



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Le 29 juin 2023

Par

Clothilde A'ATTAR-BERTRAND

Mise au point des connaissances sur la prise en charge, à domicile par le médecin traitant, de l'agitation chronique du sujet âgé atteint de trouble neurocognitif majeur.

Revue de la littérature et confrontation aux recommandations au sein d'un groupe nominal constitué de professionnels des soins primaires du bassin lunévillois.

Membre de Jury :

Mme. La Professeure C. PERRET-GUILLAUME	Présidente
Mme. La Professeure S. SIEGRIST	Juge
Mr. Le Docteur JC. VAUTHIER	Juge
Mr. Le Docteur J. AZZI	Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERES DE LA SANTÉ à NANCY**

Présidente de l'Université de Lorraine :

Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Louise TYVAERT

Asseseurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD

Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER

Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE

Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN

Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL

Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN

Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET

Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -

Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : *Neurologie*

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie*

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : *Rhumatologie*

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : *Dermato-vénérologie*

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : *Pneumologie ; addictologie*

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : *Cardiologie*

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -

Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU -

Professeur Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : *Médecine générale*

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1° sous-section : *Anatomie*

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1° sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : *Physiologie*

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1° sous-section : *Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : *Parasitologie et mycologie*

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{er} sous-section : *Epidémiologie, économie de la santé et prévention*

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2^e sous-section *Médecine et Santé au Travail*

Docteure Isabelle THAON

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{er} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : *Génétique*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Docteur Fabien RECH

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Docteur Fabrice VANHUYSE

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^e sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90^e Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENTE DU JURY

Madame la Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur des universités – Praticien hospitalier – Médecine interne et Gériatrie

Cheffe du pôle « MaVie-GSP »

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider cette thèse et juger notre travail.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE JUGE

Madame la Professeure Sophie SIEGRIST

Professeure associée de Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Veillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Maitre de Conférence Associé de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury, de votre disponibilité et votre bienveillance à notre égard.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Julien AZZI

Praticien hospitalier et Gériatre

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail. Pour votre soutien, vos conseils et vos corrections, vous nous avez permis de mener à bien notre projet.

Soyez-en profondément remercié.

AUX PARTICIPANTS DU GROUPE NOMINAL

Mme la Docteure Laurence COCHART, Madame la Docteure Rachel BLANCK,
Madame la Docteure Abélia GELLENONCOURT, Madame WAGNER Muriel,
Madame MAURICE Lucie, du SSR de Saint-Nicolas-De-Port

Ainsi qu'à Madame la Docteure Aline KUTA, Mme MARCHAL Aurelie, Monsieur
Quentin FRAISSE et Mme Virginie BLANCHETETE du réseau gériatrique de
Lunéville

Et Madame la Docteure Christelle FAYON, Madame la Docteure Marie VILLAUME et
Monsieur le Docteur Stéphane BEGIN, de la maison de santé de Cirey-Sur-Vezouze
et leur interne Marian CREMEL .

Ainsi qu'à Laura et Cassandre pour l'organisation.

Merci à tous pour votre participation, votre bienveillance et votre gentillesse à notre égard,
cela nous a permis d'aborder ce groupe nominal avec sérénité.

A MES PARENTS ET MES SŒURS,

Depuis toujours vous m'avez soutenue et encouragée, chacun à votre manière, et tous ces actes ont participé à la vie que je mène aujourd'hui.

Et surtout à ma Maman, pour ses multiples corrections et son soutien sans faille.

A MON MARI, Alexandre,

De la première à la dernière année tu as été à mes côtés, à me supporter, à me reconforter, à me pousser. En presque 10 ans, nous avons construit tellement de choses dont nous pouvons être fiers à présent. A toi mon mari, mon meilleur ami, pour toujours. Je t'aime.

A MON FILS, Raphaël,

Pour toutes ses siestes durant lesquelles maman a pu travailler, pour tous les « chuts » pour que je puisse me concentrer, merci mon chéri d'éclairer ma vie.

A MA FAMILLE

Même de loin, j'ai toujours pu me sentir soutenue dans tout ce que j'ai entrepris. A mes grands-parents qui, j'en suis convaincue, sont fiers de moi,

A MES AMIS,

Pour tous ces rires qui m'ont fait oublier les moments difficiles, pour votre soutien et vos encouragements, merci.

A Maya,

Qui est toujours près de moi, par la présence ou par la voix quand je travaille.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LISTE DES ABREVIATIONS	3
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES FIGURES	6
1 INTRODUCTION	7
1.1 NOTIONS DE SUJET AGE ET VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE.....	7
1.2 TROUBLES NEUROCOGNITIFS ET SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX ASSOCIES	8
2 OBJECTIFS	11
3 METHODES	11
3.1 REVUE DE LA LITTERATURE.....	11
3.2 GROUPE NOMINAL.....	13
4 RESULTATS	14
4.1 PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE DES SPCD A DOMICILE : REVUE DE LA LITTERATURE ..	14
4.1.1 <i>Prise en charge immédiate ou à court terme</i>	15
4.1.2 <i>Prise en charge à plus long terme</i>	17
4.1.2.1 Les actions à mener sur l'environnement du patient	17
4.1.2.2 Les actions à mener auprès du patient.....	18
4.1.2.3 Les actions à mener auprès de l'entourage.....	22
4.1.3 <i>L'institutionnalisation comme dernier recours</i>	24
4.1.4 <i>Revue de la littérature : conclusion</i>	25
4.2 PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE DES SPDC A DOMICILE : MISE EN PRATIQUE AU SEIN D'UN GROUPE NOMINAL	26
4.2.1 <i>Composition du groupe, modalités de recrutement et d'information</i>	26
4.2.2 <i>Déroulé de la réunion</i>	27
4.2.3 <i>Résultats du premier vote.</i>	30
4.2.4 <i>Résultats du second vote</i>	36
5 DISCUSSION	39
5.1 INTERETS ET LIMITES DU GROUPE NOMINAL	39
5.2 DISCUSSION DES RESULTATS DU GROUPE NOMINAL SUR LA PRISE EN CHARGE A COURT TERME DES PATIENTS PRESENTANT UN SPCD.....	40
5.3 DISCUSSION DES RESULTATS DU GROUPE NOMINAL SUR LA PRISE EN CHARGE A MOYEN OU LONG TERME DES PATIENTS PRESENTANT UN SPCD	42
5.3.1 <i>Prévenir le réseau gérontologique de proximité</i>	42
5.3.2 <i>Mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses</i>	44
5.3.3 <i>Mise en place d'une aide-ménagère</i>	45
5.3.4 <i>Recherche de possibilités d'accueil temporaire pour répit de l'aidant</i>	46
5.3.5 <i>Faire appel à des aides à domicile</i>	47
5.3.6 <i>Formation des équipes soignantes devant intervenir et prendre en charge un sujet âgé atteint de TNC</i>	50
5.3.7 <i>Faire appel à une équipe spécialisée Alzheimer (ESA)</i>	50
5.3.8 <i>Autres propositions citées lors du groupe nominal</i>	52

6	CONCLUSION	53
7	BIBLIOGRAPHIE.....	55
8	ANNEXES.....	60
	ANNEXE 1 . ECHELLE NPI : INVENTAIRE DE NEUROPSYCHIATRIE.....	60
	<i>Annexe 1 bis : extrait de l'échelle NPI relatif à l'item agressivité et agitation (3/12).....</i>	<i>61</i>
	ANNEXE 2 : ECHELLE CMAI : <i>COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY</i>	62
	ANNEXE 3. RBP DE LA HAS 2009, SUR LE COMPORTEMENT A ADOPTER EN CAS DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PRESENTANT DES SPCD.....	63
	ANNEXE 4 : ECHELLE DE ZARIT : EVALUATION DE LA SOUFFRANCE DE L'AIDANT	65
	ANNEXE 5 : RBP DE LA HAS 2018, TABLEAU : « PRISE EN CHARGE GLOBALE PERSONNALISEE ET GRADUEE SELON LA SEVERITE DE LA MALADIE »	66
	ANNEXE 6: CONSENTEMENT A L'ENREGISTREMENT AUDIO SIGNE PAR CHAQUE PARTICIPANT	67
	ANNEXE 7 : EXTRAIT DU POWERPOINT® PRESENTE AUX PARTICIPANTS DU GROUPE NOMINAL	68
	ANNEXE 8 : GRILLE SEGA-A : CRITERE DE FRAGILITE	70

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- ALD : Affection Longue Durée
- ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et De La Qualité Des Etablissements Et Services Sociaux Et Médico-Sociaux
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ASG : Assistant de Soin Gériatrique
- AVQ : Activités de la Vie Quotidienne
- CEN : Collège des Enseignants de Neurologie
- CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory
- DLFT : Démence Lobaire Fronto-Temporale
- DMS : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ESA : Equipe Spécialisé Alzheimer
- FDA : Food and Drug Administration
- GN : Groupe Nominal
- HAS : Haute Autorité Santé
- HDJ : Hôpital De Jour
- MA : Maladie d'Alzheimer
- MNM : Mesures Non Médicamenteuses
- NPI : Inventaire de Neuropsychiatrie
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PPS : Plan Personnalisé de Santé
- RBP : Recommandations de Bonne Pratique
- SA : Sujet Agé
- SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
- SNC : Système Nerveux Central
- SPCD : Symptômes Psychologiques et Comportementaux de la Démence
- SSIAD : Service de Soin Infirmier A Domicile
- SSR : Soins de Suite et Réadaptation
- TNC : Trouble Neuro-cognitif
- TNCM : Trouble Neuro-cognitif Majeur
- TNM : Thérapeutiques Non Médicamenteuses
- UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
- UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

- USUP : Unité de soin des Urgences Psychiatriques

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Résultats du premier vote.	31
Tableau 2. Résultats du second vote.....	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Flowchart.....	12
Figure 2. Classement des propositions en fonction du nombre de points obtenus sur 99.	33
Figure 3. Classement des propositions en fonction du nombre de citations sur 11 votants.....	34
Figure 4. Classement des propositions en fonction de la note moyenne attribuée sur 9.	35
Figure 5. Classement des propositions en fonction de la note totale attribuée sur 70.....	38

1 INTRODUCTION

1.1 Notions de sujet âgé et vieillissement physiologique

L'identification d'un âge chronologique précis pour définir la notion de « sujet âgé » (SA) n'est pas aisée compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie et des différences physiologiques inter-individuelles entraînant des variations dans la perception de l'état de santé de chaque individu.

La notion de sujet âgé n'est pas consensuelle et diffère selon le référentiel utilisé. Pour l'OMS il s'agit d'une « personne de plus de 65 ans »(1). En France l'âge permettant d'avoir accès à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est fixé à 60 ans, par ailleurs, le « Bilan Partagé de Médication » réalisé par les pharmaciens et initié par la HAS depuis 2018 est destiné à toutes les personnes de plus de 75 ans ainsi qu'à celles de plus de 65 ans à condition que ces dernières présentent une pathologie invalidante justifiant une Affection Longue Durée (ALD) (2).

Cette définition du « sujet âgé » diffère de celle du « vieillissement » qui, d'après la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie parue dans la 5eme édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, correspond à « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme avec l'avancée en âge » (3). Le processus de vieillissement résulte de l'addition de multiples facteurs, tant génétiques qu'environnementaux, ayant une incidence sur l'organisme dans sa globalité. C'est un mécanisme physiologique lent et progressif, qui doit être distingué des manifestations pathologiques résultant d'affections intercurrentes.

D'après le collège des enseignants de neurologique (CEN) (4), le vieillissement physiologique du système nerveux central (SNC) se caractérise sur le **plan histologique** par une apoptose inéluctable des neurones, cellules dépourvues de capacité de renouvellement, ainsi qu'une probable augmentation du nombre de plaques séniles constituées de débris neuritiques et de substance amyloïde. Lorsque les dépôts amyloïdes deviennent trop conséquents, ceci définit un des cadres nosologiques de la maladie d'Alzheimer (MA). Sur le **plan neurochimique** est constatée une modification de la sensibilité des systèmes enzymatiques dopaminergique et GABAergique dont l'altération trop importante peut conduire à

diverses pathologies telles que la maladie de Parkinson. Sur le **plan anatomique**, il s'agit d'une atrophie qui concerne principalement les régions frontales et temporales de l'encéphale. Lorsque cette atrophie devient majeure, elle peut entraîner l'apparition de certaines maladies telles que la dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT).

Ce processus de vieillissement neurologique physiologique se caractérise par une grande variabilité interindividuelle. En effet les aspects culturels, psychoaffectifs, sensoriels et environnementaux peuvent avoir différentes conséquences selon l'histoire de vie de chaque personne. Avec l'avancée en âge et de manière plus ou moins importante selon les individus, est constatée une diminution modérée des capacités mnésiques (concernant l'acquisition de nouvelles informations) ainsi que des capacités attentionnelles (sur la réalisation d'une double tâche). La sécrétion de mélatonine par l'épiphyse est aussi modifiée, entraînant une réduction du temps de sommeil avec une désorganisation des rythmes circadiens. En revanche les fonctions sensitives et motrices sont très peu modifiées.

1.2 Troubles neurocognitifs et symptômes psychocomportementaux associés

Selon le Collège des Enseignants de Gériatrie, un trouble neurocognitif (TNC) est défini comme « une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs chez un patient ayant un état de conscience normal ». Ce déclin cognitif doit être « persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques connus » (5).

Au sein de la littérature, les TNC sont classifiés selon leur degré de sévérité : mineur ou majeur. Dans notre travail, nous nous sommes intéressés aux **troubles psychocomportementaux associés aux troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)**.

Les TNCM se regroupent au sein d'un syndrome caractérisé par la présence simultanée d'une altération durable et acquise d'une ou plusieurs fonctions cognitives ou intellectuelles (mémoire, attention, langage, gnosies, praxies, raisonnement, jugement, etc.) et/ou comportementales (personnalité, affects, régulation des conduites sociales, etc.) ainsi qu'une sévérité suffisante pour altérer l'autonomie du

patient dans sa vie quotidienne, indépendamment d'autres atteintes organiques, chez un patient ayant un état de conscience normal.

Au sein de ce syndrome, il existe une altération des fonctions cognitives qui peut être associée à une atteinte des fonctions non cognitives, appelé **symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD)**.

Les symptômes du SPCD sont souvent de survenue précoce dans les troubles neurocognitifs majeurs et peuvent avoir des conséquences délétères, tant pour le patient que pour ses proches et aidants, qu'ils soient familiaux et/ou professionnels.

Une des échelles utilisées pour évaluer l'importance de ces troubles est l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) constitué de 12 symptômes :

- les idées délirantes ;
- les hallucinations ;
- l'agitation/agressivité ;
- la dépression ou la dysphorie ;
- l'anxiété ;
- l'exaltation de l'humeur ou euphorie ;
- l'apathie ou l'indifférence ;
- la désinhibition ;
- l'irritabilité ou instabilité de l'humeur ;
- les comportements moteurs aberrants ;
- des troubles de l'appétit ;
- des troubles du sommeil.

Cette échelle est détaillée à la fin de notre travail dans l'Annexe 1 (p60-61).

Dans ses recommandations de bonne pratique (RBP) émises en 2009, concernant la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (6), la HAS décrit, qu'au sein des 12 symptômes composant les SPCD, les symptômes dits « de retrait » (tels que

l'apathie ou les symptômes dépressifs) sont les plus fréquents et précoces ; quant aux symptômes dits « positifs » (tels que l'agitation, l'agressivité, les comportements d'errance et d'opposition), leur fréquence augmente avec l'évolution de la maladie, parallèlement au déclin cognitif.

2 OBJECTIFS

L'objectif de notre travail est de réaliser une mise au point des connaissances sur la prise en charge, à domicile par le médecin traitant, de l'agitation chronique du sujet âgé atteint de TNC majeur, hors thérapeutique médicamenteuse. Pour ce faire, nous avons réalisé une revue de la littérature sur cette thématique, revue que nous avons ensuite confrontée au point de vue d'un groupe nominal, constitué de professionnels en soins primaires du bassin lunévillois (département Meurthe-et-Moselle, région Grand Est, France).

