



HAL
open science

Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées démentes à domicile

Marion Soret

► **To cite this version:**

Marion Soret. Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées démentes à domicile. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04293618

HAL Id: dumas-04293618

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04293618>

Submitted on 18 Nov 2023

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année universitaire 2022-2023

THÈSE
pour le DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 7 avril 2023

par

SORET Marion

Née le 26/10/1997 à Rouen (76)

Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées démentes à domicile

Président du jury : **Dr GARGALA Gilles**, Maître de conférences des universités – praticien hospitalier

Directrice de thèse : **Dr KADRI Karine**, Praticien hospitalier gériatre

Membres du jury : **Dr RIFFLET Marc-Anthony**, Pharmacien titulaire
Dr DETUNCQ Cécile, Professeur associé –
pharmacienne d'officine

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

Liste des enseignants chercheurs

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

| |
|--------------|
| I - MEDECINE |
|--------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---------------------------------------|-------|---|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Gisèle APTER | Havre | Pédopsychiatrie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Jean-Marc BASTE | HCN | Chirurgie Thoracique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal BENHAMOU | HCN | Médecine interne |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Emmanuel BESNIER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Digestive |
| Mme Sophie CANDON | HCN | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Florian CLATOT | CB | Cancérologie – Radiothérapie |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas CORNU | HCN | Urologie |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |

| | | |
|---|-------|--|
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CHB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>) | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CHB | Radiothérapie |
| Mr Franck DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mme Julie GUEUDRY | HCN | Ophthalmologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Florian GUISIER | HCN | Pneumologie |
| Mr Claude HOUDAYER | HCN | Génétique |
| Mr Fabrice JARDIN | CHB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato – Vénérologie |
| Mme Bouchra LAMIA | Havre | Pneumologie |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HCN | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HCN | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HCN | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>) | HCN | Epidémiologie |

| | | |
|--|--------------|---|
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| Mr Gaël NICOLAS | UFR | Génétique |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>) | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie – Pathologie |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Lilian SCHWARZ | HCN | Chirurgie Viscérale et Digestive |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Réanimation médicale |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Sébastien THUREAU | CB | Radiothérapie |
| M. Gilles TOURNEL | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier TROST | HCN | Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CHB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | Les Herbiers | Médecine Physique et de Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HCN | Rhumatologie |
| Mr David WALLON | HCN | Neurologie |
| Mme Marie-Laure WELTER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Mme Najate ACHAMRAH | HCN | Nutrition |
| Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT | HCN | Virologie |
| Mr Kévin ALEXANDRE | HCN | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mr Damien COSTA | HCN | Parasitologie |
| Mr Pierre DECAZES | CB | Médecine Nucléaire |
| Mr Maxime FONTANILLES | GHH | Oncologie Médicale |
| M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>) | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| M. Florent MARGUET | HCN | Histologie |
| Mme Chloé MELCHIOR | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| M. Sébastien MIRANDA | HCN | Médecine Vasculaire |
| Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>) | HCN | Virologie |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia ROLLIN | HCN | Médecine du Travail |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| M. Abdellah TEBANI | HCN | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr Julien WILS | HCN | Pharmacologie |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|--------------------------------------|-----|---------------|
| Mme Noémie MARIE | UFR | Communication |
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |
| Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL | UFR | Anglais |
| Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC | UFR | Anglais |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|---|----------------------|
| Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim EL OMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|---|--|
| Mme Margueritta AL ZALLOUHA | Toxicologie |
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS | Chimie Organique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mme Sandrine DAHOT (MCU-PH) | Bactériologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mr Chervin HASSEL | Virologie |
| Mme Maryline LECOINTRE | Physiologie |
| Mme Hong LU | Biologie |

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Mme Marine MALLETER | Biologie Cellulaire |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ | Parasitologie |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Mme Caroline BERTOUX | Pharmacie officinale |
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| M. Damien SALAUZE | Pharmacie industrielle |

PAU-PH

| | |
|----------------------------|----------------|
| M. Pierre BOHN | Radiopharmacie |
| M. Mikaël DAOUPHARS | Pharmacie |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

| | |
|-----------------------------|--------------------|
| M. Eric BARAT | Pharmacie |
| M. Paul BILLOIR | Hématologie |
| Mme Marine CAVELIER | Pharmacologie |
| M. Thomas DUFLOT | Pharmacologie |
| M. Guillaume FEUGRAY | Biochimie Générale |
| M. Henri GONDÉ | Pharmacie |
| M. Romain LEGUILLON | Pharmacie |

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|-----------------------------|---------------|
| Mme Hilar BENJELLOUN | Mycologie |
| M. Valentin PLATEL | Pharmacologie |
| M. Nicolas VAUTRIN | Bactériologie |

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| M. Abdelmounaim MOUHAJIR | Informatique Bio-informatique |
|---------------------------------|-------------------------------|

| |
|---|
| LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES |
|---|

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim EL OMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi VARIN | Pharmacie clinique |
| M. Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mr Jonathan BRETON (med) | Nutrition |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| M. Sylvain FRAINEAU (med) | Physiologie (Inserm U 1096) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mme Rachel LETELLIER (med) | Physiologie |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Anne-Sophie PEZZINO | Orthophonie |
| Mme Christine RONDANINO (med) | Physiologie de la reproduction |
| Mr Youssan Var TAN | Immunologie |
| Mme Isabelle TOURNIER (med) | Biochimie (UMR 1079) |

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

| | |
|---|-------------|
| Remerciements | -2- |
| Liste des enseignants-chercheurs | -4- |
| Tables des matières | -13- |
| Liste des tableaux | -18- |
| Liste des figures | -18- |
| Liste des annexes | -18- |
| Table des abréviations | -19- |
| Introduction | -21- |
| 1. GENERALITES | -22- |
| 1.1. Définition, épidémiologie et étiologies | -22- |
| 1.1.1 Définition de la maladie | -22- |
| 1.1.2. Epidémiologie | -23- |
| 1.1.2.1. En France | -23- |
| 1.1.2.2. Dans le monde | -23- |
| 1.1.3. Les différentes étiologies d'un trouble neurocognitif majeur | -24- |
| 1.1.3.1. La maladie d'Alzheimer | -24- |
| 1.1.3.2. La démence vasculaire | -25- |
| 1.1.3.3. La maladie à corps de Lewy et démence parkinsonienne | -25- |
| 1.1.3.4. La démence frontotemporale | -27- |
| 1.2. Diagnostic clinique et paraclinique | -27- |
| 1.2.1. Diagnostic clinique | -27- |
| 1.2.1.1. La maladie d'Alzheimer | -27- |
| 1.2.1.2 La démence vasculaire | -28- |
| 1.2.1.3. La maladie à corps de Lewy et démence parkinsonienne | -28- |
| 1.2.1.4. La démence frontotemporale | -29- |

| | |
|---|-------------|
| 1.2.2. Les facteurs de risques | -29- |
| 1.2.2.1. Modifiables/extrinsèques | -29- |
| 1.2.2.2. Non modifiables/intrinsèques | -31- |
| 1.2.3. Diagnostic paraclinique | -33- |
| 1.2.3.1. La maladie d'Alzheimer | -33- |
| 1.2.3.2. La démence vasculaire | -34- |
| 1.2.3.3. La maladie à corps de Lewy et démence parkinsonienne | -34- |
| 1.2.3.4. La démence frontotemporale | -35- |
| 1.3. L'évolution | -35- |
| 1.3.1. Les signes associés | -35- |
| 1.3.1.1. La dépression | -35- |
| 1.3.1.2. Les troubles du sommeil | -35- |
| 1.3.2. Les complications | -36- |
| 1.3.2.1. Les troubles de la marche, de l'équilibre et les chutes | -36- |
| 1.3.2.2. La dénutrition | -37- |
| 1.3.2.3. Les troubles de déglutition et pneumopathie d'inhalation | -37- |
| 1.3.2.4. L'état grabataire | -38- |
| 1.3.2.5. Le retentissement social et familial | -39- |
| 2. LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX : | -41- |
| 2.1. Les traitements spécifiques des démences | -41- |
| 2.1.1. La maladie d'Alzheimer | -42- |
| 2.1.1.1. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase | -42- |
| 2.1.1.2. L'antiglutamate | -46- |
| 2.1.2. La maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne | -47- |
| 2.1.3. La démence vasculaire | -47- |
| 2.1.4. La démence frontotemporale | -48- |

| | |
|---|-------------|
| 2.2. Les traitements des troubles psycho-comportementaux | -48- |
| 2.2.1. Les traitements de l'agressivité | -49- |
| 2.2.1.1. Les benzodiazépines | -49- |
| 2.2.1.2. Les neuroleptiques | -49- |
| 2.2.2. Les traitements des signes psychotiques | -50- |
| 2.2.3. Le traitement de l'irritabilité | -50- |
| 2.2.4. Le traitement de l'anxiété | -51- |
| 2.2.5. Le traitement de l'agitation nocturne | -51- |
| 3.LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE : | -52- |
| 3.1. Le pharmacien | -52- |
| 3.1.1. Les conseils et mode de vie | -52- |
| 3.1.1.1. Les recommandations alimentaires et l'activité physique | -52- |
| 3.1.1.2. La stimulation cognitive | -53- |
| 3.1.1.3. L'arrêt du tabac | -53- |
| 3.1.2. Les aides à la gestion de l'adhésion médicamenteuse | -55- |
| 3.1.2.1. La préparation des doses à administrer (PDA) | -55- |
| 3.1.2.2. Eviter les interactions médicamenteuses | -56- |
| 3.1.2.3. L'éducation thérapeutique et entretiens pharmaceutiques | -56- |
| 3.1.4. Les visites à domicile | -57- |
| 3.1.4.1. La livraison à domicile | -57- |
| 3.1.4.2. Le matériel médical et les protections pour l'incontinence | -58- |
| 3.1.4.3. L'optimisation de l'environnement | -59- |
| 3.1.5. L'orientation et l'écoute | -59- |
| 3.2. Les aides existantes | -60- |
| 3.2.1. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) | -60- |
| 3.2.2. Les aides à domicile | -60- |

| | |
|--|------|
| 3.2.2.1. L'auxiliaire de vie | -61- |
| 3.2.2.2. Le portage des repas | -61- |
| 3.2.2.3. La téléalarme | -62- |
| 3.2.3. Les professionnels de santé | -62- |
| 3.2.3.1. Le médecin généraliste | -62- |
| 3.2.3.2. Le gériatre | -63- |
| 3.2.3.3. Le neurologue | -63- |
| 3.2.3.4. Le psychiatre | -63- |
| 3.2.3.5. L'infirmier diplômé d'état | -64- |
| 3.2.3.6. Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) | -64- |
| 3.2.3.7. Le masseur-kinésithérapeute | -65- |
| 3.2.3.8. L'ergothérapeute | -65- |
| 3.2.3.9. Le psychomotricien | -66- |
| 3.2.3.10. L'orthophoniste | -66- |
| 3.2.3.11. Le psychologue | -66- |
| 3.2.3.12. Le diététicien | -67- |
| 3.2.4. L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) | -68- |
| 3.3. L'aide aux aidants | -69- |
| 3.3.1. L'évaluation du fardeau de l'aidant | -69- |
| 3.3.2. Les solutions de répit | -70- |
| 3.3.2.1. L'accueil de jour | -70- |
| 3.3.2.2. L'hébergement temporaire | -70- |
| 3.3.2.3. Le service de répit à domicile | -71- |
| 3.3.2.4. La garde de nuit | -71- |
| 3.3.2.5. Le balluchonnage | -71- |
| 3.3.2.6. Les vacances adaptées | -73- |

| | |
|-------------------------------|-------------|
| 3.3.3. Les associations | -73- |
| 3.3.4. Le congé proche-aidant | -74- |
| Conclusion | -75- |
| Annexes | -76- |
| Bibliographie | -89- |
| Serment de Galien | -95- |

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la répartition dans le monde des personnes affectées par une démence

Liste des figures

Figure 1 : Schéma comparatif cerveau sain / cerveau d'un patient atteint de la MA -
(Docteur Clic)

Figure 2 : Observation au microscope d'une cellule neuronale. L. Bousset et R. Melki/Neuropsi - (Riou-Milliot 2015)

Figure 3 : Spirale de la dénutrition de Monique Ferry

Liste des annexes

Annexe 1 : MMSE

Annexe 2 : Diagnostic DCL

Annexe 3 : Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Annexe 4 : Echelle de Cohen-Mansfield

Annexe 5 : Exemple PDA Pharmacie de la Grand Mare

Annexe 6 : Echelle de Zarit

Annexe 7 : Mémo pour les pharmaciens

Table des abréviations

AINS Anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM Autorisation de Mise sur le Marché

AJPA Allocation Journalière du Proche Aidant

ALD Affection de Longue Durée

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

BPM Bilan Partagé de Médication

CLIC Centres Locaux d'Information et de Coordination

CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DFT Démence FrontoTemporale

DCL Démence à Corps de Lewy

DP Dossier Pharmaceutique

ECG Electrocardiogramme

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EP Entretien Pharmaceutique

ESA Equipe Spécialisée Alzheimer

GIR Groupe Iso-Ressources

HAS Haute Autorité de Santé

IEC Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

I-MIBG Méta-iodobenzylguanidine

MA Maladie d'Alzheimer

MCV Maladies Cardiovasculaires

MMSE Mini-Mental State Examination

MSP Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMDA N-méthyl-D-aspartate

NPI-ES Inventaire Neuropsychiatrique – version Equipe Soignante

PDA Préparation des Doses à Administrer

PHSQ Pharma Système Qualité

SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SMR Service Médical Rendu

SSIAD Services de Soins Infirmiers à Domicile

TEMP Tomographie par émission monophotonique

V-VST Volume-Viscosity Swallow Test

Introduction

Bien que les progrès dans le domaine de la santé soient grandissants, le vieillissement de la population engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes par des maladies neurodégénératives telles que les démences.

Face à cette problématique, le rôle des professionnels de santé et des acteurs sociaux est de faire en sorte que « les personnes atteintes de démence et leurs aidants vivent bien, reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin pour réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité, de respect, d'autonomie et d'égalité » (*OMS 2021*)

Les problématiques engendrées par ces maladies sont rencontrées rapidement au cours de l'évolution de la pathologie : les personnes atteintes et leurs aidants peuvent vite se retrouver submergés par cette dernière. Il me semble important de pouvoir aider ces personnes, qui seront de plus en plus nombreuses. Il est primordial de pouvoir les soutenir et les accompagner afin de retarder l'institutionnalisation et maintenir la personne chez elle dans les meilleures conditions possible.

Dans un premier temps une présentation générale des différentes démences sera réalisée (définition, épidémiologie, diagnostic, facteurs de risques, évolution). Puis nous détaillerons les traitements médicamenteux spécifiques des démences et ceux des signes associés. Pour finir nous tenterons de répondre aux problématiques suivantes :

- Comment le pharmacien d'officine peut accompagner les personnes âgées démentes et leurs aidants ?
- Quelle est sa place dans le système de santé ?
- Quels sont les moyens existants pour un maintien à domicile optimal ?

Le but de ce travail de thèse sera de pouvoir accompagner une personne âgée démente ou son aidant si l'un d'entre eux vient à l'officine en disant rencontrer des problématiques quant au maintien à domicile.

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. Définition, épidémiologie et étiologies

1.1.1. Définition de la maladie

La démence est un syndrome appelé « trouble neurocognitif majeur » (TNC majeur) dans le DSM V (*American psychiatric association 2015*). Elle est caractérisée comme étant une atteinte neurocognitive acquise entraînant le déclin d'une ou plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales au fur et à mesure du temps. C'est un déclin persistant et irréversible qui entraînera des répercussions sur la vie quotidienne de la personne, notamment avec une perte d'autonomie importante.

Les différents domaines cognitifs touchés que l'on retrouve chez les personnes atteintes de TNC sont :

- L'attention complexe (attention soutenue, attention divisée, attention sélective, vitesse de traitement)
- Les fonctions exécutives (planification, prise de décision, mémoire de travail, capacité de corriger en réponse à des commentaires, flexibilité mentale, habitudes ancrées et contrôle inhibiteur)
- Les capacités d'apprentissage et la mémoire
- Le langage
- Les fonctions perceptivo-motrices
- La cognition sociale

Il existe une classification de la sévérité de la démence : légère, modérée et sévère. Celle-ci est faite en fonction de son impact sur la vie quotidienne.

Sévérité de la démence :

- **Légère** : difficultés rencontrées dans la réalisation des activités instrumentales de la vie quotidienne (par exemple : les travaux ménagers, la gestion de l'argent)
- **Modérée** : difficultés rencontrées dans la réalisation des activités de base de la vie quotidienne (par exemple : l'alimentation, l'habillage)
- **Sévère** : complètement dépendant

1.1.2. Épidémiologie

L'espérance de vie augmente, mais avec elle augmente aussi le nombre de personnes souffrant de maladies non transmissibles telle que la démence (*OMS 2021*).

1.1.2.1. En France

D'après Michaël Rochoy et plusieurs de ses collègues du département de médecine générale de l'université de Lille (*Rochoy et al. 2019*), les troubles neurocognitifs impacteraient près de 1,2 millions de personnes, dont quasiment deux tiers par la maladie d'Alzheimer.

La prévalence s'élève à 40 personnes pour 1 000 après 60 ans, à 180 personnes pour 1 000 après 75 ans et à 1 personne sur 2 après 90 ans.

Le taux d'incidence se trouve entre 13 et 19 personnes pour 1 000 par année.

1.1.2.2. Dans le monde

En 2019, l'OMS (*OMS 2021*) a fait un état des lieux, dans le Monde, des différents chiffres de la démence, toute cause confondue. Pour cela, elle s'est appuyée sur les données de l'Observatoire mondial de la démence :

- Tableau 1 -

Tableau récapitulatif de la répartition dans le monde des personnes affectées par une démence

| Régions | Nombre de personnes (en millions) |
|------------------------|--------------------------------------|
| Pacifique occidental | 20,1 |
| Europe | 14,1 |
| Amérique | 10,3 |
| Asie du Sud-Est | 6,5 |
| Méditerranée orientale | 2,3 |
| Afrique | 1,9 |
| Total | 55,2 |

Il est de plus souligné que le nombre de nouveaux cas par an s'élève à près de 10 millions.

L'OMS estime que d'ici 2030, 78 millions de personnes seront touchées et 139 millions en 2050. Ce serait la principale cause de dépendance et d'invalidité chez les personnes âgées tous pays confondus.

De plus, les démences seraient la 25^{ème} cause d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et chez les plus de 60 ans, elles seraient un des dix facteurs responsables des années vécues avec un handicap (AVH).

Toujours selon les chiffres de cette année, l'Observatoire mondial de la démence a recensé 1,6 millions de personnes décédées à la suite de ce syndrome. Ce qui la place dans les quinze premières causes de mortalité dans le monde.

