



HAL
open science

**État des lieux des connaissances et des pratiques des
médecins concernant la prise en charge des troubles du
comportement chez le patient atteint de troubles
neurocognitifs dans les service de médecine polyvalente
de Loire-Atlantique et de Vendée**

Eugénie Caria

► **To cite this version:**

Eugénie Caria. État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins concernant la prise en charge des troubles du comportement chez le patient atteint de troubles neurocognitifs dans les service de médecine polyvalente de Loire-Atlantique et de Vendée. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04572398

HAL Id: dumas-04572398

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04572398v1>

Submitted on 10 May 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Eugénie CARIA

Présentée et soutenue publiquement le 16/02/2024

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES
MEDECINS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU
COMPORTEMENT CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE TROUBLES
NEUROCOGNITIFS DANS LES SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE
DE LOIRE-ATLANTIQUE ET DE VENDEE

Président : Madame la Professeur Laure DE DECKER

Directeur de thèse : Docteur Typhaine RIAUDEL

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

Madame la Professeur Laure DE DECKER,

Pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie également de m'avoir accompagnée tout au long de mon travail de thèse au côté du Dr Riaudel.

Madame la Docteure Typhaine RIAUDEL,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour ton aide et tes conseils dans la réalisation de ce travail. Merci de m'avoir transmis l'amour de la gériatrie.

Monsieur le Docteur Yves BLEHER,

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et pour m'avoir aidé à diffuser mon questionnaire de thèse à l'échelle de la Vendée.

Monsieur le Docteur Ludovic HERY,

Pour m'avoir aidé, en votre qualité de président de la société française de médecine polyvalente, à diffuser mon questionnaire de thèse en Loire-Atlantique et en Vendée.

Je tiens également à remercier :

Mes amis et ma famille

Pour être toujours là mes côtés, dans les bons et les mauvais moments. Sans vous ce travail n'aurait pas été possible.

Liste des abréviations

| | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| ANSM | Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé |
| AVC | Accident vasculaire cérébral |
| DSM | Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux |
| HAS | Haute autorité de santé |
| IPA | Association psychogériatrique internationale |
| ISRS | Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine |
| MPU | Médecine post-urgence |
| NPI | Inventaire neuropsychiatrique |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| SPCD | Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence |
| TC | Trouble du comportement |
| TNM | Thérapeutique non médicamenteuse |
| UCC | Unité cognitivo-comportementale |

Table des matières

| | | |
|------|-----------------------------------------------------|----|
| I. | Introduction..... | 2 |
| II. | Matériels et méthodes..... | 7 |
| 1. | Type d'étude..... | 7 |
| 2. | Population de l'étude..... | 7 |
| 3. | Mode de recueil..... | 7 |
| 4. | Analyse..... | 8 |
| III. | Résultats..... | 9 |
| 1. | Caractéristiques des praticiens inclus..... | 9 |
| 2. | Épidémiologie..... | 10 |
| 3. | Évaluation des troubles du comportement..... | 11 |
| 4. | Thérapeutiques non médicamenteuses..... | 13 |
| 5. | Autres thérapeutiques..... | 15 |
| 6. | Ressources humaines et formation..... | 16 |
| IV. | Discussion..... | 18 |
| 1. | Thérapeutiques non médicamenteuses..... | 18 |
| 2. | Autres thérapeutiques..... | 22 |
| 3. | Pistes d'améliorations..... | 25 |
| 4. | Limites..... | 27 |
| IV. | Conclusions..... | 27 |
| V. | Bibliographie..... | 29 |
| | Annexes..... | 32 |
| | Annexe 1 : Inventaire neuropsychiatrique – NPI..... | 32 |
| | Annexe 2 : Questionnaire de thèse..... | 41 |

I. Introduction

Les troubles neurocognitifs se définissent comme une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité (1). Les troubles neurocognitifs majeurs (anciennement démence) se caractérisent par une atteinte suffisamment importante pour altérer l'autonomie du patient (sa capacité à effectuer seul les activités de la vie quotidienne).

Selon l'OMS, dans le monde 55 millions de personnes sont atteintes de troubles neuro cognitifs majeurs, dont près de 60% vivent dans un pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, on dénombre près de 10 millions nouveaux cas. Le nombre total de personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050. Cette hausse est en grande partie due à l'augmentation du nombre de cas dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (2).

A l'échelle de la France, l'institut de veille sanitaire estimait à environ 1 200 000 le nombre de personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs en 2016. La prévalence augmente avec l'âge et il n'existe actuellement aucun traitement curatif. La maladie d'Alzheimer en est la première cause et représente 70% des cas. Les lésions vasculaires en sont la deuxième cause avec 20 à 30% des cas (3).

La maladie d'Alzheimer et les autres maladies apparentées représentent une cause majeure de dépendance, d'institutionnalisation et d'hospitalisation. Elles ont un impact important sur la qualité de vie des personnes atteintes ainsi que sur celle de leurs proches et de leurs aidants.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de cas et impose une adaptation de notre système de santé. L'Etat Français a élaboré le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, suivi du plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019. Ces plans ont pour but d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des patients, d'assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants, de développer et de coordonner la recherche au travers de 4 axes stratégiques pour 12 enjeux identifiés et 96 mesures (4).

Nous nous intéressons dans cette étude plus spécifiquement aux symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD), qui concernent environ neuf patients sur dix au cours

de l'évolution de la maladie. Selon l'Association Psychogériatrique Internationale (IPA) les SPCD peuvent se définir comme les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements qui surviennent fréquemment chez les patients déments (5). Ils sont sources d'institutionnalisations prématurées, d'une diminution importante de la qualité de vie des patients et de leur aidants (professionnels ou familiaux) et entraînent une augmentation des dépenses de santé.

Il n'existe pas de consensus pour une classification donnée, car le regroupement des symptômes entre eux est soumis à des facteurs extérieurs au patient. Ils peuvent être regroupés : selon le type d'expression des symptômes, leur degré de retentissement sur l'adaptation, selon les perturbations pour l'entourage, selon le degré de dangerosité (Haute Autorité de Santé (HAS) 2009).

L'IPA propose une classification en deux sous-groupes :

- Troubles du comportement, détectés par l'observation du comportement du patient, incluant
 - o **Comportements moteurs aberrants.** Activités répétitives et stéréotypés, sans but apparent : déambulation, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc. (6).
 - o **Agitation.** L'agitation a été définie par Cohen-Mansfield et Billig, comme une activité verbale, vocale ou motrice jugée inappropriée et qui ne résulte pas directement des besoins ou de la confusion de la personne agitée (5).
 - o **Agressivité.** Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient (6).
 - o **Opposition.** Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité (6). L'opposition aux soins s'accompagne de violence physique ou verbale envers les aidants.
 - o **Désinhibition.** Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant (6).
 - o **Syndrome crépusculaire.** Occurrence et exacerbation des SPCD en fin d'après-midi ou en début de soirée. Agitation et troubles du sommeil accompagnent fréquemment le syndrome crépusculaire (5).
 - o **Réactions de catastrophe.** Expression aiguë d'anxiété et de frustration habituellement brève. Fréquemment déclenchées par des expériences désagréables

comme le fait de ne pas réussir à s'habiller ou de devoir payer des factures. On parle parfois d'accès de rage (5).

- Troubles d'ordre psychologique, évalués à l'interrogatoire du patient et de l'entourage, incluant :

o **Symptômes psychotiques** regroupant :

- Idées délirantes. Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution, l'abandon ou la jalousie (6).

- Hallucinations. Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir. Elles sont le plus souvent visuelles dans le cadre des troubles neurocognitifs (6).

- Troubles d'identifications. Contrairement aux hallucinations (qui surviennent en absence de stimulus externe), les troubles d'identifications sont des perceptions erronées de stimuli externes. Les quatre types les plus fréquents sont : le syndrome du « pensionnaire fantôme » (présence de personnes à l'intérieur du domicile du patient) ; le trouble d'identification de soi (il se manifeste souvent par le fait que le sujet ne se reconnaît pas dans un miroir) ; les fausses reconnaissances; l'identification erronée d'événements (la personne a l'impression que les événements qui se passent à la télévision surviennent réellement) (5).

o **Anxiété**. Définir l'anxiété dans les troubles neurocognitifs est complexe, du fait du chevauchement possible entre symptômes anxieux et symptômes en lien avec les troubles neurocognitifs mais aussi en raison de la source d'information (patient lui-même, aidant, personnel médical ?). Les principaux symptômes anxieux chez les patients souffrant de troubles neurocognitifs sont : une présentation anxieuse ou inquiète, une crainte, une tension, une agitation, une nervosité et une déambulation. Les troubles du sommeil et les plaintes somatiques sont moins fréquents. A des stades sévères, l'anxiété peut se manifester par des appels à l'aide réitérés, des épisodes d'agitation motrice, des déambulations soudaines inexplicables, une tasinésie (incapacité à rester en place) ou des fugues subites qui peuvent masquer des attaques de panique. On désigne par syndrome de Godot le fait de suivre l'aidant principal ou un soignant, agrippé à lui, dans tous ses déplacements (7).

