



**HAL**  
open science

**Connaissances en médecine générale dans le territoire du bassin salonnais des approches thérapeutiques non médicamenteuses des troubles du comportement chez les patient(e)s atteints de démence type maladie d'Alzheimer et apparentées : étude quantitative descriptive observationnelle**

Jean-Pierre Dao

► **To cite this version:**

Jean-Pierre Dao. Connaissances en médecine générale dans le territoire du bassin salonnais des approches thérapeutiques non médicamenteuses des troubles du comportement chez les patient(e)s atteints de démence type maladie d'Alzheimer et apparentées : étude quantitative descriptive observationnelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02418814

**HAL Id: dumas-02418814**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418814>**

Submitted on 19 Dec 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Connaissances en médecine générale dans le territoire du bassin salonais  
des approches thérapeutiques non médicamenteuses des troubles du  
comportement chez les patient(e)s atteints de démence type maladie  
d'Alzheimer et apparentes : étude quantitative descriptive observationnelle**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 20 Juin 2019**

**Par Monsieur Jean-Pierre DAO**

**Né le 19 juillet 1987 à Venissieux (69)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Monsieur le Professeur ROSSI Pascal**

**Assesseur**

**Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur LAURETTA Raphaël**

**Directeur**





**Faculté des sciences  
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Connaissances en médecine générale dans le territoire du bassin salonais  
des approches thérapeutiques non médicamenteuses des troubles du  
comportement chez les patient(e)s atteints de démence type maladie  
d'Alzheimer et apparentes : étude quantitative descriptive observationnelle**

# **T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 20 Juin 2019**

**Par Monsieur Jean-Pierre DAO**

**Né le 19 juillet 1987 à Venissieux (69)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Monsieur le Professeur ROSSI Pascal**

**Assesseur**

**Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur LAURETTA Raphaël**

**Directeur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Doyen Georges LEONETTI**

**Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales** : Patrick DESSI  
**Vice-doyen aux Sciences Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Direction d'école** :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

**Assesseurs** :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

**DOYENS HONORAIRES**

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)



**1990**

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)



**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH)  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*  
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)  
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)  
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  
 MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)  
 COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) *(disponibilité)*  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)  
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

**A la Présidente du jury,**

Madame le Professeur Sylvie Bonin Guillaume,

Vous me faites l'honneur d'être Présidente de mon jury de thèse,

Veillez trouver à l'issue de ce travail, l'expression de ma plus profonde gratitude

**Aux membres du jury,**

Monsieur le Professeur Pascal Rossi,

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury,

Je vous remercie de m'avoir accordé votre attention et vous assure de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Ludovic Casanova,

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury,

Je vous remercie de m'avoir accordé votre attention et vous assure de ma reconnaissance.

**A mon directeur de thèse et membre du jury,**

Monsieur le Docteur Raphael Lauretta,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Vous avez été très patient, très disponible durant la réalisation de ce travail et d'une aide précieuse.

Prochainement, nous aurons encore l'occasion de collaborer ensemble lors de ma future installation.

A ma **Mamoune**, tu es ma source d'inspiration sur ce travail, j'aurai aimé t'avoir à mes côtés en ce jour, j'espère que tu es fière de moi de là-haut, mais je sais que tu veilles toujours sur nous.

A mon **Père**, qui m'a poussé vers la médecine, alors que je n'étais pas destiné à cette voie. Tu m'as toujours soutenu dans ces études. Vous vous êtes sacrifiés toute votre vie avec maman, pour qu'on ne puisse manquer de rien et qu'on puisse accomplir nos projets.

A mes **frères et sœurs (bof inclus)**, je remercie papa et maman, d'avoir conçu une si grande famille. Merci d'être à mes côtés et pour votre soutien de tous les jours, notre force est notre union.

A **notre équipe de Médecine and Co**, ma 2<sup>e</sup> famille, j'ai fait des rencontres durant ces années d'études, qui m'ont permis de créer des liens forts avec chacun d'entre vous aujourd'hui, et je l'espère, perdureront encore de nombreuses années. Notre famille s'agrandit au fil des années, c'est pourquoi je ne vous citerai pas tous, histoire de n'oublier personne.

A **mes amis d'enfance**, notre amitié perdue encore aujourd'hui et n'est pas près de s'arrêter.

A **mes amis du tennis**, avec mon fréro le braq, dommage que tu n'aies pas persévéré, mais l'essentiel est de t'avoir chaque jour à mes côtés, à la hich je te cite car j'ai l'honneur de connaître une star.

A **l'équipe du 4 Sud**, premier et dernier stage d'interne, vous m'avez permis de commencer et de finir mon internat dans de bonnes conditions pour apprécier la médecine à sa juste valeur.

A mes **co-internes du 4 sud**, dr Féraïlle, Brice de Nice, Céline, équipe de choc, avec Alban en mode « gaver » de patients.

A toute **l'équipe de Sainte Catherine**, sans qui jusqu'à preuve du contraire, avec votre gentillesse et votre bienveillance je n'aurai pas tenu toute la durée du stage (même avec un 12/8 de tension, dédicace à dr Wong)

A **mes co-internes de Sainte Catherine**, stage au combien éprouvant mais nous avons su nous serrer les coudes, hein Milou et Alimta.

A **mes co-internes des urgences Nord**, avec des journées de travail dans la joie et la bonne humeur malgré le rythme soutenu.

A **ma belle-famille**, avec belle maman de l'univers, Alain, vous avez contribué en quelque sorte à cette thèse (merci à l'imprimante de l'asso), merci pour votre soutien.

A **l'équipe de la MSP Bel Air et anciens membres**, futur destination professionnelle, très heureux d'intégrer « officiellement » votre équipe, avec de belles choses à construire.

A la **team salonnaise IFSI and Co**, vous formez vraiment une belle équipe, très heureux de vous savoir aux côtés d'Emilie, ne changez surtout pas.

**Merci à tous**

Enfin à ma **femme**, mon bébé loup, ma moquine. Le destin fait parfois bien les choses, car il a permis de nous rencontrer durant ces années d'étude de médecine. Je ne te remercierai jamais assez d'être à mes côtés, de me supporter, tu as été un soutien sans failles durant ces dernières années, notamment dans la dernière ligne droite de ce travail. J'ai énormément de chance de t'avoir en tant que femme, tu es la plus belle chose qui me soit arrivé dans la vie. Et t'inquiètes, on verra, le meilleur reste à venir. Je t'aime

CONNAISSANCES EN MEDECINE GENERALE DANS LE TERRITOIRE DU BASSIN  
SALONNAIS DES APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES DES  
TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LES PATIENT(e)S ATTEINTS DE DEMENCE  
TYPE MALADIE D'ALZHEIMER ET APPARENTES :

ETUDE QUANTITATIVE DESCRIPTIVE OBSERVATIONNELLE

# PLAN

<b>ABREVIATIONS ET ACRONYMES .....</b>	<b>2</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>II. GENERALITES SUR LES SPCD.....</b>	<b>5</b>
II.1. Epidémiologie.....	5
II.2. Les SPCD .....	5
II.2.1. Sémiologie .....	6
II.2.2. Echelles d'évaluation.....	7
<b>III. APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES .....</b>	<b>9</b>
III.1. Moyens thérapeutiques.....	9
III.1.1. Interventions basées sur la cognition.....	10
III.1.2. Interventions psychosociales.....	11
III.1.3. Interventions corporelles et basées sur l'activité motrice.....	12
III.1.4. Interventions basées sur les stimulations sensorielles .....	12
III.1.5. Interventions basées sur l'aménagement de l'environnement .....	14
III.1.6. Gêrontechnologie .....	15
III.1.7. Formation des soignants et formation des aidants.....	16
III.2. Structures d'aide.....	17
III.3. Rôle du médecin généraliste.....	24
<b>IV. ETUDE.....</b>	<b>25</b>
IV.1. Problématique et objectifs de l'étude .....	25
IV.2. Matériel et méthode.....	25
IV.3. Résultats .....	28
IV.3.1. Caractéristiques des médecins généralistes inclus .....	28
IV.3.2. Epidémiologie .....	31
IV.3.3. Évaluation des troubles du comportement .....	33
IV.3.4. Approches thérapeutiques non médicamenteuses .....	38
<b>V. DISCUSSION.....</b>	<b>44</b>
<b>VI. CONCLUSION .....</b>	<b>54</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>63</b>
Annexe 1 QUESTIONNAIRE de Thèse D.E.S Médecine Générale .....	63
Annexe 2 ECHELLE NPI ES.....	71
Annexe 3 ECHELLE COHEN MANSFIELD .....	72
Annexe 4 ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DEMENCE GRECO.....	73

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

MA<sup>2</sup> ou MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées

MND : Maladies Neuro-Dégénératives

HAS : Haute Autorité Sanitaire

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de Démence

TC : Troubles du Comportement

TCP : Troubles du Comportement Perturbateurs

TNM : Thérapeutiques Non Médicamenteuses

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

ESA : Equipe Spécialisée d'Alzheimer

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des patients Alzheimer

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CMP : Centre Médico Psychologique

PASA : Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

SSR : Service de Soins et de Réadaptation

ECR : Essai Clinique Randomisé

EMMA : Equipe Mobile de Maladie d'Alzheimer



## I. INTRODUCTION

La Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées (MA<sup>2</sup>) (démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence associée à une maladie de Parkinson, dégénérescence lobaire fronto-temporale, maladie de Creutzfeldt Jakob) sont des affections neurologiques caractérisées par une détérioration progressive des fonctions cognitives, qui auront comme conséquence une altération de l'autonomie

La Maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences et constitue un problème de santé publique majeur. Il n'existe pas de traitement curatif à ce jour, uniquement des traitements symptomatiques avec un intérêt bénéfique faible (1). Depuis le 1<sup>er</sup> août 2018, les médicaments suivants donnés dans la maladie d'Alzheimer Ebixa<sup>®</sup> (mémantine), Aricept<sup>®</sup> (donépézil), Exelon<sup>®</sup> (rivastigmine) et Reminyl<sup>®</sup> (galantamine) sont déremboursés en France. Cette décision fait suite à la réévaluation de la Commission de Transparence en octobre 2016, estimant leur service médical rendu insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. (2) (3)

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de cas de MA<sup>2</sup> et impose une adaptation de notre système de santé. En réponse à ce défi, l'Etat Français a élaboré le « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » (4) suivi du plan Maladies Neuro-Dégénératives (MND) 2014-2019. Ce plan a pour but d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients, assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants, développer et coordonner la recherche au travers de 4 axes stratégiques pour 12 enjeux identifiés et 96 mesures. (5)

En 2008, la Haute Autorité Sanitaire (HAS) a établi des recommandations professionnelles de bonne pratique sur le diagnostic et la prise en charge de MA<sup>2</sup>, avec une révision en 2011. (6)(7)

En 2012, la Fédération nationale des Centres Mémoire Ressources et de Recherche (FCMRR) a actualisé les recommandations établies par l'HAS, sur le diagnostic et la prise en charge de MA<sup>2</sup>. (8)

Enfin, l'HAS a proposé en mai 2018 un guide parcours de soins destiné aux professionnels, composé de fiches pratiques pour la mise en œuvre de soins et d'aides adaptés dès les premiers signes de la maladie (traitement non médicamenteux), afin d'améliorer la prise en charge des patients et maintenir leur niveau d'autonomie et de bien être notamment au domicile.(9) (10)

Ce guide décrit les parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associés aux pathologies MA<sup>2</sup>. Il complète les différents travaux de la HAS sur ce thème.

C'est un outil d'analyse des pratiques individuelles et collectives, destiné à la mise en place des soins de premier recours, car une majorité des patients vivent à domicile y compris aux stades les plus sévères.

Un des tournants dans l'évolution des MA<sup>2</sup> se situe dans la survenue de troubles du comportement (TC) rendant difficile la prise en charge. Dans une étude baromètre santé des médecins généralistes de 2009, 73,7% des médecins interrogés estiment difficile la prise en charge des TC compliquant l'évolution des MA<sup>2</sup> (11).

Une enquête en 2009 auprès des médecins généralistes des régions Auvergne Pays de la Loire et Poitou-Charentes confirme cette problématique. Pour 75% des médecins interrogés, les TC constituent dans leurs pratiques un motif de difficulté de prise en charge face aux patient(e)s atteint(e)s de la Maladie d'Alzheimer (12).

En 2016, cette problématique était toujours d'actualité malgré les recommandations HAS spécifiques aux Troubles du Comportement Perturbateurs (TCP) (13). L'étude de Campana et al, met en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face aux décompensations comportementales aiguës dans le cadre d'une démence. (14)

Selon les données à notre connaissance, l'existence de troubles du comportement (TC) survenant dans le cadre de l'évolution des démences de type Alzheimer et Maladies apparentées conduit souvent le médecin généraliste qui y est confronté à prescrire une thérapeutique médicamenteuse, notamment concernant la classe des neuroleptiques. (11)

Or les recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge des TC associées au MA<sup>2</sup> sont de privilégier une approche thérapeutique non médicamenteuse en première intention (13)

Ce contexte nous a conduits à nous interroger et à nous intéresser aux connaissances et aux pratiques des médecins généralistes du territoire de santé du Centre Hospitalier de Salon de Provence, concernant la prise en charge non médicamenteuse des TC chez les patients MAMA.

## **II. GENERALITES SUR LES SPCD**

### **II.1. Epidémiologie**

On compte aujourd'hui en France, en 2018, environ 1 100 000 personnes souffrant de la MA<sup>2</sup>, avec 220 000 nouveaux cas diagnostiqués par an (15). La Maladie d'Alzheimer est rare avant 65 ans, moins de 2 % des cas de maladie d'Alzheimer surviennent avant cet âge, essentiellement chez des personnes atteintes de formes familiales héréditaires rares. Après 65 ans, la fréquence de la maladie s'élève de 2 à 4 % de la population générale, augmentant rapidement pour atteindre 15 % à 80 ans. Les patients MAMA devraient être 1,3 million en 2020, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie. Les femmes sont plus exposées à cette maladie : sur 25 malades, 10 sont des hommes et 15 des femmes. Mais cette différence pourrait être liée aux écarts d'espérance de vie. (16)

### **II.2. Les SPCD**

La Maladie d'Alzheimer est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et le motif principal d'entrée en institution, avec la survenue au cours de l'évolution de la maladie, dans la majorité des cas (90 %), de TC se manifestant par des Symptômes Comportementaux et Psychologiques de Démence (SCPD). (13)

Selon les données du plan Alzheimer 2008-2012, on peut voir que la majorité des dépenses est liée à la prise en charge des TC, preuve qu'ils constituent un problème majeur dans le cadre de la prise en charge de la MA<sup>2</sup>. (4)

Par ailleurs, toute survenue d'un SCPD doit faire réaliser un bilan étiologique, l'origine des TC pouvant être intriquée et multiple:

- faire un examen somatique pour éliminer une étiologie organique.
- éliminer un TC lié à une iatrogénie.
- TC survenant dans l'évolution naturelle de la MA<sup>2</sup>.
- TC liés à l'histoire de vie et personnalité historique du patient.
- TC liés à l'environnement/aidant(s).

### II.2.1. Sémiologie

On peut classer ces SCPD en 2 catégories, d'une part les troubles comportementaux **déficitaires ou de retrait**, trop souvent négligés et d'autre part les troubles du comportement jugés par l'entourage comme **perturbateurs (TCP)**, dérangeants, ou dangereux pour la personne ou pour autrui. (17)

Parmi les troubles **déficitaires ou de retrait**, on distingue :

- l'apathie, trouble de la motivation qui se caractérise par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt, trouble comportemental le plus fréquent dans la maladie d'Alzheimer (60%)
- la dépression qui se caractérise par une humeur triste, durable et/ou une perte d'élan, de l'intérêt et du plaisir pour la plupart des activités.

Et les **troubles du comportement perturbateurs (TCP)** :

- l'opposition, attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité
- l'agitation, comportement verbal ou moteur excessif et inapproprié
- l'agressivité, comportement physique ou verbal vécu comme menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient
- les comportements moteurs aberrants, activités répétitives et stéréotypées sans but apparent ou dans un but inapproprié (déambulation, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.)
- la désinhibition, comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales (remarques grossières, gestes déplacés, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant)
- les cris, vocalisations compréhensibles ou non de forte intensité et répétitives
- les idées délirantes, perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet.
- les hallucinations, perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, le plus souvent visuelles et auditives (à différencier des illusions qui sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles)
- les troubles du rythme veille/sommeil, troubles portant sur la durée, la qualité du sommeil avec inversion du cycle jour-nuit est possible (cycle nyctéméral).

En 2003, M. Benoit et al. ont réalisé l'étude REAL avec pour objectif de décrire la fréquence des SCPD chez les patients MA<sup>2</sup> avec l'utilisation de l'Inventaire Neuro-Psychiatrique (NPI). (18) Cette étude souligne l'importance de l'utilisation de l'échelle NPI afin d'évaluer au mieux les TC et d'optimiser leur prise en charge.

