travail préliminaire est à poursuivre, avec une réévaluation objective (échelle globale de fonctionnement, NPI). L'auto-évaluation par le patient de l'évolution de ses troubles psycho-comportementaux, la réalisation d'une échelle de Zarit (fardeau de l'aidant) auprès de l'entourage du patient, et l'étude de l'impact financier direct et indirect de l'activité de l'EMPCC, pourront potentiellement fournir des arguments supplémentaires à la promotion de dispositifs identiques sur d'autres territoires.

Bibliographie

1. Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
2. Les chiffres clés [Internet]. Fondation Médéric Alzheimer. 2017 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles>
3. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, et al. [Behavioral and psychologic symptoms in Alzheimer's disease: results of the REAL.FR study]. Rev Med Interne. oct 2003;24 Suppl 3:319s-24s.
4. Monastero R, Mangialasche F, Camarda C, Ercolani S, Camarda R. A Systematic Review of Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment. J Alzheimers Dis. 1 janv 2009;18(1):11-30.
5. Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska E. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Front Neurol [Internet]. 2012 [cité 7 mars 2021];3.
6. Selbaek G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. Int Psychogeriatr. janv 2014;26(1):81-91.
7. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr. 1996;8 Suppl 3:497-500.
8. Ryu S-H, Ha JH, Park D-H, Yu J, Livingston G. Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly. Int Psychogeriatr. mars 2011;23(2):214-20.
9. Toot S, Swinson T, Devine M, Challis D, Orrell M. Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. Int Psychogeriatr. févr 2017;29(2):195-208.

10. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* juin 2003;18(2):250-67.
11. Gilhooly KJ, Gilhooly MLM, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E, et al. A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr.* 18 mai 2016;16:106.
12. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* mars 2007;62(2):P126-137.
13. Cheng S-T. Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Curr Psychiatry Rep.* 10 août 2017;19(9):64.
14. Hazelhof TJGM, Schoonhoven L, van Gaal BGI, Koopmans RTCM, Gerritsen DL. Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. *Int Nurs Rev.* sept 2016;63(3):507-16.
15. Lindblom EJ, Brandt J, Hough LD, Meadows SE. Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* nov 2007;8(9):610-6.
16. Beeri MS, Werner P, Davidson M, Noy S. The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* mai 2002;17(5):403-8.
17. Maust DT, Kim HM, Chiang C, Langa KM, Kales HC. Predicting Risk of Potentially Preventable Hospitalization in Older Adults with Dementia. *J Am Geriatr Soc.* oct 2019;67(10):2077-84.
18. Toot S, Devine M, Akporobaro A, Orrell M. Causes of hospital admission for people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* juill 2013;14(7):463-70.
19. Nybakken S, Strandås M, Bondas T. Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *J Adv Nurs.* déc 2018;74(12):2713-26.

20. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG, Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc.* avr 2014;62(4):762-9.
21. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ.* 2 mars 2015;350:h369.
22. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Haute Autorité de Santé. juin 2012
23. Dorey JM, Herrmann M, Schuster JP, Gunten A. Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans les troubles neurocognitifs de la personne âgée. *EMC - Psychiatr.* 13 juin 2019;1-13.
24. Rocher P, Lavallart B. Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gerontol Soc.* 1 sept 2009;32 / n° 128-129(1):13-31.
25. Koskas P, Pons-Peyneau C, Romdhani M, Houenou-Quenum N, Tigue-Wato A, Galleron S, et al. Effectiveness of multidisciplinary consultation for older adults with Alzheimer's disease in response to acute situations. *L'Encephale.* déc 2018;44(6):491-5.
26. Krolak-Salmon P, Roubaud C, Finne-Soveri H, Riolacci-Dhoyen N, Richard G, Rouch I, et al. Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study. *Eur J Neurol.* mai 2016;23(5):979-88.
27. Kales HC, Chen P, Blow FC, Welsh DE, Mellow AM. Rates of clinical depression diagnosis, functional impairment, and nursing home placement in coexisting dementia and depression. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry.* juin 2005;13(6):441-9.

28. Hukins D, Macleod U, Boland JW. Identifying potentially inappropriate prescribing in older people with dementia: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol.* avr 2019;75(4):467-81.
29. Malara A, De Biase GA, Bettarini F, Ceravolo F, Di Cello S, Garo M, et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J Alzheimers Dis JAD.* 2016;50(4):1217-25.
30. Scherder EJ, Bouma A. Is decreased use of analgesics in Alzheimer disease due to a change in the affective component of pain? *Alzheimer Dis Assoc Disord.* sept 1997;11(3):171-4.
31. Kolanowski A, Boltz M, Galik E, Gitlin LN, Kales HC, Resnick B, et al. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook.* oct 2017;65(5):515-29.

