

2017-2018

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MEDECINE GENERALE**

**INTERET D'UN POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES POUR PRENDRE EN CHARGE LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DES PATIENTS DEMENTS EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Exemple du PASA de Montsûrs

**GUERIN Anaïs**

Née le 06 mars 1987 à Fontenay le Comte (85)

Sous la direction de M. le Pr CAILLIEZ Éric ET M. le Dr JOUAN Éric

Membres du jury

Mr le Professeur CONNAN Laurent | Président

Mr le Professeur CAILLIEZ Éric | Directeur

Mr le Docteur JOUAN Éric | Codirecteur

Mr le Professeur GARNIER François | Membre

Soutenue publiquement le :  
29 novembre 2018



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GUERIN Anaïs

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'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 ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant(e) le **21/09/2018**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

**Directeur de l'UFR** : Pr Nicolas Lerolle

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** :

## 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
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
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
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	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
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
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
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	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
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
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	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
ROHMER Vincent	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
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
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
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

## AUTRES ENSEIGNANTS

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

## **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

## **ATER**

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

## **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

## **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

**A Monsieur le Professeur CONNAN.**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

**A monsieur le Professeur CAILLIEZ.**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, d'avoir été disponible et de m'avoir dispensé de précieux conseils. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

**A Monsieur le Docteur JOUAN.**

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ce travail de recherche. Je vous suis sincèrement reconnaissante de m'avoir permis de réaliser cette étude sur l'EHPAD de Montsûrs et de m'avoir soutenue tout au long de cette épreuve. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

**A M le Professeur GARNIER.**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

**A l'EHPAD de Montsûrs.**

Je suis sincèrement reconnaissante envers le personnel de l'établissement qui m'a chaleureusement accueilli y compris l'équipe du PASA. J'adresse également tous mes remerciements à Mme Faletto, pour son investissement, l'aide précieuse apportée à la concrétisation de ce projet, et toutes nos discussions enrichissantes. Mes sincères remerciements à Mme Tireau pour sa gentillesse et sa disponibilité.

**A tous les résidents** qui ont participé à ce travail.

**A toi, Thomas.**

Merci d'être à mes côtés depuis bientôt 10 ans. Merci de me soutenir comme tu le fais si bien. Merci pour tous ces moments de bonheur tous les quatre, passés et à venir, malgré les épreuves que nous avons traversées ensemble.

**A mes fils, Raphaël et Augustin.**

Tellement heureuse et fière de vous avoir.

**A mes parents.**

Je vous remercie d'avoir cru en moi lorsque j'ai décidé de suivre ces longues études de médecine, d'avoir su me soutenir lorsqu'il le fallait.

**A mes frères.**

Votre petite sœur termine son cursus, comme quoi, la patience et la persévérance paient. Merci Giovanni pour tous ces moments de complicité passés et à venir qui je l'espère seront nombreux. Merci Matthias d'être à l'écoute, merci pour tes encouragements qui m'ont beaucoup aidée à finaliser ce projet.

**A tous les médecins** que j'ai côtoyés durant ces années, qui m'ont formée, fait aimer mon métier, et devenir le médecin que je suis maintenant.

## Liste des abréviations

ADN	Acide DésoxyriboNucléique
AGGIR	Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressource
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders
EADC	European Alzheimer's Disease Consortium
EHPAD	Établissement d'Hébergement Dépendantes pour Personnes Âgées
GIR	Groupe Iso-Ressources
GRECO	Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MMSE	Mini Mental State Examination
NPIES	Neuropsychiatrique Inventaire Version Équipe Soignante
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
UHR	Unité Hébergement Renforcée

# **Plan**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **RESUME**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

## **RÉSULTATS**

### **1. Caractéristiques générales**

- 1.1. Socio démographiques
- 1.2. Perdus de vue

### **2. Etude du MMSE**

- 2.1. MMSE de la population générale
- 2.2. Médianes des MMSE
- 2.3. MMSE dans le groupe PASA
- 2.4. MMSE dans le groupe NON PASA

### **3. Etude du NPIES**

- 3.1. Médianes des NPIES
- 3.2. NPIES dans le groupe PASA
- 3.3. NPIES dans le groupe NON PASA
- 3.4. Comparaison des NPIES entre les deux groupes

### **4. Approche comparative en fonction de critères d'évaluation**

- 4.1. Comparaison selon chaque item du NPIES
- 4.2. Evaluation des scores GIR dans le groupe PASA
- 4.3. Evaluation des prescriptions de traitements psychotropes

## **DISCUSSION**

### **1. Force de l'étude**

### **2. Points négatifs**

### **3. Evaluation des scores totaux des NPI-ES**

### **4. Evaluation des quatre sous-syndromes du NPI-ES**

- 4.1. Hyperactivité

- 4.2. Psychose

- 4.3. Affectif

- 4.4. Apathie

### **5. Utilité du MMSE**

### **6. Evaluation des scores GIR du groupe PASA**

### **7. Evaluation des traitements psychotropes**

### **8. Evolution du PASA de Montsûrs**

### **9. Pistes à explorer**

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **TABLE DES MATIERES**

### **ANNEXES**

- Annexe 1 Mini Mental Status Examination
- Annexe 2 Inventaire Neuropsychiatrique version Equipe Soignante
- Annexe 3 Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource

## **RESUME**

Les troubles du comportement sont observables dès le stade de troubles cognitifs légers. L'apathie est le plus fréquemment observé, avec les troubles affectifs, l'irritabilité, l'agitation. Les Pôles d'Activités et Soins Adaptés au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont un moyen de prendre en charge ces troubles sans traitement médicamenteux.

Deux cohortes ont été suivies, en deux temps, au sein de l'EHPAD de Montsûrs. Un groupe de 17 résidents du PASA, et un groupe de 11 résidents ayant des troubles démentiels associés à des troubles du comportement ne bénéficiant pas de cette prise en charge. Initialement, un Mini Mental State Examination et un Neuro Psychiatrique Inventaire version Equipe Soignante, ont été récupérés dans les dossiers médicaux. Durant l'année 2017, des MMSE et NPI-ES, ont été réalisés pour les résidents sélectionnés, afin de réévaluer les troubles cognitifs et les troubles du comportement.

Les scores NPI-ES augmentaient de manière non significative dans le groupe NON PASA. Les troubles du comportement de type agitation, désinhibition, irritabilité, s'amélioraient plus dans le groupe PASA mais de manière non significative.

L'intervention d'un personnel formé, disponible pour rassurer, être à l'écoute, au sein d'un cadre de vie adapté permettant la déambulation libre, a semblé permettre une diminution de certains troubles du comportement améliorant ainsi le bien être des personnes âgées.

## INTRODUCTION

Selon les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2007, l'espérance de vie en France est de 77,5 ans pour les hommes et 84,4 ans pour les femmes. Actuellement les plus de 65 ans représentent 16,2% des français. Ce chiffre va augmenter avec, selon l'INSEE, 165 216 centenaires en 2050. Ce qui représentera en 2050, un habitant sur trois âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. [1]

La démence est un problème de santé public majeur qui va grandir dans les trente prochaines années [2]. Cela s'explique par le fait que le nombre de patients déments va augmenter à cause du vieillissement de la population. Ces personnes nécessiteront des besoins spécifiques en lien avec leur perte d'autonomie.

La prévalence des démences est de 6,4% chez les plus de 65 ans. Elle augmente avec l'âge et est un peu plus élevée chez les femmes après 80 ans. Dans cette population, la durée de survie est d'environ 5 ans. [2] Le nombre de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et autres démences a été estimé à 1 200 000 en 2014 en France. [3]

La prise en compte dans les politiques publiques, de la maladie d'Alzheimer date des années 2000. Deux plans se sont succédés avant que la prise en charge de cette pathologie devienne « grande cause nationale » en 2007. [4]

Selon l'enquête de la DREES réalisée en 2007 [5], 42% des résidents des EHPAD souffraient de démence.

La démence, appelée trouble neurocognitif majeur par la classification Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-5), est caractérisée par un déclin cognitif compromettant l'indépendance de la personne.

Les symptômes varient selon les types de démence dont la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer [6]. Les critères diagnostiques du DSM-5 sont les suivants :

A- Evidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus, sur la base :

D'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ;

et

D'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée

B- Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c'est à dire, au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne tels que le paiement de factures ou la gestion des médicaments).

C- Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium.

D- Les déficits cognitifs ne sont pas expliqués par un trouble mental (par exemple le trouble dépressif majeur, la schizophrénie). [7]

La caractéristique essentielle de la démence est l'apparition de déficits cognitifs multiples qui comportent une altération de la mémoire et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes : aphasic, apraxie, agnosie et ou perturbation des fonctions exécutives. [8]

Le diagnostic de démence nécessite, selon les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé, une évaluation cognitive globale. Il s'agit d'une évaluation globale standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination, dans sa version consensuelle, établie par le Groupe de Recherche et d'Evaluation des Outils Cognitifs (cf ANNEXE 1).

Cette épreuve est réputée brève et explore 7 domaines de la cognition. L'âge, le niveau socio-culturel, l'activité professionnelle et sociale, ainsi que l'état affectif (anxiété et dépression) et le niveau de vigilance du patient, doivent être pris en considération dans l'interprétation du résultat du MMSE. [9]

Cette altération des fonctions cognitives, s'accompagne de troubles du comportement. L'International Psychogeriatric Association a proposé la dénomination de symptômes psychologiques et comportementaux des démences. Il s'agit de modifications anormales, observables sur l'ensemble du nycthémère, à expressivité clinique plus ou moins démonstrative, et pouvant entraîner des manifestations psychotiques (délires, hallucinations), thymiques (dépression, anxiété, euphorie), motrices et /ou perturbatrices (agitation, agressivité, irritabilité, cris, comportements moteurs aberrants), de la conation (apathie), de l'appétit et du sommeil. Ces troubles du comportement sont fréquents, ils accompagnent près de 85% des démences. Ces troubles fluctuent et peuvent avoir un impact sur la souffrance des patients et des aidants. Ils peuvent apparaître au stade précoce de la maladie. [10]

Leur prise en charge a pour but d'éviter les passages aux urgences, les hospitalisations prolongées, inadaptées, et de limiter les récidives. [11]

Il est recommandé de les objectiver à l'aide d'un outil, l'Inventaire NeuroPsychiatrique version Equipe Soignante (NPI-ES).

Le NPI-ES est un inventaire de 12 symptômes parmi les plus fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, évaluant leur fréquence et leur sévérité, ainsi que le retentissement sur l'aide ou le professionnel (cf. ANNEXE 2). En cas d'agitation, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI, Cohen-Mansfield Agitation Inventory) qui évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris, peut être utilisée en complément du NPI-ES [12].

Les examens complémentaires (biologiques, imageries cérébrales) n'ont pour vocation que d'éliminer d'autres pathologies. Les recherches se développent pour apporter des éléments de diagnostic positif, telle l'utilisation du TEP scan radiomarqué au flortaupicir.[13]

Il n'y a pas de traitement curatif de la maladie d'Alzheimer et les traitements symptomatiques spécifiques sont critiqués pour leur efficacité limitée et leurs risques d'effets indésirables. [6]

Le programme Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer (programme AMI Alzheimer) a pour objectif de diviser par trois les prescriptions de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. Améliorer la prise en charge des troubles du comportement passe notamment par la formation aux techniques de soins pour prévenir et réduire les troubles du comportement, maîtriser le risque iatrogénique en révisant les prescriptions de neuroleptiques. [14]

Les méthodes non médicamenteuses, sont, quant à elles privilégiées. Il s'agit d'interventions sur la qualité de vie, sur le langage (orthophonie), sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), sur la stimulation sensorielle (Snoezelen, musicothérapie) sur l'activité motrice (entrainement physique), sur les activités occupationnelles, les approches psychosociales (réminiscence, validation, art thérapie, thérapie assistée par l'animal), l'aménagement de l'environnement (rééducation de l'orientation). [15]

Le premier plan Alzheimer 2001-2005, avait pour objectifs :

- d'améliorer le diagnostic
- de créer des « consultations mémoire » et des centres de mémoire de ressources et de recherche pluridisciplinaires pour des soins et une prise en charge globale
- augmenter les places d'accueil de jour
- de créer l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). [16]

Le plan 2004-2007 a permis une reconnaissance de la maladie Alzheimer en Affection Longue Durée (ALD 15), l'adaptation des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes pour prendre en compte la spécificité de cette maladie, mais également de mieux prendre en compte les besoins des malades et des familles et de mettre en place une offre adaptée. [17]

Le plan 2008-2012 insistait sur la nécessité d'une prise en charge globale des malades d'Alzheimer et de leur entourage et d'une meilleure organisation du système médico-social autour de ces personnes. Il mettait l'accent sur la recherche ainsi que la formation des professionnels de santé. Ainsi ont été créées des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration et des malades Alzheimer (MAIA).

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012, a permis la création de « Pôles d'Activités et de Soins Adaptés » (PASA) dans les Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ces espaces de vie, accueillent, pendant la journée, les résidents de l'EHPAD, ayant des troubles du comportement modérés. Les locaux sont aménagés avec des salles d'activités, des sanitaires adaptés, ces pièces ont pour but de faciliter la déambulation. Des activités diverses sont proposées afin de maintenir les capacités fonctionnelles et cognitives restantes. La population accueillie répond à certains critères, notamment le fait d'être atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés, évalués notamment par le NPI version Equipe Soignante ; il doit être compris entre 4 et 7. L'outil d'évaluation cognitive utilisé est le MMSE, et doit se situer entre 15 et 20. Le PASA est composé d'un personnel formé et en nombre suffisant : un psychomotricien ou ergothérapeute, des assistants de soins en gérontologie, un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et l'équipe. [18]

Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 concerne l'ensemble des maladies neuro-dégénératives (maladie de Parkinson, sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Huntington...). Ce projet prévoit notamment la création de 100 nouveaux dispositifs MAIA, une augmentation de l'accompagnement à domicile avec 74 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer, et un renforcement du soutien aux aidants avec 65 nouvelles plates formes d'accompagnement et de répit. Le développement de la recherche est également une priorité avec la reconnaissance de centres d'excellence en enseignement et en recherche. [19]

En EHPAD, l'objectif principal, selon la Haute Autorité de Santé (HAS) est de permettre l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, avec une vie de qualité, en termes de bien-être et d'état de santé, jusqu'en fin de vie.

Les troubles psychologiques et comportementaux sont fréquents, leur origine est souvent somatique, environnementale, ou le fruit de la confrontation entre certains facteurs environnementaux et d'histoire de la vie de la personne. Les conséquences de ces troubles sur la personne, mais aussi les aidants, ainsi que les équipes (détresse, épuisement, maltraitance notamment) font de leur prévention et de leur prise en charge un enjeu majeur. Les thérapeutiques non médicamenteuses, peuvent prévenir ou aider à apaiser ces troubles, sans mettre en échec la personne, et doivent être assurées par des professionnels formés. L'efficacité de cette approche doit être réévaluée régulièrement en prenant en compte le point de vue de la personne, des aidants, et de l'équipe. [20]

L'EHPAD où l'étude a été réalisée se situe à Montsûrs, commune d'environ 2000 habitants située en Mayenne, dans le canton d'Evron. Cet établissement accueille via l'espace nommé HELIOS, depuis 2000, des résidents hébergés à l'EHPAD, souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, avec des troubles modérés du comportement. La labellisation en 2012, de cet espace, en pôle d'activités et de soins adaptés, permet de prendre en charge des résidents selon les critères d'intégration relatifs au cahier des charges. [21]

Le MMSE, lorsqu'il est disponible, le NPI-ES, ainsi que la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource AGGIR (cf ANNEXE 3) sont pris en compte. L'observation du patient pendant un mois minimum, est nécessaire. L'intégration se fait en concertation avec l'équipe soignante et avec l'accord du résident. L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée. Cette intégration est proposée dans le cadre du Projet d'Accompagnement Personnalisé, correspondant à un accompagnement le plus adapté possible en fonction des besoins, aspirations et demandes du résident. [22]

Le PASA a une file active de 18 résidents, se compose d'une équipe dédiée, volontaire et formée à la prise en charge de résidents atteints d'une démence avec des troubles du comportement modérés : 3 assistants en soins gérontologiques ou aides médico-psychologiques ainsi qu'une aide-soignante ; une infirmière diplômée d'état est détachée au PASA une fois par semaine, en fonction des besoins du service infirmier. Interviennent également à temps partiel, une psychologue, une ergothérapeute, et une diététicienne.

Il existe un très grand nombre d'études illustrant les bénéfices de ces thérapies dans la maladie d'Alzheimer, mais les limites méthodologiques (petits échantillons, absence de groupe contrôle, rares mesures à long terme, peu d'études randomisées) affaiblissent les résultats. [12] [15]

L'objectif de cette thèse était de montrer l'intérêt de stratégies non médicamenteuses, dans la prise en charge des troubles du comportement chez des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, par le biais d'un pôle d'activités et de soins adaptés.

## MÉTHODES

L'admission au sein d'un PASA était consécutive à une réflexion en équipe soignante, multidisciplinaire, avec un projet de vie du résident connu de l'équipe. Le diagnostic était recherché mais pas forcément posé. Le consentement du résident devait être obtenu et celui de sa famille recherché. L'évaluation des troubles du comportement était réalisée via le NPI-ES, (les troubles devaient survenir selon une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent). Le résident ne devait alors être ni confus, avec une capacité à décider pour lui-même, ni remplir les critères d'admissibilité en Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Il devait également être « sociable » pour participer aux activités de groupe. [23]

Il s'agissait d'un travail descriptif, comparatif, réalisé sur deux cohortes de patients, résidents de l'EPHAD de Montsûrs. La cohorte « PASA », était constituée de 17 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, pris en charge avec des moyens non médicamenteux au sein du PASA.

La cohorte « NON PASA » était constituée de 11 résidents présentant une démence avec des troubles du comportement mais ne bénéficiant plus d'une prise en charge au sein du PASA ou n'en ayant jamais bénéficié. Le groupe « NON PASA » n'était pas apparié au groupe PASA.

Le recueil des données s'est déroulé en janvier et février 2017.

Les dossiers des résidents de l'EHPAD ont été étudiés afin de sélectionner les résidents du groupe « NON PASA ». La présence de troubles cognitifs dans les antécédents (notamment l'existence d'une évaluation MMSE) et la présence de troubles du comportement (dans les courriers médicaux des dossiers et également une éventuelle évaluation NPI-ES) ont été recherchés.

Dans le groupe « NON PASA », ont été inclus les résidents sortis du PASA, au moins un mois avant la réalisation des tests, ceux ayant refusé une éventuelle prise en charge PASA à un moment donné.

Les données initiales ont été collectées dans les dossiers médicaux sous le contrôle du médecin coordonnateur de l'établissement, de l'infirmière coordonnatrice et de la directrice d'établissement. Une demande a été réalisée auprès du CIL (Correspondant Informatique et Libertés) de l'université d'Angers le 7 juillet 2016 après avis auprès du département de médecine générale.

Il a été recueilli :

- Âge à l'inclusion
- Sexe
- Profession exercée
- Date d'entrée au PASA
- MMSE avant ou au début de la prise en charge PASA lorsque disponible et réalisation d'un autre MMSE au cours de l'étude  
(Cf ANNEXE 1)
- NPI-ES avant ou au début de la prise en charge PASA lorsque disponible et réalisation d'un autre NPI-ES au cours de l'étude  
(Cf ANNEXE 2)
- Score GIR lors de l'inclusion et au cours de l'année 2017  
(Cf ANNEXE 3)
- Date et mode de sortie du PASA
- Prescriptions psychotropes des résidents du PASA à l'inclusion et en décembre 2017
- Prescriptions psychotropes des résidents non PASA à l'inclusion

Les MMSE de fin d'étude ont été réalisés durant l'année 2017 par Anaïs GUERIN, après accord des patients. En cas de refus ou si le test était irréalisable du fait d'une comorbidité (surdité notamment), de troubles cognitifs trop avancés ne permettant pas d'échanger, le test n'était pas effectué.

Les NPIES de fin d'étude, ont été réalisés par Anaïs TIREAU, infirmière référente PASA de l'EHPAD.

Les données ont été anonymisées, puis traitées avec le logiciel Excel.

Deux analyses quantitatives ont été réalisées : une analyse prenant en compte les résultats du MMSE et du NPI-ES et une analyse étudiant les variations de chaque item du NPI-ES.