3 METHODES

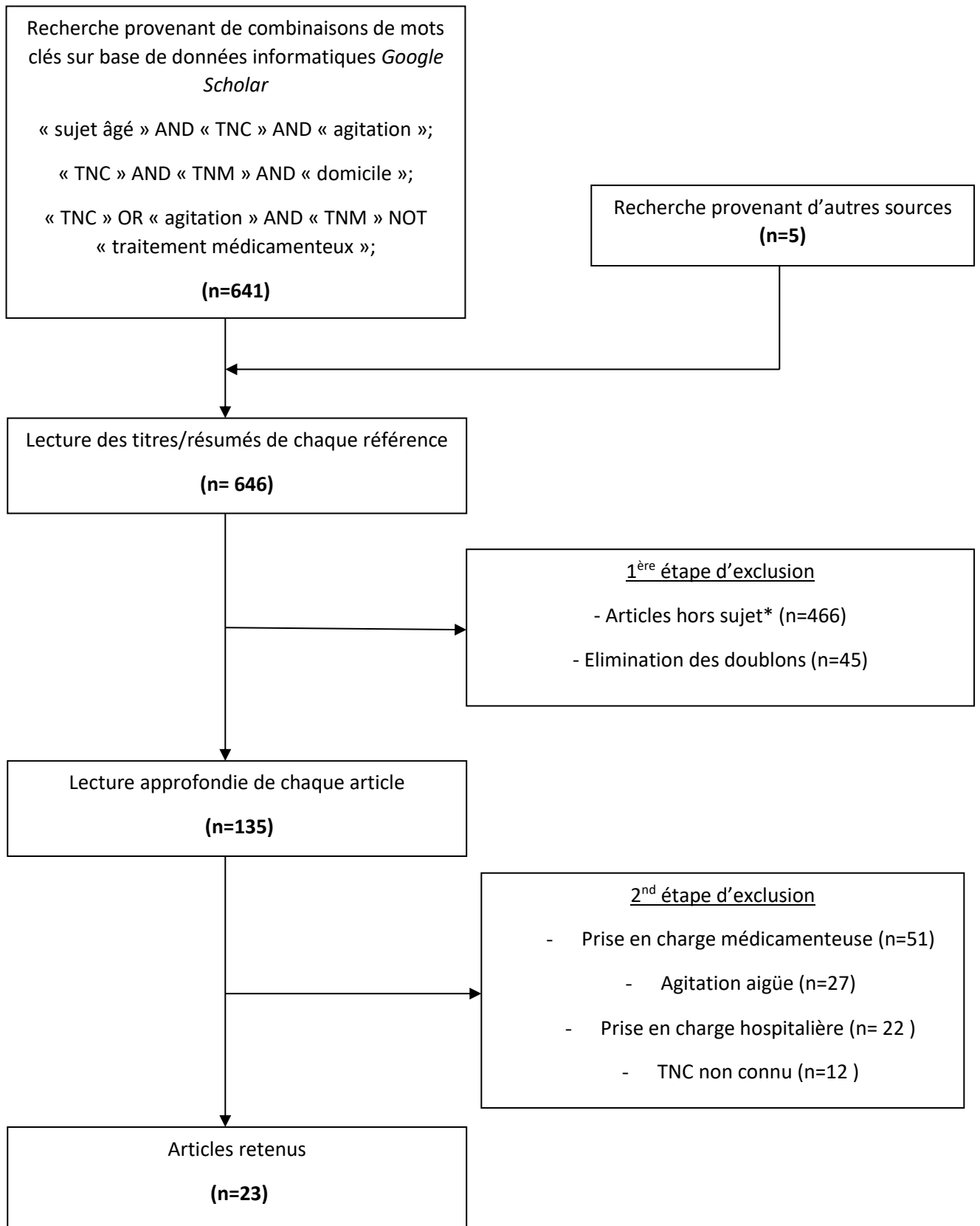
3.1 Revue de la littérature

Une revue de la littérature est « un texte qui rassemble, analyse et organise plusieurs articles ou contenus scientifiques, afin de proposer une vue globale des avancées scientifiques dans un domaine » (7).

Pour notre travail de recherche, nous nous sommes basés sur des publications en langues française et anglaise auxquelles nous avons accédé grâce à l'utilisation du portail de la Bibliothèque Universitaire de l'Université de Lorraine, permettant l'accès aux bases de données bibliographiques telles que *MEDLINE*, *Cochrane Library*, ainsi qu'aux recommandations et conférences de consensus issues d'institutions gouvernementales (HAS) et de sociétés savantes (8).

Nous avons pris comme référence les dernières recommandations de la HAS sur ce sujet, à savoir le « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » datant de 2018 (9). Cet ouvrage nous a servi de fil conducteur pour sélectionner mots-clés et sources bibliographiques pertinentes afin d'approfondir et optimiser notre revue.

Au final, 23 articles ont été retenus et analysés.



*Dû à l'utilisation de l'acronyme « TNM » également utilisé comme base de classification oncologique.

Figure 1. Flowchart

3.2 Groupe nominal

C'est dans l'article « *The nominal group as a research instrument for exploratory health studies* » publié par la revue *Am J Public Health* que, en 1972 et pour la première fois, André Delbecq et Andrew Van den Ven ont exposé la technique du groupe nominal. Ils nous font part de l'utilité de cette méthode afin de produire une information de nature qualitative, en réponse à une question précise. Cette technique est fréquemment utilisée dans les pays anglo-saxons pour classer, prioriser et hiérarchiser des questions, des propositions ou des actions à réaliser. Sa popularité découle de sa similitude avec la méthode du « *brainstorming* » (10).

L'indication du groupe nominal se situe principalement dans l'examen préliminaire d'une question complexe et son évaluation, pouvant aboutir *in fine* à l'implantation d'un programme d'activité adapté.

La finalité de notre groupe nominal a été de mettre en évidence la complexité de la tâche qui incombe aux professionnels de santé prenant en charge un sujet souffrant de TNCM associés à des symptômes psycho-comportementaux invalidants, *via* la confrontation, sur ce sujet, des idées proposées par le groupe nominal et des recommandations en vigueur extraites de notre revue de la littérature.

4 RESULTATS

4.1 Prise en charge non médicamenteuse des SPCD à domicile : revue de la littérature

Etant donné la prévalence estimée à 1.200.000 personnes atteintes en 2014 et le vieillissement effectif de la population, les troubles neurocognitifs majeurs sont un défi d'actualité pour le système de santé (11).

Comme évoqué précédemment, les SPCD peuvent être un critère diagnostique des TNC bien qu'ils puissent également se manifester sous différentes formes durant toute l'évolution de la maladie. En 2018, l'équipe du Gérontopôle du CHU de Toulouse, dirigée par A. de Mauléon et M. Soto, a rédigé un article paru dans la revue Médecine et Cognition et intitulé « Prise en charge d'une agitation à domicile » dans lequel elle évalue la prévalence de SPCD, chez les patients présentant un TNC majeur, à près de 90% (12).

En se basant sur les recommandations de bonne pratique émises par la HAS en 2009, nous avons pu constater l'importance des SPCD dans la hiérarchie des motifs d'hospitalisation des sujets atteints de TNC majeurs. En effet, ces derniers, en diminuant la qualité de vie des patients qui en sont atteints, en augmentant leur morbi-mortalité et en majorant l'épuisement des aidants, précipitent l'entrée en institution, engendrant un coût majeur pour la société (6).

Parmi les SPCD, notre travail s'est intéressé plus particulièrement à l'**agitation**, définie par le DMS-5 comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure, activité en général improductive et stéréotypée ». Bien qu'ayant une définition précise, cette dénomination est plus souvent utilisée dans le langage courant comme un terme générique afin d'illustrer des comportements perturbateurs (3). L'équipe du Dr Benoit, lors d'une concertation de 2006 parue dans la Revue du Gériatre, présente l'agitation comme un trouble ayant une fréquence d'apparition, certes moyenne, mais présentant un des retentissements les plus importants (13). Notons que, contrairement à la prise en charge de l'agitation dans un contexte de trouble chronique, la gestion de l'agitation dite « aiguë » est très bien codifiée *via* notamment certaines recommandations de la HAS (« Confusion aiguë chez la

personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation » (14)) ou des protocoles de prise en charge en service d'accueil des urgences, tel que celui publié par l'hôpital Cochin en 2011 (15).

4.1.1 Prise en charge immédiate ou à court terme

En premier lieu, la HAS insiste sur la nécessité de **caractériser le symptôme présenté par le patient**, en procédant à une description précise du trouble afin d'appréhender les circonstances de son apparition (lieu, activité en cours, moment de la journée (personne présente, facteur déclenchant, fréquence)); mais aussi en analysant son évolution (intensité, ressenti) et ses conséquences directes.

Son exploration, réalisée à l'aide de différentes grilles d'évaluation, telles que le NPI (Annexe 1, page 60-61) ou NPI-ES pour les soignants mais aussi l'échelle CMAI (*Cohen-Mansfield Agitation Inventory*, disponible en Annexe 2, page 62) qui cible plus particulièrement l'agitation, permettrait de décrire le degré d'urgence, de dangerosité ainsi que le risque fonctionnel lié à cette agitation par une méthode reproductible.

La deuxième étape consiste en la réalisation **d'une enquête étiologique**. Il apparaît primordial que soit effectué, et d'autant plus lorsque le TNC ne s'est jamais manifesté par un SPCD, un examen clinique complet du patient, suivi d'un bilan étiologique (comprenant *a minima* une bandelette urinaire et un bilan biologique) afin d'éliminer une confusion aiguë, pathologie fréquente du sujet âgé et aux causes multiples. En l'absence de cause identifiée, il convient de procéder à la recherche méthodique d'un facteur déclenchant, qu'il soit iatrogène, somatique ou environnemental. En effet, une sensation d'inconfort, qui peut être induite par un besoin primaire non assouvi (hygiène, faim, intimité, sommeil, contact physique), au même titre qu'une surstimulation ou encore la présence d'un déficit sensoriel non compensé, pourrait être à l'origine d'un stress physiologique ou psychique déclencheur de cette manifestation invalidante.

La dernière étape réside en la **création d'un plan personnalisé de soin (PPS)** en collaboration avec les aidants familiaux et le personnel soignant, notion proposée dès 2011 par la HAS dans les RBP « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :

diagnostic et prise en charge ». Ce PPS a pour but d'identifier et de hiérarchiser les symptômes en déterminant des objectifs réalisables pour l'ensemble des individus impliqués dans la prise en charge du malade. L'intérêt principal de cet outil est de définir un seul et unique coordinateur qui sera l'interlocuteur auprès duquel la totalité des intervenants, ainsi que le patient lui-même, pourront se référer. Au cours de notre travail qui porte plus particulièrement sur la prise en charge **à domicile**, il nous est apparu que l'élaboration d'un recueil de transmission écrit, afin que chacun puisse s'y reporter, serait une ressource facilitante non négligeable. Globalement, le *leitmotiv* du PPS est la prise en charge pluri-professionnelle ; il promeut l'encouragement et le soutien du patient, de son entourage ainsi que des soignants. Une réévaluation régulière du PPS est la condition *sine qua non* à son bon fonctionnement, cela passe par des évaluations cliniques itératives du médecin traitant, l'emploi répété des échelles devant l'apparition de chaque nouveau symptôme ou l'intensification de certains déjà connus. La HAS insiste sur un suivi médical qui doit être adapté et proactif, mais sans définir ni sa fréquence ni les acteurs ou ressources disponibles (16).

D'après les recommandations HAS de 2018, il existe néanmoins certaines situations dans lesquelles le recours à un avis spécialisé émanant d'un gériatre, d'un neurologue ou d'un psychiatre est estimé nécessaire et relève d'une prise en charge dépassant le cadre du domicile, c'est le cas lorsqu'un patient présente un comportement difficile à gérer et/ou un comportement désadapté à l'environnement et/ou un risque de mise en danger pour lui-même ou autrui.

Il est aussi recommandé de solliciter un de ces spécialistes lors de la suspicion de TNC chez un patient de moins de 70 ans présentant une forme considérée comme atypique ou caractérisée par des symptômes neuropsychologiques importants, voire nécessitant une prise en charge immédiate en hospitalisation (SPCD grave, dangereux, voire à risque sur le plan médico-légal) (9).

En élargissant notre recherche aux données internationales, nous avons notamment relevé qu'aux Etats-Unis, la *Food and Drug Administration* (FDA) menait depuis 2005 une campagne de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. En effet, elle a publié une première mise en garde en 2005 sur le risque accru de mortalité

associé à l'utilisation des antipsychotiques chez les sujets âgés atteints de TNC et l'a élargie en 2008 à l'ensemble des antipsychotiques en population générale (17,18). Depuis ces publications, le nombre d'études scientifiques sur les thérapeutiques non médicamenteuses n'a fait qu'augmenter.

A titre d'illustration, la revue *Am Fam Physician* a publié en 2016 un article rédigé par l'équipe du Dr Reese et *al.* intitulé « *Behavioral Disorders in Dementia : Appropriate Nondrug Interventions and Antipsychotic Use* » qui souligne, et ce huit ans après les mises en garde de la FDA, que persistent d'importantes difficultés dans la gestion de symptômes psycho-comportementaux malgré un contexte évident de sur-prescription de molécules anti-psychotiques. Lors de la découverte d'un SPCD, cette publication met en exergue l'intérêt d'en éliminer toutes causes physiques ou psychiques mais aussi **l'importance de mettre en place un ensemble de mesures non médicamenteuses**, telles que l'établissement de routines pour le patient, de séances d'éducation thérapeutique à destination des aidants, afin de mieux appréhender la maladie ainsi que ses conséquences au quotidien (19).

Ce constat nous permet d'introduire la suite de notre travail concernant la prise en charge, à plus long terme, des patients atteints de SPCD.

4.1.2 Prise en charge à plus long terme

Selon la HAS, *via* le guide intitulé « Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » et paru en 2018, les mesures non médicamenteuses (MNM) doivent constituer l'approche de première ligne dans la prise en charge des SPCD chez les patients atteints de TNCM (9).

Au sein de ces recommandations, nous pouvons identifier **trois axes**, correspondant aux actions à mener : sur l'**environnement du patient**, auprès du **patient lui-même**, ainsi qu'auprès de **son entourage**.

4.1.2.1 Les actions à mener sur l'environnement du patient

Cette thématique correspond à l'**aménagement du lieu de vie sur le plan spatio-temporel**. L'article publié par l'équipe du Dr Benoit au sein de la Revue du Gériatre,

et intitulé « Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences » justifie cette ligne de conduite en évoquant que « toute modification environnementale [brutale et stressante] augmenterait l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et majorerait le risque de détérioration cognitive ». A l'inverse, « l'aménagement de l'environnement entraînerait une amélioration de ces troubles neurocognitifs » (13). En partant de ce postulat, sur le **plan spatial**, il s'agirait de privilégier les lumières et couleurs douces, une température adéquate, un lieu non encombré et l'absence de bruit. Quant aux **aménagements « temporels »**, on cherchera à adapter les horaires des soins au rythme de vie du patient, à ne pas perturber ses activités, mais aussi à installer des calendriers et horloges dans les pièces les plus importantes de l'habitation, afin qu'il puisse mieux s'orienter dans le temps.

4.1.2.2 Les actions à mener auprès du patient

Ces interventions, regroupées sous le terme de « thérapeutiques non médicamenteuses » (TNM) sont multiples et toutes d'intérêt pour le patient.

Nous pouvons évoquer trois types d'interventions : **sensorielles**, **corporelles** et **cognitives** (et/ou psycho-cognitives).

Concernant les **interventions sensorielles**, l'article rédigé par Thuot et Shamlan, paru dans Le Médecin du Québec en 2009 et intitulé « Agitation dans les démences .. pas de panique ! » (20) réalise un classement non exhaustif de ces différentes thérapeutiques :

- la musicothérapie aurait un bienfait immédiat sur le patient et diminuerait l'anxiété ;
- la luminothérapie et les bruits blancs diminueraient les troubles du comportement et favoriseraient la régulation du rythme circadien ;
- l'aromathérapie basée sur les huiles essentielles, principalement de lavande, diminuerait l'agitation ;
- les salles de stimulations sensorielles « Snoezelen » auraient un bénéfice sur l'apathie et les comportements répétitifs.