Les conséquences des SCPD ont des répercussions sur

- le patient MA<sup>2</sup> : institutionnalisation précoce, majoration du nombre et de la durée d'hospitalisation, des consultations aux urgences.
- l'aidant : à la fois sur le plan physique et psychologique (19), notamment avec survenue de dépression et anxiété (20), comportements violents envers le patient. (21)

### II.2.2. Echelles d'évaluation

L'HAS a établi en 2009 des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge des TCP chez les patients MAMA. En cas de TC persistant, l'HAS recommande l'utilisation d'outils/échelles d'évaluation. (13)

Leurs mises en place et leurs utilisations permettent un langage commun favorisant la communication et la cohésion entre les différents membres de l'équipe soignante pour les patients en institution, et entre les différents acteurs de santé intervenant auprès des patients vivant à leur domicile. L'utilisation d'une échelle permet, dans le même temps, d'obtenir une description sémiologique précise, qui aide l'approche diagnostique et étiologique et assure un suivi évolutif précis portant à la fois sur les symptômes et l'efficacité des thérapeutiques entreprises, qu'elles soient non médicamenteuse ou médicamenteuses.

L'Inventaire Neuro-Psychiatrique (NPI) est la plus utilisée et la plus adaptée à la pratique clinique. Elle regroupe 12 symptômes parmi les plus fréquents au cours de la MA<sup>2</sup>, évalue leurs fréquences et leurs sévérités, ainsi que le retentissement sur l'aidant ou le professionnel. Il en existe plusieurs versions adaptées en fonction du lieu de vie. (22) (23) (cf Annexe 2)

D'autres échelles existantes et plus spécifiques de certains symptômes, peuvent être utilisées en complément pour évaluer les TC :

-l'échelle de Cohen Mansfield Agitation, comportant 29 items, est une échelle d'évaluation spécifique des manifestations d'agitation notamment l'agressivité physique, les déambulations et les cris (24) (cf. Annexe 3)

- l'échelle comportementale pour la Démence GRECO qui comporte 37 items relatifs aux SCPD avec 2 composantes : la première portant sur la présence ou non des symptômes et la deuxième concernant la fréquence de survenue des SCPD. (25) (cf. annexe 4)

- La Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) est aussi une échelle d'évaluation comportementale globale, comportant sept grands domaines correspondant à des entités cliniques (Idées délirantes et paranoïa/Hallucinations/Troubles des activités–Agressivité/Troubles du rythme circadien/Trouble affectif/Anxiétés et phobies). (26)

### **III. APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES**

La prise en charge des TC chez les patients MA<sup>2</sup> est multidisciplinaire, intègre différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses et sollicite des structures d'aides.

#### **III.1. Moyens thérapeutiques**

Les Thérapeutiques Non Médicamenteuses (TNM) sont recommandées en première intention dans la prise en charge des TC afin d'en diminuer leurs intensités et fréquences. Elles ont pour but de diminuer les prescriptions médicamenteuses, notamment les neuroleptiques, et concourt au programme AMI (Alerte et Maitrise de la Iatrogénie) Alzheimer de l' HAS (27)

Les TNM sont nombreuses, elles peuvent être intégrées au sein des EHPAD, le plus souvent par le biais des Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA) ou accessibles en ambulatoire notamment au sein d'associations.

Elles ont une approche pluridisciplinaire :

- des interventions basées sur la cognition,
- interventions psychosociales,
- interventions corporelles et basées sur l'activité motrice
- interventions basées sur les stimulations sensorielles
- interventions basées sur l'aménagement de l'environnement.

Livingston et al. ont réalisé en 2005 une revue de la littérature concernant les approches psychologiques de la prise en charge des SCPD. Il en ressort que les interventions comportementales ont un effet bénéfique sur les SCPD grâce :

- aux techniques de gestion du comportement centrées sur le comportement de chaque patient dément,
- aux techniques de gestion du comportement sous forme de psychoéducation et d'enseignement pour les aidants/accompagnants, en agissant sur la façon de modifier leurs interactions avec les patients. (28)

Olazaran et al. ont réalisé une méta analyse parue en 2010, montrant que les TNM apparaissaient comme une approche utile pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et de leurs aidants. (29)

Nous allons décrire les principales TNM existantes en fonction de leur approche.

### III.1.1. Interventions basées sur la cognition

#### La stimulation cognitive

La stimulation cognitive est une intervention cognitivo-psychosociale écologique (en rapport avec les situations de la vie quotidienne), qui peut s'effectuer de manière individuelle ou en groupe. Les activités proposées sont des mises en situation ou des simulations de situations vécues (trajet dans le quartier, toilette, téléphone, etc.). Elle peut être proposée aux différents stades de la maladie d'Alzheimer et adaptée aux troubles du patient. Son objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, avec un programme pour le patient MA<sup>2</sup>, en y associant les aidants.

Elle est à différencier de la revalidation cognitive, qui est une méthode de rééducation neuropsychologique visant à compenser un processus cognitif déficient. Elle peut être proposée aux stades légers de la maladie d'Alzheimer et jusqu'aux stades modérés dans certains troubles dégénératifs focaux. Elle ne se conçoit qu'individuellement. Cette prise en charge ne peut être réalisée que par un personnel spécialisé. (7)

Woods B. et al ont effectué, en 2012, une méta-analyse, incluant plus de 15 essais cliniques randomisés (ECR), montrant un effet bénéfique de séances de stimulation cognitive, pour la cognition chez les personnes atteintes de démence légère à modérée, avec des ECR de qualité variable et avec des échantillons de petite taille. Leurs effets à long terme restent encore à définir. (30)

Orgeta V. et al. ont réalisé un ECR en 2015, portant sur les thérapies individuelles de stimulation cognitive, qui ne semblent pas offrir d'avantages cliniques pour la cognition et la qualité de vie des personnes atteintes de démence. (31)

A l'inverse, Orell M. et al. ont montré en 2015 l'intérêt des séances de groupes de stimulation cognitive de maintien, pour améliorer la qualité de vie et la cognition, avec un traitement anticholinérasique associé. (32)



### III.1.2. Interventions psychosociales

#### La thérapie par réminiscence

Il s'agit d'une thérapie par évocation du passé, qui consiste à évoquer avec le patient les souvenirs anciens, à l'aide de supports variés (photos, objets personnels, musique etc), avec ou sans participation des aidants familiaux. Elle est réalisée par un psychologue, cette méthode permet une meilleure connaissance de la personne, de son passé notamment par la manière dont elle l'évoque, et donne lieu à une meilleure compréhension des comportements présents. L'objectif est l'amélioration de l'estime de soi et de permettre la stimulation des relations sociales résiduelles.

Dans une méta-analyse de 2005, Woods et al. ont montré à l'aide de 4 ECR, que la thérapie par réminiscence entraînerait une amélioration significative sur la cognition et les symptômes dépressifs, et ceci 4 à 6 semaines après l'intervention. On note également une amélioration sur les TC, mais ceci uniquement pendant l'intervention. Ces résultats sont obtenus en comparaison d'un groupe témoin qui lui n'a bénéficié d'aucune TNM. (33)

#### L'art-thérapie

Elle consiste à exploiter les possibilités créatives de la personne malade et de l'aider à communiquer, à exprimer ses émotions, son ressenti, à travers la pratique d'une activité artistique (peinture, sculpture, poterie etc..). Elle peut intéresser les patients MA<sup>2</sup>, mais elle est également utilisée dans les centres d'addictologie, pour les enfants et adolescents en échec scolaire, ou toute personne présentant des TC. Elle permet d'améliorer l'estime de soi et de stimuler les capacités de socialisation, ainsi que les ressources praxiques, cognitives, psychologiques et sociales.

Une étude de Hattori et al. de 2011 a permis de montrer une amélioration significative de l'apathie chez les patients MA<sup>2</sup>, au moyen de l'Art-thérapie par le biais d'activités de coloriage ou de peinture (34)

### III.1.3. Interventions corporelles et basées sur l'activité motrice

#### L'activité physique

De Souto Barretto P. et al. ont réalisé une méta-analyse d'ECR, parue en 2015, concernant l'effet de l'exercice physique sur les SCPD, montrant l'effet bénéfique de l'activité physique sur la dépression chez les patients MA<sup>2</sup>. (35)

### III.1.4. Interventions basées sur les stimulations sensorielles

#### La musicothérapie

La musicothérapie (36) est une pratique de soin, de relation d'aide, d'accompagnement, de soutien ou de rééducation, utilisant le son et la musique, sous toutes leurs formes, comme moyen d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation. Elle s'adresse, dans un cadre approprié, à des personnes présentant des souffrances ou des difficultés liées à des troubles psychiques, sensoriels, physiques, neurologiques, ou en difficulté psycho-sociale ou développementale. En fonction du contexte et du projet de soin ou d'accompagnement, les séances de musicothérapie peuvent être proposées de manière individuelle, groupale ou familiale. Le musicothérapeute adopte et adapte une méthode en fonction des troubles et du profil du patient : apathie, agitation, troubles de la communication, troubles du sommeil, etc. La connaissance de la pathologie est donc fondamentale avant tout travail thérapeutique. Il existe 2 techniques de musicothérapies :

- La musicothérapie « active » privilégiant la production sonore et musicale, l'improvisation, la créativité. Les éléments musicaux (rythme, mélodie, timbre, intensité) sont utilisés afin de permettre à la personne de s'exprimer, communiquer, créer des liens tout en accomplissant un travail de structuration identitaire.
- La musicothérapie « réceptive » basée sur l'écoute musicale, elle peut être de 3 types
  - De type analytique : La musique est un outil pour déclencher des émotions et faire verbaliser le patient, et s'apparentant à une technique de psychothérapie.
  - La détente psychomusicale : utilisée notamment dans le traitement de la douleur, et des troubles psycho-comportementaux (apathie, anxiété, dépression), donc particulièrement intéressante dans la MA.
  - De type réminiscence : Le musicothérapeute peut aussi faire appel au répertoire musical faisant référence à l'histoire et à la culture de la personne. L'écoute de chansons populaires révèle la mémoire musicale et affective et favorise le retour de souvenirs autobiographiques.

### L'aromathérapie

Cette thérapie utilise les huiles essentielles issues de plantes odorantes en faisant appel à l'odorat dans le but de favoriser la relaxation du patient, d'améliorer son humeur et son sommeil. Elle permet également d'agir sur les symptômes anxio-dépressifs en réduisant notamment le stress et l'anxiété. Elle n'est pas spécifique de la prise en charge des sujets âgés, on peut également l'utiliser par exemple en sophrologie. Les huiles essentielles peuvent être diffusées dans l'air (inhalation) ou appliquées sur la peau.

Une étude de Ballard et al. a pu montrer dans un essai contrôlé en double aveugle, que l'aromathérapie à base de mélisse permettait une amélioration de l'agitation chez le groupe actif, ceci sans effets secondaires significatifs constatés à la fin du traitement. L'évaluation a été faite à partir de l'échelle de Cohen Mansfield. (37)

### Le Snoezelen® ou stimulation multisensorielle

Ce concept a été initié en 1970 par deux Hollandais (Ad Verheul et J. Hulsegge), il repose sur la stimulation des cinq sens, regroupant à la fois une exploration sensorielle, une recherche de détente et de plaisir. Le principe de cette technique est de fournir un environnement sensoriel au sujet dément, le plaçant dans un contexte «peu exigeant» en termes de ressources cognitives et capitalisant au contraire des capacités sensorimotrices résiduelles. L'environnement multi-sensoriel est reproduit dans un lieu fermé comme une pièce ou bien parfois en milieu extérieur, en l'aménageant avec différents stimuli modulables afin de créer une atmosphère de plaisir, de détente et de sécurité.

Baillon et al. n'ont pas pu démontrer de différence significative, à travers un essai randomisé en cross-over, comparant la thérapie de Snoezelen® à une thérapie par réminiscence. (38)

En 2007, Staal et al. ont montré dans une étude randomisée, en simple insu, chez 24 patients MA<sup>2</sup> du stade modéré à sévère, que les soins psychiatriques standards (thérapie médicamenteuses, ergothérapie) associés à une thérapie multi sensorielle Snoezelen permettaient une réduction significative de l'agitation et de l'apathie par rapport à une prise en charge classique comprenant uniquement des soins psychiatriques standards. (39)

### La luminothérapie

Elle consiste à exposer le patient à la lumière de lampes de haute intensité, dont le spectre est proche de celui de la lumière du jour. L'effet bénéfique de la lumière sur les perturbations des

rythmes biologiques a été démontré (rythme veille-sommeil, rythme de la mélatonine, rythme repos-activité).

Cependant dans le cadre de la démence, Forbes et al. ont réalisé une revue de la littérature en 2014, avec 11 essais répondant aux critères d'inclusion, 3 études n'ont pas pu être incluses dans l'analyse. Cette revue n'a révélé aucun effet de la luminothérapie sur la fonction cognitive, le sommeil ou SCPD. (40)

### III.1.5. Interventions basées sur l'aménagement de l'environnement

#### Les jardins thérapeutiques ou l'hortithérapie

Le Jardin à But Thérapeutique est un espace extérieur, intégré à un établissement hospitalier ou para-hospitalier (Centres hospitaliers, psychiatriques, éducatifs, pour cérébraux lésés, pour personnes atteintes d'autisme, âgées, vulnérables, fragilisées, dépendantes, handicapées, unités pour alcooliques...). (41) Outre l'activité horticole de plantation, de taille, de récolte, de nettoyage, les patients MA<sup>2</sup> sont souvent invités à enrichir leurs activités manuelles par des exercices complémentaires de reconnaissance olfactive des essences, de préparation des repas etc. Les gestes du jardinage permettent de remobiliser les capacités de mémoire procédurale, notamment la mémoire des savoir-faire, acquis tout au long de la vie.

Dans une revue de la littérature en 2014, Whear et al. ont retrouvé un effet potentiel sur l'agitation mais le manque d'études de qualité ne permet pas d'affirmer cet effet. (42)

#### La Zoothérapie ou les Interventions assistées par l'animal (IAA)

La zoothérapie se définit comme une méthode d'intervention basée sur la relation particulière que l'homme a développé avec l'animal et qui a pour but d'améliorer la santé mentale ou physique d'une personne, ou sa qualité de vie. L'objectif de cette méthode peut ainsi être thérapeutique, préventif ou pédagogique. La thérapie est dirigée par un zoothérapeute qui a une spécialisation en zoothérapie et qui a ainsi introduit l'animal dans sa pratique professionnelle. (43) Les principaux animaux utilisés sont : le chien, le cheval, le poney, l'âne, la chèvre, le lama, le lapin nain, le cochon d'inde, le chat, le dauphin (selon l'Institut Français de Zoothérapie).

On distingue :

- les Interventions Thérapeutiques Assistées par l'Animal (ITAA) ou Thérapie assistée par l'animal (TAA) : méthodes d'intervention utilisée comme auxiliaire aux thérapies

conventionnelles où l'animal joue un rôle d'intermédiaire entre le thérapeute et la personne ciblée, l'animal étant considéré comme un adjuvant thérapeutique.

Elles regroupent :

=> Les psychothérapies de type cognitivo-comportementale

=> Les physiothérapies utilisant l'animal

=> La thérapie du langage assistée d'un animal consiste à introduire un animal dans l'exercice afin de motiver le patient et apporter un environnement normalisant à la thérapie (ex : logopédie, aide à l'apprentissage de la lecture).

- Animations ou Activités Assistées par l'Animal (AAA) : méthode préventive utilisant l'animal dans le but d'améliorer la qualité de vie de la personne ciblée en augmentant sa motivation à participer à des activités récréatives. Dans ce cas, l'animal n'est pas considéré comme un intermédiaire mais devient le centre d'intérêt de l'activité.

A ce jour il n'existe pas d'étude ciblée de la zoothérapie portant sur les TC de patients MA<sup>2</sup>.