Les données ont été comparées par le test non paramétrique de Mann-Whitney à l'aide du logiciel BiostaTGV.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques générales

### 1.1. Caractéristiques socio-démographiques

**Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques**

	% (n) POP (n=28)	% (n) PASA (n=17)	% (n) NON PASA (n=11)
<b>Sexe</b>			
Masculin	18 (5)	6 (1)	36 (4)
Féminin	82 (23)	94 (16)	64 (7)
<b>Catégories Socio-professionnelles</b>			
Agriculteurs exploitants	43 (12)	35 (6)	55 (6)
Artisans / commerçants / chefs d'entreprise	7 (2)	6 (1)	9 (1)
Ouvriers	7 (2)	6 (1)	9 (1)
Employés	32 (9)	41 (7)	18 (2)
Sans emploi	4 (1)	6 (1)	0
Inconnu	7 (2)	6 (1)	9 (1)
<b>Moyenne âge</b>	90,3 ans	89,1 ans	91,6 ans

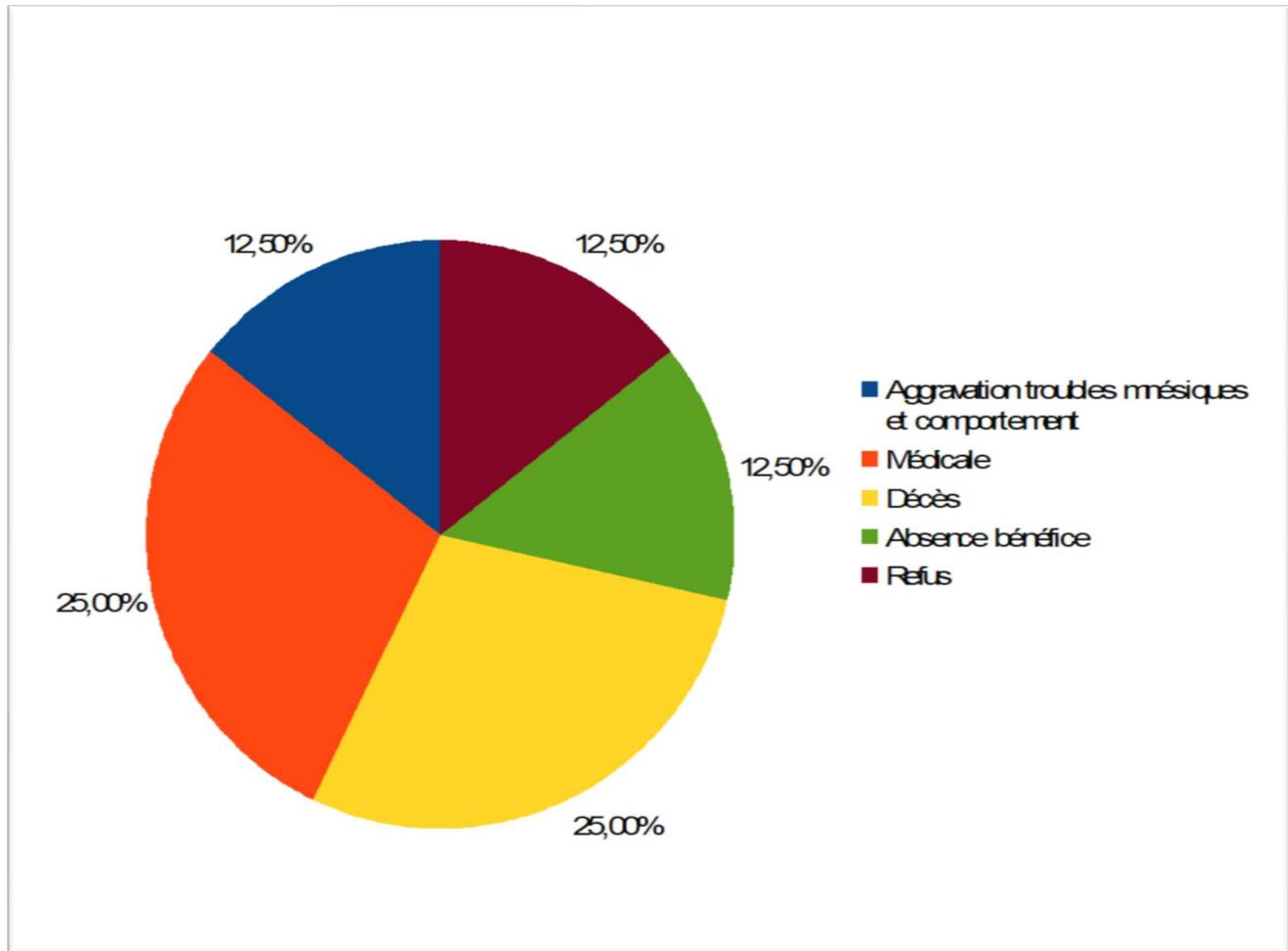
Les personnes du groupe PASA étaient employées pour 41% d'entre elles. Dans le groupe NON PASA, 55% des résidents étaient agriculteurs. La moyenne d'âge des deux groupes était aux alentours de 90 ans. Le nombre de femmes était plus important dans les deux groupes.

## 1.2. Perdus de vue

Durant l'étude, 41% des personnes du groupe PASA, sont sortis de l'étude.

Les principales causes de sorties étaient le décès et pour raison médicale.

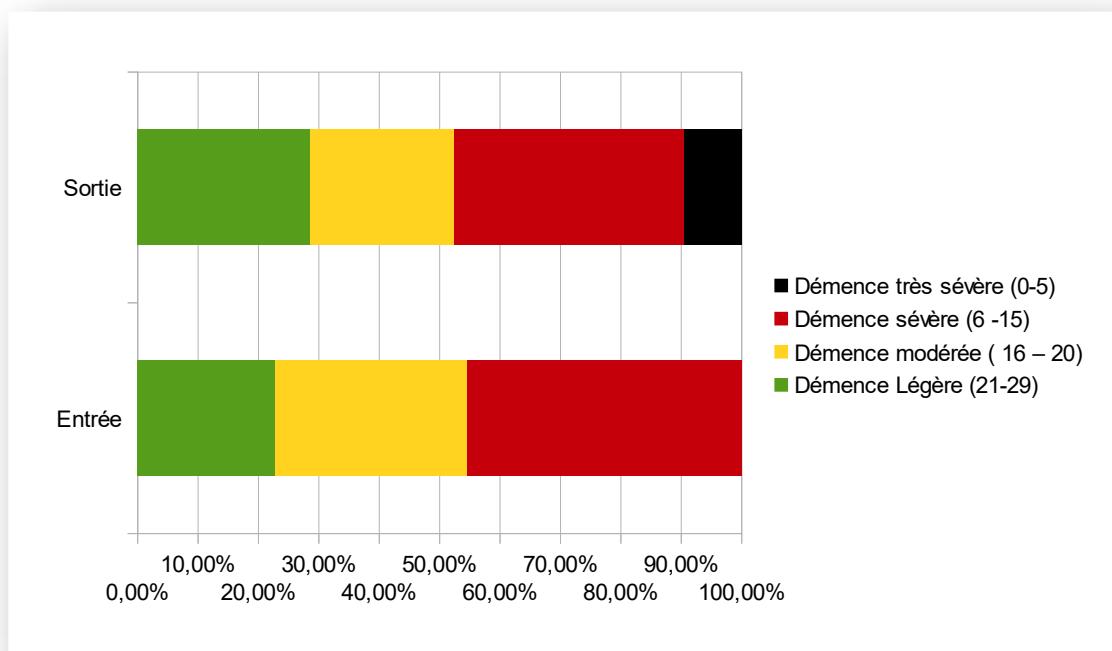
**Figure 1** : Motifs de sorties d'étude



## 2. Etude du MMSE

### 2.1. MMSE dans la population générale

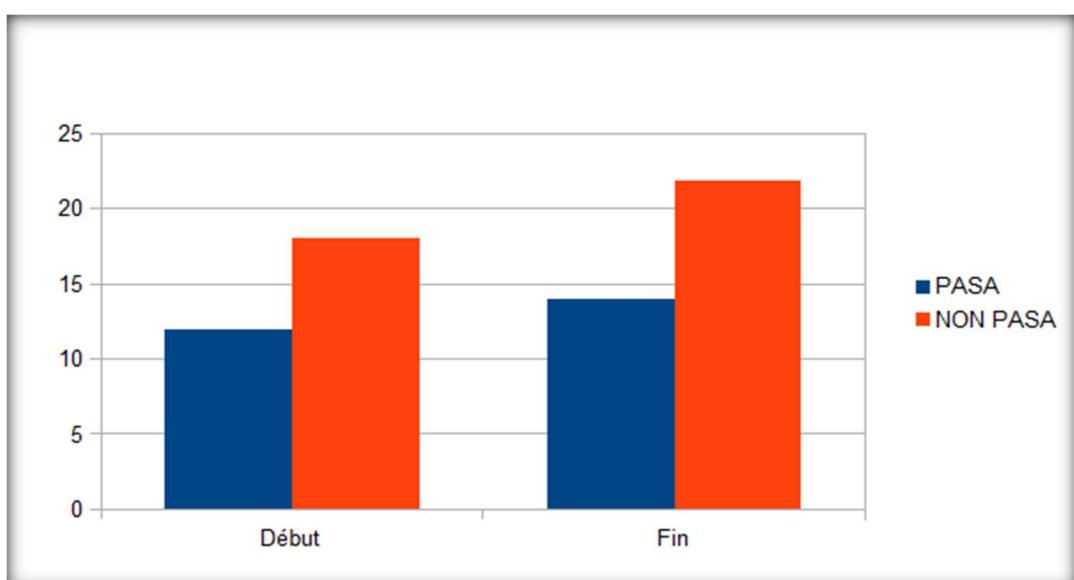
**Figure 2 : Evolution du statut démentiel dans la population générale au cours de l'étude**



A l'inclusion, aucun des résidents n'avait de démence très sévère. Le score MMSE était absent des dossiers pour 27,3% des résidents évalués, soit 24% pour le groupe PASA, et 18% pour le groupe NON PASA.

A la fin de l'étude, 10% des résidents avaient une démence très sévère.

**Figure 3 : Evolution du MMSE médian en début et fin d'études pour les deux groupes**

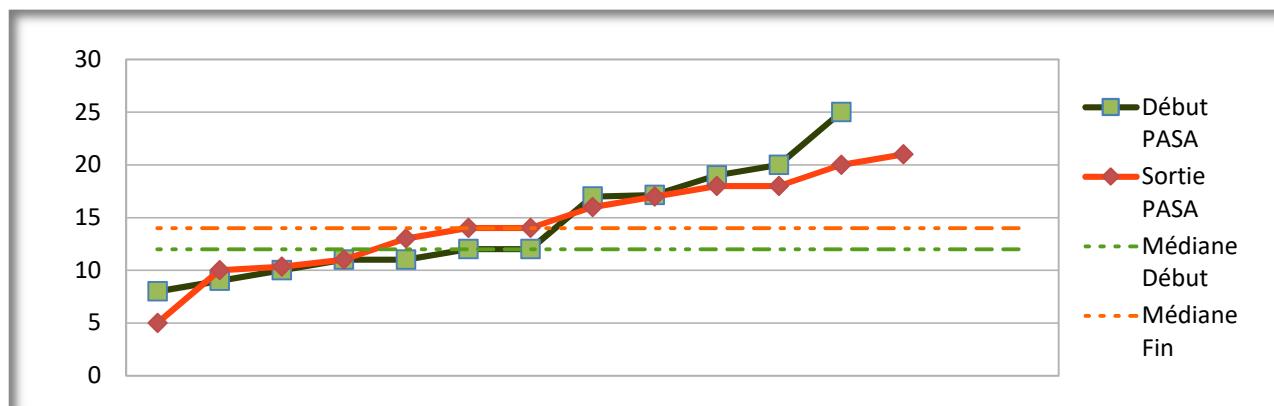


Le MMSE médian du groupe PASA au début de l'étude était de 12 versus 18 pour le groupe NON PASA ; les résultats étaient non significatifs ( $p=1$ )

Le MMSE médian du groupe PASA en fin d'étude était de 14 versus 21,9 pour le groupe NON PASA ; les résultats étaient non significatifs ( $p = 1$ )

## 2.2. MMSE dans le groupe PASA

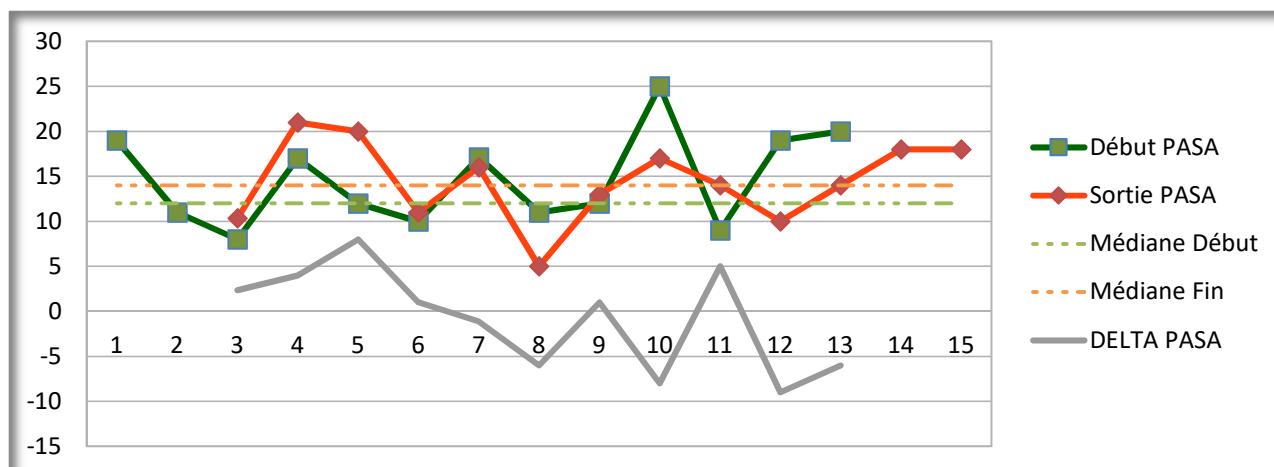
**Figure 4 : Classement croissant des MMSE dans le groupe PASA à l'admission, à la sortie et leur médiane.**



Le score MMSE minimal en début d'étude était de 8, en fin d'étude, de 5. Le score MMSE maximal en début d'étude était de 25 et en fin d'étude, 20. La médiane à l'entrée était de 12. A la sortie, la médiane était à 14.

On a répertorié, dans les dossiers médicaux, 46% des résidents du groupe PASA qui avaient le certificat d'études.

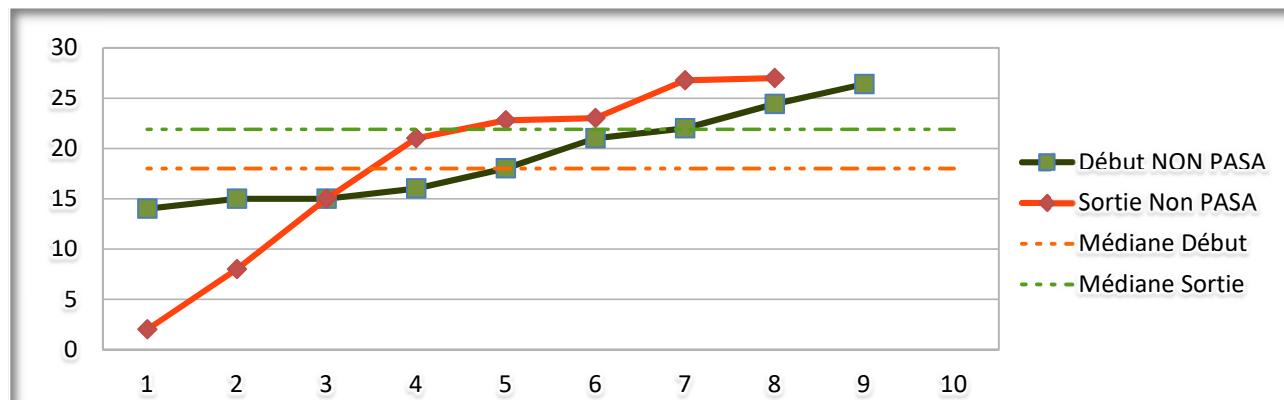
**Figure 5 : MMSE en début et fin d'étude pour chaque individu du groupe PASA avec le delta**



Sur 17 résidents inclus, seulement 11 ont pu faire l'objet d'une comparaison entre le début et la fin de l'étude. Le delta minimal était de -8 et le delta maximal de 8. On remarquait que 45.5% des individus avaient un score augmenté en fin d'étude soit un score qui s'améliorait.

### 2.3. MMSE dans le groupe NON PASA

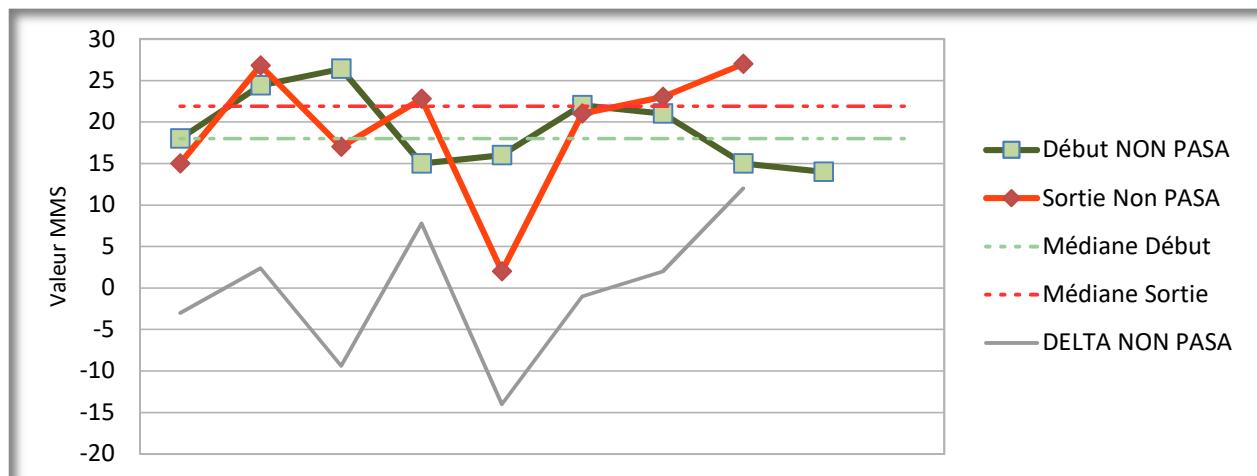
**Figure 6 : Classement croissant des MMSE dans le groupe NON PASA à l'admission, à la sortie et leur médiane.**



une réponse manquante en fin d'étude

Le score MMSE minimal en début d'étude était de 14, en fin d'étude, de 2. Le score MMSE maximal en début d'étude était de 26, en fin d'étude, de 27. La médiane à l'entrée était à 18, à la sortie, elle était à 21,9. Grâce aux données des dossiers médicaux, on a répertorié 33% des résidents du groupe NON PASA qui avaient le certificat d'études.

**Figure 7 : MMSE en début et fin d'étude pour chaque individu du groupe NON PASA avec le delta**

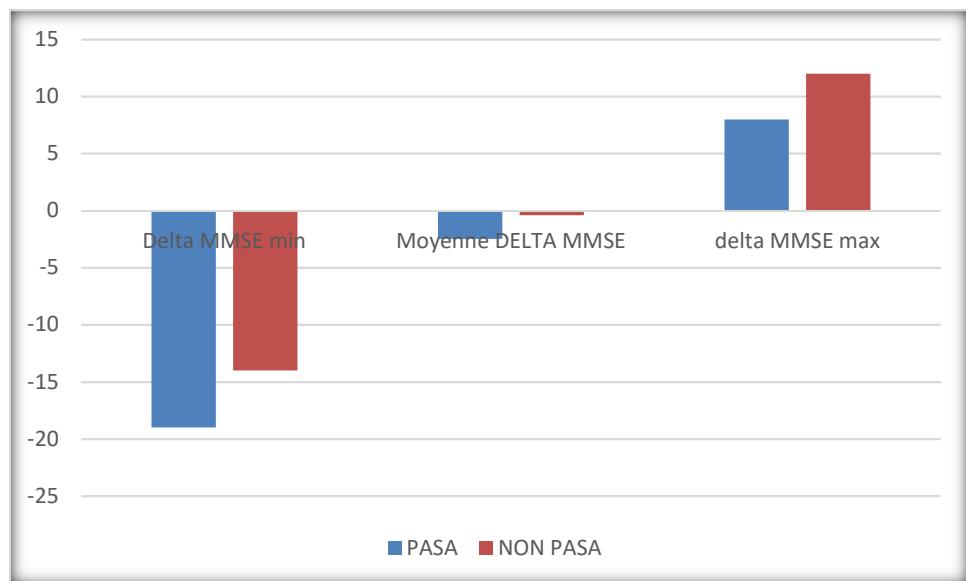


une réponse manquante en fin d'étude

Parmi les résidents, 50% avaient un score MMSE plus élevé en fin d'étude, 50% avaient un score MMSE qui variait de 1,2, ou 3 points. Le delta minimal était de -14, le delta maximal était de 12.