Les **interventions corporelles** comme l'activité physique (principalement de type aérobie), les massages et la stimulation tactile - si le patient les accepte - sembleraient avoir des vertus relaxantes.

Enfin, les **interventions cognitives et psycho-cognitives**, sont divisées en deux catégories :

- la rééducation portant sur la cognition ;
- la rééducation relative au versant psycho-cognitif et psychiatrique.

Les **interventions de rééducation portant sur la cognition** consistent en une médiation cognitivo-psycho-sociale écologique, c'est-à-dire en rapport avec les situations de la vie quotidienne. Leur objectif est de ralentir la perte d'autonomie dans les activités du quotidien. Au sein de cette entité existent trois grandes catégories de prise en soin des patients :

- La **stimulation cognitive** fait référence à la participation des patients à des discussions et des activités occupationnelles récréatives. C'est la thérapie la plus documentée, grâce notamment à une importante méta-analyse réalisée par Woods et *al.* en 2012, publiée par la *Cochrane Library* et intitulée : « Stimulation cognitive destinée à améliorer le fonctionnement cognitif chez les personnes atteintes de démence » (21). Globalement, le concept est de faire participer le patient à des activités telles que le dessin, des tâches ménagères ou des sorties, mais aussi à des groupes de discussion durant lesquels des événements du passé sont évoqués à l'aide de supports visuels et/ou auditifs (**thérapie de réminiscence**). L'intérêt principal de ces méthodes est d'améliorer la cognition, l'humeur et de diminuer le stress des patients. Elles peuvent être initiées par différents professionnels de santé (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes) et prolongées par les aidants, ce qui facilite leur maintien au long cours.
- La **réhabilitation ou revalidation cognitive**, autre mode de rééducation cognitive, consiste en une rééducation neuropsychologique visant à compenser un processus cognitif déficient par l'amélioration d'habilité spécifique en stimulant les capacités restantes. Réalisée par des neuropsychologues (ou d'autres professionnels formés), son but est

d'optimiser certaines capacités afin de compenser, voire de prévenir, un handicap.

- Enfin, l'**entraînement cognitif** se caractérise par la pratique régulière d'exercices standardisés concernant des tâches cognitives ciblées.

Les **interventions rééducatives psycho-cognitives et psychiatriques** sont, quant à elles, réalisées uniquement par des psychologues ou psychiatres et rassemblent principalement les thérapies par la parole, comme les thérapies brèves ou encore les thérapies de validation.

L'éventail des techniques psycho-cognitives de prise en charge des SPCD est très large d'autant plus qu'au fil des années, ont émergé de « nouvelles » thérapies, grâce notamment au développement des techniques informatiques et de la communication. La thérapie de présence simulée en est un exemple - consistant en la diffusion au patient de vidéos ou enregistrements réalisés au préalable par sa famille - mais le travail du Dr Abraha et de son équipe, publié par *Cochrane Library* en 2020, ne permet pas de conclure à son efficacité réelle en pratique courante (22).

Parmi les données issues de la littérature internationale, nous relevons de nombreux articles composés de méta-analyses s'intéressant de manière individuelle à chaque thérapeutique. Mais leur interprétation reste complexe et peu robuste car grevée de nombreux biais. Pour exemple, dans une méta-analyse réalisée au Brésil en 2015 intitulée "*Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review*" et publiée dans la revue *BioMed Research International*, Oliveira et al. concluent que « toutes les TNM étudiées seraient efficaces », malgré de nombreuses limites concernant les critères de jugement des différentes études. Ils soulignent néanmoins que le symptôme répondant le mieux aux TNM est l'agitation et ce, quelle que soit la technique utilisée : « *the symptoms more responsive to the interventions were agitation* » (23).

Plus récemment, en 2018, une revue de la littérature basée sur 197 articles, réalisée par Scales et al., publiée dans *The Gerontologist* et intitulée « *Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia* » (24) a permis de classer les différentes TNM en fonction des « types de pratiques » et de leurs niveaux d'efficacité. On y retrouve les pratiques sensorielles

(aromathérapie, massage, stimulation multi-sensorielle et luminothérapie), les pratiques psychosociales (thérapie de validation, thérapie de réminiscence, musicothérapie, zoothérapie et activités significatives) et les protocoles de soins structurés (soins d'hygiène corporelle et bucco-dentaires). Cet article conclut que une ou plusieurs TNM doivent être tentées en première intention avant tout traitement médicamenteux, tout en insistant sur l'importance d'adapter chaque thérapeutique au vécu et aux symptômes du patient. La formation de l'équipe qui procède à ces thérapeutiques est également primordiale, tout comme la nécessité de pérenniser ces soins dans le temps, seul gage de leur efficacité à terme.

L'instauration et le suivi de toutes ces méthodes non médicamenteuses doivent être associés à **une prise en charge multidisciplinaire** réalisée par l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès du patient tels que les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes mais aussi les aidants professionnels comme les auxiliaires de vie (8).

La HAS dans ses RBP de 2009 synthétise sous forme de « fiches » les comportements à adopter en cas de prise en soin d'un patient présentant des SPCD. Elles sont disponibles en Annexe 3 (p63-64) (6).

Certaines agences nationales ont également édité des recommandations de bonne pratique destinées aux soignants, afin de les guider lors de prises en charge complexes. C'est le cas de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) qui, en 2018, fait paraître un document intitulé « Adaptation de l'accompagnement par les services d'aide et de soins à domicile des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives vivant à domicile », afin d'orienter l'ensemble du personnel travaillant dans des services de soin à domicile comme le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) ou encore les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) . Ce document décrit des leviers importants tels que l'adaptation du projet de service à la spécificité des patients atteints de TNC, la nécessité de contribuer à la coordination des soins si un PPS a été mis en place, l'adaptation des pratiques d'accompagnement et l'anticipation des besoins et attentes des patients, le tout en élaborant des « fiches repères » sous forme de questionnement éthique pour aider le personnel de santé

dans sa prise en charge au quotidien. De manière indirecte, ces documents, disponibles en libre accès sur des plateformes nationales, pourraient être utilisés par les professionnels de santé mais aussi par les aidants familiaux lorsque le contexte le requiert (25).

Dans la même optique, l'équipe du Dr Couturier au CHU de Grenoble a établi un protocole de prise en charge de l'agitation regroupant toutes les TNM ainsi que certaines consignes simples telles que : diriger le patient vers une pièce apaisante et non encombrée, différer les soins si nécessaire, occuper le patient en lui proposant une collation par exemple, parler d'une voix calme et audible, avoir une attitude bienveillante, ne pas rentrer en conflit, lui poser des questions orientées, réaliser des phrases simples, éviter les gestes brusques, essayer d'utiliser le toucher et corriger le facteur déclenchant (et/ou aggravant) s'il est identifié (26).

L'objectif de l'ensemble de ces guides et protocoles est d'optimiser la prise en charge des SPCD et de pérenniser les TNM aussi longtemps que possible.

Globalement, bien que l'action des TNM soit considérée comme « modeste » dans la littérature, l'ensemble des articles étudiés se prononcent en faveur d'une utilisation des TNM en première intention et insistent sur la nécessité de « soins centrés sur le patient » - « *person-centered care* » - ce terme étant très largement utilisé dans la littérature anglophone (27).

4.1.2.3 Les actions à mener auprès de l'entourage

A l'image des RBP de la HAS de 2018, la quasi-totalité des références étudiées consacre, *a minima*, un paragraphe sur **l'importance et la nécessité du soutien de l'aidant principal** (9).

En effet, encourager et soutenir les aidants familiaux permet d'augmenter leur sentiment d'efficacité. Cela passe nécessairement par des explications concernant la pathologie dont souffre le membre de leur famille, ainsi que sur les perspectives d'évolution naturelle des troubles et des risques de dégradation. De la même manière, il paraît incontournable qu'ils soient informés des différentes possibilités d'aide(s) extérieure(s), comme l'intervention de service à domicile, mais aussi des alternatives leur permettant d'envisager des moments de répit et de repos, par le biais notamment

de structures spécialisées telles que les hospitalisations de jour (HDJ), accueils de jour ou hébergements temporaires, voire même le recours à des familles d'accueil. Par ailleurs, l'intervention d'une assistante sociale doit être systématiquement proposée, afin que les proches puissent être renseignés sur les aides juridiques et sociales à mettre en place le cas échéant, mais aussi l'existence de groupes de parole ou autres réseaux de soutien familiaux, en fonction des possibilités du territoire.

Parmi les actions à mener auprès de l'entourage du patient il est également préconisé que l'aidant principal soit pleinement intégré au PPS, recommandé par la HAS, en tant que **personne ressource** à qui se référer mais aussi en tant que « **second patient** ». Effectivement, une réévaluation régulière de l'épuisement et de la souffrance de l'aidant doit être réalisée par le médecin traitant, idéalement lors d'une consultation qui lui est entièrement dédiée. Le médecin peut s'appuyer sur des échelles standardisées telles que la grille de ZARIT pour évaluer le fardeau de l'aidant (disponible en Annexe 4, p65).

Le « Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée » émis par la HAS en mai 2018 récapitule, dans un tableau intitulé « Prise en charge globale personnalisée et graduée selon la sévérité de la maladie », l'ensemble des objectifs, démarches et stratégies à mettre en œuvre en fonction du stade de la maladie (9). Ce tableau récapitulatif est disponible en Annexe 5, page 66.

4.1.3 L'institutionnalisation comme dernier recours

Lorsque la prise en charge à domicile devient trop complexe ou que l'équipe soignante a épuisé toutes les possibilités de recours aux méthodes non médicamenteuses offertes par le territoire, les recommandations HAS de 2018 préconisent le recours à une institutionnalisation de ces patients fragiles (9).

Il existe, par ailleurs, trois indications requérant une hospitalisation en urgence. Il s'agit de : la présence d'un état clinique menaçant le pronostic vital, la survenue d'une pathologie intercurrente aiguë et grave ou la mise en danger direct du patient et/ou de son entourage.

Tout autre évènement (tel que : la nécessité d'examen(s) complémentaire(s), la prise en charge impossible à domicile dû à un isolement ou l'absence d'aidant, l'acutisation d'un trouble déjà connu, etc.), doit faire, autant que possible, l'objet d'une hospitalisation programmée, de préférence dans des secteurs et services spécialisés. Il en existe plusieurs catégories en fonction des troubles présentés par les patients :

- les unités cognitivo-comportementales (UCC) correspondent à des structures de soins spécialisées dans la réhabilitation neuro-cognitive et comportementale de patients atteints de TNC et présentant un ou plusieurs SPCD invalidants, elles ne sont pas indiquées pour des patients grabataires ;
- les unités Alzheimer sont dotées de personnels spécialisés et en plus grand nombre ;
- les services de médecine aiguë tels les courts séjours gériatriques sont spécialisés dans la prise en charge holistique du sujet âgé malade.

Il existe aussi, en cas de besoin d'avis ponctuels sur un SPCD, des unités de soins d'urgences psychiatriques (USUP), unités d'accueil ayant pour but d'évaluer les patients présentant des SPCD sévères ou chroniques et permettant un retour à domicile rapide et la mise en place d'un suivi régulier (en présentiel ou à distance par télémedecine).

Dans tous les cas, l'institutionnalisation doit être anticipée autant que possible et ne pas s'envisager uniquement suite à l'apparition d'un trouble du comportement sans critère de gravité, mais lorsque la prise en soin du patient requiert des compétences qui dépassent le cadre du domicile (28, 29).

4.1.4 Revue de la littérature : conclusion

Dans le cadre de la prise en charge de symptômes psycho-comportementaux perturbateurs chez des patients souffrant des TNC majeurs, l'ensemble des références que nous avons pu étudier, qu'elles soient françaises ou internationales, insistent sur le risque iatrogène lié à l'utilisation, souvent abusive, de traitements médicamenteux dans des situations d'agitation chronique. Tous les auteurs évoquent également, dans ce contexte, la nécessité de recourir aux TNM en première intention, malgré les faibles niveaux de preuve les concernant. Par ailleurs, leur mise en œuvre en pratique courante n'est que trop rarement décrite ou détaillée.

Un grand nombre de TNM peuvent être instaurées à domicile, leur mise en place étant étroitement liée aux disponibilités en terme de ressources humaines, à la formation des soignants, aux difficultés logistiques qui peuvent se présenter, mais aussi aux capacités d'acceptation et de réceptivité du patient, ainsi qu'à la présence d'aidants (proches et/ou membres de la famille) pouvant poursuivre les soins initiés.

Nous pouvons également considérer que l'absence de preuves scientifiques robustes sur la réelle efficacité clinique à terme de ces méthodes non médicamenteuses ne doit, en aucun cas, freiner leur utilisation qui doit être adaptée aux capacités et souhaits du patient et de son entourage, ainsi qu'à l'expérience des équipes soignantes sur le terrain (13).

Dans la seconde partie de notre travail, au travers de la réalisation d'un groupe nominal, nous avons tenté de confronter ces données et recommandations issues de la littérature à l'expérience de professionnels du soin régulièrement confrontés à la nécessaire prise en charge de patients atteints de TNCM vivant à domicile et présentant des symptômes psychologiques et comportementaux invalidants tels que l'agitation.

4.2 Prise en charge non médicamenteuse des SPDC à domicile : mise en pratique au sein d'un groupe nominal

4.2.1 Composition du groupe, modalités de recrutement et d'information

Un groupe nominal (GN), pour être considéré comme représentatif, doit être composé de participants de différentes disciplines et ayant des modes d'exercice distincts.

Nous avons donc choisi de réunir les professionnels de santé suivants : trois médecins généralistes libéraux, quatre médecins hospitaliers, un interne en médecine générale, une neuropsychologue, une assistance sociale et une infirmière. Tous exercent sur le territoire du lunévillois (département Meurthe-et-Moselle, région Grand-Est, France). Notre groupe nominal fut donc constitué, au total, de 11 personnes.

Nous avons eu le plaisir d'accueillir parmi nous :

- *Mr le Dr Stéphane BEGIN : médecin généraliste exerçant à Cirey-Sur-Vezouze (54) ;*
- *Mme Virginie BLANCHETETE : infirmière exerçant au sein du réseau gérontologique de Lunéville (54) ;*
- *Mme la Dr Rachel BLANCK : médecin généraliste exerçant en service de médecine polyvalente au SSR de Saint-Nicolas-de-Port (54) ;*
- *Mme la Dr Laurence COCHART : médecin généraliste et gériatre exerçant en consultation mémoire au SSR de Saint-Nicolas-de-Port (54) ;*
- *Mr Marian CREMEL : interne en médecine générale à la faculté de Nancy (54) ;*
- *Mme la Dr Christelle FAYON : médecin généraliste exerçant à Cirey-Sur-Vezouze (54) ;*
- *Mme la Dr Abélia GELLENONCOURT : médecin généraliste et gériatre exerçant en service de gériatrie au SSR de Saint-Nicolas-de-Port (54) ;*
- *Mme la Dr Aline KUTA : médecin généraliste et gériatre, exerçant au sein du réseau gérontologique de Lunéville et en consultation mémoire au centre hospitalier de Lunéville (54) ;*
- *Mme Lucie MAURICE : assistante sociale exerçant au SSR de Saint-Nicolas-de-Port (54) ;*
- *Mme la Dr Marie VILLAUME : médecin généraliste exerçant à Cirey-Sur-Vezouze (54) ;*

- Mme Muriel WAGNER : neuropsychologue exerçant au SSR de Saint-Nicolas-de-Port (54).

Le groupe nominal s'est tenu le 17 janvier 2023 de 12h à 14h, dans une salle de réunion de l'hôpital de Saint-Nicolas de Port (54).

A son arrivée, chaque participant a notifié par écrit son consentement, tant pour sa participation à la séance du groupe nominal que pour son enregistrement audio. Un exemplaire du consentement est disponible en Annexe 6, page 67.

4.2.2 Déroulé de la réunion

Une fois tous les participants installés autour d'une table ronde, le coordinateur **énonce la question (problématique) sur laquelle portera la séance**. Dans un souci de clarté et afin de permettre aux participants d'appréhender correctement la situation exposée, nous avons choisi de présenter un « cas clinique » reflétant une situation de prise en charge fréquente en cabinet de médecine générale.