- o **Apathie.** Déficit persistant de la motivation rapportée par le sujet lui-même ou par son entourage. Cet état contraste avec le niveau antérieur de fonctionnement du sujet. L'apathie comporte des dimensions comportementales (diminution des comportements volontaires dirigés vers un but), cognitives et émotionnelles (6).
- o **Dépression.** Au stade de trouble neurocognitif léger, on peut utiliser les critères du DSM V pour en poser le diagnostic. Au stade modéré et sévère, ces critères deviennent le plus souvent inadaptés du fait des troubles du langage et des difficultés de communication qui se majorent. L'apathie, l'amaigrissement, les troubles du sommeil et l'agitation peuvent également être des symptômes du trouble neurocognitif et non des symptômes dépressifs. Il faut savoir suspecter un épisode dépressif devant :
 - Des changements brusques de comportement.
 - Tristesse de l'humeur persistante et anhédonie
 - Soupçon familial de dépression
 - Dévalorisation et propos morbide
 - Antécédent familial ou personnel (antérieur à la maladie)
 - Déclin cognitif rapide (5)

On ne retrouve pas dans cette classification les troubles du sommeil et de l'appétit, qui sont également souvent cités.

L'HAS recommande l'utilisation de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) pour l'évaluation de ces symptômes, au domicile et en établissement. Il existe aussi une version courte de passation plus rapide : le NPI-Réduit, et une version destinée aux équipes soignantes en établissement : le NPI-ES.

Les personnes souffrant de troubles neurocognitifs majeurs ont un risque relatif d'hospitalisation 1,42 fois plus élevé que les autres. Ce risque n'est pas proportionnel à la sévérité des troubles cognitifs mais semble plutôt lié au grand âge, aux comorbidités et à la polymédication (plus de sept traitements dans cette étude) (8). Les motifs d'hospitalisation sont variés, ces patients sont notamment plus souvent hospitalisés pour des chutes, des fractures ou des infections pulmonaires ou urinaires que les patients ne souffrant pas de troubles neurocognitifs (9).

Il n'existe actuellement pas à notre connaissance de données concernant la proportion de personnes âgées souffrants de troubles neurocognitifs hospitalisés dans les services de médecine polyvalente ou de médecine post-urgence (MPU). Néanmoins les problèmes actuels de démographie médicale et de fermeture de lits dans les services de gériatrie conduisent fréquemment ces patients à y être hospitalisés. Les pathologies intercurrentes et l'hospitalisation peuvent venir majorer des troubles du comportement préexistants. Un des enjeux majeurs des troubles neurocognitifs concernent la prise en charge des symptômes psychologiques et comportementaux. Les Thérapeutiques non médicamenteuses (TNM) sont recommandées par la HAS en première intention dans la prise en charge des troubles neurocognitifs afin de diminuer l'intensité et la fréquence des SPCD. Elles ont pour but de diminuer les prescriptions médicamenteuses, notamment les neuroleptiques (6).

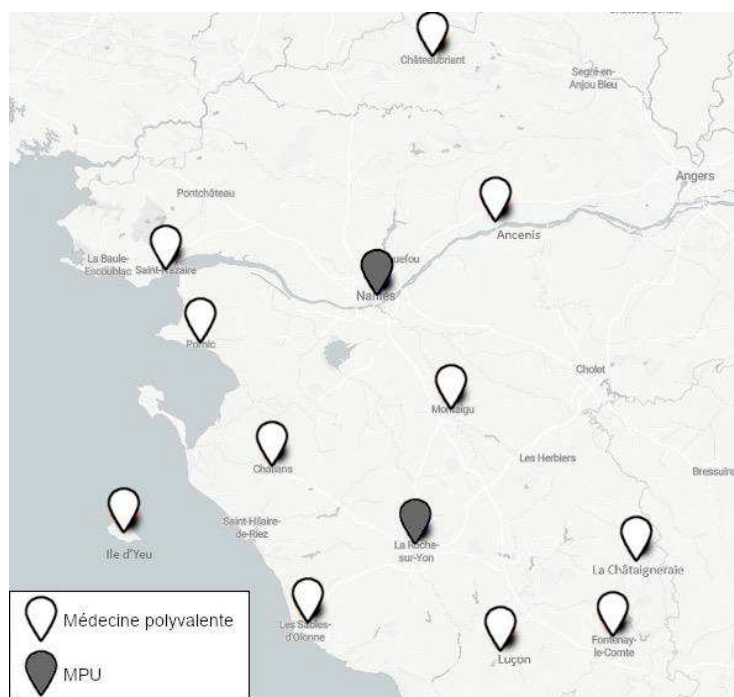
En effet, dans tous les pays, il existe une prescription par excès des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. En France, l'exposition aux neuroleptiques concerne 3 % de la population âgée mais 18 % des malades Alzheimer et jusqu'à 27 % des résidents en EHPAD (10).

L'objectif principal de l'étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins exerçant dans les services de médecine polyvalente et de MPU de Vendée et de Loire-Atlantique concernant les troubles du comportement des patients présentant des troubles neurocognitifs hospitalisés dans leur service.

II. Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle portant sur les connaissances des médecins concernant la prise en charge des troubles du comportement des patients ayant des troubles neuro cognitifs hospitalisés dans les services de médecine polyvalente et MPU de Loire-Atlantique et de Vendée.



2. Population de l'étude

Les médecins exerçant dans les services de médecine polyvalente et Loire-Atlantique et de Vendée, au sein d'établissements publics, ont été invités à participer à l'étude par l'envoi d'un courriel comprenant un lien vers le questionnaire de l'étude à renseigner en ligne, avec l'aide du Dr Héry Ludovic, président de la société française de médecine polyvalente. N'ayant pas de réponse des praticiens exerçant à Châteaubriant et à Montaigu, le questionnaire leur a été envoyé personnellement.

3. Mode de recueil

Le questionnaire a été diffusé le 05 juin 2023 et une relance par courriel a été faite au 3ème mois du recueil. Le recueil s'est effectué sur une période de 4 mois.

Le questionnaire a été diffusé le 02/08/23 aux praticiens du centre hospitalier de Châteaubriant et le 29/09/23 à ceux exerçant à Montaigu.

Le questionnaire transmis par courriel a été réalisé au moyen du logiciel Google Forms.

Le questionnaire a été testé préalablement par 3 gériatres afin de s'assurer de sa faisabilité, notamment concernant le temps nécessaire pour le compléter.

Le questionnaire est déclaratif et fait appel aux souvenirs des médecins interrogés notamment sur les patients pris en charge au cours des 6 derniers mois.

Le questionnaire comporte 6 parties :

- Caractéristiques des médecins généralistes inclus,
- Epidémiologie patients âgés et troubles du comportement,
- Evaluation des troubles du comportement,
- Approches thérapeutiques non médicamenteuse,
- Autres thérapeutiques,
- Ressources humaines et formation.

4. Analyse

La base de données a été extraite vers le logiciel EXCEL de MICROSOFT pour analyse statistique. La moyenne et la médiane ont été calculées lorsque cela était adapté.

III. Résultats

1. Caractéristiques des praticiens inclus

Sur les 47 praticiens de service de médecine polyvalente et MPU de Loire Atlantique et Vendée sollicités par mail, 24 ont répondu, soit 51% de répondants. Les caractéristiques des praticiens inclus dans l'étude sont résumées dans le tableau 1. Les médecins répondants étaient en majorité des femmes (66,7%). La moyenne d'âge des médecins de notre étude est de 38 ans. A noter qu'à l'échelle nationale la moyenne d'âge des médecins est de 50,5 ans et le pourcentage de femme de 48,8% (11). L'échantillon de notre étude est plus jeune et féminin que la moyenne nationale (pas de données disponibles concernant la démographie médicale dans les services de médecine polyvalente et MPU).

La majorité des médecins inclus dans notre étude sont médecins généralistes de formation (58,3%). Le reste de l'échantillon se compose d'internistes (16,7%), d'urgentistes (8,3%) et de quatre spécialistes issus d'autres spécialités médicales (catégorie autre dans le tableau 1).