Souter et al. ont réalisé une méta analyse de 5 ECR portant sur la dépression, hors contexte de démence, évaluant les effets de la TAA ou des AAA assistées par des chiens, ils ont pu montrer des effets positifs sur la dépression. Ces résultats sont à considérer en comparaison de patients qui n'auraient pas bénéficiés de ce type de thérapies. (44)

### III.1.6. Gérontechnologie

On peut également retrouver l'utilisation de la gérontechnologie parmi les TNM. Wu et al. ont montré, dans une revue de la littérature, l'utilité de robots compagnons dans la prise en charge des personnes âgées atteintes d'une démence pouvant améliorer la communication, l'interaction sociale, le bien-être et pouvant aussi diminuer les TC. (46)

De Sant'Anna en 2011 montre une réduction globale statistiquement significative des TC avec l'intervention thérapeutique d'un robot phoque Paro, pour des patients atteints de maladie d'Alzheimer, institutionnalisés, au stade sévère ayant une contre-indication pour la prise en charge non médicamenteuse. (45)

### III.1.7. Formation des soignants et formation des aidants.

Les techniques de soins appropriées aux TC (savoir être et savoir-faire) dans le cadre de la prise en charge des patients MAMA sont essentielles dans la prévention des TC. On distingue les attitudes de communication et les attitudes de soins, elles peuvent permettre d'éviter le recours aux traitements médicamenteux et sont à adapter à chaque cas. (13)

Deudon et al. ont réalisé l'étude TNM en EHPAD montrant qu'une formation pratique des équipes soignantes pouvait avoir une action sur l'agitation et l'agressivité chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer à un stade sévère et que cette action était maintenue 3 mois après l'arrêt du programme de formation. (47)

Barrett suggérait dans son étude, des formations professionnelles sur la maladie d'Alzheimer, entre autres pour les médecins traitants généralistes, pour renforcer leurs connaissances sur cette maladie. (48)

La formation des soignants peut également s'effectuer de manière originale, par l'intermédiaire d'un serious game, logiciel à vocation pédagogique faisant appel à des ressorts ludiques, en reposant sur le principe de mises en situations virtuelles. Il permet aux professionnels de santé de s'entraîner sur leur communication, et de les former sur les comportements à adopter face aux situations rencontrées dans le cadre de leur activité. Le logiciel Serious Game EHPAD avait été testé par 117 personnels de 8 EHPAD en Isère. Un retour positif du dispositif avait été retenu permettant d'envisager l'utilisation d'un serious game dans les dispositifs de formation en EHPAD, y compris dans le cas de formation bientraitance. (49)

### III.2. Structures d'aide

L'approche thérapeutique non médicamenteuse s'appuie également sur des structures de coordination et de soins pour optimiser la prise en charge de ces TC chez les patients MA<sup>2</sup>.

On distingue au niveau du territoire du bassin salonais :

- les **SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile**, essentiellement composés d'aides-soignant(e)s et d'infirmier(e)s, intervenant à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Ce service de soins se fait sur prescription médicale :

-pour des personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie,

-des personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes d'une maladie chronique.

Leurs interventions auprès des personnes âgées ont pour objectif : de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter une hospitalisation, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, de retarder une entrée dans un établissement d'hébergement.

Ces soins peuvent être de courte, de moyenne ou de longue durée selon l'état de santé et les besoins du patient et sont pris en charge par l'Assurance maladie.

- l'**ESA : l'Equipe Spécialisée d'Alzheimer** de Salon de Provence est dépendante de l'ESA d'Aix en Provence. Elle est sollicitée par le médecin généraliste ou spécialiste, qui prescrit, des séances de réhabilitation, au nombre de 12 à 15, chez les patients MA<sup>2</sup>, ayant pour but d'améliorer l'autonomie dans les activités de la vie courante en utilisant les capacités restantes ou ignorées. La réhabilitation vise, dans le respect de la volonté du malade, à mobiliser ces capacités, à adapter l'environnement, à préserver une vie sociale et relationnelle et à transférer à l'aidant des compétences adaptées à la situation. L'ESA intervient chez des patients ayant une MA<sup>2</sup> à un stade précoce de la maladie (MMSE > 18, éventuellement > 15), ayant un début de répercussion sur sa vie quotidienne et acceptant le principe de séances de réhabilitation à son domicile.

L'ESA est composée :

=> d'une infirmière coordinatrice, qui établit le premier contact avec la famille, réalise un bilan d'évaluation au domicile mais elle n'effectue pas de soins techniques.

=> une ergothérapeute et une psychomotricienne, elles réalisent une évaluation globale du patient MA<sup>2</sup> (physique, technique, environnementale..) ayant pour objet d'établir un plan individualisé de soins de réhabilitation, pour déterminer les objectifs à atteindre adaptés au

patient. Concernant le rôle spécifique de l'ergothérapeute, elle évalue le lieu de vie, réalise un travail avec le(s) aidant(s) notamment sur le plan des aides techniques. La psychomotricienne a une action spécifique sur la sphère émotionnelle et sur le schéma corporel.

=> des assistantes de soins en gériatrie (aide soignantes et/ou aides médico-psychologiques), ayant suivi une formation complémentaire spécifique sur la MA<sup>2</sup>, elles interviennent en première ligne sur le lieu de vie du patient, avec mise en place des préconisations établies lors du projet de soins.

- le **CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination** est une plateforme de proximité qui accueille, informe, oriente et accompagne les personnes âgées en perte d'autonomie et leur entourage. Il est considéré comme la porte d'entrée de toute recherche sur les aides et les solutions offertes aux personnes âgées dépendantes. Ils facilitent les démarches, accompagnent les usagers, fédèrent les acteurs locaux et coordonnent l'action des professionnels.

- la **MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des patients Alzheimer**. Elles sont destinées à structurer un parcours de soins personnalisé à domicile, par l'intermédiaire d'un dispositif d'accueil, d'orientation et de coordination qui repose sur une structure préexistante. Ainsi, la MAIA peut être intégrée au sein d'un CLIC, d'un conseil général, d'un accueil de jour, d'un hôpital ou encore d'une association France Alzheimer. Elles accueillent, informent, orientent les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée mais aussi leurs aidants et l'ensemble des professionnels médicosociaux qui interviennent dans la prise en charge à domicile. Élément clé du plan Alzheimer 2008-2012 (4), consolidé par le plan MND 2014-2019 avec les mesures 3 et 34 (50), son rôle est bénéfique à la fois

=> pour le patient et ses aidants, elle est présente pour répondre aux familles des patients qui ne savent pas à qui s'adresser et sont souvent perdues dans les nombreux dispositifs. La MAIA organise le travail en commun de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux au sein de son territoire

=> et pour les professionnels de santé notamment du médecin spécialiste en médecine générale, coordonnateur du parcours de soins, afin de sécuriser leurs actions et d'en améliorer la pertinence et l'efficacité, sur la base d'une évaluation partagée des besoins de la personne.

Le Pôle Infos Séniors du Pays Salonais (39, Rue Saint François 13300 Salon-De-Provence) créé depuis 2014 est référencé en tant que CLIC, intégrant une MAIA au sein de sa structure. Il informe et coordonne les actions gériatriques avec 3 missions :



=> 1) un rôle observatoire gérontologique comprenant le recensement de tous les professionnels de santé et réalise un diagnostic qualitatif et quantitatif des partenaires,

=> 2) une animation du réseau professionnel collectif et individuel,

=> 3) informer le public de façon collective et/ou individuelle. Il intervient sur 21 communes. Près de 2/3 des personnes recensées au sein du pôle infos seniors sont porteurs d'une maladie neurodégénérative, ce qui correspond à environ 700 personnes.

- **EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**, on compte à ce jour 14 EHPAD au sein du territoire de santé dépendant du centre hospitalier de Salon de Provence :

- Salon de Provence : l'Amandière, l'Enclos Saint Léon, Verte Prairie, l'Esterel et EHPAD du CH de Salon de Provence (les Jardins de Provence),
- Sénas : le Grand Pré (les Sinoplies)
- Miramas : les Jardins de la Crau, les Jardins Fleuris
- Mallemort : Loinfontaine, les Lavandins
- Saint Chamas : la Pastourello
- Pelissanne : le Clos Saint Martin
- Grans : Saint Antoine
- La Fare les Oliviers : Saint Jean

Les EHPAD sont des établissements soit publics, soit privés (commerciaux, non lucratifs ou associatifs).

Les EHPAD publics sont en général gérés par un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ou un hôpital local.

- Habilités à l'aide sociale, ils peuvent accueillir des personnes ayant de faibles ressources.
- Un seul tarif y est appliqué pour la partie hébergement.

Les EHPAD privés peuvent être :

- À but non lucratif : ils sont gérés par des organismes tels que des caisses de retraite, des mutuelles, des associations...
- Commerciaux : ils sont gérés par des entreprises/grands groupes privés nationaux ou entreprises familiales développées à l'échelle locale ou régionale.

Les EHPAD privés peuvent néanmoins attribuer leurs places à des patients issus de l'aide sociale (principalement dans le secteur non lucratif) ou quelques places. Dans ce cadre le tarif est fixé par le Conseil départemental.

Pour les places non habilitées, les tarifs appliqués sont fixés librement par l'organisme gestionnaire et peuvent varier en fonction des caractéristiques de la chambre (chambre double, balcon, etc.).

Au sein du territoire de santé du bassin salonais, trois EHPAD sont publics : les Jardins de Provence (EHPAD du CH de Salon de Provence), la Pastourello (Saint Chamas), Saint Jean (La Fare les Oliviers).

- **PASA : Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés** ; au sein des EHPAD il s'agit d'un espace aménagé dédié à l'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de MND. Le PASA est un espace conçu pour créer un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents. Il doit aussi offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, notamment pour l'accueil des familles et proposer une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse sécurisés, librement accessibles aux résidents. Un PASA accueille un nombre limité de patients pour proposer un accompagnement personnalisé.

Les PASA proposent des activités individuelles ou collectives. Le programme d'activités est élaboré par un(e) ergothérapeute ou un(e) psychomotricien(ne), sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Il a pour objectif d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents, notamment pour faire diminuer les manifestations de l'humeur et les TC. Des professionnels spécialement formés aux techniques de soins et de communication adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de MND interviennent dans le PASA. L'équipe est composée d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute, d'assistants de soins en gérontologie, et d'un psychologue pour les résidents et leurs familles. La décision d'une entrée dans le PASA est prise par l'équipe du PASA et validée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD. (51) On compte au sein du bassin salonais 5 PASA pour 66 places : les Sinoplies (Sénas) 14 places, l'Amandière (Salon de Provence) 12 places, Enclos saint Léon (Salon de Provence) 14 places, le Pastourello (Saint Chamas) 14 places, Saint Jean (La Fare les Oliviers) 12 places.

- Les **Accueils de Jour** : au sein du territoire du bassin salonais, on compte 6 lieux d'Accueil de Jour (Centre de gérontologie situé au CH de Salon de Provence, «le Pastourello» de Saint Chamas, «Le Grand Pré- Les Sinoplies» de Sénas, «Saint-Antoine» de Grans, «Verte Prairie» de Salon de Provence et enfin « Saint Jean» de La Fare les Oliviers.

Les Accueils de Jour, s'adressant essentiellement aux patients MA<sup>2</sup>, ont pour missions :

- de préserver, maintenir voir d'améliorer l'autonomie des malades (stimulation cognitive, activités ludiques, musicothérapie..) et les capacités intellectuelles grâce à des activités sociales et TNM.

- d'offrir un temps de répit pour les aidants familiaux et un soutien (lieu d'écoute et de paroles).

-de favoriser ainsi le maintien au domicile

Prenons pour exemple et décrivons le fonctionnement de l'Accueil de Jour du Centre de Gérontologie du CH de Salon de Provence créé depuis 12 ans.

Il peut accueillir 12 patients par journée, il est ouvert du Lundi au Vendredi, de 9h15 à 17h, la moyenne d'âge des patients est de 85 ans, en moyenne ils passent 2 à 3 jours par semaine.

L'équipe est constituée de 4 aides-soignantes, d'une psychologue, d'un cadre, d'un médecin gériatre et d'une secrétaire, on note les interventions ponctuelles si nécessaire du géronto-psychiatre, de la diététicienne et des infirmier(e)s.

Toute personne peut solliciter l'Accueil de Jour, notamment le médecin traitant, le spécialiste gériatre ou neurologue à l'issue d'une consultation mémoire, mais également l'entourage du patient

Les patient(e)s destiné(e)s à l'Accueil de Jour sont principalement les patients MA<sup>2</sup>, mais également des patients présentant des troubles cognitifs avec des antécédents psychiatriques tel que des troubles de la personnalité, retard mental etc...

Ils passent un entretien avec la psychologue qui remplit un questionnaire d'entrée.

Des critères doivent être au préalable requis, notamment dans la capacité de se déplacer seul, autonome pour l'alimentation, ils ne doivent pas présenter de troubles de la déglutition.

A l'issue de l'entretien, si le patient est accepté, une période d'essai d'un mois est retenue pour décider de l'intérêt bénéfique de l'Accueil de Jour

Des TCP tel que l'agitation, l'agressivité, la désinhibition peuvent constituer des facteurs d'exclusion en raison de la perturbation du bon fonctionnement de l'Accueil et du

retentissement potentiel sur les autres patients. Avant toute décision, l'équipe soignante se réunit pour discuter et évaluer les situations complexes.

Le coût d'une journée s'élève à 30 euros, avec participation possible du Conseil départemental (dossier APA) ou certaines caisses de retraites.

- **Centre Médico Psychologique (CMP)** la VILLA BLANCHE de Salon de Provence (203 avenue Gaston Cabrier 13300 Salon de Provence : il offre accueil, écoute, orientation, entretiens d'aide, consultations, soins individualisés, travail en liaison avec le centre hospitalier Montperrin d'Aix en Provence (CAP 48 de l'hôpital de Salon, unité d'hospitalisation Calais). Une équipe pluridisciplinaire (médecins psychiatres, psychologues, assistantes sociales, infirmiers) qui s'inscrit dans un réseau de partenariat (public et privé), se mobilise pour offrir une aide aux personnes adultes en souffrance psychologique, dans un souci de prévention des troubles. Le CMP propose des groupes d'éducation thérapeutique et de médiation psychosociale.

Dans le cadre de la prise en charge globale des patients MA<sup>2</sup>, l'**orthophoniste** permet de maintenir et d'adapter les fonctions de communication du patient (langage, parole et autres) et d'aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade avec pour objectif principal de continuer à communiquer avec le patient, afin de prévenir d'éventuels TC réactionnels. Il intervient notamment quand les troubles du langage sont au premier plan, ainsi que pour les troubles de la déglutition. Il peut également avoir un rôle dans le maintien cognitif pour les patients MA<sup>2</sup> de stade léger à modérée. (52) (7)

Les différentes structures existantes dans la prise en charge des TCP sévères sont :

- **service de Court Séjour Gériatrique** au sein du Centre Hospitalier de Salon de Provence avec 10 lits.

- **service Géronto-psychiatrique** au Centre Hospitalier Psychiatrique de Montperrin d'Aix en Provence avec 15 places.

- les **unités Alzheimer au sein des EHPAD** : elles sont destinées aux patients dont les TC ne permettent pas leur maintien dans la structure traditionnelle ou au domicile. Elles sont constituées d'un personnel formé, dans un environnement architectural adapté, indépendant du reste de la structure. Elles sont généralement des services de petite taille avec une capacité d'accueil de 10 à 20 résidents dans un endroit fermé sécurisé. Les chambres des patients MA<sup>2</sup> y sont souvent réparties autour d'une salle commune qui permet, dans le même lieu, de partager les repas et les activités collectives. Au sein du bassin salonais, 7 EHPAD disposent d'une unité

spécifique Alzheimer (3 à Salon de Provence: l'Amandière, l'Enclos Saint Léon, Verte Prairie; 2 à Miramas : Les Jardins de la Crau, Les Jardins Fleuris; une à Saint Chamas : Le Pastourello; et une à Grans : Saint Antoine).

-les **Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)** sont elles aussi présentes au sein des EHPAD, dans leur structure traditionnelle. Une UHR est une unité qui prend en charge sur une longue durée des personnes atteintes de MA<sup>2</sup> ayant des TCP chroniques sévères connus et stabilisés.

Un UHR est constituée d'un personnel qualifié, formé et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades avec l'élaboration d'un projet spécifique de soins, d'activités sociales et thérapeutiques personnalisées. L'environnement architectural doit être le support du projet de soins et d'activités adaptées. Ces unités doivent permettre de créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant, de procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable, d'offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles. La durée de l'hébergement et des soins est longue et non limitée dans le temps. (53) Seul l'EHPAD le Pastourello à Saint-Chamas est équipé d'une UHR avec 14 lits.

- les **Unités Cognitivo-Comportementales (UCC)**, unités intégrées au sein de services de soins et de réadaptation (SSR), accueillant des patients MA<sup>2</sup> présentant les caractéristiques suivantes : patients valides mobiles dans leur déplacement, TC avec agressivité, TC productif (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Les patients MA<sup>2</sup> proviennent essentiellement du domicile ou d'un EHPAD. Elles prennent en charge sur un temps limité des patients en situation de crise (TC aigu), réalise le bilan médical et propose une prise en charge adaptée pour réduire les TC. L'objectif, une fois le bilan réalisé, la ou les cause(s) identifiée(s) et les troubles stabilisés par des soins adaptés, est le retour du malade vers le lieu de vie qui lui est habituel (UHR, EHPAD, domicile, etc.).

Ces UCC bénéficient d'une structure avec un cadre de vie adapté et d'une équipe de professionnels de santé formés spécifiquement à la gestion de ces troubles, notamment en situation de crise.

En 2018 en PACA, on comptait 6 UCC : au CHI TOULON-LA SEYNE Site Clémenceau, au Centre gérontologique La Tour Blanche à MARSEILLE, au CH CANNES Isola Bella (54), au CH de CAVAILLON-LAURIS, le Centre de SSR Le Cousson à DIGNE LES BAINS situé sur le territoire de santé des Alpes de Haute-Provence et au SSR Oliveraie des Cayrons à VENCE dans les Alpes Maritimes.

Nous ne disposons pas d'UCC au sein du territoire du bassin salonais.