Au total, dans le groupe NON PASA 50% des scores MMSE ont évolué défavorablement, c'est-à-dire, ont diminué ; versus 45,5% pour le groupe PASA. Ces résultats étaient non significatifs ( $p = 0,221$ )

**Figure 8 : Delta MMSE des groupes PASA et NON PASA**

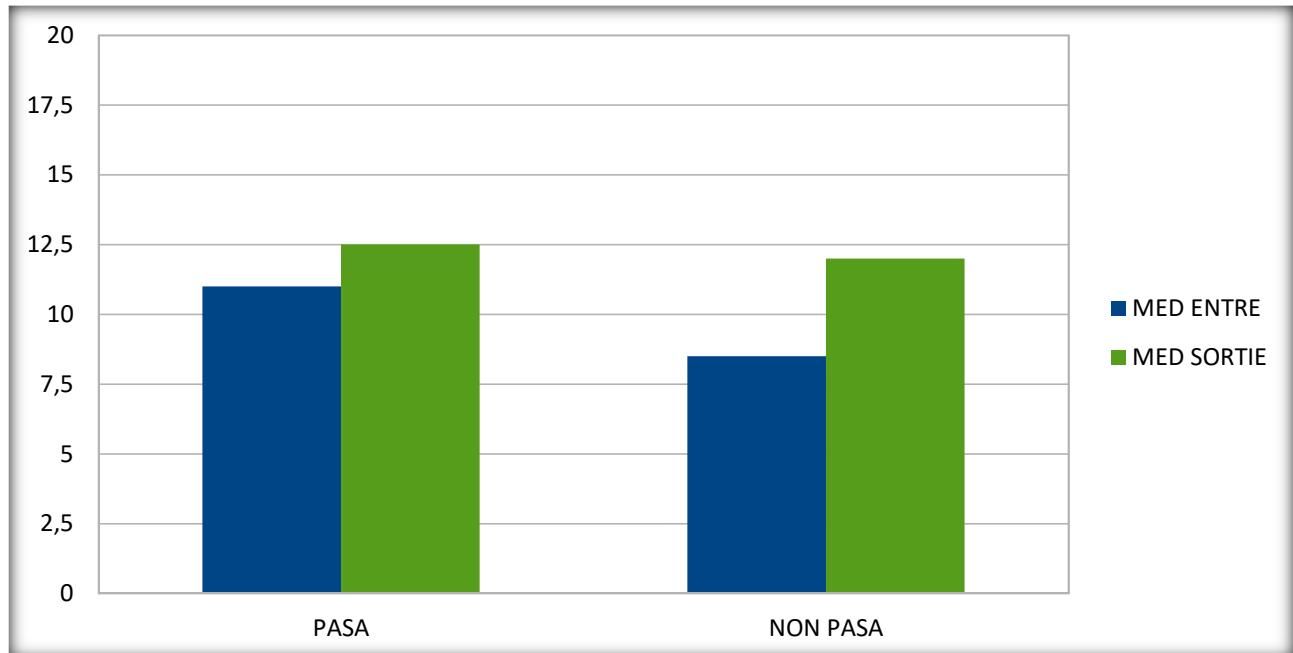


La moyenne des deltas des scores MMSE pour le groupe PASA était à -2.48 versus -0.40 pour le groupe NON PASA. Ces résultats étaient non significatifs ( $p=1$ )

### 3. Etude du NPIES

#### 3.1. Médianes des NPIES

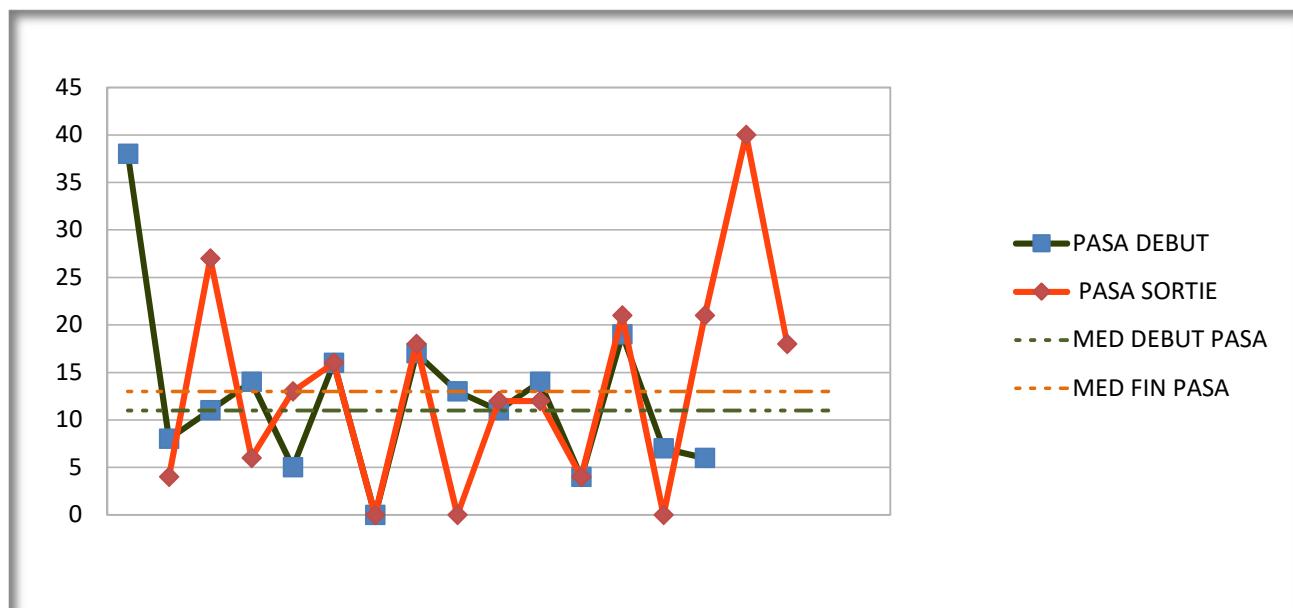
**Figure 9 : Médianes des NPI-ES en début et en fin d'étude pour les groupes PASA et NON PASA**



La médiane du NPI-ES pour le groupe PASA à l'entrée était de 11. Elle était de 8,5 pour le groupe NON PASA ( $p=1$ ). La médiane de sortie était de 12,5 pour le groupe PASA et de 12 pour le groupe NON PASA ( $p=1$ ). Ces résultats étaient non significatifs.

### 3.2. NPIES dans le groupe PASA

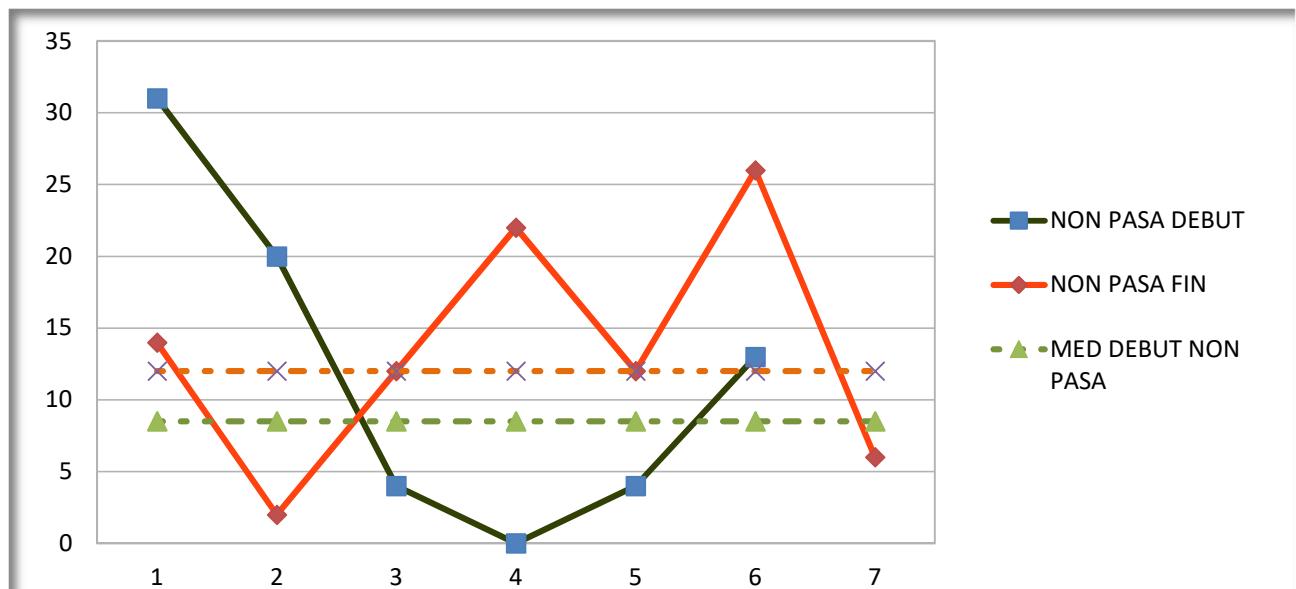
**Figure 10 : NPI-ES pour chaque individu du groupe PASA en début et en fin d'étude**



Sur 17 individus inclus, seulement 14 ont pu faire l'objet d'une comparaison. Pour 3 résidents, soit 21.43%, les points se superposaient, signifiant qu'il n'y avait pas de dégradation du score. Pour 5 résidents, soit 35.71%, le score diminuait, signifiant une diminution des troubles du comportement. Le score augmentait pour 6 résidents, soit 42.86%.

### 3.3. NPIES dans le groupe NON PASA

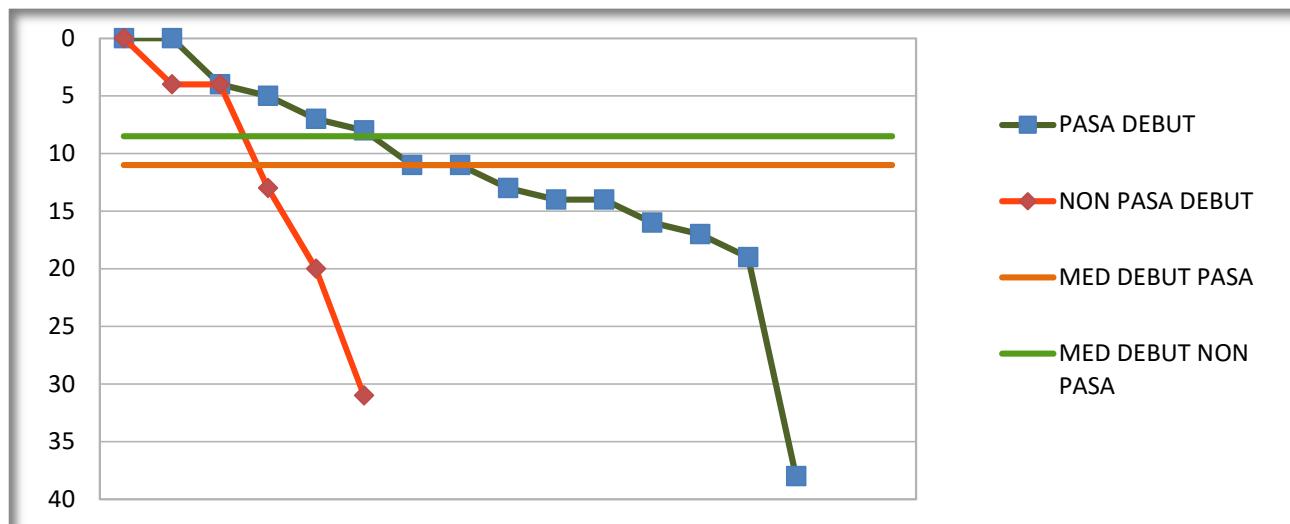
**Figure 11 : NPI-ES pour chaque individu du groupe NON PASA en début et en fin d'étude**



Sur les 11 résidents inclus, seulement 6 ont pu faire l'objet d'une comparaison entre le début et la fin de l'étude. Nous remarquons l'aggravation du score pour 67% des individus. ( $p=0.11$ )

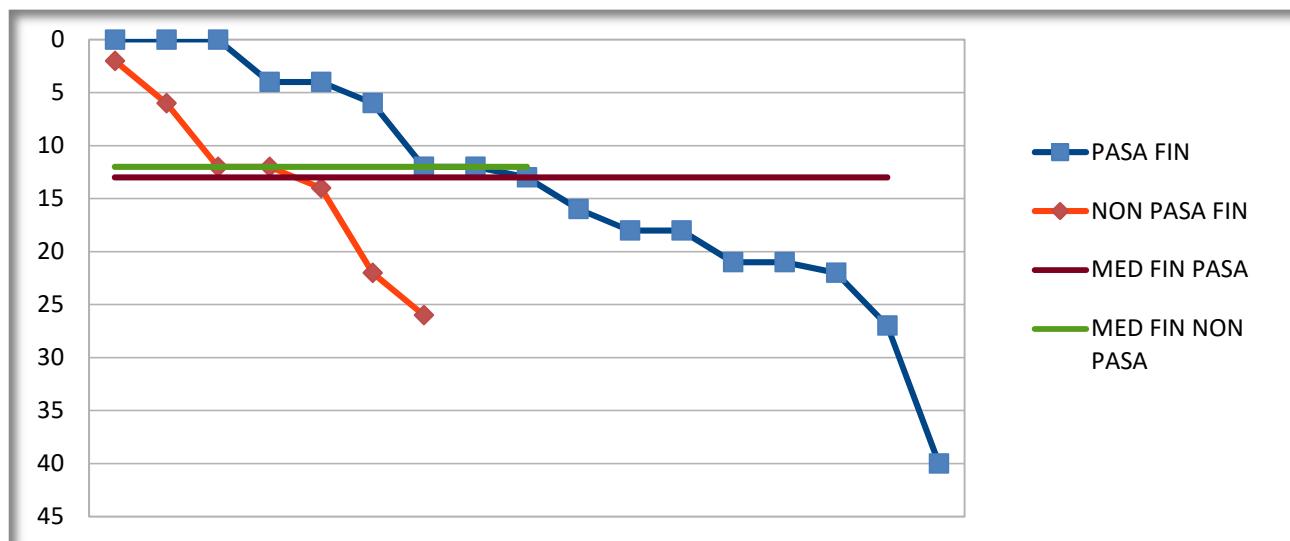
### 3.4. Comparaison des NPIES entre les deux groupes

**Figure 12 : Classement croissant NPI-ES en début d'étude pour les groupes PASA et NON PASA**



On observait que 75% des scores NPI-ES des individus du groupe PASA et 33% des scores du groupe NON PASA se situaient entre 5 et 25.

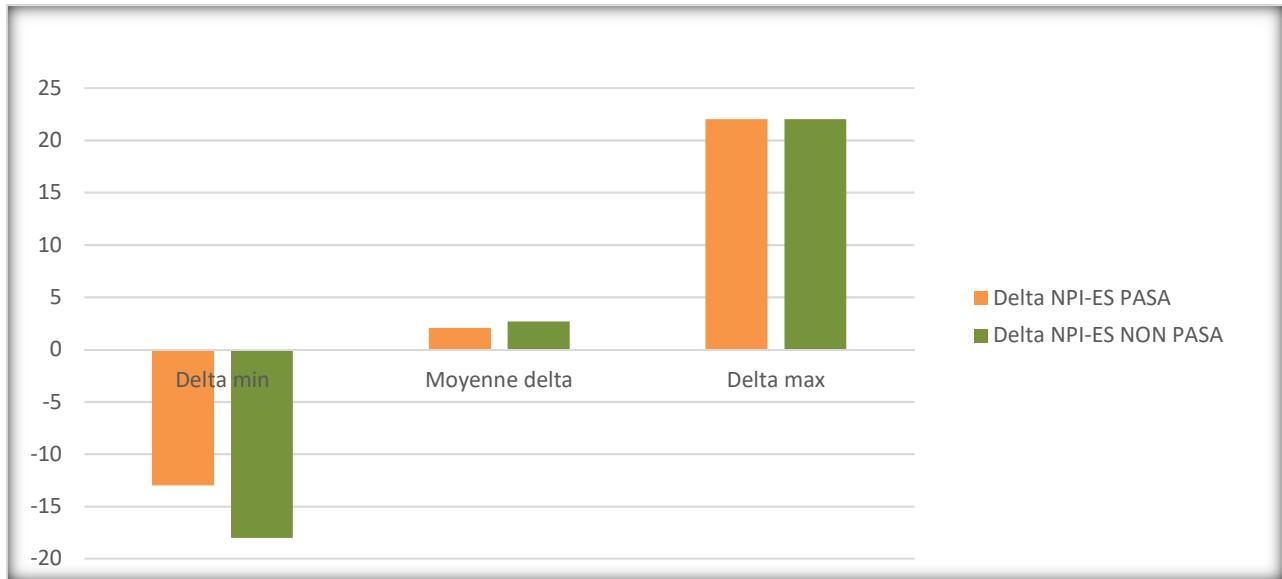
**Figure 13 : Classement croissant NPI-ES en fin d'étude pour les groupes PASA et NON PASA**



En fin d'étude, les scores NPI-ES du groupe PASA étaient plus hétérogènes, variant de 0 à 40 ; alors qu'ils variaient de 2 à 26 pour le groupe NON PASA.

Dans le groupe PASA, ils étaient 59 % à avoir un score entre 5 et 25 versus 71% dans le groupe NON PASA.

**Figure 14 : Delta NPI-ES des groupes PASA et NON PASA**



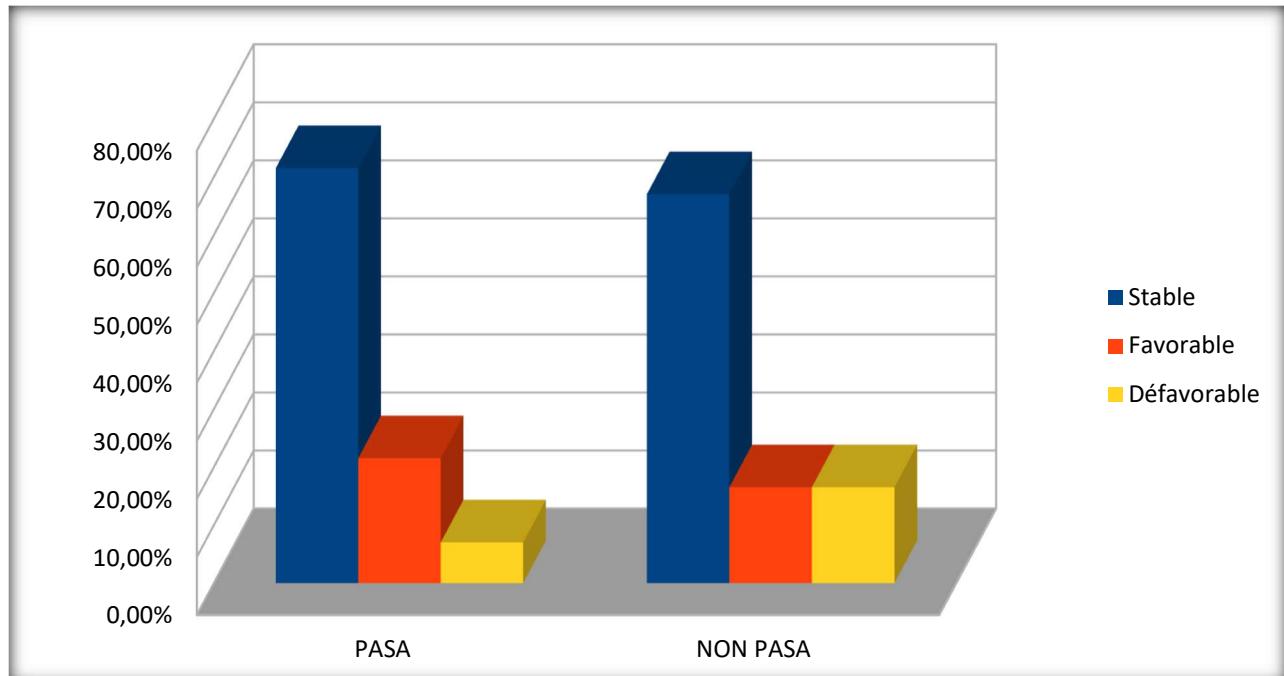
La moyenne delta du groupe PASA était à 2.07, pour le groupe NON PASA, à 2.67. Ces résultats étaient non significatifs ( $p=1$ ).

#### 4. Approche comparative en fonction de critères d'évaluation

##### Comparaison selon chaque item du NPIES

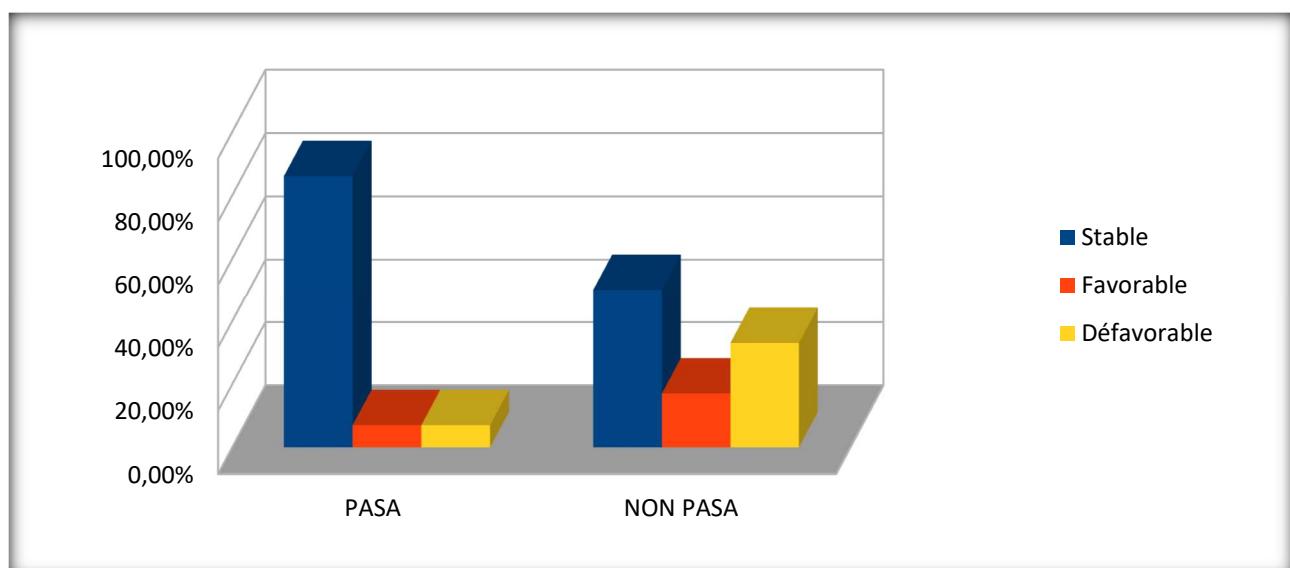
L'évolution des scores a été catégorisée de 3 façons. Evolution « stable », c'est à dire que le score était inchangé entre le début et la fin de l'étude, « favorable », si le score diminuait, ou « défavorable » si le score augmentait.

**Figure 15 : Evolution du score « Agitation »**



On pouvait voir que 72% des individus du groupe PASA et 67% du groupe NON PASA avaient un score agitation stable. L'évolution favorable valait pour 22% du groupe PASA et 16.5% du groupe NON PASA. L'évolution défavorable concernait 7% des individus du groupe PASA et 16,5% du groupe NON PASA. ( $p=0,64$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

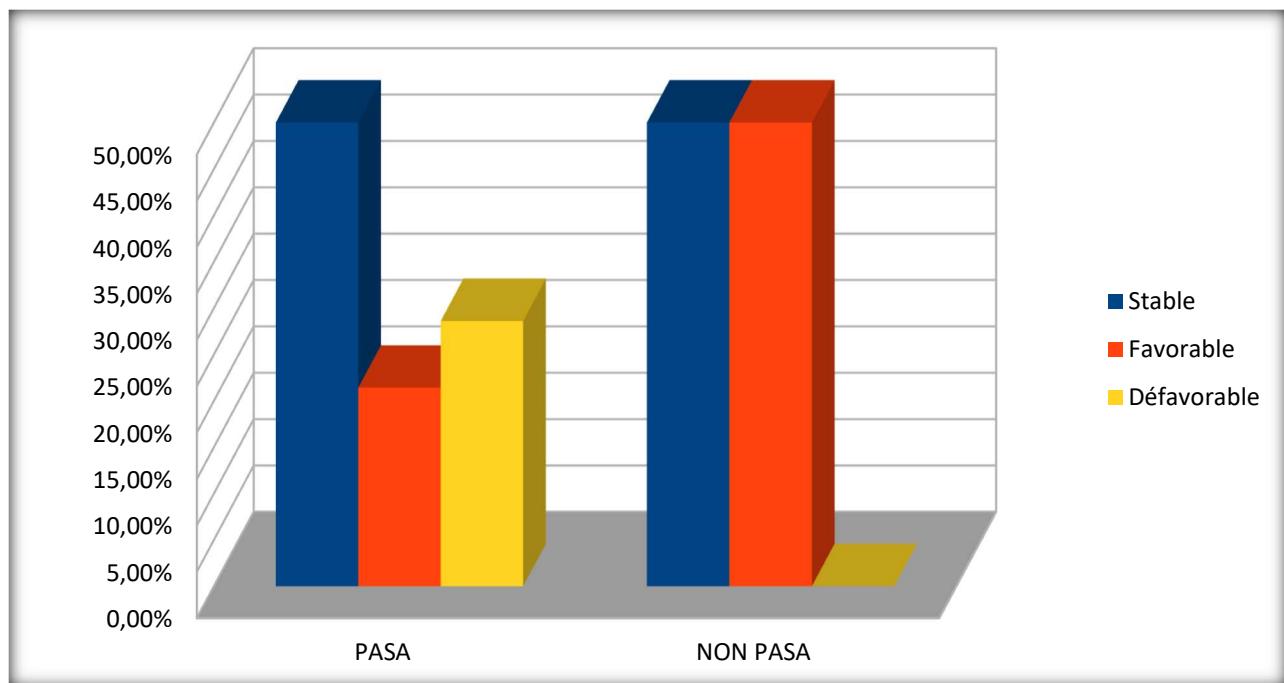
**Figure 16 : Evolution du score « Anxiété »**



Pour le groupe PASA, l'évolution était stable pour 86% d'entre eux, favorable pour 7% d'entre eux, et défavorable pour 7% d'entre eux.

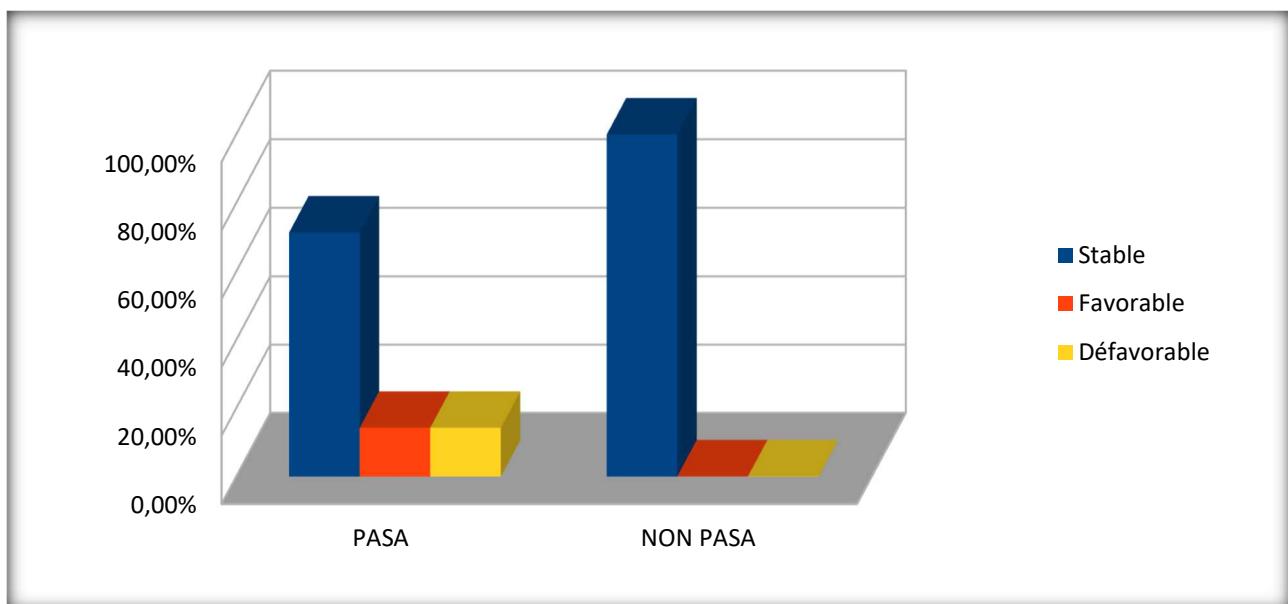
Pour le groupe NON PASA, 50% des résidents avaient un score stable, 17% évoluaient favorablement et 33% défavorablement. (p=1) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 17 : Evolution du score « Dépression »**



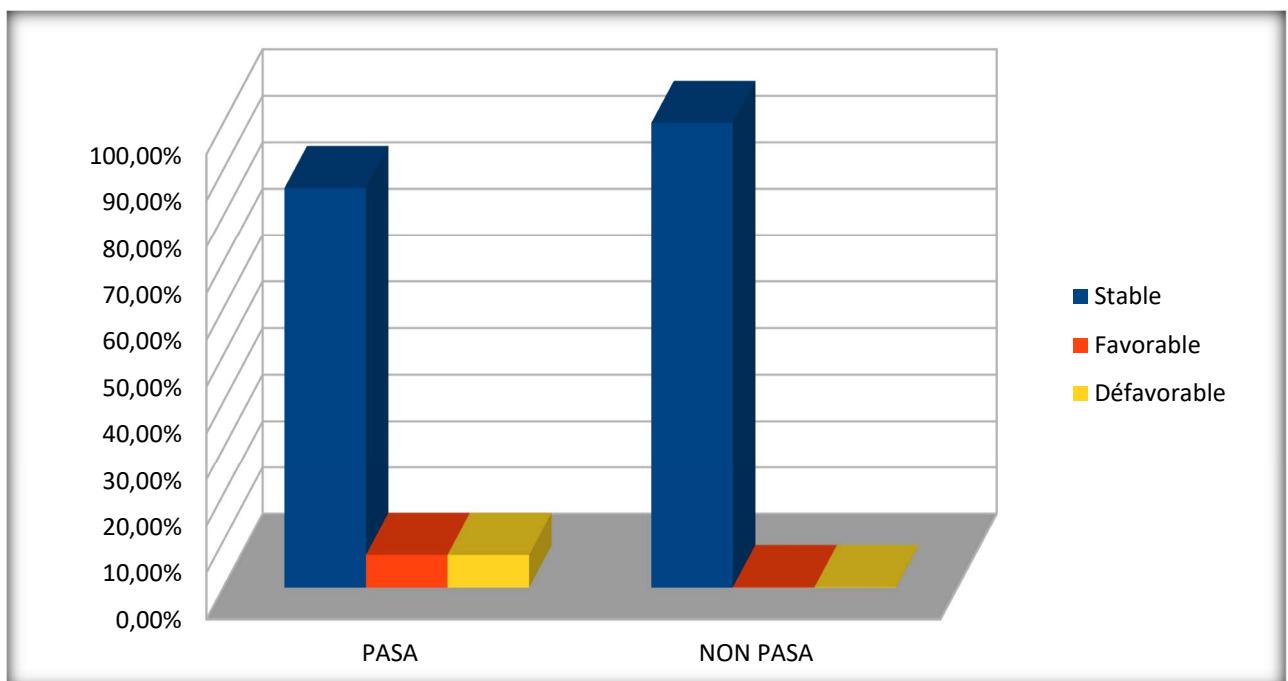
La dépression évoluait de façon stable pour 50% des patients du groupe NON PASA, favorable pour 50% d'entre eux. Pour le groupe PASA, 28,6% des individus voyaient leur score augmenter, 21,4% voyaient leur score diminuer, et 50% se stabilisaient. (p=0,16) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 18 : Evolution du score « Délire »**



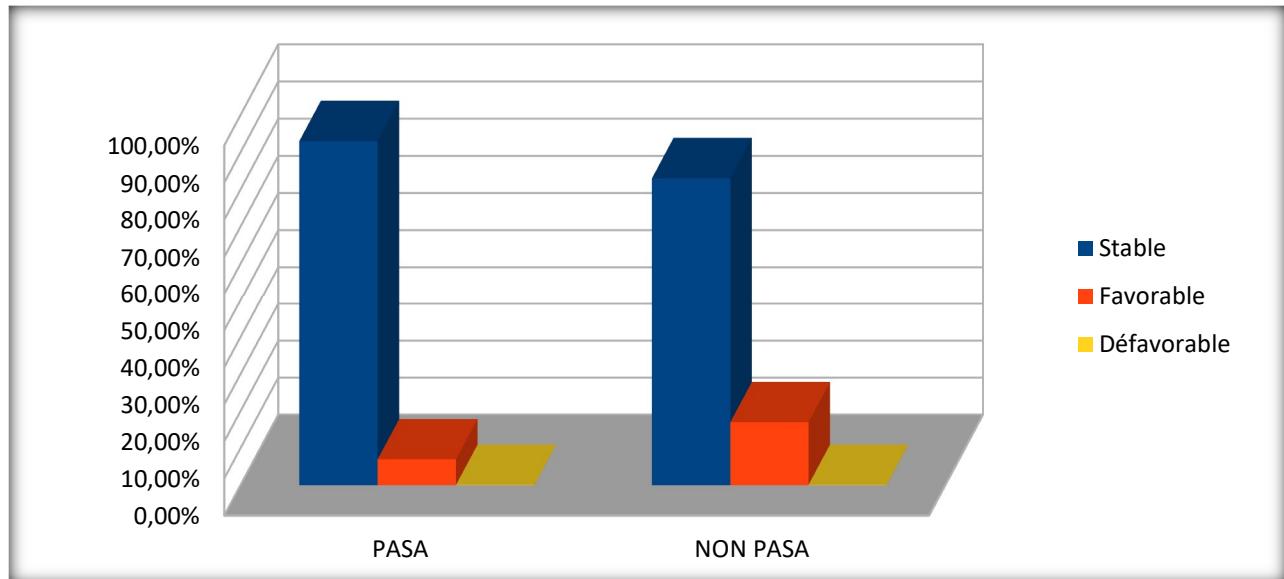
Dans le groupe NON PASA, 100% des patients avaient un score qui n'évoluait pas. Dans le groupe PASA, il y avait 71,4% d'individus pour lesquels le score ne se modifiait pas, 14,3% d'individus qui voyaient leur score évoluer de façon favorable, et 14,3% de façon défavorable. (p=0,37) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 19 : Evolution du score « Hallucinations »**



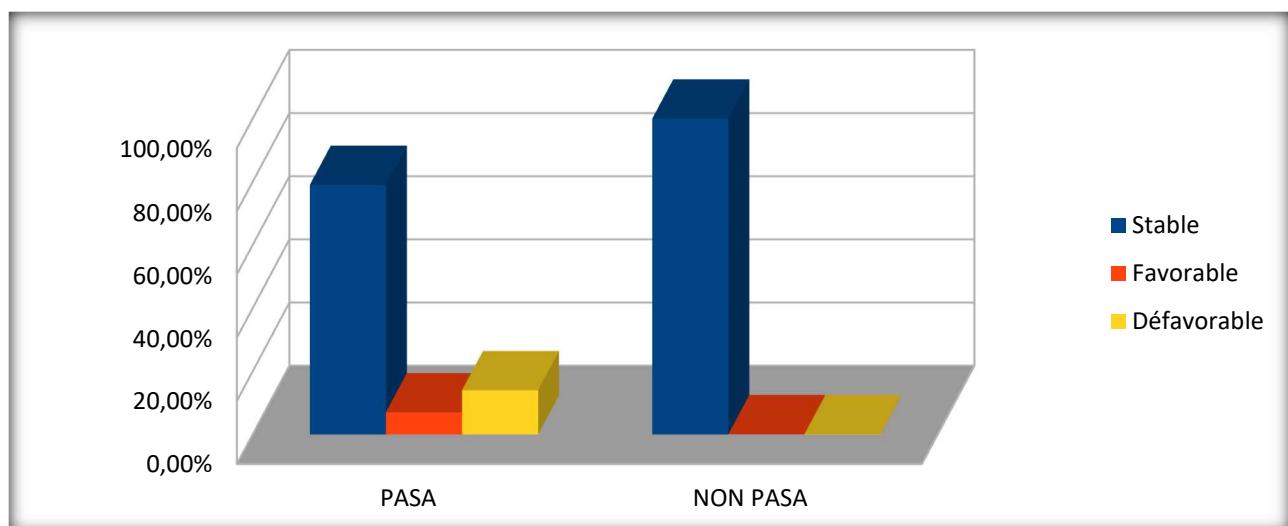
Dans le groupe NON PASA, pour 100 % des individus leur score n'évoluait pas. Dans le groupe PASA, pour 86% d'entre eux, le score n'évoluait pas. Pour 7% d'entre eux le score évoluait favorablement et pour 7% d'entre eux, défavorablement. ( $p=0,37$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 20 : Evolution du score « Euphorie »**



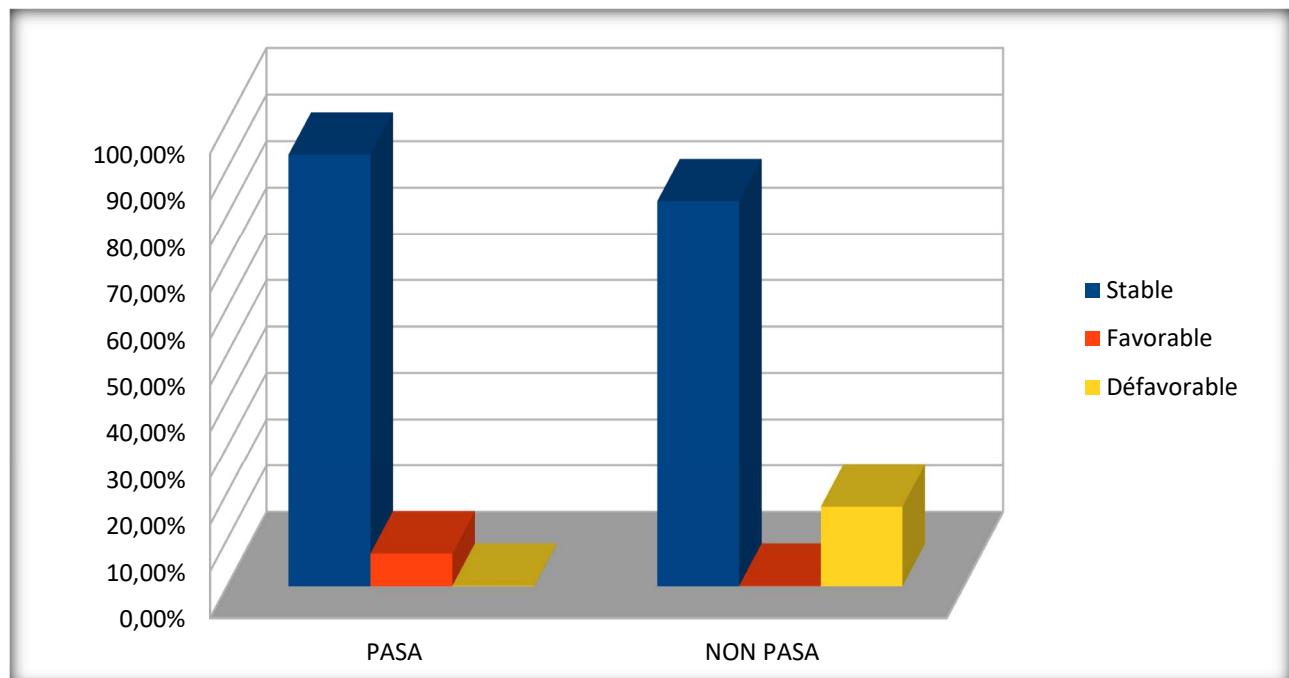
L'évolution favorable valait pour 17% des individus du groupe NON PASA, l'absence de modification du score pour 83%. Pour le groupe PASA, 7% évoluaient favorablement, 93% se stabilisaient. ( $p=1$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 21 : Evolution du score « Apathie »**



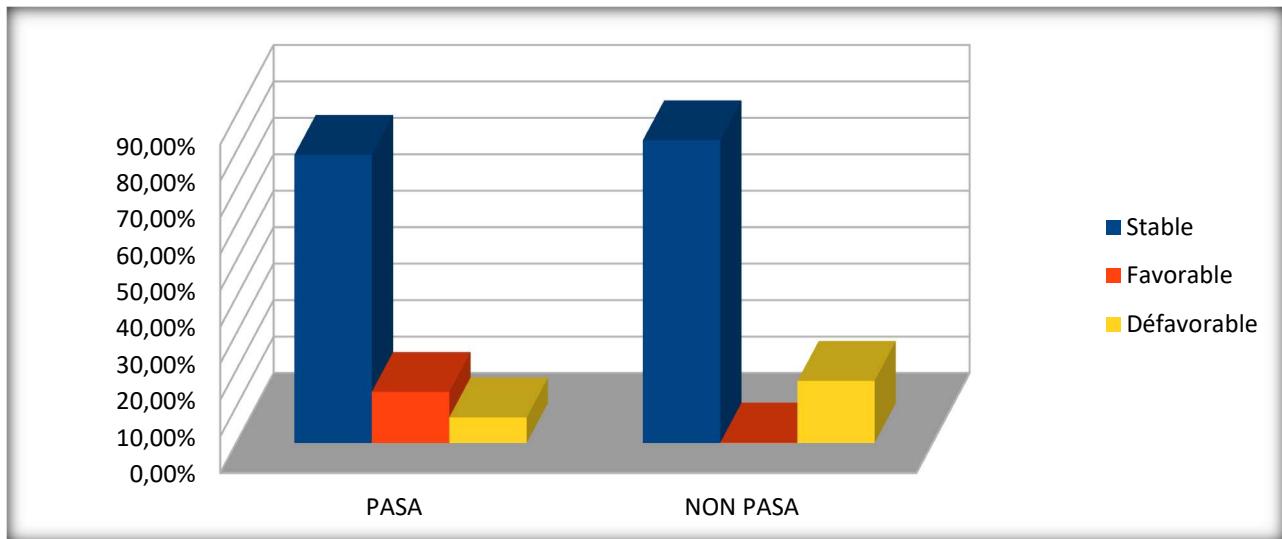
Dans le groupe NON PASA, 100% des patients avaient un score qui était stable. Pour le groupe PASA, 7% évoluaient favorablement, 17% évoluaient défavorablement, 79% avaient le même score. ( $p=0,38$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 22 : Evolution du score « Désinhibition »**



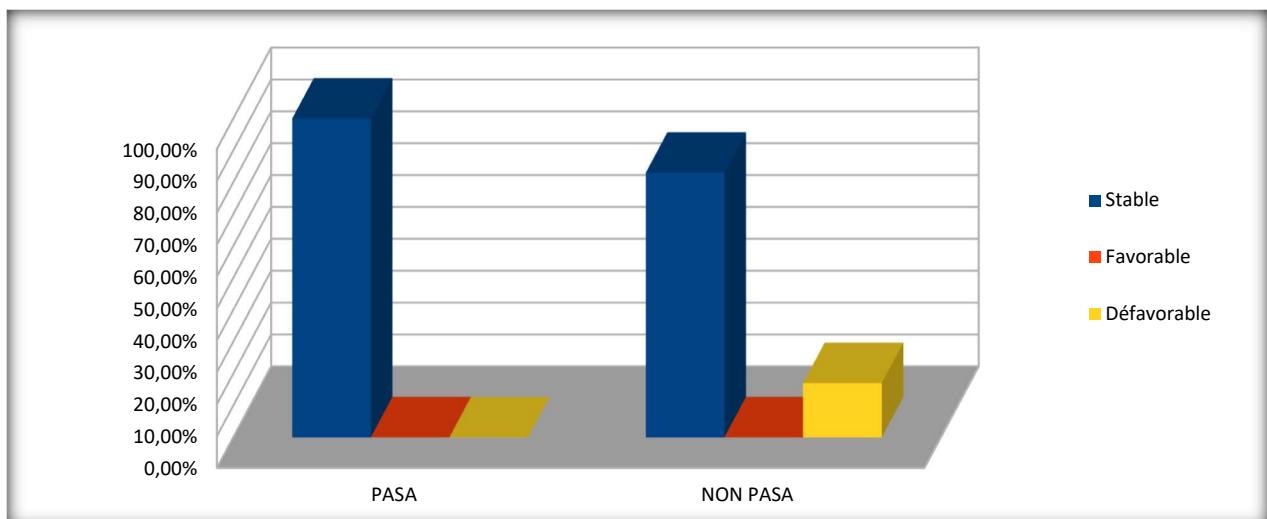
Pour le groupe PASA, 93% avaient un score identique en fin d'étude, 7% évoluaient favorablement. Pour le groupe NON PASA, 83% des résidents avaient un score stable, 17% avaient un score qui se dégradait. ( $p=1$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 23 : Evolution du score « Irritabilité »**



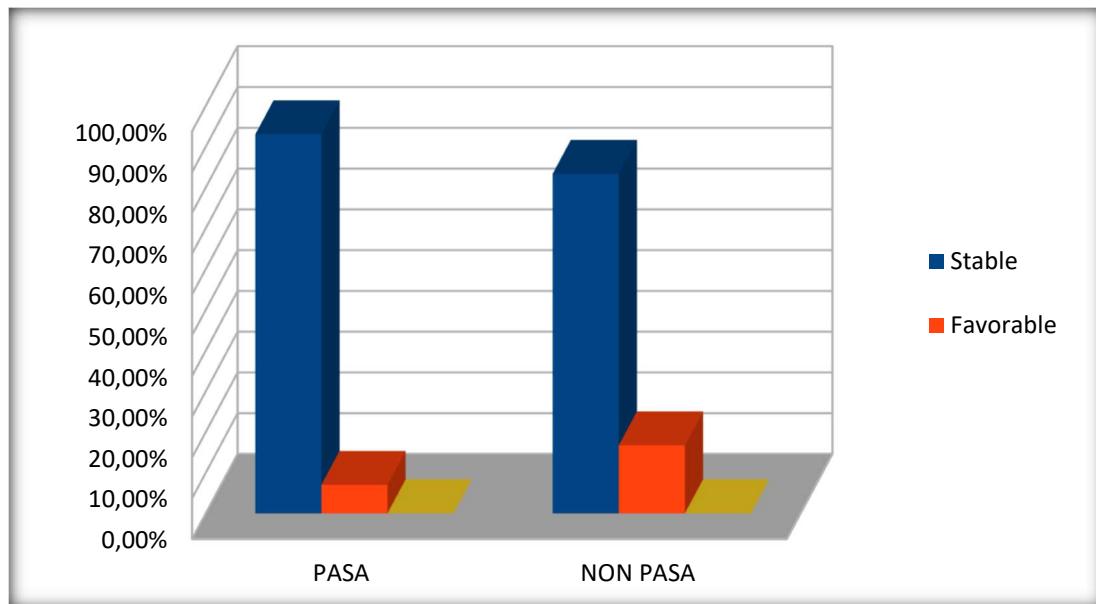
Pour le groupe PASA, 79% des résidents avaient un score qui était stable, 14% des individus évoluaient favorablement et 7% évoluaient défavorablement. Pour le groupe NON PASA, 0% évoluaient favorablement, ils étaient 17% à évoluer défavorablement et 83% à avoir un score stable. ( $p=0,51$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 24 : Evolution du score « Comportement Moteur Aberrant »**



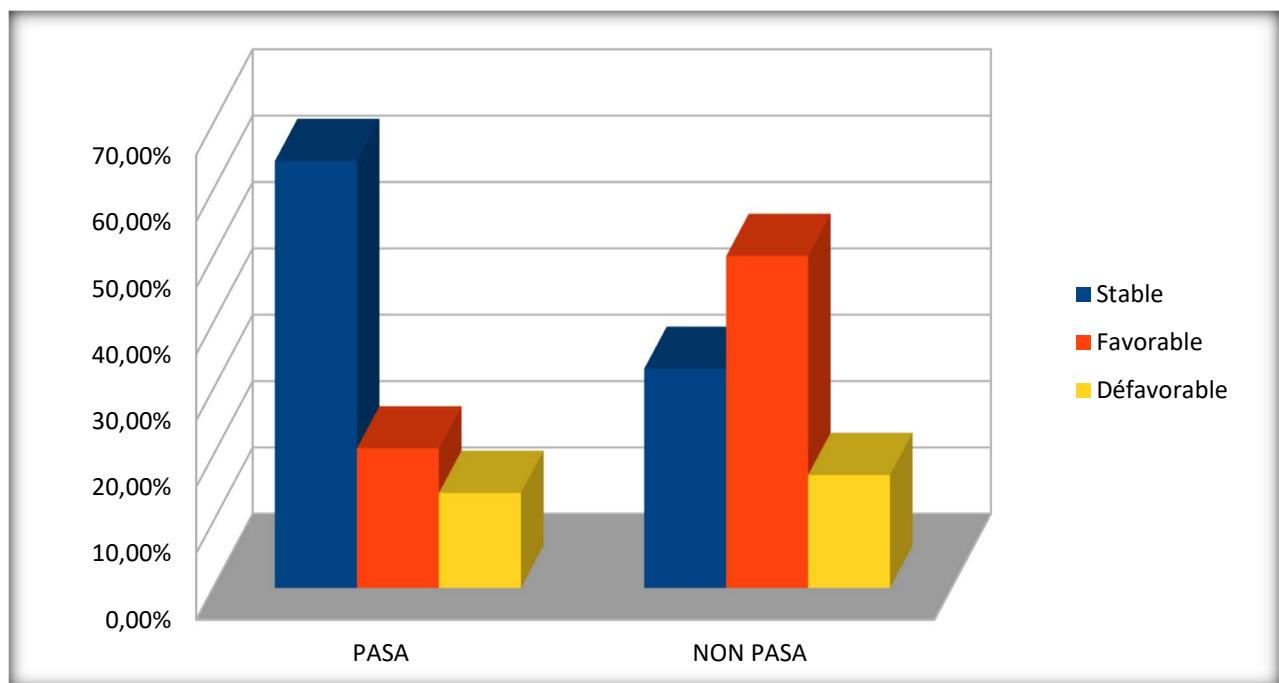
Pour le groupe PASA, 100% des individus avaient un score qui était stable. Pour le groupe NON PASA, 83% des résidents évoluaient défavorablement et 17% maintenaient leur score de départ. ( $p=1$ ) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 25 : Evolution du score Sommeil**



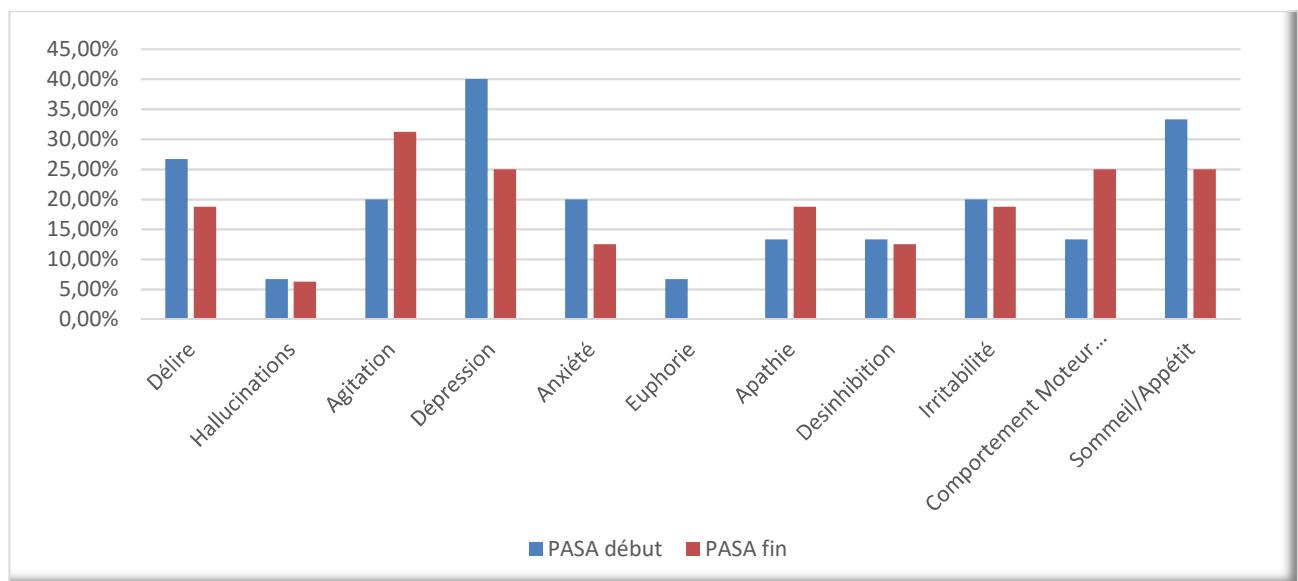
Pour le groupe PASA, 93.3% des individus avaient un score identique et 16.7% avaient un score qui augmentait. Pour le groupe NON PASA, 83.3% des résidents avaient le même score entre le début et la fin de l'étude, et étaient 16.7% à avoir un score qui s'améliorait. Il n'y avait pas d'aggravation des scores pour les deux groupes. (p=1) Ces résultats étaient non significatifs.

**Figure 26 : Evolution du score Appétit**



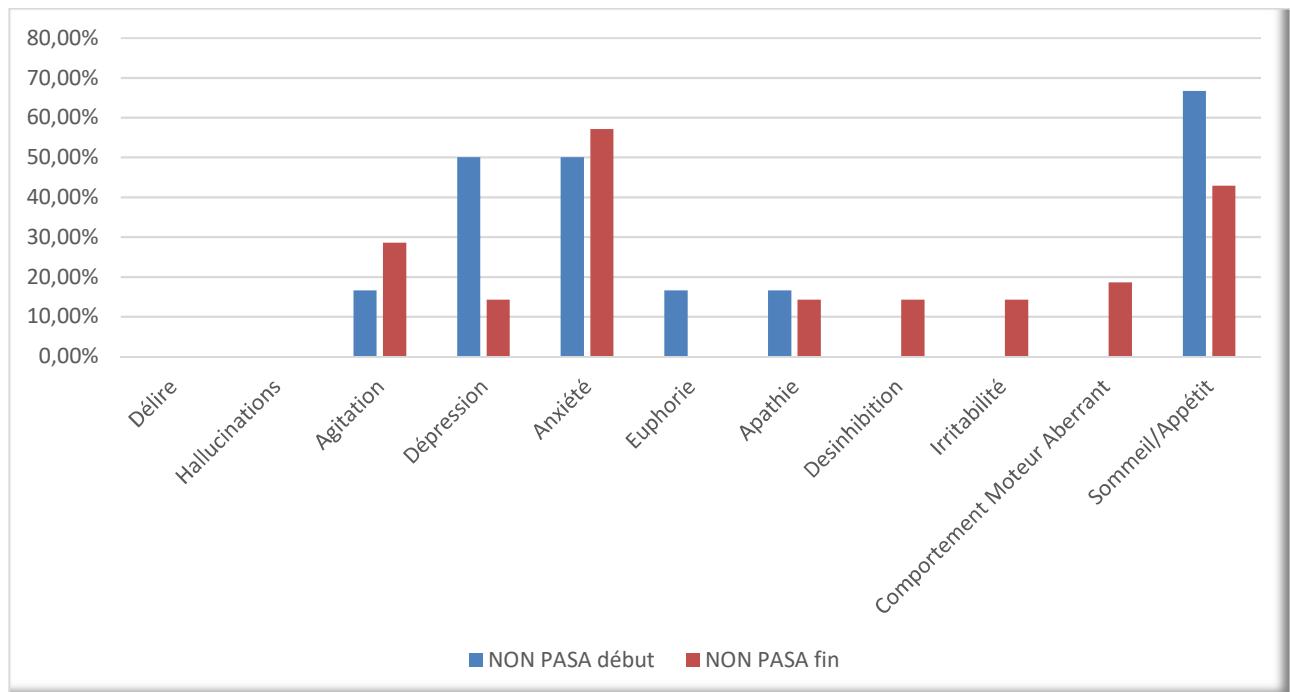
Pour le groupe PASA, 64% des résidents avaient un score stable, 21.4% avaient un score favorable et 14.3% avaient un score défavorable. Pour le groupe NON PASA, 33% avaient un score stable, 50% avaient un score favorable et 17% avaient un score défavorable. Ces résultats étaient non significatifs ( $p = 0.97$ )

**Figure 27 : Pourcentage résidents du groupe PASA ayant un trouble du comportement entre le début et la fin de l'étude**



Pour 8 troubles du comportement (le délire, les hallucinations, la dépression, l'anxiété, l'euphorie, la désinhibition, l'irritabilité, sommeil/appétit), sur les 11 au total, on a constaté, que le pourcentage de résidents atteints diminuait. Pour les 3 troubles du comportement restants, (agitation, apathie, comportement moteur aberrant), le pourcentage de résidents atteints augmentait.

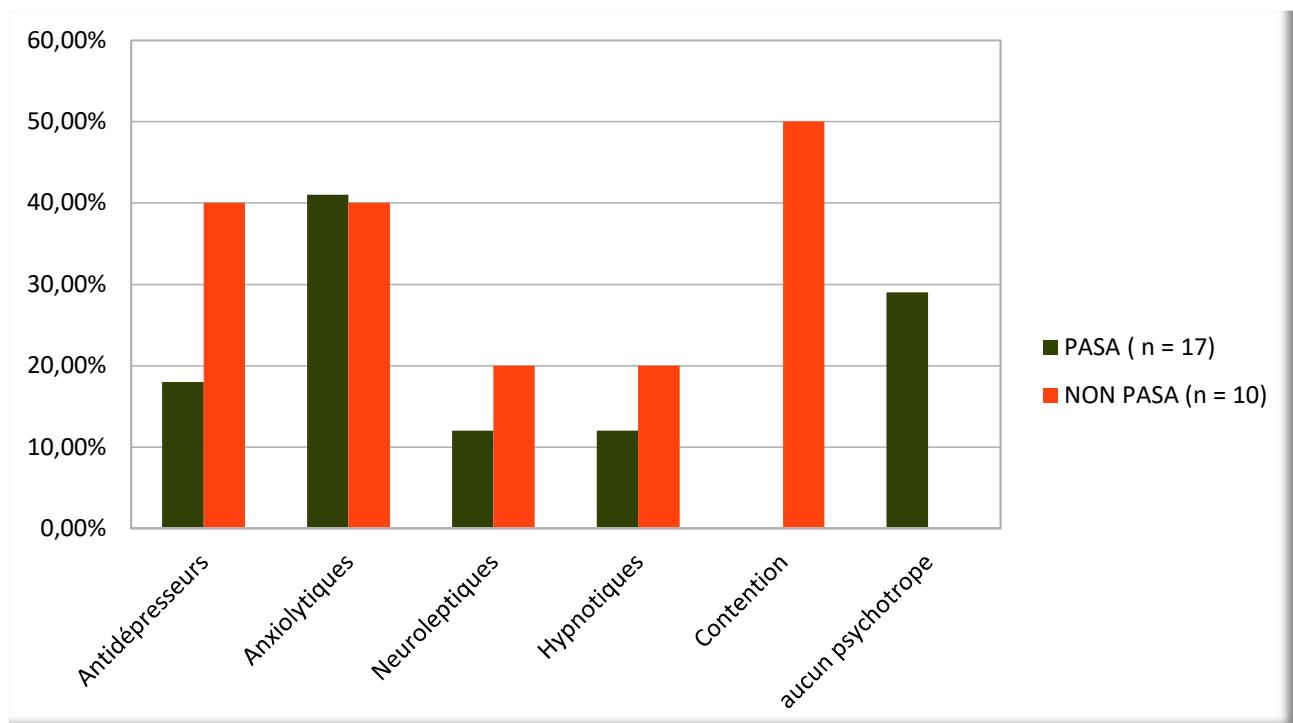
**Figure 28 : Pourcentage résidents du groupe NON PASA ayant un trouble du comportement entre le début et la fin de l'étude**



Pour 4 troubles du comportement (dépression, euphorie, apathie, sommeil/appétit), le pourcentage de résidents atteints diminuait. Pour 5 autres troubles du comportement (agitation, anxiété, désinhibition, irritabilité, comportement moteur aberrant) le pourcentage de résidents atteints augmentait. Pour les 2 troubles du comportement restants (délire, hallucination), il n'y avait aucun résident atteint.

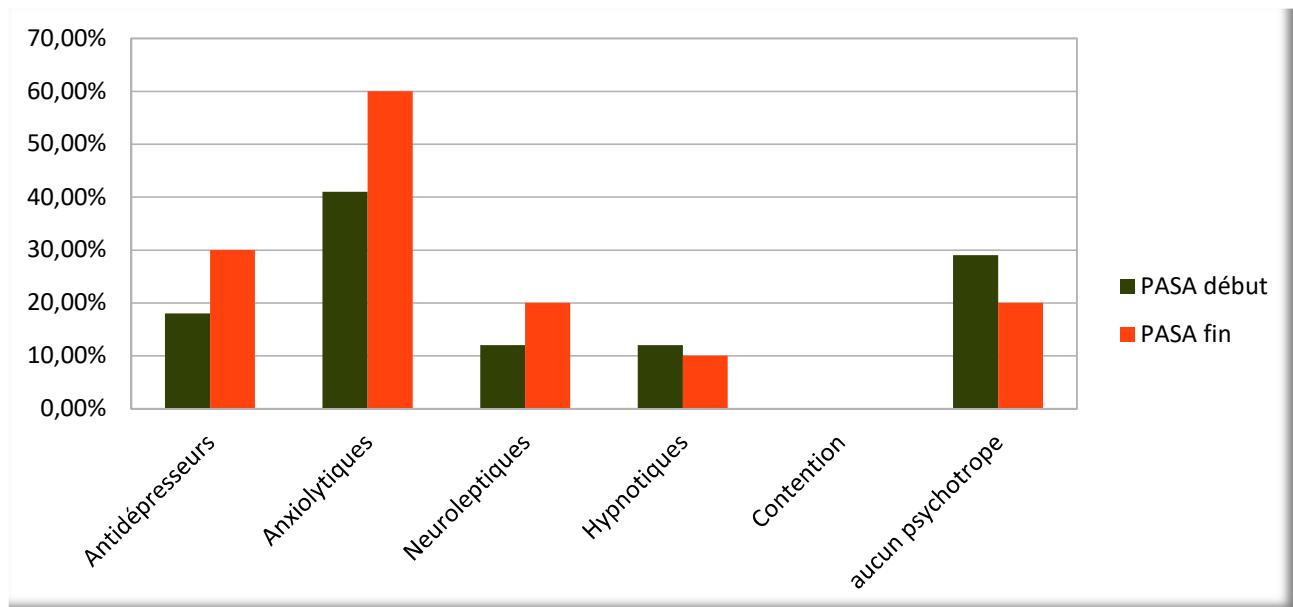
#### 4.1. Evaluation des prescriptions de psychotrope au cours de l'étude

**Figure 29 : Comparaison traitements psychotropes en début d'étude dans le groupe PASA et le groupe NON PASA**



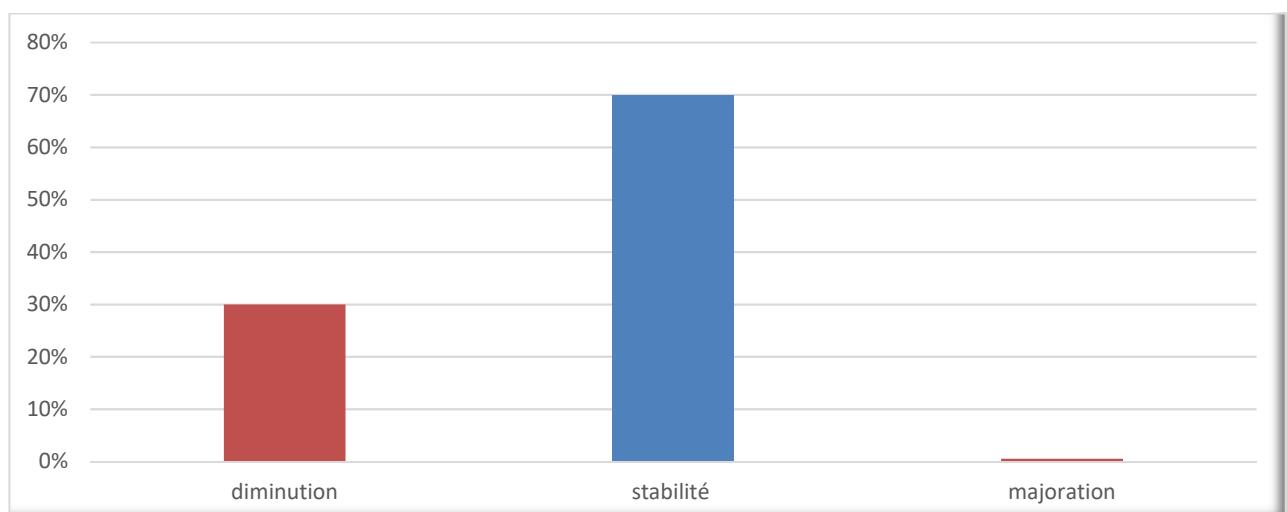
Concernant les antidépresseurs, les résidents du groupe PASA étaient 18% à avoir un antidépresseur sur leur ordonnance versus 40% dans le groupe NON PASA. Dans le groupe PASA, 41% avaient au moins un anxiolytique prescrit, dans le groupe NON PASA, 40% en avait au moins un de prescrit. Pour les neuroleptiques, chez les individus du groupe PASA, on pouvait voir qu'ils étaient prescrits pour 12% d'entre eux, versus 20% dans le groupe NON PASA. Les hypnotiques étaient prescrits pour 12 % des résidents du groupe PASA versus 20% du groupe NON PASA. La contention était prescrite pour 50% des résidents du groupe NON PASA. Aucune contention n'était prescrite dans le groupe PASA. Aucun psychotrope n'était prescrit dans le groupe PASA pour 29% d'entre eux, versus 0% du groupe NON PASA.

**Figure 30 : Comparaison traitements psychotropes du groupe PASA en début et fin d'étude**



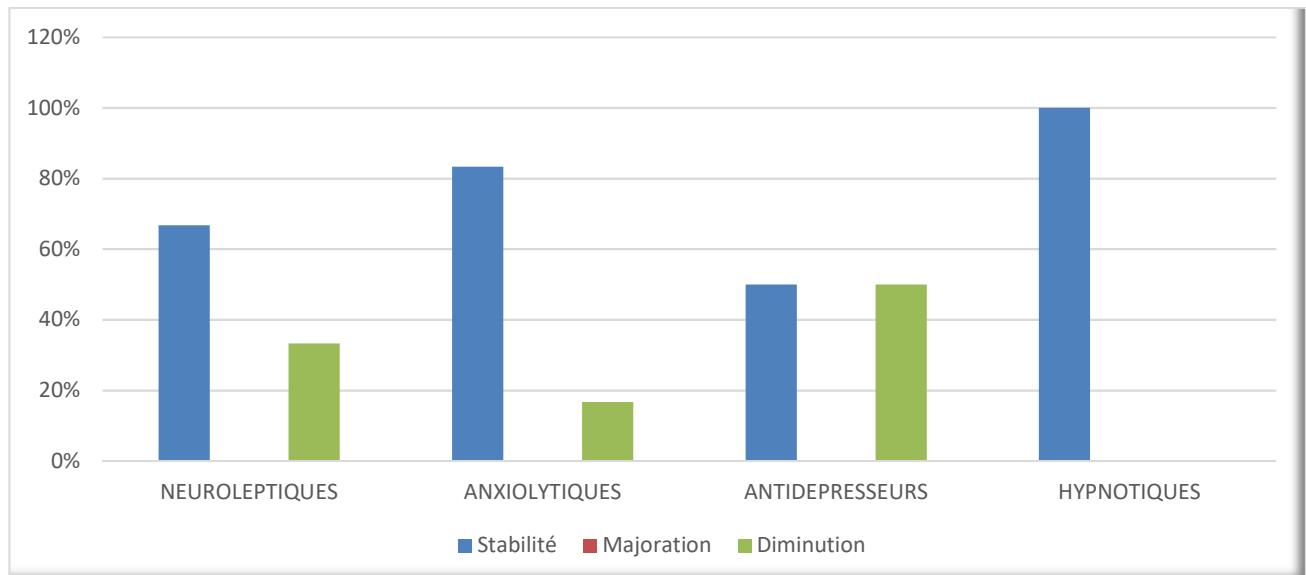
Concernant les antidépresseurs, on remarquait que 18% des résidents du groupe PASA en avaient au moins un de prescrit en début d'étude, ils étaient 30% en fin d'étude. Pour les anxiolytiques, en début d'étude, 41% des résidents en avaient au moins un de prescrit versus 60% en fin d'étude. Pour les neuroleptiques, 12% des résidents en avaient au moins un de prescrit, et, 20% en fin d'étude. Parmi les résidents, 12% avaient une prescription d'hypnotiques versus 10% en fin d'étude.

**Figure 31 : Evolution des prescriptions de psychotropes toutes classes pharmacologiques confondues dans le groupe PASA**



La majorité des patients du groupe PASA (70%), avaient une prescription de psychotropes considérée comme stable ; pour 30% des sujets, la prescription de psychotrope s'allégeait.

**Figure 32 : Evolution de chaque classe de psychotropes dans le groupe PASA**



On considérait une stabilité lorsque le traitement était inchangé, une augmentation, lorsque la posologie était augmentée, une diminution lorsque la posologie était abaissée, ou le médicament arrêté.

Il n'y avait pas de majoration de traitement psychotrope.

On considérait une stabilité des traitements pour la majorité des traitements psychotropes allant de 100% pour les hypnotiques à 50% pour les antidépresseurs.

### Evolution score GIR dans le groupe PASA

PASA	n = 17 (100%)
Sortis (non réévalués)	n = 7 (41%)
Total GIR évalués	n = 10 (59%)
GIR stabilité	8 (80%)
GIR aggravation	2 (20%)
moyenne delta GIR	-0,3

Les résidents du groupe PASA ont vu leur score GIR se stabiliser pour 80% d'entre eux, s'aggraver pour 20% d'entre eux.

## DISCUSSION

Les troubles du comportement des personnes démentes sont fréquents (Etude REAL) [24]. Ils peuvent survenir aussi bien au stade précoce qu'au stade sévère de la démence, occasionnant des motifs de consultations récurrents en ville et en institution. En première intention, ce sont les mesures non médicamenteuses qui sont recommandées.

L'étude a permis d'observer 28 résidents ayant des troubles cognitifs et des troubles du comportement au sein d'un EHPAD, dont 17 étaient pris en charge par un PASA. La médiane MMSE du groupe PASA en début d'étude était, plus dégradée, à 12 sur 30, versus 18 sur 30 pour le groupe NON PASA. En fin d'étude, le MMSE médian du groupe PASA était à 14 versus 21,9 pour le groupe NON PASA. La moyenne des deltas des MMSE pour le groupe PASA est à -2,48 versus -0,4 pour le groupe NON PASA.

Concernant le score NPI-ES, pour le groupe PASA, en début d'étude, la médiane se situe, moins favorablement à 11 versus 8,5 pour le groupe NON PASA. En fin d'étude, pour le groupe PASA, la médiane est à 12,5 versus 12 pour le groupe NON PASA.

### **1- Force de l'étude :**

L'étude est originale car peu d'études en France ont étudié l'impact des structures telles que les PASA pour prendre en charge les résidents ayant des troubles du comportement dans le cadre d'une démence, notamment avec un bras témoin.

L'évaluation régionale des PASA par le Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations pour les personnes en situation de vulnérabilité, pour les Pays de la Loire, en 2015, rend compte des effets de la création des PASA par une étude qualitative, à travers un recueil de points de vue des professionnels, des usagers et des familles. [25]

Il est retrouvé des études de la faculté de Limoges [26], d'Aix-Marseille [27] et d'Amiens [28] portant sur l'impact des PASA.

Par ailleurs, une étude observant l'évolution des résidents de l'EHPAD de Malbosc, évalue les effets du PASA sur les personnes âgées atteintes de troubles psycho-comportementaux modérés en EHPAD. [29]

Il a été retrouvé d'autres études portant sur les thérapies non médicamenteuses, à Bordeaux en 2010 [30], concernant l'évaluation de la stimulation cognitive et de l'activité physique, et à Lille, en 2015, portant sur les thérapies non médicamenteuses et le vécu des aidants familiaux [31] et le vécu des soignants [32].

## **2- Points négatifs :**

L'étude présente des biais, un biais de sélection expliqué par le fait que l'étude n'a pu être réalisée en double aveugle.

Les principaux éléments négatifs sont le petit nombre de patients ne permettant pas de mettre en évidence d'effets significatifs, le non appariement des patients de chaque groupe et le fait que des patients NON PASA ont pu bénéficier indirectement d'une prise en charge équivalente par imprégnation involontaire.

Dans le groupe NON PASA, des résidents auraient pu bénéficier du pôle d'activités, d'autres en avaient bénéficié par le passé. Ceux sortis du dispositif PASA, l'ont été, au moins un mois avant la réalisation des tests de fin d'étude.

Le biais d'évaluation existe du fait de la subjectivité des outils d'évaluation. Les scores MMSE et NPI-ES, sont des outils évaluateurs-dépendants. L'évaluateur n'est pas la même personne, du début à la fin de l'étude. L'évaluateur est seul juge et peut sur ou sous-estimer chaque item selon son regard soignant.

Le biais de confusion du fait des comorbidités évoluant pour leur propre compte (pathologies oncologiques par exemple), et peuvent influencer les résultats. Les traitements n'ont pu être réévalués lors de l'étude pour le groupe NON PASA. Pour le groupe PASA, les traitements ont été analysés en fin d'étude, il n'y a pas eu de chronologie réalisée pour chaque traitement modifié ou ajouté par manque de temps.

Un biais de recueil par l'absence de données (MMSE et/ou NPI-ES) dans le dossier médical informatisé et le dossier papier entraîne un défaut de données susceptible d'influer dans un sens ou l'autre les résultats.

Par une diminution des effectifs dans chaque cohorte, il existe également un biais d'attrition, avec un manque de données, des perdus de vus (résidents sortis de l'étude, décédés, les patients n'ayant pu être évalués en fin d'étude par aggravation des troubles cognitifs).

Le manque de puissance dans cette étude est lié aux effectifs restreints. Cela pénalise donc les résultats.

### **3- Evaluation des scores totaux des NPI-ES :**

Nous avons remarqué que le score médian du NPI-ES se dégrade plus dans le groupe NON PASA passant de 8,5 à 12 ; versus 11 à 12,5 pour le groupe PASA.

Le score médian initial était plus élevé dans le groupe PASA, peut-être, parce que les résidents sélectionnés présentaient plus de troubles du comportement, d'où la nécessité de les inclure au sein du PASA afin de les prendre en charge. La moyenne des delta-NPI-ES du groupe PASA était inférieure à la moyenne des deltas du groupe NON PASA (PASA 2.07 versus NON PASA 2.67), ce qui concorde avec le fait que les troubles du comportement se majorent peut-être plus dans le groupe NON PASA. Cependant, la différence est faible, de 0,6 point, et non significative.

Une étude de la faculté de Marseille [27] avait permis de suivre des patients inclus en PASA, avec évaluation du NPI-ES à 6 mois. Elle montrait favorablement, avec un écart moindre, une variation du NPI-ES à 1,10, de manière non significative.

Cette influence positive du PASA sur les troubles psycho-comportementaux évalués par le NPIES, se retrouvait également dans un travail de thèse de la Faculté de Médecine de Limoges [26], mais sans significativité pour cette étude également.

#### **4- Evaluations des quatre sous-syndromes du NPI-ES :**

L'étude réalisée par le groupe de l'European Alzheimer's Disease Consortium (EADC) sur un nombre de patients importants (n = 2 354) isolait quatre sous-syndromes [10] :

- Hyperactivité incluant les items agitation, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrants et euphorie ;
- Psychose incluant les items délire, hallucinations et troubles du sommeil ;
- Affectif incluant l'item dépression et anxiété ;
- Apathie incluant l'apathie et les troubles de l'appétit

#### **Hyperactivité :**

Concernant l'agitation, l'analyse des résultats favorables, montrait que le score diminuait, non significativement, pour une plus grande proportion de résidents du PASA (22%) par rapport aux individus du groupe NON PASA (16,5%). Pour les patients évoluant défavorablement, il y en avait un nombre plus important dans le groupe NON PASA (16,5% versus 7% pour le groupe PASA). L'hypothèse émise, était une prise en charge plus adaptée au sein du PASA pour ce trouble du comportement.

Pour l'item désinhibition, la prise en charge au sein du PASA semble bénéfique. L'analyse des scores, ne montre pas d'évolution défavorable, on retrouvait même 7% des individus qui évoluaient favorablement. Pour le groupe NON PASA, le pourcentage de résidents atteints augmentait et l'évolution défavorable concernait 17% des résidents. Ce trouble du comportement serait peut-être plus sensible à une approche non médicamenteuse. Une intervention individualisée rapide par un personnel formé permet peut-être d'éviter ou de désamorcer les situations compliquées.

Concernant l'irritabilité, il est retrouvé également un bénéfice pour l'approche en PASA. La proportion d'individus concernés a augmenté pour le groupe NON PASA, alors qu'elle a baissé pour le groupe PASA. De plus, il y avait une évolution favorable pour 7% des résidents du PASA, alors qu'il n'y avait aucune amélioration, mais 17% d'aggravation pour le groupe NON PASA. Nous pouvions supposer que l'intégration au PASA, permettait peut-être une amélioration de la qualité de vie, un sentiment de bien être favorable à diminuer les tensions, les accès de colère.

Pour l'item euphorie, les deux groupes voyaient le nombre de résidents présentant ce trouble devenir nul en fin d'étude. Il s'agit d'un trouble du comportement qui reste rare [9], ce qui se retrouve dans notre étude du fait que, dans chaque groupe, un seul résident présentait ce symptôme en début d'étude seulement.

Par rapport au comportement moteur aberrant, l'analyse des résultats montrait que les résidents étaient 17% à évoluer défavorablement dans le groupe NON PASA. Dans le groupe PASA, les résidents ont tous un score stable.

Nous pouvions penser que la déambulation plus libre au sein du PASA pouvait contribuer à ne pas observer d'aggravation de ce trouble contrairement au groupe NON PASA.

Cette influence positive du PASA sur les troubles comportementaux décrits ci-dessus, a également été rapportée, dans une étude de l'Agence Régionale Santé (ARS) Pays de la Loire avec : diminution de la déambulation, liens sociaux favorisés, estime de soi, réhabilitation des capacités fonctionnelles. [25]

### **Psychose** :

Pour les troubles délirants, il était constaté que la totalité des résidents du groupe NON PASA étaient stables, sans trouble rapporté durant la durée de l'étude. Pour le groupe PASA, ils étaient 14,3% à évoluer favorablement et 14,3% à évoluer défavorablement. Il était probable que les résidents de l'EHPAD ayant ce trouble du comportement étaient pris en charge exclusivement au sein du PASA. L'augmentation du score, pourrait peut-être s'expliquer par le fait que la fréquence d'idées délirantes se majore, plus la démence s'aggrave. Les résidents intégrés au PASA depuis un certain temps ont donc plus de risque de présenter ce trouble du comportement. Dans l'étude réalisée à la faculté de Limoges en 2016 [26], il est retrouvé une différence favorable, significative, des idées délirantes au profit du groupe PASA.

Aucun des résidents du groupe NON PASA n'avait de trouble hallucinatoire, ni en début ni en fin d'étude. Pour le groupe PASA, il y avait une amélioration pour 7% d'entre eux, mais également une dégradation pour 7% d'entre eux. Comme décrit plus haut, concernant les idées délirantes, il était supposé que les sujets ayant des hallucinations voyaient tout de même ce trouble s'aggraver en parallèle à la démence.

La stabilité voire même l'amélioration du score pouvait s'expliquer par une prise en charge adaptée par un personnel formé en psychogériatrie, au sein d'un cadre architectural permettant la déambulation en sécurité, et le maintien d'une certaine vie sociale.

Concernant le sommeil, dans les deux groupes, il y avait une majorité de résultats stables (93.7% pour le groupe PASA et 83.3% pour le groupe NON PASA). Il existait une amélioration des scores en faveur du groupe NON PASA (16.7% versus 7%). L'hypothèse était que les traitements psychotropes, à priori plus prescrits au sein du groupe NON PASA, entraîneraient un bénéfice supérieur.

### **Affectif :**

L'analyse des résultats par rapport à l'item anxiété montrait un effectif d'évolution favorable, légèrement plus important pour les résidents NON PASA (17% versus pour 7%). Cette évolution peut être nuancée par le fait qu'elle concernait un seul patient du groupe NON PASA. Pour l'item dépression, ils étaient 50% dans le groupe NON PASA à évoluer favorablement et 50% à avoir un score stabilisé. En revanche, le groupe PASA affichait 28,6% de résidents ayant un score qui s'aggravait. Pourtant, au début de l'étude, 18% des résidents du PASA ont au moins un antidépresseur, versus 30%, fin 2017. Malgré la prescription médicamenteuse, plus importante, le score dépression se dégradait dans le groupe PASA, posant la question de la pertinence du traitement médicamenteux.

### **Apathie :**

Concernant l'apathie, tous les individus du groupe NON PASA présentaient un score stable. Pour le groupe PASA, il y avait une aggravation du score pour 14% des résidents. Cette aggravation du score pourrait s'expliquer par le fait que l'apathie, un des troubles du comportement les plus difficiles à prendre en charge, justifie une prise en charge sur le PASA. En fin étude, 7% des résidents du PASA étaient moins apathiques.

Concernant les troubles de l'appétit, il était retrouvé, dans le groupe NON PASA, une majorité de scores favorables (50% versus 21.4% dans le PASA). L'évolution favorable de ce trouble suit la même analyse que l'item dépression, pour les mêmes groupes. Il est fréquent d'observer des troubles alimentaires associés au syndrome dépressif. L'apathie et la dépression s'améliorant, il nous paraît logique de penser que les troubles alimentaires s'améliorent aussi.

### **Synthèse NPIES :**

Les scores MMSE et NPI-ES n'étaient pas systématiquement réalisés avant intégration, ou, du moins, ces données pouvaient manquer dans les dossiers.

La réévaluation des scores NPI-ES annuelle après intégration au PASA, permettrait peut-être de montrer un bénéfice.

En analysant les troubles du comportement en fonction des effectifs les présentant, entre le début et la fin de l'étude, nous avons pu mettre en évidence, de manière non significative, pour les troubles de type délire, hallucination, dépression, anxiété, euphorie, désinhibition, irritabilité, sommeil/appétit, une diminution du nombre de patients affectés. Ce qui vient donc en contre-addiction avec une analyse en fonction du score total, pour la dépression, l'anxiété et l'appétit.

Les NPI-ES réalisés en 2017, pouvaient parfois être très à distance du NPI-ES initial (2013 pour les plus anciens, 2016 pour les plus récents), et les bénéfices initiaux, s'être estompés avec le temps.

Il faudrait réaliser une étude à plus grande échelle et d'une durée plus longue, en intégrant plusieurs PASA, avec un bras témoin correspondant aux patients ayant des troubles du comportements non pris en charge en PASA. Il reste cependant délicat de réaliser ce genre d'étude, du fait du nombre important de perdus de vus, notamment lié aux décès et comorbidités.

## **5- Utilité du MMSE :**

Le score MMSE est l'outil recommandé par la HAS pour l'évaluation des troubles cognitifs, comprenant le dépistage et le suivi. Ce questionnaire est utilisé dans de nombreuses études. Il ne s'agit cependant pas d'un outil diagnostic.

Le MMSE s'interprète en fonction de l'âge. Dans l'étude, la moyenne d'âge était de 90 ans. Ce test peut paraître moins pertinent pour des sujets de plus de 90 ans, dont le vieillissement cognitif est physiologique. Il semble d'autant moins adapté pour des personnes de 90 ans et plus, atteintes d'une démence.

Le niveau socio-culturel, l'activité professionnelle devaient être pris en considération, pour l'étude. Celle-ci montrait que 43% des résidents suivis, étaient agriculteurs et 32% étaient employés. Nous avons remarqué que 46% des individus du groupe PASA avaient le certificat d'étude alors que 33% des résidents du groupe NON PASA le possédaient. L'état affectif (anxiété-état dépressif) était également recherché lors de la réalisation du test.

Le niveau de vigilance doit être vérifié, ce qui a été le cas pour chacun des résidents. Pour les MMSE déjà présents dans les dossiers et utilisés, il n'était pas possible de relever si l'état de vigilance était compatible avec la réalisation du test.

L'étude révélait un delta moyen des MMSE du PASA à -2.48, celui du groupe NON PASA à -0.40. D'où une diminution globale des MMSE pour chaque groupe, avec une dégradation un peu plus marquée pour le groupe PASA, ce qui est également retrouvé, de manière non significative, dans une étude de la faculté de médecine de Marseille en 2016 [27].

Pour le PASA de Montsûrs, l'étude retrouvait une amélioration du MMSE pour 45.5% des résidents du groupe PASA versus 50% des résidents du groupe NON PASA. Ces résultats étaient non significatifs. La détérioration annuelle du MMSE a été trouvée autour de 3-4 points dans plusieurs études [32]. Les résultats vont donc à l'encontre des données actuelles sur l'évolution défavorable des scores MMSE au fil du temps. Cela peut s'expliquer par le fait que l'examineur n'était pas le même. Certains MMSE des dossiers avaient été réalisés au cours d'une hospitalisation, le changement d'environnement peut influencer les résultats. Le contexte médical aiguë du patient peut également jouer sur ses capacités cognitives.

## **6- Evaluations du score GIR :**

Sur le groupe total des 17 résidents du groupe PASA, il n'a été possible de faire un comparatif que pour seulement 10 patients, du fait des perdus de vue. Pour 80% d'entre eux les scores GIR étaient stables entre le début et la fin de l'étude. Pour les 20% restant, le score diminuait de 1 à 2 points. Malheureusement, les GIR du groupe NON PASA n'ont pu être obtenus par faute de temps. Dans l'étude de Malbosc [29], nous avons pu retrouver une majorité de scores stables, ce qui concorde avec nos résultats.

## **7- Evaluation des psychotropes :**

Dans une étude de la faculté de Marseille, [27] on a pu observer une stabilité des traitements psychotropes toutes classes pharmacologiques confondues pour 52% des patients ; dans l'étude de Montsûrs, il est retrouvé une stabilité des traitements, pour 70% des résidents du PASA. Soit par classe pharmacologique : des résultats considérés comme stables, 100% pour les hypnotiques et 83% pour les anxiolytiques. Ce qui rejoint également cette étude de Marseille, qui retrouvait 87% pour les hypnotiques et 71% pour les anxiolytiques.

L'étude de Malbosc, d'une durée de trois ans [29], retrouvait une diminution du nombre de psychotropes prescrits comme dans l'étude de Montsûrs où 30% des résidents du PASA, ont un allègement de la prescription de psychotropes en particulier les hypnotiques.

## **8- Evolution du PASA de Montsûrs :**

Entre le tout début des investigations sur le PASA de l'EHPAD de Montsûrs en 2016, la réalisation de l'étude en 2017, il était intéressant de voir l'évolution de cette structure et le retentissement sur la prise en charge des résidents de ce pôle.

Dans un premier temps, il était constaté que le personnel du PASA était de plus en plus sollicité pour la gestion de tous les résidents de l'EHPAD afin de gérer « l'urgence comportementale » de résidents relevant d'UHR notamment, mais également, remplacer les absences du personnel « classique » de l'EHPAD.

Le PASA n'avait aucun budget propre pour les activités. La participation aux activités du PASA était comprise dans le budget animation de l'EHPAD.

Progressivement, les activités étaient réalisées au sein de l'EHPAD avec tous les résidents, et non le groupe PASA lui-même, d'où un questionnement sur l'homogénéité des groupes, et le

fait que les résidents du PASA pouvaient être déstabilisés de ne pas être en petit groupe, avec les mêmes personnes.

Le personnel du PASA accompagnait la personne en lui donnant les moyens de suivre l'activité générale selon ses capacités et son rythme, mais il n'était pas animateur de l'activité lui-même. Le week-end, un professionnel du PASA était présent mais il renforçait l'équipe soignante des étages.

Les activités d'art, l'intervention d'un accordéoniste, les activités de gymnastique douce ont été arrêtées par manque de budget.

## **9- Pistes à explorer :**

Le NPI-ES permet également d'évaluer la charge de travail des soignants via le score « retentissement » répertorié pour chaque trouble du comportement. Une étude interventionnelle, [33] sur trois mois, avec un programme d'information et d'éducation auprès du personnel soignant d'un service de long séjour, avait montré une diminution significative de l'impact des troubles sur les soignants.

Une étude de 2015 à la faculté de Lille [32], sur le vécu des soignants et les thérapies non médicamenteuses, face aux troubles du comportement, mettait en évidence une meilleure compréhension et acceptation des troubles du comportement. Les soignants se sentirait moins démunis. Il en résulterait une plus grande satisfaction professionnelle globale, un retentissement personnel en lien avec les SPCD moins important.

Une autre étude de Lille, en collaboration avec l'étude précédemment citée, s'interrogeait sur le vécu des aidants cette fois [31]. Il en ressortait que les ateliers et thérapies non médicamenteuses étaient bien vécus par les aidants familiaux et semblaient apporter un bénéfice sur la qualité de la prise en soin. Il a été rapporté durant les entretiens le vécu d'une prise en soin humaine.

L'étude de l'ARS de 2015, [25] mettait en évidence que ce dispositif tranquillisait les familles.

Ainsi, il semblerait nécessaire, de sensibiliser les aidants autant que les soignants sur la prévention des troubles du comportement. Pour cela, certains ouvrages peuvent contribuer à aider les proches face à de tels troubles. Par exemple, en permettant d'adapter notre regard et notre façon d'être vis-à-vis des patients [35] [36].

Le médecin généraliste doit assurer son rôle central auprès des malades déments et des aidants. Cependant l'étude de la faculté d'Amiens [28] montrait un manque de sensibilisation, de connaissance, d'intérêt, envers le PASA, de la part des médecins. Il apparaît nécessaire de former les médecins généralistes et les étudiants, aux techniques non médicamenteuses. En pratique, en renforçant les contacts professionnels entre médecin coordonnateur d'EHPAD et les médecins traitants. Ou par l'intermédiaire de formations de développement professionnel continu.

Il faut également souligner que les patients déments en EHPAD ayant des troubles du comportement vieillissent et leurs troubles du comportement peuvent s'aggraver. Ils ne répondent plus aux critères PASA. Comment les prendre en charge, faut-il revoir un autre type de prise en charge spécifique pour ces résidents ? Ou bien revoir les critères d'intégration du PASA pour pourvoir les intégrer, car cette population tend à augmenter dans les prochaines années. Une expérimentation la nuit, dans 21 EHPAD a été lancée par l'ARS, où deux assistants de soins en gérontologie par établissement interviennent. [13]

Dans un autre registre, on pourrait se poser la question de l'intérêt de la mise en place d'outils numériques à domicile ou en EHPAD, pour prévenir et prendre en charge les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. Actuellement, au Canada, des recherches sur la domotique et les outils technologiques adaptés, mettent en avant le fait que ces systèmes stimuleraient les personnes atteintes de démence en maintenant leur autonomie, sans remplacer le contact humain, mais en évitant l'épuisement des proches et des ressources médicales. [37] Cela passerait par l'utilisation de capteurs ambiants au sein du lieu de vie.

L'essor d'une nouvelle discipline, la neuro-épigénétique, faisant référence aux modifications chimiques sur l'ADN (Acide DésoxyriboNucléique) des neurones, est un espoir encourageant dans la recherche de traitements de la maladie d'Alzheimer. [38]

## CONCLUSION

Les résultats de cette étude semblent montrer une évolution favorable de certains troubles du comportement chez les patients ayant une démence, dans le cas de thérapies non médicamenteuses, au sein d'un PASA.

Ces résultats sont encourageants pour inciter à poursuivre le développement de ce type de prise en charge.

Il n'a pas été mis en évidence d'association entre la prise en charge dans le PASA de Montsûrs et un bénéfice sur les troubles cognitifs et les troubles du comportement.

Une des limites des études dans ce domaine, est, des effectifs trop faibles. Il pourrait-être intéressant de réaliser une méta-analyse sur les thérapies non médicamenteuses chez les patients institutionnalisés. Une autre alternative consisterait à réaliser des études randomisées par grappes, avec des patients appariés et une méthodologie de prise en charge ayant un fond commun.

Accompagner et maintenir la qualité de vie des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, représente un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir. Les approches non médicamenteuses constituent une démarche prometteuse pour aider à prendre en charge ces patients, avec l'absence de risque iatrogène.

Cela passe par une meilleure connaissance du dispositif auprès des médecins prescripteurs mais également par un élargissement de la formation du personnel soignant, afin d'accompagner le plus grand nombre de patients et pas seulement ceux institutionnalisés.

Pour se faire, cela nécessiterait un financement pérenne, pouvant se baser sur des économies de santé, de part, l'arrêt de remboursement des anti-démentiels, la diminution des coûts liée à l'allègement des prescriptions de psychotropes, et la iatrogénie. Des études portant sur la relation entre la création de PASA et la diminution du risque iatrogène pourraient être une piste de réflexion.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] ROBERT-BOBEE I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon2050 : La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. INSEE PREMIERE [Internet]. juill 2006;(1089).
- [2] BEER C. AKBARALY T. NOURASHEMI F. ANDRIEU S. L'épidémiologie des démences. La Presse médicale, Paris, Masson et Cie, 2007, 36 (10), pp.1431-1441.
- [3] La maladie d'Alzheimer et autres démences en chiffre. Institut Public France. Institut de Veille Sanitaire. [Internet]. 20 septembre 2016.
- [4] LAVALLART B. « les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer ». ROBERT P. « les troubles du comportement au cœur du problème de santé publique » Actualités et Dossiers en Santé Publique. 2008 Déc ; 65:25-30.
- [5] CHAZAL J. Les personnes âgées en institution. DREES. 2011 ; Dossiers solidarité et santé (22) p16.
- [6] AQUINO JP. CUDENNEC T. BARTHELEMY L. La mémoire et la maladie d'Alzheimer. In: Guide pratique du vieillissement. ELSEVIER-MASSON. p. 243-245.
- [7] The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013.
- [8] VANDERHEYDEN J-E. KENNES B. Approche transdisciplinaire du patient et de sa famille. In: La prise en charge des démences. De Boeck. p. 20.
- [9] Collège de la Haute Autorité de Santé. Guide médecin, ALD 15 « Maladie Alzheimer et autres démences ». 2009 mai p. 34.
- [10] DAVID R. Alzheimer et états comportementaux : Symptômes Psychologiques et Comportements des Démences. DUNOD. 2014. (Psychothérapies Dunod).

- [11] DELPHIN-COMBE F. MARTIN-GAUJARD G. ROUBAUD C. FORTIN ME. HUSSON F. ROUCH I. KROLAK-SALMON P. Expérience d'un parcours de soins des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2013;11(4):416-422.
- [12] Collège de la Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportements perturbateurs. 2009 mai p. 44. (Recommandations de bonne pratique).
- [13] DROGOU I. Journée mondiale Alzheimer : ma prévention et ses grands défis de santé publique et de recherche. Le quotidien du médecin. 21 sept 2018
- [14] Collège de la Haute Autorité de Santé. Programme AMI-ALZHEIMER. Alerte et Maitrise dans la Maladie d'Alzheimer. 2010 oct.
- [15] Doc'Alzheimer Troubles du Comportement et thérapies non médicamenteuses. Oct-nov-déc 2015;19:9-17.
- [16] Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la Santé. Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. 2001 oct. (Dossier de Presse).
- [17] Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Affection de Longue Durée. 2005 janv. p. 7.
- [18] ROCHER P. LAVALLART B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. Gérontologie et société, vol. 32 / 128-129, (1), 13-31.
- [19] Plan maladie Neuro-dégénératives 2014-2019. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des femmes ; 2014 oct p. 124.

- [20] Comité d'orientation stratégique et du Conseil scientifique de l'ANESM. L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social. Haute Autorité de Santé ; 2009 févr. p. 47. (Recommandations de bonne pratique professionnelles).
- [21] Cahier des charges relatif aux PASA et UHR, pour une prise en charge adaptée en EHPAD et USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une Maladie apparentée des troubles du comportement. Direction Générale de l'Action Sociale; 2009 p. 16.
- [22] Conseil scientifique de l'ANESM. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Haute Autorité de Santé; 2008 déc. (Recommandations de bonne pratiques professionnelles).
- [23] DELAMARRE-DANIER F. PASA et UNITES ALZHEIMER : Qu'attendre d'une unité Alzheimer ? Quelle organisation est efficace ? Doit-on revoir les critères d'évaluation ? Association Gérontologique de Recherche et Enseignement en EHPAD; 2015.
- [24] Rolland et al. Alzheimer's Research and Therapy 2013, 5 ;52
- [25] Démarche d'évaluation régionale des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA). ARS Pays de la Loire; 2015 déc.
- [26] GRENAILLE T. Impact de la prise en charge PASA sur les troubles du comportement des résidents déments en EHPA [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] université de Médecine de Limoges 2016.
- [27] SCHANG C. Impact de l'inclusion en PASA sur la prescription de psychotropes : étude avant/après par analyse de dossiers médicaux de patients vivant en EHPAD dans la région PACA [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] Université de Médecine Marseille 2016
- [28] GAYET C. Impact du PASA sur les troubles du comportement de la personne démente institutionnalisée et place du médecin généraliste [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] Université de Médecine Amiens 2014

- [29] CLOTET L. COSTA D. GRAS-AYGON C. GARCIA M. CARBONNEL F. MILLION E. Les PASA, une nouvelle prise en charge des troubles psychocomportementaux des personnes âgées. Département de médecine générale Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes ; 2017.
- [30] LAPRE E. Maladie d'Alzheimer et thérapies non médicamenteuses, évaluation de la stimulation cognitive et de l'activité physique sur le fonctionnement executif [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] Université de médecine de Bordeaux 2010.
- [31] PLADYS C. Maladie d'Alzheimer et apparentées, troubles du comportement et thérapies non médicamenteuses : vécu des aidants familiaux [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] Université de Lille 2015.
- [32] SOCKEEL S. Troubles du comportement et thérapies non médicamenteuses en unité spécialisée Alzheimer : vécu des soignants [Thèse de doctorat d'Université de Médecine] Université de Lille 2015.
- [33] DEROUESNE C. POITRENEAU J. HUGONOT L. KALAFAT M. DUBOIS B., LAURENT B. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. La Presse Médicale. 12 juin 1999;(21):1141-8.
- [34] OUSSET P-J. SOREL H. CAZARD J-C. VELLAS B. Troubles du comportement lié à la démence : étude interventionnelle en service de long séjour. Psychiatrie et neuropsychiatrie du Vieillissement. 2003 ; 1(3) :207-12.
- [35] PELLISSIER J. Ces troubles qui nous troublent, les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels. Erès, L'âge et la vie, prendre soin des personnes âgées. 2015.
- [36] KOPP N. THOMAS-ANTERION C. RETHY M-P, PIERRON J-P, Alzheimer et Autonomie, Médecine et sciences humaines/ Les belles lettres, 2010.

[37] BOUCHARD J. BOUCHARD B. POTVIN A. BOUZOUANE A. L'intelligence artificielle au service des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches. ResearchGate. déc 2011;

[38] VEYRIERAS JB. Mémoire, on a découvert les molécules du souvenir. sept 2018;(1212):60-75.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Motifs de sorties d'étude .....	14
Figure 2 : Evolution du statut démentiel dans la population générale au cours de l'étude....	15
Figure 3 : Evolution du MMSE médian en début et fin d'études pour les deux groupes .....	15
Figure 4 : Classement croissant des MMSE dans le groupe PASA à l'admission, à la sortie et leur médiane .....	16
Figure 5 : MMSE en début et fin d'étude pour chaque individu du groupe PASA avec le Delta .....	16
Figure 6 : Classement croissant MMSE dans le groupe PASA à l'admission à la sortie et leur médiane.....	17
Figure 7 : MMSE en début et en fin d'étude pour chaque individu du groupe NON PASA et leur delta .....	17
Figure 8 : Delta MMSE des groupes PASA et NON PASA .....	18
Figure 9 : Médianes des NPI-ES en début et fin d'étude pour les groupes PASA et NON PASA .....	19
Figure 10 : NPI-ES pour chaque individu du groupe PASA en début et en fin d'étude .....	19
Figure 11 : NPI-ES pour chaque individu du groupe NON PASA en début et en fin d'étude ..	20
Figure 12 : Classement croissant NPI-ES en début d'étude pour les groupes PASA et NON PASA .....	20
Figure 13 : Classement croissant NPI-ES en fin d'étude pour les groupes PASA et NON PASA .....	21
Figure 14 : Delta NPI-ES des groupes PASA et NON PASA .....	21
Figure 15 : Evolution du score "Agitation" .....	22
Figure 16 : Evolution du score "Anxiété" .....	23

Figure 17 : Evolution du score "Dépression" .....	23
Figure 18 : Evolution du score "Délire" .....	24
Figure 19 : Evolution du score "Hallucination" .....	25
Figure 20 : Evolution du score "Euphorie" .....	25
Figure 21 : Evolution du score "Apathie" .....	26
Figure 22 : Evolution du score "Desinhibition" .....	26
Figure 23 : Evolution du score "Irritabilité" .....	27
Figure 24 : Evolution du score "Comportement Moteur Aberrant" .....	27
Figure 25 : Evolution du score "Sommeil" .....	28
Figure 26 : Evolution du score "Appétit" .....	29
Figure 27 : Pourcentage de résidents du groupe PASA ayant un trouble du comportement entre le début et la fin de l'étude .....	29
Figure 28 : Pourcentage de résidents du groupe NON PASA ayant un trouble du comportement entre le début et la fin de l'étude .....	30
Figure 29 : Comparaison de traitements psychotropes en début d'étude dans le groupe PASA et le groupe NON PASA .....	31
Figure 30 : Comparaison traitements psychotropes du groupe PASA en début et en fin d'étude .....	32
Figure 31 : Evolution des prescriptions de psychotropes toutes classes confondues dans le groupe PASA .....	32
Figure 32 : Evolution de chaque classe de psychotropes dans le groupe PASA .....	33

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques Socio Démographiques ..... 13

# TABLE DES MATIERES

## LISTE DES ABREVIATIONS

## RESUME

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

## RÉSULTATS

### **1. Caractéristiques générales**

- 1.1. Socio démographique
- 1.2. Perdus de vue

### **2. Etude du MMSE**

- 2.1. MMSE de la population générale
- 2.2. Médianes des MMSE
- 2.3. MMSE dans le groupe PASA
- 2.4. MMSE dans le groupe NON PASA

### **3. Etude du NPIES**

- 3.1. Médianes des NPIES
- 3.2. NPIES dans le groupe PASA
- 3.3. NPIES dans le groupe NON PASA
- 3.4. Comparaison des NPIES entre les deux groupes

### **4. Approche comparative en fonction de critères d'évaluation**

- 4.1. Comparaison selon chaque items du NPIES
- 4.2. Evaluation des scores GIR dans le groupe PASA
- 4.3. Evaluation des prescriptions de traitement psychotrope

## DISCUSSION

### **1. Force de l'étude**

### **2. Points négatifs**

### **3. Evaluation des scores totaux des NPI-ES**

### **4. Evaluation des quatre sous-syndromes du NPI-ES**

- 4.1. Hyperactivité

- 4.2. Psychose

- 4.3. Affectif

- 4.4. Apathie

### **5. Utilité du MMSE**

### **6. Evaluation des scores GIR du groupe PASA**

### **7. Evaluation des traitements psychotropes**

### **8. Evolution du PASA de Montsûrs**

### **9. Pistes à explorer**

## CONCLUSION

## BIBLIOGRAPHIE

## TABLE DES MATIERES

## ANNEXES

## ANNEXES

### ANNEXE 1, MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)		Etiquette du patient
Date : _____	Evalué(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, poser les questions suivantes sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |  |  |
|--|--|
| 1. En quelle année sommes-nous ? <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 4. Quel jour du mois ? <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non)       |
| 2. En quelle saison ? <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non)            | 5. Quel jour de la semaine ? <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) |
| 3. En quel mois ? <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non)                |  |
- 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 ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ici ?

#### 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 <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 12. Feur <input type="text"/> ou <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 13. porto <input type="text"/> (balon) <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 14. <input type="text"/> (fauteuil) <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) |
|--|--|--|---|

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 autres, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « Voulez-vous écrire le mot MONDE à l'envers : E D N O M . »

#### MEMOIRE

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

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 19. Cigare <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 20. Feur <input type="text"/> ou <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 21. porto <input type="text"/> (balon) <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) | 22. <input type="text"/> (fauteuil) <input type="text"/> (oui) <input type="text"/> (non) |
|--|--|--|---|

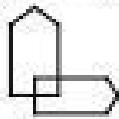
#### LANGAGE

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 22. quel est le nom de cet objet ? <input type="text"/> Monter un crayon.   | <input type="text"/> |
| 23. Quel est le nom de cet objet ? <input type="text"/> Monter une montre.  | <input type="text"/> |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE HAIS, DE SI, NI DE ET »  | <input type="text"/> |
| → Poser une feuille de papier sur le bureau, le montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire ». (conseiller à formuler en une seule fois) : | <input type="text"/> |
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite.   | <input type="text"/> |
| 26. Piez-la en deux.  | <input type="text"/> |
| 27. et jetez-la par terre.  | <input type="text"/> |
| → Tendre au sujet une feuille de papier sur l'quelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :  | <input type="text"/> |
| 28. «Faites ce qui est écrit».  | <input type="text"/> |
| → Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :   | <input type="text"/> |
| 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)

## Annexes 2, Questionnaire NPIES

### INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation: \_\_\_\_\_

Fonction de la personne interviewée:

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

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Type de relation avec le patient:

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					<input type="checkbox"/>	
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5
<b>Score total 12</b>					<input type="checkbox"/>	

## A. IDEES DÉLIRANTES

(NA)

" 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 ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe ? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles ?

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/ patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine

1

Assez souvent : environ une fois par semaine

2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps

4

### GRAVITE

**Léger:** les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.

1

**Moyen:** les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.

2

**Important:** les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement

3

### RETTENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## B. HALLUCINATIONS

(NA)

“Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? 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 ?” (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient s'adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là?

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine 1

Assez souvent : environ une fois par semaine 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4

### GRAVITE

Léger: les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes 1

Moyen: les hallucinations sont éprouvantes et stessantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges. 2

Important: les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser) 3

### RETTENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

“ Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer ? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres ? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

### FREQUENCE

**Quelquefois** : moins d'une fois par semaine **1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine **2**

**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**

**Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

### GRAVITE

**Léger**: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant. **1**

**Moyen**: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler. **2**

**Important**: l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire. **3**

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## D. DEPRESSION / DYSPHORIE

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

Léger: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.	2
Important: l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.	3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## E. ANXIETE

(NA)

“ 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 est-t-il/elle incapables de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d’être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l’aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d’avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d’avoir l’estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu’il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance ? (S’agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes d’anxiété ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d’une fois par semaine 1

Assez souvent : environ une fois par semaine 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4

### GRAVITE

Léger: l’état d’anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l’atténuer par l’intervention du soignant. 1

Moyen: l’état d’anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager. 2

Important: l’état d’anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager. 3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

(NA)

" Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres ? "

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie

### FREQUENCE

- |  |   |
|--|---|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1 |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2 |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3 |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | 4 |

### GRAVITE

- |   |   |
|---|---|
| Léger: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse.   | 1 |
| Moyen: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois. | 2 |
| Important: Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse.               | 3 |

### RETTENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## G. APATHIE / INDIFFERENCE

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?

**NON** Passez à la section suivante

**OUI**

Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l’intérêt pour le monde qui l’entoure ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?<br>(ne coter que si la conversation est possible)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s’attendre (joie lors de la visite d’un ami ou d’un membre de la famille, intérêt pour l’actualité ou le sport, etc) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d’intérêt habituels ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes indiquant qu’aucune activité nouvelle ne l’intéresse ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

### FRÉQUENCE

**Quelquefois** : moins d’une fois par semaine 1

**Assez souvent** : environ une fois par semaine 2

**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3

**Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4

### GRAVITÉ

**Léger**: Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d’intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités. 1

**Moyen**: Le patient/la patiente manifeste une perte d’intérêt pour les choses qui ne s’atténue qu’à l’occasion d’événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. 2

**Important**: Le patient/la patiente manifeste une complète perte d’intérêt et de motivation. 3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

<b>Pas du tout</b>	0	<b>Modérément</b>	3
--------------------	---	-------------------	---

<b>Minimum</b>	1	<b>Sévèrement</b>	4
----------------	---	-------------------	---

<b>Légèrement</b>	2	<b>Très sévèrement, extrêmement</b>	5
-------------------	---	-------------------------------------	---

## H. DESINHIBITION

(NA)

“ Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres ? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

### GRAVITE

<b>Léger:</b> Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
<b>Moyen:</b> Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.	2
<b>Important:</b> Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.	3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e)? ”

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle “ sort de ses gonds ” facilement pour des petits riens ?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine **1**

Assez souvent : environ une fois par semaine **2**

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours **3**

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps **4**

### GRAVITE

Léger : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier. **1**

Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier. **2**

Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier. **3**

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

"Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)"

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Commentaires:*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine 1

Assez souvent : environ une fois par semaine 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4

### GRAVITE

**Léger:** Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes. 1

**Moyen:** les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant. 2

**Important :** les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant. 3

### RETTENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## K. SOMMEIL

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistant aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez " NA ".

"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)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres? "

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |  | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine 1

Assez souvent : environ une fois par semaine 2

Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours 3

Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps 4

### GRAVITE

Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente. 1

Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents 2

Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit. 3

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

(NA)

" Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans 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** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Est-ce que le patient/la patiente a maigrì ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par ex trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

### FREQUENCE

" Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... "

**Quelquefois** : moins d'une fois par semaine

**1**

**Assez souvent** : environ une fois par semaine

**2**

**Fréquemment** : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours

**3**

**Très fréquemment** : tous les jours ou pratiquement tout le temps

**4**

### GRAVITE

**Léger** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants.

**1**

**Moyen** : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids.

**2**

**Important** : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient.

**3**

### RETTENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

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

## ANNEXE 3, GRILLE AGGIR

GRILLE AGGIR						
NOM et Prénom de la personne âgée :		Date de passation de la grille :				
Date de naissance :						
Adresse :						
VARIABLES DISCRIMINANTES						
<b>Cocher S T H C quand les conditions pour l'adverbe <i>ne</i> sont pas remplies</b>		S	T	H	C	AB C
<b>TRANSFERTS</b> se lever, se coucher, s'asseoir						
<b>DEPLACEMENTS INTERIEURS</b> avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant						
<b>TOILETTE</b> Hygiène corporelle	<b>HAUT</b> : visage, rasage, coiffage, le torse, les membres supérieurs et les mains					
	<b>BAS</b> : régions intimes, les membres inférieurs et les pieds					
<b>ELIMINATION</b> Assurer l'hygiène et rester propre	<b>URINAIRE</b>					
	<b>ANALE</b>					
<b>HABILLAGE</b> Savoir choisir, préparer et enlever	<b>HAUT</b> : choix vêtements, mise à disposition, décision d'en changer, passer un vêtement par la tête / les bras					
	<b>MOYEN</b> : boutonner, mettre une fermeture, une élastique, boutonnière					
	<b>BAS</b> : passer les vêtements par le bas du corps, chaussettes, chausseuses					
<b>ALIMENTATION</b>	<b>SE SERVIR</b> : un plat, ouvrir un yaourt, peler un fruit, remplir un verre, couper					
	<b>MANGER</b> : porter à la bouche et avaler les aliments et boissons					
<b>ALERTE</b> Communication à distance						
<b>DEPLACEMENTS EXTERIEURS</b> A partir de la porte d'entrée sur la rue						
<b>ORIENTATION</b>	<b>TEMPS</b> : se repérer dans le temps (saison, moments de la journée, années, mois)					
	<b>ESPACE</b> : se repérer dans les lieux de vie habituels et nouveaux					
<b>COHERENCE</b>	<b>COMMUNICATION</b> : communication fiable, suffisamment complète pour communiquer dans la vie quotidienne					
	<b>COMPORTEMENT</b> : agit, se comporte de façon logique, sensée, savoir vivre avec les autres, assume sa solitude					
VARIABLES ILLUSTRATIVES						
<b>GESTION</b>						
<b>CUISINE</b>						
<b>MENAGE</b>						
<b>TRANSPORT</b>						
<b>ACHATS</b>						
<b>SUIVI DE TRAITEMENT</b>						
<b>ACTIVITES TEMPS LIBRE</b>						

## EVALUATION DE LA PERSONNE AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE GRILLE AGGIR

### REMARQUES IMPORTANTES

- L'observation porte sur les activités effectuées par la personne seule en excluant ce que font l'entourage et les professionnels.
- En revanche les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie intégrante de la personne (lunettes, prothèse auditive, fauteuil roulant, poche de colostomie etc...)
- Il faut cocher les cases, quand la personne ne fait pas

S = Spontanément (il n'y a pas d'incitation ou de stimulation)

T = Totalement (l'ensemble des activités du champ analysé est réalisé)

H = Habituellement (fait référence au temps et à la fréquence de réalisation)

C = Correctement (recouvre la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis à vis de soi et des autres)

- **Dans un premier temps, pour chaque activité on va d'abord voir si la personne relève d'un C**  
On cotera C dans les cas suivants :  
La personne ne fait jamais cette activité seule même partiellement même difficilement,  
Il faut faire l'activité à sa place, ou « faire faire » entièrement et à chaque fois,  
Il faut tout refaire en totalité à chaque fois.
- **Dans un second temps il faudra répondre par oui ou par non aux 4 questions concernant les adverbes ce qui permettra de déterminer la modalité de cotation en A ou en B**

### DEFINITIONS DES VARIABLES DISCRIMINANTES

#### TRANSFERTS

Se lever, se coucher, s'asseoir. Passer de l'une de ces trois positions à l'autre, dans les deux sens. Cette variable concerne les seuls changements de position et n'inclut pas les déplacements.

#### DEPLACEMENT A L'INTERIEUR

Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie (lieu de vie = à domicile = pièces habituelles et lieux où se trouvent les boîtes aux lettres et le local poubelle/en institution le lieu de vie inclut restaurant, espaces d'animation et de vie collective) jusqu'à la porte d'entrée sur la rue. L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur, d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements.

#### TOILETTE (AA=A CC=C Autres=B)

Assurer son hygiène corporelle. Cette variable inclut la préparation des affaires indispensables à sa réalisation (eau, savon, serviettes...).

**Toilette Haut** = toilette du visage, rasage, coiffage (coup de peigne ou de brosse) le tronc, les membres supérieurs et les mains. Le dos et les dents sont volontairement ignorés dans l'évaluation.

**Toilette Bas** = toilette des régions intimes des membres inférieurs et des pieds. Les ongles des orteils sont volontairement ignorés dans l'évaluation.

**ELIMINATION** AA=A ;  
(urinaire et anale) CC=C ; CB=C ; CA=C ; AC=C ;  
Autres=B

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale. Il ne s'agit pas de mesurer la maîtrise de l'élimination (l'incontinence est un diagnostic médical) mais d'évaluer comment la personne assure l'hygiène (la propreté) de ses éliminations. Avoir une bonne hygiène, c'est éliminer dans un lieu ou un ustensile approprié et assurer la propreté sur soi. (On peut être incontinents et assurer parfaitement la gestion de ses fuites (protections à usage unique) et rester propre.

**HABILLAGE** (AAA=A ; CCC=C Autres=B)  
(haut, moyen bas)

Cette variable porte sur l'habillage, le déshabillage, et la présentation. Le choix des vêtements, la recherche dans le lieu de rangement, leur mise à disposition, la décision d'en changer font partie de l'activité habillage. La pose de bas de contention ayant fait l'objet d'une prescription médicale est exclue de l'évaluation de cette variable ainsi que le lavage le repassage et la couture des vêtements.

**ALIMENTATION** AA=A ;  
(se servir, manger) CC=C ; BC=C ; CB=C  
Autres=B

Cette variable concerne deux activités : se servir et manger. Ces activités concernent des aliments conditionnés et apportés sur la table et sont évaluées à partir du moment où la personne se débrouille seule.

**Se servir** : c'est couper sa viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre. Ou quand la personne est servie dans la salle à manger ou dans son lit à l'aide d'un plateau, se servir commence au moment où elle prépare les aliments tels qu'ils sont conditionnés avant de les porter à sa bouche et de les avaler.

**Manger** : c'est porter les aliments et les boissons à sa bouche et les avaler. Pour une personne porteuse d'une sonde gastrique, on évalue si la personne assume ou non la gestion de cette sonde.

**ALERTER** (communication à distance)

C'est utiliser un moyen de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, télé-alarme... dans le but d'alerter en cas de besoin.

**DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR**

On est à l'extérieur quand on est en dehors du lieu de vie tel qu'il a été défini pour la variable déplacement à l'intérieur. (Déplacement extérieur = franchir la porte d'entrée sur la rue). Prendre l'air dans son jardin ou celui de l'institution où l'on vit, n'est pas se déplacer à l'extérieur

**ORIENTATION** AA=A  
Dans le temps et l'espace AB, BA, BB=B  
CC, BC, CB, AC, CA=C

C'est se repérer dans l'espace et le temps :

La personne sait-elle se situer par rapport aux saisons, aux moments de la journée (matin, soir) ?

Dans les lieux habituels de vie (maison, appartement, quartier, ou unité de vie ?) Connait-elle l'année et le mois en cours (elle peut très normalement ne pas connaître la date exacte) ?

Sait-elle (pour le repérage des lieux se situer précisément dans des lieux habituels de vie et plus globalement dans des lieux nouveaux pour elle ?

**COHERENCE**

Communication, comportement

AA=A

AB, BA, BB=B

CC, BC, CB, AC, CA=C

C'est communiquer (communication verbale et/ou non verbale), agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

**Communication :** cette sous variable évalue si la personne a un système de communication fiable et suffisamment complexe pour communiquer dans la vie quotidienne avec autrui.

**Comportement :** cette sous variable évalue si la personne sait vivre parmi les autres et/ou assumer sa solitude (si elle n'a aucune tendance agressive vis-à-vis d'autrui ou d'elle-même si elle réagit d'une façon adaptée devant une situation dangereuse pour elle ou autrui et si elle ajuste ses réactions aux lois et aux conventions sociales de courtoisie habituelle dans notre société.

**DEFINITIONS DES VARIABLES ILLUSTRATIVES**

**GESTION :** C'est gérer ses affaires, son budget, et ses biens/reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses/effectuer les démarches administratives remplir les formulaires

**CUISINE :** C'est préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis

**MENAGE :** C'est effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants

**TRANSPORTS :** C'est utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel

**ACHATS :** C'est l'acquisition volontaire de biens, de manière directe ou par correspondance

**SUIVI DU TRAITEMENT :** C'est respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement

**ACTIVITE DU TEMPS LIBRE :** C'est pratiquer volontairement seul ou en groupe, diverses activités qui créent des événements rompant la monotonie de la vie du quotidien)

Pour plus de précision voir le décret n°2008 - 821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR.

# ABSTRACT

# RÉSUMÉ

## GUERIN Anaïs

### Intérêt d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés pour prendre en charge les troubles du comportement des patients déments en EHPAD

Les troubles du comportement chez les patients déments sont observables dès le stade de troubles cognitifs légers. L'apathie est le plus fréquemment observé, avec les troubles affectifs, l'irritabilité, l'agitation. Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, sont un moyen de prendre en charge ces troubles sans traitement médicamenteux.

Deux cohortes ont été suivies, en deux temps, au sein de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes de Montsûrs en Mayenne. Un groupe de 17 résidents du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, et un groupe de 11 résidents ayant des troubles démentiels associés à des troubles du comportement ne bénéficiant pas de cette prise en charge. Initialement, un Mini Mental State Examination et un Neuro Psychiatrique Inventaire version Equipe Soignante, ont été récupérés dans les dossiers médicaux. Durant l'année 2017, des MMSE et NPI-ES, ont été réalisés pour les résidents sélectionnés, afin de réévaluer les troubles cognitifs et les troubles du comportement.

Les scores NPI-ES augmentaient de manière non significative dans le groupe NON PASA. Les troubles du comportement de type agitation, désinhibition, irritabilité, s'amélioraient plus dans le groupe PASA de manière non significative.

L'intervention d'un personnel formé, disponible pour rassurer, être à l'écoute, au sein d'un cadre de vie adapté permettant la déambulation libre, semble permettre une diminution de certains troubles du comportement améliorant ainsi le bien être des personnes âgées.

**Mots-clés : Démence, Troubles du comportement, Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Méthodes non médicamenteuses**

### Interest of a Activity and Adapted Care Centers to take care of the behavior disorders of patients demented in Retirement Homes

Behavioral disorders in demented patients can be observed from the stage of mild cognitive impairment. Apathy is the most frequently observed symptom, as well as affective disorders, irritability, and agitation. The Activity and Adapted Care Centers (AACC) within Retirement Homes are a means of managing these disorders without medical treatment.

Two cohorts were studied in two different stages within the Establishment of Accommodation for Elderly Dependent People (EHPAD) in Montsûrs in Mayenne, France. A group of 17 residents of the AACC, and a group of 11 residents with dementia disorders associated with behavioral disorders who do not benefit from this facility were monitored. Initially, a Mini Mental State Examination (MMSE), and a Healthcare Team's Neuro-Psychiatric Inventory (HT-NPI) were retrieved from medical records. During 2017, the MMSE and the HT-NPI were conducted on the selected residents in order to re-evaluate their cognitive and behavioral disorders.

HT-NPI scores increased non-significant in the Non-AACC group. Behavioral disorders such as agitation, disinhibition, irritability. They improved more in the PASA group, the results were non-significant.

In order to improve the well being of the elderly, the presence and availability of a trained team of staff, as well as suitable living conditions (allowing patients to walk freely), seems to provide a reduction of certain behavioral disorders.

**Keywords : Dementia, behavioural disorders, Activity And Adapted Care Center, Retirement Home, on-medicated methods**