Cette situation est la suivante :

Vous suivez régulièrement au cabinet Mr A 92 ans, marié et vivant à domicile avec son épouse. Le couple n'a pas d'enfant et est autonome pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) sans aide extérieure, bien que Mr A présente, depuis plusieurs années, des TNC majeurs d'étiologie mixte (suivi en consultation mémoire annuel) obligeant son épouse à assurer l'essentiel des tâches quotidiennes. Depuis plusieurs semaines la situation se dégrade avec des épisodes itératifs d'agitation voire d'agressivité verbale envers son épouse et ayant conduit à une hospitalisation récente de quelques jours avec instauration d'un traitement neuroleptique (RISPERIDONE). Son épouse vous rappelle ce jour car la situation est toujours très difficile, notamment la nuit. Elle refuse toute nouvelle hospitalisation et vous demande quoi faire. Quelle serait votre prise en charge à court, moyen et long terme (hors thérapeutique médicamenteuse) ?

Un temps de réflexion d'une dizaine de minutes est observé afin que **chaque participant puisse noter sur une feuille vierge toutes les propositions qui lui viennent à l'esprit**.

Ce temps écoulé, chaque participant **énonce à tour de rôle une idée**, sans aucune argumentation. Toutes les idées sont inscrites au fur et à mesure sur un tableau jusqu'à épuisement des propositions. Après quatre tours de table, nous obtenons 23 propositions.

S'ensuit **un temps d'échanges entre les participants** durant lequel nous reprenons et rediscutons chaque proposition afin de les clarifier, les reformuler si nécessaire et éliminer les doublons. A la suite de ce travail, le nombre de propositions s'élève à **24**.

Devant la difficulté de hiérarchisation des propositions, il paraît clair pour l'ensemble des participants qu'une **distinction doit être faite en fonction de leur temporalité dans la prise en charge du patient**. Ainsi, conformément à l'esprit du groupe nominal, nous convenons de manière collégiale de distinguer les propositions relevant d'une prise en charge immédiate (ou à court terme) de celles relevant d'une prise en charge à moyen voire long terme.

Six propositions de prise en charge à court terme sont identifiées, à savoir :

- analyse du trouble avec utilisation d'échelles standardisées ;
- réévaluation clinique et thérapeutique ;
- bilan étiologique minimal ;
- mise en place immédiate d'aide(s) ;
- évaluation du stade d'épuisement de l'aidant ;
- évaluation de la dangerosité du trouble et hospitalisation si danger imminent.

Nous faisons le choix d'écarter ces six propositions des votes afin de les confronter ultérieurement aux recommandations.

Ainsi, seuls les 18 items restants, concernant une temporalité de prise en charge à moyen ou long terme, sont soumis au premier vote.

Pour le **premier vote**, la consigne est donnée à chaque participant de **choisir les neuf items qui lui paraissent les plus importants (sur les 18 propositions) puis de leur attribuer une note croissante sur neuf** allant de 1/9 (pour la proposition considérée comme la moins essentielle) à 9/9 (pour celle considérée comme la plus importante).

Le vote est anonyme et le dépouillement est réalisé immédiatement après.

Puis les **propositions sont classées selon, pour chacune d'elles, le nombre de citation(s) et le total des points reçus.**

L'objectif de notre travail étant de confronter les recommandations issues de notre revue de la littérature aux propositions du groupe, après avoir procédé au classement des propositions, **nous exposons au groupe, par le biais d'une présentation numérique, une synthèse de notre travail de revue de la littérature.** Le PowerPoint® présenté est disponible en Annexe 7, p68-69.

Par la suite, en croisant les recommandations en vigueur avec les propositions émises par le groupe, nous constatons qu'une notion importante issue de la littérature n'a pas été évoquée par le groupe, celle-ci concerne la formation des équipes intervenant auprès du patient.

Etant donné le nombre important de propositions, nous décidons de ne conserver, **pour le second vote**, que les six propositions ayant recueilli le plus de points lors du premier vote et d'y ajouter la proposition tirée des recommandations. **Le second vote a donc été effectué sur sept propositions.**

Néanmoins, avant ce second tour, un des participants du groupe a dû nous quitter, le nombre de votant s'est donc réduit à dix.

Pour le second vote, la consigne est donnée de classer obligatoirement l'ensemble des sept propositions **en attribuant à chacune une note croissante sur sept** allant de 1/7 pour celle considérée comme la moins essentielle à 7/7 pour la plus importante.

4.2.3 Résultats du premier vote.

Tout d'abord, il nous paraît licite de signaler que l'ensemble des propositions faites lors des « tours de table » ont reçu au moins un suffrage. **La hiérarchisation des propositions se fait donc sur un total 18.**

Le tableau ci-dessous présente trois entrées pour la présentation des résultats, à savoir :

- La **note**, ou nombre total de point(s), correspondant, pour chaque proposition, à l'addition des points attribués par nos participants (de un à neuf points). Du fait de la présence de 11 participants pouvant attribuer une note maximale de 9/9, la note totale maximale pouvant être atteinte est de 99 ;
- Le **nombre de citation**, correspondant aux nombres de personnes ayant inscrit la proposition sur son bulletin de vote, soit un maximum de 11.
- La **note moyenne**, correspondant, pour chaque proposition, à l'addition de la note obtenue sur 99 divisée par le nombre de citation(s), avec une note maximale de neuf (99 divisé par 11).

*Prenons comme exemple la proposition « Prévenir le réseau gérontologique de proximité » : cette proposition a été citée 10 fois (**10 citations**) avec le nombre de points suivant : $7+6+9+9+9+9+9+8+9+7 = 82$ points (note), soit la **note moyenne** de $82/10 = 8,2/9$ (nombre total de point ou note / nombre de citations).*

*Donc **Note = 82** ; **Citation = 10** ; **Note moyenne = 8,2***

RANG	PROPOSITION	NOTE	CITATION	NOTE MOYENNE
1	Prévenir le réseau gérontologique de proximité	82	10	8.2
2	Mise en place d'une aide-ménagère	58	8	7.25
3	Recherche de possibilités d'accueil temporaire pour répit de l'aidant	57	11	5.18
4	Faire appel à l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA)	49	9	5.4
5	Mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses	45	9	5
6	Faire appel à des aides à domicile (autres qu'aide-ménagère)	36	5	7.2
7	Remplir de manière anticipée un dossier d'EHPAD	35	9	3.8
8	Soutien de l'aidant avec un groupe de parole	30	6	5
9	Adaptation du logement	23	8	2.87
10	Association pour tenir compagnie et aider le patient	18	4	4.5
11	Faire appel à un/une psychologue	16	3	5.33
12	Education à la maladie du patient et de son entourage	14	3	4.66
13	Réévaluation mnésique fréquente	12	4	3
14	Proposer la mise en place de mesures de protection	5	3	1.6
15	Recherche d'autres personnes ressources dans l'entourage	5	3	1.6
16	Faire appel à un(e) diététicien(ne)	5	2	2.5
17	Proposer des groupes de paroles pour le patient	3	1	3
18	Mise en place d'activité physique adaptée pour le patient	3	1	3

Tableau 1. Résultats du premier vote.

Ce tableau récapitule donc l'ensemble des points (ou note), citations et notes moyennes obtenus par chaque proposition, ainsi que le rang atteint par chacune d'entre elles en fonction du nombre de points, obtenus sur 99.

Lors des échanges au sein du groupe nominal, certaines propositions ont été source de discussion.

Concernant la proposition intitulée « Mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses » pour les professionnels l'ayant citée, les termes de « thérapeutiques non médicamenteuses » se réfèrent principalement à l'ensemble des mesures gravitant autour de la notion de « bien-être » du patient. Ainsi, lorsque chaque intervenant exposait ses idées, plusieurs TNM ont été citées telles que : la balnéothérapie, les interventions psychosociales, l'activité physique, l'intervention d'un(e) kinésithérapeute ou ergothérapeute. Nous avons donc décidé de regrouper certaines de ces propositions sous l'appellation « thérapeutiques non médicamenteuses » mais, sur avis du groupe, nous avons laissé indépendante la proposition « Activité physique adaptée pour le patient ».

Concernant les propositions « Mise en place d'une aide-ménagère » et « Faire appel à des aides à domicile (autres qu'aide-ménagère) » et de l'avis du groupe, l'intervention d'une aide-ménagère, destinée essentiellement à soulager l'aidant, était à différencier des « autres aides à domicile » (telles que l'aide à la toilette, le portage des repas, les soins infirmiers à domicile, etc.) portant davantage sur les interventions centrées sur le patient lui-même.

Pour les résultats de ce premier vote, il nous a paru pertinent de **classer les 18 propositions selon la note maximale obtenue par chacune d'elles**, afin de faciliter le choix des six propositions (celles ayant récolté le plus de points) à soumettre au second vote.

Mais, au terme de ce premier vote, le classement des 18 propositions peut également se faire de deux autres manières, à savoir :

- en fonction du nombre de citation(s) obtenue par chaque proposition ;
- ou en fonction de la note moyenne obtenue par chaque proposition.

Ces deux autres techniques de classement peuvent donc potentiellement modifier le classement final des 18 propositions après ce premier vote et donc faire varier le choix de celles soumises au second vote.

Voici, dans les figures suivantes, les différents classements obtenus pour ces 18 propositions à l'issue du premier vote, en fonction de la méthode utilisée.

- Si nous classons les propositions **en fonction de la note obtenue**, par ordre décroissant, à partir de celle ayant obtenu le plus de points (sur les 99 possibles), nous obtenons le résultat suivant :

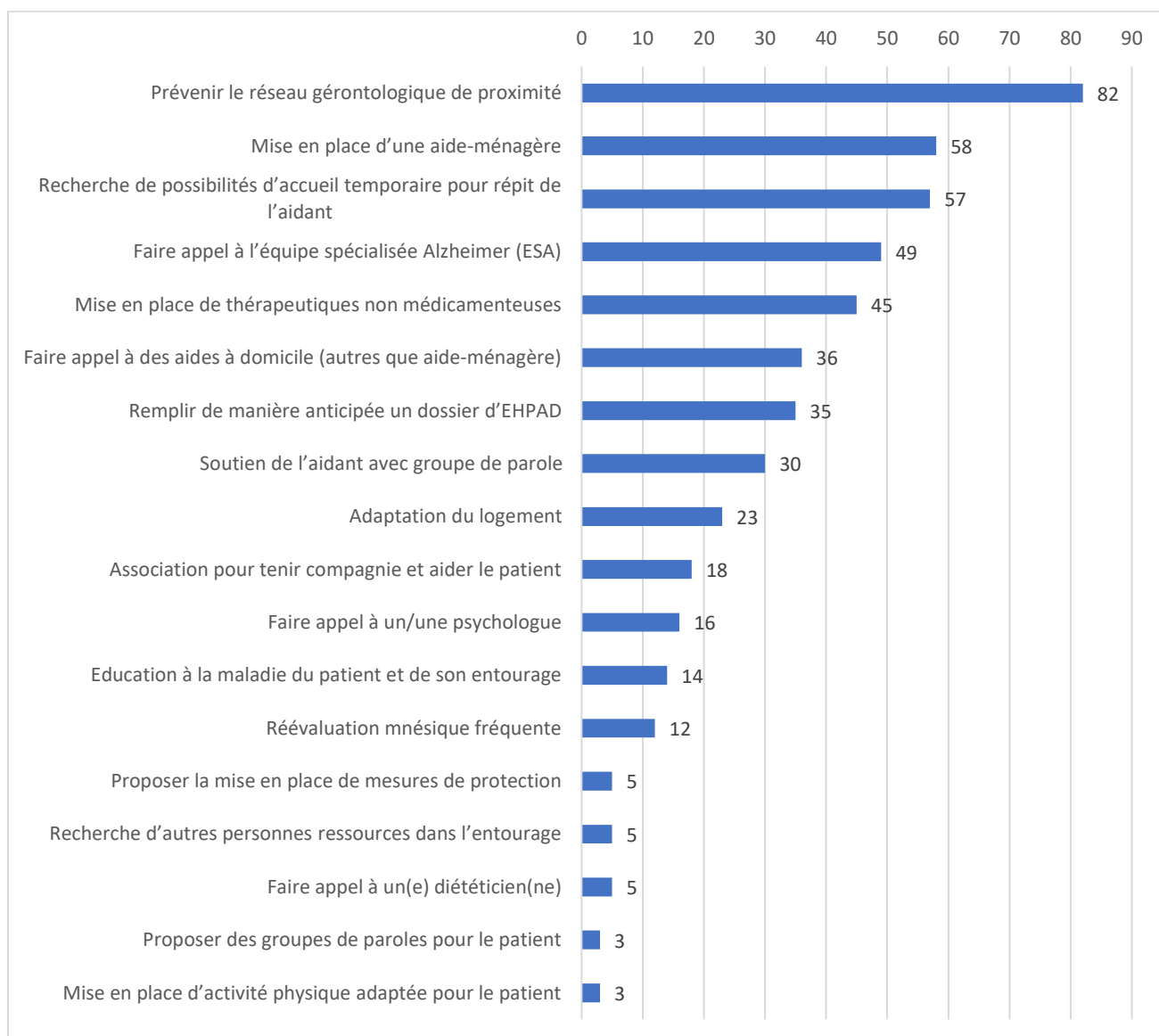


Figure 2. Classement des propositions en fonction du nombre de points obtenus sur 99.

- Si nous classons les propositions **en fonction du nombre de citation(s)** pour chacune d'entre elles, par ordre décroissant, nous obtenons le résultat suivant :

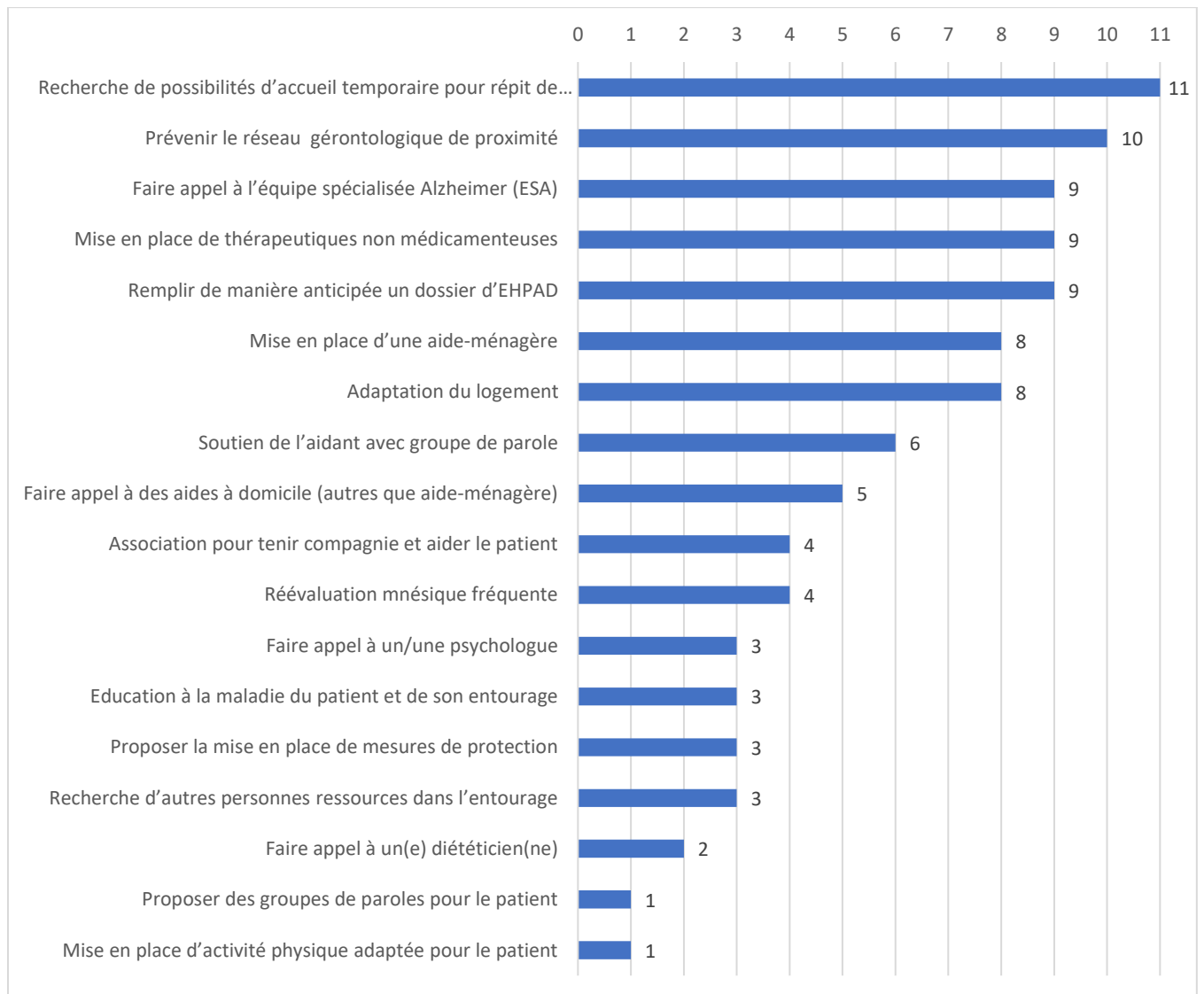


Figure 3. Classement des propositions en fonction du nombre de citations sur 11 votants.