1.1.3. Les différentes étiologies d'un trouble neurocognitif majeur

1.1.3.1. La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est la première cause de trouble neurocognitif majeur. Selon l'Institut du cerveau, cette pathologie toucherait 900 000 personnes en France, dont 1 personne sur 20 de plus de 65 ans, 1 femme sur 4 et 1 homme sur 5 après 85 ans.

Elle se caractérise par une perte de neurones à la suite de deux lésions : d'une part la formation de plaques amyloïdes et d'une autre part la dégénérescence neurofibrillaire.

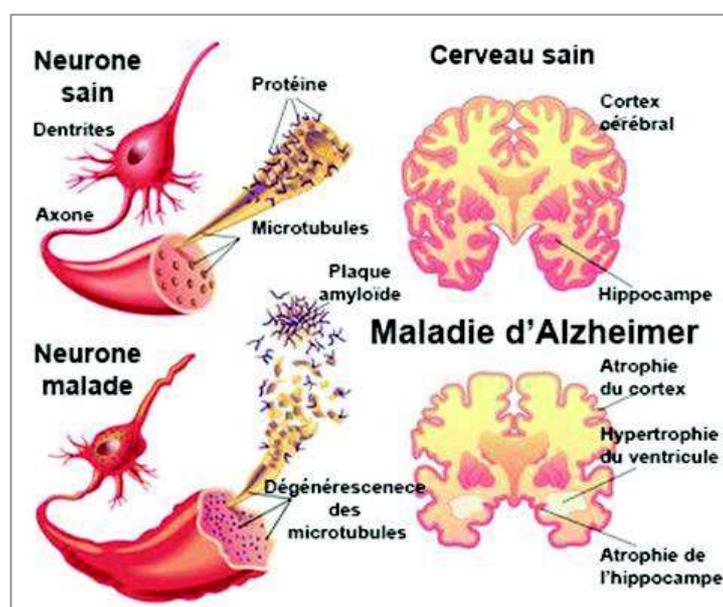
Les plaques amyloïdes, aussi appelées « dépôts amyloïdes » ou encore « plaques séniles » sont formées à la suite d'une accumulation anormale extracellulaire de protéines bêta-amyloïde entre les neurones, induisant une toxicité pour ces derniers.

La dégénérescence neurofibrillaire, quant à elle, est due à la protéine Tau, qui joue un rôle de structure. Cette protéine s'accumule en amas, elle aussi de façon anormale, dans le prolongement des neurones et est hyperphosphorylée ce qui entraîne une désorganisation des neurones conduisant à une mort de ces derniers.

Les lésions vont se développer au fur et à mesure du temps de l'hippocampe (organe jouant un rôle important dans le comportement, la mémoire et les émotions) vers le cortex cérébral tout entier, expliquant l'apparition des troubles neurocognitifs. (*Institut du cerveau*).

- Figure 1 -

Schéma comparatif cerveau sain / cerveau d'un patient atteint de la MA



1.1.3.2. La démence vasculaire

La démence vasculaire, aussi appelée encéphalopathie vasculaire, est la deuxième cause de démence chez la personne âgée.

C'est une pathologie qui atteint les vaisseaux sanguins du cerveau. Il semblerait qu'elle se développe à la suite d'une ischémie ou d'une hémorragie, se traduisant par une réduction du flux sanguin dans le cerveau, entraînant une souffrance pour cet organe. Cela explique l'apparition des troubles neurocognitifs. Souvent sont rencontrées des lésions cérébrales de type infarctus ou des atteintes microvasculaires.

Cette forme de démence est régulièrement associée à la maladie d'Alzheimer chez le sujet âgé, nous parlons alors de démence mixte : les neurones et les vaisseaux sanguins s'altèrent petit à petit avec l'âge. La démence mixte se traduit donc par l'association de lésions cérébrovasculaires et de lésions dégénératives. (*France Alzheimer*)

1.1.3.3. La maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne

La maladie à corps de Lewy est la troisième cause, en termes de fréquence, de trouble neurocognitif majeur chez le sujet âgé.

Elle se distingue des démences vues précédemment par la présence, dans le cortex cérébral des personnes atteintes, de corps de Lewy. Les corps de Lewy sont des inclusions neuronales contenant des agrégats anormaux d' α -synucléine.

Cette protéine est retrouvée en grande quantité dans le cerveau. Elle joue un rôle de transmetteur de signaux et de régulateur dopaminergique. Des mutations ou des développements de formes toxiques de cette protéine peuvent être retrouvés. Ils peuvent bloquer les messages transmis au cerveau, entraînant ainsi les troubles retrouvés dans la maladie à corps de Lewy et le syndrome parkinsonien. (*France Parkinson*)

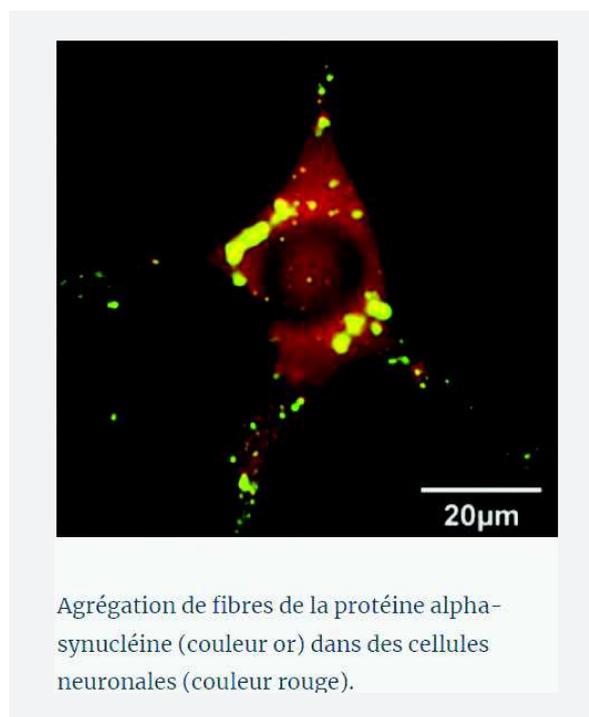
De plus, est observé, une réduction de la fixation du transporteur de dopamine dans le striatum, neurotransmetteur influant fortement le comportement humain.

La démence à corps de Lewy se caractérise par l'apparition, dans un premier temps, de troubles cognitivo-comportementaux. Les symptômes moteurs caractéristiques de la maladie de Parkinson n'apparaissant que dans l'année qui suit. (*Ferchichi et al. 2000*)

A l'inverse, la maladie de Parkinson se caractérise par des symptômes moteurs en début d'évolution de la maladie. Les troubles cognitifs n'apparaissent, eux, qu'en fin d'évolution de la maladie.

- *Figure 2* -

Observation au microscope d'une cellule neuronale



1.1.3.4. La démence frontotemporale

Dans cette démence, ce sont les neurones des lobes frontaux et temporaux qui sont touchés, ce qui se traduit par une atrophie cérébrale bilatérale. Le lobe frontal joue un rôle dans le langage, la coordination motrice volontaire et musculaire nécessaire notamment pour les mouvements de la tête et du cou comme la mastication et la déglutition, mais aussi dans la planification et la mémoire. Le lobe temporal joue quant à lui un rôle centré sur les sens : le goût et l'audition, ainsi que sur le langage, la mémoire et les émotions.

Elle aura, à la différence de la maladie d'Alzheimer, une atteinte comportementale plutôt que cognitive.

Les dysfonctionnements observés dans cette démence sont dus à des inclusions de deux protéines : la protéine Tau et la protéine TDP-43 (Transactive response DNA binding Protein 43), ces dernières subissent respectivement des mutations entraînant des perturbations physiologiques qui conduisent à une dégénérescence neuronale. (*Chataigner*)

1.2. Diagnostic clinique et paraclinique

1.2.1. Diagnostic clinique

1.2.1.1. La maladie d'Alzheimer

Les symptômes de cette maladie vont se développer au cours de trois phases évolutives : la phase prédéméntielle ou prodromale (début de la phase symptomatique), la phase d'état ou démence (légère à modérée) puis la phase de démence sévère.

Lors de la phase prodromale, les gestes de la vie quotidienne sont encore réalisés par la personne. Le premier signe apparaissant est l'oubli à mesure, les patients se plaignent « d'oublier des choses, de devoir faire répéter plusieurs fois, de ne pas retrouver des objets, etc. », c'est la plainte mnésique. Souvent ce sont les personnes proches du patient qui évoquent ce changement en premier. Ce sont les régions temporales internes, c'est-à-dire hippocampe et cortex adjacents, qui sont touchés dans cette phase. Celle-ci va durer en moyenne entre 2 et 4 ans.

S'en suit la phase d'état : les gestes de la vie quotidienne qui étaient encore réalisables par la personne atteinte deviennent compliqués, l'autonomie est nettement altérée. Les troubles de la mémoire deviennent sévères. S'ajoute à cela des troubles des fonctions instrumentales,

c'est le syndrome aphaso-apraxo-agnosique, et des troubles des fonctions exécutives. Les lésions s'étendent aux régions corticales et sous corticales associatives.

La dernière phase est caractérisée par une perte d'autonomie totale pour les actes de la vie quotidienne. C'est la phase la plus avancée de la maladie qui est souvent synonyme d'institutionnalisation pour les personnes et apparaît en moyenne 7 à 8 ans après la détection des premiers symptômes. Des troubles du comportement existent souvent à ce stade de la maladie : productifs (agitation, opposition aux soins, déambulation, hallucinations, syndrome délirant, ...) et/ou déficitaires (apathie). Ce stade sévère associe également des troubles de déglutition et parfois des crises d'épilepsie.

La plupart du temps les personnes décèdent des suites des complications telles que les troubles de la déglutition dont découlent la dénutrition et les pneumopathies d'inhalation, ou encore les chutes responsables d'une grabatisation. (*Collège des enseignants de neurologie 2019*)

1.2.1.2. La démence vasculaire

La démence vasculaire se caractérise le plus souvent par une évolution en paliers si l'on compare avec la maladie d'Alzheimer, qui elle, évolue en continu. L'apparition ou l'aggravation des symptômes vont avoir lieu à la suite des atteintes cérébrales que nous avons vues précédemment.

Selon les patients, les symptômes peuvent être différents au début de la maladie en fonction des zones du cerveau touchées en premier. Les troubles de la mémoire, de l'attention, de la planification, du langage, de la confusion, une perte de volonté ou de l'apraxie sont les symptômes principalement rencontrés.

Lorsque la démence est avancée, d'autres symptômes apparaissent tels que l'incontinence, les troubles de la marche et les troubles de la déglutition. (*Orphanet 2008*)

1.2.1.3. La maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne

La démence à corps de Lewy se différencie de la maladie d'Alzheimer par des hallucinations et un syndrome Parkinsonien. Les troubles cognitifs sont progressifs, et touchent principalement les fonctions exécutives, les capacités attentionnelles, et les fonctions visuelles.

Les troubles hallucinatoires peuvent être visuels ou auditifs, et sont d'apparition précoce. Les troubles du sommeil paradoxal causant des « rêves éveillés » voir des cauchemars violents, sont les signes spécifiques de cette pathologie. Nous retrouvons également une clinique très fluctuante dans le temps (changements imprévisibles dans la concentration, l'attention, la vigilance et l'éveil), pouvant causer une somnolence inhabituelle, des chutes fréquentes et des pertes de connaissances inexplicables. *(Boddaert et Collège national des enseignants de gériatrie 2018)*

1.2.1.4. La démence frontotemporale

Cette forme de démence est caractérisée par des troubles comportementaux, dans le cadre d'un syndrome dit « frontal ». Ce sont principalement la personnalité, le comportement et le langage qui sont touchés.

Les troubles de la personnalité et du comportement sont marqués par une désinhibition et parfois par un manque d'hygiène corporelle. De plus le comportement de la personne peut s'avérer impulsif.

Les troubles du langage se définissent par un manque du mot, des paraphasies, un langage grossier et inapproprié.

La mémoire, elle, est moins touchée que dans le cas d'une maladie d'Alzheimer. *(Boddaert et Collège national des enseignants de gériatrie 2018)*

1.2.2. Les facteurs de risques

Les facteurs de risques d'apparition d'un trouble neurocognitif majeur chez la personne âgée sont regroupés en deux catégories : les facteurs de risques modifiables ou extrinsèques (que la personne peut corriger) et les facteurs de risques non modifiables ou intrinsèques (que la personne ne peut pas corriger).

1.2.2.1. Modifiables/extrinsèques

La sédentarité : elle est connue comme étant un facteur de risque important de développer une démence. La pratique d'une activité physique peut à la fois diminuer le risque de développer une démence mais aussi d'améliorer les fonctions cognitives.

Selon une étude, « l'activité physique, peut contribuer à la prévention du déclin cognitif et retarder l'apparition de la démence. En plus de ses multiples avantages convaincants, un

nombre croissant de preuves suggèrent qu'une vie active a un effet protecteur sur le fonctionnement du cerveau chez les personnes âgées. L'activité physique peut également ralentir l'évolution de la maladie d'Alzheimer. » (*Rolland et al. 2008*)

Le tabagisme : C'est un facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées. Il augmenterait de 60% le risque de développer une démence par rapport à une personne qui n'a jamais fumé. Le docteur Durazzo et ses collègues décrivent qu'un tabagisme ancien ou actif conduit à un risque majoré de développer une démence. « La fumée de cigarette/tabagisme est associée à la neuropathologie de la MA chez les modèles précliniques et les humains. Le stress oxydatif cérébral lié au tabagisme est un mécanisme potentiel favorisant la pathologie de la maladie d'Alzheimer et un risque accru de maladie d'Alzheimer. » (*Durazzo et al. 2014*)

La consommation excessive d'alcool : C'est un facteur de risque de déclin cognitif. En effet, des chercheurs ont démontré qu'une consommation en grande quantité d'alcool engendrait une atrophie cérébrale. Cette atrophie croît proportionnellement à la consommation d'alcool. De plus les femmes seraient plus touchées par ce phénomène que les hommes. Ceci serait dû au fait qu'elles absorbent l'alcool plus rapidement que les hommes, ce qui aurait un impact plus important sur leur cerveau. (*Paul et al. 2008*)

Les facteurs de risque cardio-vasculaire : On peut citer le diabète, la surcharge pondérale, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. De nombreux chercheurs s'accordent pour dire que les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires (MCV) jouent un rôle important dans le développement du déclin cognitif.

Les études démontrent qu'une prise en charge adéquate de ces facteurs peut prévenir ce phénomène. Cela conforte les médecins à débiter ou continuer un traitement antihypertenseur et/ou antidiabétique chez les patients présentant un risque de déclin cognitif. (*Fillit et al. 2008*)

La prévention des maladies cardiovasculaires prend alors tout son sens, d'autant plus avec ce que nous avons pu voir précédemment dans la physiopathologie de l'encéphalopathie vasculaire notamment.

La dépression : Des recherches ont prouvé que la dépression pouvait augmenter le risque de développer un déclin cognitif et une démence. En effet, Gorwood P. et ses pairs ont montré qu'il existait une relation toxique entre une dépression sévère et l'hippocampe. Les fonctions de cette partie du cerveau se trouvent altérées, notamment la mémoire, chez les personnes

ayant souffert ou souffrant de dépression chronique. (Gorwood et al. 2008). Or nous avons vu que l'hippocampe était la partie du cerveau touchée en premier, spécifiquement dans la maladie d'Alzheimer, ceci est donc un lien à ne pas négliger.

Cette analyse est partagée par une autre étude prouvant qu'il existe un lien entre la présence d'une comorbidité de la dépression et les processus neuropathologiques chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer. Cette étude post-mortem démontre que les patients souffrant de ce trouble neurocognitif et de dépression présentent des plaques amyloïdes hippocampiques et une dégénérescence neurofibrillaire bien plus développées que les patients ayant une MA sans syndrome dépressif, et ceux au-delà de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation et du statut cognitif. (Rapp et al. 2008)

Le niveau socio-culturel : Le faible niveau d'éducation est lui aussi un facteur de risque de démences. Stern Y. a réalisé une étude prouvant qu'il existait une « réserve cognitive ». Cette dernière varie en fonction des expériences de vie, de la réussite scolaire et professionnelle ainsi que des activités de loisirs. En effet les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont une réserve cognitive davantage développée.

Ce chercheur démontre que chez les personnes ayant une réserve cognitive accrue, le cerveau est plus enclin à supporter les atteintes qui peuvent apparaître au fur et à mesure du temps et avec l'âge. La stimulation cognitive permet la croissance neuronale et réduit la progression de l'atrophie de l'hippocampe causée par le vieillissement. Ces personnes ont donc une tolérance plus élevée à la maladie d'Alzheimer et aux démences associées. (Stern 2012)

1.2.2.2. Non modifiables/intrinsèques

L'âge : C'est le principal facteur de risque. Comme nous avons pu le voir précédemment, la prévalence des troubles neurocognitifs majeurs augmente de façon importante dans les tranches d'âges supérieures à 60 ans. Elle double presque tous les cinq ans à partir de 65 ans. (Fondation recherche pour Alzheimer)

Le sexe : D'après un communiqué publié par l'INSERM, les femmes âgées ont un risque plus élevé que les hommes de développer un trouble neurocognitif majeur. Elles auraient notamment un risque 50% plus élevé que les hommes de développer la maladie d'Alzheimer. (Inserm 2021)

Une étude, nommée PAQUID (Personnes Agées Quid), appuie, elle aussi, cet argument. Cette étude de cohorte montre que le taux d'incidence de démence, tout type confondu, est

plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En effet, concernant les personnes âgées de 80 à 84 ans, le taux d'incidence pour 1000 personnes est de 19,3 pour les hommes et de 33 pour les femmes. Ce taux ne cesse d'augmenter plus les personnes prennent de l'âge, il atteint 31,8 pour les hommes et 70,3 pour les femmes chez les personnes ayant plus de 90 ans. (*Letenneur et al. 1999*)

Les facteurs génétiques : Bien qu'il ne s'agisse pas de la cause principale, c'est un critère dont il faut tenir compte. Selon les pathologies, différents gènes sont touchés :

- Dans le cas de la **maladie d'Alzheimer**, la forme héréditaire ne représente que 1% des personnes atteintes. D'un point de vue génétique, les chercheurs ont découvert plusieurs gènes qui augmentent le risque de développer une maladie d'Alzheimer, notamment le gène de l'apolipoprotéine-e4 qui a le plus fort impact sur le risque d'apparition de la maladie. C'est un gène qui joue un rôle dans la fabrication d'une protéine (apolipoprotéine) nécessaire pour le transport du cholestérol. La forme -e4, aussi appelée allèle -e4, du gène APOE augmente le risque de développer la MA par rapport aux autres allèles existantes. (*2020 Alzheimer's disease facts and figures 2020*)
- La **démence vasculaire** n'a généralement pas de cause héréditaire. Dans la majorité des cas ce sont des facteurs héréditaires indirects de cette pathologie qui sont transmis : les facteurs de risques cardiovasculaires (obésité, tabagisme, hypertension, diabète, etc.). Il existe, cependant, une forme très rare de démence vasculaire héréditaire : la forme CADASIL (artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et leucoencéphalopathie). C'est un trouble qui affecte les petits vaisseaux. Cette affection est causée par une mutation dans le gène NOTCH3. (*Orphanet 2008*)
- Concernant la **maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne**, peu de données sur l'hérédité sont connues. Il semblerait qu'il existe peu de formes familiales de démence à corps de Lewy. Des études sont menées pour étudier l'implication du gène de l'Apo-e4 (retrouvé dans la maladie d'Alzheimer) dans cette démence. (*Dr. MUTEZ*)
- La **démence frontotemporale** tend à être une pathologie héréditaire. « Environ 50% des patients atteints de DFT ont une histoire familiale de la maladie évoquant une cause génétique. A ce jour, plus de 20 gènes porteurs de mutations sont associés aux formes familiales de DFT (TAU, Progranuline, VCP, CHMP2B...), mais une partie

des formes familiales (environ 15%) restent encore inexplicées, sans mutations identifiées. » (*Institut du cerveau*)

1.2.3. Diagnostic paraclinique

Un diagnostic précoce est conseillé dans ce type de pathologies, cependant un dépistage généralisé de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées n'est pas recommandé en population générale.