### III.3. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge du patient MA<sup>2</sup>, il est en première ligne notamment au cours de l'évolution de la maladie, avec la survenue de TC notamment perturbateurs.

Somme D. et al. ont réalisé une étude française en 2013, parue dans le BMC Family Practice, sur les pratiques cliniques, difficultés et besoins en matière d'éducation du médecin généraliste concernant la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en France. Il en ressort que les TC représentaient le problème le plus couramment rencontré dans leurs pratiques, avec la nécessité de formations et d'informations, pour améliorer la prise en charge globale sur la MA<sup>2</sup>. (55)

Une étude de Campana. M. et al. parue dans *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* vol. 14, n° 2, en juin 2016 montrait la difficulté rencontrée par les médecins généralistes lors de la décompensation comportementale aiguë de leurs patients MA<sup>2</sup> ainsi que les conséquences sur l'entourage de ces patients (14).

La prise en charge des TC nécessite une évaluation plurifactorielle avec :

- une évaluation des troubles (description, circonstances, fréquence...)
- la connaissance du patient et de la MA<sup>2</sup> (personnalité, histoire de vie)
- une connaissance de l'environnement du patient (lieu de vie, aidants proches et professionnels) avec ses limites
- le degré d'urgence.

## **IV. ETUDE**

### **IV.1. Problématique et objectifs de l'étude**

Selon les données à notre connaissance, l'existence de troubles du comportement (TC) survenant dans le cadre de l'évolution des démences de type Alzheimer et Maladies apparentées conduit souvent le médecin généraliste qui y est confronté à prescrire une thérapeutique médicamenteuse, notamment concernant la classe des neuroleptiques. (11)

Or les recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge des TC associées au MA<sup>2</sup> sont de privilégier une approche thérapeutique non médicamenteuse en première intention (13)

Il existe une prescription par excès des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. En France, l'exposition aux neuroleptiques concerne 3 % de la population âgée mais 18 % des malades Alzheimer et jusqu'à 27 % des résidents en EHPAD (27).

L'objectif principal de l'étude est de décrire les connaissances et les pratiques des médecins spécialistes en médecine générale installés sur le territoire de santé du Centre Hospitalier de Salon de Provence concernant l'évaluation des TC et l'utilisation des différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la prise en charge des TC dans leur patientèle atteinte de MA<sup>2</sup>.

L'objectif secondaire est de décrire vers quel(s) spécialiste(s) et structure(s) d'accueil spécialisée(s) se tournent les médecins généralistes en cas de difficultés de prise en charge du fait de TC sévères.

### **IV.2. Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude d'observation portant sur la prise en charge des TC des patients MA<sup>2</sup> suivis par les médecins spécialistes en médecine générale du territoire de santé du Centre Hospitalier de Salon de Provence (communes de Salon de Provence, Pelissanne, Lançon de Provence, La Fare les Oliviers, Grans, Eyguières, Lamanon, Sénas, Mallemort, Miramas, Alleins et Saint-Chamas) (cf. carte 1)

La liste et les coordonnées des médecins généralistes en exercice ont été obtenues auprès des médecins coordonnateurs de la permanence des soins des différentes villes concernées contactés via l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé PACA).

L'ensemble des médecins généralistes en activité du territoire, ont été invités à participer à l'étude par l'envoi d'un courriel comprenant un lien vers le questionnaire de l'étude à renseigner en ligne, mais aussi avec possibilité de participation manuscrite par voie postale avec envoi du questionnaire sous forme papier avec une enveloppe de retour pré-timbrée.

Le questionnaire a été diffusé le 05 février 2018 et des relances par courriel ont été faites à 2 reprises au 2<sup>ème</sup> et au 4<sup>ème</sup> mois du recueil. Le recueil s'est effectué sur une période de 5 mois.

Le questionnaire transmis par courriel a été réalisé au moyen du logiciel Google Forms et le questionnaire transmis par voie postale a été réalisé au moyen du logiciel WORD de Microsoft.

Le questionnaire a été testé préalablement à l'envoi par 5 médecins généralistes afin de s'assurer de sa faisabilité, notamment concernant le temps nécessaire à le compléter, pour les médecins destinataires.

Le questionnaire est déclaratif et fait appel aux souvenirs du généraliste concernant sa patientèle notamment au cours des 2 derniers mois.

Le questionnaire comporte 4 parties : (cf. annexe 1)

- Caractéristiques des médecins généralistes inclus,
- Epidémiologie patients MA<sup>2</sup> et TC,
- Evaluation des TC,
- Approches thérapeutiques non médicamenteuse.

Les données issues des questionnaires papiers ont été saisies secondairement dans le logiciel Google Forms afin d'alimenter la base de données.

La base de données a été extraite vers le logiciel EXCEL de MICROSOFT pour analyse statistique. La moyenne et la médiane ont été calculées lorsque cela était adapté. Lorsque cela était possible, la moyenne observée a été comparée à une moyenne théorique connue au moyen du test Z de l'écart réduit en retenant un risque  $\alpha = 0.05$  (5%).





**Figure 1 Carte du Territoire du Bassin Salonais**

Libellé	Population	Nbre d'omnipraticiens
Salon-de-Provence	44 836	46
Miramas	25 639	14
Pélissanne	10 055	9
Lançon-Provence	8 811	8
Saint-Chamas	8 302	9
La Fare-les-Oliviers	8 097	7
Sénas	7 022	8
Eyguières	6 996	6
Mallemort	5 880	8
Grans	4 703	4
Alleins	2 494	2
Lamanon	2 031	2
Mérindol	2 023	2
Vernègues	1 701	1
Aureille	1 553	1
Cornillon-Confoux	1 371	1
La Barben	814	0
Aurons	533	0
<b>9 territoires de vie-santé 2017</b>	<b>141 060</b>	<b>128</b>

TABLEAU : liste des communes des 9 Territoires de Vie Santé du Bassin Salonais

Source : INSEE + FNPS 2016 - INSEE 2014

### **IV.3. Résultats**

#### **IV.3.1. Caractéristiques des médecins généralistes inclus**

Sur les 118 médecins généralistes du territoire du bassin Salonais, 50 ont répondu au questionnaire, soit 42.4 % de répondants.

34 réponses ont été enregistrées par courriel, 16 réponses ont été recueillies par voie postale.

3 questionnaires étaient incomplets mais ont néanmoins été inclus dans l'étude.

#### ***Age et sexe***

Les médecins répondants étaient en majorité des femmes (n = 28 soit 56%). La moyenne d'âge des médecins de notre étude est de 46 ans.

Les caractéristiques des médecins généralistes du bassin salonais de notre étude ont été comparées respectivement avec les données des médecins généralistes du bassin salonais, en activité en 2017 (source FNPS 2017) et les données de la région PACA de 2016. (56) (cf. tableau 1).

La population de notre échantillon apparaît être significativement plus jeune que la moyenne régionale ( $p < 0.001$ ).

#### ***Milieu d'activité et mode d'exercice***

Le milieu d'activité prédominant des médecins généralistes inclus dans notre étude est urbain ou mixte (n= 45 soit 90%). Ils exercent pour la plupart d'entre eux en cabinet de groupes (n=27 soit 57%).

#### ***Formation en gériatrie***

Les connaissances en gériatrie des médecins inclus dans notre étude proviennent, pour la majorité, de leur formation médicale commune acquise lors du cursus universitaire (n=46 ; 92%). (cf. tableau 2),

4 médecins soit 8 % sont titulaires de la capacité de gériatrie. 1 médecin est titulaire d'un DU Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés et enfin 4 médecins déclarent avoir reçu une formation en gériatrie autre (congrès, séminaires, FMC).

Par ailleurs 2 médecins généralistes (4%) exercent la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD, il n'a pas été précisé s'ils étaient titulaires du D.U. de médecin coordonnateur.

CARACTERISTIQUES MEDECINS GENERALISTES			
AGE			
	effectif étude territoire salonais n=50 (%)	effectif territoire salonais 2017 n=128 (%)	effectif PACA en 2016 n=7635
< 40 ans	18 (36)	22 (17.2)	1100 (14.4)
40-59 ans	23 (46)	76 (59.4)	4925 (55.8)
> ou = 60 ans	9 (18)	30 (23.4)	2276 (29.8)
Moyenne d'âge	46 ans		52.6 ans
SEXE			
	effectif étude territoire salonais n=50 (%)	effectif territoire salonais 2017 n=128 (%)	effectif PACA en 2016 n=7635
Homme	22 (44)	67 (52.3)	4191 (54.9)
Femme	28 (56)	61 (47.7)	3444 (45.1)

**Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes du bassin salonais**

CARACTERISTIQUES MEDECINS GENERALISTES		
MILIEU d'ACTIVITE		
		effectif étude territoire salonais n=50 (%)
Urbain		25 (50)
Rural		5 (10)
Mixte		20 (40)
MODE D'EXERCICE		
		effectif étude territoire salonais n=50 (%)
Individuel		16 (32)
Cabinet de groupe		27 (54)
Maison de santé pluridisciplinaire		9 (18)
FORMATION EN GERIATRIE		
		effectif étude territoire salonais n=50 (%)
Formation médicale commune lors du cursus médical		46 (92)
DU maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés		1 (2)
Capacité de gériatrie		4 (8)
Autre		4 (8)
MEDECIN COORDONATEUR EHPAD		
		effectif étude territoire salonais n=50 (%)
Oui		2 (4)
Non		48 (96)

**Tableau 2 Caractéristiques des médecins généralistes du bassin salonais**

### IV.3.2. Epidémiologie

Les médecins généralistes du bassin salonnais estiment (n=30 ; 60%) au sein de leur patientèle, entre 10 et 30% de patients âgés de plus de 65 ans.

Tous les médecins déclarent au moins 1 patient MA<sup>2</sup>.

Les médecins en majorité (n=25 soit 50%) déclarent entre 1 et 10 patients MA<sup>2</sup>. 19 médecins soit 38%, déclarent entre 11 et 20 patients MA<sup>2</sup>.

4 médecins déclarent entre 21 et 30 patients MA<sup>2</sup> (8%), 2 médecins déclarent plus de 30 patients. MA<sup>2</sup>

Tous les médecins déclarent au moins 1 patient MA<sup>2</sup> ayant présenté un TC durant les 2 derniers mois

44 médecins (88%) déclarent avoir eu «1 à 5» patients MA<sup>2</sup> qui ont présenté un TC, au cours des 2 derniers mois.

La survenue de TC du patient MA<sup>2</sup> a lieu le plus souvent au domicile (n=39 ; 79,6%) et en EHPAD (n=32 ; 65,3%), très peu en consultation (n=11 ; 22,4%). Pour cette dernière question 49 réponses ont été recueillies, un médecin n'ayant pas répondu à cette question.

Ces informations sont résumées dans le tableau 3

<b>EPIDEMIOLOGIE</b>		
<b>POURCENTAGE (%) DE PATIENTS AGES DE PLUS DE 65 ANS</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
inférieur à 10%		3 (6)
10-30%		30 (60)
30-50%		16 (32)
supérieur à 50%		1 (2)
<b>NOMBRE DE PATIENTS MAMA AU SEIN DE LEUR PATIENTELE</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
0 patient		0 (0)
1 à 10 patients		25 (50)
11 à 20 patients		19 (38)
21 à 30 patients		4 (8)
supérieur à 30 patients		2 (4)
<b>PATIENTS MAMA AYANT PRESENTE UN TC AU COURS DES 2 MOIS ECOULES</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
0 patient		0 (0)
1 à 5 patients		44 (88)
6 à 10 patients		6 (12)
11 à 15 patients		0 (0)
supérieur à 15 patients		0 (0)
<b>DANS QUELLE(S) CONDITION(S) ?</b>		
		<b>n=49 (%)</b>
en consultation		11 (22,4)
au domicile		39 (79,6)
en EHPAD		32 (65,3)

**Tableau 3 Epidémiologie**

#### IV.3.3. Évaluation des troubles du comportement

##### ***Identification et évaluation de l'intensité des TC des patients MA<sup>2</sup>***

Sur les 50 médecins ayant répondu, 47 (soit 94%) identifient et évaluent les TC du patient MA<sup>2</sup> par l'intermédiaire de(s) aidant(s) naturel(s) et/ou familial(ux).

40 médecins (soit 80%) observent le patient MA<sup>2</sup> dans son environnement, pour identifier et évaluer l'intensité des TC.

Pour les patients vivant en EHPAD, ils se basent pour la majorité sur les observations médicales et transmissions informatisées ou écrites dans le dossier du patient (n=34; 68%).

##### ***Connaissance des échelles d'évaluation standardisée des TC***

Une série de questions s'est intéressée spécifiquement sur les échelles d'évaluation standardisée des TC.

Parmi les différentes échelles d'évaluation des TC des patients MA<sup>2</sup>, l'échelle Comportementale pour la Démence est la plus connue (n=10; 20%) parmi les médecins interrogés, suivi de l'échelle NPI (n=7 soit 14%), puis de l'échelle BEHAVE AD (n=4 soit 8%). L'échelle de Cohen Mansfield n'est connue que par un seul médecin (2%).

34 médecins ne connaissent aucune de ces échelles (68%).

##### ***Utilisation des échelles dans la pratique***

Seuls 4 médecins (8%) utilisent ces échelles dans leur pratique courante mais pas de façon systématique, 2 l'utilisent parfois et 2 l'utilisent rarement.

46 médecins interrogés (soit 92%) n'utilisent pas dans leur pratique les échelles d'évaluation des TC.

Les obstacles à l'utilisation de ces échelles sont l'absence de connaissance de ces échelles (n=36 ; 78,3%), le manque de temps (n=22 ; 47,8%) et la complexité d'utilisation (n=7 ; 15,2%). Il est à noter qu'un médecin (2,2%) remet en cause la fiabilité de ces échelles.

Ces informations sont résumées dans les tableaux 4 et 5.

En revanche, les médecins interrogés réalisent en majorité un bilan étiologique devant la survenue d'un TC chez un patient MAMA (n=43 ; 86%).

<b>EVALUATION DES TC</b>		
<b>IDENTIFICATION ET EVALUATION DE L INTENSITE DES TC DES PATIENTS MAMA</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
Observation du patient dans son environnement		40 (80)
Description des troubles par l(es) aidant(s) naturels et ou familiaux,		47 (94)
Observation médicale et transmissions informatisée ou écrite si patients vivant en EHPAD		34 (68)
<b>CONNAISSANCE DES ECHELLES D EVALUATION STANTARDISEE DES TC</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
L'échelle NPI ( Inventaire NeuroPsychiatrique)		7 (14)
L'échelle BEHAVE AD (Behavior Pathology in Alzheimer Disease Rating Scale )		4 (8)
L'échelle de COHEN-MANSFIELD		1 (2)
L'échelle Inventaire Apathie version soignant		0 (0)
L'échelle CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)		0 (0)
L'échelle Comportementale pour la Démence		10 (20)
Aucune		34 (68)

**Tableau 4 Evaluation des TC**



EVALUATION DES TC		
UTILISATION DE CES ECHELLES DANS LA PRATIQUE ?		
		<b>n=50 (%)</b>
OUI		4 (8)
NON		46 (92)
SI OUI, A QUELLE FREQUENCE ?		
		<b>n=4 (%)</b>
Rarement		2 (50)
Parfois		2 (50)
Fréquemment		0 (0)
Toujours		0 (0)
SI NON, RAISONS		
		<b>n=46 (%)</b>
Absence de connaissance de ces échelles		36 (78,3)
Manque de temps		22 (47,8)
Echelle non fiable		1 (2,2)
Complexité d'utilisation de l'échelle		7 (15,2)
REALISATION BILAN ETIOLOGIQUE DEVANT UN TC CHEZ PATIENT MAMA		
		<b>n=50 (%)</b>
OUI		43 (86)
NON		7 (14)

**Tableau 5 Evaluation des TC**

Les dernières recommandations HAS sur la prise en charge médicamenteuse des TC chez les patients MA<sup>2</sup> ne sont pas connues par la majorité des médecins généralistes du bassin salonais (n=35 ; 70%).

### *Motifs de prescription médicamenteuse des TC*

Nous nous sommes intéressés aux éléments cliniques conduisant à une prescription médicamenteuse en 1<sup>ère</sup> intention dans la prise en charge des TC chez les patients MA<sup>2</sup>. L'ensemble des médecins interrogés ont répondu à cette question. Les symptômes ressortant en premier lieu sont pour 88% (n=44) l'auto-hétéro agressivité physique du patient, 80% (n=40) l'agitation sévère du patient et 64% (n=32) l'absence d'alternative ou l'inefficacité des TNM.

L'agressivité verbale (n=5 ; 10%), la déambulation (n=7 ; 14%), l'opposition (n=3, 6%) et les cris (n= 12 ; 24%) sont des TCP, qui incitent moins les médecins généralistes du bassin salonais à une prescription médicamenteuse d'emblée.

Les hallucinations demeurent tout de même un motif fréquent de prescription médicamenteuse (n=23 ; 46%).