- Enfin, si nous classons les propositions **en fonction de la note moyenne obtenue** pour chacune d'entre elles lors du premier vote, avec une note moyenne maximale possible de 9, nous obtenons le résultat suivant :

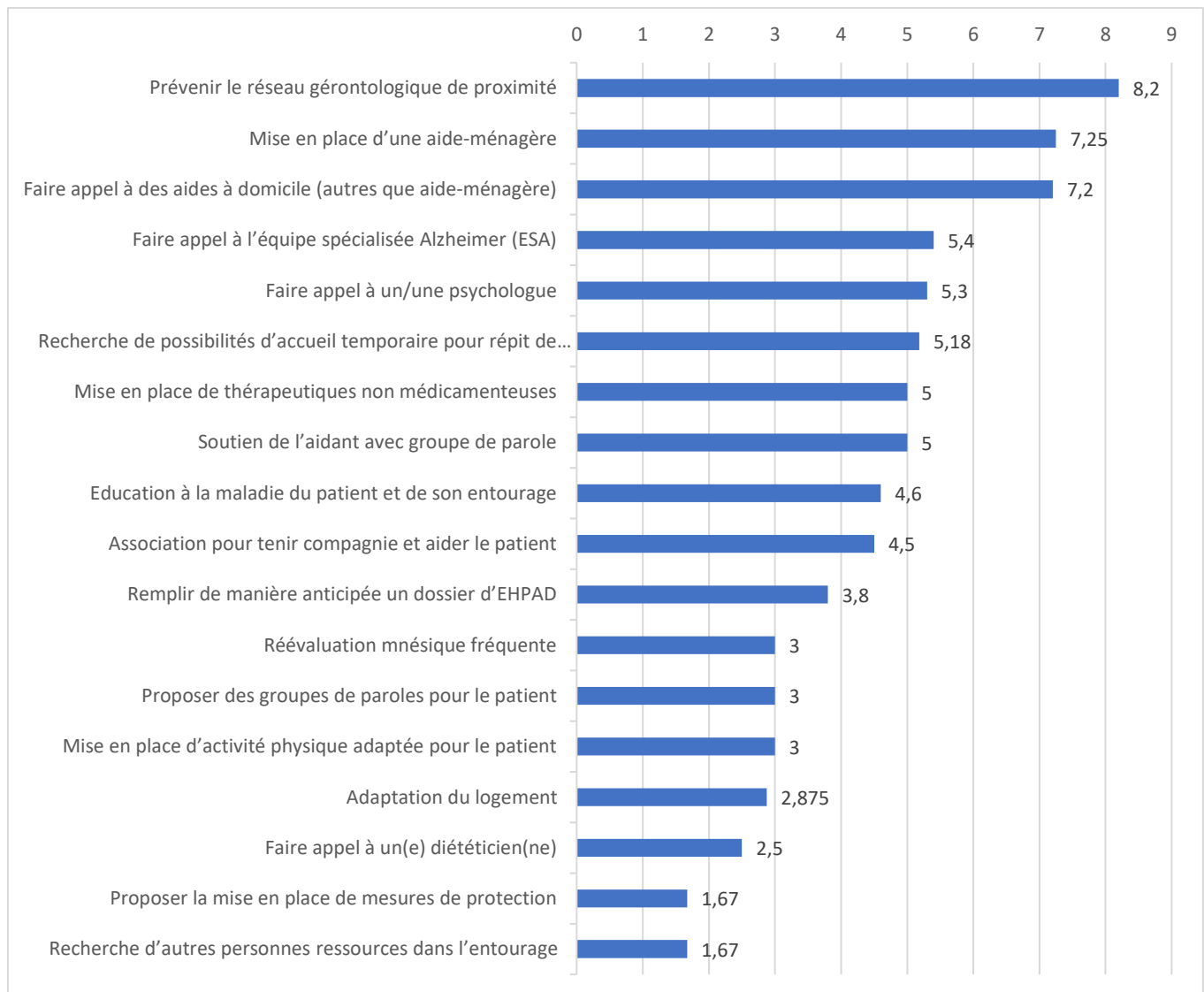


Figure 4. Classement des propositions en fonction de la note moyenne attribuée sur 9.

4.2.4 Résultats du second vote.

Comme évoqué précédemment, avant de procéder au second vote, nous avons présenté aux participants, par le biais d'une **présentation numérique, une synthèse de notre travail de revue de la littérature** récapitulant les différentes recommandations émises, notamment par la HAS, sur la prise en charge à domicile des SPCD d'un patient atteint de TNCM.

Le PowerPoint® présenté est disponible en Annexe 7, p68-69.

Nous leur avons ensuite demandé de réaliser ce second vote uniquement à partir des six propositions ayant obtenu le plus grand nombre de points (ou note) sur 99 lors du premier vote, en y ajoutant (d'un commun accord avec l'ensemble des membres du groupe) une 7^{ième} proposition extraite des recommandations et non évoquée initialement par le groupe lors du tour de table, à savoir la « Formation des équipes intervenant auprès du patient ».

Sept propositions ont donc été soumises à ce second vote, avec l'obligation pour chacun des dix intervenants d'attribuer une note à chacune de ces sept propositions, note allant de 1/7 (pour la proposition considérée comme la moins essentielle) à 7/7 (pour celle considérée comme la plus importante).

Le tableau et la figure ci-dessous issus des résultats du second vote, présentent le classement des propositions en **fonction de la note obtenue** :

RANG	PROPOSITION	NOTE	CITATION	NOTE MOYENNE
1	Prévenir le réseau gérontologique de proximité	62	10	6.2
2	Mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses	43	10	4.3
3	Mise en place d'une aide-ménagère	42	10	4.2
4	Recherche de possibilités d'accueil temporaire pour répit de l'aidant	39	10	3.9
5	Faire appel à des aides à domicile (autres qu'aide-ménagère)	37	10	3.7
6	Formation des équipes soignantes devant intervenir et prendre en charge un patient atteint de TNC	29	10	2.9
7	Faire appel à l'équipe spécialisée Alzheimer (ESA)	28	10	2.8

Tableau 2. Résultats du second vote.

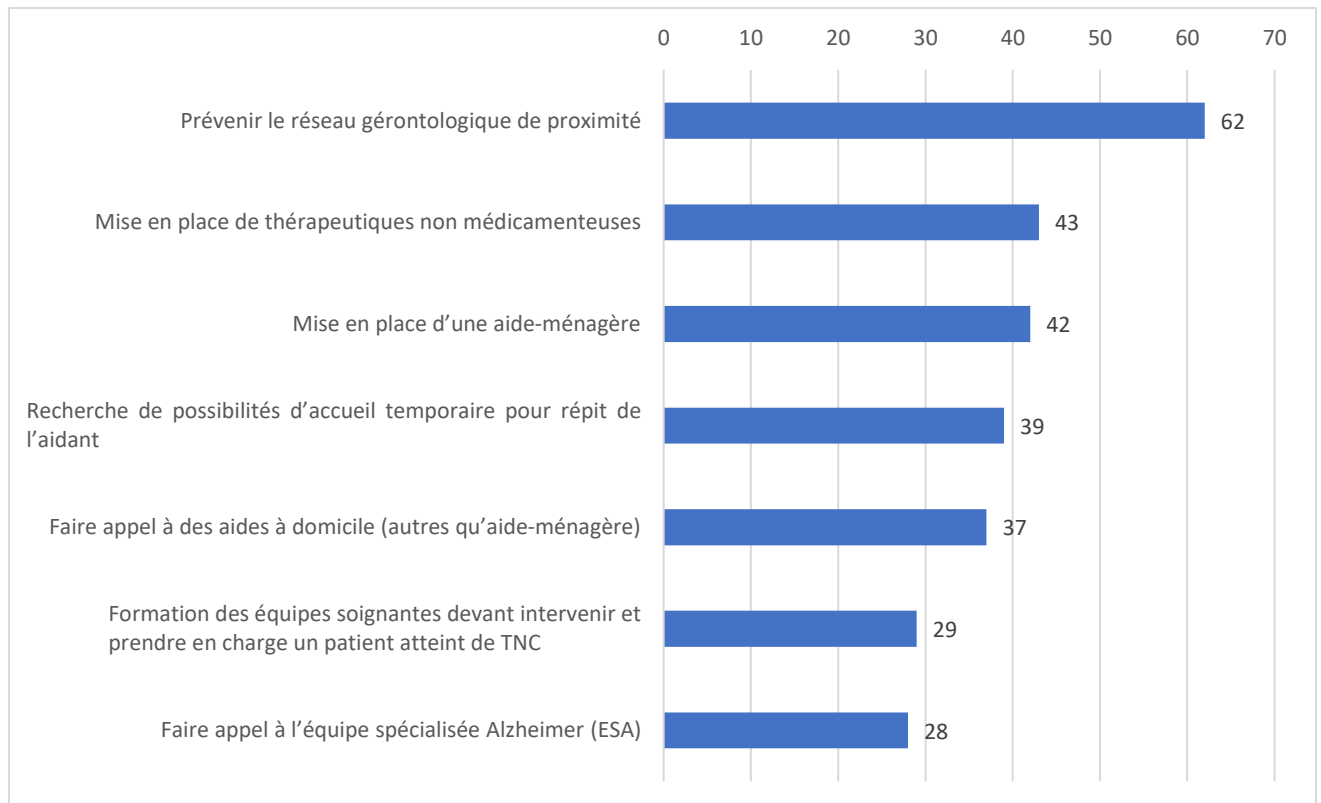


Figure 5. Classement des propositions en fonction de la note totale attribuée sur 70.

Nous pouvons donc constater qu'à l'issue de ce second vote, le classement de certaines propositions a été modifié par rapport à celui obtenu suite au premier vote.

Pour exemples :

- la proposition « Prévenir le réseau gérontologique de proximité » reste en 1^{ière} place ;
- la proposition « Mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses » passe de la 5^{ème} à la 2^{ème} place.

Nous pouvons ainsi supposer que la **présentation synthétique de notre travail de revue de la littérature** a pu influencer sur les choix réalisés par nos participants lors de ce second vote.

5 DISCUSSION

5.1 Intérêts et limites du groupe nominal

L'intérêt principal de notre groupe nominal était de classer, hiérarchiser et proposer des actions à mener dans le cadre de la prise en charge, à domicile par le médecin traitant, de l'agitation chronique d'un sujet âgé atteint de trouble neurocognitif majeur. Nous avons confronté ces actions, proposées par notre groupe de professionnels de soin, à celles émanant des recommandations françaises et internationales.

L'exhaustivité, au regard des modes et lieux d'exercice de notre panel d'experts, nous a permis d'obtenir des propositions diverses mais complémentaires.

Enfin, la constitution d'un groupe nominal en présentiel (par rapport aux résultats asynchrones issus d'un questionnaire par exemple) facilite indéniablement les échanges et discussions sur les multiples propositions, mais aussi la spontanéité d'obtention des idées.

Différents biais sont à relever dans la réalisation de notre groupe nominal :

- un biais de recrutement : la participation au groupe nominal étant basée sur le volontariat, nous avons fait appel à des professionnels que nous connaissions, provenant du même bassin d'exercice et qui *a fortiori* se connaissent entre eux ;
- un biais de durée : les réponses devant être rédigées dans un temps limité de dix minutes, leur exhaustivité peut être limitée ;
- un biais de subjectivité : l'absence de neutralité du coordinateur de la réunion a pu, lors des échanges entre participants, influencer les propositions émises ;
- un biais de données : la thématique et la nature des propositions ont été volontairement limitées aux seules thérapies non médicamenteuses.

Enfin, la complexité du GN réside dans la difficulté à regrouper des idées par catégories et types d'intervention, mais aussi dans la nécessaire hiérarchisation avec attribution de notes à des propositions ayant toutes un intérêt évident.

5.2 Discussion des résultats du groupe nominal sur la prise en charge à court terme des patients présentant un SPCD

Lors de notre réunion nous avons convenu, avec l'accord des intervenants, d'écarter du premier vote les propositions que le groupe considérait comme relevant de la prise en charge à court terme. Mais la prise en charge à court terme des SPCD chez un patient atteint de TNCM faisant partie des RBP de 2018 de la HAS, nous avons néanmoins souhaité confronter ces propositions à notre travail de revue de la littérature (8).

Les propositions émises étaient les suivantes :

- analyse du trouble avec utilisation d'échelles standardisées ;
- réévaluation clinique et thérapeutique ;
- bilan étiologique minimal ;
- mise en place immédiate d'aide(s) ;
- évaluation du stade d'épuisement de l'aidant ;
- évaluation de la dangerosité du trouble et hospitalisation si danger imminent.

Toutes ces étapes sont nécessaires et inhérentes à l'apparition ou la modification d'un SPCD chez un patient atteint de TNCM à domicile.

L'analyse du trouble est une notion fondamentale pour l'ensemble du groupe bien que l'utilisation d'échelles standardisées pour cela n'ait pas fait l'unanimité lors des échanges. En effet, la première utilisation d'une échelle requiert une lecture minutieuse des items, qui peut s'avérer très chronophage et ainsi mettre le médecin réalisant une visite à domicile chez un patient agité, en difficulté. Néanmoins, une fois cette première lecture réalisée, la répétition de cette échelle peut être utile pour assurer le suivi du trouble et caractériser son évolution. Il n'en reste pas moins, que pour certains professionnels, une analyse clinique et un interrogatoire minutieux des personnes intervenant à domicile, répétés à chaque visite, pourrait suffire à l'étude du trouble.

La réévaluation clinique et thérapeutique et le **bilan étiologique minimal** afin d'éliminer tout évènement déclencheur extérieur à la pathologie neurologique chronique sont indispensables afin de ne pas attribuer l'accentuation d'un trouble à un effet iatrogène ou à une atteinte somatique aiguë. En effet, les SPCD étant divers et pouvant se manifester durant toute l'évolution de la maladie, il n'est pas rare qu'ils ne soient pas directement pris en compte par le médecin ou par la famille. Les passages

à domicile répétés, les concertations entre les différents intervenants et si besoin, la mise en place d'un recueil manuscrit au domicile du patient favorisent l'identification précoce d'un nouveau symptôme. C'est ce que propose la HAS en l'englobant dans la notion de PPS (16).

Concernant **la mise en place d'aide immédiate**, cette proposition formulée spontanément par l'un de nos participants, bien qu'imprécise, fut comprise par l'ensemble du groupe comme la nécessité de solliciter une aide rapide auprès des professionnels du secteur (tels que des infirmières à domicile, kinésithérapeutes ou autres) en attendant le passage du réseau gérontologique qui pourrait aboutir à la mise en place d'aides plus ciblées et pérennes.

L'évaluation de l'épuisement de l'aidant par l'échelle Zarit (Annexe 4, p65) a fait l'objet d'un accord unanime du groupe. En effet, vérifier que l'aidant possède encore les ressources psychiques et physiques pour faire face à une nouvelle situation de dégradation reste la priorité du soignant intervenant à domicile. Ces situations d'épuisement sont pourvoyeuses de prise de décision hâtive sur un maintien à domicile difficile de la personne atteinte de TNC qui aboutirait à une institutionnalisation précoce ou non désirée. Il est fondamental que l'aidant bénéficie d'une ou plusieurs consultations médicales dédiées et si possible en dehors du domicile. Nombre d'entre eux « s'oublie » en ne prenant plus soin de leur santé pour faire passer les besoins de la personne malade en priorité.