Communément à toutes les démences, un entretien aura lieu permettant de préciser les antécédents, les signes fonctionnels exprimés par le patient et l'entourage, l'histoire de la maladie et le retentissement au quotidien. Devant toute suspicion de trouble neurocognitif majeur, seront réalisés un examen somatique complet, la recherche de syndromes gériatriques, ainsi qu'un bilan biologique de première intention avec une numération de formule sanguine, une CRP, une TSH, une albuminémie et un ionogramme sanguin avec calcémie et glycémie à jeun.

Un 1^{er} test de dépistage sera réalisé par le médecin traitant. Il s'agit du Mini-mental State Examination de Folstein (MMSE). Le MMSE est un test comprenant 30 questions (*annexe I*), qui permet d'évaluer les fonctions cognitives de la personne. Le score maximal est donc de 30 points ; si le score est inférieur à 10, l'atteinte cognitive est sévère ; si le score est inférieur à 18, l'atteinte cognitive est modérée et si le score est supérieur ou égal à 23, l'atteinte cognitive est légère.

Un bilan neuropsychologique sera réalisé par une neuropsychologue afin d'évaluer la sévérité du trouble neurocognitif.

En fonction des résultats obtenus, d'autres examens plus spécifiques seront réalisés.

1.2.3.1. La maladie d'Alzheimer

Le diagnostic de certitude de cette pathologie est un examen post-mortem ; ce sera donc un diagnostic de probabilité qui sera réalisé à l'aide d'éléments cliniques et paracliniques.

Sur le plan paraclinique, l'IRM est l'examen indispensable au diagnostic, celle-ci montrera, en cas de maladie, une atrophie cérébrale diffuse dans les régions temporaux-pariétales et au niveau du cortex hippocampique.

Un bilan biologique peut aussi être réalisé en cas de diagnostic difficile. Il s'agit d'un prélèvement de liquide cébrospinal. Ce sont les protéines TAU et la protéine bêta amyloïde

qui seront recherchées dans ce prélèvement. En effet, s'il s'agit d'une maladie d'Alzheimer, il y aura une forte concentration de protéine TAU et à l'inverse une concentration basse de protéine B amyloïde. *(Dulac et al. 2019)*

1.2.3.2. La démence vasculaire

Le diagnostic de la démence vasculaire repose sur le lien entre les symptômes et les lésions cérébrales vasculaires. Ces lésions sont mises en évidence sur l'IRM cérébrale.

1.2.3.3. La maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne

Le diagnostic de la maladie à corps de Lewy se fait à l'aide des critères cliniques de McKeith *(annexe 2)*, regroupés en cinq catégories que nous résumerons ici *(HAS 2011b)* :

- **Manifestation centrale** : un déclin cognitif progressif entraînant une perte d'autonomie et ayant un impact sur les relations sociales et professionnelles ; une altération mnésique ; ainsi que des atteintes au niveau de l'attention, des fonctions exécutives et des capacités visuo-spatiales
- **Signes cardinaux** : fluctuations cognitives, hallucinations visuelles et caractéristiques motrices d'un syndrome parkinsonien
- **Manifestations évoquant une DCL** : trouble du sommeil paradoxal et hypersensibilité aux neuroleptiques
- **Symptômes en faveur d'une DCL** : chutes répétées, pertes de connaissances brèves et inexplicables, dysautonomie, hallucinations autres que visuelles, idées délirantes, dépression, ondes lentes sur l'EEG
- **Le diagnostic de DCL est moins probable en présence** : de maladies cérébro-vasculaires, d'une affection physique ou de toute autre affection cérébrale suffisante pour expliquer en partie ou en totalité le tableau clinique.

En plus de ces critères sera réalisé d'autres examens : un électroencéphalogramme montrant les anomalies du sommeil paradoxal, un TEMP au Dat-Scan montrant un hypométabolisme dopaminergique, et une scintigraphie myocardique pour mettre en évidence l'anomalie de la fixation du I-MIBG. *(Boddaert et Collège national des enseignants de gériatrie 2018)*

1.2.3.4. La démence frontotemporale

La démence frontotemporale est difficile à identifier car il existe peu de tests spécifiques.

Le diagnostic de DLFT repose sur les détails des troubles comportementaux et du langage, sur les imageries (IRM, scintigraphie ou TEMP) montrant un dysfonctionnement des lobes frontaux et temporaux, ainsi que sur des analyses génétiques à la recherche d'une forme héréditaire. (HAS 2011a)

1.3. L'évolution

1.3.1. Les signes associés

1.3.1.1. La dépression

Beaucoup de personnes âgées souffrant de démence sont sujet au syndrome dépressif. La dépression engendre une détresse, réduit la qualité de vie et augmente les troubles cognitifs et fonctionnels.

C'est un trouble qui peut être délicat à dépister chez le sujet âgé étant donné la similitude des symptômes qu'il peut y avoir avec une démence, et les difficultés de communication entre équipe soignante et patient. Les symptômes les plus rencontrés sont l'apathie, la perte d'intérêt, l'isolement social, le trouble de l'attention et les pensées altérées. (*Alzheimer's Association*)

La dépression impacte à la fois la personne atteinte mais aussi son entourage, d'où l'importance de ne pas négliger ce phénomène pour améliorer la qualité de vie commune.

1.3.1.2. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont souvent observés chez les personnes âgées souffrant de démence.

Ce trouble se caractérise par des éveils nocturnes prolongés, engendrant une fragmentation du sommeil avec une diminution du sommeil lent profond et une modification du sommeil paradoxal.

Cela peut être la cause de somnolence durant la journée et de troubles comportementaux avec notamment de la déambulation nocturne. Le rythme sommeil/éveil s'altère progressivement avec l'évolution de la maladie.

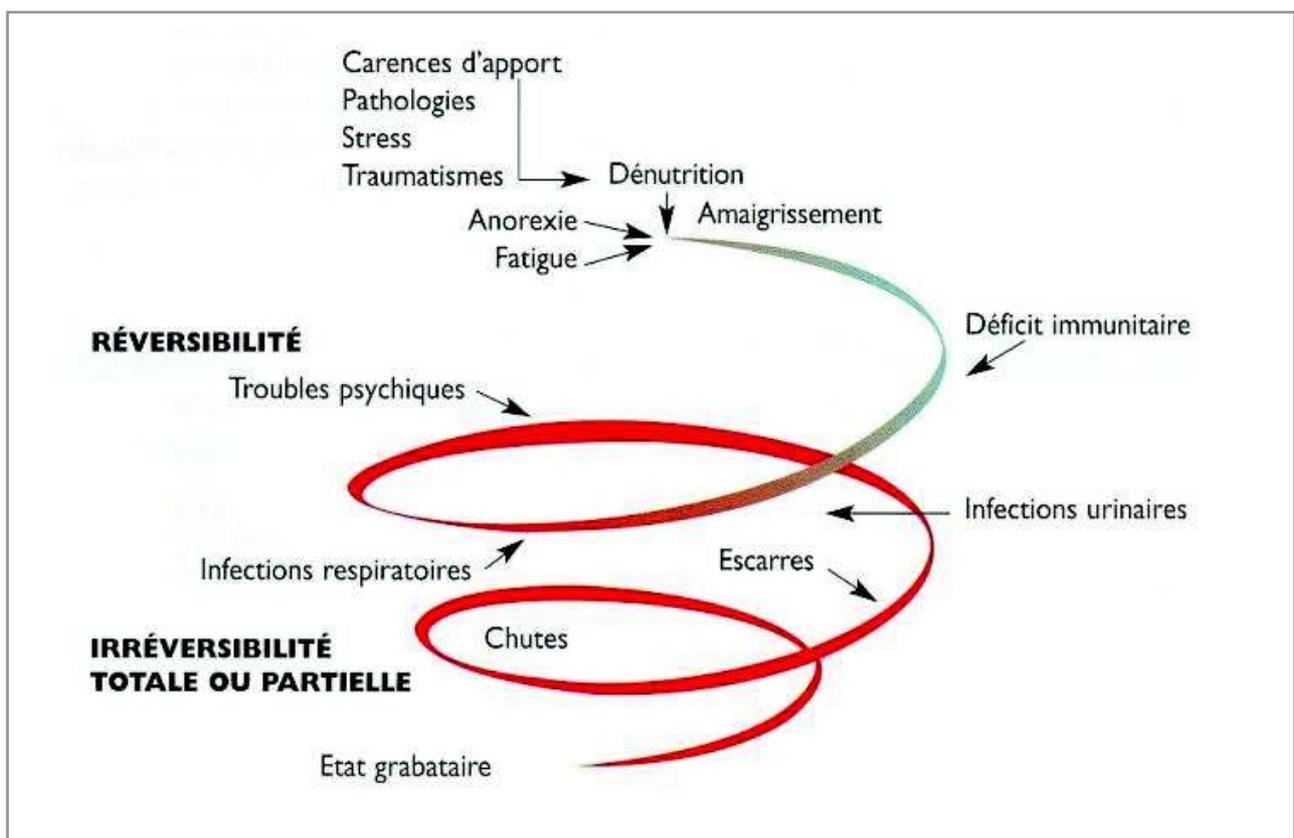
Les troubles du sommeil ont tendance à être plus sévères dans le cas de la maladie à corps de Lewy comparé aux autres démences. (Vecchierini 2010)

1.3.2. Les complications

De nombreux troubles, en cas de carences, pathologies, stress ou traumatismes, peuvent apparaître chez les personnes âgées. Le docteur Monique Ferry les a rassemblées dans ce schéma (Ferry) :

- Figure 3 -

Spirale de la dénutrition du Docteur Monique Ferry



Nous nous pencherons plus particulièrement sur les complications liées aux troubles neurocognitifs majeurs.

1.3.2.1. Les troubles de la marche, de l'équilibre et les chutes

Le Professeur P. Manckoundia, médecin au sein du service de médecine interne gériatrique au CHU de Dijon, a rassemblé plusieurs données montrant qu'il y avait un lien entre les démences et les troubles de la marche, de l'équilibre.

L'impact des démences, tout type confondu, sur la marche et l'équilibre est important. En effet, les différentes altérations cérébrales, engendrées par ces pathologies, entraînent plusieurs dégradations sur la marche et l'équilibre : rigidité des membres, ralentissement moteur, réduction de la longueur des pas et de la vitesse de marche, augmentation du balancement du corps, perturbation de la station debout. Ces troubles sont de sévérité proportionnelle à la gravité de la démence.

Les chutes sont les principales conséquences des troubles de la marche. La prévalence est nettement supérieure chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs que chez les personnes non atteintes. Ceci peut s'expliquer par les différents troubles de ces personnes, notamment les troubles du jugement (les personnes vont marcher dans le noir), troubles praxiques (vêtements mal mis), troubles visuo-spatiaux, altération de la perception, ou encore troubles du comportement avec la déambulation. (*Manckoundia 2012*)

1.3.2.2. La dénutrition

La dénutrition est un état du corps fréquemment rencontré chez les personnes âgées, et de manière accrue chez les personnes souffrant de démence. Ceci s'explique par les troubles cognitifs et comportementaux qui impactent aussi l'alimentation, pouvant aller d'une simple perturbation du déroulement des repas jusqu'au refus total.

Au début de la maladie, la dénutrition peut être due aux difficultés de faire les courses ou de composer ses repas. Puis, avec l'évolution de la maladie, la personne peut perdre l'appétit ou simplement oublier de s'alimenter. L'isolement social des personnes atteintes va amplifier ce phénomène.

Des études ont démontré que la dénutrition pouvait causer une accélération du déclin cognitif. Nous savons de plus que ce phénomène engendre une fonte musculaire, un risque de chute et de complications infectieuses majorés, mais aussi un risque de développer des escarres (dans le cas où la personne se déplace peu). Pour l'ensemble de ces risques, une prise en charge globale est importante. Il est nécessaire d'adapter au mieux la prise alimentaire de la personne atteinte. (*Barberger-Gateau 2015*)

1.3.2.3. Les troubles de déglutition et pneumopathie d'inhalation

Les troubles de la déglutition sont fréquemment rencontrés chez les personnes âgées.

Ils peuvent avoir pour cause certaines pathologies, notamment les démences.

La déglutition se dégradera à plusieurs niveaux. On observera :

- **Une altération du temps buccal :** avec une diminution de la force des muscles masticateurs et de la langue, une diminution de la sécrétion de salive et une altération fonctionnel de l'appareil dentaire. Ceci entraînant un défaut de préparation du bolus alimentaire et une mauvaise orientation de ce dernier ;
- **Une altération de la phase pharyngée :** avec notamment un retard du déclenchement du réflexe de déglutition, un défaut de l'élévation et de la contraction laryngée. Ceci entraînant une augmentation de la durée du temps pharyngée de la déglutition, une stase du bolus et une pénétration laryngée.

Il a été démontré que dans le cas des démences, les troubles de la déglutition étaient aussi marqués par un oubli de déglutir ou des difficultés à la prise de certaines textures, en particulier les liquides.

Également en lien à ces pathologies, les thérapeutiques mises en place peuvent elles aussi amplifier ce trouble. Il conviendra donc d'adapter au mieux les traitements de la personne pour limiter ce phénomène.

Les principales complications de ces troubles sont les fausses route, celles-ci pouvant entraîner une pneumopathie d'inhalation. Afin de les prévenir, un test peut être réalisé : le Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST). Ce test permet d'évaluer les facultés d'avalement (nombre de déglutitions par bol, présence de résidus oraux, bavage) et les signes suspects de pneumopathie d'aspiration (toux, changement de voix, saturation en oxygène) via l'administration progressive au patient de différents volumes d'eau (5, 10 et 20 mL) à différentes consistances (liquide, nectar, pudding). Il permettra par la suite d'adapter au mieux la texture de l'alimentation et de l'hydratation. (*Société de Pneumologie de la Langue Française 2009*)

1.3.2.4. L'état grabataire

L'état grabataire est présent lorsque la personne reste totalement immobile, incapable de bouger, c'est la dernière étape du déclin moteur de la personne âgée démente.

Cet état se manifeste tel une cascade : la personne âgée dénutrie présente des carences nutritionnelles, une fonte musculaire en découle, provoquant une perte de force, donc des chutes. Ces chutes peuvent occasionner des traumatismes physiques voire psychologiques plus ou moins importants pouvant amener la personne âgée à être alitée.

Malheureusement, l'apparition de cet état chez une personne âgée démente est dans la majorité des cas irréversible.

Il est primordial de prévenir les complications de la grabatisation comme les escarres, les phlébites, les troubles digestifs, les infections respiratoires, les troubles moteurs et psychologiques.

1.3.2.5. Le retentissement social et familial

L'isolement : il fait souvent suite à des troubles cognitifs et du comportement chez les personnes âgées souffrant de démence. Celles-ci auront du mal à s'exprimer, à comprendre, à suivre une conversation, vont oublier certains événements, ne pas reconnaître leurs proches, vont avoir des troubles de l'humeur ou développer de l'anxiété. Cet ensemble de signes de perte d'autonomie crée souvent une « peur » de la part des interlocuteurs, ils ne retrouvent pas la personne qu'ils connaissaient « comme avant ».

Marie-Christine Dauriac, infirmière au CH du Gers et membre du collège des soignants de la SFGG décrit cet isolement : « La communication devient difficile voire impossible si l'on reste sur le mode verbal. Petit à petit, on ne s'adresse plus à la personne en direct mais aux autres personnes présentes. La personne ainsi exclue de la relation même involontairement se rend compte de cette mise à l'écart et se manifeste par des cris ou de l'agitation. Puis les visites s'espacent, les amis se font rares et la personne et sa famille se retrouvent seules. Cependant, cet "ancrage" dans la réalité sociale est indispensable pour lutter contre l'aggravation des symptômes de la maladie de la personne et l'épuisement des aidants. »
(Dauriac 2012)

L'institutionnalisation : chez les personnes âgées démentes, elle est souvent due à la dépendance. En effet, plus la maladie en cause évolue, plus les personnes perdent en autonomie ce qui augmente leur prise en charge par les aidants. S'ajoutant à cela les troubles du comportement peuvent apparaître, rendant difficile le maintien à domicile.

D'après une étude sur l'état de santé et de dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, un tiers des personnes institutionnalisées de 75 ans et plus ont la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Ceci s'explique par les limitations cognitives, physiques et sensorielles qu'engendrent ces pathologies. Les personnes atteintes auront besoin de soins plus fréquents et d'une aide à la personne bien plus importante qu'une personne non atteinte. Cette prise en charge nécessite une structure adaptée, un établissement

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD), et des professionnels formés. (*Calvet 2016*)

2. LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

La prise en charge médicamenteuse de ces différentes pathologies doit être globale. En effet, elle devra englober à la fois la prise en charge de la démence et tous les symptômes associés. Le but étant d'améliorer la qualité de vie de la personne.

Au préalable de l'instauration d'un traitement à domicile, il sera important de s'assurer de la sécurisation de la prise des traitements, à l'aide de piluliers, d'une infirmière venant à domicile et/ou d'une personne de l'entourage capable de prendre cet aspect de la pathologie en charge. L'instauration ne pourra se faire qu'en cas de prise certaine.

De plus, il devra être pris en compte la galénique du traitement choisi en fonction de la personne, si cette dernière a des troubles de déglutition ou fait preuve d'opposition aux soins notamment.

Que ce soit pour les traitements spécifiques ou pour les traitements des troubles psycho-comportementaux une réévaluation fréquente sera nécessaire. Une surveillance particulière de l'efficacité et des effets indésirables devra être réalisée dans le cas d'une prise en charge à domicile, en comparaison aux patients institutionnalisés où le contrôle par une équipe médicale est quotidien.

L'ensemble des données de cette partie proviennent du Dorosz (*Dorosz - Guide pratique des médicaments - 2023 2022*), de la base de données publique des médicaments du gouvernement (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) et al.*) et des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (*HAS 2011a*).

2.1. Les traitements spécifiques des démences

Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif pour les différentes démences en France. Les traitements spécifiques existant ont pour seul but de retarder les détériorations cognitives, ils ne peuvent enrayer la progression de la maladie.

Le Service Médical Rendu (SMR) ayant été jugé insuffisant par la Haute Autorité de Santé, ils ne sont plus remboursés depuis le 1^{er} août 2018.

Cependant, même si leur efficacité est limitée, les prescripteurs peuvent la juger suffisante pour aider les patients au mieux et retarder leur institutionnalisation. Cette décision de primo prescription ou de renouvellement prendra en compte le bénéfice/risque du traitement

envisagé et les préférences du patient. Une réévaluation sera nécessaire 6 mois après l'introduction du traitement et arrêté en cas d'absence de bénéfice.

Selon l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), toutes les spécialités sont limitées à une prescription restreinte par certains médecins spécialistes en : gériatrie, neurologie, psychiatrie et médecine générale titulaires de la capacité en gériatrie.

La durée maximale de prescription est d'une année. Une ordonnance de renouvellement peut être établie par tout prescripteur mais nécessite une ordonnance initiale de spécialiste de moins d'un an.

2.1.1. La maladie d'Alzheimer

Dans le cas de cette pathologie, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est donnée à deux familles de médicaments : les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et un antiglutamate.

2.1.1.1. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, aussi appelés anticholinestérasiques centraux, sont indiqués dans la prise en charge des formes légères à modérément sévères de la maladie d'Alzheimer (MMSE entre 10 et 26).

Ils ont pour mécanisme d'action d'inhiber de façon réversible l'acétylcholinestérase au niveau central, autrement dit, ils empêchent la dégradation de l'acétylcholine dans les zones touchées par la maladie.

Un électrocardiogramme (ECG) sera nécessaire avant toute prescription.

Cette famille de médicaments regroupe trois molécules qui nous intéressent : le donépézil, la galantamine et la rivastigmine.

Donépézil = Aricept® :

- **Formes, dosages et posologie :** Le donépézil est un médicament retrouvé sous forme de comprimés pelliculés ou orodispersibles. Il existe en deux dosages : 5 mg et 10 mg. L'instauration de ce médicament devra se faire à des doses progressives. La posologie initiale sera de 5mg/jour en une prise pendant une durée d'au moins 1 mois. Cette durée doit être respectée pour permettre d'évaluer l'efficacité du traitement. Une modification de posologie est, par la suite, possible. Elle peut être augmentée à 10mg/jour en une prise, cela étant la posologie quotidienne maximale recommandée.

- **Administration** : Le donépézil doit être administré en une prise par voie orale, le soir, juste avant le coucher.
- **Effets indésirables** :
 - Très fréquents : diarrhées, céphalées et nausées ;
 - Fréquents : rhume, anorexie, hallucinations, agitation, agressivité, syncope, vertiges, insomnie, vomissements, troubles abdominaux, rash, prurit, crampes musculaires, incontinence urinaire, fatigue, chutes
 - Peu fréquents : convulsions, bradycardie, hémorragies digestives, ulcère gastrique, hypersialorrhée, légère augmentation des taux sériques en créatine kinase musculaire
 - Rares : symptômes extra-pyramidaux, atteinte hépatique
 - Très rares : syndrome malin des neuroleptiques, rhabdomyolyse
- **Interactions médicamenteuses** : elles peuvent avoir lieu, notamment avec les médicaments connus pour allonger l'intervalle QT. Parmi ces médicaments, nous retrouvons certains :
 - Antiarythmiques : quinidine, amiodarone, sotalol
 - Antidépresseurs : citalopram, escitalopram, amitriptyline
 - Antipsychotiques : phénothiazine, sertindole, pimozide, ziprasidone
 - Antibiotiques : clarithromycine, érythromycine, lévofloxacine, moxifloxacine

De plus, des études ont prouvé que certains médicaments pouvaient inhiber le métabolisme du donépézil : kétoconazole, itraconazole, rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, fluoxétine. Ces derniers sont donc à éviter.
- **Contre-indication** : concerne les personnes ayant une hypersensibilité au chlorhydrate de donépézil, aux dérivés de la pipéridine ou à l'un des excipients présents dans le comprimé.

Galantamine = Reminyl ® :

- **Formes, dosages et posologie** : La galantamine est un médicament retrouvé sous formes de gélules à libération prolongée et de solution buvable. Les formes gélules existent en trois dosages : 8 mg, 16 mg et 24 mg. La forme solution buvable existe en un seul dosage : 4 mg/ml.
- L'instauration de ce médicament devra se faire à des doses progressives. La posologie initiale sera de 8mg/jour (en une ou deux prises selon la forme prescrite)

pendant une durée d'au moins 1 mois. Cette durée doit être respectée pour permettre d'évaluer l'efficacité du traitement. Une modification de posologie est, par la suite, possible. Elle peut être augmentée toutes les 4 semaines jusqu'à 24mg/jour, cela étant la posologie quotidienne maximale recommandée.

Il est nécessaire d'adapter la posologie en cas d'insuffisance hépatique.

- **Administration :** Les personnes prenant la forme gélule à libération prolongée doivent prendre leur médicament en une prise par jour, de préférence le matin au milieu du repas, sans le mâcher ni écraser. La forme solution buvable doit, quant à elle, être administrée en deux prises (matin et soir) au cours des repas.

En cas d'arrêt brutal, aucun effet rebond n'a été constaté durant les études.

- **Effets indésirables :**

- Très fréquents : nausées, vomissements
- Fréquents : diminution de l'appétit, anorexie, hallucinations, dépression, syncope, vertiges, tremblements, céphalées, somnolence, léthargie, bradycardie, hypertension, douleurs (abdominales, épigastriques), diarrhée, dyspepsie, hypersudation, spasmes musculaires, fatigue, asthénie, malaise, perte de poids, chute
- Peu fréquents : déshydratation, dysgueusie, hypersomnie, vision trouble, acouphènes, extrasystoles ventriculaires, palpitations, régurgitations, hypotension, bouffée congestive, faiblesse musculaire, augmentation des enzymes hépatiques
- Rares : hépatite

- **Interactions médicamenteuses :** Des interactions médicamenteuses peuvent avoir lieu, notamment avec les traitements qui ralentissent le rythme cardiaque (digoxine, bétabloquants, amiodarone et certains inhibiteurs des canaux calcique), qui favorisent les torsades de pointes ou les substances suivantes : donézépil, rivastigmine, néostigmine, pyridostigmine, pilocarpine, kétoconazole, ritonavir, quinidine, érythromycine, rifampicine, phénytoïne, carbamazépine, fluoxétine, paroxétine.

La galantamine ne doit pas être prise par les patients souffrant d'insuffisance rénale et/ou hépatique grave, ou d'une association d'insuffisance rénale et hépatique modérée.

- **Contre-indication** : Ce médicament est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité au produit ou aux excipients.

Rivastigmine = Exelon ® :

- **Formes, dosages et posologie** : La rivastigmine est un médicament retrouvé sous forme de gélules et de dispositifs transdermiques. Il existe quatre dosages de la forme gélule : 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg et 6 mg. Les dispositifs transdermiques existent quant à eux en deux dosages : 4,6 mg / 24h et 9,5 mg / 24h.

L'Exelon, seulement le princeps et non le générique, est, de plus, disponible en solution buvable dosé à 2mg/ml.

L'instauration de ce médicament sous forme gélule et solution buvable devra se faire à des doses progressives. La posologie initiale sera de 1,5 mg deux fois par jour (matin et soir) pendant une durée d'au moins deux semaines. Cette durée doit être respectée pour permettre d'évaluer l'efficacité du traitement et la tolérance du patient.

Une modification de posologie est, par la suite, possible. Elle peut être augmentée toutes les deux semaines jusqu'à 6 mg deux fois par jour, cela étant la posologie quotidienne maximale recommandée.

Un passage de la forme solution buvable à celle en gélule, ou vice-versa, est possible sans aucune adaptation particulière.

L'instauration de la rivastigmine sous forme de patch devra commencer par 4,6 mg/24h. Dans le cas où le dispositif est bien toléré, au bout de quatre semaines, la posologie peut être augmentée. La posologie efficace recommandée étant de 9,5 mg/24h.

Un passage des gélules ou de la solution buvable aux dispositifs transdermiques est possible.

- **Administration** : Concernant le dispositif transdermique, un seul patch est à appliquer par jour, il agit sur 24h. Il doit être disposé sur une peau propre, sèche et être mis sur une zone du corps différente chaque jour (haut/bas du dos, haut des épaules ou sur le torse). Il est également important de ne pas couper ce dispositif. Les autres formes vues précédemment seront à administrer en deux prises par jour (matin et soir) durant les repas.

- **Effets indésirables :**
 - Très fréquents : anorexie, diminution de l'appétit, céphalées, nausées/vomissements, diarrhée, dyspepsie, douleurs abdominales
 - Fréquents : déshydratation, incontinence urinaire, anxiété, état confusionnel, agitation, cauchemars, syncope, sensations vertigineuses, rash cutané, somnolence
 - Peu fréquents : insomnie, dépression, agressivité, hyperactivité psychomotrice, bradycardie, ulcère gastrique
 - Très rares : symptômes extrapyramidaux, chute, infection urinaire, hallucinations

- **Interactions médicamenteuses :** Certaines associations sont à utiliser avec précaution, notamment avec les médicaments cholinergiques et anticholinergiques, les bradycardisants (béta-bloquants, digitalines, diltiazem, vérapamil et antiarythmiques) et ceux induisant des torsades de pointes.
Il faudra de plus être vigilant dans le cas d'une anesthésie, les effets myorelaxants pouvant être majorés par une prise de myorelaxants de type succinylcholine.

- **Contre-indications :** Ce médicament est contre-indiqué chez les personnes présentant une hypersensibilité à la substance active, aux dérivés des carbamates ou à l'un des excipients retrouvés dans la composition des différentes spécialités.

2.1.1.2. L'antiglutamate

Mémantine = Ebixa ® : elle est indiquée dans la prise en charge des formes sévères (MMSE entre 5 et 14). C'est un antagoniste non compétitif et d'affinité modérée des récepteurs N-méthyl-D-aspartate (NMDA) du glutamate qui diminue sa libération. Ce phénomène entraîne une inhibition de l'excitotoxicité, responsable de la mort neuronale par apoptose et nécrose.

- **Formes, dosages et posologie :** La mémantine est un médicament retrouvé sous forme de comprimés et de solution buvable. Il existe deux dosages de la forme comprimé : 10 mg et 20 mg. La solution buvable est disponible au dosage de 10 mg/ml.
L'instauration de ce médicament devra se faire à des doses progressives. La posologie initiale sera de 5mg/jour en une prise. Elle est, par la suite, augmentée chaque semaine de 5mg. Le patient devra être arrivé à la posologie de 20mg/jour au

cours de la quatrième semaine de traitement. Ce dosage étant la posologie d'entretien recommandée.

En cas d'insuffisance rénale grave, la posologie maximale est de 10 mg par jour.

- **Administration :** Ce médicament doit être administré en une prise à heure fixe, pendant ou en dehors des repas.
- **Effets indésirables :**
 - Fréquents : hypersensibilité au médicament, somnolence, sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre, hypertension artérielle, dyspnée, constipation, élévation des tests de fonction hépatique, céphalée
 - Peu fréquents : infections fongiques, confusion, hallucinations, troubles de la marche, insuffisance cardiaque, thrombose veineuse, vomissements, fatigue
 - Très rares : convulsions, inflammation du pancréas, hépatite
- **Interactions médicamenteuses :** L'association de la mémantine avec certaines molécules est à éviter. Parmi elles, il y a les autres antagonistes NMDA (amantadine, kétamine, dextrometorphane) et la phénytoïne. D'autres associations sont à utiliser avec précaution, avec notamment :
 - La L-dopa, des antagonistes dopaminergiques, cimétidine, ranitidine, quinidine, quinine, nicotine → augmentation de leurs effets
 - Les barbituriques et les neuroleptiques → diminution de leur activité
 - Dantrolène et baclofène → modification de leurs actions
 - Diurétiques thiazidiques → réduction excrétion mémantine

La mémantine est contre-indiquée chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique sévère.

2.1.2. La maladie à corps de Lewy et la démence parkinsonienne

Pour les patients souffrant de maladie à corps de Lewy et de démence parkinsonienne, seuls les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent être utilisés. La rivastigmine a démontré des effets supérieurs aux deux autres spécialités dans la prise en charge de cette pathologie.

2.1.3. La démence vasculaire

La prise en charge médicamenteuse spécifique de la démence vasculaire repose principalement sur le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire (hypertension

artérielle, diabète et dyslipidémies) et la mise en place d'anticoagulants pour éviter l'apparition de nouvelles lésions vasculaires.

Dans le cas d'une démence mixte, les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine peuvent être prescrits. A contrario, ils ne sont pas recommandés dans le cas d'une démence vasculaire pure.

2.1.4. La démence frontotemporale

Aucun traitement n'a été encore trouvé pour ralentir l'évolution de la dégénérescence lobaire frontotemporale. Les traitements spécifiques de la maladie d'Alzheimer vus précédemment ne sont pas indiqués.

La prise en charge médicamenteuse de la DFLT sera focalisée sur les troubles du comportement.

2.2. Les traitements des troubles psycho-comportementaux

Les troubles psycho-comportementaux sont présents dans la majorité des cas de personnes souffrant de démence. (*Omédit 2014*)

Leur prise en charge devra tout d'abord être non médicamenteuse. En effet, il faudra dans un premier temps les analyser pour déterminer les circonstances d'apparition, les facteurs déclenchants et le type de trouble impliqué. Pour cela, il existe deux outils permettant de classer les troubles : l'Inventaire Neuropsychiatrique – version Equipe Soignante (NPI-ES) (*annexe 3*) (pour recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement) et l'échelle de Cohen-Mansfield (*annexe 4*) (évaluation de l'intensité et de la sévérité de l'agitation avec ou sans agressivité).

Dans un second temps, il conviendra de prévenir et d'apaiser les troubles. Ceci peut être réalisé en adoptant des gestes appropriés : éviter la contrainte, l'opposition, les affrontements, préférer au contraire le calme et l'apaisement. Il est également important de préserver la communication et de ne pas modifier brutalement l'environnement ou les habitudes de la personne.

La troisième étape est d'éliminer toutes les autres causes possibles pouvant être à l'origine des troubles psycho-comportementaux : douleur, infection, rétention urinaire, fécalome, défaillance d'un organe ou encore une iatrogénie médicamenteuse.

La prise en charge médicamenteuse sera seulement le dernier recours ; dans le cas où les symptômes en cause ne sont pas contrôlables ou après l'échec des mesures non médicamenteuses.

Il est préférable de toujours commencer par une monothérapie et de débiter par les doses les plus faibles. Les doses pourront être augmentées par la suite si nécessaire, une évaluation de l'efficacité et du bénéfice/risque devant être réalisée quotidiennement.

2.2.1. Les traitements de l'agressivité

2.2.1.1. Les benzodiazépines

Dans le cas d'un patient ayant une nature anxieuse, le traitement recommandé sera les benzodiazépines. Celles à demi-vie longue sont à éviter, notamment à cause d'un risque accru de chute traumatique. Il est donc important de privilégier les spécialités ayant une demi-vie courte (< 20 heures) chez les personnes âgées, ces dernières ayant un métabolisme hépatique et rénal diminué. Les spécialités sont :

- Lorazepam (Temesta®) : en comprimés de 1 mg et 2,5 mg
- Oxazépam (Seresta®) : en comprimés de 10 mg et 50 mg
- Alprazolam (Xanax®) : en comprimés de 0,25 mg et 0,50 mg

Au cours du traitement par anxiolytiques, il sera important de contrôler l'apparition des effets secondaires engendrés par ces traitements : sédation, agitation, accentuation des troubles mnésiques, chute, syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal.

La durée de traitement devra être la plus brève possible.

2.2.1.2. Les neuroleptiques

Dans le cas d'un patient ayant une nature psychotique, le traitement sera des neuroleptiques. Si le trouble psychotique est d'intensité :

- Modérée : Tiapride (Tiapridal®) en solution buvable, injectable ou en comprimés
- Forte : Olanzapine (Zyprexa®) ou halopéridol (Haldol®)

Avant toute prescription de neuroleptiques, un ECG sera à réaliser en raison du risque d'allongement du QT.

Les neuroleptiques de la famille des phénothiazines (chlorpromazine, lévomépromazine, cyamémazine, pipothiazine, propériciazine, fluphénazine) seront à éviter à cause de leurs effets anticholinergiques.

Durant toute la prise du traitement, une surveillance particulière devra avoir lieu quant au syndrome malin des neuroleptiques. Les symptômes sont hyperthermie, rigidité musculaire intense, troubles de la conscience et choc cardio-respiratoire.

2.2.2. Le traitement des signes psychotiques

Les neuroleptiques à demi-vie courte sont les traitements recommandés. Les spécialités sont :

- Risperidone (Risperdal®) : en solution buvable de 1mg/ml ou en comprimés de 1 mg, 2 mg et 4 mg
- Olanzapine (Zyprexa®) : en comprimés de 5 mg, 7,5 mg et 10 mg

La démence à corps de Lewy, elle, ne peut être prise en charge seulement par :

- Clozapine (Leponex®) : en comprimés de 25 mg et 100 mg
- Quietapine (Xeroquel®) : en comprimés à libération prolongée de 50 mg, 300 mg et 400 mg

2.2.3. Le traitement de l'irritabilité

Les antidépresseurs tricycliques sont contre-indiqués chez les personnes âgées, leurs effets anticholinergiques pouvant aggraver les troubles neurocognitifs.

Le choix d'antidépresseurs sans effets cholinergiques sera préférable, parmi eux :

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :
 - Sertraline (Zoloft®) : en comprimés de 25 mg et 50 mg
 - Citalopram (Seropram®) : en comprimés de 20 mg et en solution buvable de 40 mg/ml
 - Escitalopram (Seroplex®) : en comprimés de 5 mg, 10 mg, 15 mg et 20 mg.
- Les antagonistes α_2 -adrénergiques :
 - Mirtazapine (Norset®) : en comprimés de 15 mg
 - Miansérine (Athymil®) : en comprimés de 10 mg, 30 mg et 60 mg

Ces traitements ont prouvé leur efficacité après 4 à 6 semaines d'utilisation. Au-delà d'une prise supérieure à 8 semaines sans efficacité, il sera nécessaire de changer de classe pharmacologique.

2.2.4. Le traitement de l'anxiété

Le traitement de référence sera les benzodiazépines à demi-vie courte. Les spécialités existantes sont :

- En première intention : Oxazépam (Seresta®) et Alprazolam (Xanax®)
- En seconde intention : Lorazepam (Temesta®)

2.2.5. Le traitement de l'agitation nocturne

L'agitation nocturne sera prise en charge par :

- Des antidépresseurs sédatifs :
 - Miansérine (Athymil®) : en comprimés de 10 mg, 30 mg et 60 mg
 - Mirtazapine (Norset®) : en comprimés de 15 mg
- Des hypnotiques à durée d'action courte :
 - Zolpidem (Stilnox®) : en comprimés de 10 mg
 - Zopiclone (Imovane®) : en comprimés de 3,75 mg et 7,5 mg. Celui-ci est privilégié car moins réglementé, le Zolpidem nécessitant une ordonnance sécurisée.

Les hypnotiques seront à utiliser avec prudence, surtout dans le cas d'une prise en charge à domicile. Ces derniers pouvant causer des chutes. Les doses minimales seront à privilégier.

3. LA PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE :

3.1. Le pharmacien

3.1.1. Les conseils et mode de vie

Le pharmacien a certes comme rôle de délivrer des médicaments et produits de santé mais également d'apporter les conseils associés à ses délivrances ou à une demande spontanée et de faire de la prévention.

3.1.1.1. Les recommandations alimentaires et l'activité physique

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'alimentation et l'activité physique jouent un rôle important dans la prévention du déclin cognitif et des démences.

L'objectif est de prévenir la dénutrition chez la personne âgée et les pathologies cardiovasculaires. C'est pour cette raison que le pharmacien ne doit pas hésiter à rappeler les recommandations au niveau de l'alimentation, l'hydratation et l'activité physique.

Tout d'abord, il est primordial de savoir si la personne doit suivre un régime spécifique, par exemple un régime sans sel ou un régime pour une personne diabétique afin d'adapter les conseils. Il ne faut cependant pas oublier que les régimes restrictifs sont à limiter au maximum chez les personnes âgées.

Globalement, il est bon de proposer trois repas et une collation, composé au :

- **Petit-déjeuner** : d'une boisson (thé, café, etc.), d'un produit céréalier (pain, etc.), d'un produit laitier (lait, yaourt, fromage) et d'un fruit
- **Déjeuner** : des légumes (environ la moitié de l'assiette), des féculents (environ un quart), des protéines (à varier tout au long de la semaine : viande blanche et rouge, œuf, poisson blanc et gras, etc.), un produit laitier et un fruit
- **Collation** : une boisson, un fruit, un produit laitier, un biscuit ou du pain
- **Dîner** : des féculents, des légumes, un produit laitier

Il est conseillé de boire au minimum 1 litre à 1,5 litre d'eau par jour. Cet apport peut se faire sous forme d'eau plate ou gazeuse, de tisane ou de bouillon par exemple. Le pharmacien doit trouver le moyen le plus adapté pour la personne, en fonction de ses goûts et habitudes, de

respecter le plus possible l'apport hydrique recommandé : verre avec paille, verre à découpe nasale, eau épaissie, eau gélifiée etc., pour les patients présentant des troubles de déglutition.

Il peut, de plus, être proposé de surveiller le poids de la personne une fois par mois. Ceci afin de contrôler s'il y a de fortes fluctuations, pouvant être signe de déshydratation ou d'œdèmes par exemple. (*Santé Publique France 2006*)

Concernant l'activité physique, celle-ci est à adapter en fonction des capacités motrices. L'objectif est qu'elle soit régulière, afin d'entretenir les muscles et de favoriser l'autonomie. Il est conseillé de marcher 30 minutes chaque jour si cela est possible. L'activité physique peut aussi se traduire par du jardinage, du ménage ou faire des courses.

3.1.1.2. La stimulation cognitive

La stimulation cognitive est primordiale dans le maintien à domicile de personnes âgées démentes : elle permet d'entretenir l'autonomie mais aussi de ralentir ou stabiliser l'évolution de la maladie.

Pour ce faire, il peut être conseillé de :

- Lire
- Ecouter de la musique
- Pratiquer une activité physique
- Faire des jeux : par exemple des mots croisés
- Entretenir les liens sociaux : en participant à des animations de groupe, à des clubs du 3^{ème} âge, voir des membres de sa famille ou amis, etc.
- Continuer de faire les gestes de la vie quotidienne : cuisine, ménage, courses, entretien du linge, jardinage, etc.

Le but est que les activités ne soient ni trop simples, ni trop compliquées afin que la personne ne se sente pas infantilisée ou au contraire qu'elle ne se décourage pas.

3.1.1.3. L'arrêt du tabac

Le pharmacien d'officine étant un acteur majeur de santé publique, sa place est justifiée dans la lutte contre le tabagisme.

Son rôle est de repérer, accompagner, soutenir et encourager les personnes prêtes à arrêter la consommation de tabac.

Lors de la prise en charge de personnes âgées démentes, il peut être proposé un accompagnement pour arrêter de fumer.

Il sera plus aisé de mettre en place un plan d'action dès l'apparition de la maladie car si cette dernière est plus évoluée, l'arrêt sera inaccessible. De plus, en cas de démence évoluée, le tabagisme peut être un risque, notamment d'un point de vue sécurité : risque de mettre feu aux rideaux, au canapé, etc.

Pour réaliser cette mission, le pharmacien peut mettre en avant brochures, affiches, publicité et animations (lors du mois sans tabac) destinées à l'information et pouvant créer le dialogue autour de cette addiction. Ceci s'adressera aux patients au stade léger de la maladie et/ou à leurs aidants.

Le pharmacien peut proposer par la suite différentes stratégies :

- **Kit d'aide** : composé d'un programme sur 40 jours avec des défis et conseils quotidiens, d'une roue des économies permettant de calculer le montant des dépenses évitées ainsi que deux flyers réunissant les informations utiles pour l'arrêt, tels que les professionnels à contacter ou les outils existants.
- **Substituts nicotiques** : patchs, spray buccal, gommes, pastilles. Ces produits peuvent être prescrits et pris en charge avec une ordonnance ou être à l'achat sans prescription.
- **Consultation médicale** : avec un médecin généraliste en première intention ou un tabacologue en seconde intention dans le cas d'une forte dépendance.

En complément, il peut être conseillé de consulter le site de « Tabac Info Service » (*Santé Publique France*) regroupant témoignages, onglet questions/réponses, diagnostic et informations générales. De plus, ce site du gouvernement propose une application, regroupant les informations du site et permettant de personnaliser le contenu en y ajoutant des données personnelles pour un suivi optimal. Un numéro vert (39 89) est également mis à la disposition de toute personne pour joindre un professionnel spécialisé dans l'arrêt du tabac.

3.1.2. Les aides à la gestion de l'adhésion médicamenteuse

3.1.2.1. La préparation des doses à administrer (PDA)

Les officines de ville peuvent proposer à leurs patients un service de préparation des doses à administrer (PDA). C'est un service proposé à la suite d'un échec ou d'un non-souhait de réaliser un semainier à domicile préparé par la personne ou son aidant.

La PDA consiste en la préparation et la délivrance d'une semaine de traitement (seulement 7 jours pour respecter la bonne conservation des médicaments, étant donné que ces derniers sont enlevés de leurs blisters). Cette préparation est réalisée selon la prescription du médecin, afin d'aider le patient à la prise de ses médicaments.

Le semainier est divisé en plusieurs cases : il est composé d'une ligne par jour et de quatre colonnes pour la prise du matin, du midi, du soir et du coucher. Le semainier est composé uniquement de comprimés ou de gélules. Ne sont pas mis à l'intérieur les formes sachets, les solutions buvables, les suppositoires ou les injections. Ces derniers peuvent cependant être notés sur la plaquette de PDA.

Un exemple de plaquette pour la PDA, utilisée à la Pharmacie de la Grand Mare à Rouen 76000, est montré en annexe (*annexe 5*).

Ce service est important à proposer dès lors que les patients ou leurs aidants disent rencontrer des difficultés dans la gestion de leurs médicaments ou dans la prise régulière de ces derniers. Il est d'autant plus important pour les patients polymédiqués, ceux-ci étant plus à risque de iatrogénie médicamenteuse en cas de mauvaise observance de traitement.

La préparation des doses à administrer permet de renforcer la sécurité et la praticité de la prise médicamenteuse, elle joue donc un rôle important dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs ou des aidants.

Cette aide est soumise à un tarif appliqué par le titulaire de l'officine, aucun tarif n'a été fixé par le gouvernement pour le moment. D'après une enquête réalisée par Pharma Système Qualité (PHSQ) en 2018, dans de nombreuses pharmacies, le prix moyen est entre 2 € et 7 € par semaine. (*Le Moniteur des Pharmacies*)

Si malgré ce service, la prise médicamenteuse engendre encore des difficultés, il peut être conseillé de demander à l'infirmière de venir administrer les médicaments matin, midi et/ou soir, selon les besoins, directement au domicile.

3.1.2.2. Eviter les interactions médicamenteuses

Le pharmacien d'officine a le devoir d'être vigilant face aux situations à risque lors de chaque délivrance. Il est le seul à pouvoir contrôler ce qui a été dispensé au patient. Son rôle est de prévenir une iatrogénie médicamenteuse, notamment en évitant :

- **Les mauvaises associations médicamenteuses.** Par exemple : un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) associé un Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC)
- **Les incompatibilités entre le traitement et le patient.** Par exemple : les antidépresseurs tricyclique chez une personne âgée sont contre-indiqués en raison d'un risque d'allongement du QT, de l'effet anticholinergique et du risque d'hypotension orthostatique.

Pour cela, le pharmacien va s'appuyer sur l'historique de la pharmacie, notifiant l'ensemble des produits et médicaments délivrés au patient dans sa structure, mais également sur le Dossier Pharmaceutique (DP), qui retrace tous les traitements dispensés quel que soit la pharmacie qui a délivrée. Il est important de les consulter à chaque délivrance, même lorsque le patient achète un complément alimentaire par exemple, ce dernier pouvant être contre-indiqué avec un traitement en cours. *(Guillem 2022)*

Dans le cas de la prise en charge d'une personne âgée démente : cette vigilance est importante pour prévenir, notamment, un syndrome confusionnel, une chute, une déshydratation, etc. Autant de causes pouvant compromettre le maintien à domicile et entraîner une hospitalisation évitable.

3.1.3. L'éducation thérapeutique et les entretiens pharmaceutiques

Depuis plusieurs années maintenant, le pharmacien d'officine est amené à réaliser des entretiens pharmaceutiques (EP), ceci dans le but de suivre au long cours les patients sous traitements antivitamine K, sous anticoagulants oraux directs mais également les patients asthmatiques.

Ces EP sont proposés aux patients dans l'objectif de leur apporter une meilleure connaissance de leur pathologie et de leur traitement.

Il existe également les bilans partagés de médication (BPM). Ces derniers sont des entretiens spécifiques pour les personnes de plus de 65 ans polymédiquées (plus de cinq spécialités), donc à fort risque d'iatrogénie.

Lors de ces différents entretiens, le pharmacien fait le point et collecte de nombreuses informations, notamment si le patient comprend l'indication de ses traitements, s'il les prend de manière optimale, s'il rencontre des difficultés ou incompréhensions lors de la prise de ce dernier. Globalement, le pharmacien contrôle l'adhésion médicamenteuse tout en prenant en compte l'environnement de la personne afin d'améliorer l'observance et d'éviter toute iatrogénie. Ce peut être lors de ces entretiens que le pharmacien se rend compte de la nécessité de proposer la PDA par exemple, si le patient ou son aidant expriment des difficultés dans la prise du traitement.

L'ensemble des informations collectées, sont transmises après analyse aux différents professionnels concernés par le patient. Ceci renforce la prise en charge globale du patient en incluant chaque professionnel, c'est un travail collectif. (*Collège des pharmaciens - Conseillers et maîtres de stage*)

Dans cette continuité de coopération interprofessionnelle se créent des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) visant à renforcer les actions communes entre professionnels et donc une meilleure prise en charge de la population. Les CPTS peuvent être composées de médecins, pharmaciens, paramédicaux et d'acteurs médico-sociaux, donc centralisent un bon nombre d'acteurs majeurs de la santé.

L'ensemble de ces actions, que ce soient les entretiens ou l'entrée dans une CPTS améliorent la continuité des soins, action plus que nécessaire lors de la prise en charge des personnes âgées démentes à domicile. Ceci permet également de consolider le lien ville-hôpital.

3.1.4. Les visites à domicile

3.1.4.1. La livraison à domicile

Dans le cas où la personne âgée ou son aidant présentent des difficultés à se déplacer, la livraison à domicile des médicaments et produits réservés au monopole pharmaceutique est un service que de nombreuses pharmacies proposent.

Pour que cette dernière soit réalisée de façon correcte :

- Les conditions de conservation du produit doivent être respectées
- Les conseils associés à la délivrance des produits doivent être transmis

3.1.4.2. Le matériel médical et les protections pour l'incontinence

Afin de maintenir à domicile une personne âgée démente, il peut être nécessaire selon sa motricité d'être équipé de matériel médical.

Le pharmacien a la possibilité de proposer différents outils pour maintenir l'autonomie à domicile :

- **Pour les déplacements** : canne de marche, déambulateur ou rollator, chaussons/chaussures anti-chute
- **Pour la salle de bain** : siège de douche, barres d'appui pour la douche ou les toilettes, tapis anti-dérapant
- **Pour la chambre** : lit médicalisé, fauteuil garde-robe, table de lit, veilleuse, lampe détecteur de mouvement
- **Pour les repas** : verre à découpe nasale, assiette à rebord, couverts ergonomiques
- **Pour les transferts** : disque de transfert tournant, drap de glisse, fauteuil de transfert, verticalisateur
- **Pour les loisirs** : porte-carte de jeux, télécommande à gros boutons, vélo d'appartement, téléphone à grosses touches
- **Pour l'assise** : fauteuil de repos, relève dossier, coussins anti-escarre
- **Autres** : coupe comprimés, pince de préhension, etc.

Ceci est une liste non-exhaustive mais montre cependant à quel point le pharmacien a un panel de produits différents à proposer dans le but d'adapter au mieux l'environnement de la personne. Afin d'accompagner de façon optimale la personne ou son aidant dans son choix de matériel médical, le pharmacien et son équipe peuvent se déplacer à domicile pour évaluer l'environnement et l'optimiser, service que nous verrons par la suite.

Parallèlement, les pharmacies proposent des protections pour l'incontinence. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'incontinence fait malheureusement partie de l'évolution des différentes pathologies en lien avec les démences.

Pour pallier ce problème, il peut être trouvé en officine :

- Changes complets
- Slips absorbants
- Alèses de protections
- Système collecteur d'urine, etc.

Il ne faut pas hésiter à accompagner aussi l'aidant en lui proposant des gants de toilette (déjà humidifié ou non), des bacs à shampoing ou des cotons pour les soins d'hygiène.

3.1.4.3. L'optimisation de l'environnement

La principale mission du pharmacien lors de l'optimisation de l'environnement de la personne âgée démente est de la sécuriser dans son domicile, en évitant chutes et accidents.

Les conseils importants à transmettre sont par exemple de :

- Limiter les tapis et les fils qui pendent : ils sont à risque de chute, sinon il faut les fixer correctement
- Avoir un éclairage suffisant dans chaque pièce : primordial si la personne se lève la nuit
- Mettre le lit au rez-de-chaussée si cela est possible et adapter la chambre de façon à rendre tout accessible
- Dégager les lieux de passage : il faut suffisamment de place si la personne se déplace en fauteuil roulant, en déambulateur ou en rollator
- Ranger les ustensiles de cuisine pouvant être dangereux et les produits ménagers

Chaque conseil est à adapter selon le logement de la personne, les volontés de cette dernière et se son aidant, mais aussi selon l'avancé de la maladie. Si la personne a atteint un stade sévère et déambule beaucoup, il peut être conseillé de bloquer l'ouverture de certains placards ou du réfrigérateur par exemple.

3.1.5. L'orientation et l'écoute

L'orientation et l'écoute sont des actions importantes du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des personnes âgées démentes et de leurs aidants.

Le pharmacien doit informer la personne et/ou ses aidants des aides existantes et des professionnels pouvant renforcer et stimuler l'autonomie de la personne.

Il a de plus un rôle d'écoute. En effet une pharmacie est un lieu ouvert, où un rendez-vous n'est pas nécessaire pour avoir un contact avec un de ces professionnels. Les personnes sont donc libres de venir et le font, que ce soit pour parler de leurs doutes, de leurs peurs, de leur tristesse ou au contraire des belles choses qui se passent dans leur quotidien. Le pharmacien doit donc rester à l'écoute en toutes circonstances.

3.2. Les aides existantes

3.2.1. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont des lieux de proximité et d'accueil autour de la prise en charge des personnes âgées.

Leur rôle est :

- D'être à l'écoute et de communiquer avec les personnes âgées ou leurs aidants et de répondre à leurs questions
- D'apporter des informations sur les personnes âgées et leur prise en charge
- D'orienter et de conseiller selon les besoins spécifiques de la personne des aides existantes
- D'établir un plan d'aides à domicile et de s'assurer de son suivi

Ces centres ont donc pour mission « de faciliter l'accès des personnes âgées à leurs droits ». (Pierry 2018). Il en existe plus de 600 en France. Un annuaire existe sur le site du gouvernement afin de retrouver le centre le plus proche. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*). Ils sont les garants du lien ville-hôpital et mettent tout en œuvre pour privilégier le maintien à domicile, tant que celui-ci est envisageable en toute sécurité pour la personne et son aidant.

3.2.2. Les aides à domicile

Les aides à domicile ont une part importante dans le maintien de la personne âgée démente dans son lieu de vie. Différents moyens existent en fonction des besoins de la personne : les aides humaines avec les auxiliaires de vie et le portage de repas, et les aides techniques avec notamment la téléalarme.

3.2.2.1. L'auxiliaire de vie

Les auxiliaires de vie jouent un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes âgées dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Le contenu de l'aide demandé se fait en fonction des besoins de la personne. Les services proposés sont complets et permettent une aide globale :

- **Les soins d'hygiène** : aide pour le lever et/ou le coucher, l'habillage et/ou le déshabillage, la toilette quotidienne et l'élimination
- **L'alimentation** : faire les courses, préparation des repas, aide à la prise alimentaire
- **L'entretien du logement et du linge**
- **Le maintien de la vie sociale** : avec l'accompagnement lors des sorties

Le coût de ce service est variable, il est fixé par les organismes et peut être financé en partie ou en intégralité par une aide financière proposée par le Département (l'APA = Allocation Personnalisée à l'Autonomie) si la personne y est éligible.

Sur l'ensemble du territoire français, de nombreux Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) existent, un annuaire est proposé sur le site du gouvernement. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*)

3.2.2.2. Le portage des repas

Comme nous avons pu le voir précédemment une alimentation variée et équilibrée est fondamentale pour le maintien de l'état de santé de la personne. C'est pourquoi le portage des repas est un service à proposer sans restriction, principalement aux personnes rencontrant des difficultés à la réalisation des repas ou pour faire leurs courses.

Chaque semaine, la personne ou son aidant peut choisir le nombre de repas souhaités à livrer, ainsi que le menu dans une liste proposée par l'organisme. En cas de régime particulier, les repas sont adaptés, par exemple : le régime sans sel.

De même que pour les services d'aides à domicile, le portage des repas est un service courant en France, que l'on retrouve dans chaque région du territoire. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*)

3.2.2.3. La téléalarme

La téléalarme, aussi appelée téléassistance, est un service visant les personnes âgées vivants seules à domicile.

Ce dispositif se présente sous forme de montre ou de médaillon que la personne met autour du cou, elle doit le porter tout au long de la journée. Ceci lui permet, en cas de chute ou de malaise, de contacter l'opérateur qui lui-même joindra un aidant ou les secours.

Pour que la communication entre la personne aidée et l'opérateur soit possible, un dispositif de haut-parleur est installé chez la personne. L'opérateur pourra donc évaluer la situation, en communiquant avec la personne, et adapter au mieux son intervention.

La téléassistance est donc un service renforçant la sécurité de la personne âgée vivant seule. De plus elle se trouve être rassurante pour la personne et son entourage. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*)

3.2.3. Les professionnels de santé

Pour établir les fonctions des différents professionnels de santé dans la prise en charge des personnes âgées démentes, l'appui des fiches métiers écrites dans « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : spécificités de 23 métiers en première ligne » a été une aide précieuse. (*Bérard*)

3.2.3.1. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste aura, dans le cas de la prise en charge de personnes âgées démentes, un rôle de référent et de coordination. Ce sera lui qui organisera le suivi, et qui orientera vers les professionnels : les médecins spécialistes, les rééducateurs, etc.

Il est le premier à pouvoir reconnaître les premiers signes et diriger vers un neurologue pour poser un diagnostic. Le neurologue et lui travailleront ensemble pour accompagner au mieux la personne. Il prendra en charge les signes associés de la démence et les pathologies autres que cette maladie.

De plus, il aura un rôle d'accompagnateur et d'orientation pour les aidants en leurs proposant les différentes aides existantes pour le maintien à domicile de la personne.

3.2.3.2. Le gériatre

Le médecin gériatre est le spécialiste de la prise en charge du vieillissement de la personne et de ce qu'il engendre, notamment les démences.

La collaboration avec le neurologue est possible et intéressante, en effet ces deux spécialistes participent et animent les consultations mémoires, amenant à poser un diagnostic.

Le médecin gériatre permet une prise en charge optimale des troubles psycho-comportementaux, en associant traitements médicamenteux et non médicamenteux. Ceux pour les troubles associés, la démence en elle-même, mais aussi pour les pathologies autres, telles que le diabète ou l'hypertension artérielle par exemple.

La mission principale de ce spécialiste sera d'améliorer et/ou de maintenir l'autonomie de la personne, ceci en proposant un projet de vie et de soins en intégrant tous les professionnels pouvant aider et accompagner la personne et son aidant.

3.2.3.3. Le neurologue

Le neurologue reçoit le patient à la suite de la demande du médecin généraliste. Il organisera dans un premier temps la consultation initiale avec les bilans puis dans un second temps un autre rendez-vous sera prévu pour discuter des résultats et annoncer le diagnostic.

Par la suite :

- Le suivi est organisé
- Le traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux est instauré. Pour rappel, le neurologue fait partie des rares spécialistes pouvant établir une prescription initiale des traitements spécifiques des démences
- Les consultations mémoires sont mises en place

Le patient consultera le neurologue au moins une fois par an, pour faire un point sur l'évolution de la pathologie et/ou réajuster le traitement si nécessaire.

3.2.3.4. Le psychiatre

Dans la prise en charge de la personne âgée démente, le psychiatre analyse et accompagne les troubles psychiatriques s'ils sont présents.

Ce spécialiste va poser ou confirmer le diagnostic de démence, de dépression, d'anxiété et de troubles du comportement. Ceci peut se faire en lien avec le neurologue et le gériatre. Ce sont les trois spécialistes pouvant établir un diagnostic de démence.

Selon les troubles dont la personne souffre, il propose un traitement médicamenteux adapté, ainsi qu'une approche non médicamenteuse en lien avec les autres professionnels.

Son rôle est, de plus, d'accompagner les aidants à contrôler les crises ou les fluctuations de la personne démente. Ceci peut se faire lors de séances d'éducation thérapeutique dédiées, permettant aux aidants de maîtriser ces moments.

3.2.3.5. L'infirmier diplômé d'état

Les infirmiers peuvent être présents au domicile du patient chaque jour selon les pathologies dont il est atteint. Ceci leur confère un rôle primordial dans le repérage des premiers troubles de la personne âgée, ils peuvent, notamment, noter une modification du comportement ou une perte de mémoire.

Leur rôle sera de plus de surveiller le risque d'escarres, de dénutrition ou de toute autre altération. Ils sont avec les auxiliaires de vie, les professionnels les plus présents auprès de la personne et donc les plus enclin à vérifier si la prise en charge est adaptée au domicile et en cas de besoin alerter le médecin généraliste de tout problème rencontré.

Dans la prise en charge de personnes âgées démentes, l'infirmier doit constamment adapter sa pratique, entre autres pour la prise médicamenteuse. Parfois cette dernière peut être compliquée, selon les troubles du comportement, il devra trouver la solution la plus adéquate pour pouvoir lui donner son traitement.

Leur travail repose également sur l'écoute de l'aidé et de l'aidant.

3.2.3.6. Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

La particularité d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile est qu'il est spécialisé dans la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie ou de personnes âgées en situation de handicap. Il sera donc une composante importante du maintien à domicile d'une personne atteinte de démence.

Ce service a pour objectif de dispenser des soins afin de maintenir à domicile les personnes le plus longtemps possible et ainsi retarder leur institutionnalisation. Il est composé

d'infirmiers et d'aides-soignants. Ces deux professions complémentaires seront utiles à la fois pour les soins d'hygiène et de confort mais aussi pour les soins infirmiers.

L'avantage d'avoir recours à un SSIAD est de limiter les interlocuteurs, sachant qu'il est possible d'avoir un infirmier coordinateur pouvant faire le lien avec les autres professionnels.

L'usage du SSIAD est une prestation prise en charge par l'Assurance Maladie et prescrite par un médecin. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches 2022*)

3.2.3.7. Le masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute a pour principale mission de maintenir l'autonomie physique et la motricité de la personne.

Il accompagne les personnes âgées démentes en leur proposant des exercices et/ou des massages pour stimuler les articulations, les muscles, l'équilibre et la souplesse. L'ensemble de ces exercices permet de maintenir, d'encourager la marche et de prévenir les chutes.

La réalisation de ces exercices peut se faire en présence du masseur-kinésithérapeute et/ou parallèlement par la personne seule, aidée de son aidant si besoin.

3.2.3.8. L'ergothérapeute

Le rôle principal de l'ergothérapeute sera de stimuler et de maintenir l'autonomie de la personne âgée dans ses mouvements et déplacements.

Ces derniers seront adaptés en fonction des troubles moteurs s'ils sont présents. L'ergothérapeute aura comme mission de faire en sorte que les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, etc.) soient les plus simples possibles, dans le but que la personne âgée démente puisse les reproduire seule et en toute sécurité. Il pourra proposer un aménagement du domicile, afin que l'environnement soit idéal, par exemple : des barres d'appui dans la douche pour limiter le risque de chute.

Ce professionnel aura de plus un rôle dans l'éducation des aidants, étant eux-mêmes en première ligne dans l'accompagnement au quotidien de la personne. Par exemple, il peut montrer aux aidants les positions à adopter lors des transferts, afin que ces derniers se passent de façon optimale.

3.2.3.9. Le psychomotricien

Le psychomotricien a pour objectif d'entretenir les activités physiques et sociales de la personne.

Il prévient l'arrivée des troubles du comportement ainsi que des troubles de l'orientation dans le temps et l'espace. Pour cela, il met en place des activités en lien avec les gestes du quotidien, des jeux ou encore des exercices d'orientation. Le but étant de limiter les fluctuations de comportements, les crises et que la personne maintienne son autonomie physique. *(Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches)*

Le psychomotricien peut de plus adapter l'environnement, pour que ce dernier soit le plus adéquat, dans la prise en charge, pour la personne âgée démente et son aidant.

3.2.3.10. L'orthophoniste

L'orthophoniste aura une action sur les troubles cognitifs, de la communication et de la déglutition.

Les troubles cognitifs comme nous avons pu le voir précédemment peuvent engendrer des troubles de la communication et des troubles du comportement. Il est donc important de stimuler et de maintenir les capacités existantes, ceci sera un des rôles de l'orthophoniste.

Il sera également capital de favoriser la communication entre l'aidant et l'aidé. Les relations entre ces deux parties pouvant être altérées avec la maladie, le maintien de la communication, autant que possible, est primordial. Pour ce faire l'orthophoniste peut proposer des séances d'éducation thérapeutique aux aidants. *(Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches)*

3.2.3.11. Le psychologue

Le psychologue conciliera son accompagnement de la personne malade et celui de l'aidant.

Concernant la personne âgée démente, son but est :

- De repérer et de soulager les angoisses
- Entretenir la communication
- Apaiser avec le non-verbal
- Participer à la réalisation du projet de vie
- Proposer des groupes pour personnes malades

L'ensemble de ses actions permettent de maintenir les échanges et d'apaiser la personne.

La fonction du psychologue auprès de l'aidant est basée sur le soutien et l'écoute. En effet, l'aidant peut partager ses peurs, angoisses et craintes avec ce professionnel formé pour y répondre. Ceci est important car de nombreux cas de maltraitance envers les personnes âgées démentes ont lieu chaque année, un accompagnement par un psychologue en lien avec les autres professionnels peut prévenir ce mauvais traitement.

Ce professionnel peut également proposer et/ou animer des groupes de parole pour les familles.

3.2.3.12. Le diététicien

Le diététicien jouera un rôle important dans l'accompagnement alimentaire de la personne âgée.

De nombreux facteurs entrent en compte dans l'alimentation :

- Les goûts de la personne
- Les habitudes alimentaires
- La présence ou non de troubles de déglutition
- La santé bucco-dentaire
- L'autonomie ou non dans la prise alimentaire

Tous ces facteurs vont influencer le régime de la personne. En effet, en cas de troubles de la déglutition, le diététicien pourra proposer différentes textures en fonction de l'importance des troubles : tendre, hachée ou mixée. Différentes solutions existent aussi pour l'hydratation : le perrier, l'eau épaissie ou gélifiée. Cette modification de texture trouve également sa place dans l'éventualité où la personne présente des troubles bucco-dentaire, avec par exemple le port de dentier.

Il est, de plus, important de prendre en compte les habitudes alimentaires et les goûts de la personne. Il est possible de fractionner les repas, de faire des collations. « L'alimentation plaisir » n'est pas à négliger.

Le diététicien surveille aussi les bilans sanguins de la personne, notamment son albuminémie, ainsi que l'évolution de son poids. Ces deux paramètres permettront au

professionnel d'adapter l'alimentation et de proposer des compléments nutritionnels oraux en cas de besoin.

3.2.4. L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA)

L'équipe spécialisée Alzheimer (ESA) encadre les personnes âgées démentes au stade léger à modéré.

Cette équipe peut faire partie intégrante d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Elle est pluridisciplinaire, avec la collaboration d'une équipe de rééducateur composée d'un ergothérapeute et un psychomotricien, ainsi qu'un aide-soignant et un infirmier.

L'intervention de ces professionnels se fait sur prescription médicale, à la demande d'un spécialiste ou du médecin généraliste pendant une période de 12 à 15 semaines réparties sur 3 mois. Cette prescription peut être renouvelée au bout d'une année. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*)

L'objectif de cette prise en charge spécifique sera de maintenir le plus longtemps possible la personne âgée démente à domicile. Ainsi l'équipe a pour but de préserver et/ou de stimuler les capacités existantes et l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Concernant l'aidant, l'objectif sera de le soutenir, le valoriser et le soulager. (*France Alzheimer*)

Le déroulement de ces séances :

- Elles débutent par un bilan réalisé par l'équipe de rééducateur. Ces derniers vont évaluer les capacités de la personne, l'organisation du domicile et les potentiels besoin de l'aidant
- Par la suite, le professionnel suivra le plan de soin
- Elles se terminent par un compte-rendu transmis au prescripteur

Le recours à l'équipe spécialisée Alzheimer peut avoir un réel impact sur le quotidien de la personne âgée démente à domicile. Elle propose une évaluation de l'organisation du logement, apporte un soutien et des solutions pour une prise en charge optimale de la personne aidée mais aussi un accompagnement pour l'aidant. Elle est prise en charge à 100% dans le cadre de l'Affection de Longue Durée (ALD) du patient.

3.3.L'aide aux aidants

Le maintien à domicile d'une personne âgée démente peut engendrer chez l'aidant un épuisement physique et moral lié à l'ensemble des contraintes liées à la dépendance de la personne aidée.

Afin que le maintien à domicile puisse perdurer de façon optimale pour l'aidé et l'aidant, il est important d'évaluer l'impact et le ressenti de l'aidant mais aussi de lui proposer des aides pour le valoriser, l'accompagner et le soulager.

3.3.1. L'évaluation du fardeau de l'aidant

L'évaluation du fardeau de l'aidant est fondamentale. L'aidant est l'acteur majeur de la prise en charge de la personne âgée démente à domicile ; si ce dernier se sent épuisé l'accompagnement de l'aidé ne sera pas idéal.

Les risques encourus dans le cas où l'aidant ressent un mal-être peuvent être la maltraitance ou une hospitalisation en cas de mauvais soins. Il relève donc du rôle de chaque professionnel d'éviter le surmenage de l'aidant, pouvant engendrer une réduction significative du temps qu'il a pour soi ou encore une altération de son propre état de santé (par exemple une dépression, régulièrement rencontrée dans ce cas).

Pour cela, une auto-évaluation peut être proposée à l'aide de l'échelle de Zarit. Cette échelle se compose de 22 questions (*annexe 6*) ciblant le ressenti concernant les charges émotionnelle, physique et financière. Les réponses aux affirmations sont à choisir parmi : jamais (0 point), rarement (1 point), parfois (2 points), assez souvent (3 points) ou presque tout le temps (4 points). A la fin de l'évaluation, le total des points est calculé et permet de déterminer la pénibilité : absente à légère (moins de 21 points), légère à modérée (entre 21 et 40 points), modérée à sévère (entre 41 et 60 points) et sévère (supérieur à 60 points).

Dans le cas où le fardeau est jugé important pour l'aidant, il sera impératif de proposer la mise en place d'aides supplémentaires pour la prise en charge de la personne âgée afin de maintenir cette dernière le plus longtemps possible à son domicile en repoussant l'institutionnalisation. Ces propositions sont toujours à adapter en fonction des volontés de l'aidant et de l'aidé. (*Bréard 2013*)

3.3.2. Les solutions de répit

De nombreuses solutions de répit existent. Elles sont variées afin de répondre aux différents besoins de l'aidant : ce peut être pour une demie ou plusieurs journées voire plusieurs semaines, seulement le jour ou la nuit, etc. (*Association Française des Aidants*)

3.3.2.1. L'accueil de jour

L'accueil de jour est un accompagnement pour les personnes âgées démentes vivants à domicile.

Ce service est proposé en fonction des envies et besoins de la personne âgée malade et de son aidant. L'accueil peut se faire sur une demi-journée comme sur plusieurs jours dans la semaine.

Il a pour but de prévenir l'isolement, de maintenir les capacités existantes et l'autonomie de la personne, tout en stimulant la communication. Ceci permet également de donner du temps à l'aidant et d'avoir un suivi supplémentaire de la personne âgée.

Lors des journées sur place, l'établissement propose des ateliers (par exemple : dessin, cuisine, jardinage, bien-être, lecture, musique, etc.), des activités adaptées (par exemple : jeux de ballons) et des sorties. Ces activités sont encadrées par une équipe de rééducateur, des psychologues ou d'autres professionnels formés.

L'accueil de jour a lieu dans des centres dédiés à cette fonction ou dans des EHPAD. Le transport de la personne vers ces lieux d'accueils peut être proposé directement par la structure, être fait par l'aidant ou par une société de transport. (*France Alzheimer*)

Le financement de l'accueil de jour est possible dans le cadre de l'APA.

3.3.2.2. L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est un service proposé aux personnes âgées vivants à domicile.

Ceci consiste en l'hébergement de la personne durant une période plus ou moins longue, pouvant aller de plusieurs jours à plusieurs semaines, dans une résidence autonomie, dans un lieu d'accueil familial ou dans un Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Ce service permet d'offrir à l'aidant une interruption dans la prise en charge de son proche, lui permettant de pouvoir s'absenter le temps souhaité.

Le financement de cet hébergement temporaire est à la charge de la personne. L'hébergement en EHPAD peut être financé pour le forfait « dépendance » en partie par l'APA sur 30 jours maximum par an, le forfait « hébergement » demeurant à la charge de la personne.

3.3.2.3. Le service de répit à domicile

Le service de répit à domicile consiste en la venue d'un professionnel au domicile de la personne dépendante.

Ce professionnel va aider la personne dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne ou seulement lui tenir compagnie, permettant d'accorder une pause et du repos à l'aidant.

Le service de répit peut être ponctuel ou continu, de quelques heures à quelques jours.

Dans la région, il existe une association « Bulle d'air » proposant ce service. (*Bulle d'air*)

3.3.2.4. La garde de nuit

Le service de garde de nuit peut être proposé si l'aidant a besoin de s'absenter généralement entre 19h et 6h. Ce sont des aides à domicile qui viennent la nuit pour s'assurer que tout se passe correctement.

3.3.2.5. Le balluchonnage

Le balluchonnage, initialement créé au Québec, est une solution de relais de longue durée pour les aidants. Ce service consiste en une prise en charge 24h/24h de l'aidé. Tout sera fait à la place de l'aidant, que ce soient les soins d'hygiène de la personne, les sorties, les activités, les repas, l'entretien du logement, etc. Cette aide permet à l'aidant de partir de son logement quelques jours.

Ce service dure au minimum 36h et au maximum 6 jours, avec une possibilité de prolongement si nécessaire.

La mise en place de cette aide se déroule en 6 étapes :

- **Etape 1 :** ce sera la prise de contact de l'aidant avec le service présent dans le département. Ceci permet de déterminer si tous les éléments sont réunis pour avoir accès au balluchonnage.

- **Etape 2 :** Visite à domicile par le coordinateur de l'association pour rencontrer la personne, son aidant et visiter les lieux. Cette visite va de plus permettre d'expliquer le déroulement du balluchonnage.
- **Etape 3 :** Programmation du balluchonnage. Cette étape consiste à lister toutes les missions du balluchonneur durant la période de service et présenter ce dernier à la personne et son aidant.
- **Etape 4 :** Entretien téléphonique ou visite à domicile du balluchonneur pour avoir un premier contact.
- **Etape 5 :** Réalisation du balluchonnage. Le balluchonneur vient au domicile, l'aidant restera en moyenne 3h pour lui montrer l'ensemble des éléments nécessaires à connaître pour la prise en charge optimale de la personne aidée (fonctionnement de l'électroménager, rangement du linge de maison, etc.). Puis l'aidant quitte le logement et le balluchonnage commence. Durant cette période, tous les autres services habituels ont toujours lieu (aide à la personne, portage de repas, passage infirmier, etc.), le but étant que le quotidien de la personne ne soit pas changé. Bien entendu, l'aidant peut prendre des nouvelles autant qu'il le souhaite. Au retour de l'aidant, un compte-rendu lui sera fait par le balluchonneur.
- **Etape 6 :** Suivi du balluchonnage. Le balluchonneur et le coordinateur de l'association pourront proposer à l'aidant, à posteriori, des conseils sur la prise en charge de la personne aidée pour une prise en charge optimale. En effet après avoir réalisé un balluchonnage, le regard extérieur du balluchonneur sur le quotidien de la personne et de la place de l'aidant peut être intéressant à connaître, ce dernier ayant réellement vécu avec la personne.

Ce service, bien que très utile pour les aidants, n'est pas pris en charge par l'Etat. Selon les personnes, des possibilités d'aides existent : « enveloppe répit » dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), les caisses de retraite complémentaire, les mutuelles. Le reste à charge pour les familles s'élevant en moyenne entre 0 et 150 euros par jour.

Le balluchonnage est proposé dans 19 départements en France et nous avons la chance d'avoir une association « Parenthèse à domicile » en Seine Maritime, installée à Maromme, qui exerce ce service. (*Baluchon France*)

3.3.2.6. Les vacances adaptées

De nombreuses associations proposent des séjours adaptés à la dépendance de la personne âgée.

Ce sont des structures accueillant personnes aidées et aidants. Elles disposent de professionnels formés dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ceci permettant de soutenir l'aidant dans la réalisation des actes de la vie quotidienne comme le ferait une auxiliaire de vie par exemple.

Ces lieux de vacances sont de plus composés d'une équipe soignante : médecin, infirmier, aide-soignant et d'acteurs médico-psychologique.

Parallèlement à la prise en charge des gestes quotidiens de la personne dépendante, des occupations lui sont proposées, ainsi qu'à son aidant. Par exemple, le village répit « VRF Touraine » comporte une piscine, un billard, propose des activités de bien-être, physique, des jeux de sociétés et différents atelier de stimulation, pour ne citer que ceci. (*VRF Touraine*)

Ces lieux de vacances permettent à l'aidant et son proche de pouvoir partir de chez eux, de sortir de leur quotidien tout en ayant un sentiment de confort et de sécurité avec une continuité de prise en charge.

3.3.3. Les associations

Parmi les associations existantes pour accompagner les aidants, il existe :

- **Les groupes de paroles** : par exemple le « café des aidants » est un moment de partage dans un lieu « neutre » comme un café, un bar ou un restaurant, permettant à l'aidant de se confier et d'échanger avec d'autres aidants. Ces moments sont organisés une fois par mois, animés par un psychologue et un travailleur social, ceci donnant l'occasion à ces professionnels d'apporter soutien, information et orientation si besoin. (*Association Française des Aidants*)
- **Les activités de bien-être** : ces dernières peuvent être proposées par les plateformes de répit. Parmi ces activités, nous retrouvons des séances de massage, du yoga, une prise en charge par une socio-esthéticienne, etc.

3.3.4. Le congé proche-aidant

Le congé proche-aidant est un congé accordé aux personnes, encore en activité professionnelle, qui accompagnent leur proche en perte d'autonomie.

Cette interruption de travail concerne les aidants les personnes ayant un GIR compris entre 1 et 3.

La durée du congé est de 3 mois, il peut être renouvelé, pouvant aller jusqu'à une année entière durant la carrière de l'aidant. Ce congé peut être continu ou fractionné.

Durant le congé, l'aidant n'est pas rémunéré par son employeur mais peut être éligible à recevoir l'allocation journalière du proche aidant (APJA) durant 66 jours maximum tout au long de sa carrière (répartis en 22 jours par mois). Cette indemnité est de 62,44 € par jour ou 31,22 € par demi-journée. (*Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches*)

Conclusion

Comme nous avons pu le voir, le pharmacien est au centre du parcours de soins : il doit faire le lien avec les autres professionnels afin de favoriser une prise en charge pluridisciplinaire de ses patients et donc un accompagnement optimal car global.

Le métier de pharmacien d'officine est une magnifique profession qu'il faut valoriser. Il m'est apparu au fur et à mesure des années où j'ai travaillé que parallèlement à la délivrance des médicaments, produits de parapharmacie, etc. le pharmacien et son équipe jouent un réel rôle d'accompagnant pour tous les maux du quotidien de leurs patients. Les officines sont des lieux où l'accueil est accessible à tout moment de la journée, sans rendez-vous. Un réel contact peut être créé avec les patients et leurs accompagnants.

C'est pour cela que le pharmacien doit être prêt à soutenir et guider les patients et leurs aidants. Il doit avoir entre ses mains un échantillon de réponses adaptées. Afin de simplifier cet accompagnement, vous trouverez en annexe 7 un mémo relatant les informations principales pour l'orientation des personnes âgées démentes à domicile.

Toutes ces informations seront à présenter à la personne âgée atteinte ou à son aidant de façon la plus adéquate possible : en prenant son temps, en répétant si besoin, en revenant plus tard sur ses propositions si la personne n'est pas prête. Il faudra toujours leur laisser le choix, le pharmacien n'est qu'un accompagnant et non le décisionnaire.

Le maintien à domicile d'une personne âgée démente peut être fastidieux, mais n'est-ce pas une belle mission de pouvoir aider une personne à rester chez elle avec ses proches ?

Annexes

Annexe 1 : MMSE (*Haute Autorité de Santé (HAS)*)

Mini-Mental State Examination dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO)

Orientation

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

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

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

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- (si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve)
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ici ?

Apprentissage

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

11. Cigare
12. Fleur
13. Porte

Répétez les 3 mots.

Attention et calcul

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

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers : EDNOM. Le score correspond au nombre de lettres dans la bonne position. (Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global.)

Rappel

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

19. Cigare
20. Fleur
21. Porte

Langage

22. Montrer un crayon. Quel est le nom de cet objet ?
23. Montrer votre montre. Quel est le nom de cet objet ?
24. Écoutez bien et répétez après moi : "Pas de mais, de si, ni de et"
25. Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
Prenez cette feuille de papier avec la main droite
26. Pliez-la en deux
27. Et jetez-la par terre
28. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :

- "Fermez les yeux" et dire au sujet : *Faites ce qui est écrit*
29. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.
Cette phrase doit être écrite spontanément. Elle doit contenir un sujet, un verbe, et avoir un sens.

Praxies constructives

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

Compter 1 point pour chaque bonne réponse.

SCORE GLOBAL/30 (les seuils pathologiques dépendent du niveau socioculturel).

Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO). Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle. Presse Méd. 1999;28:1141-8.

Kalafat M, Hugonot-Diener L, Poitreneau J. Standardisation et étalonnage français du « Mini Mental State » (MMS) version GRECO. Rev Neuropsychol 2003 ;13(2) :209-36.

Annexe 2 : Diagnostic Démence à Corps de Lewy (DCL)

(HAS 2011a)

Annexe 8. Proposition de traduction pour les critères révisés pour le diagnostic clinique de la démence à corps de Lewy (DCL)

1. Manifestation centrale (essentielle pour le diagnostic d'une probable ou possible DCL)

- Déclin cognitif progressif dont la sévérité entraîne un retentissement sur l'autonomie et les relations sociales ou professionnelles.
- Une altération mnésique, au premier plan ou persistante, n'est pas nécessairement présente pendant les stades précoces, mais devient habituellement patente avec l'évolution.
- Des déficits observés aux tests d'attention et des fonctions exécutives et l'atteinte des capacités visuo-spatiales peuvent être au premier plan.

2. Signes cardinaux (deux signes sont suffisants pour le diagnostic d'une DCL probable, un pour une DCL possible)

- Fluctuations cognitives avec des variations prononcées de l'attention et de la vigilance
- Hallucinations visuelles récurrentes typiquement bien détaillées et construites
- Caractéristiques motrices spontanées d'un syndrome parkinsonien.

3. Manifestations évoquant une DCL (la présence d'au moins une de ces manifestations en plus d'au moins un signe cardinal est suffisante pour le diagnostic de DCL probable, et en l'absence de signe cardinal pour le diagnostic de DCL possible)

- Troubles du sommeil paradoxal (qui peuvent précéder la démence de plusieurs années)
- Hypersensibilité aux neuroleptiques
- Anomalie (réduction) de fixation du transporteur de dopamine dans le striatum en tomographie d'émission monophotonique ou du MIBG (Méta-iodo-benzyl-guanidine) en scintigraphie myocardique.

4. Symptômes en faveur d'une DCL (souvent présents mais manquant de spécificité)

- Chutes répétées et syncopes
- Pertes de connaissance brèves et inexplicables
- Dysautonomie sévère pouvant survenir tôt dans la maladie telle qu'une hypotension orthostatique, une incontinence urinaire, etc.
- Hallucinations autres que visuelles
- Idées délirantes systématisées
- Dépression
- Préservation relative des structures temporales internes à l'IRM ou au scanner
- Diminution de fixation généralisée du traceur de perfusion en TEMP ou TEP avec réduction de l'activité occipitale
- Ondes lentes sur l'EEG avec activité pointue transitoire dans les régions temporales

5. Le diagnostic de DCL est moins probable en présence :

- d'une maladie cérébro-vasculaire se manifestant par des signes neurologiques focaux ou sur l'imagerie cérébrale
- d'une affection physique ou de toute autre affection cérébrale suffisante pour expliquer en partie ou en totalité le tableau clinique.

D'après Mc Keith IG et al. *Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium.* Neurology 2005;65:1863-1872.



Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES)

Instructions

BUT

Le but de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives sont pris en compte dans le NPI-ES.

L'INTERVIEW DU NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient. L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le but de l'interview

Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

Il est important de :

- déterminer le temps passé par le soignant auprès du patient. Quel poste occupe le soignant ; s'occupe-t-il toujours du patient ou seulement occasionnellement ; quel est son rôle auprès du patient ; comment évalue-t-il la fiabilité des informations qu'il donne en réponse aux questions du NPI-ES ?
- recueillir les traitements médicamenteux pris régulièrement par le patient.

QUESTIONS DE SÉLECTION

La question de sélection est posée pour déterminer si le changement de comportement est présent ou absent. Si la réponse à la question de sélection est négative, marquez « NON » et passez au domaine suivant. Si la réponse à la question de sélection est positive ou si vous avez des doutes sur la réponse donnée par le soignant ou encore s'il y a discordance entre la réponse du soignant et des données dont vous avez connaissance (ex. : le soignant répond NON à la question de sélection sur l'euphorie mais le patient apparaît euphorique au clinicien), il faut marquer « OUI » et poser les sous-questions.

A. IDÉES DÉLIRANTES

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou qu'ils ne sont pas chez eux dans sa maison ? Je ne parle pas d'une simple attitude soupçonneuse ; ce qui m'intéresse, c'est de savoir si le patient/la patiente est vraiment convaincu(e) de la réalité de ces choses. »

B. HALLUCINATIONS (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? Par exemple, a-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? Je ne parle pas du simple fait de croire par erreur à certaines choses, par exemple affirmer que quelqu'un est encore en vie alors qu'il est décédé. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente voit ou entend vraiment des choses anormales ? »

C. AGITATION/AGRESSIVITÉ (NA)

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

D. DÉPRESSION/DYSPHORIE (NA)

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

E. ANXIÉTÉ (NA)

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

F. EXALTATION DE L'HUMEUR/EUPHORIE (NA)

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

G. APATHIE/INDIFFÉRENCE (NA)

« Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour entreprendre de nouvelles activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux tâches ménagères ? Est-il/elle apathique ou indifférent(e) ? »

H. DÉSINHIBITION (NA)

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

I. IRRITABILITÉ/INSTABILITÉ DE L'HUMEUR (NA)

« Le patient/la patiente est-il/elle irritable, faut-il peu de choses pour le/la perturber ? Est-il/elle d'humeur très changeante ? Se montre-t-il/elle anormalement impatient(e) ? Je ne parle pas de la contrariété résultant des trous de mémoire ou de l'incapacité d'effectuer des tâches habituelles. Ce que je voudrais savoir, c'est si le patient/la patiente fait preuve d'une irritabilité, d'une impatience anormales, ou a de brusques changements d'humeur qui ne lui ressemblent pas. »

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

K. SOMMEIL (NA)

« Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? Est-il/elle debout la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou déränge le sommeil des proches ? »

L. APPÉTIT/TROUBLES DE L'APPÉTIT (NA)

« Est-ce qu'il y a eu des changements dans son appétit, son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

SOUS-QUESTIONS

Quand la réponse à la question de sélection est « OUI », il faut alors poser les sous-questions. Dans certains cas, le soignant répond positivement à la question de sélection et donne une réponse négative à toutes les sous-questions. Si cela se produit, demandez au soignant de préciser pourquoi il a répondu « OUI » à la question de sélection. S'il donne alors des informations pertinentes pour le domaine comportemental mais en des termes différents, le comportement doit alors être coté en gravité et en fréquence. Si la réponse « OUI » de départ est une erreur, et qu'aucune réponse aux sous questions ne confirme l'existence du comportement, il faut modifier la réponse à la question de sélection en « NON »

NON APPLICABLE

Une ou plusieurs questions peuvent être inadaptées chez des patients très sévèrement atteints ou dans des situations particulières. Par exemple, les patients grabataires peuvent avoir des hallucinations mais pas de comportements moteurs aberrants. Si le clinicien ou le soignant pense que les questions ne sont pas appropriées, le domaine concerné doit être coté « NA » (non applicable dans le coin supérieur droit de chaque feuille), et aucune autre donnée n'est enregistrée pour ce domaine. De même, si le clinicien pense que les réponses données sont invalides (ex. : le soignant ne paraît pas comprendre une série de questions), il faut également coter « NA ».

FRÉQUENCE

Pour déterminer la fréquence, posez la question suivante :

« Avec quelle fréquence ces problèmes se produisent (définissez le trouble en décrivant les comportements répertoriés dans les sous-questions ? Diriez-vous qu'ils se produisent moins d'une fois par semaine, environ une fois par semaine, plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours, ou tous les jours ? »

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

GRAVITÉ

Pour déterminer la gravité, posez la question suivante :

« Quelle est la gravité de ces problèmes de comportement ? À quel point sont-ils perturbants ou handicapants pour le patient ? Diriez-vous qu'ils sont légers, moyens ou importants ? »

1. **Léger** : changements peu perturbants pour le patient
2. **Moyen** : changements plus perturbants pour le patient mais sensibles à l'intervention du soignant
3. **Important** : changements très perturbants et insensibles à l'intervention du soignant

Le score du domaine est déterminé comme suit :

score du domaine = fréquence x gravité

RETENTISSEMENT

Une fois que chaque domaine a été exploré et que le soignant a coté la fréquence et la gravité, vous devez aborder la question relative au :

retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant.

Pour ce faire, demander au soignant si le comportement dont il vient de parler augmente sa charge de travail, lui coûte des efforts, du temps et le perturbe sur le plan émotionnel ou psychologique. Le soignant doit coter sa propre perturbation sur une échelle en 5 points :

0. **Pas du tout**
1. **Perturbation minimum :**
presque aucun changement dans les activités de routine.
2. **Légèrement :**
quelques changements dans les activités de routine mais peu de modifications dans la gestion du temps de travail.
3. **Modérément :**
désorganise les activités de routine et nécessite des modifications dans la gestion du temps de travail.
4. **Assez sévèrement :**
désorganise, affecte l'équipe soignante et les autres patients, représente une infraction majeure dans la gestion du temps de travail.
5. **Très sévèrement ou extrêmement :**
très désorganisant, source d'angoisse majeure pour l'équipe soignante et les autres patients, prend du temps habituellement consacré aux autres patients ou à d'autres activités.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux 10 premiers domaines. L'ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s'avèrent particulièrement importants. Le score de retentissement sur les activités professionnelles n'est pas pris en compte dans le score total du NPI-ES mais peut être calculé séparément comme le score total de retentissement sur les activités professionnelles en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12) domaines comportementaux.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

En pratique clinique l'élément le plus pertinent à retenir est le score fréquence x gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique).

D'après Sisco F, Taurel M, Lafont V, Bertogliati C, Baudu C, Girodani JY, *et al.* Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. L'Année Gériatrique 2000;14:151-71.

Copyrights : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche - C.H.U de NICE.

Annexe 4 : Echelle de Cohen-Mansfield

(Haute Autorité de Santé (HAS))

Annexe 4. Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI - Cohen-Mansfield Agitation Inventory)

Date :

Nom et prénom du patient :

Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant – autre)

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

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

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

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

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.

Annexe 5 : exemple PDA Pharmacie de la Grand Mare

| Medicament | | Mat | Midi | Soir | Couch | Autre | 04/01/2023 - 10/01/2023 |
|------------|-------------------------------|-----|------|------|-------|-------|--|
| 1 | REPAGLINIDE 1MG MYL PH CPR | 1 | 1 | 1 | | | Pharmacie de la Grand Mare Médecin : <u>Autres prescriptions (Hors piluliers) :</u> KARDEGIC 150MG SACHE Midi 1 LANTUS 100U/ML SOLES NOVORAPID FLEXPEN 10 MACROGOL 4 000 10G M Matin 1 Midi 1 Soir 1 LAROXYL 40MG/ML SOL Matin 15 Midi 15 Soir 15 KAYEXALATE PDR ORALE Matin 1 DEDROGYL 15MG/100ML Matin 20 Au besoin |
| 2 | COVERAM 10MG/10MG CPR 90 | 1 | | | | | |
| 3 | INDAPAMIDE LP 1.5MG MYLAN | 1 | | | | | |
| 4 | FLUVASTATINE LP 80MG | | | 1 | | | |
| 5 | NEBIVOLOL 5MG MYL CPR | | | 1 | | | |
| 6 | TRIMEBUTINE 200MG MYLAN CPR 1 | 1 | 1 | | | | |
| 7 | TRANXENE 10MG GELULE 30 | 1 | 1 | 1 | | | |
| 8 | XATRAL 2.5MG CPR 30 | 1 | | 1 | | | |
| 9 | PERMIXON 160MG GELULE 60 | 1 | | 1 | | | |
| 10 | GABAPENTINE 300MG MYLAN | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| 11 | TANGANIL GE 500MG CPR 30 | 1 | 1 | 1 | | | |
| 12 | ALLOPURINOL 100MG ARROW | 1 | | | | | |
| 13 | | | | | | | |

| MATIN MAR. 10/01/2023 | MIDI MAR. 10/01/2023 | SOIR MAR. 10/01/2023 | NUIT MAR. 10/01/2023 |
|---|--|---|----------------------|
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |
| Pr: 1-2-3-6-7-8-9-10-11-1 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B 1 KAYEXALATE PDR ORALE R | Pr: 1-6-7-10-11 1 KARDEGIC 150MG SACHET 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 1-4-5-6-7-8-9-10-11 1 MACROGOL 4 000 10G MYL 15 LAROXYL 40MG/ML SOL B | Pr: 10 |

Annexe 6 : Echelle de Zarit (Hôpitaux universitaires de Genève 2022)

Grille de ZARIT©Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau

Le questionnaire suivant présente une liste d'affirmations caractérisant l'état habituel des gens qui ont la charge quotidienne de quelqu'un d'autre.

La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère. Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = parfois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque tout le temps

| A quelle fréquence vous arrive-t-il de... | Jamais | Rarement | Quelques fois | Assez souvent | Presque toujours |
|---|--------|----------|---------------|---------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ? | | | | | |
| 2. Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ? | | | | | |
| 3. Vous sentir tiraillé entre les besoins à votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles ? | | | | | |
| 4. Vous sentir embarrassé par le(s) comportement(s) de votre parent ? | | | | | |
| 5. Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ? | | | | | |
| 6. Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ? | | | | | |
| 7. Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ? | | | | | |
| 8. Sentir que votre parent est dépendant de vous ? | | | | | |
| 9. Vous sentir tendu en présence de votre parent ? | | | | | |
| 10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ? | | | | | |
| 11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ? | | | | | |
| 12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ? | | | | | |
| 13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ? | | | | | |
| 14. Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ? | | | | | |
| 15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos dépenses ? | | | | | |
| 16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ? | | | | | |
| 17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ? | | | | | |
| 18. Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ? | | | | | |
| 19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 20. Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent? | | | | | |
| 21. Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent? | | | | | |
| 22. En fin de compte, vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau? | | | | | |
| Sous-totaux | | | | | |
| TOTAL (addition de chaque sous-total, à reporter en page 4) | | | | | |

Résultats :

Score < 20 : "fardeau" léger

21 < score < 40 : "fardeau" léger à modéré

41 < score < 60 : "fardeau" modéré à sévère

61 < score < 88 : "fardeau" sévère

La prise en charge d'une personne âgée démente à domicile : quelques conseils



* Les médicaments spécifiques des démences :

- Donépézil
- Rivastigmine
- Galantamine
- Mémantine

* Les médicaments des troubles psycho-comportementaux :

Pour l'agitation, l'agressivité et l'anxiété :

Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam
-> benzodiazépines à demi-vie courte

Pour l'irritabilité:

Sertraline, Citalopram, Escitalopram -> ISRS
Mirtazapine, Miansérine -> antagoniste $\alpha 2$ -adrénergique

Pour les psychoses :

Tiapride, Olanzapine, Risperdone + Clozapine et Quétapine (seulement pour la DCL)
-> neuroleptiques

Pour les troubles du sommeil:

Zopiclone, Zolpidem

* Les petits + :

- Accompagner dans l'arrêt du tabac
- Proposer la Préparation des Doses à Administrer
- Faire un Entretien Pharmaceutique ou un Bilan Partagé de Médication
- Proposer de livrer à domicile
- Proposer matériel médical et produits pour l'incontinence



* Nutrition :

- Prévenir la **dénutrition et la déshydratation**
- **Limiter** au maximum les **régimes restrictifs**
- Proposer :
 - **Petit-déjeuner** : une boisson (thé, café, etc.), un produit céréalier (pain, etc.), un produit laitier (lait, yaourt, fromage) et un fruit
 - **Déjeuner** : des légumes (environ la moitié de l'assiette), des féculents (environ un quart), des protéines (à varier tout au long de la semaine : viande blanche et rouge, œuf, poisson blanc et gras, etc.), un produit laitier et un fruit
 - **Collation** : une boisson, un fruit, un produit laitier, un biscuit ou du pain
 - **Dîner** : des féculents, des légumes, un produit laitier
- **Boire 1 à 1,5L d'eau par jour** (eau plate, gazeuse, tisane, bouillon, etc.)

* Activité physique:

- **A adapter** selon capacités présentes : possibilité d'être accompagné par un masseur-kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un psychomotricien
- **Régulière**
- Pratiquer **30 minutes d'activité par jour** : ménage, courses, jardinage, marche, etc.



* Stimulation cognitive :

- **Chaque jour**
- **Exemples** : lecture, musique, activité physique ou manuelle, jeux, entretenir liens sociaux (animations de groupe, clubs du 3ème âge, voir membre de la famille ou amis, etc)

* Adapter l'environnement :



- **But** : créer un environnement **sécuritaire** afin de **prévenir les chutes et les accidents**
- **Exemples** :
 - Limiter les tapis et les fils non-fixés
 - Mettre un éclairage suffisant dans chaque pièce
 - Mettre le lit au rez-de-chaussée si cela est possible et adapter la chambre de façon à rendre tout accessible
 - Dégager les lieux de passage
 - Ranger les ustensiles de cuisine pouvant être dangereux et les produits ménagers

* Les aides existantes:

- Pour répondre aux questions, informer et orienter : le **CLIC**
- **Les aides à domicile:**
 - Les **auxiliaires de vie**
 - Le **portage des repas**
 - La **téléalarme**
- **Les équipes spécialisées** :
 - **SSIAD** : pour les soins d'hygiène et infirmiers
 - **Equipe Spécialisée Alzheimer**
- **Pour les aidants** -> évaluer le fardeau de l'aidant avec l'**échelle de Zarit** puis, selon les besoins, proposer :
 - l'accueil de jour
 - l'hébergement temporaire
 - le service de répit à domicile
 - la garde de nuit
 - le balluchonnage
 - les vacances adaptées
 - les associations : groupes de paroles et activités de bien être
 - le congé proche-aidant

- Les différents **annuaires** pour trouver les services d'aides les plus proches :
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaires>

Bibliographie

- 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2020 [cité 30 sept 2022];16(3):391-460. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/alz.12068>
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM), Haute Autorité de Santé (HAS), Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php#result>
- Alzheimer's Association. Depression [Internet]. *Alzheimer's Disease and Dementia*. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/depression>
- American psychiatric association. DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
- Association Française des Aidants. Café des Aidants [Internet]. Association Française des aidants. [cité 20 janv 2023a]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/vous-etes-aidant/participer-a-une-action-pres-de-chez-soi/cafes-aidants/>
- Association Française des Aidants. Fiche pratique « Les solutions de répit » [Internet]. Association Française des aidants. [cité 19 janv 2023b]. Disponible sur: <https://www.aidants.fr/fiche-pratique-solutions-de-repit/>
- Baluchon France. Répit de longue durée pour les aidants [Internet]. Baluchon France. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://baluchonfrance.com/>
- Barberger-Gateau P. Déficit nutritionnel dans la maladie d'Alzheimer et les démences. *Lett Neurol*. avr 2015;XIX(4):4.
- Bérard A. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : spécificités de 23 métiers en première ligne [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/file/424/download?token=GUXmVKTR>
- Boddaert J, Collège national des enseignants de gériatrie. Gériatrie. 4ème ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (Les Référentiels des Collèges).
- Bréard V. Intérêt de la mesure du fardeau de l'aidant familial lors de l'inscription en EHPAD [Internet]. 2013. Disponible sur: https://sgoc.fr/IMG/pdf/_interet_de_la_mesure_du_fardeau_de_l_aidant_familial_lors_de_l_inscription_en_ehpad_-_a_propos_de_4_ans_d_experience_a_la_coordination_des_etablissements_geriatriques_du_cher_cdeg_18_v._breard_1_c._coite_2_i._marquet_.pdf?87/01f5190efa8a5c7b3dc9c4b498985f4342227052
- Bulle d'air. Bulle d'air [Internet]. Bulle d'air. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.repit-bulledair.fr>

- Calvet L. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. déc 2016 [cité 25 oct 2022];(988). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er_988.pdf
- Chataigner A. La démence fronto-temporale : physiopathologie, approches thérapeutiques et prise en charge [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62d82f02-bc00-411d-97af-66c0e785ea1a>
- Collège des enseignants de neurologie. Neurologie. 5ème ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019.
- Collège des pharmaciens - Conseillers et maîtres de stage. Les autres missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
- Dauriac MC. L'isolement social de la personne âgée démente. Elsevier Masson [Internet]. mars 2012 [cité 3 oct 2022];17(94):22. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2009/11/l-isolement-social-de-la-personne-agee-demente.pdf>
- Docteur Clic. Signes de la maladie d'Alzheimer : symptômes, traitement, définition [Internet]. Docteur Clic. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.docteurclic.com/maladie/signes-de-la-maladie-d-alzheimer.aspx>
- Dorosz - Guide pratique des médicaments - 2023. . 42ème édition. Maloine; 2022. (Vital Durand D, Le Jeune C. Guide pratique médicaux).
- Dr. MUTEZ E. Génétique des maladies à corps de Lewy [Internet]. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-ma2.fr/wp-content/uploads/sites/2/2018/11/Mutez-Nov18-g%C3%A9n%C3%A9tique-DCL-DIU-MA2.pdf>
- Dulac M, Sanandedji E, Zimmer L. Cardiologie - Neurologie. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. (Prépa Pharma).
- Durazzo TC, Mattsson N, Weiner MW, Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Smoking and increased Alzheimer's disease risk: a review of potential mechanisms. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc.* juin 2014;10(3 Suppl):S122-145.
- Ferchichi S, Giraud M, Smagghe A. La démence à corps de Lewy. *Rev Gériatrie.* 2000;5.
- Ferry M. Dénutrition personnes âgées en EHPAD [Internet]. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-monique-ferry.pdf>
- Fillit H, Nash DT, Rundek T, Zuckerman A. Cardiovascular risk factors and dementia. *Am J Geriatr Pharmacother.* juin 2008;6(2):100-18.
- Fondation recherche pour Alzheimer. Causes et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer [Internet]. Fondation pour la Recherche sur Alzheimer. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/facteurs-de-risques/>
- France Alzheimer. L'accueil de jour [Internet]. France Alzheimer et maladies apparentées. [cité 12 janv 2023a]. Disponible sur: <https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins->

60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-
accompagnement-a-lexterieur-du-domicile-scenario-6-1/les-accueils-de-jour/

France Alzheimer. L'encéphalopathie vasculaire : causes, diagnostic, traitement [Internet]. France Alzheimer. [cité 13 sept 2022b]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-maladies-apparentees/lencephalopathie-vasculaire/>

France Alzheimer. L'équipe spécialisée Alzheimer [Internet]. France Alzheimer et maladies apparentées. [cité 12 janv 2023c]. Disponible sur: <https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-accompagnement-au-domicile-scenario-6-1/lequipe-specialisee-alzheimer/>

France Parkinson. Les vaccins alpha-synucléine [Internet]. France Parkinson. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.franceparkinson.fr/la-recherche/pistes-de-recherche/vaccins-alpha-synucleine/>

Gorwood P, Corruble E, Falissard B, Goodwin GM. Toxic effects of depression on brain function: impairment of delayed recall and the cumulative length of depressive disorder in a large sample of depressed outpatients. *Am J Psychiatry*. juin 2008;165(6):731-9.

Guillem N. Rôle du pharmacien dans l'identification et la prise en charge des admissions à l'hôpital pour cause iatrogène [Internet]. Marseille; 2022 [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03621983/document>

HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. 2011a p. 49. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge.pdf

HAS. Proposition de traduction pour les critères révisés pour le diagnostic clinique de la démence à corps de Lewy (DCL) [Internet]. 2011b p. 1. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annee_8.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). Echelle d'agitation de Cohen-Mansfield [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1138746/fr/ma-ma-troubles-comportement-annexe-4

Haute Autorité de Santé (HAS). Inventaire neuropsychiatrique – version équipe soignante (NPI-ES) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_equipe_soignante_npi-es_2013-02-26_14-58-55_901.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). MMSE [Internet]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/mmse.pdf>

Hôpitaux universitaires de Genève. Grille de Zarit [Internet]. 2022 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: https://www.hug.ch/sites/hde/files/structures/medecine_palliative/documents/grilledede_zarit.pdf

- Inserm. Un meilleur accès à l'éducation réduit les différences de capacités cognitives entre hommes et femmes [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2021 [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/un-meilleur-acces-a-leducation-reduit-les-differences-de-capacites-cognitives-entre-hommes-et-femmes/42000/>
- Institut du cerveau. Les causes et les mécanismes biologiques des dégénérescences fronto-temporales [Internet]. Institut du Cerveau. [cité 30 sept 2022a]. Disponible sur: <https://institutducerveau-icm.org/fr/dft/causes-mecanismes-biologiques/>
- Institut du cerveau. Maladie d'Alzheimer : causes, symptômes, traitements, recherches [Internet]. Institut du Cerveau. [cité 19 août 2022b]. Disponible sur: <https://institutducerveau-icm.org/fr/alzheimer/>
- Le Moniteur des Pharmacies. Préparation des piluliers : des pharmacies la font payer - 09/04/2018 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/preparation-des-piluliers-des-pharmacies-la-font-payer.html>
- Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. 1 févr 1999 [cité 12 oct 2022];66(2):177-83. Disponible sur: <https://jnnp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jnnp.66.2.177>
- Manckoundia P. Démences et troubles de la marche [Internet]. Journées Annuelles de SFGG; 2012 [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-patrick-manckoundia.pdf>
- Omédit. Prise en charge des troubles psycho comportementaux chez le sujet âgé [Internet]. 2014 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://www.omedit-normandie.fr/media-files/4469/protocole_troubles_psycho_comportementaux_janvier_2014.pdf
- OMS. Rapport mondial de situation sur l'action de santé publique contre la démence : résumé de situation. [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; 2021. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350992/9789240038721-fre.pdf>
- Orphanet. CADASIL. 2008 [cité 28 sept 2022];13. Disponible sur: <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/CADASIL-FRfrPub1001v01.pdf>
- Paul CA, Au R, Fredman L, Massaro JM, Seshadri S, Decarli C, et al. Association of alcohol consumption with brain volume in the Framingham study. Arch Neurol. oct 2008;65(10):1363-7.
- Pierry D. CLIC : Quelles sont les missions du Centre Local d'Information et de Coordination [Internet]. Aide-Sociale.fr. 2018 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.aide-sociale.fr/clic-personnes-agees/>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) [Internet]. 2022 [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>

- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Annuaire des points d'information - Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 19 janv 2023a]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-points-dinformation-et-plateformes-de-repit>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Congé de proche aidant [Internet]. [cité 20 janv 2023b]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. La téléassistance [Internet]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. [cité 6 janv 2023c]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/la-teleassistance>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Le portage de repas à domicile pour les personnes âgées [Internet]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. [cité 5 janv 2023d]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/le-portage-de-repas-domicile>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Le psychomotricien [Internet]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. [cité 11 janv 2023e]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-psychomotricien>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) [Internet]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. [cité 12 janv 2023f]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-equipes-specialisees-alzheimer-esa>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Les services d'aide à domicile pour les personnes âgées [Internet]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. [cité 5 janv 2023g]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-daide-a-domicile/les-services-daide-domicile>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. L'orthophoniste [Internet]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. [cité 11 janv 2023h]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lorthophoniste>
- Rapp MA, Schnaider-Beeri M, Purohit DP, Perl DP, Haroutunian V, Sano M. Increased neurofibrillary tangles in patients with Alzheimer disease with comorbid depression. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. févr 2008;16(2):168-74.
- Riou-Milliot S. On comprend mieux l'origine de la maladie de Parkinson [Internet]. *Sciences et Avenir*. 2015 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/on-comprend-mieux-l-origine-de-la-maladie-de-parkinson_29139
- Rochoy M, Chazard E, Bordet R. Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2019;17(1):99-105.

- Rolland Y, Vellas B, Abellan van Kan G. Activité physique et maladie d'Alzheimer : de la prévention aux perspectives thérapeutiques. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9(6):405.
- Santé Publique France. Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées [Internet]. 2006 [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/121837/file/154299_941.pdf
- Santé Publique France. Tabac Info Service [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
- Société de Pneumologie de la Langue Française. Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/ réponses [Internet]. Elsevier Masson; 2009 [cité 25 oct 2022]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/broyage/res/Troubles_de_la_deglutition_et_pneumopathies.pdf
- Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol*. nov 2012;11(11):1006-12.
- Vecchierini MF. Sleep disturbances in Alzheimer's disease and other dementias. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2010;8:15-23.
- VRF Touraine. VRF Touraine - Vivre le Répit en Famille [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vrf.fr/home/les-villages/vrf-touraine-1.html>

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



SORET Marion

Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge des personnes âgées démentes à domicile.

Th. D. Pharm., Rouen, 2023, 96 p.

RESUME

Bien que les progrès dans le domaine de la santé soient grandissants, le vieillissement de la population engendre une augmentation du nombre de personnes atteintes par des maladies neurodégénératives telles que les démences.

Face à cette problématique, l'ensemble des acteurs de santé et médico-sociaux doivent accompagner, chacun à leur niveau, les personnes âgées démentes et leurs aidants. Le pharmacien d'officine, étant inclus dans le parcours de soin, doit avoir à sa disposition toutes les clés nécessaires pour un accompagnement optimal de ces patients.

Le maintien à domicile de personnes âgées démentes peut être difficile. Cependant nous avons la chance d'avoir un grand nombre d'aides existantes pouvant soutenir et accompagner ces personnes et leurs aidants.

Le rôle du pharmacien d'officine sera de savoir orienter, écouter et proposer des solutions afin d'aider au mieux personnes âgées démentes et aidants.

MOTS CLES : Personne âgée – Démence – Domicile – Pharmacien – Aidant

JURY

Président du jury : **Dr GARGALA Gilles**, Maître de conférences des universités – praticien hospitalier

Directrice de thèse : **Dr KADRI Karine**, Praticien hospitalier gériatre

Membres du jury : **Dr RIFFLET Marc-Anthony**, Pharmacien titulaire

Dr DETUNCQ Cécile, Professeur associé – pharmacienne d'officine

DATE DE SOUTENANCE : 7 avril 2023