Les connaissances en gériatrie des médecins inclus dans notre étude proviennent, pour la majorité, de leur formation médicale commune acquise lors du cursus universitaire (87,5%). 2 médecins sont titulaires du DIU médecine de la personne âgée ou du DU diagnostic et prise en charge des troubles cognitifs acquis, 1 médecin est titulaire du DESC de gériatrie.

| Caractéristiques praticiens hospitaliers | |
|------------------------------------------|-------------------------|
| | Effectif étude n=24 (%) |
| Sexe | |
| Femme | 16 (66,7) |
| Homme | 8 (33,4) |
| | |
| Âge | |
| ≥ 35 ans | 10 (41,7) |
| 36-45 ans | 11 (45,8) |
| ≤46 ans | 3 (12,5) |
| Moyenne d'âge | 38 ans |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| | |
| Formation initiale | |
| Médecine générale | 14 (58,3) |
| Médecine d'urgence | 2 (8,3) |
| Médecine interne | 4 (16,7) |
| Autre | 4 (16,7) |
| | |
| Formation en gériatrie | |
| Formation médicale commune | 21 (87,5) |
| DIU médecine de la personne âgée ou DU diagnostic et prise en charge des troubles cognitifs acquis de l'adulte | 2 (8,3) |
| DESC gériatrie/DES gériatrie | 1 (4,2) |
| | |
| Lieu d'exercice | |
| Vendée | 15 (62,5) |
| Loire-Atlantique | 9 (37,5) |

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

2. Épidémiologie

Les données épidémiologiques sont présentées dans le tableau 2.

Les médecins ayant participé à l'étude estiment pour la majorité d'entre eux que plus de 75% des patients hospitalisés dans leur service ont plus de 75 ans (54,2%).

Au cours des 6 derniers mois, ils estiment avoir pris en charge plus de 10 patients ayant des troubles du comportement (70,8%).

Les troubles du comportement cités comme étant les plus fréquents en hospitalisation par la majorité des médecins sont la déambulation et la dépression (59,1%) ainsi que l'anxiété (50%) (plusieurs choix possibles). Les troubles du sommeil (45,4%), l'apathie (31,8%), les cris (22,7%), l'agitation (18,1%), l'agressivité (4,5%) et la désinhibition (4,5%) sont également cités par les médecins interrogés.

| Épidémiologie | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| | Effectif étude n=24 (%) |
| Pourcentage patient de plus de 75 ans hospitalisés dans le service | |
| Entre 25 et 75% | 11 (45,8) |
| Plus de 75% | 13 (54,2) |
| Patients ayant des troubles du comportement pris en charge au cours des 6 derniers mois | |
| Moins de 5 | 1 (4,6) |
| Entre 6 et 10 | 6 (25) |
| Plus de 10 | 17 (70,8) |
| Troubles du comportement les plus fréquents en hospitalisation | |
| | Effectif étude n=22 (%) |
| Déambulation | 13 (59,1) |
| Dépression | 13 (59,1) |
| Anxiété | 11 (50) |
| Troubles du sommeil | 10 (45,4) |
| Apathie | 7 (31,8) |
| Cris | 5 (22,7) |
| Agitation | 4 (18,1) |
| Agressivité | 1 (4,5) |
| Désinhibition | 1 (4,5) |

Tableau 2 : épidémiologie

3. Évaluation des troubles du comportement

Les données concernant l'évaluation des troubles du comportement figurent dans le tableau 3. La plupart des médecins interrogés (87,5%) ne connaissent pas les recommandations HAS portant sur les troubles du comportement (mai 2009).

Ils sont également une majorité à ne pas connaître le NPI (83,3%) et l'ensemble d'entre eux n'utilisent pas d'échelle pour l'évaluation de l'évolution des troubles du comportement.

Les troubles du comportement jugés comme les plus difficiles à prendre en charge par les médecins interrogés sont les troubles du comportement dit perturbateurs : l'agressivité est le trouble le plus souvent cité (45,8%). La déambulation est le deuxième plus cité (33,3%) du fait de services jugés inadaptés (absence de secteur fermé).

Les cris (29,1%), l'agitation (16,7%), la désinhibition (12,5%), l'opposition (8,3%) et les fugues (4,1%) sont les autres troubles que les praticiens évaluent comme difficile à prendre en charge en hospitalisation.

| Évaluation des troubles du comportement (TC) | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| | Effectif étude n=24 (%) |
| Connaissance recommandation HAS sur TC | |
| Oui | 3 (12,5) |
| Non | 21 (87,5) |
| Connaissance du NPI | |
| Oui | 4 (16,7) |
| Non | 20 (83,3) |
| Si oui utilisation en pratique | |
| Oui | 2 (8,3) |
| Non | 2 (8,3) |
| Évaluation de l'évolution des TC | |
| Absence d'échelle utilisée | 24 (100) |
| TC les plus difficile à prendre en charge en hospitalisation | |
| Agressivité | 11 (45,8) |
| Déambulation | 8 (33,3) |
| Cris | 7 (29,1) |
| Agitation | 4 (16,7) |
| Désinhibition/Désinhibition sexuelle | 3 (12,5) |
| Opposition | 2 (8,3) |
| Risque de fugue | 1 (4,1) |

Tableau 3 : évaluation des troubles du comportement

4. Thérapeutiques non médicamenteuses

Les informations portant sur les thérapeutiques non médicamenteuses agissant sur les troubles du comportement chez les patients souffrant de troubles neurocognitifs figurent dans le tableau 4.

Parmi les thérapeutiques citées, la psychothérapie demeure la plus connue par les médecins (87,5%). La musicothérapie est également connue par la majorité des praticiens interrogés (79,2%).

La médiation animale (41,7%), l'aromathérapie (29,2%), la psychomotricité (25%), l'ergothérapie (25%), la stimulation multisensorielle (20,8%) et la luminothérapie (16,7%) sont des techniques moins connues des médecins.

Les médecins interrogés estiment avoir peu de thérapeutiques non médicamenteuses à leurs dispositions dans leurs services d'exercice respectifs. Ils sont même 25% à estimer n'avoir aucune thérapeutique disponible.

Parmi les techniques à disposition, la plus citée est la psychothérapie (50%). La stimulation multisensorielle (12,5%), la musicothérapie (8,33%), l'aromathérapie (8,33%), la luminothérapie (4,1%) et l'hypnose (4,1%) sont à disposition de quelques-uns des praticiens. 58,3% des médecins interrogés perçoivent un bénéfice à l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses. 37,5% d'entre eux estiment ne pas les utiliser en pratique.

En cas d'inefficacité des thérapeutiques non médicamenteuses, la majorité des praticiens ont recours à des thérapeutiques médicamenteuses (58,3%). 29% des médecins font appel à un confrère. Enfin pour 12,5% d'entre eux la conduite tenue dépend du retentissement des troubles (notamment sur les autres patients).

| Thérapeutique non médicamenteuse | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|
| | Effectif étude n=24 (%) |
| Connaissance TNM | |
| Psychothérapie | 21 (87,5) |
| Musicothérapie | 19 (79,2) |
| Médiation animale | 10 (41,7) |
| Aromathérapie | 7 (29,2) |
| Psychomotricité | 6 (25) |
| Ergothérapie | 6 (25) |
| Stimulation multisensorielle | 5 (20,8) |
| Luminothérapie | 4 (16,7) |
| Autre thérapeutique non citée | 4 (16,7) |
| | |
| TNM disponible dans service d'exercice | |
| Psychothérapie | 12 (50) |
| Aucune | 6 (25) |
| Stimulation multisensorielle | 3 (12,5) |
| Musicothérapie | 2 (8,33) |
| Aromathérapie | 2 (8,33) |
| Luminothérapie | 1 (4,1) |
| Hypnose | 1 (4,1) |
| | |
| Bénéfice perçu des TNM | |
| Oui | 14 (58,3) |
| Non | 1 (4,1) |
| Non utilisées en pratique | 9 (37,5) |
| | |
| Conduite tenue en cas d'inefficacité des TNM | |
| Thérapeutique médicamenteuse | 14 (58,3) |
| Avis spécialisé | 7 (29) |
| Selon retentissement des troubles | 3 (12,5) |

Tableau 4 : thérapies non médicamenteuses

5. Autres thérapeutiques

Les données concernant les autres thérapeutiques figurent dans le tableau 5.

Face à un patient agressif physiquement 91,7% des praticiens prescrivent d'emblée un traitement médicamenteux. Une majorité d'entre eux en prescrivent également une face à un patient agité (70,8%) ou ayant des hallucinations (50%).

Les autres troubles cités font moins souvent l'objet d'une prescription médicamenteuse d'emblée : désinhibition sexuelle (37,5%), dépression (37,5%), anxiété (33,3%), désinhibition (25%), déambulation (20,8%), agressivité verbale (20,8%), troubles du sommeil (16,7%) et apathie 2 (8,3%).