Les médecins ont été interrogés sur les motifs de prescription médicamenteuse, en 1<sup>ère</sup> intention, pour un TC du patient MA<sup>2</sup> vivant en *EHPAD*. 43 réponses ont été enregistrées pour cette question.

«Le retentissement sur les autres patients et/ou sur le fonctionnement de la structure» pour 32 médecins (74,4%) et «le manque de moyens matériels et humains pour mettre en place des méthodes de soins non médicamenteux» (n=24 ; 55,8%) sont retrouvés parmi les 2 premiers motifs faisant prescrire d'emblée un traitement médicamenteux dans le cadre d'un TC du patient MA<sup>2</sup>.

«La pression du personnel soignant» et «la volonté d'une efficacité rapide sur les TC» incitent moins les médecins de bassin salonais à la prescription médicamenteuse en 1<sup>ère</sup> intention devant la survenue d'un TC du patient MA<sup>2</sup> en *EHPAD* respectivement pour 30,2% (n=13) et 13,9% (n=6).

1 médecin (2,3%) rapporte vouloir améliorer le confort de vie du patient.

Ces informations sont résumées dans le tableau 6.

<b>EVALUATION DES TC</b>		
<b>CONNAISSANCE RECOMMANDATIONS HAS SUR PEC MEDICAMENTEUSE TC CHEZ PATIENTS MAMA</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
OUI		15 (30)
NON		35 (70)
<b>MOTIF(S) FAISANT PRESCRIRE UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX D'EMBLEE</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
Auto-hétéro-agressivité physique		44 (88)
Agressivité verbale		5 (10)
Agitation sévère du patient		40 (80)
Déambulation		7 (14)
Opposition		3 (6)
Hallucinations		23 (46)
Cris		12 (24)
Apathie		4 (8)
Absence d'alternative ou inefficacité des thérapies non médicamenteuses		32 (64)
Pression de l'entourage familial		10 (20)
<b>SI PATIENTS EN EHPAD</b>		
		<b>n=43 (%)</b>
Pression du personnel soignant		13 (30,2)
Retentissement sur les autres patients/sur le fonctionnement de la structure		32 (74,4)
Volonté d'une "efficacité" rapide sur les TC		6 (13,9)
Manque de moyens matériels et humains		24 (55,8)
pour mettre en place des méthodes de soins non médicamenteuses		
Améliorer le confort de vie du patient		1 (2,3)

**Tableau 6 EVALUATION DES TC**

#### IV.3.4. Approches thérapeutiques non médicamenteuses

##### ***PASA***

31 médecins déclarent connaître l'existence des PASA (63,3%), 49 médecins ont répondu à cette question.

Le fonctionnement et les différents intervenants d'un PASA ne sont connus que par 23 médecins interrogés (soit 46%).

Dans leur pratique, 26 médecins (52%) déclarent avoir recours au PASA dans le cadre de la prise en charge des TC des patients atteints de MA<sup>2</sup>.

##### ***Structures de coordination***

Parmi les structures de coordination énumérées, les SSIAD sont les plus sollicités par les médecins pour 86% (n=43)

La MAIA et le CLIC sont sollicités par les médecins pour respectivement 30% (n=15) et 38% (n=19).

Les 2 autres structures en l'occurrence l'ESA et le CMP sont utilisées respectivement pour 28% (n=14) et 36% (n=18).

L'ensemble de ces résultats figure dans le tableau 7.

<b>APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES PATIENTS MAMA</b>		
<b>CONNAISSANCES SUR L'EXISTENCE DES PASA</b>		
		<b>n=49 (%)</b>
OUI		31 (63,3)
NON		18 (36,7)
<b>CONNAISSANCES SUR FONCTIONNEMENT ET INTERVENANTS DU PASA</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
OUI		23 (46)
NON		27 (54)
<b>UTILISATION DANS LA PRATIQUE DES PASA POUR LA PEC DES TC DES PATIENTS MAMA?</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
OUI		26 (52)
NON		24 (48)
<b>SOLLICITATION DES DIFFERENTES STRUCTURES DE COORDINATION DANS LE CADRE DE LA PEC DES PATIENTS</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
SSIAD Service de Soins Infirmiers à domicile		43 (86)
ESA Equipe spécialisée Alzheimer		14 (28)
MAIA Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer		15 (30)
CLIC Centre Local d'Information et de Coordination		19 (38)
CMP Centre Médico Psychosocial		18 (36)

**Tableau 7 Approches Thérapeutiques Non Médicamenteuses (Partie 1)**

## ***TNM***

Concernant les connaissances relatives aux TNM agissant sur les TC chez les patients atteints de MA<sup>2</sup>, 49 médecins ont répondu.

Parmi les TNM énumérées, la psychothérapie demeure la plus connue par les médecins pour 89,9% (n=44). La musicothérapie 65,3% (n=32) et la zoothérapie 53,1% (n=26) sont également des techniques bien connues pour la majorité des médecins.

La stimulation multi-sensorielle ou méthode Snoezelen (n=18 ; 38,7%), la luminothérapie (n=15 ; 30,6%) et l'aromathérapie (n=11 ; 22,4%) sont des techniques moins connues des médecins du bassin salonnais.

Peu de médecins connaissent la réminiscence thérapie car seul un médecin (2%) nous fait part de sa connaissance

## ***Professions paramédicales***

Les autres professions paramédicales sont largement sollicitées dans le cadre de la prise en charge globale des patients MA<sup>2</sup> : 90% (n=45) des médecins interrogés sollicitent le ou la kinésithérapeute, 62% (n=31) l'orthophoniste, 60% (n=30) le ou la psychologue, 46% (n=23) l'ergothérapeute et 40% (n=20) le ou la psychomotricienne.

A noter, que 2 médecins (4%) ne sollicitent aucune de ces professions paramédicales.

La majorité des médecins généralistes du bassin salonnais, pour 88% (n=44) déclarent retrouver un intérêt bénéfique à l'utilisation des différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la prise en charge des TC chez les patients MA<sup>2</sup>. Seulement 6 médecins (soit 12%) déclarent ne pas retrouver d'intérêt à ces approches.

Ces résultats figurent dans le tableau 8.

<b>APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES</b>		
<b>CONNAISSANCES TNM AGISSANT SUR LES TC DES PATIENTS MAMA</b>		
		<b>n=49 (%)</b>
Psychothérapie		44 (89,8)
Aromathérapie		11 (22,4)
Stimulation multi-sensorielle ou méthode Snoezelen		18 (36,7)
Musicothérapie		32 (65,3)
Zoothérapie		26 (53,1)
Luminothérapie		15 (30,6)
Réminiscence thérapie		1 (2)
Autre non citée		2 (4,1)
<b>PROFESSIONS PARAMEDICALES SOLLICITEES DANS LA PEC GLOBALE DES PATIENTS MAMA</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
Orthophoniste		31 (62)
Psychomotricien(ne)		20 (40)
Ergothérapeute		23 (46)
Psychologue		30 (60)
Kinésithérapeute		45 (90)
Aucune		2 (4)
<b>INTERET BENEFIQUE DES APPROCHES TNM DANS LA PEC DES TC DES PATIENTS MAMA</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
OUI		44 (88)
NON		6 (12)

**Tableau 8 Approches Thérapeutiques Non Médicamenteuses (Partie 2)**

### *Avis spécialiste*

Concernant les TC résistants au traitement, la majorité des médecins du bassin salonnais (n=49 ; 98%) demandent un avis auprès d'un spécialiste : le gériatre étant le plus sollicité pour 80% (n=40), vient ensuite le neurologue pour 52% (n=26) et le psychiatre avec 26% (n=13).

1 médecin déclare ne prendre aucun avis spécialisé devant un TC résistant chez le patient MA<sup>2</sup>.

### *Structures spécialisées des TC sévères*

Les médecins généralistes du bassin salonnais peuvent avoir recours à différentes structures spécialisées lors de difficultés de prise en charge du fait de TC sévères de leurs patients MAMA.

Les unités Alzheimer au sein des EHPAD pour 76% (n=38) et les services de court séjour gériatrique pour 70% (n=35) sont les plus sollicités, vient ensuite le service de gérontopsychiatrie avec 46% (n=23).

Les UHR (n=4 soit 8%) et UCC (n=2 soit 4%) sont très peu demandées.

Ces données figurent dans le tableau 9.

<b>APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES DES PATIENTS MAMA</b>		
<b>AVIS SPECIALISE DEVANT UN TC RESISTANT AU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX</b>		
		<b>Effectif n=50 (%)</b>
Neurologue		26 (52)
Gériatre		40 (80)
Psychiatre		13 (26)
Aucun		1 (2)
<b>STRUCTURES SPECIALISEES SOLLICITEES DEVANT UN OU DES TC SEVERE(S)</b>		
		<b>n=50 (%)</b>
Unité Alzheimer au sein d'un EHPAD		38 (76)
Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)		4 (8)
Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)		2 (4)
Service de Court Séjour Gériatrique		35 (70)
Service de Géronto-psychiatrie		23 (46)
Autre		1 (2)
Aucune		1 (2)

**Tableau 9 Approches Thérapeutiques Non Médicamenteuses (Partie 3)**



70 % (n=35) des médecins du territoire du bassin salonais sur les 49 répondants déclarent être satisfaits de la communication avec les différents spécialistes intervenant dans la prise en charge des TC chez les patients MAMA. On constate tout de même 30% d'insatisfaits sur ce point (n=15).

Pour la majorité des médecins (n=32 soit 64%), la sollicitation des spécialistes a permis d'améliorer la prise en charge non médicamenteuse des TC des patients MA<sup>2</sup>.

## V. DISCUSSION

L'objectif de notre travail était de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes du territoire de santé du CH de Salon de Provence concernant :

- L'évaluation des TC associées aux démences MA<sup>2</sup>.
- La connaissance et l'utilisation des TNM dans la prise en charge des TC chez les patients MA<sup>2</sup>.
- Rechercher les axes d'amélioration dans l'utilisation des TNM.

### **CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN SALONNAIS**

50 médecins spécialistes en médecine générale ont acceptés de participer à notre étude, soit un taux de participation de 42.4% sur les 118 médecins sollicités et installés sur le territoire.

Notre échantillon est âgé en moyenne de 46 ans et est significativement plus jeune que la moyenne d'âge régionale, qui était de 52.6 ans en 2016 ( $p < 0,001$ ). Cette différence peut s'expliquer par l'installation récente de jeunes médecins au sein du bassin salonais avec une participation importante de ces jeunes médecins à notre étude : 19 des répondants (soit 38% de notre échantillon) se situant dans la tranche d'âge des 28-40 ans.

La participation à l'étude reposant sur le volontariat des médecins contactés, notre travail souffre donc d'un biais d'échantillonnage et d'un biais d'auto sélection.

Le milieu d'exercice déclaré des médecins de notre échantillon est essentiellement urbain ou mixte (90 %) en correspondance avec la structure géographique et démographique du territoire étudié. 10 % des répondants ( $n = 5$ ) déclarent un mode d'exercice rural (ce qui nous semble correspondre davantage à un ressenti ou un souhait de «vivre à la campagne» qu'à la réalité d'un exercice rural compte tenu du taux d'urbanisation et d'équipement du territoire de l'étude).

Concernant la formation en gériatrie des médecins inclus dans notre étude, elle est essentiellement issue du tronc commun universitaire des études médicales. Seulement 4 médecins soit 8% déclarent être titulaires d'une capacité de gériatrie, et un seul médecin est titulaire d'un diplôme universitaire concernant les MA<sup>2</sup>.

Nous n'avons pu effectuer de comparaison au niveau départemental ou régional en l'absence de données retrouvées concernant le taux de formations qualifiantes ou non en gériatrie chez les médecins spécialistes en médecine générale.

Deux des médecins (4%) participant à l'étude exercent la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD.

## **EPIDEMIOLOGIE DE LA PATIENTELE DES MEDECINS INCLUS**

La majorité des médecins généralistes participants (n=30 soit 60%) estime avoir entre 10% et 30 % de leur patientèle âgée de plus de 65 ans. Ces chiffres nous paraissent être en conformité avec les données du territoire de l'étude, puisque la part des assurés sociaux âgés de 60 à 74 ans est de 15.6%, et la part des 75 ans est de 9.1%. (Source SNDS 2017).

On compte en 2015 dans le territoire du bassin salonais **27223** personnes âgées de 65 ans ou plus, selon l'analyse en espaces de santé de proximité (Source Insee + FNPS 2016).

La moitié des praticiens inclus dans l'étude déclarent suivre au moins 10 patients souffrant d'un trouble neurocognitif majeur diagnostiqué MA<sup>2</sup>.

Selon le Système d'Information Régional en Santé PACA (SIRSéPACA), en 2016, on chiffrait en région PACA, **30 671** assurés, âgés de 65 ans et plus bénéficiant d'une ALD n°15 (Maladie d'Alzheimer et autres démences) et/ou ayant eu au moins un remboursement de médicament anti-Alzheimer (régime général) soit 35,8 cas pour 1 000 personnes âgées de 65 ans ou plus. Pour le département des Bouches du Rhône, ils sont au nombre de **11789**. On dénombrait pour la seule ville de Salon de Provence **482** patients dans ce cas (59) (Source Direction Régionale du Service Médical PACA-Corse).

La grande majorité des médecins interrogés (88%) déclarent avoir été confrontés à un TC compliquant l'évolution d'un trouble neurocognitif majeur chez au moins un de leur patient suivis au cours des 2 derniers mois. Cette évaluation reste approximative de par le caractère rétrospectif du questionnaire de l'étude qui fait appel à la mémoire du médecin participant. Cette observation est néanmoins en cohérence avec les données de la littérature. Benoit et al ont montré dans l'étude REAL que la survenue de TCP était quasi systématique dans l'évolution des patients souffrant de MA<sup>2</sup>. (18) En 2009 Somme et al. ont retrouvé dans le cadre d'une enquête nationale (55) que 73,7 % des médecins interrogés sont confrontés à des difficultés dans la prise en charge des TC.

## **EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENTS (TC)**

L'identification et l'évaluation des TC repose pour les médecins inclus dans notre étude, sur la description des troubles par l(es)'aidant(s) naturels et ou familiaux ou par l'observation directe du patient. Les médecins, suivants des patients MA<sup>2</sup> résidant en EHPAD, utilisent l'observation médicale et les transmissions informatisées ou écrites produites par les soignants dans la majorité des cas.

L'utilisation d'échelle d'évaluation standardisée des TC est marginale, seulement 8 % (n=4) des médecins déclarant utiliser ces échelles dans leurs pratiques.

Les recommandations de l'HAS formulées en 2009 (13) incitent à utiliser l'échelle NPI dans la prise en charge des TC persistants, dans sa forme complète ou dans sa forme réduite (NPI-R), pour les troubles survenant à domicile et dans sa forme adaptée aux équipes soignantes (NPI-ES) en EHPAD. 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 de l'échelle NPI.

La sous-utilisation des échelles s'explique aisément par l'absence de connaissance de ces échelles d'évaluation pour 36 des médecins interrogés soit près de 8 médecins sur 10. Seulement 7 médecins soit 14 % de l'échantillon déclarent connaître l'échelle NPI, et 1 seul médecin la CMAI, qui sont pourtant les outils d'évaluation mis en avant dans les recommandations HAS (13).

Nous n'avons retrouvé à ce jour dans la littérature aucune étude portant sur l'utilisation des échelles d'évaluation des TC par les médecins généralistes.

Barazer S, dans sa thèse en 2017, s'intéresse à la prise en charge des TCP des patients MAMA en EHPAD dans le Morbihan. Il montre que l'échelle NPI-équipe soignante est la plus connue des échelles d'évaluation des TC parmi les médecins interrogés. (58)

Outre l'absence de connaissance de ces échelles, le manque de temps et leurs complexités d'utilisation constituent également des freins déclarés par les médecins participant à l'étude. Ceci peut s'expliquer par le manque de formation en gériatrie, les connaissances en gériatrie des médecins interrogés étant essentiellement fondées sur le socle de la formation médicale commune.

On constate que parmi les médecins déclarant utiliser ces échelles d'évaluation des TC dans leur pratique, 3 sur 4 ont une formation ou diplôme supplémentaire en gériatrie. Cependant ces médecins déclarent également utiliser ces échelles dans leur pratique courante que rarement (n=2) ou parfois (n = 2). En dépit de la faiblesse de notre échantillon, ces éléments permettent d'affirmer que les échelles d'évaluations des TC ne sont pas utilisées dans la pratique courante et que les recommandations de prise en charge des TC des patients MA<sup>2</sup> ne sont pas correctement suivies sur le territoire de notre étude.