Enfin, **l'évaluation de la dangerosité du trouble** se fait, d'après nos professionnels, de manière implicite lors du passage à domicile. En cas de dangerosité imminente, notre groupe fut unanime quant à la nécessité d'adresser le patient directement aux urgences en l'absence d'autre solution possible (telle qu'une hospitalisation ou institutionnalisation directe en secteur adapté).

Les propositions émises par nos participants, dans ce contexte de prise en charge « immédiate », sont conformes aux recommandations issues de la littérature, bien que la notion même de « **création d'un plan de soin personnalisé pour le patient** » n'ait pas été citée.

Ce point, présent dans les recommandations HAS de 2011, a fait grand débat chez nos participants médecins généralistes libéraux. D'après la HAS, la création de ce PPS

doit être réalisée par le médecin traitant, ce dernier doit définir des objectifs réalisables et atteignables pour le patient, avec l'appui d'une équipe pluri-professionnelle dont il sera l'interlocuteur principal. C'est à lui qu'incombe également la programmation de suivis itératifs de la situation ainsi que le soutien à l'aidant (16).

Malheureusement, au vu de la conjoncture actuelle, il paraît complexe pour les médecins généralistes libéraux de réussir en une seule consultation, qui plus est souvent sollicitée dans l'urgence, de réaliser un PPS cohérent puis de le maintenir à jour à chaque passage. Selon eux, cette recommandation fait partie davantage d'une prise en charge à moyen voire long terme et devrait être réalisée par des structures rompues à cette pratique, tels les réseaux gérontologiques qui en ont les ressources temporelles, matérielles et humaines.

5.3 Discussion des résultats du groupe nominal sur la prise en charge à moyen ou long terme des patients présentant un SPCD

Il est intéressant de constater que sur les 18 propositions présentées initialement, les cinq ayant obtenu la note la plus haute ne sont pas forcément celles citées par le plus grand nombre. Ce qui signifie que **chaque participant attribue une importance qui lui est propre** aux interventions possibles dans la prise en charge à domicile d'un patient atteint de TNCM présentant un SPCD.

5.3.1 Prévenir le réseau gérontologique de proximité

Cette proposition, citée par dix personnes sur 11, a obtenu 82 points et donc la 1^{ière} place du premier vote. Lors du second vote elle est également arrivée à la 1^{ière} place avec 62 points sur 70.

Pour la majeure partie de l'assemblée, il semble évident que la prise en charge d'un patient atteint de trouble neurocognitif majeur à domicile, nécessite l'intervention d'un nombre important d'acteurs dont la coordination doit émaner d'institutions qui en ont l'habitude tels que les réseaux gérontologiques de proximité.

Dans notre secteur géographique, il s'agit de la plateforme territoriale d'appui représentée par le réseau gérontologique du Lunévillois anciennement appelé

RESAULU et créé en 2005. Il est joignable par téléphone ou par courriel, bien qu'aujourd'hui, la plupart des praticiens exerçant dans le bassin lunévillois possède le numéro direct des intervenants afin de faciliter les échanges. Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par le réseau gérontologique, le patient doit résider dans un arrondissement du Lunévillois, ce dernier s'étalant sur un périmètre étendu, une carte est disponible sur leur site internet (30). Il doit vivre à son propre domicile, en foyer résidence ou en hébergement temporaire, ce qui exclut les patients résidant en EHPAD. Enfin, il doit présenter des critères de fragilité détaillés dans la grille SEGA-A (disponible en Annexe 8 (p70)). Grâce à cet outil, l'évaluation de la fragilité du patient peut être réalisée par un professionnel de santé mais aussi par un membre de la famille.

Le réseau est composé de 14 professionnels des soins primaires : un médecin, six infirmières, deux ergothérapeutes libéraux, une coordinatrice et une secrétaire. La prise en charge débute, de manière systématique, après la prise de contact par un membre de la famille ou un professionnel médico-social, par une visite à domicile. Elle est réalisée dans un délai de cinq à six jours mais en cas de demande urgente par le médecin traitant, elle peut être effectuée dans les 24 heures. Cette visite à domicile leur permet de réaliser un premier bilan de la situation pour ensuite coordonner au mieux les interventions des professionnels du soin et optimiser la mise en place des aides à domicile.

Lors de la discussion des résultats au sein de notre groupe nominal, les médecins généralistes libéraux ont signalé le manque de temps et de « relations » nécessaires pour pouvoir proposer une prise en charge adaptée du patient à domicile sans passer par ce type de structure. Nous supposons que c'est principalement pour cette raison que cet item est arrivé en première position lors des deux votes. **Ceci démontre l'importance des réseaux gérontologiques dans une offre de soins de territoire, de part leur force de proposition, de coordination et d'optimisation des aides à mettre en place au domicile.**

A contrario, la limite de cette proposition est la présence et la disponibilité très souvent restreintes de ce type d'institution dans des régions isolées.

5.3.2 Mise en place de thérapeutiques non médicamenteuses

Cet item est passé de la 5^{ème} place lors du premier vote à la 2^{ème} place lors du second vote. Il a été cité par neuf personnes sur 11.

Comme évoqué précédemment, pour nos participants, la notion de TNM englobe un ensemble conséquent d'interventions. Lors du GN, certaines propositions comme la balnéothérapie ont été intégrées dans l'item « **Mise en place de TNM** » mais d'autres ont été laissées comme propositions indépendantes, c'est le cas de « **Activité physique adaptée pour le patient** » (qui est arrivée en dernière place avec une seule citation).

Pour nos intervenants, ce dernier item faisait davantage référence à l'activité physique adaptée (APA) proposée par la HAS. Cette dernière définit néanmoins l'APA comme une thérapeutique non médicamenteuse dont l'efficacité est validée dans de nombreuses pathologies chroniques. L'APA est prescrite par le médecin traitant pour des patients relevant d'une ALD, elle est réalisée par des kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou coach sportifs agréés (31). Cette interprétation, faite par les participants du GN par rapport à celle décrite par la HAS, souligne la complexité de regroupement des idées dans une même catégorie, sujet que nous avons précédemment abordé dans notre paragraphe « limite du groupe nominal »

Pour ce qui est des TNM, leur mise en place serait, d'après les recommandations HAS et internationales, la première action à réaliser auprès des patients. Cependant, de nombreuses réserves ont été émises par nos intervenants : le premier frein est la difficulté d'accès aux TNM en pratique courante. En effet, la disponibilité d'un personnel formé à ce type de thérapeutique, la logistique de mise en place que les TNM requiert, leur maintien dans la durée ainsi que leur coût réduisent grandement le nombre de patients en mesure d'en bénéficier. Le second frein évoqué est l'accord et la motivation du patient à réaliser ces activités. En réalité, les patients atteints de SPCD présentent fréquemment des symptômes dits « de retrait » tel qu'un syndrome dépressif ou une apathie ce qui ne facilite pas leur adhésion aux TNM.

Au final, nous avons constaté tout au long de notre travail que l'écart le plus important entre notre revue de littérature et notre groupe nominal se situe dans l'absence de propositions pratiques (opérationnelles) de mise en œuvre de ces recommandations.

En effet, l'approche théorique est décrite au sein de multiples articles et recommandations qu'ils soient internationaux ou français. En revanche, et les médecins de terrain l'ont eux aussi souligné, l'approche pratique est laissée à l'interprétation de chacun en fonction des opportunités que le médecin traitant est en mesure de mobiliser sur son territoire.

5.3.3 Mise en place d'une aide-ménagère

Cette proposition est arrivée à la 2^{ème} place lors du premier vote avec seulement huit citations sur 11 mais un total de 52 points sur 99, ce qui représente une note moyenne de 7.25/9, les participants l'ayant citée lui attribuent donc une grande importance. Lors du second vote, elle est arrivée à la 3^{ème} place.

L'intervention d'une aide-ménagère, ayant pour objectif de soulager l'aidant en participant à l'intendance du domicile, a été proposée par certains membres du GN dans le cadre de la prise en charge à court terme. Il semblait primordial pour nos professionnels d'intervenir le plus rapidement possible auprès de l'aidant, afin d'éviter une décompensation psychique et/ou physique aiguë pouvant mener à une institutionnalisation précipitée du patient.

Dans l'introduction des RBP de la HAS de mai 2009, il est stipulé que **l'épuisement de l'aidant est un facteur non négligeable d'impossibilité de maintien à domicile pour les sujets atteints de TNCM**. En effet l'aidant est la personne qui tient le rôle le plus important dans la prise en charge du patient car c'est sur lui que reposent majoritairement la surveillance et l'alerte du médecin pour tout changement de comportement ou évènement intercurrent. C'est également lui qui va constater la présence ou l'absence d'effets (sur les SPCD du patient) des aides introduites et de l'adaptation du logement (6).

Il paraît donc licite, bien que souvent considéré comme futile par l'aidant, qu'il bénéficie de ce soutien logistique afin qu'il puisse consacrer plus de temps à son parent malade.

La mise en place d'une aide-ménagère est cependant conditionnée à la connaissance des organismes de gestion de ce service, à leur disponibilité et au coût financier qui en résulte.

Cet item fait écho à d'autres cités lors du premier tour tels que « **Faire appel à un/une psychologue** » qui fait référence à la prise en charge psychologique du patient mais que nous pouvons extrapoler à l'aidant (arrivée en 11^{ème} place) et « **Proposer des groupes de parole** » donnant la possibilité aux aidants de participer à ces rencontres (8^{ème} place). Il est aussi important de pouvoir établir une liste des différentes personnes, au sein du cadre familial ou amical, capable de prendre le relais en cas de déplacement de l'aidant. Cette proposition a été exprimée sous l'appellation « **Recherche d'autres personnes ressources** » arrivée en 15^{ème} place lors du premier vote.

5.3.4 Recherche de possibilités d'accueil temporaire pour répit de l'aidant

Cette proposition complète la précédente sur la notion de soutien de l'aidant. Nous pouvons aisément concevoir qu'une aide ponctuelle pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) est nécessaire mais devra être consolidée à long terme par d'autres interventions afin que l'aidant puisse bénéficier d'un répit plus conséquent.

C'est probablement pour cette raison que cet item a fait l'unanimité avec 11 citations sur 11 lors du premier tour. Il est classé en 3^{ème} place et sa note moyenne est de 5.18/9, signifiant que l'ensemble des participants considèrent que cet item doit systématiquement être inclus dans la prise en charge à domicile des patients atteints de TNCM.

La mise en place d'une aide-ménagère et la réévaluation fréquente de l'épuisement de l'aidant sont des leviers nécessaires mais non suffisants, ils doivent impérativement être associés à des solutions pérennes.

Il existe **des solutions de répit** accessibles dans cette situation, à savoir un accueil de jour ou de nuit (EHPAD, SSR), un hébergement temporaire en EHPAD ou en famille d'accueil, voire la mise en place d'un relais à domicile. Néanmoins, ce sont des solutions onéreuses et dont la disponibilité n'est pas toujours assurée sur un territoire.

Dans ce cas, l'anticipation est primordiale. **Se rapprocher de ce type de structure dès la découverte de la maladie et y déposer un dossier permettra, en cas de**

situation complexe au domicile, une prise en charge rapide afin d'éviter un épuisement complet et irréversible de l'aidant.

La HAS a rédigé une note de cadrage en juillet 2022 intitulée « Répit de l'aidant », nous y retrouvons un état des lieux des pratiques et de l'organisation de l'accompagnement de l'aidant auxquelles le médecin généraliste peut se référer (32).

Nous aurions pu associer cet item à celui intitulé « **Remplir de manière anticipée un dossier d'EHPAD** » arrivé en 7^{ème} place lors du premier vote, mais les échanges au sein de notre groupe ont fait ressortir que la décision d'élaboration d'un dossier EHPAD pour le patient est davantage prise pour éviter d'avoir à constituer dans l'urgence un dossier laborieux nécessitant un certificat médical récent et de multiples éléments administratifs. De plus, l'établissement d'un tel dossier a très souvent une connotation péjorative pour les aidants qui éprouvent un sentiment de culpabilité et requiert une préparation psychique afin de ne pas créer de conflit au sein d'une famille. Le coût de ces hébergements, souvent conséquent, entraînant un reste à charge parfois important pour les familles, justifie le recours à des aides de l'Etat, telle que la mise en place, dès que possible, de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Dans ce cas, l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) pour l'évaluation et l'orientation des familles s'avère bien souvent indispensable.

L'assistant(e) social(e) pourra aussi les aiguiller, en fonction de l'état de santé du patient, sur le bien-fondé d'une « **Mise en place de mesures de protection** » (item cité trois fois et se positionnant en 14^{ème} position suite au 1^{er} vote) afin de faciliter les procédures.

Il a tout de même été souligné l'importance de bien dissocier auprès des proches du patient le concept de répit temporaire de celui d'hébergement à long terme.

5.3.5 Faire appel à des aides à domicile

Cette proposition n'a été citée que cinq fois sur 11 votants et pourtant sa note moyenne était de 7.2/9. Cela signifie que les participants l'ayant évoquée lui ont attribué un grand nombre de points pour souligner son importance.

Bien que la dichotomie ait été faite, durant la discussion des propositions lors du groupe nominal, entre les aides ayant pour but de soulager l'aidant et les interventions

à domicile participant à la prise en charge du patient, cette proposition « **Faire appel à des aides à domicile** » fut difficile à appréhender pour nos intervenants.

En effet les aides à domicile regroupent de nombreuses prestations (passage infirmier pour administration des traitements ou mise en place d'un pilulier, d'aide-soignant(e) pour la toilette, portage des repas, mise en place d'une téléassistance, etc.) avec des coûts et des taux de remboursement divers.

Ces aides sont à adapter au patient, à la sévérité de ses troubles, à la présence d'un aidant capable de l'assister quotidiennement ou non, à la présence d'autres personnes ressources.

Cette proposition est conforme aux recommandations comme présenté dans le tableau récapitulatif de prise en charge de la HAS cité précédemment (Annexe 5)(9).

La limite de cette proposition était, pour nos participants, le manque de précision relatif à cette appellation. En effet, ce concept étant vaste, nous pourrions faire un parallèle avec l'item « **Adaptation du logement** » (arrivé en 9^{ème} position) car l'intervention d'un(e) ergothérapeute par exemple, considéré(e) comme « aide à domicile », est ponctuelle mais permettrait de sécuriser le domicile.

Nous avons constaté lors de notre travail que la sécurisation du domicile du patient n'était plus citée dans les dernières recommandations HAS de 2018 alors qu'elle l'était dans le plan Alzheimer 2008-2012 qui comprenait un axe s'intéressant à « l'amélioration du soutien à domicile grâce aux nouvelles technologies » (33). L'axe des recommandations de 2018 basé sur l'aménagement spatial et temporel se comprend davantage comme étant à visée apaisante pour un patient atteint de SPCD que d'un point de vue sécuritaire. Néanmoins le sujet âgé, et d'autant plus lorsqu'il est atteint de TNCM, constitue un groupe à haut risque face aux accidents domestiques qui représentent au total plus de 20 000 décès par an. En connaissance de cause, il nous paraît licite de réaliser une intervention par un(e) ergothérapeute ou au minimum de prendre en considération les conseils des intervenants à domicile, afin d'optimiser l'environnement du patient d'une part mais aussi en vue de la mise en place de certaines technologies si besoin.

Le terme « gérontotechnologies », qui décrit des systèmes techniques évolués ayant pour but d'aider la personne âgée ou son aidant à réaliser certaines activités normales de la vie quotidienne, représente en réalité l'ensemble des techniques que l'on peut mettre en place à domicile afin de sécuriser au maximum l'environnement d'un patient.