Le trouble du comportement conduisant le plus fréquemment à une contention physique est l'agressivité (87,5%). Les médecins interrogés citent également l'agitation aiguë (16,7%), la déambulation (12,5%), le risque de chute (12,5%), l'opposition (4,1%) et les fugues (4,1%) comme des troubles du comportement pouvant conduire à la prescription d'une contention physique. Enfin pour un des praticiens il n'existe pas d'indication à cette prescription.

| Autres thérapeutiques | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| | Effectif étude n=24 (%) |
| TC faisant prescrire traitement médicamenteux d'emblée | |
| Agressivité physique | 22 (91,7) |
| Agitation aiguë | 17 (70,8) |
| Hallucinations | 12 (50) |
| Désinhibition sexuelle | 9 (37,5) |
| Dépression | 9 (37,5) |
| Anxiété | 8 (33,3) |
| Désinhibition | 6 (25) |
| Déambulation | 5 (20,8) |
| Agressivité verbale | 5 (20,8) |
| Troubles du sommeil | 4 (16,7) |
| Apathie | 2 (8,3) |

| | |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| | |
| TC faisant prescrire une contention physique | |
| Agressivité | 21 (87,5) |
| Agitation aiguë | 4 (16,7) |
| Déambulation | 3 (12,5) |
| Risque de chute | 3 (12,5) |
| Opposition | 1 (4,1) |
| Fugues | 1 (4,1) |
| Aucun | 1 (4,1) |

Tableau 5 : Autres thérapeutiques

6. Ressources humaines et formation

L'ensemble des données relatives aux ressources humaines à proximité et à la formation des praticiens sont disponibles dans le tableau 6.

En cas de troubles résistants aux traitements initiés l'ensemble des médecins interrogés sollicitent un avis spécialisé : soit auprès d'un gériatre (87,5%), soit d'un médecin de l'équipe de l'unité cognitivo-comportemental (UCC), soit d'un psychiatre (50%). Un des praticiens fait appel à un autre spécialiste non précisé.

La majorité des praticiens exercent à proximité d'une UCC (70,8%). La plupart d'entre eux ont également une équipe mobile gériatrique au sein de leurs établissements (75%). 2 médecins signalent cependant un sous-effectif au sein de celle-ci et des problèmes de disponibilité.

Enfin, la plupart des médecins ayant participé à l'étude souhaiteraient être davantage formé à la prise en charge des troubles du comportement chez les patients atteints de troubles neurocognitifs (87,5%).

| Ressources humaines et formation | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| | Effectif étude n=24 (%) |
| Avis spécialisé en cas de troubles résistants au traitement | |
| Gérialre | 21 (87,5) |
| Équipe UCC | 15 (62,5) |
| Psychiatre | 12 (50) |
| Autre | 1 (4,2) |
| Absence d'avis spécialisé | 0 (0) |
| | |
| UCC à proximité du service d'exercice | |
| Oui | 17 (70,8) |
| Non | 7 (29,1) |
| | |
| Équipe mobile gériatrique à proximité | |
| Oui | 18 (75) |
| Non | 6 (25) |
| | |
| Intérêt d'une formation à la prise en charge des TC | |
| Oui | 21 (87,5) |
| Non | 3 (12,5) |

Tableau 6 : Ressources humaines et formation

IV. Discussion

Dans cette étude qui se concentre sur les connaissances des médecins exerçant dans les services de médecine polyvalente et de MPU de Vendée et de Loire-Atlantique en matière de troubles du comportement chez les patients ayant des troubles neurocognitifs, nos données montrent la méconnaissance des recommandations HAS pour la plupart des médecins répondants (87,5%). Il n'existe pas de données antérieures pour comparaison.

1. Thérapeutiques non médicamenteuses

Un des objectifs de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances des médecins interrogés concernant les thérapeutiques non médicamenteuses.

La liste des différentes thérapeutiques dans notre questionnaire était non exhaustive, ce qui peut créer un biais de résultats mais nous avons décidé de citer les thérapeutiques non médicamenteuses les mieux évaluées et ayant fait l'objet d'essais cliniques.

Dans notre étude, la psychothérapie est l'approche thérapeutique non médicamenteuse la plus souvent citée comme connue par les médecins interrogés (87,5%). C'est aussi celle déclarée comme la plus souvent disponible (50%). Il existe en réalité plusieurs psychothérapies en fonction de la technique choisie. Nous avons fait le choix dans notre questionnaire de ne pas en faire l'inventaire.

En 2005, une revue de la littérature a mis en évidence une réduction des symptômes psychologiques et comportementaux grâce aux interventions d'approche comportementale (12). Les effets bénéfiques perdurent plusieurs mois.

En 2011, une revue de la littérature n'a pas retrouvé d'effet bénéfique de la thérapie par la réminiscence sur les troubles du comportement (13). Une seconde revue systématique de 2018 retrouve des résultats similaires : pas de preuve de l'efficacité sur les troubles du comportement. On notera cependant un léger bénéfice sur les échelles d'évaluation de la dépression, dont la pertinence clinique est incertaine (14).

La thérapie cognitivo-comportementale permet à la fois de diminuer les symptômes dépressifs et d'augmenter le taux de rémission en fin de traitement (15).

Le choix de la psychothérapie semble donc essentiel afin d'obtenir un effet bénéfique sur un ou plusieurs des symptômes psychologiques et comportementaux.

La musicothérapie est également souvent citée dans notre étude (79,2%). Son effet bénéfique sur les troubles du comportement et l'anxiété est aujourd'hui bien documenté. On peut notamment citer une revue de la littérature réalisée par une équipe japonaise de l'Université de Sendai parue en mars 2013, retrouvant une diminution modérée de l'anxiété chez les patients bénéficiant de musicothérapie, les bénéfices étaient plus importants lorsque l'intervention durait plus de 3 mois. Cette même étude suggère également un effet bénéfique sur les symptômes comportementaux (16).

La médiation animale est la troisième thérapeutique non médicamenteuse la plus citée (41,7%), bien qu'elle ne soit disponible dans aucun des services d'exercice des médecins interrogés. Une revue de la littérature parue en 2021 retrouve une diminution significative de la tristesse, des symptômes dépressifs, une amélioration de la qualité de vie et des fonctions cognitives (les animaux étudiés ici sont des chiens) (17).

Les bénéfices de l'aromathérapie, connue pour 29,4% des médecins interrogés, sont incertains. Dans une revue de la littérature parue en 2014, sur 7 études incluses, 2 seulement avaient des données jugées utilisables (Ballard 2002 et Burns 2011). Une des 2 études (Ballard 2002) retrouve un effet statistiquement significatif sur l'agitation et les symptômes comportementaux. Les patients inclus recevaient une application d'huile essentielle de mélisse mélangée à une lotion sur le visage et les bras deux fois par jour pendant 4 semaines. Cependant la deuxième étude (Burns 2011) suggère une absence d'effet versus placebo. Dans cette étude les patients bénéficiaient de l'application d'huile essentielle de mélisse sur les mains et les avant-bras deux fois par jour pendant 4 semaines. Dans l'étude Ballard les patients pouvaient prendre des neuroleptiques à l'inclusion alors que dans l'étude Burns ils ne devaient prendre aucun neuroleptique au moins pendant 2 semaines avant le début de l'étude, ceci pouvant constituer un biais (18).

Une revue de la littérature parue en 2021 suggère quant à elle un effet bénéfique sur les troubles du comportement selon le protocole utilisé. Après 4 semaines d'application d'huile essentielle de lavande dans les sous-vêtements une diminution significative des troubles du comportement a été retrouvé alors que l'utilisation de diffuseur d'huile de lavande pendant 2 semaines n'a pas permis d'obtenir une différence significative sur les troubles du comportement (19).

Les différents résultats sont donc discordants et des protocoles standardisés d'utilisation restent encore à développer et des études complémentaires à réaliser à l'aide de ces protocoles.

La lumineothérapie est une thérapie connue pour 16,7% des médecins interrogés. Les études les plus récentes suggèrent un effet sur les troubles du sommeil. On peut notamment citer une méta-analyse parue en mars 2023 qui met en évidence une diminution significative du nombre de réveils nocturnes. Il n'y a cependant pas de diminution significative du temps d'éveil après endormissement, ni de diminution de l'agitation et des symptômes dépressifs (20).

La stimulation multisensorielle (ou méthode Snoezelen) est citée par 20,8% des médecins interrogés. Il s'agit d'une méthode qui combine relaxation et stimulation sensorielle (lumière, musique et toucher), qui se déroule dans une pièce dédiée et dure 30-60 minutes. Cette méthode est disponible pour 12,5% des praticiens ayant participé à l'étude, mais il s'agit de « chariot » Snoezelen et non de pièce spécifique. Les effets de cette méthode sur les troubles du comportement divergent selon les études. Une revue de la littérature parue en juin 2022, portant sur 18 études, retrouve dans huit études un effet bénéfique de cette méthode, à court terme, sur les troubles du comportement, l'humeur, la cognition et les capacités fonctionnelles. Cependant, les autres études incluses dans cette revue de la littérature montrent des résultats discordants. Le niveau de preuve de la méthode Snoezelen reste à ce jour faible, et des études complémentaires seraient intéressantes à mener pour en évaluer l'intérêt (21).

Un des participants à l'étude a nommé l'hypnose comme étant une thérapeutique non médicamenteuse disponible dans son service. L'utilisation de l'hypnose chez les patients atteints de troubles neurocognitifs fait aujourd'hui débat. Pour certains auteurs, l'hypnose nécessite un fonctionnement cérébral non altéré pour être efficace, c'est le cas notamment de Mme Walker Wendy-Louise (psychologue clinicienne retraitée, Australie) pour qui l'hypnose ne devrait pas être utilisée chez les personnes ayant des troubles neurocognitifs (22). Les données bibliographiques concernant l'utilisation de l'hypnose dans ce contexte sont assez faibles. Une scoping review, parue en 2021, suggère que les patients atteints de troubles neurocognitifs sont sensibles à l'hypnose, sous réserve d'adaptations dans les protocoles utilisés. L'utilisation de l'hypnose chez ces patients permettrait une amélioration des fonctions cognitives, un meilleur contrôle des symptômes psychologiques et une amélioration de la qualité de vie (23). Cette scoping review suggère donc que l'hypnose serait faisable et bénéfique chez les patients atteints de troubles neurocognitifs, des études ayant des niveaux de preuve supérieurs sont cependant nécessaires.

Il existe à ce jour peu d'études portant sur l'efficacité à long terme des techniques non médicamenteuses.

En 2015, est paru un essai s'intéressant à l'efficacité à long terme (2 ans) de 3 stratégies thérapeutiques non médicamenteuses chez des patients ayant une maladie d'Alzheimer : stimulation cognitive, thérapie par réminiscence, et un programme de réadaptation cognitive individuel. Le critère de jugement principal était le taux de survie sans forme modérée ou sévère à deux ans. Les troubles du comportement faisaient partie des critères de jugement secondaire. Aucune des trois interventions non médicamenteuses n'a retardé la progression vers un stade sévère de la maladie d'Alzheimer. Seule la réadaptation cognitive individualisée a permis de montrer des résultats cliniquement significatifs sur le maintien de l'autonomie et le retard à l'institutionnalisation, ainsi qu'une diminution des troubles du comportement, évaluée à l'aide du NPI (24).

Les thérapeutiques non médicamenteuses sont unanimement recommandées en première intention dans la prise en charge des SPCD. Il est intéressant de remarquer que bien que les médecins interrogés connaissent de nombreuses thérapeutiques non médicamenteuses peu sont disponibles dans leurs services d'exercice : 25% d'entre eux déclarent n'avoir aucune thérapeutique à leur disposition et lorsque celles-ci sont disponibles les médecins en déclarent au maximum 3. Ils sont également 37,5% à déclarer ne pas les utiliser en pratique.

Dans la littérature peu de ces thérapeutiques ont aujourd'hui démontré leur intérêt. En pratique clinique, les médecins ayant participé à l'étude sont une majorité à déclarer un effet bénéfique de ces thérapeutiques dans la prise en charge des troubles du comportement (58,3%). Il semblerait que les thérapeutiques non médicamenteuses permettent de prévenir la survenue des troubles du comportement en améliorant la qualité de vie et le bien-être des patients. Les limites rencontrées dans les essais sont nombreuses : échantillon de faible taille, absence de groupe contrôle, absence d'évaluation en aveugle, difficultés à mesurer l'efficacité à long terme, absence de protocole standardisé permettant de comparer les études les unes aux autres et grande variabilité interindividuelle. Il existe également très peu d'études permettant d'étudier l'association de plusieurs thérapeutiques dans la prise en charge.

2. Autres thérapeutiques

L'un des objectifs de notre étude est de décrire les connaissances et les pratiques des médecins exerçant en médecine polyvalente au sujet des thérapeutiques médicamenteuses.

Elles sont recommandées en seconde intention, en cas d'échec des thérapeutiques non-médicamenteuses, et en cas de troubles du comportement sévère. 91,7% des médecins interrogés prescrivent d'emblée un traitement médicamenteux face à une agressivité physique. Dans notre étude, nous n'avons pas interrogé les médecins sur le type de traitement prescrit face à chaque trouble du comportement.

En pratique, les antipsychotiques (classique ou atypique) sont fréquemment prescrits chez les patients ayant des troubles du comportement. La HAS recommande l'utilisation de risperidone ou d'olanzapine (hors AMM) (6). L'utilisation des antipsychotiques atypiques expose les patients à de nombreux effets indésirables : dyslipidémie, intolérance au glucose et prise de poids. Le risque de prise de poids est d'autant plus important chez les patientes sous olanzapine ou quetiapine et l'olanzapine semble avoir l'effet le plus important sur le cholestérol (25).

Il faut également citer le risque d'hypotension orthostatique, d'allongement du QT, de dysfonction sexuelle, de symptômes extrapyramidaux, de déclin cognitif et de somnolence (clozapine, olanzapine et quetiapine) (26).

La clozapine est également pourvoyeuse d'agranulocytose et nécessite un suivi hebdomadaire de la NFS pendant les 18 premières semaines puis mensuellement.

L'utilisation d'antipsychotiques augmente le risque d'AVC, et ce risque est plus important avec les antipsychotiques atypiques (27).

Enfin, il semblerait également que l'utilisation d'antipsychotiques augmente la mortalité chez les patients atteints de troubles neurocognitifs. Ce risque est plus important dans les 3 premiers mois de traitement (excepté pour l'halopéridol où le risque est maximal pendant les 30 premiers jours puis décroît) (28).

Les antipsychotiques sont donc à l'origine de nombreux effets indésirables, et ce d'autant plus qu'il s'agit ici de patients âgés. Il convient donc avant l'introduction d'un traitement de mesurer la balance bénéfice/risque, d'utiliser la plus petite dose efficace et de réévaluer systématiquement l'efficacité sur les symptômes et la tolérance clinique. La durée d'utilisation doit être la plus courte possible.

L'arrêt du traitement chez des patients traités depuis plus de 3 mois n'entraîne pas d'effet rebond sur les SPCD. Il n'a pour le moment pas eu de preuve d'une diminution de la mortalité (29).

37,5% des médecins interrogés prescrivent d'emblée un traitement médicamenteux en cas de dépression. Face à un épisode dépressif caractérisé, la HAS recommande la mise en place d'une psychothérapie de soutien, en première intention, excepté en cas d'épisode dépressif caractérisé sévère où il faut d'emblée prescrire un antidépresseur (30).

Les antidépresseurs tricycliques ont montré un intérêt limité et de nombreux effets indésirables chez la personne âgée, on privilégiera donc plutôt l'utilisation d'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS). Dans le cas spécifique des troubles neurocognitifs, l'efficacité des antidépresseurs (quel que soit leur classe) n'est pas démontrée pour traiter la dépression, en particulier au-delà de 12 semaines de traitement (31). Les antidépresseurs ont également été étudiés dans le traitement des troubles du comportement. Une revue systématique de 2011 suggère une efficacité des ISRS dans le traitement des SPCD (notamment une diminution de l'agitation, de l'agressivité et des comportements moteurs aberrants). Cette étude retrouve également une bonne tolérance des ISRS chez la personne âgée (32).

Les ISRS ont cependant de nombreux effets indésirables : somnolence, nausée, céphalée baisse de la libido, hyponatrémie (probablement en lien avec une sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique) et saignement gastro-intestinal. Les ISRS favorisent également la survenue de syndromes sérotoninergiques (triade de symptômes : confusion ou agitation, hyperactivité autonome et anomalies neuromusculaires). Enfin, la prise de citalopram et d'escitalopram expose au risque dose-dépendant d'allongement de l'intervalle QT. Il convient donc de respecter les contre-indications et précautions d'emploi avant l'instauration d'un tel traitement (33).

Dans sa thèse, Dr Grange Clémence, révèle que face à une agitation aiguë, une anxiété ou des troubles du sommeil aux urgences, le traitement médicamenteux choisi en priorité par les médecins urgentistes sont les benzodiazépines (34). Il existe très peu d'études s'intéressant à l'utilisation des benzodiazépines dans le traitement des SPCD. Une étude en double aveugle parue en 2002 compare l'utilisation du lorazepam et de l'olanzapine en intramusculaire (forme non disponible en France) dans le traitement de l'agitation. A 2h l'olanzapine et le lorazepam montrent une diminution significative de l'agitation versus placebo. A 24h seul l'olanzapine est supérieur au placebo. Les profils de tolérance des deux traitements sont similaires dans cette étude. On pourrait s'interroger sur la pertinence de comparaison de ces deux médicaments (35). Les principaux effets indésirables graves rapportés avec l'utilisation de benzodiazépines sont :

somnolence, coma, état confusionnel et chutes. Les benzodiazépines exposent également les patients au risque de dépendance, aux phénomènes de sevrage et de rebond à l'arrêt. Enfin récemment plusieurs études ont suggéré une association entre exposition aux benzodiazépines et risque de démence, sans qu'un lien causal n'ait pour le moment été démontré (36).