Un bilan étiologique devant la survenue d'un TC chez un patient MA<sup>2</sup> est en revanche réalisée de façon systématique pour 86% des médecins répondants à notre étude conformément aux recommandations. (13)

Seulement 30% des médecins inclus dans notre étude déclarent connaître les recommandations de la HAS. Selon l'étude baromètre des médecins généralistes paru en 2009 (INPES) portant sur l'accompagnement des patients MA<sup>2</sup> en médecine générale, seulement 41,3% des médecins interrogés (n=974) déclaraient connaître les recommandations 2008 de la HAS concernant le diagnostic et la prise en charge des patients Alzheimer. (11)

## **APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES**

### **THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES**

L'un des objectifs de notre étude est de décrire les connaissances et les pratiques des médecins généralistes du bassin Salonais sur les différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses (TNM). Le caractère multiple des TNM complique cette approche et une juste évaluation. La liste des différentes TNM dans notre questionnaire étant non exhaustive, ceci peut constituer un biais de résultats mais celles que nous avons choisi de faire figurer dans le questionnaire, inclut les TNM les mieux évaluées et ayant fait l'objet d'essais cliniques.

Dans notre étude, la psychothérapie est l'approche thérapeutique non médicamenteuse la plus fréquemment déclarée comme connue par les médecins interrogés (89.8%). Le terme de psychothérapie recouvrant un champ très large d'intervention possible selon les méthodes et techniques utilisées. On peut regretter de ne pas avoir mieux qualifié et identifié les techniques basées sur la psychothérapie dans notre questionnaire. De toutes les TNM, c'est la

psychothérapie qui a fait la preuve de son utilité dans le domaine de la psychiatrie, elle est sans doute la mieux évaluée à ce jour.

Dans une revue de la littérature parue en 2005, Livingston et al. ont retrouvé un effet bénéfique sur les SPCD grâce aux interventions d'approche comportementale (28). La même année Woods et al ont montré dans une méta-analyse une efficacité des thérapies par réminiscence sur la cognition, les symptômes dépressifs, mais aussi les troubles du comportement (33). Néanmoins l'effet sur les troubles du comportement était limité à la période d'intervention.

La musicothérapie, connue par 65,3% des médecins dans notre étude, présenterait un effet bénéfique notamment sur l'agitation.

Une étude menée par Delphin-Combes et al parue en 2013 (59), testait une intervention non médicamenteuse Voix d'Or<sup>®</sup>, regroupant huit activités sonores avec différentes approches sociothérapeutiques (musicothérapie, réminiscence, relaxation, réorientation dans la réalité), sur des patients MAMA en UCC. A l'issue de l'étude, ils ont observé une diminution significative du niveau d'anxiété pour les patients ayant été soumis à la Voix d'Or<sup>®</sup> comparativement aux patients exposés à une activité occupationnelle courante, mais la réévaluation de cette TNM pourrait permettre de mettre en évidence un effet bénéfique sur d'autres SCPD.

Une revue de la littérature sur la musicothérapie réalisée par une équipe japonaise de l'Université de Sendai, et parue en mars 2013, retrouvait que pour des interventions d'une durée supérieure à trois mois, la musicothérapie pourrait avoir un effet significatif pour diminuer l'anxiété de patients déments. (60)

Un groupe d'experts français mené par le docteur Guétin (36) a rédigé un rapport d'étude en 2014 sur l'utilisation de la musicothérapie dans la MA. Il en ressort qu'elle présente un intérêt bénéfique dans la MA pour diminuer la fréquence et l'importance des TC que sont l'agitation, l'anxiété, la dépression, et ainsi réduire la prescription médicamenteuse.

Cependant, peu d'études contrôlées ont été réalisées pour pouvoir confirmer la pertinence clinique de la musicothérapie.

La stimulation multi-sensorielle ou méthode Snoezelen, connue pour 36,7% (n=18) des médecins interrogés, améliorerait l'apathie, symptôme qui, dans notre étude, n'est pas une cause fréquente de prescription médicamenteuse.

Dans l'expertise de l'INSERM parue en 2008 (61), concernant la technique Snoezelen, 2 revues ont été réalisées, l'une en 2002 par Chung et al. (62) dans la Cochrane Library et l'autre en 2005 par Verkaik et al. (63). A l'issue de ces revues, seules 2 études retenues montrent une diminution de l'apathie.

La luminothérapie pourrait, par son action sur les troubles du rythme biologique, agir de façon indirecte sur la déambulation, symptôme entraînant une prescription médicamenteuse en 1<sup>ère</sup> intention pour 14% des médecins interrogés au sein du bassin salonnais. Cependant son intérêt peut être limité dans la démence. Forbes et al. ont réalisé une revue de la littérature en 2014, avec 11 essais répondant aux critères d'inclusion, 3 n'ont pu être incluses, ainsi cette revue n'a révélé aucun effet de la luminothérapie sur la fonction cognitive, le sommeil ou SCPD. (64)

L'aromathérapie, connue pour 22,4% des médecins interrogés, pourrait avoir un effet bénéfique sur l'agitation. Dans une revue de la littérature, en 2014 Forrester et al. (65) retrouvaient des avantages incertains de cette TNM, car les études incluses soulevaient des difficultés méthodologiques.

Les médecins spécialistes en médecine générale connaissent l'existence des TNM mais semblent ne pas les utiliser dans leur pratique courante. Paradoxalement 88% des médecins interrogés dans notre étude déclarent un effet bénéfique des TNM dans la prise en charge des TC des patients MA<sup>2</sup>.

Amieva et al. ont dans un ECR multicentrique paru en 2016 en France, évalué l'efficacité à long terme (2 ans) de 3 stratégies thérapeutiques non médicamenteuses : stimulation cognitive, thérapie par réminiscence, et un programme de prise en charge individuelle en déterminant si ces thérapies permettait de retarder chez les patients atteints de Maladie d'Alzheimer l'entrée dans la phase modérément sévère à sévère de la maladie. Les TC faisaient partis des critères secondaires. Aucune des trois interventions non médicamenteuses appliquées pendant une période de 24 mois n'a retardé la progression vers un stade sévère de la maladie d'Alzheimer. On peut souligner que seule la réadaptation cognitive individualisée a permis de montrer des résultats cliniquement significatifs sur le maintien de l'autonomie et le retard à l'institutionnalisation, ainsi qu'une diminution sur les TC, évalués à l'aide du NPI. (66)

A notre connaissance et à ce jour, les études réalisées sur les TNM montrant des effets positifs sur les TC, ne permettent pas d'affirmer un bénéfice certain chez les patients MAMA. Nous supposons que les TNM permettent de prévenir la survenue de TC en améliorant la qualité de vie et le bien être de ces patients. De nouveaux essais doivent être réalisés avec une

méthodologie rigoureuse. Les principales limites rencontrées dans les essais sur les TNM sont : la faiblesse des échantillons, l'absence de groupe contrôle, l'absence d'évaluation en aveugle, les difficultés de mesurer l'efficacité des TNM à long terme et la possibilité de randomiser l'étude.

### **STRUCTURES SPECIALISEES :**

#### **PASA**

Les médecins du bassin salonais ont, en majorité (n=31 soit 63,3%), connaissance de l'existence des PASA, toutefois ils ne connaissent pas leur mode de fonctionnement pour 54% d'entre eux.

Selon l'observatoire Fondation Médéric Alzheimer de 2017, on compte en France 21360 places en PASA, 2575 places en région PACA. (67) Malgré l'augmentation du nombre de places en PASA à l'issue du PMND 2015-2019, l'absence de connaissance des PASA ainsi que de leurs mode de fonctionnement peut s'expliquer par leur nombre encore très peu élevé au sein du territoire du bassin salonais, avec 66 places répartis au sein de 5 EHPAD différents.

Les médecins interrogés ont volontiers recours à ces pôles dans leur pratique (52%). A ce jour, il n'existe pas d'étude pour démontrer leur efficacité, leurs créations ayant pour but d'améliorer la prise en charge des TCP et de ce fait d'impacter sur la prescription médicamenteuse. Dans sa thèse en 2016, SCHANG C. a réalisé une étude rétrospective avant/après, sur une période de 6 mois en PACA, concernant l'impact de l'inclusion en PASA sur la prescription de psychotropes. Les résultats ne montraient pas de diminution de la prescription des psychotropes et des TC suite à l'inclusion en PASA. Mais comme elle le suggère, une étude comparative randomisée avec 2 groupes, serait plus appropriée pour pouvoir démontrer l'efficacité réelle de ces pôles. (68)

#### **Structures de coordination/soins et professionnels paramédicaux**

Dans notre étude, les kinésithérapeutes sont cités par 90% des médecins interrogés, ils peuvent agir sur les TC par l'intermédiaire de l'activité physique qui est toujours bénéfique même si leurs actions sont à adapter à l'état de santé physique des patients MAMA

Les orthophonistes sont la 2<sup>e</sup> profession paramédicale la plus citée au sein du territoire du bassin salonais (62%), suivi de très près par les psychologues (60%).

Les psychomotricien(nes)s et ergothérapeutes sont moins cités par les médecins du bassin salonais interrogés respectivement à 40 et 46%



28 % des médecins interrogés déclarent solliciter l'intervention de l'ESA .

Dans une étude parue en janvier 2017, Pimouguet C. et al., montraient l'effet bénéfique de l'intervention des ESA, avec une diminution des TC et une amélioration de la qualité de vie (69). Une limite de l'utilisation de l'ESA pourrait être leur impossibilité de pouvoir prendre en charge l'ensemble des patients MAMA du bassin salonnais répondant aux critères éligibles aux séances de réhabilitation. L'effectif restreint de l'ESA de Salon de Provence ne lui permet pas à elle seule de répondre à toutes les demandes afin de préserver la qualité de prise en charge.

### **RECOURS AUX SPECIALISTES ET STRUCTURES SPECIALISEES DANS LA PRISE EN CHARGE DES TC PERSISTANTS**

La quasi-totalité des médecins interrogés (98%) sollicite un avis spécialisé devant un TC résistant aux différents traitements instaurés, le gériatre étant le spécialiste le plus sollicité à 80%, suivi du neurologue 52% et du psychiatre 26%. Cette attitude est conforme aux recommandations HAS.

Les médecins interrogés dans notre étude sont pour la majorité (n=35 soit 70%) satisfaits de la communication avec leur confrères spécialistes en ce qui concerne la prise en charge des TC chez les patients MAMA. Ce résultat implique tout de même une part de médecins non satisfaits (n=15 soit 30%).

Les médecins spécialistes en médecine générale ayant participé à notre étude déclarent pour 76% recourir aux unités Alzheimer au sein des EHPAD et pour 70% au service de court séjour gériatrique du CH de Salon de Provence. 46 % des médecins interrogés déclarent recourir au service de psychogériatrie. Le recours aux UHR et UCC est beaucoup moins cité (respectivement par 8 et 4 % des médecins interrogés)

L'explication est liée à l'offre de soins : il existe des Unités Alzheimer dans 7 EHPAD sur les 15 présents sur le territoire de l'étude avec au total 123 places disponibles. Le court séjour gériatrique du CH de Salon de Provence créé en 2013 permet des admissions directes depuis le domicile ou les EHPAD à la demande des médecins traitants, bien que la disponibilité en place hospitalière se dégrade au fil des années avec l'augmentation des périodes de tension sur les lits d'hospitalisation, notamment en période d'épidémie hivernale.

Les UCC sont très peu sollicitées par les médecins de l'étude et l'offre de soins l'explique aisément : la région PACA ne comptant à ce jour que 6 UCC avec au total 75 places disponibles.

Leur caractère récent (les UCC ont vu le jour à l'issue de la mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012, renforcé par la suite par le Plan MND 2014-2019) (13), pourrait également expliquer leur manque de notoriété auprès des médecins de notre étude. Pourtant Delphin-Combes et al. ont montré dans une étude Lyonnaise l'efficacité des séjours en UCC avec une diminution significative des SPCD et ce dans le milieu d'origine du patient et à distance de la sortie. (70) Ces constatations sont confortées par une étude parisienne menée par Koskas (71).

Dans sa thèse en 2016, Jouinot H a suivi l'évolution, à moyen et long terme, des TC et des thérapeutiques médicamenteuses dans les suites d'une hospitalisation en UCC et a retrouvé un effet positif sur les patients MA<sup>2</sup> concernant les TC avec une amélioration du score NPI. En revanche la prescription médicamenteuse peine à être diminuée, notamment concernant les neuroleptiques et benzodiazépines. (72)

Les UHR sont également très peu sollicités (5), ceci peut également être expliqué par leur faible nombre sur le bassin salonais, seul l'EHPAD le Pastourello à Saint-Chamas est équipé d'une UHR avec 14 lits.

Différents éléments d'aides sont à approfondir :

- La Visite Longue (VL) d'un patient Alzheimer, instauré à l'issue du plan Alzheimer 2008-2012, pourrait constituer une véritable solution pour améliorer la prise en charge globale du patient MAMA et de son aidant. Elle permet d'effectuer une évaluation gériatrique du patient, de prévenir la iatrogénie médicamenteuse, de repérer et de rechercher l'épuisement des aidants, d'informer le patient et ses aidants naturels sur les possibilités de coordination et les structures d'aide médicosociale. (73)

Dans sa thèse en 2015 MAION M., soulève la sous-utilisation de la VL dans le cadre d'une MND, cependant là encore le manque de connaissance par les médecins généralistes, des dispositifs de la prise en charge médico-sociale, constitue un frein à son utilisation. (74)

Ce manque de connaissance dans le domaine médico-psycho-social peut être amélioré par le biais de la MAIA, entité encore peu connue sur le terrain, comme l'atteste notre étude puisque seulement 15 médecins interrogés sur 50 déclarent en connaître l'existence.

FATAS S. soulève dans sa thèse la méconnaissance de ce dispositif de la part des professionnels de santé, la satisfaction globale des médecins interrogés, sur l'apport de ce dispositif, pourrait constituer une vraie aide pour le médecin généraliste, là encore un travail de communication doit être réalisé. (75)

- Campana et al. (14) face aux difficultés du médecin généraliste devant des décompensations comportementales aiguës proposaient des solutions, à savoir la création d'un document facilement disponible d'aide à la prise en charge des TC mais également la sollicitation ou la création d'Equipe Mobile Maladie d'Alzheimer (EMMA).

Dans sa thèse, HIRSCH L. a réalisé une enquête de satisfaction auprès des équipes d'EHPAD, après intervention de l'EMMA de l'Hôpital des Charpennes, intervention ciblée sur les TC des patients MAMA. Il en ressort une satisfaction globale des équipes concernant l'EMMA, cependant des points restent à améliorer notamment les délais d'intervention (76) Il serait également intéressant d'étudier leur champ d'action au domicile des patients MAMA qui pourrait s'avérer une aide précieuse pour le médecin généraliste. Sur le bassin salonnais, il n'existe pas à ce jour d'EMMA.

## VI. CONCLUSION

Le vieillissement de la population française s'accompagne d'une augmentation en volume du nombre de patients souffrant de troubles neurocognitifs sévères. La majorité de ces patients présenteront au cours de l'évolution de leur maladie des troubles psycho-comportementaux.

Le médecin spécialiste en médecine générale est le premier recours des patients et de leurs proches face à ces troubles dont le retentissement est majeur sur la qualité de vie du patient et de son entourage (aidants familiaux, bénévoles ou professionnels), fréquemment source d'épuisement et potentiellement de troubles dépressifs

Face à ce problème de santé publique, l'Etat a mis en place une politique au travers de plans quadriennaux pour répondre aux enjeux matériels et humain liés aux maladies neurodégénératives. Des recommandations de bonne pratique et un guide du parcours de soins ont été élaborés par la HAS.

La survenue de TC dans le cadre de l'évolution des démences de type MA<sup>2</sup> conduit souvent le médecin généraliste qui y est confronté à prescrire une thérapeutique médicamenteuse, notamment concernant la classe des neuroleptiques. (11) Or les recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge des TC associées au MA<sup>2</sup> sont de privilégier une approche thérapeutique non médicamenteuse en première intention. (13)

A l'issue de notre travail, il apparait que les approches thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des TC sont insuffisamment utilisées par les médecins spécialistes en médecine générale installés sur le territoire de santé du C.H. de Salon de Provence. Les pratiques étant grandement conditionnées par les connaissances, notre étude souligne l'absence de connaissance suffisante des recommandations établies par la HAS.

La juste prise en charge, médicamenteuse ou non, des TC compliquant les MA<sup>2</sup>, suppose une évaluation préalable du trouble la plus complète possible pour limiter le risque iatrogénique associé. Notre travail retrouve une insuffisance de connaissance et plus encore d'utilisation des échelles d'évaluation des troubles psycho-comportementaux recommandées par la HAS.

Les résultats de notre travail sont en revanche encourageants concernant la qualité de la relation entre les médecins libéraux spécialistes en médecine générales installés sur le territoire de

l'étude et les médecins spécialistes impliqués dans la prise en charge des patients MA<sup>2</sup> (gériatres, psychiatres et neurologues). Les échanges entre ces professionnels et l'implication des médecins coordinateurs en EHPAD devraient permettre d'assurer la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques concernant l'identification, l'évaluation et la prise en charge thérapeutique des TC présentés par les patients MA<sup>2</sup>

Enfin l'offre de soins devrait pouvoir être renforcée sur le territoire, l'augmentation du nombre de places en U.H.R au sein des EHPAD et la création d'une U.C.C sur le territoire seraient à même d'apporter des solutions face aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes face aux TC résistants.

Les approches thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des TC des patients MA<sup>2</sup> s'intègrent dans une dimension pluridisciplinaire où le médecin généraliste est au cœur du parcours de soins et de la prise en charge globale du patient MA<sup>2</sup>. Il est important qu'il puisse acquérir et entretenir des connaissances spécifiques sur le sujet, notamment au travers de la promotion et de la diffusion des recommandations actualisées de la HAS et qu'il trouve sur le territoire l'offre médicale, paramédicale et les structures de soins adaptées pour pouvoir les utiliser dans sa pratique.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Haute Autorité de Santé. Bon usage du médicament. Place des médicaments du traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions\\_alzheimer\\_fiche\\_bum\\_mars\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_alzheimer_fiche_bum_mars_2012.pdf)
- 2- Arrêté du 29 mai 2018 portant radiation de spécialités pharmaceutiques de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale [www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000036970192](http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000036970192)
- 3- Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale)
- 4- Plan «Alzheimer et maladies apparentées» 2008-2012- [www.cnsa.fr/documentation/plan\\_alzheimer\\_2008-2012-2.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf)
- 5- Agence Régionale de Santé PACA Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019. [www.paca.ars.sante.fr/le-plan-maladies-neurodegeneratives-2014-2019](http://www.paca.ars.sante.fr/le-plan-maladies-neurodegeneratives-2014-2019)
- 6- HAS Recommandation de bonne pratique Mars 2008 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_668822/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668822/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees)
- 7- HAS Recommandation de bonne pratique Décembre 2011 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf)
- 8- Fédération nationale des Centres Mémoire Ressources et de Recherche Recommandations Diagnostic et prise en charge Maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées <http://cmrr-nice.fr/doc/recommandations-FCMRR-fevrier2012.pdf>
- 9- Haute Autorité de Santé Guide parcours de soins Patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2851144/fr/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2851144/fr/patients-presentant-un-trouble-neurocognitif-associe-a-la-maladie-d-alzheimer-ou-a-une-maladie-apparentee)
- 10- Haute Autorité de Santé Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours\\_de\\_soins\\_alzheimer.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf)
- 11- Stéphanie Pin Le Corre, Somme Dominique. INPES Baromètre santé médecins généralistes 2009 L'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en médecine générale

- 12- [www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/fma\\_lettre\\_observatoire\\_n12.pdf](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/sites/default/files/fma_lettre_observatoire_n12.pdf)
- 13- Haute Autorité de Santé Recommandations de Bonne Pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie\\_dalzheimer-troubles\\_du\\_comportement\\_perturbateurs-recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf)
- 14- Campana M, Bonin-Guillaume S, Yagoubi R, Berbis J, Franqui C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lors de décompensations comportementales aiguës de leurs patients déments. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016 ; 14(2) : 167-74 doi:10.1684/pnv.2016.0601
- 15- [www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/les-chiffres-cles)
- 16- [www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie](http://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie)
- 17- Les troubles psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées [www.mobiquial.org/alzheimer/sources/etbs-diaporamas/autour\\_du\\_patient/pdf/a3.troubl\\_psycho\\_et\\_comport.pdf](http://www.mobiquial.org/alzheimer/sources/etbs-diaporamas/autour_du_patient/pdf/a3.troubl_psycho_et_comport.pdf)
- 18- Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, Tortrat D, Robert PH. Behavioral and psychologic symptoms in Alzheimer's disease: results of the REAL.FR study. *Rev Med Interne*. 2003 Oct;24 Suppl 3:319s-324s.
- 19- Gonzalez-Salvador T, Arango C, Lyketsos C, Barba AC. The stress and psychological Morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14:701-710.
- 20- Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003; 18(2):250-67.
- 21- Wiglesworth A, Mosqueda L, Mulnard R, Liao S, Gibbs L, Fitzgerald W. Screening for abuse and neglect of people with dementia *J Am Geriatr Soc*. 2010 Mar; 58(3): 493-500.
- 22- Robert PH, Medecin I, Vioncent S et al. L'Inventaire Neuropsychiatrique : validation de la version Française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. *L'année Gériatologique* 1998 ; 5 : 63-87.
- 23- Cummings JL, Mega MS, Gray K et al. The Neuropsychiatric Inventory : Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994 ; 44 : 2308-2314
- 24- Cohen-Mansfield J. Agitation in the elderly *Advances in psychosomatic medicine : Geriatric psychiatry*. In : Blig N, Rabins P (eds) : Switzerland : Karger S, 1989 ; 101-113.
- 25- Dobigny-Roman N., Verny M., Hugonot-Diener L. et al. L'ECD GRECO: échelle du comportement pour la démence. *Rev. Neurol. Suppl* 1, 1999, 155: 96-97.

- 26- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease : phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987 ; 48 : 9-15.
- 27- Haute Autorité de Santé. programme ami\_Alzheimer Alerte et Maitrise de la Iatrogénie des Neuroleptiques dans la Maladie d'Alzheimer [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_891528/fr/le-programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer-programme-pilote](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_891528/fr/le-programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer-programme-pilote)
- 28- Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005, 162 : 1996-2021 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.1996>
- 29- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo J, M, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman H, H, Muñoz R: Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-178. doi: 10.1159/000316119
- 30- Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;(2):CD005562
- 31- Orgeta V, Leung P, Yates L, Kang S, Hoare Z, Henderson C, et al. Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2015;19(64)
- 32- Orrell M, Aguirre E, Spector A, Hoare Z, Woods RT, Streater A, Donovan H, Hoe J, Knapp M, Whitaker C, Russell I. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2014 Jun;204(6):454-61. doi: 10.1192/bjp.bp.113.137414
- 33- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia (review). *Cochrane Database Systematic Review* : 2005, 18, 2.
- 34- Hattori H, Hattori C , Hokao C , Mizushima K , Mase T Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2011 Oct;11(4):431-7
- 35- De Souto Barreto, P., Demougeot, L., Pillard F., Lapeyre-Mestre, M. & Rolland Y. Exercise training for managing behavioral and psychological symptoms in people with dementia : A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews* : 2015, 24, pp.274-285.
- 36- Guétin, S., Charras, K., Bérard, A., Arbus, C., Berthelon, P., Blanc, F., Blayac, J.-P., Bonté, F., Bouceffa, J.-P., Clément, S., Ducourneau, G., Gzil, F., Laeng, N., Lecourt, E., Ledoux, S., Platel, H., Thomas-Antérion, C., Touchon, J., Vrait, F.-X., Léger, J.-M. An overview of the use of music therapy in the context of Alzheimer's disease : a report of a French expert group. *Dementia* : 2013, 12, 5, 619–634. DOI:10.1177/1471301212438290



- 37- Ballard, C-G., O'Brien, J-T., Reichelt, K. & Perry, E-K. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia : the results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry* : 2002, 63, pp. 553–558
- 38- Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N. & Campbell, R. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* : 2004, 19, pp. 1047-1052.
- 39- Staal, J. A., Amanda, S., Matheis, R., Collier, L., Calia, T., Hanif, H., & Kofman, E. S. (2007). The Effects of Snoezelen (Multi-Sensory Behavior Therapy) and Psychiatric Care on Agitation, Apathy, and Activities of Daily Living in Dementia Patients on a Short Term Geriatric Psychiatric Inpatient Unit. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), 357–370. <https://doi.org/10.2190/PM.37.4.a>
- 40- Forbes D, Blake CM, Thiessen EJ, Peacock S, Hawranik P. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD003946. DOI: 10.1002/14651858.CD003946.pub4
- 41- Jardins et santé. <<http://www.jardins-sante.org>>
- 42- Whear R, Coon JT, Bethel A, Abbott R, Stein K, Garside R. What Is the Impact of Using Outdoor Spaces Such as Gardens on the Physical and Mental Well-Being of Those With Dementia? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(10):697-705. doi:10.1016/j.jamda.2014.05.013.
- 43- Tanasa, M. La zoothérapie, une autre thérapie en EHPAD. Thèse de médecine. Paris : Université René Descartes – Paris V – Faculté Cochin – Port Royal, 2009, sous la direction de Linda BENATTAR.
- 44- Souter MA, Miller MD (2007) Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis, *Anthrozoös*, 20:2, 167-180, DOI: 10.2752/175303707X207954
- 45 - M. de Sant'Anna, B. Morat, A.S. Rigaud. Adaptabilité du robot Paro dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer sévère de patients institutionnalisés. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, Volume 12, Issue 67, 2012, Pages 43-48, ISSN 1627-4830, <https://doi.org/10.1016/j.npg.2011.10.002>.
- 46- Wu Y-H, et al. Robots émotionnels pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer en institution. *Neurol psychiatr géiatr* (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2014.01.005>
- 47- Deudon, A, Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., Riff, S., Lavallard, B., Robert, P.H. Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes *Int J Geriatr Psychiatry* Published online (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.2275, 2009

- 48- Barrett, J. J., Haley, W. E., Harrell, L. E., & Powers, R. E. (1997). Knowledge about Alzheimer disease among primary care physicians, psychologists, nurses, and social workers. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(2), 99-106. <http://dx.doi.org/10.1097/00002093-199706000-00006>
- 49- <https://www.silvereco.fr/serious-game-ehpad-un-outil-de-formation-interactif-pour-les-aidants/312018>
- 50- [www.cnsa.fr/documentation/plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives2014.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf)
- 51- ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_pasa\\_16x24.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_pasa_16x24.pdf)
- 52- Fédération Nationale des Orthophonistes [www.orthophonistes.fr/upload/file/com%20presse%20fno/20111026\\_alzheimer.pdf](http://www.orthophonistes.fr/upload/file/com%20presse%20fno/20111026_alzheimer.pdf)
- 53- Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DGOS/SDR no 2011-362 du 19 septembre 2011 relative à la mesure 16 (pôle d'activités et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées) du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 [solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste\\_20110010\\_0100\\_0046.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-10/ste_20110010_0100_0046.pdf)
- 54- Les Unités Cognitivo-Comportementales. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie [http://www.mobiquial.org/alzheimer/sources/etbs-diaporamas/organisation/pdf/diaporama%20UCC\\_SV.pdf](http://www.mobiquial.org/alzheimer/sources/etbs-diaporamas/organisation/pdf/diaporama%20UCC_SV.pdf)
- 55- Somme D.,Gautier A., Pin S., Corvol A.. *BMC Family Practice* 2013, 14:81 General practitioner's clinical practices, difficulties and educational needs to manage Alzheimer's disease in France: analysis of national telephone-inquiry data <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/81>
- 56- Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2016 Conseil National de l'ordre des médecins [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
- 57- [www.sirsepac.org/sirseterritoires\\_Regions.php](http://www.sirsepac.org/sirseterritoires_Regions.php)
- 58- Barazer S. Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs des patients Alzheimer et autres démences apparentées dans les EHPAD par les médecins généralistes du Morbihan : étude descriptive. Thèse de Médecine Générale. Université de Rennes Mars 2017.
- 59- Delphin-Combe F, Rouch I, Martin-Gaujard G, Relland S, Krolak-Salmon P. Effet d'une intervention non médicamenteuse, Voix d'Or<sup>®</sup>, sur les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(3) :323-30 doi:10.1684/pnv.2013.0421

- 60- Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia : a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2013 Mar 16; 12(2) : 628-641.
- 61- INSERM. Aspects cliniques et prise en charge de la maladie. Paris : 2007. [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre\\_13.html](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_13.html)
- 62- Chung, J-C., Lai, C-K., Chung, P-M. & French, H-P. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Systematic Review* : 2002, 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12519587>
- 63- Verkaik, R., Van Weert, J-C. & Francke, A-L. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia : a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* : 2005, 20, pp. 301-314.
- 64- Forbes D, Blake CM, Thiessen EJ, Peacock S, Hawranik P. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD003946. DOI: 10.1002/14651858.CD003946.pub4
- 65- Forrester LT, Maayan N, Orrell M, Spector AE, Buchan LD, Soares-Weiser K. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD003150. DOI: 10.1002/14651858.CD003150.pub2.
- 66 - Amieva, H., Robert, P., Grandoulier, A., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., . . . Dartigues, J. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707-717. doi:10.1017/S1041610215001830
- 67- [www.fondation-mederic-alzheimer.org/syntheses-regionales-2017](http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/syntheses-regionales-2017)
- 68- Schang C. Impact de l'inclusion en PASA sur la prescription de psychotropes : étude avant/après par analyses de dossiers médicaux de patients vivants en EHPAD dans la région PACA. Thèse de doctorat en Médecine Générale, Marseille 2016
- 69- Pimouguet C, Le Goff M, Wittwer J, Dartigues JF, Helmer C. Benefits of Occupational Therapy in Dementia Patients: Findings from a Real-World Observational Study.
- 70- Delphin-Combe F, Roubaud C, Martin-Gaujard G, Fortin M, Rouch I, Krolak-Salmon P. Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Rev Neurol (Paris)* 2013 ; 169 : 490-4.
- 71- Koskas P, Belqadi S, Mazouzi S, Daraux J, Drunat O. Expérience d'une unité pilote (unité cognitivo-comportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Rev Neurol (Paris)* 2011 ; 167 : 254-9.

- 72- Jouinot H. Unités cognitivo-comportementales et suivi au long court des patients : étude prospective sur les patients sortis d'hospitalisation, pour l'évaluation de l'évolution de leurs troubles du comportement et de leurs thérapeutiques. Thèse de Médecine Générale. Université de Toulouse Septembre 2016
- 73- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Maladie d'Alzheimer : réaliser une visite longue. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1401.pdf>
- 74- Maion M. La Visite Longue : évaluation de la pratique des médecins généralistes mosellans pour la prise en charge des patients souffrant de maladies neurodégénératives Thèse de Médecine Générale Faculté de Nancy 2015
- 75- Sébastien Fatas. Évaluation de l'apport de la méthode MAIA auprès des médecins généralistes de la région de Pau : étude portant sur les trois sites MAIA du bassin béarnais. Médecine humaine et pathologie. 2016.
- 76- Hirsch L. Enquête de satisfaction réalisée auprès du personnel d'EHPAD après intervention de l'équipe mobile Maladie d'Alzheimer de l'hôpital des Charpennes. Thèse de Médecine Générale Université Claude Bernard Lyon 1 Décembre 2017

## ANNEXES

### Annexe 1 QUESTIONNAIRE de Thèse D.E.S Médecine Générale

APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTES (MAMA) EN MEDECINE GENERALE DANS LE TERRITOIRE DU BASSIN SALONNAIS.

Chers futurs confrères et consœurs,

Je me présente,

DAO Jean-Pierre, je suis actuellement en année de thèse de Médecine Générale.

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse, car je réalise une étude dans le territoire du bassin salonnais en médecine générale concernant dans les approches thérapeutiques NON MEDICAMENTEUSE concernant la prise en charge des TROUBLES DU COMPORTEMENT chez les patient(e)s atteint(e)s de la MALADIE D'ALZHEIMER ET APPARENTES (MAMA).

Mon travail portera dans un premier temps sur l'évaluation des troubles du comportement, dans un second temps sur les approches thérapeutiques non médicamenteuses.

Dans l'attente d'une réponse de votre part et en vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

#### CARACTERISTIQUES MEDECINS GENERALISTES DU BASSIN SALONNAIS

Age

Sexe :

-Masculin

-Féminin

Milieu d'exercice:

-urbain

-rural

-mixte

Cabinet

-individuel

-de groupe

-Maison de santé pluridisciplinaire

Formation en gériatrie:

-Formation médicale commune lors de votre cursus médical

-DU maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés

-Capacité de gériatrie

-Autre :

Médecin coordonnateur d'EHPAD : oui/non

## EPIDEMIOLOGIE

Selon votre estimation, quel est le pourcentage de patients âgés (supérieur à 65 ans) dans votre patientèle ?

- moins de 10%

- de 10 à 30 %

- de 30 à 50%

- plus de 50%

Combien de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentés (MAMA) prenez-vous en charge au sein de votre patientèle ?

- 0 patient
- 1 à 10 patients
- 11 à 20 patients
- 21 à 30 patients
- plus de 30 patients

Dans les 2 mois écoulés, combien de patients MAMA ont présenté des troubles du comportement (TC)?

- 0
- 1 à 5
- 6 à 10
- 11 à 15
- supérieur à 15

Et dans quelle condition ?

- domicile
- consultation
- EHPAD

## EVALUATION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Comment identifiez-vous et évaluez-vous l'intensité des TC atteints de la MAMA dans votre pratique ?

- Observation du patient dans son environnement
- Description des troubles par l(es) aidant(s) naturels et ou familiaux,
- Observation médicale informatisée ou écrite si patients vivant en EHPAD

Parmi les échelles d'évaluation standardisée des TC suivantes la(es)quelle(s) connaissez vous

- L'échelle NPI-
- L'échelle BEHAVE AD (Behavior Pathology in Alzheimer Disease Rating Scale )
- L'échelle de COHEN-MANSFIELD
- L'échelle Inventaire Apathie version soignant
- L'échelle CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease)
- L'échelle Comportementale pour la Démence
- Autre

Utilisez-vous cette (es) échelle(s) en pratique ? Oui / Non

Si oui à quelle fréquence ?