En 2012, parait une revue de la littérature concernant l'utilisation des gérontotechnologies dans le cadre des TNC. Réalisée par une équipe toulousaine, elle s'intitule : « Etat des lieux des gérontotechnologies susceptibles de permettre le maintien à domicile des patients porteurs de déficit cognitif léger et de maladie d'Alzheimer au stade léger ». Au sein de cette revue, différentes techniques ont été détaillées et analysées pour étudier leurs intérêts et leurs limites. Sont ainsi abordés : la téléconsultation, la présence simulée, la domotique, les piluliers électroniques, les aides auditives, la téléassistance, la télésurveillance, les détecteurs de chute et la géolocalisation. (34)

L'équipe toulousaine conclut qu'à l'heure actuelle, bien qu'elles restent sous-utilisées et qu'elles présentent des niveaux d'efficacité différents, leur importance dans la société et dans le domaine médical ira très probablement crescendo.

Pour prendre comme exemple l'installation d'un bracelet détecteur de chute, bien que la prévalence des troubles de l'équilibre dans la population des patients atteints de TNC soit de l'ordre de 9 à 50% (en fonction des sources), leur utilisation reste limitée. En effet, le nombre important de prestataires, la logistique d'installation et le coût de cette technologie, peuvent dissuader les familles des patients. C'est dans ce type de situation que l'intervention d'un professionnel ergothérapeute prend tout son sens.

Peuvent également être compris dans le terme « Aide à domicile » l'intervention d'autres professionnels comme **les psychologues** pour l'aidant ainsi que pour le patient avec la mise en place des séances de rééducation cognitive comme vu dans notre revue (21). Mais aussi **les diététicien(ne)s** afin d'améliorer l'état de santé globale du patient. (La proposition « Faire appel à un diététicien(ne) » est arrivée en 16^{ème} position).

5.3.6 Formation des équipes soignantes devant intervenir et prendre en charge un sujet âgé atteint de TNC

Cette proposition, issue des recommandations françaises et internationales, a fait débat. Elle n'avait pas été citée lors de l'étape de brainstorming mais nous avons décidé de l'ajouter après l'exposition des recommandations.

Les participants étaient surpris de cette proposition partant du postulat selon lequel lorsqu'ils font appel à des services de professionnels intervenant à domicile, ceux-ci ont acquis par la formation toutes les compétences nécessaires pour gérer les différentes situations auxquelles ils peuvent être confrontés.

Néanmoins, d'après l'article rédigé par Dr Azermai intitulé « *Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview* » et publié en 2015, plusieurs études ont porté sur la **formation des équipes soignantes – *person-centred care training*** – et suggèrent des effets positifs comme la réduction de l'utilisation des antipsychotiques ou l'amélioration des symptômes d'agitation (27).

En France, la HAS, certaines agences nationales mais aussi des services au sein d'hôpitaux font paraître des fiches pratiques afin de pérenniser la formation de leur personnel (6,25,26).

Toutes ces publications suggèrent que la formation des équipes soignantes intervenant à domicile n'est pas acquise définitivement et doit être renouvelée fréquemment afin de maintenir les compétences permettant de faire face à des situations variées.

Les limites de cette proposition sont la disponibilité de ces formations au sein des structures telles que le SSIAD, ADMR, qui sont déjà en sous effectif et qui subissent des pénuries de personnel.

5.3.7 Faire appel à une équipe spécialisée Alzheimer (ESA)

Bien que peu développée au sein des recommandations HAS de 2018 dont la citation se limite au tableau récapitulatif intitulé « Prise en charge globale personnalisée et graduée selon la sévérité de la maladie » (Annexe 5, p66)(9), cette proposition est arrivée à la 4^{ème} place du premier vote avec neuf citations sur 11 obtenant ainsi une note de 49 /99.

L'équipe spécialisée Alzheimer représente un ensemble de professionnels de santé ayant pour but la prise en charge, sur prescription médicale, des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Cette prescription, pouvant émaner du médecin traitant, du médecin du réseau gériatrique ou d'un médecin de la consultation mémoire, comporte 12 séances de réhabilitation et d'accompagnement à domicile prises en charge à 100% par la sécurité sociale.

Dans le Lunévillois, l'ESA est composée d'ergothérapeutes et d'assistants de soins gériatriques (ASG) (35).

La prise en charge débute par une visite à domicile des ergothérapeutes afin d'évaluer les besoins du patient et fixer des objectifs réalisables. S'ensuivent des visites à domicile hebdomadaires par les ASG dont le but est de stimuler et d'entretenir les capacités cognitives restantes du patient. Au terme de ces 12 séances, l'ergothérapeute effectue une visite de fin de prise en charge afin de réaliser un bilan des capacités du patient et de pouvoir en adresser un compte rendu au médecin traitant.

Les objectifs recommandés par l'ergothérapeute dépendent de la situation du patient mais convergent toujours vers des aspirations communes que sont : **le maintien des capacités cognitives du patient, de son autonomie, de son indépendance, l'aménagement de son domicile, l'amélioration de la relation aidant-patient et le recul d'une potentielle entrée en institution.**

Les limites de cette proposition résident bien sûr dans la disponibilité des équipes ainsi que la coopération du patient et de l'aidant.

Nous pouvons faire le parallèle avec l'item « **Réévaluation mnésique fréquente** » (arrivé en 13^{ème} position lors du premier vote). Bien qu'en principe ce soit au médecin traitant qu'incombe la réévaluation régulière du patient sur le plan clinique et thérapeutique afin de vérifier l'absence d'évènement intercurrent et la stabilité des TNC de son patient, cette surveillance peut être assurée, afin de décharger le médecin généraliste, par d'autres professionnels, tels que ceux intervenant au sein d'équipes telles que l'ESA ou le réseau gériatrique. Habités à prendre en charge les patients atteints de TNCM, ils sont tout-à-fait en mesure, lors de leur passage, de procéder à ces réévaluations.

5.3.8 Autres propositions citées lors du groupe nominal

Les items « **Associations pour tenir compagnie aux patients** » (10^{ème} place) et « **Groupes de paroles pour le patient** » (17^{ème} place), auraient pu être regroupés comme « Soutien du patient ». Il paraît important, et ce tant que l'état de santé du patient le permet et que le patient y reste accessible, qu'il bénéficie d'un soutien psychologique non médical. En effet, la présence de personnels non médicaux peut parfois permettre au patient de « s'échapper » de son quotidien de personne malade.

Enfin « **L'éducation à la maladie du patient et de son entourage** » est une étape importante dans la prise en charge du patient étant donnée l'angoisse qui peut être générée devant l'inconnu que représente la maladie. Dans ce cas, le médecin traitant peut intervenir en tant qu'interlocuteur principal de la famille, mais c'est surtout l'ESA et le réseau gérontologique qui tiennent un rôle primordial dans l'information et l'éducation répétées du patient et de son aidant.

6 CONCLUSION

La prise en charge de l'agitation chronique à domicile du sujet âgé atteint de trouble neurocognitif majeur est un sujet d'actualité au regard du vieillissement effectif de la population et du désir de chacun de différer au plus tard possible la nécessité d'une institutionnalisation. Les médecins traitants français y sont de plus en plus souvent confrontés, or cette prise en charge peut s'avérer complexe et chronophage. En effet, des réévaluations cliniques régulières sont nécessaires devant le risque d'apparition d'un nouveau trouble ou celui de décompensation d'autres pathologies. Se pose alors le problème de la disponibilité du médecin généraliste pour la mise en place et le suivi de cette prise en charge dans les meilleures conditions possibles.

Etant donné les précautions à prendre avant d'instaurer un traitement par antipsychotique chez un patient déjà polymédiqué, nombreux sont les médecins traitants à essayer d'initier des thérapeutiques non médicamenteuses.

Notre travail de revue de la littérature a eu pour objectif de reprendre les différentes recommandations émises par la HAS à ce sujet au fil des années et d'y ajouter certaines publications de la littérature française et internationale. Les références, déjà nombreuses à ce sujet, se sont multipliées depuis les mises en garde concernant la sur-utilisation d'antipsychotiques réalisées par la FDA en 2005 et 2008.

En synthétisant ces documents, nous avons réussi à dégager une trame de conduite à tenir en proposant une prise en charge à court terme puis à moyen ou long terme et enfin, en dernier recours, l'institutionnalisation.

La confrontation de cette synthèse, lors d'un groupe nominal composé de professionnels de santé du bassin lunévillois, à leur pratique en cabinet nous a permis de constater que la plupart des thérapeutiques non médicamenteuses sont connues de nos participants et leur instauration bien hiérarchisée dans leur utilisation.

Il est à souligner que nos participants, installés dans ce bassin depuis plusieurs années, connaissent les différentes structures à solliciter autour de leur lieu d'exercice.

Notre travail de synthèse a permis de relever qu'il existe un écart entre les connaissances théoriques et descriptions d'une prise en charge non médicamenteuse « idéale » des SPCD à domicile et les possibilités de leur mise en œuvre

opérationnelle sur le terrain. Nous avons donc tenté de souligner au fil de ce travail les nombreux freins à la mise en œuvre des TNM.

Le manque de ressources humaines est cité en premier lieu. Nous pouvons constater que les métiers relatifs à la santé sont de moins en moins attractifs. Pour un jeune professionnel, l'installation libérale séduit moins face aux opportunités du salariat ou à la faible attractivité des déserts médicaux.

La difficulté logistique de mise en place des TNM arrive ensuite. En effet, les territoires d'activité des réseaux gérontologiques étant très étendus, l'accessibilité aux locaux (pour la balnéothérapie par exemple) peut s'avérer compliquée, et pour la même raison, un professionnel (comme un kinésithérapeute) doit forcément être véhiculé afin de transporter son matériel au domicile du patient.

Enfin, les troubles neurocognitifs sont, eux-mêmes, un frein à la mise en place de thérapies non médicamenteuses. Un patient polypathologique souffrant de SPCD peut, au début de sa prise en charge, être en accord avec les thérapies mais le temps que la prise en charge se mette en place, la pathologie peut évoluer ou son investissement peut diminuer.

Nous souhaitons pour finir préciser que lors de nos échanges au sein de notre groupe nominal, il a été souligné avec vigueur que le choix des TNM à mettre en place pour un patient donné est intimement lié au profil du médecin traitant (connaissances, expériences, habitudes d'exercice, sensibilité, histoire de vie, ...) et au territoire dans lequel il exerce.

7 BIBLIOGRAPHIE

- (1) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Vieillesse et Santé [en ligne]. Octobre 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>. [consulté le 25 août 2022]
- (2) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux [en ligne]. Octobre 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797383/fr/avis-n2017-0082/ac/sa3p-du-4-octobre-2017-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-aux-supports-d-accompagnement-des-patients-ages-polymediques-par-les-pharmaciens-d-officine-le-bilan-de-medication-convention-entre-l-uncam-et-les-syndicats-d-officinaux [consulté le 24 mars 2023]
- (3) Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015
- (4) Créange, A., Defebvre, L., Zuber, M., Alamowitch, S., Anheim, M., Azulay, P., et al. Collège des Enseignants de Neurologie. 4ème édition. Elsevier Masson. 2016. 561 p.
- (5) Belmin, J., Annweiler, C., Blain, H., Bonnin-Guillaume, S., Chassagne, P., Constans, T., et al. Collège national des Enseignants de Gériatrie. 3ème édition. Elsevier Masson. 2014. 251 p.
- (6) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de Bonne Pratique. [en ligne]. Mai 2009. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf [consulté le 21 avril 2022]
- (7) Debret J. La revue de littérature scientifique : méthode, organisation et exemples [en ligne]. Scribbr. 2020. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/article-scientifique/revue-de-litterature-scientifique/> [consulté le 26 déc 2022].

- (8) UNIVERSITE DE LORRAINE. Ressources en ligne. Bibliothèques de l'UL [en ligne]. Disponible sur: <https://bu.univ-lorraine.fr/ressources-en-ligne>. [consulté le 26 déc 2022].
- (9) HAUTE AUTORISE DE SANTE. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Les Parcours de soins. [en ligne] Mai 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf [consulté le 21 avril 2022]
- (10) Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health; 1972.
- (11) SANTE PUBLIQUE FRANCE. Maladie d'Alzheimer et autres démences. [en ligne]. 9 décembre 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences> [consulté le 21 mars 2023]
- (12) De Moleon,A.,Soto,M. Prise en charge d'une agitation à domicile. Correspondances en Médecine Cognition & Vieillessement. 2018. Vol. I. n° 1.
- (13) M. Benoit, C. Arbus, F. Blanchard, V. Camus, V. Cerase, J-P. Clément,et al. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. La Revue du Gériatre. nov 2006;Tome 31.n°9. p689.
- (14) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation [en ligne]. Juillet 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_819557/fr/confusion-aigue-chez-la-personne-agee-prise-en-charge-initiale-de-l-agitation. [consulté 15 mars 2022].
- (15) Billefont,M., Allo,JC., Tissier,A., et l'Equipe d'Intervention Gériatrique du SAU Cochin. Agitation aigüe de la personne âgée présentant des troubles cognitifs (PATC). Médecine d'urgence - Urgences médicales [en ligne]. 2011 Disponible sur: <https://urgences-serveur.fr/agitation-aigue-de-la-personne.1763.html>. [consulté le 11 janv 2022].

- (16) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations de Bonne Pratique. [en ligne]. Décembre 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf [consulté le 11 janvier 2022]
- (17) US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. [en ligne]. 2005. Disponible sur : <https://psychrights.org/drugs/FDAantipsychotics4elderlywarning.htm>. [consulté le 23 juillet 2022]
- (18) US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Antipsychotics are not indicated for the treatment of dementia-related psychosis [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm124830.htm> [consulté le 23 juillet 2022]
- (19) Reese TR, Thiel DJ, Cocker KE. Behavioral Disorders in Dementia: Appropriate Nondrug Interventions and Antipsychotic Use. *Am Fam Physician*. 2016;94(4):276-82.
- (20) Thuot,E.,Shamlian,N. Agitation dans la démence .. pas de panique !.Le Medecin du Quebec, septembre 2009, volume 4,n°9,p75
- (21) Woods B, Aguirre E, Spector AE, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Review*. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2012.
- (22) Abraha I, Rimland JM, Lozano-Montoya I, Dell'Aquila G, Vélez-Díaz-Pallarés M, Trotta FM, et al. Simulated presence therapy for dementia.[en ligne].Cochrane Library. Novembre 2020. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD011882/DEMENTIA_simulated-presence-therapy-dementia]. [consulté le 16 déc 2022].
- (23) Oliveira AM de, Radanovic M, Mello PCH de, Buchain PC, Vizzotto ADB, Celestino DL, et al. Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review.[en ligne]. *BioMed Res Int*. 29 nov 2015, Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26693477> [consulté le 16 decembre 2022]
- (24) Scales,K., Zimmerman,S., Miller,S., Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, [en ligne]

The Gerontologist . Janvier 2018. Disponible sur: https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/suppl_1/S88/4816740 [consulté le 16 decembre 2022]

- (25) Dupre-Leveque, D., Sow,A., Trepied,V., Ayata,A., Neviere,S., Adaptation de l'accompagnement par les services d'aide et de soins à domicile des atteintes de maladie neuro-dégénérative vivant à domicile[en ligne] Lettre de cadrage,2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/accompagnement_personnes_maladie_neuro-degeneratives_lc.pdf. [consulté le 12 déc 2022].
- (26) Couturier,P., Garnier,V., Corte Franco,G.,Prise en charge de la personne âgée agitée a domicile ou en unité de psychogériatrie. Service universitaire de gériatrie et gérontologie clinique, CHU GRENOBLE-ALPES. 26 mars 2020
- (27) Azermai M. Dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia: a general overview. Psychol Res Behav Manag. 2015 Jul 3;8:181-5.
- (28) OMEDIT Haute Normandie. Proposition d'un protocole de prise en charge des troubles psychocomportementaux du sujet âgé. 2014.
- (29) CHU de Rennes. Agitation des Personnes Agées Démentes : privilégier les approches non médicamenteuses. Bulletin CRIM; 2008.
- (30) Réseaux gérontologiques du sud Lorraine - Lunévillois [Internet]. Disponible sur: <http://www.geronto-sud-lorraine.com/reseau-lunevillois/fonctionnement>[consulté le 1 février 2023]/
- (31) HAUTE AUTORITE DE SANTE : La prescription d'activité physique adaptée (APA), Recommandations de Bonne Pratique, [en ligne]. Juillet 2022, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf [consulté le 1er février 2023]
- (32) HAUTE AUTORITE DE SANTE : "Répit de l'aidant", Recommandations de Bonne Pratique, [en ligne] Juillet 2022, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351732/fr/repit-des-aidants-note-de-cadrage [consulté le 5 mai 2023]

- (33) REPUBLIQUE FRANÇAISE. Plan national Alzheimer 2008-2012. Le comité de suivi du plan [en ligne]. 2008. Disponible à partir de : URL : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/le-comite-de-suivi-.html>[consulté le 1^{er} février 2023]
- (34) Bismuth S et al. Etat des lieux des géronto-technologies susceptibles de permettre le maintien à domicile des patients porteurs de déficit cognitif léger et de maladie d'Alzheimer au stade léger. Cah Année Gérontol, 2012 ; 4 : 310-319.
- (35) .EQUIPE SPECIALISEE ALZHEIMER DU LUNEVILLOIS | ADMR de Meurthe-et-Moselle [en ligne]. Disponible sur: <https://www.admr54.fr/equipe-specialisee-alzheimer-du-lunevillois>. [consulté le 2 février 2023]

8 ANNEXES

Annexe 1 . Echelle NPI : Inventaire de neuropsychiatrie

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI

Nom:	Age:	Date de l'évaluation				
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

NA = question inadaptée (non applicable)

F x G = Fréquence x Gravité

Annexe 1 bis : extrait de l'échelle NPI relatif à l'item agressivité et agitation (3/12)

C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

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

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

Commentaires:

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

FREQUENCE

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

GRAVITE

Léger : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.	1
Moyen : ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.	2
Important : l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.	3

RETENTISSEMENT

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

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

Annexe 2 : Echelle CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory

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

Date :

Nom et prénom du patient :

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

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

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

Non évaluable : 0

Jamais : 1

Moins d'une fois par semaine : 2

Une ou deux fois par semaine : 3

Quelquefois au cours de la semaine : 4

Une ou deux fois par jour : 5

Plusieurs fois par jour : 6

Plusieurs fois par heure : 7

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

© P.J OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr

Référence : Micas M, Ousset PJ, Vellas B. Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale. 1997 : 151-157.