Dans notre étude, nous avons également interrogé les praticiens sur la place de la contention physique dans leurs pratiques. Les troubles du comportement faisant le plus souvent l'objet d'une telle prescription sont : l'agressivité, la déambulation, l'agitation et le risque de chute. Il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées dans ces indications. Concernant le risque de chute il semblerait même augmenté par la contention. Dans une étude prospective parue en 1992, les chutes étaient plus fréquentes chez les patients soumis à contention (17 versus 5%) et les chutes graves n'étaient pas plus fréquentes en l'absence de contention (37).

De nombreuses complications sont rapportées dans la littérature : apparition ou aggravation d'une confusion/agitation, complications de l'immobilisation (escarres, sarcopénie, incontinence sphinctérienne, etc.) perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation (38).

Des décès par strangulation ou asphyxie ont également été rapporté. Un rapport récent de l'ANSM fait état de 42 décès survenus entre 2011 et 2019 et 130 signalements d'incident, sur la même période, en lien avec des dispositifs de contention, dont la majorité sont survenus dans les centres hospitaliers (39).

Enfin, afin que la contention constitue un soin au regard de l'éthique, il faut veiller à respecter les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice. Il convient donc de ne pas faire passer l'intérêt collectif avant l'intérêt individuel du patient lorsque le comportement de la personne concernée, la déambulation par exemple, importune les autres patients et le personnel.

Les situations à risque de chute, d'agressivité ou de déambulation ne doivent pas aboutir systématiquement à la mise en place d'une contention physique mais doivent faire l'objet d'une réflexion collective. Si le bénéfice l'emporte sur le risque, la décision de mise en place d'une contention peut être prise et est soumise à prescription médicale et réévaluer au maximum toutes les 24 heures (40).

Les thérapeutiques médicamenteuses tout comme la contention sont donc sources de nombreux effets indésirables dont il faut tenir compte avant l'instauration d'un traitement. Tout comme il est important de prendre en compte la balance bénéfice/risque qui n'est pas toujours en faveur de la mise en place d'un traitement.

3. Pistes d'améliorations

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux des connaissances des praticiens exerçant en médecine polyvalente concernant la prise en soin des troubles du comportement.

Plusieurs constats s'imposent à nous : manque de moyens (humain et matériel) et manque de formation théorique sont perçus par les médecins interrogés.

En effet, 25% d'entre eux déclarent n'avoir aucune thérapeutique non médicamenteuse à leurs dispositions et 33% des médecins interrogés citent la déambulation comme un trouble du comportement difficile à prendre en charge en hospitalisation, certains d'entre eux l'expliquant par des services jugés inadaptés (absence de secteur fermé). Étant donné, l'augmentation de fréquence des troubles neurocognitifs et la prévalence importante des troubles du comportement dans cette population (9 patients sur dix au cours de l'évolution de leur pathologie), il semble nécessaire d'augmenter les moyens à disposition pour la gestion de ces troubles et d'adapter les services à l'accueil de ces patients. Cela est déjà mis en place dans certains centres hospitaliers, puisqu'au cours de notre étude, un chariot Snoezelen était en cours d'acquisition au sein du service de Médecine polyvalente de Châteaubriant. En complément, il pourrait être intéressant d'équiper les chambres des patients d'horloges et de calendriers afin de favoriser l'orientation des patients. Enfin, pour que les patients puissent déambuler de façon sécurisée il convient de dégager les espaces de déambulation, mettre à disposition des chaises dans les couloirs, installer des repères imagés directionnels, veiller à l'utilisation par le patient des aides techniques adaptées et équiper l'ensemble des couloirs de mains courantes (40). Pour prévenir le risque de fugue, il est possible d'avoir recours à des barrières visuelles (trompe l'œil ou miroir) mais également de prescrire des dispositifs anti-fugue (bracelet, pastille, etc.).

Il est intéressant de noter que le trouble du comportement jugé le plus difficile à prendre en charge en hospitalisation est l'agressivité (physique ou verbale) et que c'est également le trouble du comportement conduisant le plus fréquemment à la prescription d'un traitement médicamenteux ou d'une contention physique. Pour prévenir la survenue d'une agressivité aiguë, il convient d'adopter une attitude calme et rassurante, utiliser des techniques de communication verbale et non verbale (technique de validation de Naomi Feil par exemple

(41)), respecter les habitudes de vie du patient et dans la mesure du possible proposer des activités occupationnelles au patient (40). Il pourrait par exemple être proposé aux patients des activités artistiques, type dessin, mandala ou peinture, puisqu'il semblerait que de telles activités permettent de diminuer l'anxiété et d'améliorer la qualité de vie ; elles demandent peu d'investissement financier (42). Il convient également d'identifier les situations à risque de tensions : c'est particulièrement lors de l'aide à la toilette que des comportements d'agressivité et d'opposition sont observés. Certaines modalités d'intervention permettent de diminuer les comportements agressifs ; il peut s'agir de l'utilisation de techniques de bains plus appropriées. Ainsi, une toilette aux gants plutôt qu'une toilette au lit, laisser le patient effectuer une partie de sa toilette lui-même et l'utilisation de serviettes de toilette pour couvrir les parties du corps non en cours de lavage peuvent permettre de diminuer l'agressivité (43). Il convient également de respecter les habitudes de toilette du patient et ses désirs. Le fait d'avoir recours à des techniques de toilette centrées sur la personne et non sur la seule réalisation de l'acte permet de réduire la survenue d'agressivité (-53% de survenue dans cette étude cas témoin) mais également de diminuer l'inconfort perçu par le patient (44).

87,5% des médecins interrogés souhaiteraient être davantage formés à la prise en charge des troubles du comportement. Il existe au sein de la faculté de Nantes, un diplôme universitaire dédié aux troubles cognitifs et à leur prise en charge. Cependant un tel diplôme demande un investissement financier et personnel important ce qui peut constituer un frein pour les médecins. Des formations courtes seraient donc à privilégier.

Il serait également pertinent de mieux diffuser les recommandations puisque les recommandations HAS sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateur ne sont connus que par 12,5% des médecins interrogés.

Enfin, à défaut d'être davantage formé, il est possible de solliciter un avis spécialisé en cas de difficulté sur une prise en charge, ce qui est déjà fait en pratique par l'ensemble des médecins interrogés. Les spécialistes les plus sollicités sont les gériatres et les médecins exerçant en UCC. La majorité des praticiens exercent dans un établissement où se trouve une équipe mobile gériatrique (75%). Cependant certains des médecins interrogés signalent des problèmes d'effectif au sein de celle-ci. Enfin, la plupart des praticiens exercent également à proximité d'une UCC (70,8%). À noter cependant, que l'UCC de Pouancé (dont dépend notamment le centre hospitalier de Châteaubriant) ferme régulièrement faute de personnel et que l'UCC de La Roche sur Yon a réouvert au 01 novembre 2023 après plusieurs mois de fermeture. Ainsi, même si les médecins interrogés ont spontanément recours à des avis spécialisés, du fait de

manque de personnel, cela peut parfois s'avérer compliqué selon le lieu d'exercice et en cas d'absence d'équipe mobile gériatrique, il n'est pas non plus possible de faire évaluer cliniquement le patient par un confrère.

4. Limites

Le nombre de questionnaires recueillis a été de 24 sur les 47 questionnaires envoyés par mail, soit un taux de réponse de 51%. Un taux de réponse supérieur à 50% est classiquement considéré comme bon pour un sondage en ligne, cependant l'effectif total inclus est faible. Il n'existe pas de données officielles sur le nombre de médecins exerçant en médecine polyvalente ou MPU, il n'est donc pas possible de connaître le taux de réponse sur la population totale.

Il est possible que notre échantillon soit plus jeune que l'âge moyen des médecins français du fait d'un biais de sélection (pour rappel moyenne d'âge de l'échantillon 38 ans vs 50.5 ans à l'échelle nationale). Aucune donnée n'existe concernant la moyenne d'âge des médecins exerçant en médecine polyvalente, il est donc impossible de savoir si les praticiens exerçant en médecine polyvalente sont plus jeunes que la moyenne ou si c'est notre échantillon qui est plus jeune que la moyenne.

Enfin, on peut regretter que le nombre de propositions de thérapeutique non médicamenteuse ne soit pas exhaustif et de ne pas avoir interrogé les praticiens sur la classe thérapeutique prescrite en fonction du symptôme cible.

IV. Conclusions

Dans cette étude nous nous sommes intéressés aux connaissances et aux pratiques des médecins des services de médecine polyvalente concernant la prise en charge des troubles du comportement.

Ce qui ressort de cette étude en premier lieu est la méconnaissance des recommandations de bonnes pratiques par la majorité des médecins interrogés.

De plus, bien que les thérapeutiques non médicamenteuses soient recommandées en première intention dans cette indication, peu sont réellement à disposition dans les services. En pratique clinique la majorité des médecins perçoivent un bénéfice à leurs utilisations. Dans la littérature peu de ces thérapeutiques ont démontré leurs intérêts, des études complémentaires et de meilleures qualités seraient nécessaires. Il semblerait cependant que les thérapeutiques non

médicamenteuses permettent de prévenir la survenue des troubles du comportement en améliorant la qualité de vie et le bien être des patients.

Les médecins ont fréquemment recours aux thérapeutiques médicamenteuses face à la survenue d'un trouble du comportement. Celle-ci tout comme la contention sont sources de nombreux effets indésirables dont il faut tenir compte avant l'instauration d'un traitement.

Le trouble du comportement jugé le plus difficile à prendre en charge en hospitalisation et le plus fréquemment pourvoyeur de prescriptions médicamenteuse et de contention est l'agressivité. La mise en place de certaines mesures permet de prévenir sa survenue, notamment lors de la toilette.

Cette étude a permis de mettre en évidence le manque de moyens perçu par les médecins pour la prise en charge des troubles du comportement. Face à l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des troubles neurocognitifs il semble nécessaire d'augmenter les moyens à disposition pour la gestion de ces troubles et d'adapter les services à l'accueil de ces patients.

Enfin les médecins sont demandeurs d'être mieux formés à la prise en charge des troubles du comportement. Le recours aux avis spécialisés en cas de difficulté peut permettre la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques, en complément de formation courte à destination des médecins.

V. Bibliographie

1. Haute autorité de santé. Troubles cognitifs et troubles neuro cognitifs. 2018. Disponible : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201805/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf
2. Organisation mondiale de la santé. Démence. 2023. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Santé publique France. Maladie d'Alzheimer et autres démences. 2022. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
4. Gouvernement. Le plan contre les maladies neurodégénératives 2014-2019. 2021. Disponible : <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-contre-les-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019>
5. International Psychogeriatric Association. The IPA complète Guides to Behavioral et Psychological Symptoms of Dementia. 2015. 251p. Disponible : https://www.ipaonline.org/UserFiles/file/IPA_BPSD_Specialists_Complete_Guide_Online_2015_Final.pdf#page44
6. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur. 2009. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
7. Roblin J., Gallarda T. Anxiété et démences. Dans : Boulenger J-P., Lépine J-P. Les troubles anxieux. Lavoisier. 2014. P.309-315
8. Shepherd H, Livingston G, Chan J, Sommerlad A. Hospitalisation rates and predictors in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2019;17(1):130.
9. Toot S., Devine M., Akporobaro A., Orrell M. Causes of Hospital Admission for People With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMDA 2013 ; 14(7) : 463-470
10. HAS. Les indicateurs d'alerte et de maîtrise du programme ami-Alzheimer. 2010. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/programme_ami_alzheimer.pdf
11. Conseil nationale de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2023. 137p. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
12. Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG. Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2005, 162 (11) : 1996-2021
13. O'Neil ME, Freeman M, Christensen V, et al. A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2011
14. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database Syst Rev. 1 mars 2018.
15. Orgeta V, Leung P, Del-Pino-Casado R, et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 25 avril 2022.
16. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi SI. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2013; 12(2) : 628-641

17. Rodríguez-Martínez MDC, De la Plana Maestre A, Armenta-Peinado JA, Barbancho MÁ, García-Casares N. Evidence of Animal-Assisted Therapy in Neurological Diseases in Adults: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(24):12882.
18. Forrester LT, Maayan N, Orrell M et al. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(2)
19. Hyegyong C., Sisook K., Min-sook S., Han-song K., Effects of olfactory stimulation on cognitive function and behavior problems in older adults with dementia: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*; 2021,42(5): 1210-1217
20. Fong KN, Ge X, Ting K, Wei M, Cheung H. The Effects of Light Therapy on Sleep, Agitation and Depression in People With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 16 mars 2023.
21. Barbier C., Nizard J., Blanchet A. et al. La méthode Snoezelen : une alternative thérapeutique chez les patients ayant des troubles cognitifs ? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2022; 20(2): 162-172.
22. Walker W-L. Guidelines for the use of hypnoses: when to use hypnosis and when not to use. *Australian journal of Clinical and Experimental hypnosis*. 2016 ; 41 (1) :41-53
23. Wawrzyczny E., Buquet A., Picard S., Use of hypnosis in the field of dementia: A scoping review, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2021; 96 : 104453
24. Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*. Cambridge University Press; 2016;28(5):707–717.
25. Zheng L, Mack WJ, Dagerman KS, et al. Metabolic changes associated with second-generation antipsychotic use in Alzheimer's disease patients: the CATIE-AD study. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5) :583-590.
26. W. Preuss U., W.M. Wong J., Koller G. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review *Psychiatr. Pol*. 2016; 50(4): 679–715
- 27.. Douglas IJ, Smeeth L. Exposure to antipsychotics and risk of stroke: self controlled case series study. *BMJ* 2008; 337: 1227
28. Kales HC, Kim HM, Zivin K et al. Risk of mortality among individual antipsychotics in patients with dementia. *Am. J. Psychiatry* 2012; 169-71
29. Van Leeuwen E, Petrovic M, van Driel ML, et al. Withdrawal versus continuation of long-term antipsychotic drug use for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;3(3)
30. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
31. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 ; 8 (8)
32. Henry G, Williamson D, Tampi RR. Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia, a literature review of evidence. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011;26(3):169-183.
33. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Lettre aux professionnels de santé. 2022 .
Disponible : <https://ansm.sante.fr/uploads/2022/05/24/20220524-dhpc-citalopram-escitalopram.pdf>
34. Grangé C., Prise en charge, dans les services d'urgences, des troubles psychocomportementaux liés à la démence : enquête nationale. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université de Lyon 1. 2021

35. Meehan KM, Wang H, David SR, et al. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo: a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 26(4) : 494-504
36. ANSM. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017 : 60p
Disponible : https://archive.ansm.sante.fr/content/download/103771/1314799/version/4/file/ANSM_Rapport_Benzo_2017-2.pdf
37. Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*. 1992;116(5):369-374
38. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ; 2000 : 40p
Disponible : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
39. ANSM. Sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif médical de contention mécanique ou d'un dispositif médical de maintien postural. 2020 : 37p
Disponible : <https://ansm.sante.fr/uploads/2020/12/30/20201110-rapport-contention.pdf>
40. Groupe de travail institutionnel sur la contention. Bonnes pratiques en matière de contention physique. Recommandations pour les professionnels hors secteurs de psychiatrie. CHU de Nantes. 2021.28p
41. Feil N., De Klerk-Rubin V. Validation, la méthode de Naomi Feil pour une vieillesse pleine de sagesse- Aider accompagner les grands vieillards désorientés. Lamarre. 2018. 186p
42. Hu Jingxuan, Zhang Jinhuan, Hu Liyu, Yu Haibo, Xu Jinping. Art Therapy: A Complementary Treatment for Mental Disorders. *Frontiers in Psychology*. 2021. 12.
43. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Bathing: a framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007 ;;45(2):121-135
44. Sloane PD, Hoeffler B, Mitchell CM, et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(11):1795-1804.

Annexes

Annexe 1 : Inventaire neuropsychiatrique – NPI

Inventaire neuropsychiatrique – NPI

The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia, JL Cummings, 1994.

Traduction française PH Robert. Centre mémoire de ressources et de recherche - Nice – France 1996.

A. IDÉES DÉLIRANTES (NA)

« Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille 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. »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?
2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?
3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?
5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?
6. Le patient/la patiente croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?
7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?
8. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)
9. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement (l'utilisation de médicaments « à la demande » indique que les idées délirantes ont un degré de gravité important). **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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 ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. **1**

Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente. **2**

Important : les hallucinations sont très perturbantes et représentent une source majeure de trouble du comportement. Il peut se révéler nécessaire d'administrer des médicaments « à la demande » pour les maîtriser. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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 ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?

FRÉQUENCE

dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'état d'anxiété est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes d'anxiété sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager. **2**

Important : l'état d'anxiété est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se) par rapport à son état habituel ?
2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôles ?
3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?
4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?
5. Fait-il/elle des farces puérides telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?
6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux(se) ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'humeur joyeuse est perçue par les amis et la famille mais ne perturbe pas le patient/la patiente. **1**

Moyen : l'humeur joyeuse est nettement anormale. **2**

Important : l'humeur joyeuse est très prononcée ; le patient/la patiente est euphorique et pratiquement tout l'amuse. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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) ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif(ve) que d'habitude ?
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?
3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux(se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?
4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?
7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

DEGRÉ DE GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'apathie est perceptible mais a peu de conséquences sur les activités quotidiennes ; la différence est légère par rapport au comportement habituel du patient/de la patiente ; le patient/la patiente réagit positivement lorsqu'on lui suggère d'entreprendre des activités. **1**

Moyen : l'apathie est flagrante ; elle peut être surmontée grâce aux persuasions et encouragements de la personne s'occupant du patient/de la patiente : elle ne disparaît spontanément qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille. **2**

Important : l'apathie est flagrante et la plupart du temps aucun encouragement ni événement extérieur ne parvient à la faire disparaître. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

H. DÉINHIBITION (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 ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général, en public ?
6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'impulsivité est perceptible mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la conseillant. **1**

Moyen : l'impulsivité est flagrante et peut difficilement être surmontée par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : l'impulsivité est insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/ de la patiente et est une source de gêne ou d'embarras en société. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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. »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds » facilement pour des petits riens ?
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont

prévues ?

5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont perceptibles mais il est généralement possible de les atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose et en le/la rassurant. **1**

Moyen : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes et peuvent difficilement être surmontées par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : l'irritabilité ou l'instabilité de l'humeur sont flagrantes ; elles sont généralement insensibles à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et sont très éprouvantes. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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 ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?
3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il/elle recommence sans cesse ?
5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?
6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?
7. Y a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : le comportement moteur aberrant est perceptible mais il a peu de conséquences sur les activités quotidiennes du patient/de la patiente. **1**

Moyen : le comportement moteur aberrant est flagrant mais il peut être maîtrisé par la personne s'occupant du patient/de la patiente. **2**

Important : le comportement moteur aberrant est flagrant. Il est généralement insensible à toute intervention de la personne s'occupant du patient/de la patiente et est très éprouvant. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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 dérange votre sommeil ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (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) ?
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?
4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?
6. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude) ?
7. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?
8. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres comportements qui vous préoccupent et dont nous n'avons pas parlé ?

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : des comportements nocturnes se produisent mais ne sont pas particulièrement perturbateurs. **1**

Moyen : des comportements nocturnes se produisent, perturbent le patient et le sommeil du *caregiver*. Plus d'une sorte de comportement nocturne peut être présente. **2**

Important : des comportements nocturnes se produisent. Plusieurs types de comportements peuvent

être présents. Le patient est vraiment bouleversé durant la nuit et le sommeil (du *caregiver*) de son compagnon est nettement perturbé (de façon importante). **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

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/la patiente est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? »

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

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

FRÉQUENCE

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

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

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

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

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

GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est... »

Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. **1**

Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids. **2**

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents et entraînent des fluctuations de poids, sont embarrassants et d'une manière générale perturbent le patient/la patiente. **3**

RETENTISSEMENT

À quel point ce comportement est perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

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

NPI

Nom : _____ Âge : _____ Date de l'évaluation : _____

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

| Items | NA | Absent | Fréquence | Gravité | F x G | Retentissement |
|-----------------------------------------|----|--------|-----------|---------|-------|----------------|
| Idées délirantes | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Hallucinations | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Agitation/agressivité | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Dépression/dysphorie | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Anxiété | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Exaltation de l'humeur/ euphorie | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Apathie/indifférence | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Désinhibition | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Irritabilité/instabilité de l'humeur | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Comportement moteur aberrant | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Sommeil | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |
| Appétit/troubles de l'appétit | X | 0 | 1 2 3 4 | 1 2 3 | [] | 1 2 3 4 5 |

Score total 12

Annexe 2 : Questionnaire de thèse

Bonjour,

Je suis actuellement en sixième semestre de médecine générale et en cours de réalisation de la FST de médecine polyvalente hospitalière. Je réalise ma thèse sur la prise en charge des troubles du comportement secondaires aux troubles neuro cognitifs dans les services de médecine polyvalente et MPU.

Pour évaluer cette prise en charge, je réalise une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire qui ne vous prendra que quelques minutes à réaliser.

L'intégralité des réponses est anonyme et l'analyse des données se fait dans le respect de cet anonymat.

En remplissant ce questionnaire vous m'autorisez à utiliser ces données dans un objectif de recherche pour mon travail de thèse.

L'étude est supervisée par ma directrice de thèse le Dr RIAUDEL Typhaine..

Merci pour votre participation.

Âge

Sexe :

-femme

-homme

-Je ne souhaite pas le préciser

Formation initiale :

-Médecin généraliste

-Urgentiste

-Interniste

-Gériatre

-Autre

Formation en gériatrie :

- Formation médicale commune lors de votre cursus médical
- DIU Médecine de la personne âgée ou DU Diagnostic et prise en charge des troubles cognitifs acquis de l'adulte (ou équivalent si obtenu dans une autre ville que Nantes)
- DESC gériatrie/DES gériatrie

Lieu d'exercice :

Selon vos estimations quel est le pourcentage de patients âgés (>75 ans) hospitalisés dans votre service ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 75%
- Plus de 75%

Combien de patients présentant des troubles du comportement (secondaire à un trouble neurocognitif) avez-vous pris en charge dans les 6 derniers mois ?

- Aucun
- Moins de 5
- Plus de 10

Connaissez-vous les dernières recommandations HAS sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ?

- Oui
- Non

Parmi les éléments suivants, lesquels vous font prescrire d'emblée un traitement médicamenteux ? (Après élimination d'une cause organique)

- Auto ou hétéro agressivité physique
- Agressivité verbale
- Agitation aiguë du patient
- Déambulation
- Apathie
- Opposition
- Cris

- Hallucinations
- Désinhibition
- Désinhibition sexuelle
- Anxiété
- Dépression
- Troubles du sommeil

Lesquels de ces troubles du comportement vous semble le plus difficile à prendre en charge en hospitalisation ?

Lesquels vous amènerait à prescrire une contention physique ?

Lesquels sont d'après vous les plus fréquemment présentés par vos patients ?

Parmi les méthodes thérapeutiques non médicamenteuses pour la prise en charge des troubles du comportement chez les patients atteints de troubles neurocognitifs lesquelles connaissez-vous ?

- Musicothérapie
- Zoothérapie
- Stimulation multisensorielle ou méthode Snoezelen
- Luminothérapie
- Psychothérapie
- Ergothérapie
- Psychomotricité
- Aromathérapie
- Autre thérapeutique non cité

Lesquelles sont mises en place dans le service où vous exercer ?

Que faites-vous en cas d'inefficacité des thérapeutiques non médicamenteuses ?

Avez-vous trouvé un bénéfice à l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement ?

Connaissez-vous le NPI ?

-Oui

-Non

Si oui, l'utilisez-vous en pratique ?

Comment évaluez-vous l'évolution des troubles du comportement de vos patients en lien avec votre prise en charge?

Dans le cas de troubles du comportement résistants aux traitements instaurés sollicitez-vous l'avis

-D'un gériatre

-D'un psychiatre

-Équipe UCC

-Autre

-Pas d'avis spécialisé

Existe-t-il une UCC à proximité du service où vous exercez ?

Existe-t-il une équipe mobile de gériatrie ?

Souhaitez-vous être davantage formés à la prise en charge des troubles du comportement chez les patients déments ?

Titre de Thèse :

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MEDECINS
CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT
CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS DANS LES
SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE DE LOIRE-ATLANTIQUE ET DE VENDEE

RESUME

Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins exerçant dans les services de médecine polyvalente et de MPU de Vendée et de Loire-Atlantique concernant la prise en charge des troubles du comportement des patients présentant des troubles neurocognitifs hospitalisés. Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et observationnelle, intéressant les médecins exerçant en médecine polyvalente et MPU. Ce travail a été réalisé à l'aide d'un questionnaire. Sur les 47 praticiens sollicités par mail, 24 ont répondu, soit 51% de répondants. Les médecins ayant participé méconnaissent en majorité les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la prise en charge des troubles du comportement. Ils connaissent les différentes thérapeutiques non médicamenteuses disponibles et en perçoivent le bénéfice. Peu de ces thérapeutiques sont disponibles dans leurs services d'exercice. Ils ont fréquemment recours aux thérapeutiques médicamenteuses face à un trouble du comportement perturbateur. L'agressivité est le trouble du comportement jugé le plus difficile à prendre en charge et le plus pourvoyeur de prescription médicamenteuse et de contention physique.

En cas de troubles résistants aux traitements instaurés ils font le plus souvent appel à un gériatre. Les praticiens souhaiteraient en majorité être davantage formés à la prise en charge des troubles du comportement.

Ce travail a permis de mettre en évidence le manque de moyens et de formation perçu par les médecins pour la prise en charge des troubles du comportement. Il en ressort des pistes de travail et d'améliorations

MOTS-CLES

Médecine polyvalente, troubles du comportement, SPCD, démence