- Rarement
- Parfois
- Fréquemment
- Toujours

Si non, pourquoi ?



- Absence de connaissance de ces échelles
- Manque de temps
- Echelle non fiable
- Complexité d'utilisation de l'échelle
- Autre raison

Connaissez-vous les dernières recommandations concernant la prise en charge médicamenteuse des TC chez les patients MAMA ? (recommandations HAS) Oui/Non

Parmi les éléments suivants, le(s) quel(s) vous font prescrire un traitement médicamenteux d'emblée :

- Auto-hétéro-agressivité physique Oui / Non
- Agressivité verbale Oui / Non
- Agitation sévère du patient Oui / Non
- Déambulation Oui / Non
- Opposition Oui / Non
- Cris Oui / Non
- Hallucinations Oui / Non
- Apathie Oui / Non
- Absence d'alternative ou inefficacité des thérapies non médicamenteuses Oui / Non
- Pression de l'entourage familial Oui / Non

si patient en EHPAD :

- Pression du personnel soignant Oui / Non
- Retentissement sur les autres patients/sur le fonctionnement de la structure Oui / Non

-Volonté d'une "efficacité" rapide sur les TC Oui / Non –

-Manque de moyens matériels et humains pour mettre en place des méthodes de soins non médicamenteuses Oui / Non –

- Autre(s) :

## APPROCHES THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES

Connaissez-vous l'existence des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) ? Oui/Non

Leur fonctionnement avec leurs différents intervenants ? Oui/Non

Dans votre pratique, avez-vous eu recours aux PASA dans le cadre de la prise en charge des troubles du comportement des patients atteints de MAMA? Oui/Non

Dans votre pratique, sollicitez-vous les différentes structures de coordination dans le cadre de la prise en charge des patients MAMA au sein du territoire du bassin salonnais ?

- SSIAD

- ESA,

- MAIA

- CLIC

- CMP

Parmi les méthodes thérapeutiques non médicamenteuses agissant sur les troubles du comportement chez patients atteints de MAMA, connaissez-vous ? :

- psychothérapie

- aromathérapie

- stimulation multi-sensorielle ou méthode Snoezelen

- musicothérapie

- zoothérapie

- luminothérapie

- réminiscence thérapie

- autre non citée

Parmi les autres professionnels paramédicaux dans la prise en charge globale des patients MAMA le(s)quel(s) sollicitez-vous ?

- Orthophoniste/
- Psychomotricienne
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Kinésithérapeute

Avez-vous trouvé un intérêt bénéfique de l'utilisation des différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la prise en charge des TC des patients MAMA ?

Oui /Non

Devant des TC résistants au traitement médicamenteux, quelle est votre attitude thérapeutique, Sollicitez-vous un avis auprès :

- D'un neurologue Oui / Non
- D'un gériatre Oui / Non
- D'un psychiatre Oui / Non
- Pas d'avis spécialisé Oui / Non

Parmi les structures spécialisées dans la prise en charge des troubles du comportement sévères faites-vous appel en pratique parmi les suivantes:

- Unité Alzheimer au sein d'une EHPAD Oui / Non
- Unité d'hébergement renforcée Oui / Non
- Unité cognitivo-comportementale Oui / Non
- Service de court séjour gériatrique Oui / Non

-Service de gérontopsychiatrie Oui / Non

-Autre(s) Oui / Non

-Aucune Oui / Non

Etes-vous satisfait de la communication avec les différents spécialistes intervenant dans la prise en charge des TC chez les patients MAMA ? Oui/Non

Vous ont-ils permis d'améliorer votre prise en charge non médicamenteuse ? Oui/Non

## Annexe 2 ECHELLE NPI ES

# INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

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

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

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

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

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

## Annexe 3 ECHELLE COHEN MANSFIELD

# Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 29 items version longue

Nom du patient :	Prénom du patient :		
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :	
Nom du référent :	(conjoint - enfant - soignant - autre) :		

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

- |   |   |
|---|---|
| <b>0</b> = non évaluable                | <b>4</b> = quelquefois au cours de la semaine |
| <b>1</b> = jamais                       | <b>5</b> = une à deux fois par jour           |
| <b>2</b> = moins d'une fois par semaine | <b>6</b> = plusieurs fois par jour            |
| <b>3</b> = une à deux fois par semaine  | <b>7</b> = plusieurs fois par heure           |

		FRÉQUENCE							
		0	1	2	3	4	5	6	7
<b>Agitation physique non agressive</b>	1. Cherche à saisir .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	2. Déchire les affaires .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	3. Mange des produits non comestibles .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	4. Fait des avances sexuelles physiques .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	5. Déambule .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	6. Se déshabille, se rhabille .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	7. Attitudes répétitives .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	8. Essaie d'aller ailleurs .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	9. Manipulation non conforme d'objets .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	10. Agitation généralisée .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	11. Recherche constante d'attention .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	12. Cache des objets .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	13. Amasse des objets .....	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>Agitation verbale non agressive</b>	14. Répète des mots, des phrases .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	15. Se plaint .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	16. Émet des bruits bizarres .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	17. Fait des avances sexuelles verbales .....	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>Agitation et agressivité physiques</b>	18. Donne des coups .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	19. Bouscule .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	20. Mord .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	21. Crache .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	22. Donne des coups de pied .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	23. Griffes .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	24. Se blesse, blesse les autres .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	25. Tombe volontairement .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	26. Lance les objets .....	0	1	2	3	4	5	6	7
<b>Agitation et agressivité verbales</b>	27. Jure .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	28. Est opposant .....	0	1	2	3	4	5	6	7
	29. Pousse des hurlements .....	0	1	2	3	4	5	6	7

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.  
Référence : Micas M., Ousset PJ, Vellas B.

Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale 1997 ; 151-157.

Score total

Cette échelle dont le score maximal est de 203 permet d'évaluer l'état d'agitation. Plus le score est élevé, plus l'agitation est intense.

ÉCHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

OUTIL  
D'ÉVALUATION

## Annexe 4 ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DEMENCE GRECO

### ECD GRECO Echelle Comportementale pour la Démence

Date :

Nom et Prénom :

Examineur :

Lieu de vie :

Age :

Informant :

*Ce questionnaire permet d'évaluer le comportement de votre patient au cours du dernier mois. Pour chaque question, veuillez préciser la présence ou l'absence du comportement et sa fréquence.*

Traitement :	0 - non	1- oui	non applicable	1 = une ou deux fois par mois	2 = une fois par semaine	3 = plusieurs fois par semaine	4 = tous les jours
1 - Le patient est-il : tendu, anxieux, effrayé ? Par exemple A-t-il peur d'être laissé seul ? Paraît-il anxieux dans certaines situations ?							
2 - Paraît-il triste, désespéré ou pessimiste ?							
3 - Lui arrive-t-il de pleurer ?							
4 - Avez-vous l'impression que ce patient se sent coupable, ou qu'il s'estime être devenu incapable ?							
5 - Dit-il que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ? Exprime-t-il le désir de mourir ? Parle-t-il de suicide ?							
6 - A-t-il fait une ou des tentatives de suicide ?							
7 - Montre-t-il une perte de plaisir dans ses activités habituelles et/ou de la fatigue et une perte d'énergie, ou des plaintes corporelles exagérées ?							
8 - Présente-t-il des troubles du sommeil ? Comme par exemple : A-t-il des difficultés à s'endormir ou à rester endormi ? ou Dort-il plus ?							
9 - A-t-il des comportements qui font penser qu'il prend la nuit pour le jour ?							
10 - Présente-t-il des troubles de son comportement alimentaire ? Comme par exemple : glotonnerie ou désintérêt pour la nourriture, ou une autre bizarrerie alimentaire ?							
11 - Mange-t-il salement ?							
12 - A-t-il une anomalie ou des troubles du comportement sexuel ? si oui, précisez :							
13 - Montre-t-il des changements soudains d'humeur ? Par exemple : Passe-t-il soudain du rire aux larmes ? A-t-il des accès subits de colère ?							
<b>TOTAL PAGE =</b>							

Annexe 4 ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DEMENCE GRECO

<b>ECD GRECO Echelle Comportementale pour la Démence</b>							
	<b>0 - non</b>	<b>1 - oui</b>	<b>non applicable</b>	<b>1 = une ou deux fois par mois</b>	<b>2 = une fois par semaine</b>	<b>3 = plusieurs fois par semaine</b>	<b>4 = tous les jours</b>
<b>14</b> - Est-il hyperactif, ? Fait-il les 100 pas ? Semble-t-il incapable de rester en place ?							
<b>15</b> - Parle-t-il tout le temps et beaucoup ? ou Chantonne-t-il tout le temps ?							
<b>16</b> - Y a-t-il des moments de la journée où il est plus confus ? ( ) matin ( ) après-midi ( ) soirée ( ) nuit							
<b>17</b> - A-t-il un comportement inapproprié ? Comme par exemple : Fait-il des remarques vulgaires ou grossières ? Se déshabille-t-il n'importe où ? A-t-il des gestes grossiers ? Familiarité excessive avec des étrangers ?							
<b>18</b> - Pousse-t-il des cris de façon inappropriée ?							
<b>19</b> - S'est-il enfui de son lieu de vie ou a-t-il tenté de le faire ?							
<b>20</b> - Est-il exagérément irritable ?							
<b>21</b> - Est-il têtu ou opposant ? Par exemple : Refuse-t-il de l'aide ? ou Refuse-t-il de se laisser aider ? ou Refuse-t-il de parler , alors qu'il le pourrait?							
<b>22</b> - Nie-t-il ses erreurs ou persiste-t-il dans son comportement quand on lui en fait la remarque ? ou si on le stimule ?							
<b>23</b> - Est-il agressif verbalement ? ou Est-il menaçant envers les autres ?							
<b>24</b> - Est-il physiquement agressif envers les gens ou les choses ? Pousse-t-il ou attaque-t-il physiquement des gens ? Lance-t-il ou brise-t-il des choses ?							
<b>25</b> - S'est-il blessé volontairement sans qu'il s'agisse d'un accident, ou d'une tentative de suicide ? S'est-il égratigné ? Se frappe-t-il la tête ?							
<b>26</b> - Se tient-il à l'écart des groupes ? ou préfère-t-il rester seul ?							
<b>27</b> - Recherche-t-il de manière excessive les contacts physiques ou visuels comme par exemple : Est-il collant ? Vous suit-il ou veut-il toujours être dans la même pièce que vous ?							
<b>28</b> - Est-il soupçonneux, a-t-il des idées délirantes comme par exemple : On m'en veut, ... on me menace, ...on m'empoisonne, mon époux(se) est infidèle, ... on complotte en vue de m'abandonner, ou de me voler mon argent ?							
<b>29</b> - Pense-t-il que son conjoint ou un proche ou un membre du personnel est un imposteur ?							
<b>TOTAL PAGE =</b>							



## Annexe 4 ECHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DEMENCE GRECO

<b>ECD GRECO Echelle Comportementale pour la Démence</b>							
	0 - non	1 - oui	non applicable	1 = une ou deux fois par mois	2 = une fois par semaine	3 = plusieurs fois par semaine	4 = tous les jours
30 - Pense-t-il que les personnages de la TV sont réels ? Par exemple : Parle-t-il ou agit-il comme s'ils pouvaient le voir ou l'entendre ou comme s'ils étaient des amis ou des voisins ?							
31 - A-t-il vu ou entendu ou senti des choses qui n'existent pas ?							
32 - Lui arrive-t-il de ne pas reconnaître le lieu où il vit ? ou croit-il reconnaître un lieu qu'il ne connaissait pas ?							
33 - Pense-t-il qu'une personne qu'il sait décédée est toujours vivante ou inversement ?							
34 - Prend-il une personne familière pour un étranger ou inversement ? Prend-il une autre personne pour une personne de son entourage ? ou confond-il les membres de son entourage ?							
35 - Se trompe-t-il parfois sur la nature des objets ? Précisez :							
36 - Fait-il des choses sans but précis ? Par exemple : accumuler des choses fouiller ou ranger puis déranger ses affaires, ou fait-il des gestes répétitifs sans signification ?							
37 - Est-il inactif ? Apathique ? A-t'il perdu toute initiative? Semble-t'il indifférent? Peut-il rester des heures dans son fauteuil sans rien faire?							
<b>TOTAL PAGE =</b>							

**SCORE TOTAL OUI : / 37**

SCORE TOTAL ITEMS NON APPLICABLES : /37

**SCORE TOTAL de FREQUENCE : /148**

Y a-t-il dans tous ces comportements certains qui ne sont pas apparus au cours du dernier mois mais qui, à votre connaissance, existaient auparavant ?

### Evaluation Globale

Compte tenu des symptômes ci-dessus, ceux-ci sont d'une intensité suffisante pour :

- 0 - ne pas déranger le soignant ou l'aidant
- 1 - déranger légèrement le soignant ou l'aidant
- 2 - déranger moyennement le soignant ou l'aidant
- 3 - déranger notablement ou intolérable pour le soignant ou l'aidant

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## RÉSUMÉ

**INTRODUCTION** : La Maladie d'Alzheimer et les Maladies Apparentées (MA<sup>2</sup>) sont des affections neurologiques qui auront comme conséquence une altération de l'autonomie. Un des tournants dans l'évolution de la Maladie d'Alzheimer, se situe dans la survenue de troubles du comportement (TC) rendant difficile la prise en charge. En cas de TC persistant, l'HAS recommande l'utilisation d'outils/échelles d'évaluation, permettant un langage commun entre les différents acteurs de santé. Leurs utilisations assurent un suivi évolutif précis portant à la fois sur les symptômes et l'efficacité des thérapeutiques entreprises, qu'elles soient non médicamenteuse ou médicamenteuses. Les Thérapeutiques Non Médicamenteuses (TNM) sont recommandées en première intention dans la prise en charge des TC afin d'en diminuer leurs intensités et fréquences. Elles ont pour but de diminuer les prescriptions médicamenteuses, notamment les neuroleptiques. L'objectif principal de l'étude est de décrire les connaissances et les pratiques des médecins spécialistes en médecine générale installés sur le territoire de santé du Centre Hospitalier de Salon de Provence concernant l'évaluation des TC et l'utilisation des différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la prise en charge des TC de patients MA<sup>2</sup>. L'objectif secondaire est de décrire vers quel(s) spécialiste(s) et structure(s) d'accueil spécialisée(s) se tournent les médecins généralistes en cas de difficultés de prise en charge du fait de TC sévères.

**MATÉRIEL ET MÉTHODE** : Il s'agit d'une étude descriptive et observationnelle, intéressant les médecins spécialistes en médecine générale du bassin Salonais. Un questionnaire a été diffusé le 05 février 2018, avec relances faites à 2 reprises. Le recueil s'est effectué sur une période de 5 mois. Le questionnaire est déclaratif et comporte 4 parties : Caractéristiques des médecins généralistes inclus, Epidémiologie patients MA<sup>2</sup> et TC, Evaluation des TC, Approches thérapeutiques non médicamenteuse.

**RÉSULTATS** : Sur les 118 médecins généralistes du territoire du bassin Salonais, 50 ont répondu au questionnaire, soit 42.4 % de répondants. Sur les 50 médecins ayant répondu, 47 (soit 94%) identifient et évaluent les TC du patient MA<sup>2</sup> par l'intermédiaire de(s) aidant(s) naturel(s) et/ou familial(ux). Seuls 4 médecins (8%) utilisent ces échelles dans leur pratique courante mais pas de façon systématique. La psychothérapie demeure la plus connue des TNM, parmi les médecins interrogés pour 89,9% (n=44), la musicothérapie et la zoothérapie sont également des techniques bien connues pour la majorité respectivement pour 65,3% (n=32) et 53,1% (n=26). Lorsque les TC sont résistants au traitement, la majorité des médecins du bassin Salonais (n=49 ; 98%) demandent un avis auprès d'un spécialiste. Les unités Alzheimer au sein des EHPAD et les services de court séjour gériatrique sont les structures les plus sollicitées, lors de difficultés de prise en charge de TC sévères, respectivement pour 76% (n=38) et 70% (n=35).

**CONCLUSION** : A l'issue de notre travail, il apparaît que les différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des TC sont insuffisamment utilisées par les médecins spécialistes en médecine générale installés sur le territoire de santé du C.H. de Salon de Provence. Les approches thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des TC des patients MA<sup>2</sup> s'intègrent dans une dimension pluridisciplinaire où le médecin généraliste est au cœur du parcours de soins et de la prise en charge globale du patient MA<sup>2</sup>. Il est important qu'il puisse acquérir et entretenir des connaissances spécifiques sur le sujet, notamment au travers de la promotion et de la diffusion des recommandations actualisées de la HAS et qu'il trouve sur le territoire l'offre médicale, paramédicale et les structures de soins adaptées, pour pouvoir les utiliser dans sa pratique

**MOTS-CLÉS** : Troubles du comportement, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, médecine générale, thérapies non-médicamenteuses.