Liste des figures

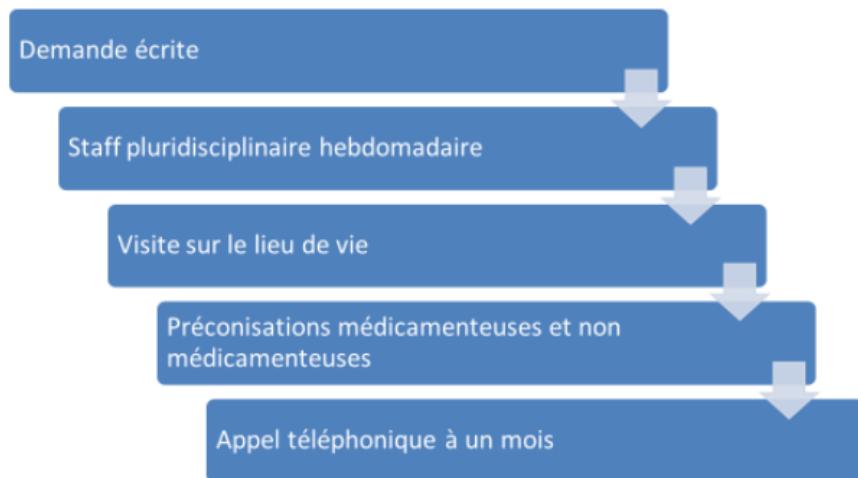


Fig. I Schéma de fonctionnement de l'EMPCC

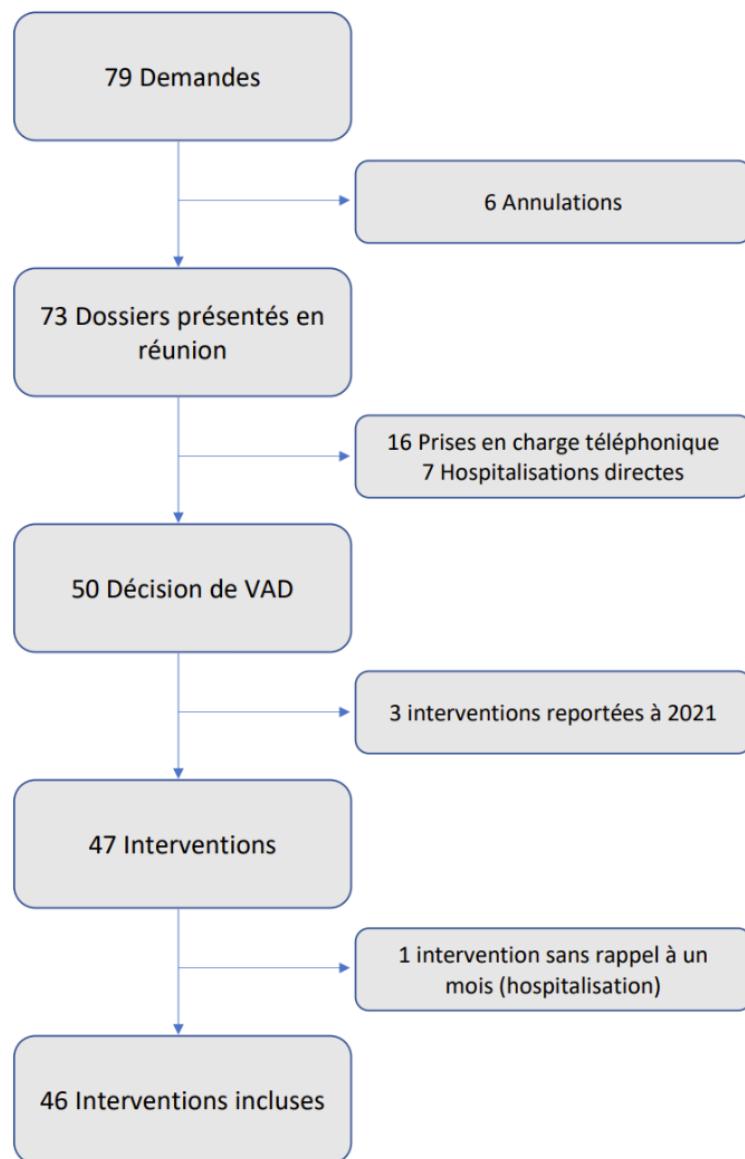


Fig. II Flow chart des interventions incluses pour l'analyse du critère de jugement principal

Préconisations médicamenteuses

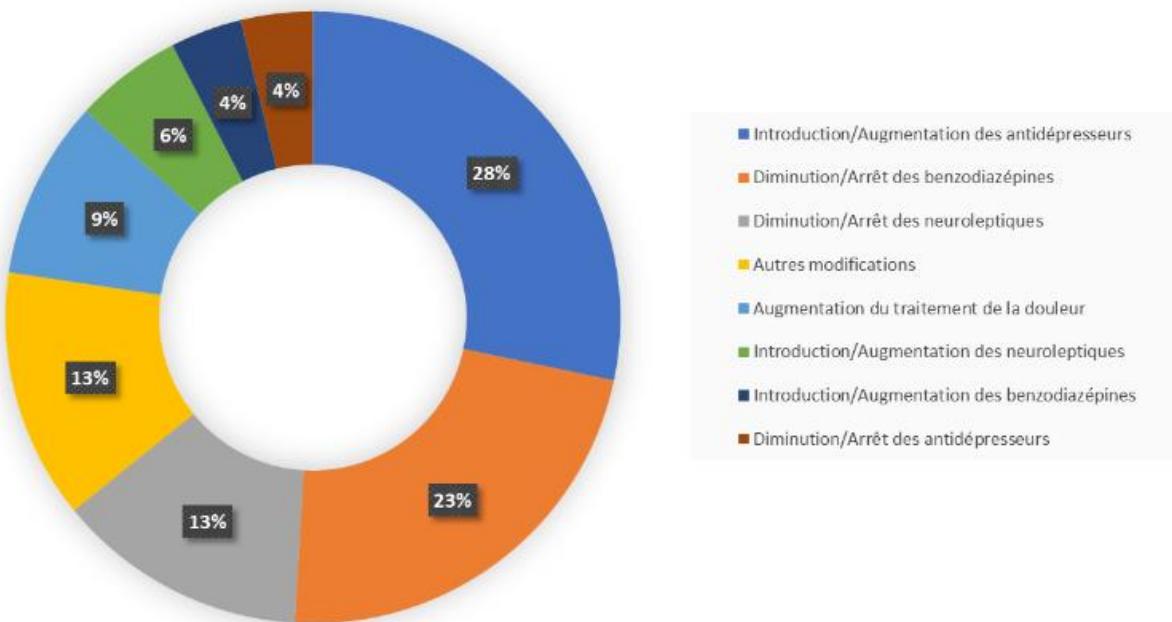


Fig III Préconisations médicamenteuses proposées au décours de l'intervention.

« Autres modifications » : toute modification préconisée portant sur un traitement psychotrope n'appartenant pas aux catégories listées, ou sur un traitement non psychotrope quel qu'il soit.

Table des matières

PLAN	IX
LISTE DES ABREVIATIONS	X
TITRE	1
RESUME.....	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	5
RESULTATS	8
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	9
BIBLIOGRAPHIE	14
LISTE DES FIGURES	18
ANNEXES.....	I

Annexes

EQUIPE MOBILE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE Demande d'intervention	
Date de la demande : / /	Identité du patient : Nom : Prénom : Date de naissance :
Demandeur : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur <input type="checkbox"/> Médecin de la Ville d'Angers	Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> EHPAA/Rés. Autonomie <input type="checkbox"/> EHPAD Adresse : Téléphone :
Personne référente :	Téléphone :
Téléphone :	Mesure de protection juridique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, laquelle :
Motif de la demande : Troubles présentés : <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> dépression <input type="checkbox"/> manifestations psychotiques (hallucinations, idées délirantes...) <input type="checkbox"/> troubles des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit) <input type="checkbox"/> comportement moteur aberrant (déambulation, errance...), <input type="checkbox"/> auto-hétéro agressivité <input type="checkbox"/> désinhibition <input type="checkbox"/> agitation / apathie <input type="checkbox"/> troubles de la mémoire <input type="checkbox"/> désorientation temporo-spatiale <input type="checkbox"/> troubles du langage <input type="checkbox"/> troubles praxique <input type="checkbox"/> troubles du jugement <input type="checkbox"/> troubles de l'attention <input type="checkbox"/> anosognosie	Commentaires :
Maladie d'Alzheimer ou apparentée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui laquelle : Suivi par :	
Antécédents :	
.....	
.....	
Antécédents psychiatriques :	
.....	
Traitements actuels :	
.....	
Historique des traitements psychotropes :	
.....	
Intervention(s) souhaitée(s) : <input type="checkbox"/> Visite sur le lieu de vie <input type="checkbox"/> Aide diagnostique <input type="checkbox"/> Avis thérapeutique <input type="checkbox"/> Aide à l'orientation <input type="checkbox"/> Informations / conseils	
Cadre réservé à l'EMCC : Visite dans le lieu de vie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non quelle proposition :	
Délais d'intervention : Intervenants : <input type="checkbox"/> Gériatre <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Interne DES Gériatrie <input type="checkbox"/> Interne DES Psychiatrie <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> IDE psy <input type="checkbox"/> ASG <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Psychomotricien <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Assistante sociale	
<input type="checkbox"/> Accord du médecin traitant obtenu	<input type="checkbox"/> Accord de la famille obtenu

Annexe I Demande d'intervention de l'EMPCC (2020)

NPI-R CONSIGNES DE PASSATION ET SYNTHÈSE

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.

PRÉSENCE :

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 patient (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.

Si le patient présente ce trouble entourez la réponse OUI et évaluez la GRAVITÉ du trouble du comportement avec l'échelle suivante :

GRAVITÉ :

- 1. Léger** : changement peu important
- 2. Moyen** : changement important
- 3. Important** : changement très important

RENTENTISSEMENT :

Pour chaque trouble du comportement 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 | 2. Légèrement | 4. Sévèrement |
| 1. Minimum | 3. Modérément | 5. Très sévèrement, extrêmement |

RECAPITULATIF pour le dossier médical

Type de relation avec le patient :

Très proche/prodigue des soins quotidiens; proche/s'occupe souvent du patient;
Pas très proche/donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient

ÉTIQUETTE INFORMATIQUE

ou
Nom du patient
Date de naissance
Date de l'évaluation

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
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Trouble de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
SCORE TOTAL			/ 36	/ 60

*NA = question inadaptée (non applicable)

Annexe II Inventaire neuropsychiatrique réduit

Echelle de Zarit d'évaluation du fardeau de l'aidant

Cotation : 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = quelquefois, 3 = assez souvent, 4 = presque toujours

A quelle fréquence vous arrive-t-il de :

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?

Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?

Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?

Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?

Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?

Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?

Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?

Sentir que votre parent est dépendant de vous ?

Vous sentir tendu en présence de votre parent ?

Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?

Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?

Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?

Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?

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 ?

Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?

Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?

Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?

Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?

Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?

Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?

Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?

En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?

Score total : ... / 88

Cotation :

Score inférieur ou égale à 20 : charge faible ou nulle

Score entre 21 et 40 : charge légère

Score entre 41 et 60 : charge modérée

Score supérieur à 60 : charge sévère

Annexe III Echelle de Zarit ou inventaire du fardeau

Etude descriptive d'une équipe mobile pluridisciplinaire dédiée à la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée souffrant de démence**RÉSUMÉ**

Objectifs : L'amélioration de la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence est essentielle aux vues de leurs conséquences sanitaires, économiques et sociales. Cette étude décrit une structure innovante, l'équipe mobile psycho-cognitivo-comportementale (EMPCC), qui propose la prise en charge pluridisciplinaire de ces troubles à domicile ou en institution dans la région d'Angers.

Sujets et Méthode : étude descriptive, non interventionnelle, rétrospective, portant sur tous les dossiers de troubles du comportement chez des patients présentant des troubles neurocognitifs sans limite d'âge soumis à l'EMPCC durant sa première année de fonctionnement (2020). Cette étude évalue principalement l'amélioration des troubles, déclarée par les aidants et/ou les soignants et le médecin demandeur lors d'un appel téléphonique à un mois chez les patients ayant bénéficié d'une intervention sur leur lieu de vie.

Résultats : Sur 79 demandes, 46 situations ont conduit à une intervention et un appel à un mois, parmi elles, 57% des situations ont été améliorées à un mois.

Conclusion : L'EMPCC permet d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée démente dans la région d'Angers. Ces premiers résultats doivent encourager le développement d'initiatives similaires dans d'autres territoires.

Mots-clés : Démence, Trouble neurocognitif, Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, symptômes neuropsychiatriques, personne âgée, équipe mobile multidisciplinaire, aidants

Descriptive study of a multidisciplinary mobile team dedicated to behavioral disorders for aged people with dementia**ABSTRACT**

Objective : Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) have serious consequences in health, economic and social domains. Improving care of these symptoms is necessary and challenging. This study describes the EMPCC (équipe mobile psycho-cognitivo-comportementale) which provides multidisciplinary support to BPSD care either at people's home or in nursing house, in the city district of Angers, France.

Method : A descriptive, non interventionnal, retrospective study was carried out among all the EMPCC requests in its first year of operation (2020). The studied population encompassed people with dementia who suffer from BPSD which led to an EMPCC request. The primary goal of this study was the improvement of symptoms, as reported by caregivers and/or nursing staff and general practitioners, in a telephone interview after one month post intervention at the patient's living place.

Results : Among 79 requests, 46 led to an intervention and the one month call. 57% of these situations were described as improved post one month.

Conclusion : Our mobile team improves care of BPSD in aged people with dementia in the city district of Angers, France. These first results should foster the development of similar structures in others places.

Keywords : dementia, Neurocognitive Disorders, Behavioral and psychological symptoms of dementia, Neuropsychiatric symptoms, aged people, multidisciplinary mobile team, caregivers