Annexe 3. RBP de la HAS 2009, sur le comportement à adopter en cas de prise en charge d'un patient présentant des SPCD

Annexe 6. Fiches de savoir-être et de savoir-faire pour éviter les troubles du comportement dans les moments forts de la journée (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction générale de la santé)

REVEIL/PETIT DEJEUNER

- Se présenter.
- Souhaiter une bonne journée.
- Respecter le rythme du patient autant que possible.
- Éviter d'être brutal et de parler fort.
- Ne pas générer une ambiance « d'urgence ».

TOILETTE

- Prévenir le patient que le moment de la toilette va arriver.
- Choisir le type de toilette adapté au résident.
- Lui demander son accord.
- Privilégier l'autonomie du patient.
- Éviter d'être intrusif.
- Assurer l'intimité de la personne (porte fermée...).
- Essayer de décaler les soins autant que possible en cas de refus.
- Être doux dans ses gestes et sa voix.
- Expliquer au résident ce qui va être fait au fur et à mesure.
- Négocier les soins.
- Discuter avec le résident pendant la toilette.

REPAS

- Respecter le choix du patient de manger en groupe, seul ou dans sa chambre (quand cela est possible).
- Vérifier la température de la nourriture.
- Privilégier l'autonomie ou l'entraide entre les résidents en proposant un accompagnement en cas de besoin.
- Créer une ambiance calme.
- Éviter la brutalité dans les gestes.
- Donner des responsabilités au résident selon ses capacités (valorisation).
- Respecter le rythme du résident dans sa prise du repas.
- Connaître les goûts et dégoûts.
- S'asseoir à la même hauteur que le résident pour le faire manger.
- Nommer les plats.

- Ne présenter qu'un plat à la fois.
- Enchaîner les plats.
- Adapter la texture des aliments aux capacités du résident.
- Adapter les ustensiles et couverts aux capacités des résidents.

VISITE

- Proposer un lieu calme pour les visites.
- Privilégier la communication entre soignants et familles.
- Donner des conseils aux visiteurs.
- Informer les visiteurs de l'importance de leur venue et des possibles conséquences.
- Annoncer la venue de quelqu'un au résident (si possible).
- Prendre le relais auprès du patient pendant quelques minutes après le départ du visiteur.

Éviter les visites pendant les repas ou les moments intimes du résident.

COUCHER

- Générer une ambiance calme et rassurante avant le coucher.
- Favoriser les discussions pendant la mise au lit.
- Respecter l'heure d'endormissement de la personne.
- Adapter la qualité de la protection de manière à réduire le nombre de changes la nuit.
- Respecter l'heure de la prise du traitement.
- Ne pas réveiller systématiquement.

NUIT

- Réduire le niveau sonore (appel sonore, nettoyage...).
- Orienter dans le temps.
- Rassurer, calmer par une voix douce.
- Utiliser le contact, le toucher.
- Veiller au calme des lieux.
- N'utiliser que les veilleuses lors des changes.

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009

76

Annexe 7. Fiches « À FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO) (initiative de la Direction générale de la santé)

DANS TOUS LES CAS : vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale. Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire. **L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.**

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

À FAIRE

Être doux et adapter son comportement.
Essayer de décaler les soins autant que possible.
Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

À NE PAS FAIRE

Infantiliser.
Faire la morale au résident.
Parler de façon autoritaire.
Réprimander.
Forcer le résident.
Utiliser des moyens de contention.

COMPORTEMENT MOTEUR

ABERRANT

À FAIRE

Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
Assurer une présence régulière auprès du résident.
Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.

À NE PAS FAIRE

Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...).- Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
- Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

AGITATION

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Établir des routines quotidiennes.
Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
Limiter le nombre et la durée des visites.
Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
Isoler le patient.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).- Solliciter de façon incessante.
Utiliser des moyens de contention.

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mai 2009

77

AGRESSIVITÉ

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Proposer une collation ou une boisson.
Enlever les objets dangereux.
Assurer un périmètre de sécurité.
Demander de l'aide si besoin.
Isoler le patient.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
Se sentir blessé des propos tenus.
Montrer sa peur.
Infantiliser.
Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
Tenter de raisonner le résident.
Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
Punir.
Utiliser des moyens de contention.

DÉLIRES, HALLUCINATIONS

À FAIRE

Indiquer au résident que nous n'entendons/voions pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
Avoir des propos rassurants.
Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
Assurer une présence régulière.
Appeler le médecin.

À NE PAS FAIRE

Paniquer.
Tenter de raisonner le résident.
Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
Nier le délire.
Entretenir une conversation sur le délire.
Créer des situations complexes ambiguës.
Utiliser des moyens de contention.

CRIS

À FAIRE

Parler.
Capoter le regard.
Tenir la main.
Créer une ambiance apaisante, de détente.
Proposer une collation ou une boisson.

À NE PAS FAIRE

Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
Générer une ambiance anxieuse (bruit, lumière...).
Minimiser la douleur.
Utiliser des moyens de contention.

Annexe 4 : Echelle de Zarit : Evaluation de la souffrance de l'aidant

Echelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue de Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001

Annexe 5 : RBP de la HAS 2018, Tableau : « Prise en charge globale personnalisée et graduée selon la sévérité de la maladie »

Tableau 3 : Prise en charge globale personnalisée et graduée selon la sévérité de la maladie

	TNC léger	TNC majeur ¹ stade léger ²	TNC majeur ¹ stade modéré ²	TNC majeur ¹ stade modérément sévère ²	TNC majeur ¹ stade sévère ²
Repères cliniques et score MMSE® à titre indicatif	Oublis, anxiété, affects dépressifs, autonomie	Trouble cognitif, perte d'autonomie limitée aux activités complexes et une anxiété majorée MMSE® = 21-25	Perte d'autonomie touchant les activités complexes et élémentaires MMSE® = 16-20	Début de la dépendance et début des troubles du comportement MMSE® = 10- 15	Dépendance majeure et troubles du comportement MMSE® = 3-10
Stratégie médicale		Maintenir un niveau d'autonomie et de bien-être	Cf. stade léger	Maintenir un niveau d'autonomie et de bien-être, une activité motrice et sensorielle	Éviter le repli psychique et sensoriel Prise en charge de la grande dépendance
Objectifs thérapeutiques patient	Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, relaxation Activité physique et vie sociale	Stimuler... , Programmes de stimulation de l'activité cognitive, physique et sociale personnalisés, répondant au souhait du patient Maintenir ses capacités de communication Traiter la souffrance psychique	Stimuler..., Rassurer, orienter et aider sans assistance Prendre en charge la souffrance psychique Prévenir la perte d'autonomie	Stimuler... Rassurer, orienter assister, et ritualiser Traiter la souffrance psychique Prendre en charge la dépendance	Stimulation adaptée : basale, sensorielle Éviter les sur-stimulations Prendre en charge la grande dépendance
Objectifs thérapeutiques aidant	Explication des changements Adhésion au programme de prévention	Former et soutenir l'aidant Prévenir et traiter la souffrance psychique ; Prévenir le risque d'épuisement -Inciter et organiser le répit	Cf. stade léger	Cf. stade léger Accompagner l'entourage pour maintenir une communication la plus riche possible	Cf. stade léger
Environnement		Organiser la vie quotidienne, Aide à domicile Conduite à risque (automobile, etc.) Mesures de protection à venir	Cf. stade léger	Réfléchir aux limites du maintien à domicile , à l'indication d'entrée en institution ou à une présence majorée des soignants à domicile, jusqu'à 24h/24h	Environnement adapté et sécurisé Supervision et soutien des soignants à domicile et en institution
Démarche et techniques de soins / (ou ?)	Information sur les risques à venir Déstigmatisation Ateliers cognitifs appuyés sur les compétences préservées Soutien psychologique	Formation des aidants non professionnels Prise en charge de la souffrance psychique Éducation thérapeutique (accueil de jour, hôpital de jour, consultation de jour) Éducation thérapeutique	Formation des aidants non professionnels Prise en charge de la souffrance psychique, Éducation thérapeutique : techniques de récupération espacée et de communication adaptées Supervision et soutien des soignants à domicile et en institution (accueil, hôpital de jour, consultation de jour)	Cf. Stade modéré	Techniques comportementales adaptées aux problèmes rencontrés Supervision et soutien des soignants à domicile et en institution (SSIAD EHPAD, etc.)
Ressources et compétences/ (qui ?) Information auprès des CLIC/MAIA/PTA	A : Proches Aidants : Café des aidants, groupe de parole, plateforme de répit Patients : Assistant de vie sociale pour les programmes de stimulation personnalisés, spécialiste d'activité physique adaptée, kinésithérapeute, aide-soignante, aide médico-psychologique, assistant de soins en gérontologie, équipe ESA, infirmier(-ère), aide médicopsychologique. A et P : ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeutes, équipe ESA ou des MDPH pour les sujets jeunes, accueil de jour, spécialistes des TNC, gériatres, équipes mobiles, UCC, UHR, PASA, cadre de santé, médecin coordonnateur, équipe de soins des EHPAD.				

1 : DMS-5 ; 2 : FAST : *Functional Assessment Staging Test*; MMSE® *Mini Mental State Evaluation*. L'adaptation des objectifs thérapeutiques en fonction du stade apparaît en **caractère gras**. A : Aidant ; P : patient ; A et P : aidant et patient ; ESA : Équipes spécialisées Alzheimer ; MDPH : Maison départementale des personnes handicapées ; UCC : Unités cognitivocomportementales ; UHR : Unités d'hébergement renforcée ; PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés ; SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile ; SPASAD : Services polyvalents d'aides et de soins à domicile ; CLIC : Centre local d'information et de coordination.

Annexe 6: Consentement à l'enregistrement audio signé par chaque participant

Madame, Monsieur

Afin de faciliter la prise de note durant ce groupe nominal, nous avons mis en place des enregistreurs audio et vidéo.

L'objectif de cet enregistrement qu'il soit audio et/ou vidéo n'est en aucun cas à des fins de diffusion mais uniquement pour faciliter la retranscription de cette réunion pour mon travail de thèse d'exercice en médecine générale.

Ainsi que l'exige la réglementation en vigueur sur le droit à l'image , je vous remercie de bien vouloir compléter l'autorisation ci-dessous :

Je soussigné(e)

Autorise Mme Clothilde A'ATTAR-BERTRAND à enregistrer sous forme audio et vidéo la réunion à laquelle je participe le mardi 17 janvier 2023 de 12h à 14h au SSR de Saint Nicolas de Port dans le cadre de son groupe nominal.

Je concède ces enregistrements pour une durée de 1 an, ils seront ensuite supprimés.

Signature

Annexe 7 : Extrait du PowerPoint® présenté aux participants du groupe nominal

Prise en charge immédiate :

- **Caractériser le trouble même s'il est déjà connu**
 - Circonstance d'apparition, analyse du trouble, évolution, intensité, ressenti
 - Utilisation d'échelles : NPI-ES / CMAI
 - Voir si présence de critère d'urgence
 - **Recherche d'une étiologie**
 - Examen clinique
 - Bilan étiologique minimal
 - Facteur déclenchant
 - **Création d'un projet de soin personnalisé :**
 - Par le MT qui sera l'interlocuteur principal
 - Objectif réalisable
 - PEC collective, soutien de l'entourage
 - Suivi
 - Possibilité de relai avec accueil de jour, EHPAD
-

Prise en charge au long cours : Mesures non médicamenteuses

- Mesures environnementales :
 - Aménagement spatial et temporel
 - Mesures individuelles :
 - Thérapeutique non médicamenteuse,
 - Activité motrice,
 - Activité psychosociale,
 - Stimulation cognitive et réhabilitation,
 - Thérapeutique médiée par les aidants
 - Mesures collectives : pour les aidants
 - Accompagnement, écoute, soutien.
 - Possibilités de repos : Accueil de jour, EHPAD ...
-

En dernier recours :

- **Hospitalisation en urgence si**
 - « La présence d'un état clinique menaçant le pronostic vital,
 - pathologie intercurrente aiguë et grave
 - ou la mise en danger directe du patient et/ou de son entourage »
 - **Autres cas :**
 - Entrée directe dans un service adapté, de préférence : UCC, USUP, Unité Alzheimer, court séjour.
 - « L'Institutionnalisation doit être due à un ensemble de facteurs et non pas l'apparition d'un trouble du comportement sans critère de gravité. »
-

Annexe 8 : Grille SEGA-A : critère de fragilité

Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) – Validation par l'Université de Reims Champagne-Ardenne, Faculté de Médecine, EA 3797, Reims(France)

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
TOTAL :			 / 26

INTERPRETATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
--	--	---

VU

NANCY, le 31 mai 2023
Le Président de Thèse

NANCY, le 1er juin 2023
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 13010C

NANCY, le 07 juin 2023
La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RESUME DE LA THESE :

Face à une personne âgée atteinte de trouble neurocognitif majeur et présentant des troubles psycho-comportementaux tels que l'agitation, le médecin généraliste traitant doit être en capacité de proposer au patient, ainsi qu'à son entourage, une prise en charge non médicamenteuse adaptée, afin de préserver le maintien à domicile en toute sécurité.

L'objectif de notre travail est de proposer une vue d'ensemble des différentes ressources qui s'offrent au médecin traitant pour répondre à cette problématique.

Après une revue de la littérature, concernant les principales recommandations françaises et études internationales réalisées sur ce sujet, nous avons réuni un groupe nominal composé de professionnels des soins primaires du bassin lunévillois (département Meurthe-et-Moselle, région Grand-Est) afin de confronter leurs propositions aux recommandations en vigueur.

Nous avons pu produire une hiérarchisation des ressources d'interventions s'offrant aux médecins généralistes confrontés à ce type de situation, dans le cadre des possibilités offertes sur un territoire donné.

TITRE EN ANGLAIS:

Focus of knowledge on the management at home of chronic agitation in the elderly patient with major neurocognitive disorders

THESE: MEDECINE GENERAL ANNEE 2023

MOTS-CLES:

Médecine générale, soins primaires, domicile, trouble neurocognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux des démences, thérapeutiques non médicamenteuses.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex