

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016
1070

2016 TOU3

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Hélène JOUINOT

Le 5 Septembre 2016

**Unités cognitivo-comportementales et suivi au long court des patients :
étude prospective sur les patients sortis d'hospitalisation, pour
l'évaluation de l'évolution de leurs troubles du comportement et de
leurs thérapeutiques.**

Directeur de thèse : Dr Thierry VOISIN

JURY

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Mr Le Professeur Fati NOURHASHEMI | Président |
| Mr Le Professeur Christophe ARBUS | Assesseur |
| Mr Le Docteur Bruno CHICOULAA | Assesseur |
| Mr Le Docteur Thierry VOISIN | Assesseur |
| M Le Docteur Yannick GASNIER | Assesseur |

- SOMMAIRE –

| | |
|---|------------|
| <u>I] INTRODUCTION :</u> | p5 |
| INTRODUCTION DETAILLEE : | p6 |
| <u>A/ LES SCPD : les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence :</u> | p6 |
| <u>1 – Symptômes :</u> | p6 |
| <u>2 – Impact :</u> | p8 |
| <u>3 - Traitements actuels :</u> | p9 |
| a – Arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs : | p9 |
| b – Traitements non-médicamenteux : | p10 |
| c – Classes thérapeutiques/Efficacité/Risque : | p11 |
| <u>B/ STRUCTURES CREES :</u> | p13 |
| <u>1 – L’hospitalisation : UCC et courts séjours Alzheimer :</u> | p13 |
| a – UCC : unités cognitivo-comportementales : | p13 |
| b – Court séjour Alzheimer : | p15 |
| <u>2 – Les unités d’hébergement : PASA et UHR :</u> | p15 |
| a – Les PASA : les Pôles d’Activités et de Soins Adaptés : | p15 |
| b – Les UHR : Unités d’Hébergement Renforcées dans les EHPAD médico-sociaux : | p15 |
| CONCLUSION : | p16 |
| <u>II] MATERIEL ET METHODE :</u> | p17 |
| <u>A/ POPULATION ETUDIEE :</u> | p17 |

| | |
|---|------------|
| <u>B/ RECEUIL DES DONNEES ET METHODE</u> | |
| <u>D'ANALYSE</u> :..... | p17 |
| <u>III] RESULTATS ET ANALYSE</u> :..... | p19 |
| <u>A/ POPULATION ETUDIEE</u> :..... | p19 |
| <u>B/ L'INTERROGATOIRE</u> :..... | p21 |
| <u>C/ RESULTATS DES 85 PATIENTS AYANT PU BENEFICIER</u> | |
| <u>DES 2 SUIVIS</u> :..... | p21 |
| <u>1 – Analyse de la population</u> :..... | p21 |
| <u>2 – Analyse des comorbidités de ces patients</u> :..... | p21 |
| a – <u>Pathologies à l'origine des troubles du comportement</u> :..... | p21 |
| b – <u>Symptômes présentés à l'entrée (basé sur un score NPI > ou égal à 4)</u> :..... | p22 |
| c – <u>Nombre de symptômes par patient</u> :..... | p22 |
| <u>3 – Caractéristiques du NPI global en fonction du temps</u> :..... | p23 |
| <u>4 – Evolution en fonction des différents items du NPI</u> :..... | p24 |
| <u>Diagramme global</u> :..... | p24 |
| a – <u>Item « idées délirantes »</u> :..... | p25 |
| b – <u>Hallucinations</u> :..... | p26 |
| c – <u>Agitation</u> :..... | p28 |
| d – <u>Dépression</u> :..... | p29 |
| e - <u>Anxiété</u> :..... | p31 |
| f – <u>Euphorie</u> :..... | p32 |
| g – <u>Apathie</u> :..... | p33 |
| h – <u>Désinhibition</u> :..... | p35 |

| | |
|--|------------|
| <u>i – Irritabilité :</u> | p36 |
| <u>j – Comportements moteurs aberrants :</u> | p37 |
| <u>k – Troubles du sommeil :</u> | p39 |
| <u>l – Troubles de l’appétit :</u> | p40 |
| <u>5 – Evolution des thérapeutiques :</u> | p41 |
| <u>a – Evolution quantitative de chaque traitement :</u> | p42 |
| <u>b – Evolution qualitative de chaque traitement :</u> | p43 |

D/ ANALYSE DES PATIENTS DECEDES PENDANT

| | |
|---|------------|
| <u>L’ETUDE :</u> | p47 |
| <u>1 – Analyse de la population :</u> | p47 |
| <u>2 – Analyse des comorbidités des patients décédés :</u> | p47 |
| <u>3 – Caractéristiques des différents critères de NPI des patients décédés :</u> | p48 |
| <u>4- Thérapeutiques initiales et à la sortie d’hospitalisation des patients décédés :</u> | p50 |

| | |
|--|------------|
| <u>E/ ANALYSE DES QUESTIONS ANNEXES AU NPI ET AUX THERAPEUTIQUES : ré-hospitalisations (nombre/motif), changement de lieu de vie, avis subjectif de l’entourage :</u> | p51 |
| <u>1 – Ré-hospitalisations :</u> | p51 |
| <u>a – A 3 mois :</u> | p51 |
| <u>b – Ré-hospitalisations entre le suivi à 3 mois et le suivi à 6 mois :</u> | p52 |
| <u>2 – Changement de lieu de vie :</u> | p53 |
| <u>a – A 3 mois :</u> | p53 |
| <u>b – A 6 mois :</u> | p54 |

| | |
|---|------------|
| <u>3 – Avis subjectif de l’entourage de l’état des patient par rapport à avant l’hospitalisation :</u> | p55 |
| a – A 3 mois : | p55 |
| b – A 6 mois : | p56 |
| <u>IV DISCUSSION :</u> | p58 |
| <u>VI CONCLUSION :</u> | p62 |
| BIBLIOGRAPHIE : | p65 |

I] INTRODUCTION :

Les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont une des causes les plus fréquentes d'hospitalisations en court séjour gériatrique ou psycho-gériatrique (1). Ils induisent pour les patients, une augmentation de la morbi-mortalité et de grosses difficultés de prise en charge pour les médecins généralistes et les aidants. Par ailleurs les thérapeutiques médicamenteuses utilisés dans ce type de troubles ont une très mauvaise balance bénéfice risque.

Afin de faire face à cette problématique, la Haute Autorité de Santé (2), dans ses recommandations 2009, a présenté les thérapies non-médicamenteuses comme devant être un élément central du traitement des troubles du comportement dans les démences. Il s'agit de considérer le malade dans son environnement, dans sa relation avec les autres et de mettre en place des protocoles de soins personnalisés pour l'accompagner dans son quotidien.

C'est dans cet objectif que, suite au plan Alzheimer 2008-2012 (3), qu'ont été créées les Unités cognitivo-comportementales (UCC). Elles ont pour ambition de pallier aux difficultés de prise en charge des patients déments, présentant des troubles du comportement importants, dans les structures d'hébergements ou au domicile, pour les aidants ou les médecins généralistes. Le but étant, de rendre de nouveau possible une prise en charge en ambulatoire, en évitant au maximum une augmentation du recours aux neuroleptiques, aux psychotropes sédatifs et à la contention, mais au contraire d'accentuer sur les méthodes non-médicamenteuses et les alternatives thérapeutiques. D'autant que la réduction de la prescription de neuroleptiques dans les maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées, constitue une priorité en matière de prévention de la iatrogénie évitable et dans l'amélioration de la qualité de vie de ces patients.

Notre travail s'intéressera, à l'apport d'une hospitalisation en UCC à moyen terme dans la prise en charge de patients déments, présentant des troubles du comportement ne pouvant plus être géré par les médecins généralistes et les aidants en ambulatoire.

INTRODUCTION DETAILLEE

La maladie d'Alzheimer est la première cause de maladie dégénérative en France. Les données épidémiologiques sont imprécises. Cependant, avec 800 000 cas estimés en 2008, elle représente aujourd'hui un véritable enjeu médical, économique et social (3). Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) sont fréquents. Ils peuvent varier dans le temps et selon le type et le stade de gravité des démences.

Ils tendent généralement à augmenter avec l'aggravation de la démence, mais peuvent aussi exister dans les formes légères à modérées où dominant l'apathie et les symptômes dépressifs.

Globalement, un tiers des patients aurait des symptômes sévères.

Ils sont un facteur majeur de souffrance des aidants familiaux et une des premières causes d'institutionnalisation.

A/ Les SCPD : les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence :

1 – Symptômes :

Les troubles du comportement perturbateurs, cris, agitation, agressivité, déambulation, sont très fréquents au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, ils touchent 80% des patients. Ils sont à l'origine d'une part importante des prescriptions de neuroleptiques (4).

Ce tableau résume les principaux troubles du comportement associés à leur définition :

| Types de symptômes | Définition |
|---------------------------|---|
| Opposition | Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute |

| | |
|--|--|
| | activité. |
| Agitation | Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié. |
| Agressivité | Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient. |
| Comportements moteurs aberrants | Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc. |
| Désinhibition | Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant. |
| Cris | Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives. |
| Idées délirantes | Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie. |
| Hallucinations | Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles. |
| Troubles du rythme | Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du |

| | |
|-----------------------|---|
| veille/sommeil | cycle nycthémeral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée. |
|-----------------------|---|

2 – Impact :

Les troubles du comportement sont une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation en court séjour gériatrique ou psycho-gériatrique. De plus, ils rendent plus difficile la réalisation d'examen complémentaires ou de consultations spécialisées, ce qui implique une plus mauvaise prise en charge des comorbidités (suivi cardiologique notamment). Ils rendent également plus difficile une prise alimentaire correcte, et sont donc responsables de nombreux cas de malnutrition, ce qui augmente encore la morbi-mortalité.

Sur les équipes de soins et les aidants familiaux, la persistance de désordres comportementaux est fréquemment vécue sur un mode culpabilisant, induisant un surinvestissement qui est une source de burnout. Elle peut également induire l'utilisation à forte dose de psychotropes sédatifs comme les neuroleptiques ou les benzodiazépines qui, ont de nombreux effets indésirables comme l'accroissement du risque de chute, d'accidents vasculaires cérébraux, de troubles cardiaques et de mort subite pour les neuroleptiques. Le dernier risque de cette persistance de troubles du comportement perturbateurs est d'induire des comportements de maltraitance dans les institutions ou dans les familles. (4)

Enfin, ils représentent un coût important pour les familles et la société, puisqu'ils nécessitent la mobilisation de nombreux personnel soignant au domicile ou en institution, la mise à disposition de services spécialisés avec du personnel qualifié en court, moyen ou long séjours. Il existe également des structures d'accueil de journée ou de répit pour les familles. Ils sont la première cause d'institutionnalisation.

3 - Traitements actuels :

a – Arbre décisionnel du traitement des troubles du comportement perturbateurs :

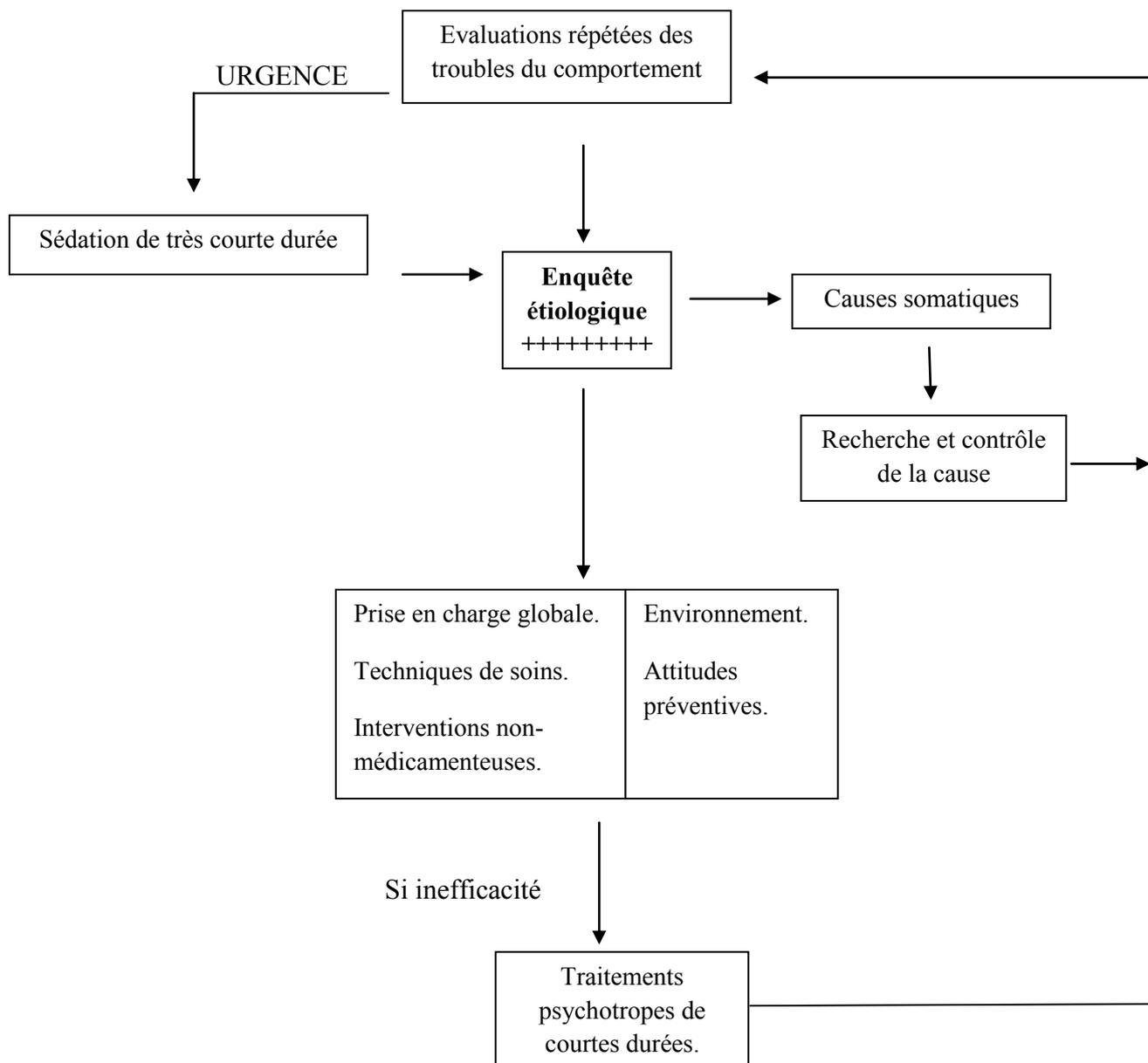
Les messages clés concernant la prise en charge thérapeutique, selon ces recommandations HAS (2), sont les suivants (recommandation HAS 2009 sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateur dans la démence) :

- « Il est recommandé d'utiliser en première intention des techniques de soins non médicamenteuses appropriées aux troubles du comportement. Elles peuvent permettre d'éviter le recours aux traitements médicamenteux. »

- « Les psychotropes peuvent être utilisés lorsque les techniques de soins sont d'efficacité insuffisante, notamment quand la sévérité des troubles met en danger le patient, altère son comportement ou est une menace ou une source importante de souffrance pour son entourage ».

- « Il est également recommandé d'appliquer les trois principes suivants, quel que soit le lieu de vie :

- Un recueil écrit des informations doivent être rassemblées dans des fiches ou un dossier pour faciliter leur traçabilité et leur transmission ;
- Il est utile qu'un interlocuteur désigné, éventuellement une personne référente, rassemble ces informations afin de faciliter leur transmission ;
- Les différents professionnels en charge du patient doivent échanger et/ou se rencontrer pour discuter de ces informations et participer ensemble à l'adaptation de la prise en charge. »



b – Traitements non-médicamenteux :

En lien avec les professionnels de santé, et les autres institutions, l'HAS a développé, dans le cadre du Plan Alzheimer (2008-2012), le programme AMI-Alzheimer : **A**lerte et **M**aitrise de la **I**atrogénie (4) des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. Il s'agit de réduire l'usage inapproprié de neuroleptiques et d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement dans ces démences. Ce programme a pour objectif de diviser par trois la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer et démences apparentées. Pour

atteindre ces objectifs il faut d'une part utiliser des thérapeutiques alternatives aux neuroleptiques mais aussi instaurer des traitements non-médicamenteux.

Les interventions non-médicamenteuses ont pour but d'agir sur la qualité de vie, sur le langage (orthophonie), sur la cognition (stimulation cognitive, revalidation cognitive), sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles. Des prises en charge globales peuvent associer plusieurs types d'interventions (psychomotricité, ergothérapie...). Elles sont, tant en ambulatoire qu'en institution, un élément de la prise en charge thérapeutique globale. Elles peuvent être proposées à titre individuel ou collectif et sont pratiquées par un personnel formé. Elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Les techniques de soins doivent être appropriées : « bains au lit » et « douche adaptée » réduisent de 60% les épisodes agressifs et d'oppositions, très fréquents lors des toilettes. La recherche et la prise en compte des facteurs stimulants ou apaisant l'agressivité ou l'agitation permettent de réduire la fréquence et l'intensité de ces symptômes tout comme les approches de réhabilitation.

La formation des familles et des aidants à de nouvelles modalités de communication avec un patient dont le langage et le vocabulaire s'altère, réduit les troubles réactionnels. Huit heures de formation des aidants et des soignant en maison de retraite aux techniques de soins non-médicamenteuses réduit de 60% la fréquence des troubles du comportement (3)(4).

c – Classes thérapeutiques/Efficacité/Risque :

En France, les malades d'Alzheimer sont **six fois plus exposés aux neuroleptiques** que la population du même âge, selon l'indicateur national d'alerte iatrogénique mis en place depuis 2008 (4). Ces traitements sont responsables d'une **surmortalité** dans cette population. **L'objectif est donc de limiter leur prescription**, idéalement par des mesures non-médicamenteuses mais également par d'autres thérapeutiques moins iatrogéniques.

| Classes thérapeutiques | Efficacité | Risques |
|---|---|--|
| <u>Les inhibiteurs de la cholinestérase :</u> - Donépézil, rivastigmine, galantamine. | - Prévention et traitement des symptômes psychotiques et des comportements perturbateurs. | - Exacerbations des troubles. - Inefficacité. |
| <u>Les anti-dépresseurs :</u> - Sertraline, venlafaxine... | - Irritabilité, anxiété, agitation, impulsivité, apathie, idées délirantes. | - Sédation. - Effet cholinergique. |
| <u>Les antipsychotiques classiques/atypiques :</u> - rispéridone, olanzapine, clozapine... | - idées délirantes, hallucinations, agitation, agressivité. | - augmentation du risque de décès. - augmentation du risque d'AVC. - Effets secondaires neurologiques : sd extrapyramidaux. - Chutes, fausses routes, sédation, troubles métaboliques, hypotension orthostatique, trouble du rythme cardiaque, trouble de conduction cardiaque. - +/- effets anticholinergiques (troubles cognitifs, constipation, constipation, rétention urinaire. |
| <u>Les anxiolytiques :</u> | - Traitement de la crise. | - Sédation, agitation |

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| - Alprazolam, clotiazepam, oxazepam, lorazepam... | - Angoisse, agitation, anxiété. | paradoxaie. - accentuation des troubles mnésiques, chute, syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal. |
| <u>Les hypnotiques :</u> - zopidem, zopiclone... | - Insomnie | - Zolpidem : risque d'hallucinations hypnagogiques ou diurnes. - somnolence, chutes... |
| <u>Les thymorégulateurs :</u> - Antiépileptiques (sels de lithium, carbamazépine, valproate, divalproate...). | - En cours d'étude. | - en cours d'étude. |

B/ Structures créées :

1 – L'hospitalisation : UCC et courts séjours Alzheimer :

a – UCC : Unités cognitivo-comportementales

La création des UCC est une des mesures du plan Alzheimer 2008-2012, elle fait suite au rapport du Pr Ménard (08.11.2007) (5) qui met en évidence l'inadaptation des SSR à la prise en charge des patients déments. Elle est également une des priorités du programme AMI-Alzheimer.

Les UCC sont des moyens séjours identifiés dans des services de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Ces petites unités apportent dans un délai rapide une réponse adaptée à une situation de crise qui survient au cours de la prise en charge habituelle du patient dément. (6)

Elles s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide),

agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Pour évaluer l'importance des troubles du comportement, et afin de valider l'admission l'équipe médicale de l'UCC réalise avec l'équipe demandeuse de l'hospitalisation une NPI, qui est l'échelle d'évaluation validée pour les troubles du comportement.

Ces patients doivent également être en situation de crise :

- soit une crise générée par le patient lui-même : décompensation de sa pathologie démentielle avec troubles psycho-comportementaux perturbateurs (ex : agressivité) ou non (apathie) ; ou bien, apparition d'une comorbidité rendant la prise en charge habituelle impossible.

- soit, une crise générée par l'aidant (épuiement), l'UCC est dans ce cas, une structure de répit.

- soit, une crise liée à un environnement devenu inadapté (ex : déambulation en service conventionnel entraînant une contention).

Les critères d'admission en UCC varient selon les localités, mais d'une manière générale, elle se fait après sollicitation du médecin de ville, hospitalier ou coordonnateur d'EHPAD.

Les critères d'exclusion en UCC sont, toute pathologie d'organe aiguë ou psychiatrique décompensée, les états grabataires, la problématique sociale exclusive.

L'UCC va apporter des réponses par :

- un environnement adapté : petits unités sécurisantes et protectrices.
- un projet de soins personnalisé grâce à une équipe pluridisciplinaire, avec un personnel nombreux, diversifié, tous formé à la prise en charge comportementale.

La mission première de l'UCC est donc de poursuivre sans rupture, la prise en charge du patient en l'intégrant dans un programme de réhabilitation avec pour objectifs :

- de stabiliser le patient, donc, de diminuer les troubles du comportement, d'améliorer le sommeil, de valoriser la personne et d'améliorer sa qualité de vie.
- de suspendre momentanément le fardeau des aidants.
- de travailler ensemble à un projet de sortie viable et stable pour le patient.

b – Court séjour Alzheimer :

Le court séjour Alzheimer accueille des patients de plus de 60 ans ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.

Les motifs d'admission sont :

- Décompensation de troubles psycho-comportementaux en rapport avec la pathologie démentielle.
- Bilan diagnostique et/ou prise en charge thérapeutique d'un problème somatique aigu.
- Bilan de troubles cognitifs chez des patients relevant d'une unité spécifique.

2 – Les unités d'hébergement : PASA et UHR :

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 (4) prévoit de généraliser la réalisation de « pôles d'activités et de soins adaptés » et des « unité d'hébergement renforcées », dans les EHPAD.

a – Les PASA : Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés :

Le PASA permet d'accueillir dans la journée, les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes), ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

b – Les UHR : Unités d'Hébergement Renforcées dans les EHPAD ou les USLD :

Les UHR proposent un hébergement (de 12 à 14 personnes dans les EHPAD médico-sociaux), des soins et des activités adaptés.

Les caractéristiques sont les mêmes que pour celles des PASA, mais c'est une unité d'hébergement longue durée, qui concerne les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères.

Les critères d'admission en UHR, sont comme pour les UCC, essentiellement basés sur le NPI.

CONCLUSION :

La prise en charge de patients déments, présentant d'importants troubles du comportement représente pour les structures d'hébergement (EHPAD), les aidants et les médecins libéraux une grosse difficulté. Il existe souvent, un surinvestissement et malheureusement un épuisement des aidants, avec pour le patient une sur-prescription de traitements neuroleptiques et benzodiazépines, induisant une surmortalité.

Mon semestre de stage passé en UCC m'a sensibilisé sur les possibilités, souvent mal connues, de prise en charge de ses troubles du comportement sévères, et je me suis posé la question du devenir de ces patients ayant séjourné dans ces nouvelles structures. L'intérêt de ce type de structure, à la sortie de l'hospitalisation, se poursuit-il après le retour dans le lieu de vie du patient ? Ou bien, le bénéfice constaté en fin d'hospitalisation, n'est-il dû essentiellement, qu'à ces petites structures fermées, ayant un personnel nombreux et formé à ces patients ?

C'est pourquoi j'ai suivi le devenir de ces patients, selon le ressenti de leur aidants par rapport à l'échelle de référence lors de leur admission et de leur sortie de cette hospitalisation : le NPI.

Ainsi, **l'objectif de l'étude est d'évaluer l'apport de l'UCC dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) à 3 mois et à 6 mois de leur sortie de ces nouvelles unités spécialisées. Etude prospective sur 1 an, de Février 2013 à Janvier 2014. Le critère de jugement principal est le NPI, les critères secondaires sont les modifications de traitement psychotrope, le changement de lieu de vie et les nouvelles hospitalisations.**

III] MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive, quantitative, prospective sur le devenir des patients ayant été hospitalisés en UCC, essentiellement sur le plan de l'évolution de leur troubles du comportement après leur sortie d'hospitalisation, mais aussi secondairement sur leurs thérapeutiques.

A/ POPULATION ETUDIEE :

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive, chez les patients ayant été hospitalisé dans l'Unité Cognitivo-comportementale de l'hôpital Casselardit à Toulouse. Les patients pris pour l'étude présentaient tous une démence évoluée type Alzheimer ou maladie apparentée, et présentaient d'importants troubles du comportement ayant entraînés leur hospitalisation.

Nous avons suivi les patients consécutifs après leur sortie de Février 2013 à Janvier 2014 inclus, un suivi téléphonique de chaque patient par l'intermédiaire d'un aidant, a été réalisé à 3 mois et à 6 mois de la sortie de l'UCC.

B/ RECUEIL DES DONNEES ET METHODE D'ANALYSE

Le suivi téléphonique a été réalisé avec les aidants des patients. Personnel paramédical (infirmier) pour les résidents en EHPAD et famille avec l'aidant principal pour les patients vivant en famille.

L'interrogatoire s'est porté principalement sur la réalisation d'un NPI/ES (Inventaire Neuropsychiatrique) afin d'évaluer par un questionnaire validé, l'évolution des troubles du comportement depuis leur sortie d'hospitalisation, puisque ce même questionnaire avait été réalisé avant leur entrée et à leur sortie d'hospitalisation en UCC.

Le reste de l'interrogatoire s'est porté sur la récurrence d'une hospitalisation depuis la sortie et son motif, le changement d'hébergement, les modifications thérapeutiques et sur le sentiment subjectif de l'aidant à l'apport de cette hospitalisation pour le patient.

Nous avons ensuite comparé les données recueillies à la sortie de l'hospitalisation, à 3 mois et à 6 mois après la sortie et les avons consignées dans des lignes de calcul d'un tableau EXCEL. A partir de ce logiciel, nous avons pu éditer des graphiques de synthèse.

III] RESULTATS ET ANALYSE

106 patients ont été suivis de Février 2013 à Janvier 2014 inclus, avec 2 appels téléphoniques pour chaque patient, à 3 mois et à 6 mois de leur sortie.

A / POPULATION ETUDIEE :

Caractéristiques générales de la population étudiées :

| | |
|--------------------------------|---|
| Nombre de patients | 106 |
| Age moyen tous sexes confondus | 79,82 ans (de 96 ans à 56 ans, moyenne +/- 9.51). |
| Nombre de femmes | 56 (52.83%). |
| Age moyen des femmes | 82,07 ans (de 96 ans à 62 ans, moyenne +/- 8.99). |
| Nombre d'hommes | 50 (47.17%). |
| Age moyen des hommes | 77,47 ans (de 93 ans à 56 ans, moyenne +/- 9.57). |

Pathologies neurologiques des patients :

Démences : 79 patients soit 74,53% de la population étudiée.

Pathologies psychiatriques : 12 patients soit 11,32 % de la population étudiée.

Syndrome confusionnel : 8 patients soit 7,55% de la population étudiée.

Autres motifs : 7 patients soit 6,60% de la population étudiée.

Lieu de vie à la sortie de l'hospitalisation :

EHPAD : 66 patients soit 62,26% de la population étudiée.

Domicile : 19 patients soit 17,92% de la population étudiée.

Court séjour gériatrique : 3 patients soit 2,83% de la population étudiée.

UHR : 4 patients soit 3,77% de la population étudiée.

USLD : 1 patient soit 0,94% de la population étudiée.

Psychiatrie : 2 patients soit 1,89% de la population étudiée.

Autres : 3 patients soit 2,83% de la population étudiée.

Motifs d'hospitalisation au niveau des troubles du comportement:

Total sur les 106 patients, plusieurs motifs d'hospitalisation sont possibles pour chaque patient.

| <u>Symptômes</u> | <u>Nombre de patient</u> | <u>Pourcentage</u> |
|---|--------------------------|--------------------|
| Idées délirantes : | 49 | 46.23% |
| Hallucinations : | 24 | 22.64% |
| Agitation/agressivité : | 88 | 83.02% |
| Dépression/Dysphorie : | 43 | 40.57% |
| Anxiété : | 60 | 56.60% |
| Euphorie : | 9 | 8.49% |
| Apathie/Indifférence : | 31 | 29.25% |
| Désinhibition : | 32 | 30.19% |
| Irritabilité/instabilité de l'humeur : | 66 | 62.26% |
| Comportements moteurs aberrants : | 64 | 60.38% |
| Troubles du sommeil : | 52 | 49.06% |
| Troubles de l'appétit : | 40 | 37.73% |
| Problèmes sociaux/ Institutionnalisation/ Changement de structure : | 6 | 5,66% |
| Bilan cognitif : | 8 | 7,45% |
| Altération de l'état général : | 8 | 7,45% |

B/ L'INTERROGATOIRE :

Tous les interrogatoires ont été réalisés par téléphone. Seul les aidants principaux ont été interrogés car c'est le ressenti du vécu au quotidien au côté du patient que l'on a cherché à recueillir. En EHPAD, l'intermédiaire principal a été l'infirmier, les aides-soignants ont parfois été associés à l'évaluation. A domicile, c'est l'aidant présent au quotidien pour le malade qui a été interrogé. J'ai été la seule intermédiaire téléphonique au cours des deux interrogatoires.

L'interrogatoire s'est essentiellement dirigé par la réalisation d'un NPI/ES. D'autres questions ont été posées comme la récurrence d'une hospitalisation et son motif, les modifications thérapeutiques, le changement de lieu de vie et le ressenti subjectif de l'aidant par rapport aux troubles du comportement, avant et après l'hospitalisation à partir d'un questionnaire préétabli.

Au cours de l'étude 21 patients sont décédés, dans un premier temps nous analyserons donc les résultats des 85 patients qui ont pu avoir les 2 suivis, à 3 mois et à 6 mois. Les résultats des patients décédés pendant l'étude seront analysés dans une seconde partie.

C/ RESULTATS DES 85 PATIENTS AYANT PU BENEFICIER DES 2 SUIVIS :

1 – Analyse de la population :

85 patients des 106 initial, ne sont pas décédés sur la durée totale de l'étude.

43 hommes (50.59%), 42 femmes (49.41%).

Age moyen homme + femme : 78.8 ans (de 96 ans à 56 ans, moyenne +/- 9.96).

Age moyen homme : 76.93 ans (de 93 ans à 56 ans, moyenne +/- 10.07).

Age moyen femme : 80.88 ans (de 96 ans à 62 ans, moyenne +/- 9.56).

2 – Analyse des comorbidités de ces patients :

a - Pathologie à l'origine des troubles du comportement :

Démence type Alzheimer ou autre : 64 patients soit 75.29%.

Pathologie psychiatrique : 8 patients soit 9.41%.

Syndrome confusionnel isolé : 6 patients soit 7.06%.

Autre motif : 7 patients soit 8.24%

b - Symptômes présentés à l'entrée (basé sur un score NPI > ou égal à 4 :

Idées délirantes : 41 patients soit 48.24%

Hallucinations : 19 patients soit 22.35%

Agitation : 72 patients soit 84.71%

Dépression : 30 patients soit 35.29%

Anxiété : 49 patients soit 57.65%

Euphorie : 8 patients soit 9.41%

Apathie : 23 patients soit 27.06%

Désinhibition : 28 patients soit 32.94%

Irritabilité : 58 patients soit 68.24%

Comportements moteurs aberrants : 56 patients soit 65.88%

Trouble du sommeil : 43 patients soit 50.59%

Trouble de l'appétit : 27 patients soit 31.76%

c- Nombre de symptôme par patient :

Nombre de symptôme par patient, pour une valeur de NPI à l'entrée > ou = à 4 :

0 symptôme : 2 patients soit 2.35%.

1 symptôme : 0 patient soit 0%.

2 symptômes : 3 patients soit 3.53%.

3 symptômes : 6 patients soit 7.06%.

4 symptômes : 8 patients soit 9.41%.

5 symptômes : 24 patients soit 28.24%.

6 symptômes : 17 patients soit 20%.

7 symptômes : 16 patients soit 18.82%.

8 symptômes : 6 patients soit 7.06%.

9 symptômes : 3 patients soit 3.53%.

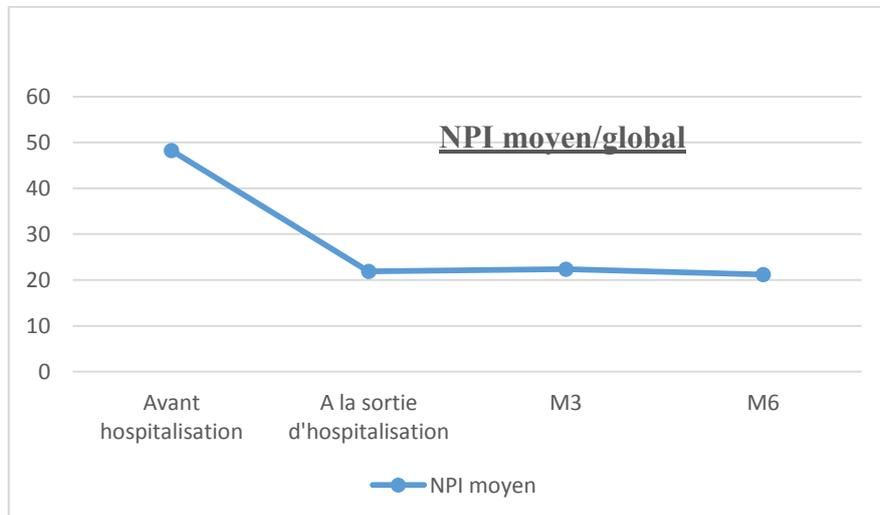
66 patients ont 5 et plus, critères de NPI supérieurs ou égal à 4 soit 77.65% des patients.

3 – Caractéristiques du NPI en fonction du temps :

NPI global :

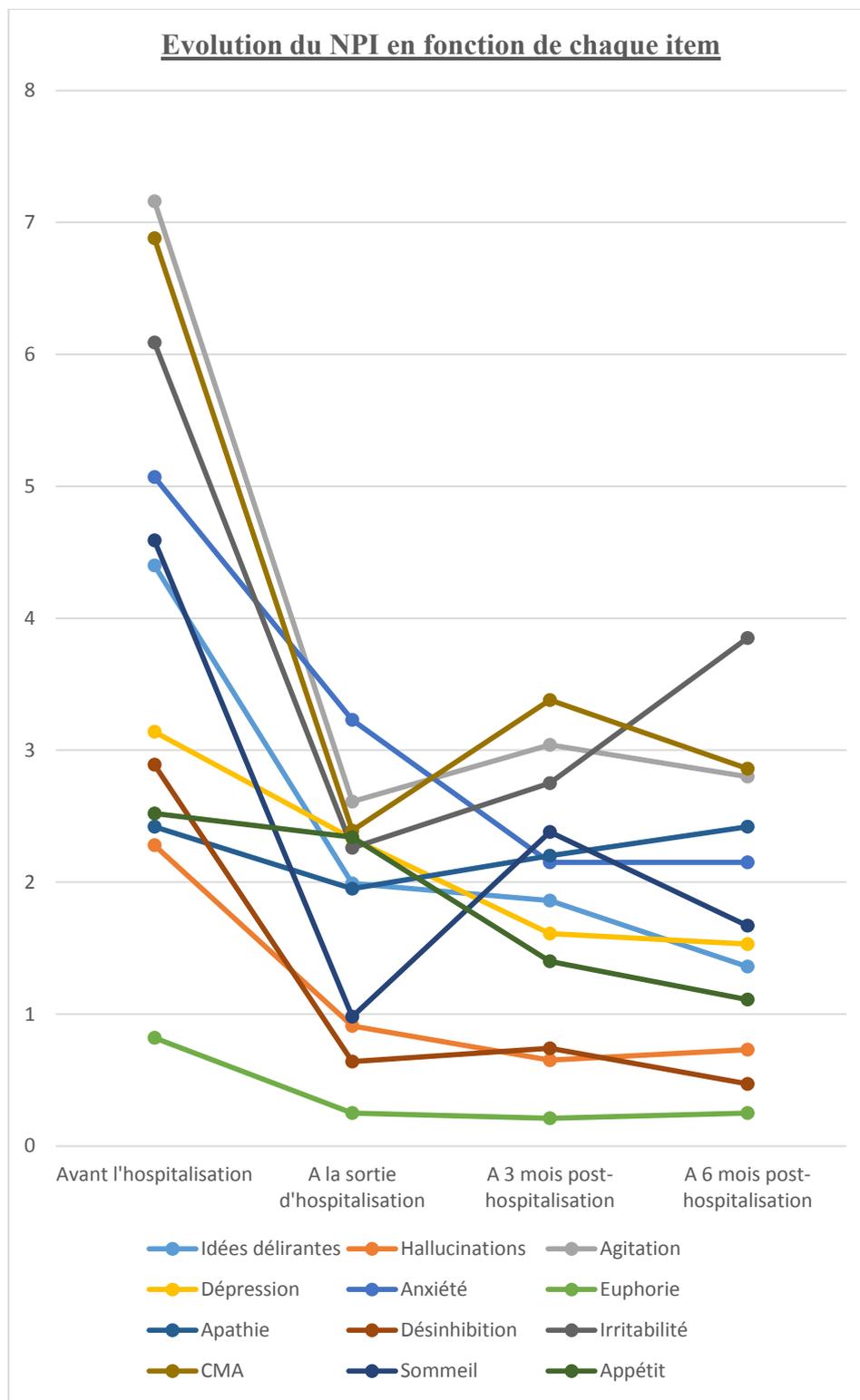
Moyenne du NPI global en fonction du temps :

| | <u>NPI avant hospitalisation</u> | <u>NPI à la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>NPI à 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>NPI à 6 mois de l'hospitalisation</u> |
|-----------------------|----------------------------------|---|---|--|
| Moyenne du NPI | 48.31 (+/-19.45) | 21.99 (+/-15.79) | 22.21 (+/-18.06) | 21.38 (+/-18.44) |



4 – Evolution en fonction des différents items du NPI :

Diagramme global :

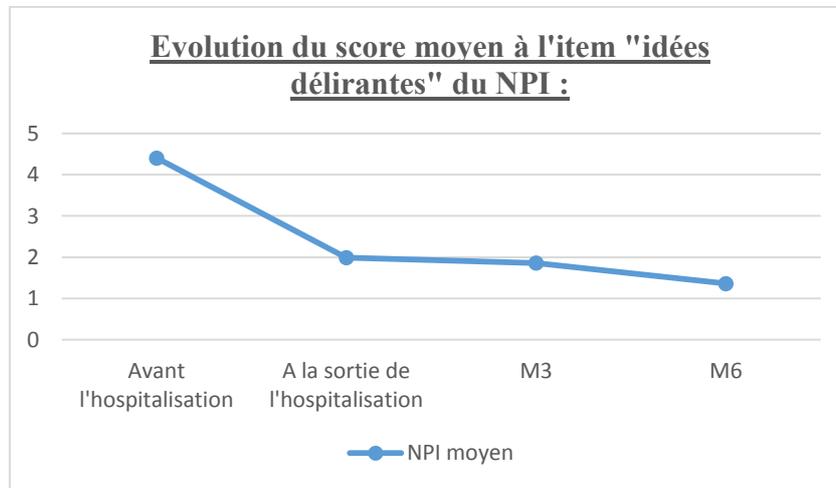


a – Item « Idées délirantes » :

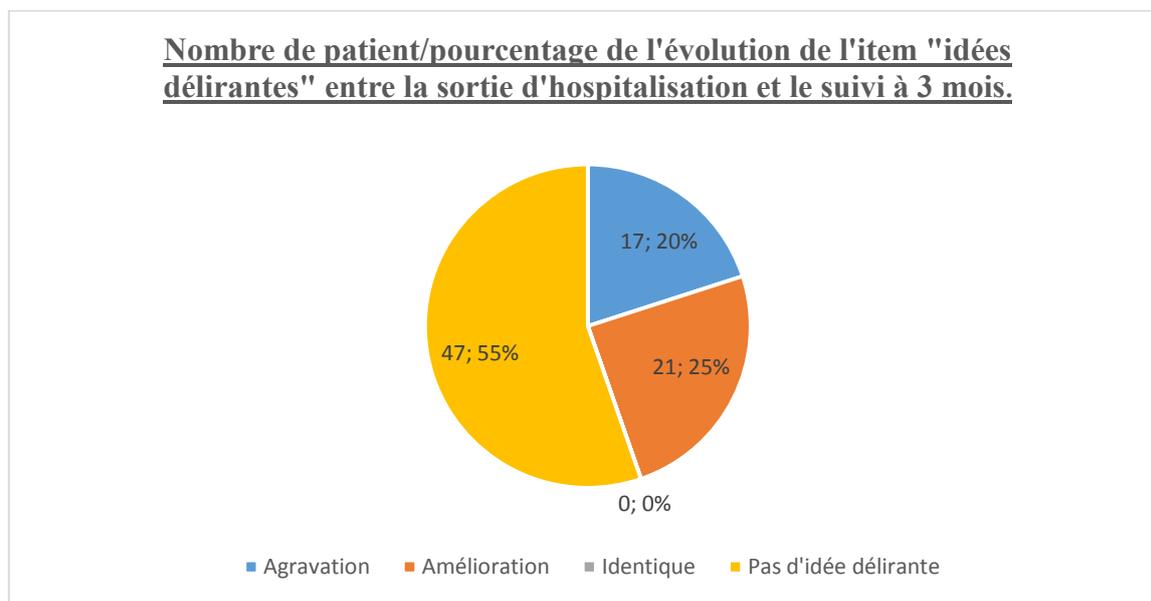
Evolution du score moyen à l'item « idées délirantes » du NPI :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 4.4 (+/- 4.74) | 1.99 (+/- 3.48) | 1.86 (+/- 3.23) | 1.36 (+/- 3.05) |

Diagramme :



Evolution du score de l'item « idées délirantes » du NPI en fonction du temps :

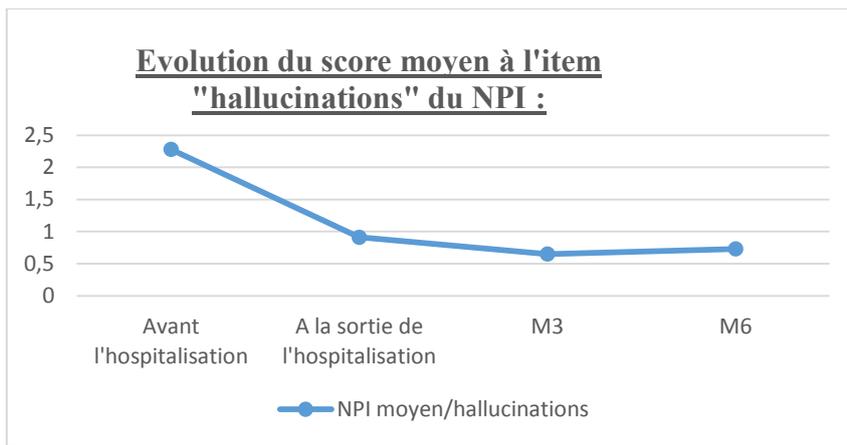


b – Item « hallucinations » :

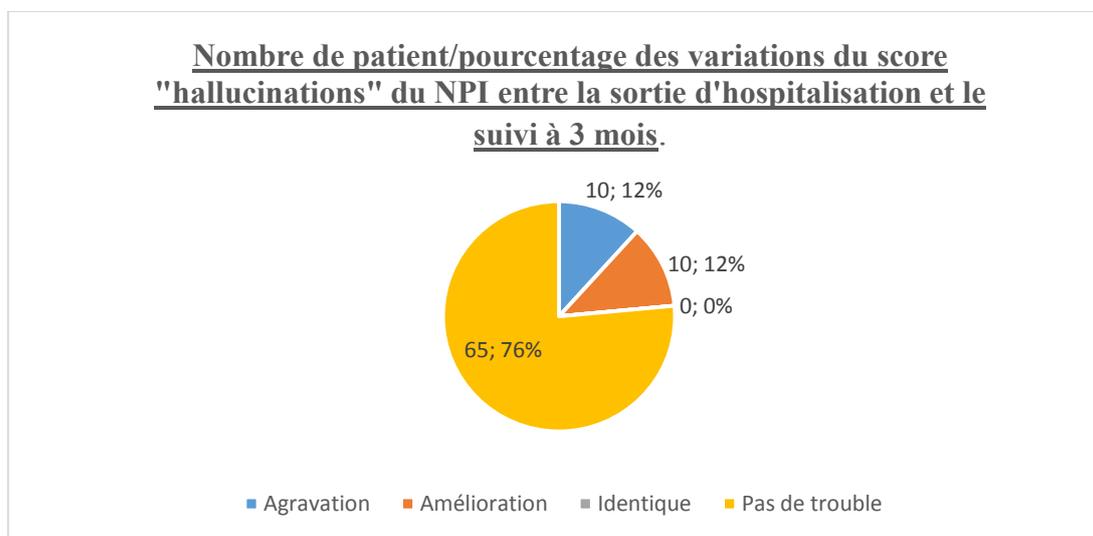
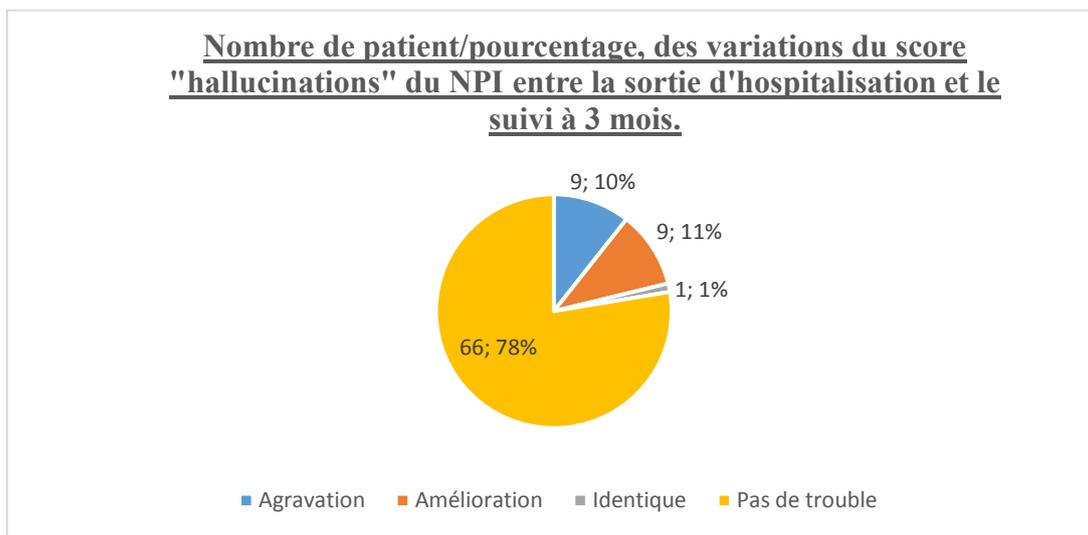
Evolution du score moyen à l'item « hallucinations » du NPI :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 2.28 (+/- 4.36) | 0.91 (+/- 2.72) | 0.65 (+/- 1.86) | 0.73 (+/- 2.33) |

Diagramme :



Evolution du score « hallucinations » du NPI :

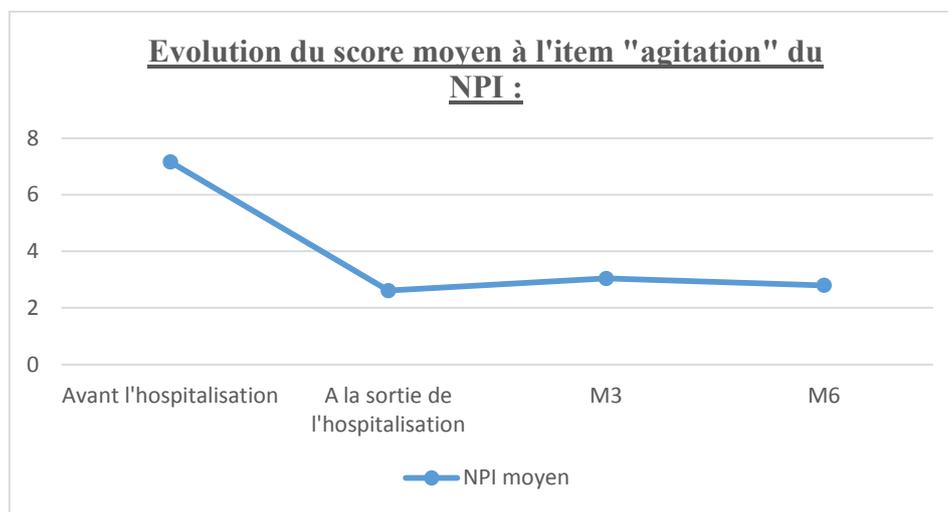


c – Item « agitation » :

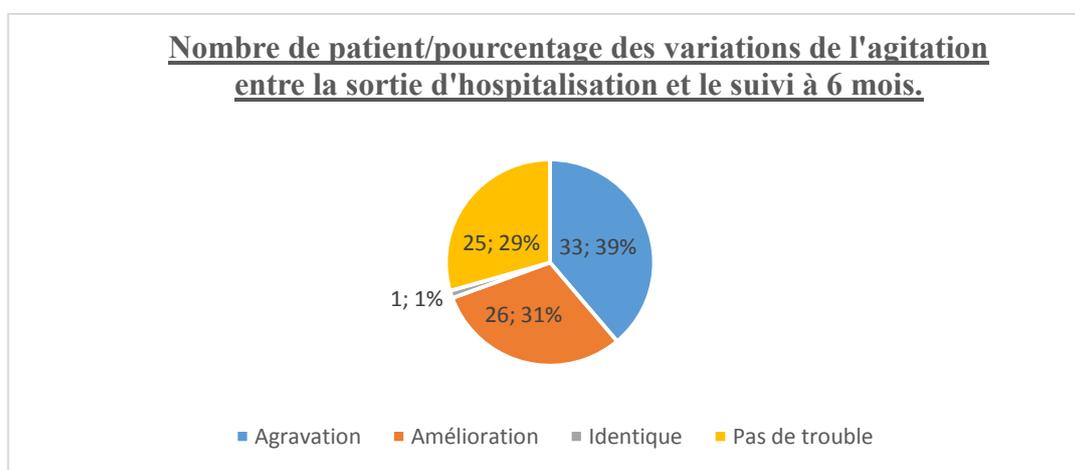
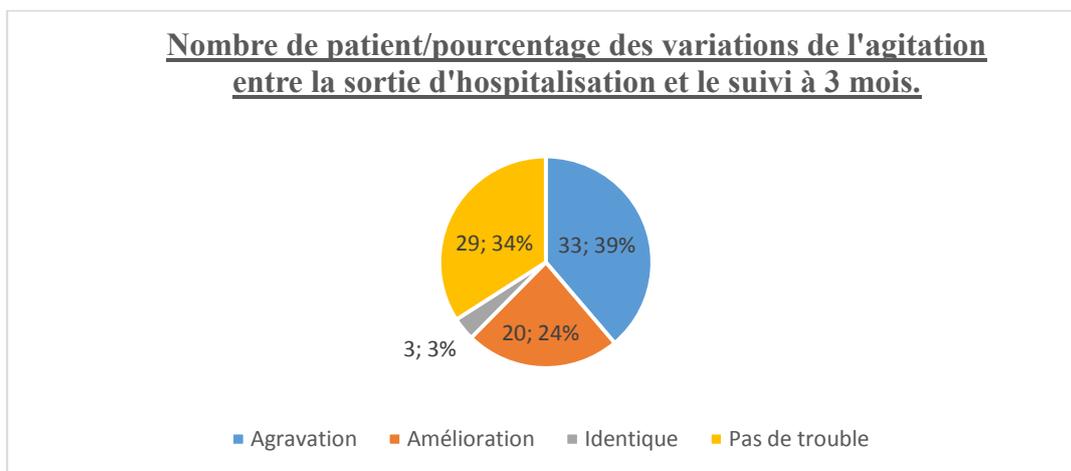
Evolution du score moyen à l'item « agitation » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 7.16 (+/- 3.70) | 2.61 (+/- 3.83) | 3.04 (+/- 3.59) | 2.8 (+/- 3.80) |

Diagramme :



Evolution du score de l'item « agitation » du NPI :

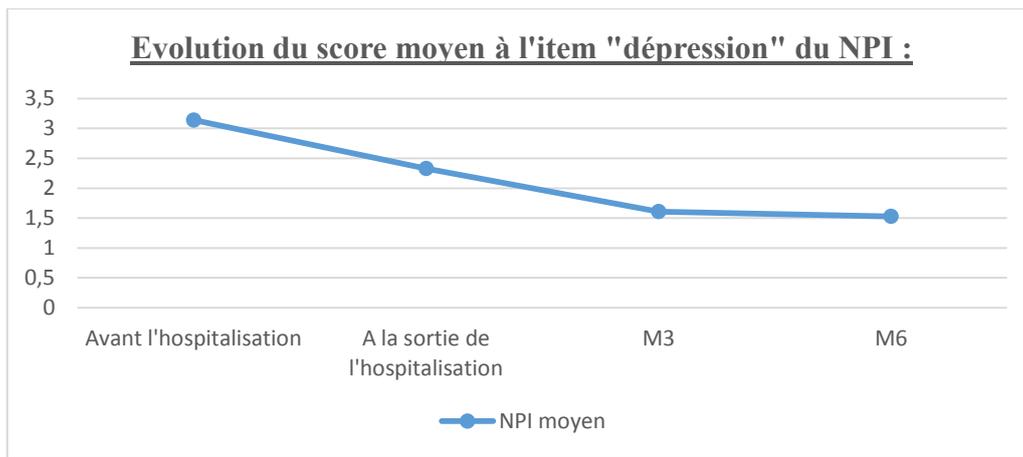


d – Item « dépression » :

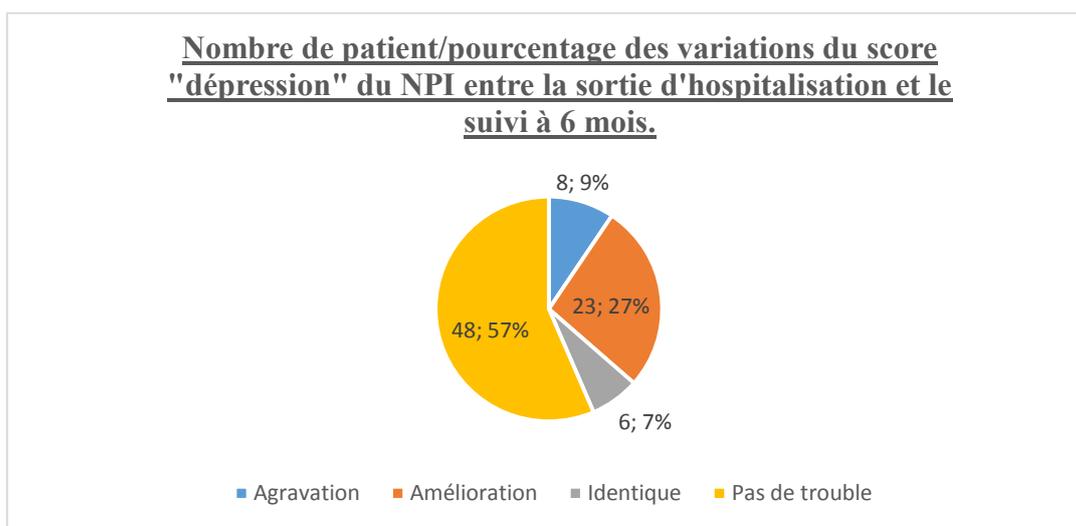
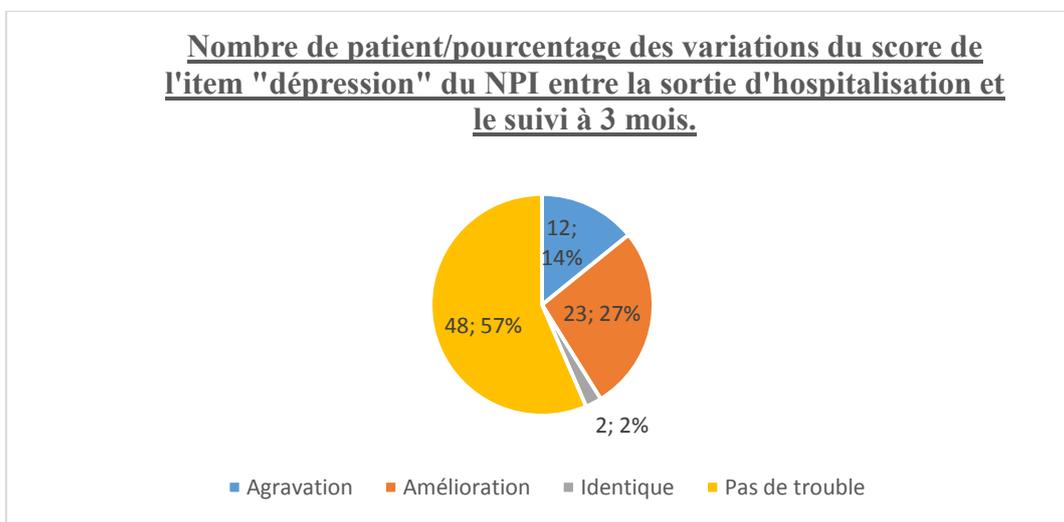
Evolution du score moyen à l'item « dépression » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|-------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 3.14 (+/- 4.28) | 2.33 (+/- 3.59) | 1.61 (+/- 3.37) | 1.53 (+/- 2.85) |

Diagramme :



Evolution du score de l'item « dépression » du NPI en fonction du temps :

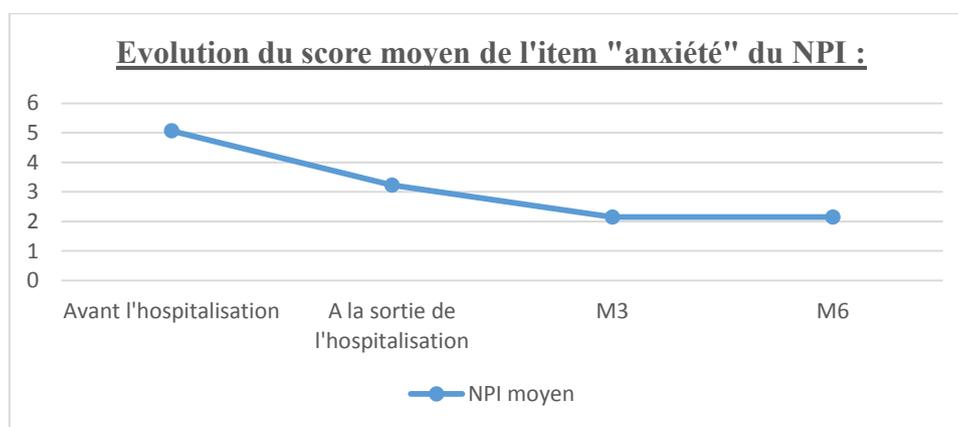


e – Items « anxiété » :

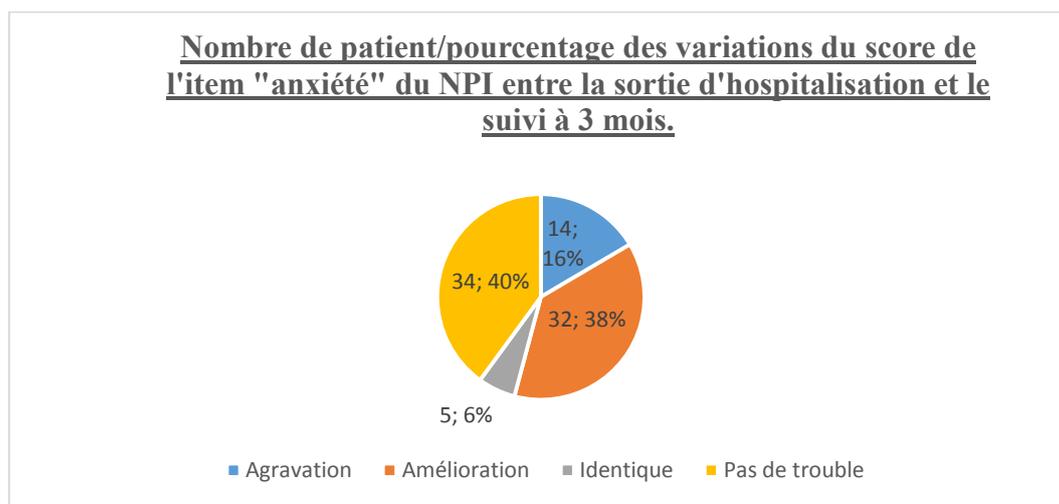
Scores moyens de l'item « anxiété » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 5.07 (+/- 4.65) | 3.23 (+/- 3.95) | 2.15 (+/- 3.75) | 2.15 (+/- 3.67) |

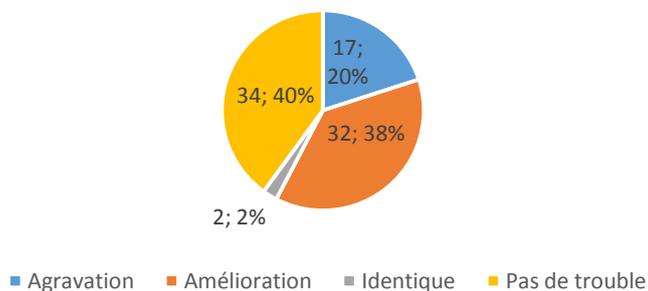
Diagramme :



Evolution du score de l'item « anxiété » du NPI en fonction du temps :



**Nombre de patient/pourcentage des variations du score
del'item de "anxiété" du NPI entre la sortie
d'hospitalisation et le suivi à 6 mois.**

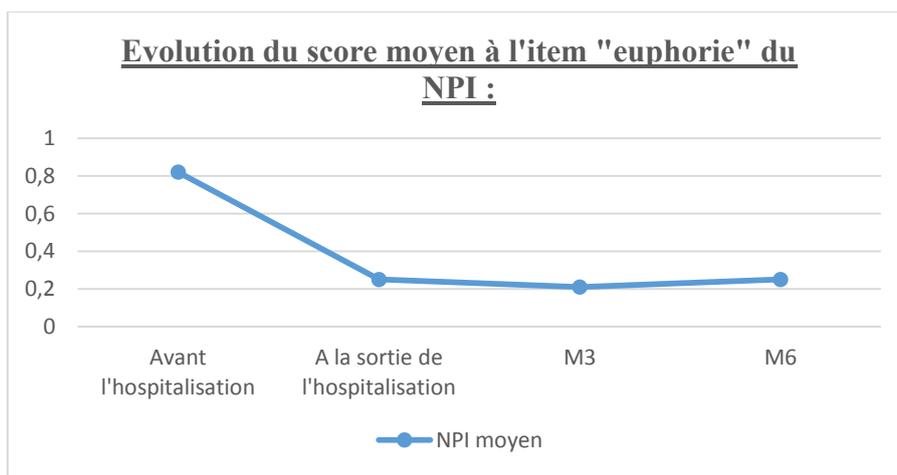


f – Item « euphorie » :

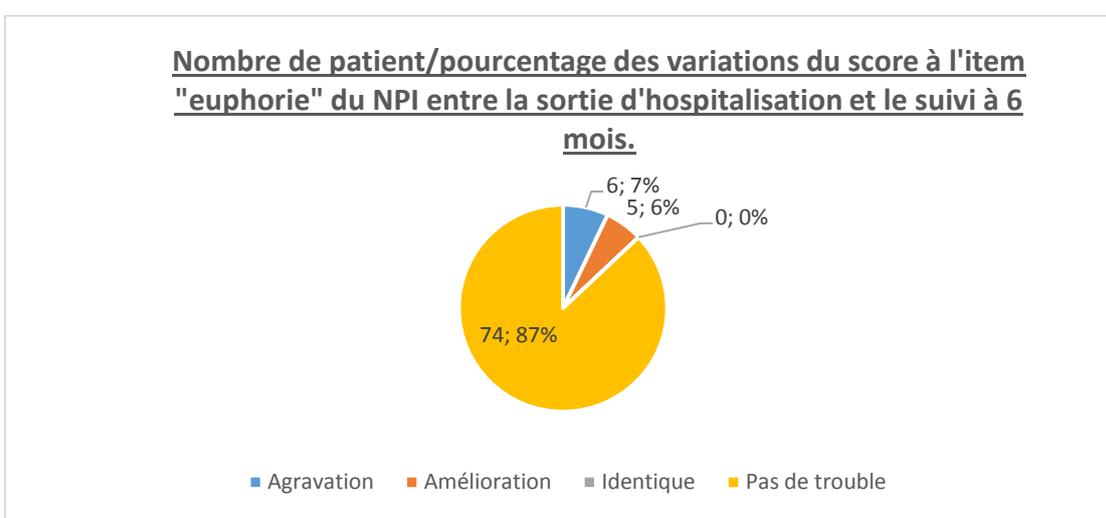
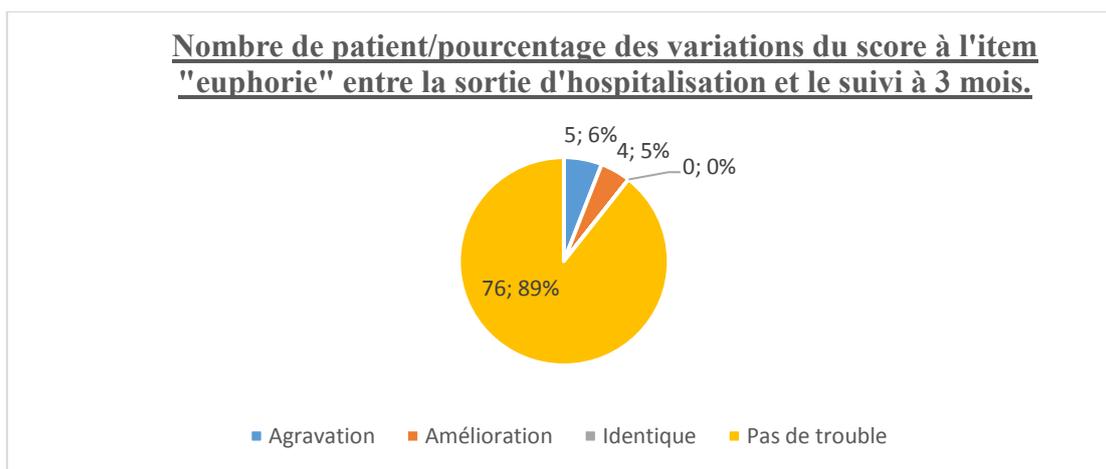
Evolution du score moyen à l'item « euphorie » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|-------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 0.82 (+/- 2.05) | 0.25 (+/- 1.07) | 0.21 (+/- 1.04) | 0.25 (+/- 1.13) |

Diagramme :



Evolution du score à l'item « euphorie » du NPI en fonction du temps :

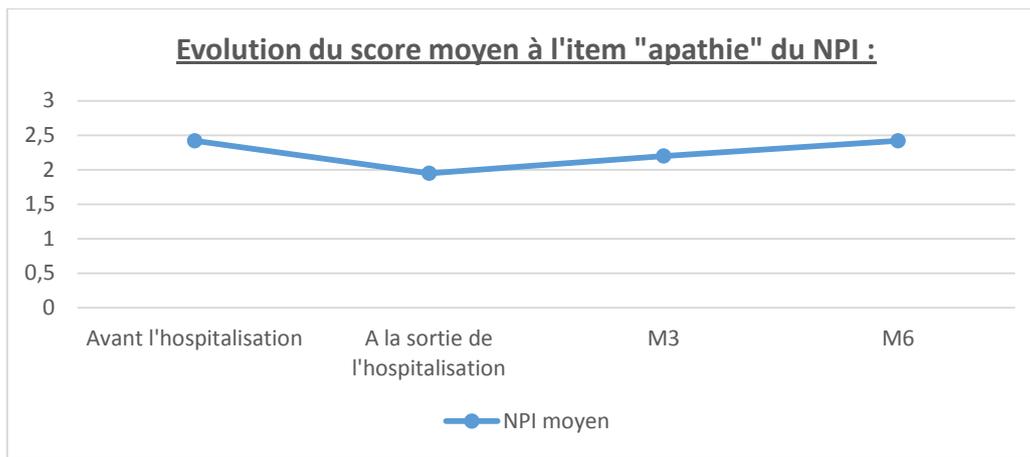


g – Item « apathie » :

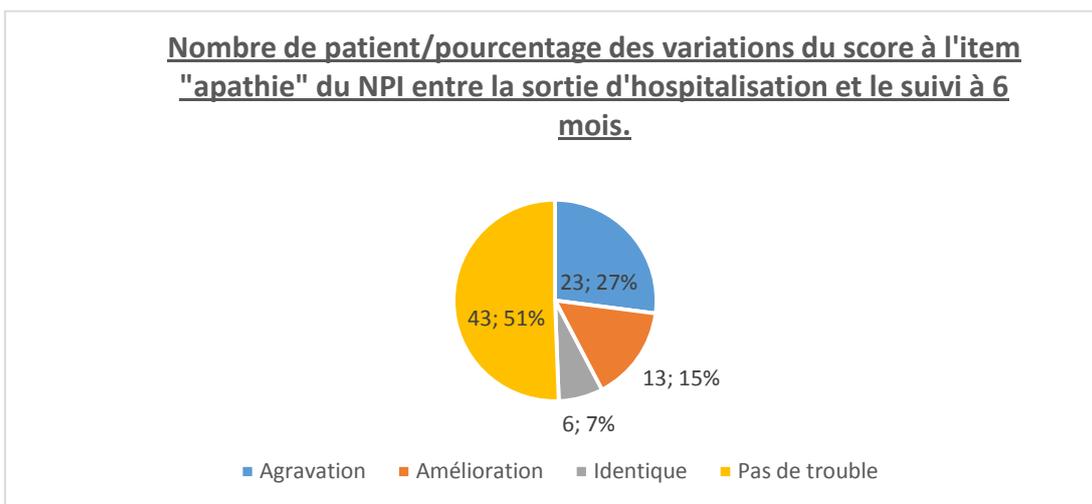
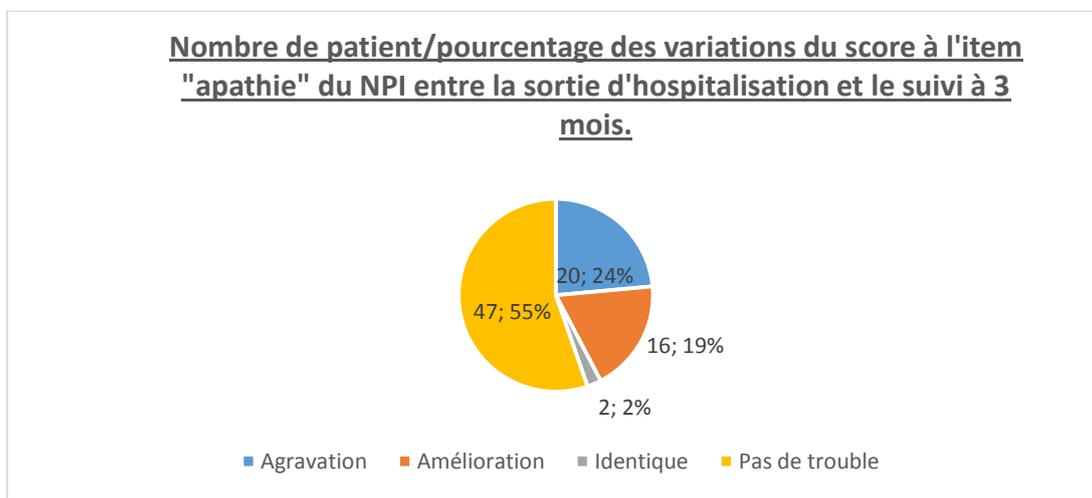
Score moyen à l'item « apathie » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Score moyen du NPI | 2.42 (+/- 4.13) | 1.95 (+/- 3.79) | 2.2 (+/- 3.52) | 2.42 (+/- 3.47) |

Diagramme :



Evolution du score à l'item « apathie » en fonction du temps :

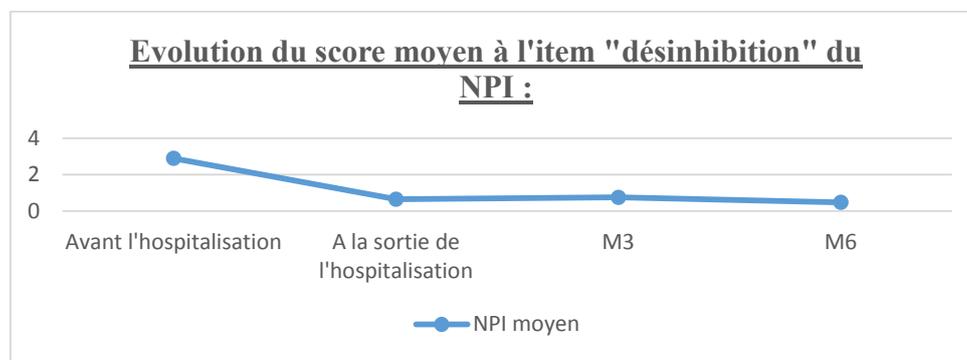


h – Item « désinhibition » :

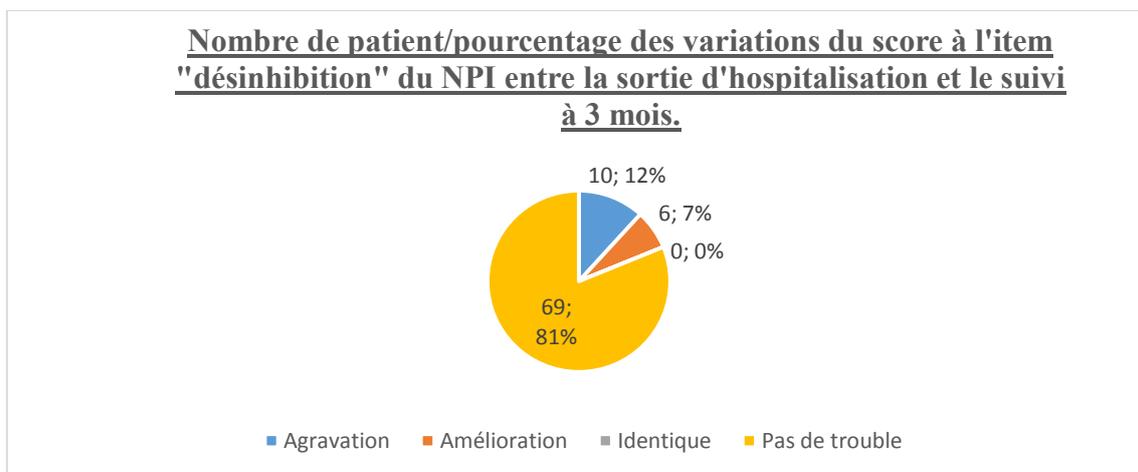
Evolution du score moyen à l'item « désinhibition » du NPI :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 2.89 (+/- 4.13) | 0.64 (+/- 1.94) | 0.74 (+/- 2.46) | 0.47 (+/- 1.48) |

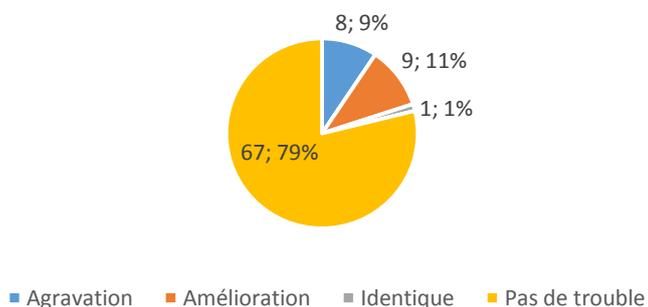
Diagramme :



Evolution du score à l'item « désinhibition » du NPI en fonction du temps :



Nombre de patient/pourcentage des variations du score à l'item "désinhibition" du NPI entre la sortie d'hospitalisation et le suivi à 6 mois.

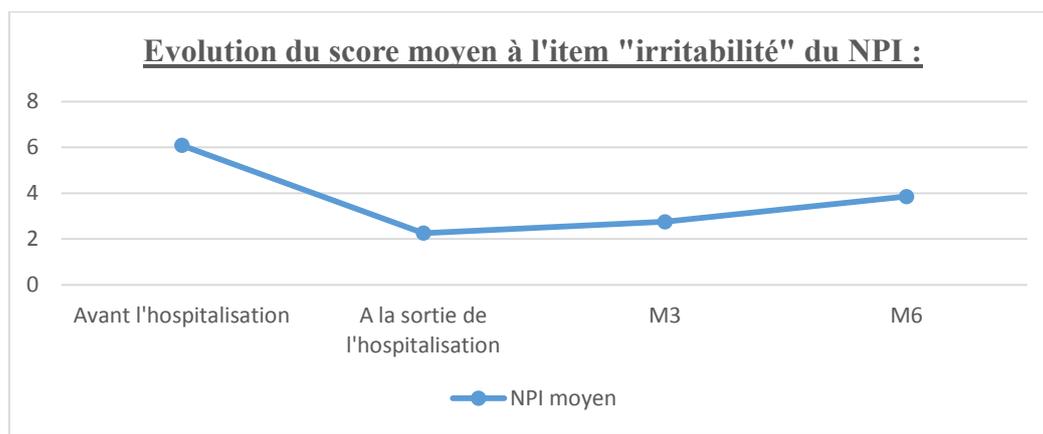


i – Item « irritabilité » :

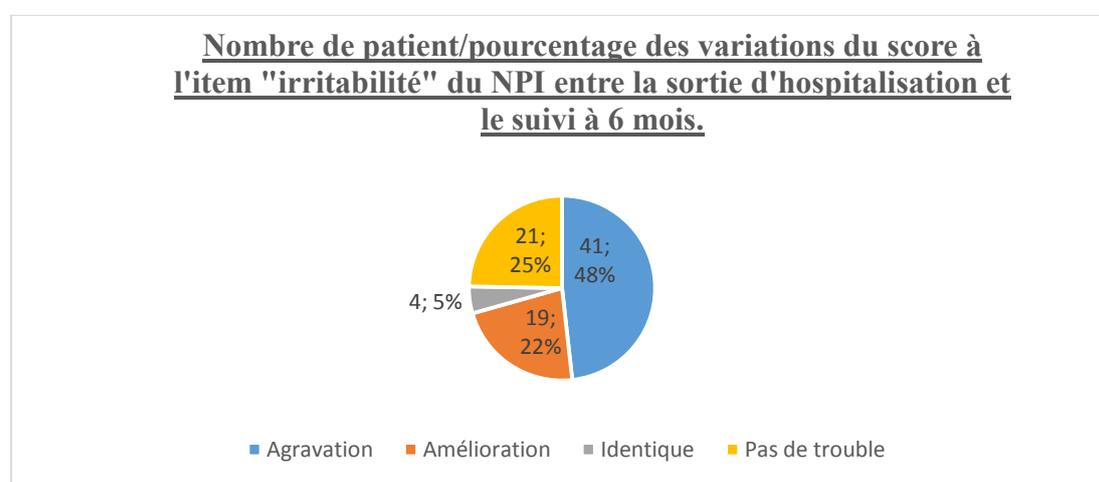
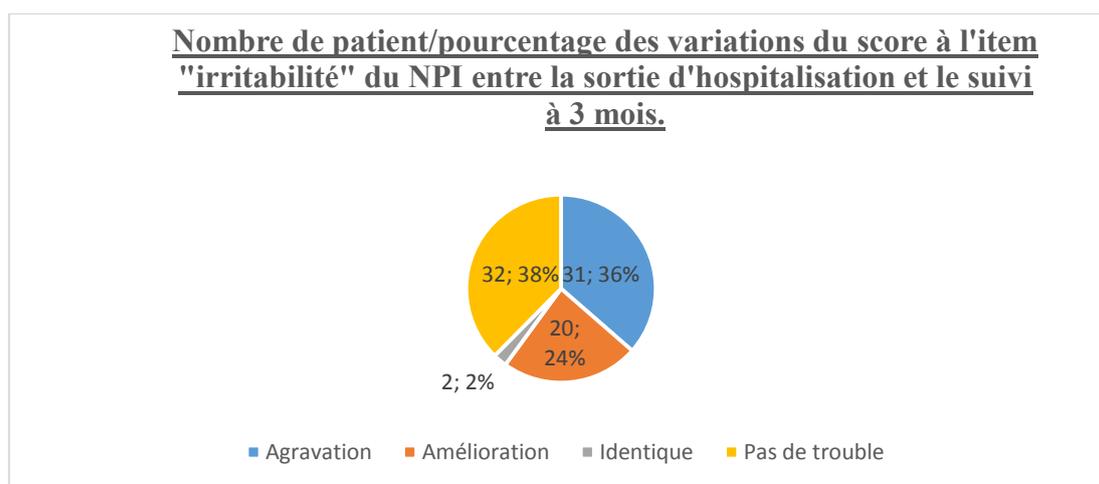
Evolution du score moyen à l'item du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Score moyen du NPI | 6.09 (+/- 4.41) | 2.26 (+/- 3.27) | 2.75 (+/- 3.79) | 3.85 (+/- 4.16) |

Diagramme :



Evolution du score à l'item « irritabilité » du NPI en fonction du temps :

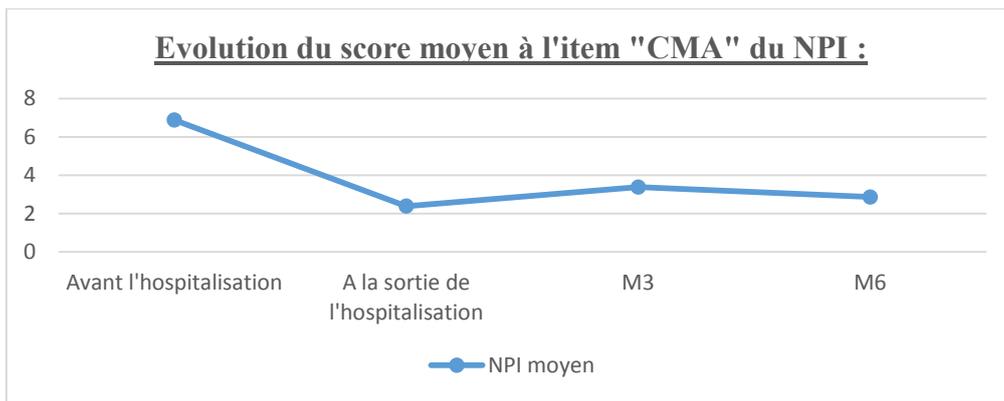


j – Item « comportements moteurs aberrants » :

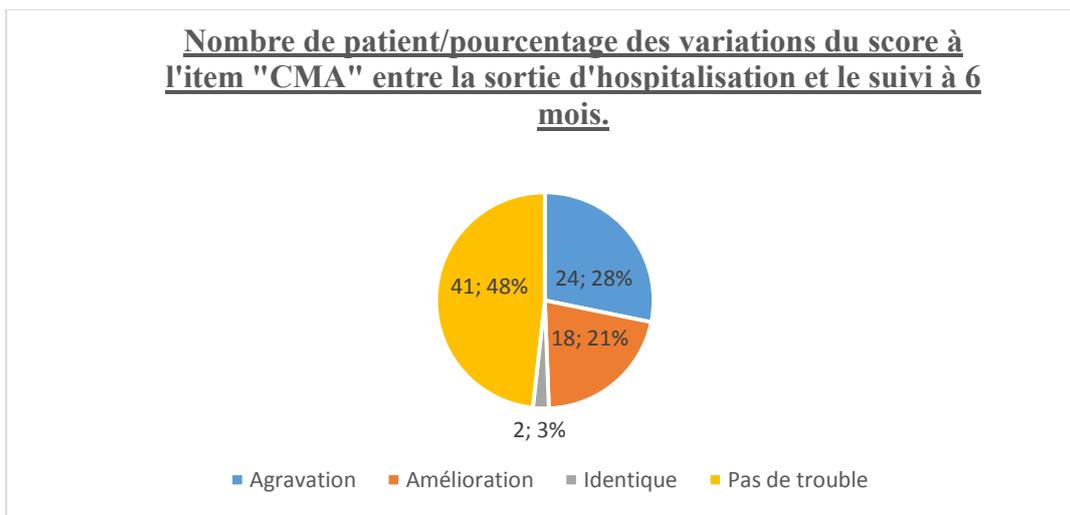
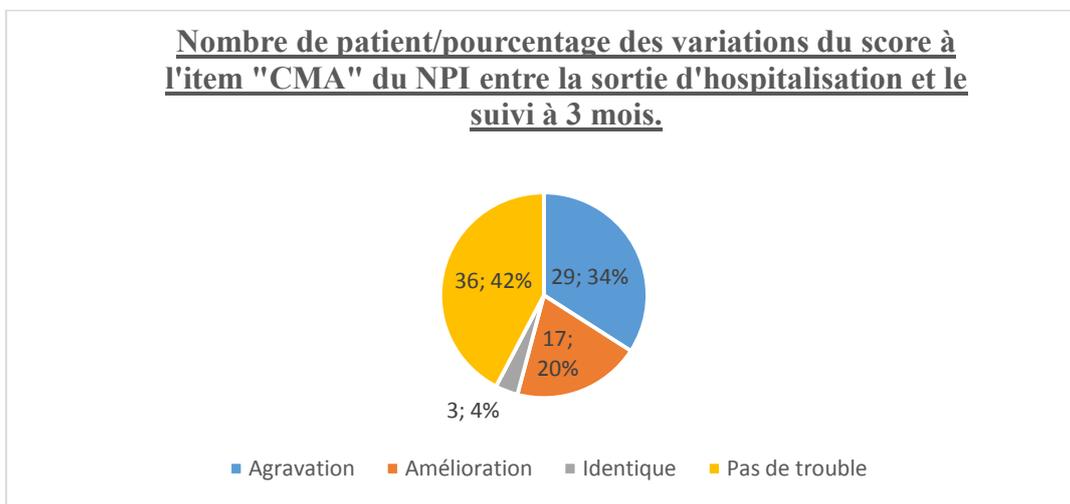
Evolution du score moyen à l'item « comportements moteurs aberrants » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Score moyen du NPI | 6.88 (+/- 5.16) | 2.39 (+/- 3.99) | 3.38 (+/- 4.24) | 2.86 (+/- 4.09) |

Diagramme :



Evolution du score à l'item « CMA » du NPI en fonction du temps :

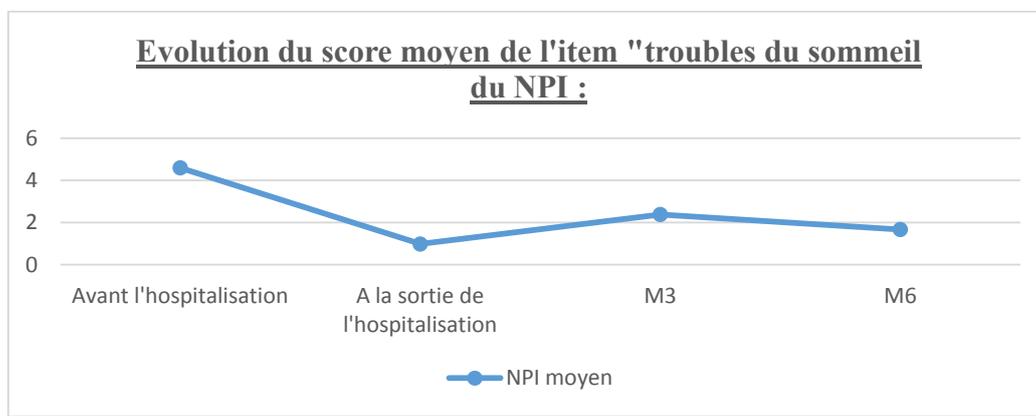


k – Item « troubles du sommeil » :

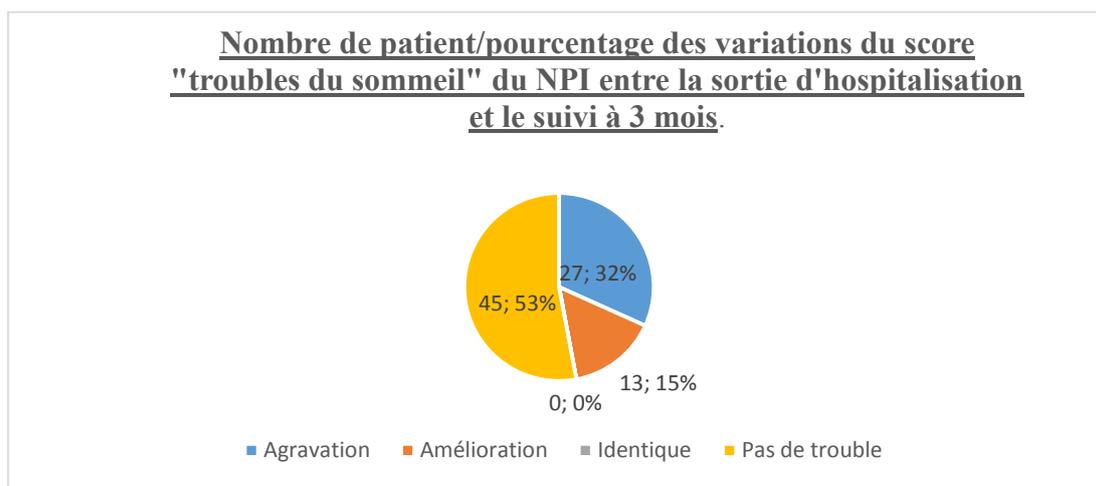
Evolution du score moyen à l'item « troubles du sommeil » du NPI en fonction du temps :

| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|---------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyen du NPI | 4.59 (+/- 4.89) | 0.98 (+/- 2.40) | 2.38 (+/- 3.81) | 1.67 (+/- 3.14) |

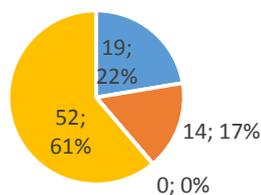
Diagramme :



Evolution du score de l'item « troubles du sommeil » du NPI en fonction du temps :



**Nombre de patient/pourcentage des variations à l'item
"troubles du sommeil" du NPI entre la sortie d'hospitalisation
et le suivi à 6 mois.**



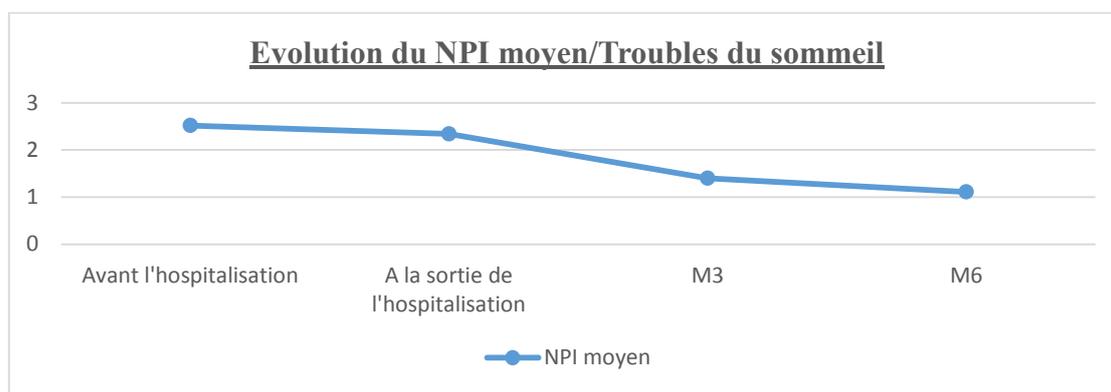
■ Agravation ■ Amélioration ■ Identique ■ Pas de trouble

1 – Item « troubles de l'appétit » :

Evolution du score moyen à l'item « troubles de l'appétit » du NPI en fonction du temps :

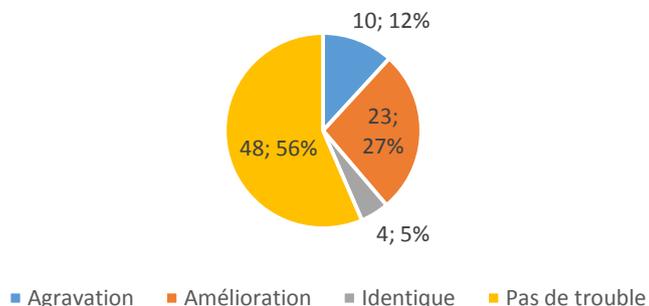
| | <u>Avant l'hospitalisation</u> | <u>A la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>A 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|-----------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| Score moyenne du NPI | 2.52 (+/- 4.12) | 2.34 (+/- 3.57) | 1.4 (+/- 3.18) | 1.11 (+/- 2.92) |

Diagramme :

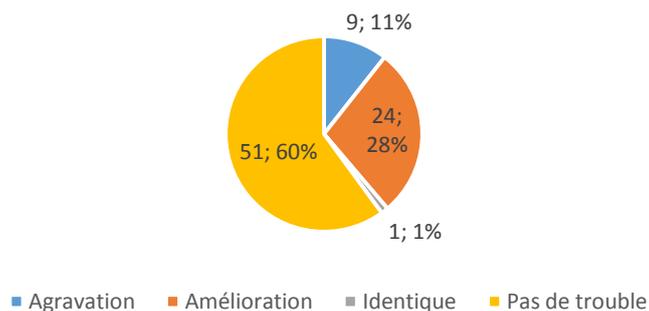


Evolution du score à l'item « troubles de l'appétit » du NPI en fonction du temps :

Nombre de patient/pourcentage des variations du score de l'item "troubles de l'appétit" du NPI entre la sortie d'hospitalisation et le suivi à 3 mois.



Nombre de patient/pourcentage des variations du score de l'item "troubles de l'appétit" du NPI entre la sortie d'hospitalisation et le suivi à 6 mois.



5 – Evolution des thérapeutiques :

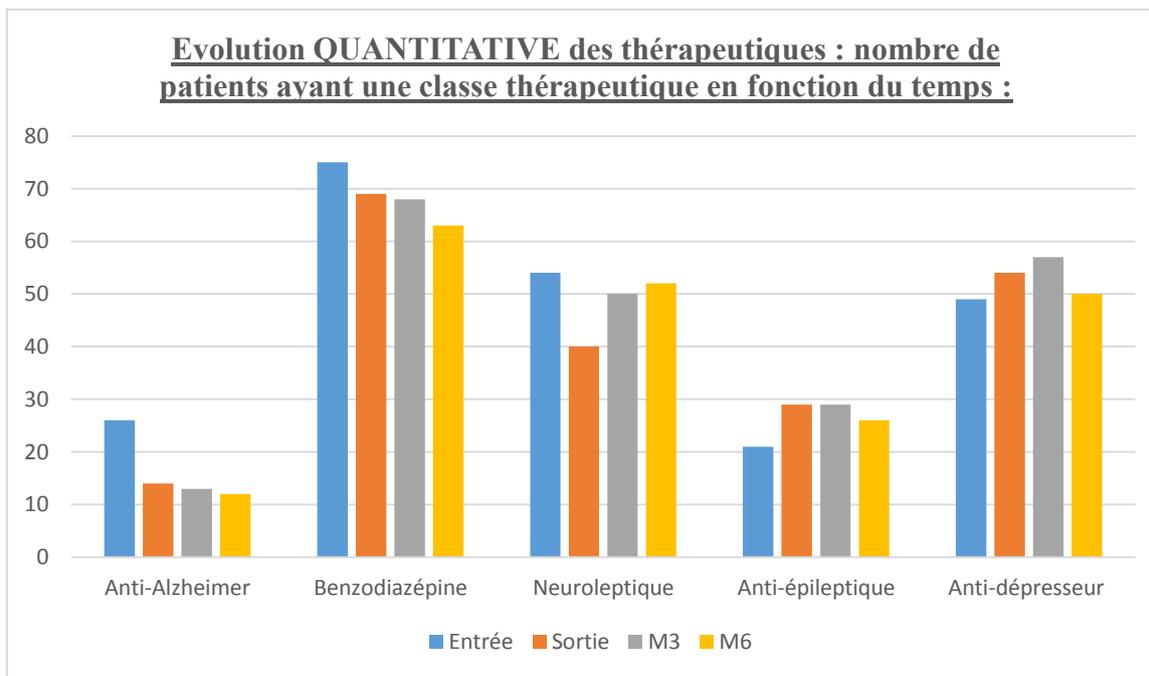
Un des objectifs de la création des UCC est de limiter les thérapeutiques entraînant une augmentation de la morbi-mortalité comme les benzodiazépines et les neuroleptiques. C'est pourquoi nous avons analysé l'évolution des thérapeutiques de la sortie de l'hospitalisation en UCC, à 3 mois et à 6 mois après la sortie.

a - Evolution quantitative de chaque traitement :

- Nombre de patients ayant dans son traitement, les différentes classes thérapeutiques utilisées dans le contrôle des troubles du comportement : total sur les 85 patients présents à la fin de l'étude :

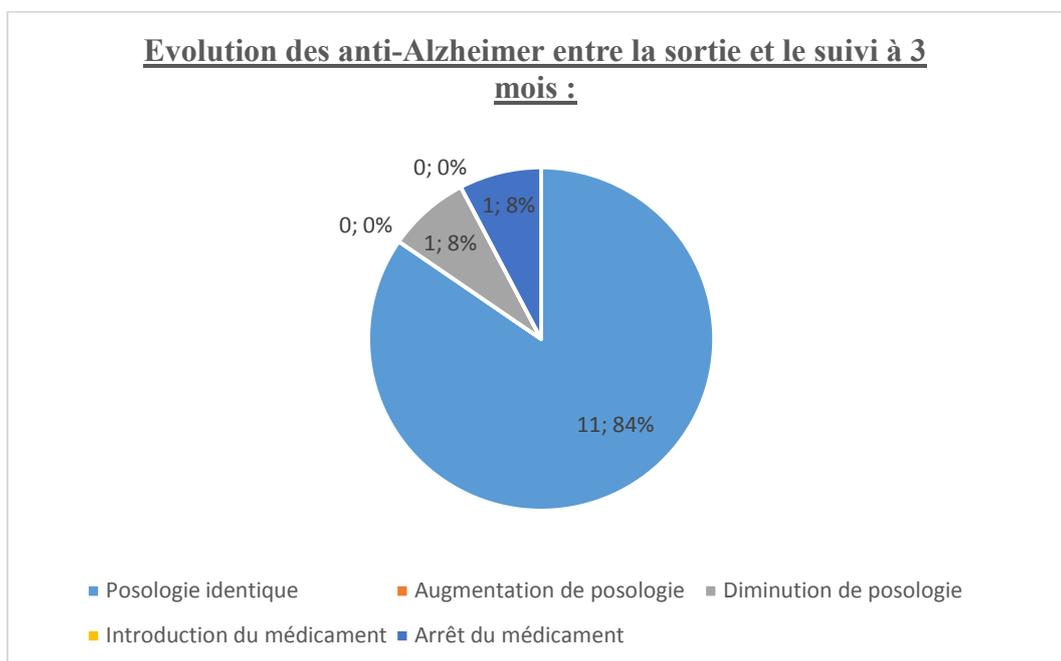
| | <u>Nombre de patient ayant cette thérapeutique dans son traitement à l'entrée de l'hospitalisation</u> | <u>Nombre de patient ayant cette thérapeutique dans son traitement à la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>Nombre de patient ayant cette thérapeutique dans son traitement à 3 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> | <u>Nombre de patient ayant cette thérapeutique dans son traitement à 6 mois de la sortie de l'hospitalisation</u> |
|------------------------------------|--|---|---|---|
| <u>Traitement anti-Alzheimer</u> | 26 (30.59%) | 14 (16.47%) | 13 (15.29%) | 12 (14.12) |
| <u>Traitement benzodiazépine</u> | 75 (88.23%) | 69 (81.18%) | 68 (80.00%) | 63 (74.12%) |
| <u>Traitement neuroleptique</u> | 54 (63.53%) | 40 (47.06%) | 50 (58.82%) | 52 (61.18%) |
| <u>Traitement antiépileptiques</u> | 21 (24.71%) | 29 (34.12%) | 29 (34.12%) | 26 (30.59%) |
| <u>Traitement antidépresseur</u> | 49 (57.65%) | 54 (63.53%) | 57 (67.06%) | 50 (58.82%) |

- Diagramme récapitulatif :

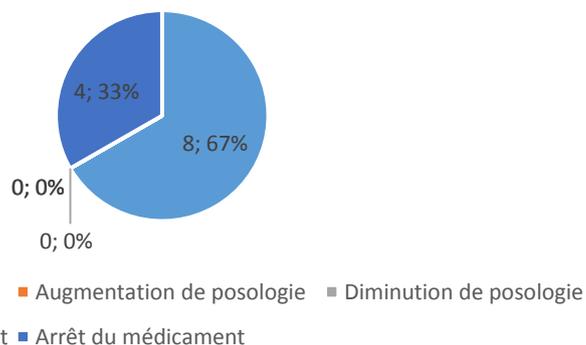


b - Evolution qualitative de chaque traitement :

- **Les anti-Alzheimer :**

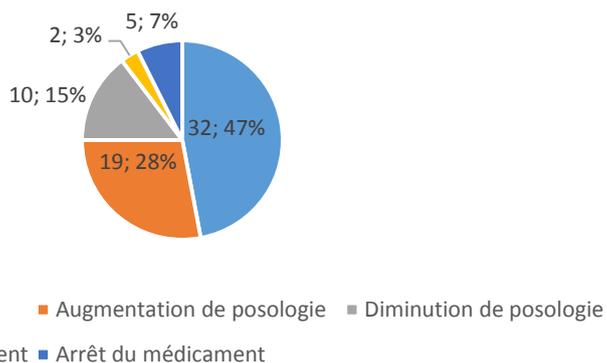


Evolution des anti-Alzheimer entre la sortie et le suivi à 6 mois :

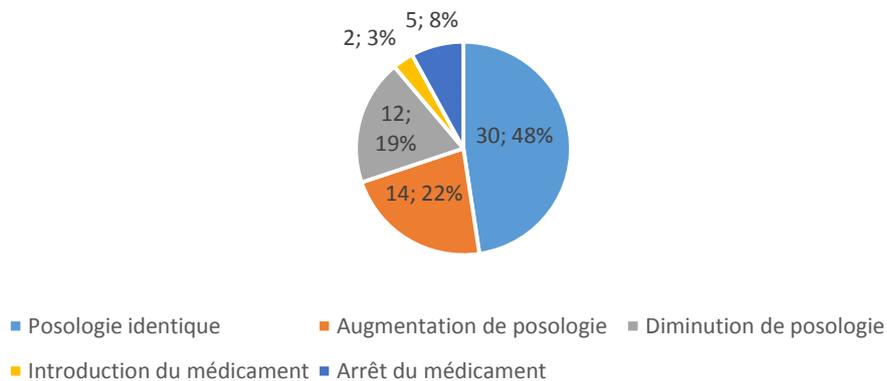


- Les benzodiazépines :

Evolution des benzodiazépines entre la sortie et le suivi à 3 mois :

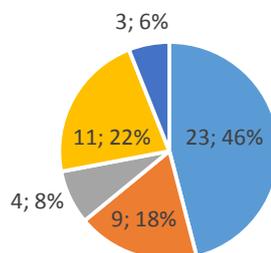


Evolution des benzodiazépines entre la sortie et le suivi à 6 mois :



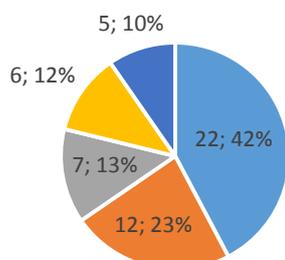
- Les neuroleptiques :

Evolution des neuroleptiques entre la sortie et le suivi à 3 mois :



■ Posologie identique ■ Augmentation de posologie ■ Diminution de posologie
 ■ Introduction du médicament ■ Arrêt du médicament

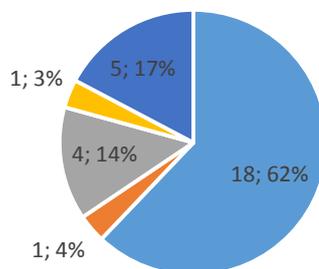
Evolution des neuroleptiques entre la sortie et le suivi à 6 mois :



■ Posologie identique ■ Augmentation de posologie ■ Diminution de posologie
 ■ Introduction du médicament ■ Arrêt du médicament

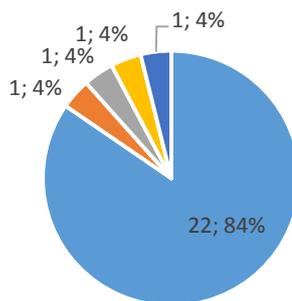
- Les antiépileptiques :

Evolution des anti-épileptiques entre la sortie et le suivi à 3 mois :



■ Posologie identique ■ Augmentation de posologie ■ Diminution de posologie
 ■ Introduction du médicament ■ Arrêt du médicament

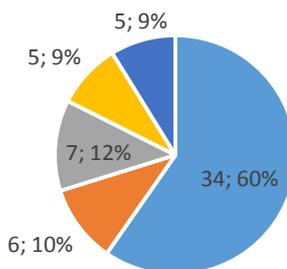
Evolution des anti-épileptiques entre la sortie et le suivi à 6 mois :



■ Posologie identique ■ Augmentation de posologie ■ Diminution de posologie
 ■ Introduction du médicament ■ Arrêt du médicament

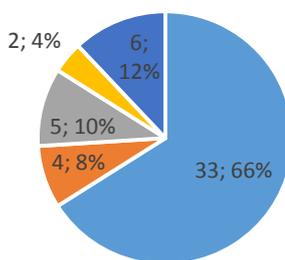
• **Les antidépresseurs :**

Evolution des anti-dépresseurs entre la sortie et le suivi à 3 mois :



■ Posologie identique ■ Augmentation de posologie ■ Diminution de posologie
 ■ Introduction du médicament ■ Arrêt du médicament

Evolution des anti-dépresseurs entre la sortie et le suivi à 6 mois :



■ Posologie identique ■ Augmentation de posologie ■ Diminution de posologie
 ■ Introduction du médicament ■ Arrêt du médicament

D/ ANALYSE DES PATIENTS DECEDES PENDANT L'ETUDE :

1 – Analyse de la population :

21 patients sont décédés sur la durée totale de l'étude. 15 patients étaient décédés au suivi à 3 mois et 6 patients sont décédés entre le suivi à 3 mois et le suivi à 6 mois.

7 hommes, 14 femmes.

Age moyen homme + femme : 83,62 ans (de 93 ans à 73ans, moyenne +/- 6.22).

Age moyen homme : 79,57 ans (de 87 ans à 73 ans, moyenne +/- 4.72).

Age moyen femme : 85,93 ans (de 93 ans à 73 ans, moyenne +/- 6.01).

2 – Analyse des comorbidités des patients décédés :

Pathologie à l'origine des troubles du comportement :

Démence type Alzheimer ou autre : 15 patients soit 71.4%.

Pathologie psychiatrique : 4 patients soit 19.0%.

Syndrome confusionnel isolé : 2 patients soit 9.5%.

Symptômes présentés à l'entrée (basé sur une score NPI > ou égal à 4 :

Idées délirantes : 8 patients soit 38.10%

Hallucinations : 5 patients soit 23.8%

Agitation : 16 patients soit 76.19%

Dépression : 13 patients soit 61.90%

Anxiété : 11 patients soit 52.38%

Euphorie : 1 patient soit 4.76%

Apathie : 8 patients soit 38.10%

Désinhibition : 4 patients soit 19.05%

Irritabilité : 8 patients soit 38.10%

Comportements moteurs aberrants : 8 patients soit 38.10%

Trouble du sommeil : 9 patients soit 42.86%

Trouble de l'appétit : 13 patients soit 61.90%

Nombre de symptômes par patient :

Nombre de symptôme par patient, pour une valeur de NPI à l'entrée $>$ ou $=$ à 4 :

0 symptôme : 0 patient.

1 symptôme : 0 patient.

2 symptômes : 4 patients soit 19.05%.

3 symptômes : 2 patients soit 9.52%.

4 symptômes : 3 patients soit 14.29%.

5 symptômes : 4 patients soit 19.05%.

6 symptômes : 5 patients soit 23.81%.

7 symptômes : 1 patient soit 4.76%.

8 symptômes : 2 patients soit 9.52%.

12 patients ont 5 et plus, critères de NPI supérieurs ou égal à 4 soit 57.14% des patients.

Pathologies à priori responsable du décès :

Démence évoluée : 11 patients soit 52.4%.

Pathologie néoplasique : 2 patients soit 9.5%.

Chute : 3 patients soit 14.3%.

Accident vasculaire cérébral : 1 patient soit 0.05%

Indéterminé : 4 patients soit 19.0%.

3 – Caractéristiques des différents critères de NPI des patients décédés :

Moyenne des NPI avant l'hospitalisation : 40.71 (+/- 17.33).

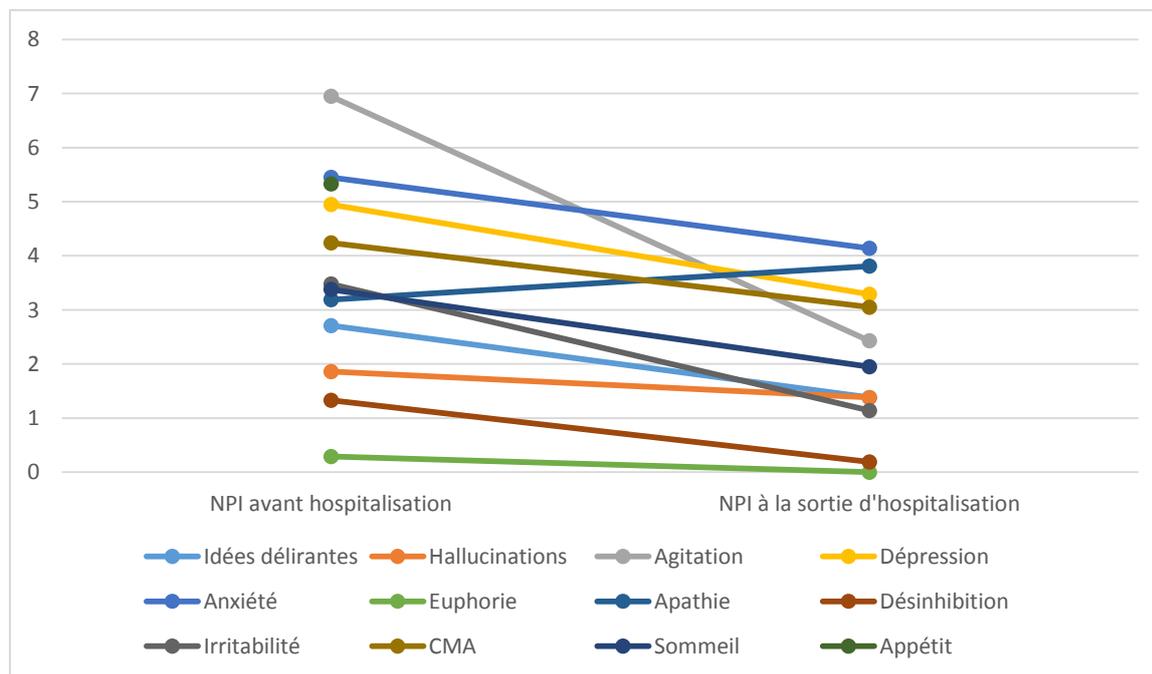
Moyenne des NPI à la sortie de l'hospitalisation : 28.62 (+/- 16.82).

Evolutions des différents items du NPI en fonction du temps :

| | <u>NPI avant l'hospitalisation :</u> | <u>NPI à la sortie de l'hospitalisation :</u> |
|----------------------------------|---|--|
| <u>Idées délirantes :</u> | 2.71 (+/- 3.94) | 1.38 (+/- 3.04) |
| <u>Hallucinations :</u> | 1.86 (+/- 3.50) | 1.38 (+/- 3.53) |
| <u>Agitation :</u> | 6.95 (+/- 4.58) | 2.43 (+/- 3.53) |

| | | |
|---|-----------------|-----------------|
| <u>Dépression :</u> | 4.95 (+/- 4.49) | 3.29 (+/- 4.37) |
| <u>Anxiété :</u> | 5.45 (+/- 5.08) | 4.14 (+/- 5.12) |
| <u>Euphorie :</u> | 0.29 (+/- 1.31) | 0 |
| <u>Apathie :</u> | 3.19 (+/- 4.64) | 3.81 (+/- 5.29) |
| <u>Désinhibition :</u> | 1.33 (+/- 3.12) | 0.19 (+/- 0.87) |
| <u>Irritabilité :</u> | 3.48 (+/- 4.99) | 1.14 (+/- 2.15) |
| <u>Comportements moteurs aberrants :</u> | 4.24 (+/- 5.46) | 3.05 (+/- 4.84) |
| <u>Sommeil :</u> | 3.38 (+/-3.46) | 1.95 (+/- 3.53) |
| <u>Appétit :</u> | 5.33 (+/- 4.56) | 5.95 (+/- 5.80) |

Graphique récapitulatif :



4- Thérapeutiques initiales et à la sortie d'hospitalisation des patients décédés :

Evolution du traitement entre l'entrée et la sortie de l'hospitalisation :

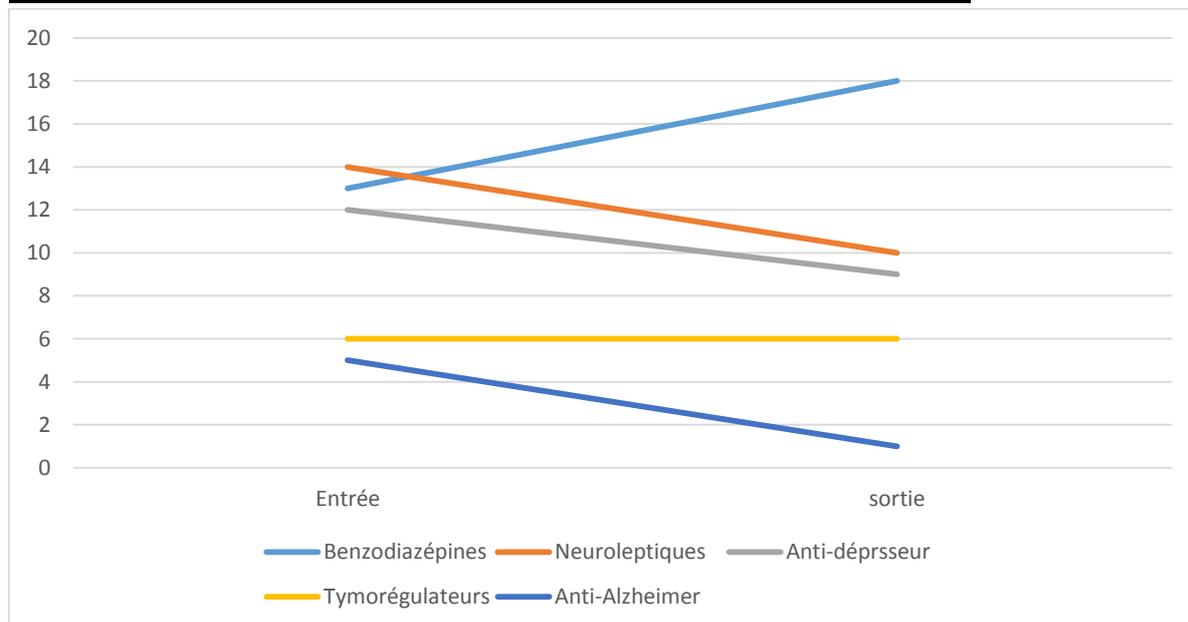


Tableau récapitulatif :

| Traitement | Entrée/nombre de patient | Sortie/nombre de patient |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Benzodiazépines | 13 | 18 |
| Neuroleptiques | 14 | 10 |
| Antidépresseurs | 12 | 9 |
| Tymorégulateurs | 6 | 6 |
| Anti-Alzheimer | 5 | 1 |

E/ ANALYSE DES QUESTIONS ANNEXES AU NPI ET AUX THERAPEUTIQUES : ré hospitalisations (nombre/motifs), changement de lieu de vie, avis subjectif de l'entourage :

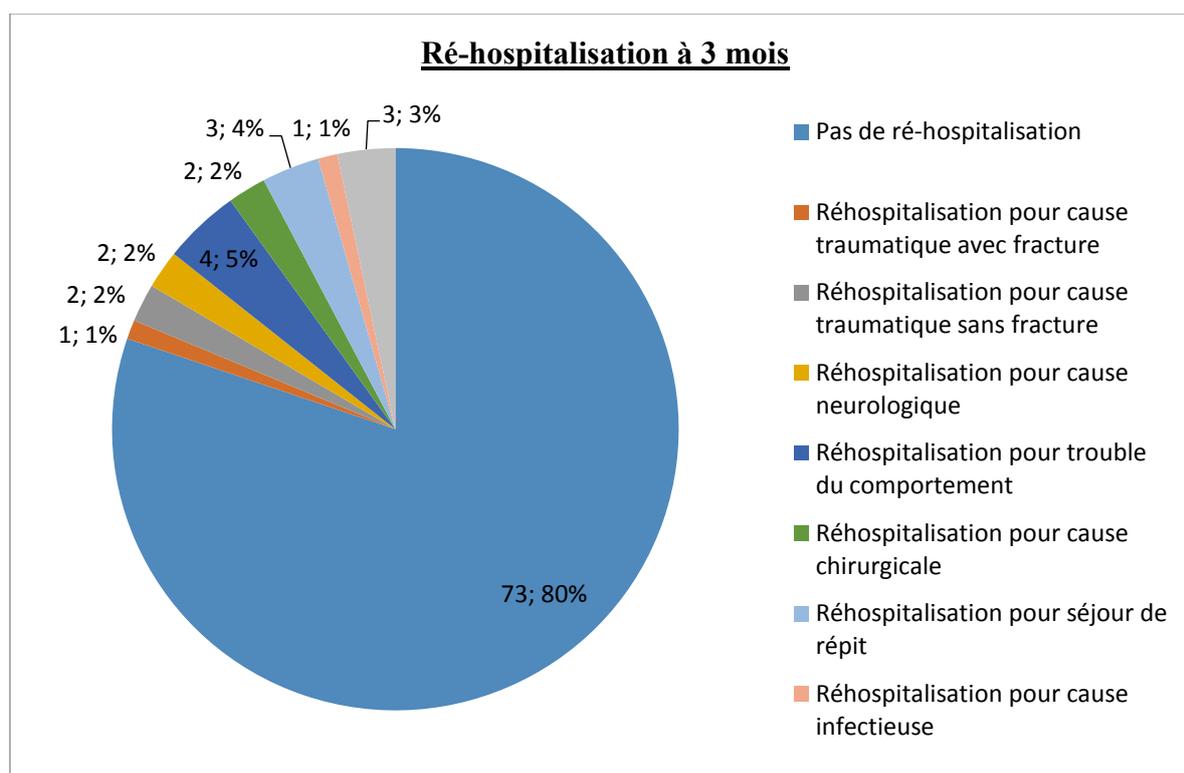
1 – Ré-hospitalisations :

a - A 3 mois :

Sur les 91 patients inclus, 73 patients n'ont pas été ré-hospitalisé (80,22%), 18 patients ont été ré-hospitalisé (19,78%).

Sur les 18 patients ayant été ré-hospitalisé, divers motifs d'hospitalisation ont été retenus :

- 1 patient pour cause traumatique avec fracture, 1%.
- 2 patients pour cause traumatique sans fracture, 2%.
- 2 patients pour cause neurologique, 2%.
- 4 patients pour cause de trouble du comportement, 5%.
- 2 patients pour cause chirurgicale, 2%.
- 3 patients pour séjour de répit, 4%.
- 1 patient pour cause infectieuse, 1%.
- 3 patients pour une autre cause, 3%.



b –Ré-hospitalisations entre le suivi à 3 mois et le suivi à 6 mois.

Sur les 85 patients inclus, 67 patients n'ont pas été ré-hospitalisé (79%), 18 patients ont été ré-hospitalisé (21%).

Sur les 18 patients ayant été ré-hospitalisé, divers motifs d'hospitalisation ont été retenus :

- 1 patient pour cause traumatique avec fracture, 1%.
- 1 patient pour cause traumatique sans fracture, 1%.
- 1 patient pour cause neurologique, 1%.
- 5 patients pour cause de trouble du comportement, 6%.
- 2 patients pour cause cardio-vasculaire, 3%.
- 4 patients pour séjour de répit, 5%.
- 2 patients pour cause infectieuse, 2%.
- 2 patients pour une autre cause, 2%.

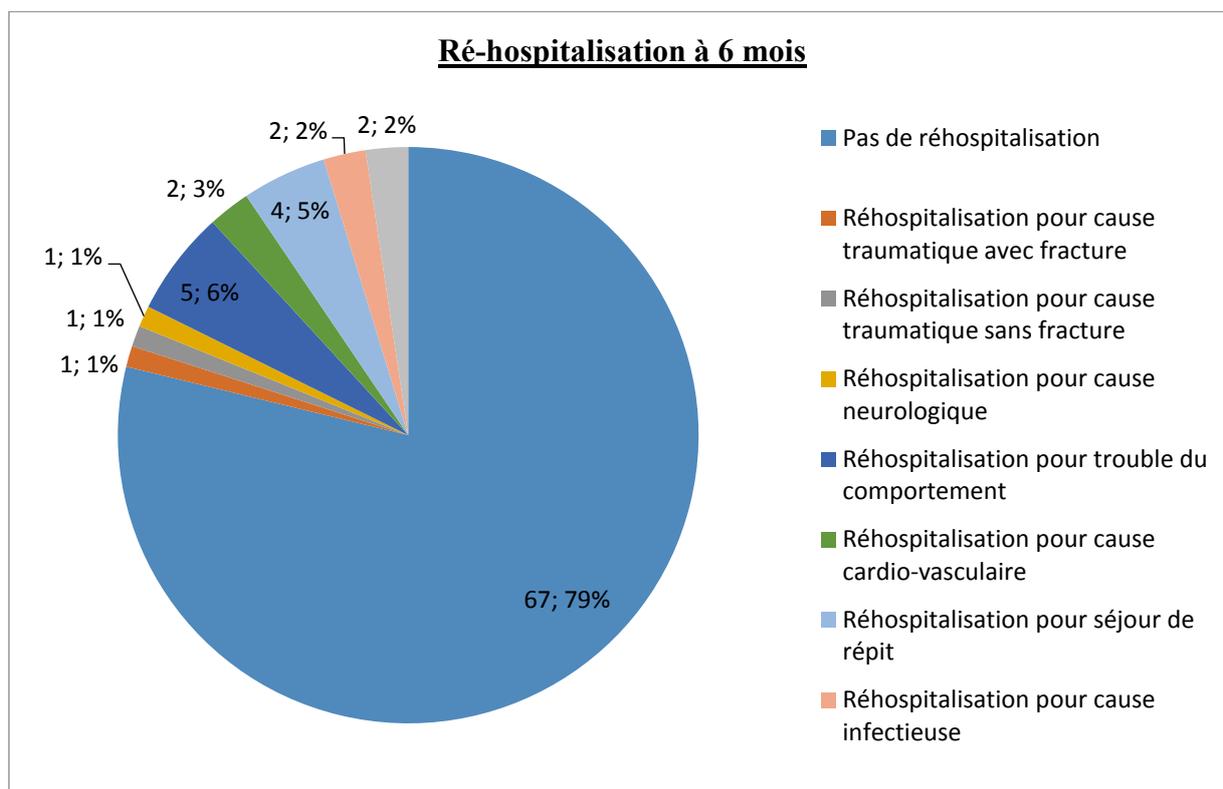


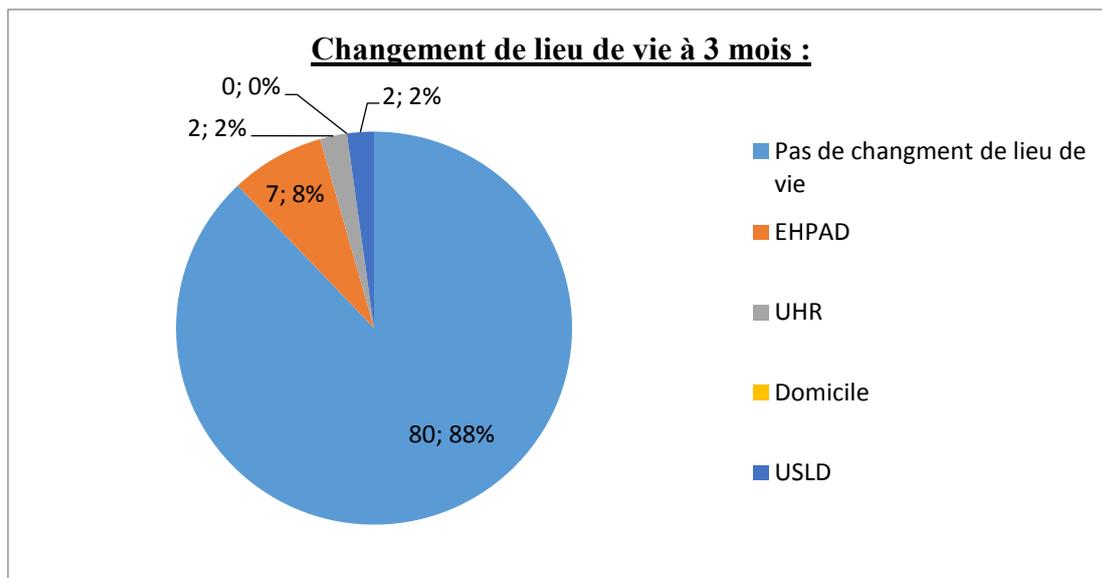
TABLEAU SYNTHETIQUE DES MOTIFS DE RE-HOSPITALISATION :

| Cause : | Ré-hospitalisation à M3. | Ré-hospitalisation entre M3 et M6. |
|----------------------------|---------------------------------|---|
| Traumatisme avec fracture. | 1% | 1% |
| Traumatisme sans fracture. | 2% | 1% |
| Cause neurologique. | 2% | 1% |
| Trouble du comportement. | 5% | 6% |
| Cause chirurgicale. | 2% | 0% |
| Séjour de répit. | 4% | 3% |
| Cause infectieuse. | 1% | 5% |
| Cause cardio-vasculaire. | 0% | 2% |
| Autre cause. | 3% | 2% |
| TOTAL : | 19,78% | 21% |

2 – Changement de lieu de vie :

a - A 3 mois, sur les 106 patients, 15 patients sont décédés et concernant le changement de lieu de vie, sur les 91 patients :

- 80 patients n'ont pas eu de changement de lieu de vie, 88%.
- 7 patients sont entrés en EHPAD ou ont changé d'EHPAD, 8%.
- 2 patients sont entrés en UHR, 2%.
- 0 patient a eu un changement de lieu de vie pour son domicile, 0%.
- 2 patients sont entrés en USLD, 2%.



b - A 6 mois, sur les 106 patients, 21 patients sont décédés et concernant le changement de lieu de vie, sur les 85 patients :

- 80 patients n'ont pas eu de changement de lieu de vie, 94%.
- 3 patients sont entrés en EHPAD ou ont changé d'EHPAD, 4%.
- 1 patient est entré en UHR, 1%.
- 1 patient a eu un changement de lieu de vie pour son domicile, 1%.
- 0 patient est entré en USLD, 0%.

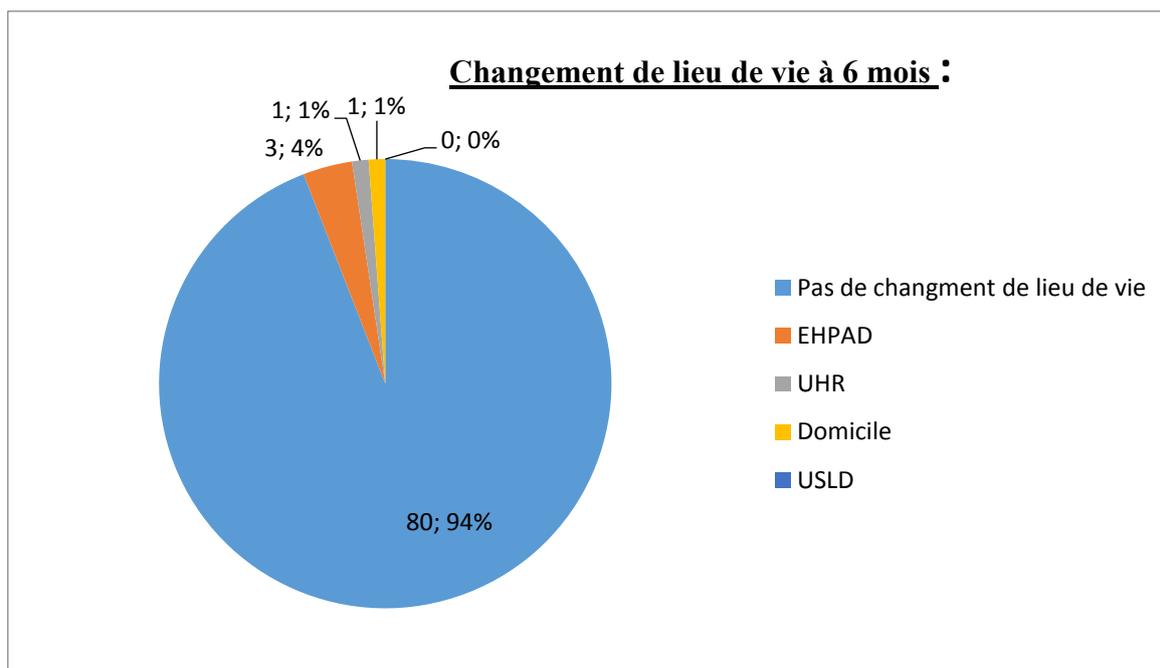


TABLEAU SYNTHETIQUE / CHANGEMENT DE LIEU DE VIE :

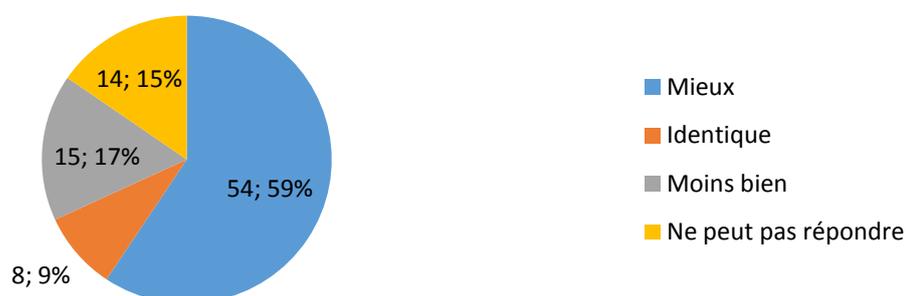
| | Absence de changement de lieu de vie. | Changement de lieu de vie pour une EHPAD ou changement d'EHPAD. | Changement de lieu de vie pour une UHR. | Changement de lieu de vie pour un retour à domicile. | Changement de lieu de vie pour une USLD. |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|--|
| Evolution entre la sortie et M3 : | 88% | 8% | 2% | 0% | 2% |
| Evolution entre M3 et M6 : | 94% | 4% | 1% | 1% | 0% |

3 – Avis subjectif de l'entourage de l'état des patients par rapport à avant l'hospitalisation :

a - A 3 mois, sur les 106 patients, 15 patients sont décédés et concernant l'avis subjectif du personnel soignant ou aidant, sur l'état actuel du patient par rapport à avant l'hospitalisation, sur les 91 patients :

- Le personnel soignant ou aidant considère une amélioration de l'état actuel du patient par rapport à avant l'hospitalisation en UCC pour 54 patients, 59%.
- Le personnel soignant ou aidant considère que l'état du patient est identique à avant l'hospitalisation pour 8 patients, 9%.
- Le personnel soignant ou aidant considère que l'état actuel du patient est moins bien qu'avant l'hospitalisation pour 15 patients, 17%.
- Le personnel soignant ou aidant n'était pas dans la possibilité de répondre à cette question pour 14 patients, 15%.

Etat subjectif du patient par rapport à avant l'hospitalisation en UCC, à 3 mois :



b - A 6 mois, sur les 106 patients, 21 patients sont décédés et concernant l'avis subjectif du personnel soignant ou aidant, sur l'état actuel du patient par rapport à avant l'hospitalisation, sur les 85 patients :

- Le personnel soignant ou aidant considère une amélioration de l'état actuel du patient par rapport à avant l'hospitalisation en UCC pour 52 patients, 61%.
- Le personnel soignant ou aidant considère que l'état du patient est identique à avant l'hospitalisation pour 3 patients, 3%.
- Le personnel soignant ou aidant considère que l'état actuel du patient est moins bien qu'avant l'hospitalisation pour 18 patients, 21%.
- Le personnel soignant ou aidant n'était pas dans la possibilité de répondre à cette question pour 10 patients, 12%.

Etat actuel du patient par rapport à avant l'hospitalisation en UCC, à 6 mois :



TABLEAU SYNTHETIQUE SUR L'ETAT SUBJECTIF DES PATIENTS PAR RAPPORT A AVANT L'HOSPITALISATION :

| | Amélioration. | Identique. | Détérioration. | Ne peut pas répondre. |
|--|---------------|------------|----------------|-----------------------|
| Entre M3 et avant l'hospitalisation en UCC : | 59% | 9% | 17% | 15% |
| Entre M6 et avant l'hospitalisation en UCC : | 63% | 3% | 21% | 12% |

IV] DISCUSSION :

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'apport de L'UCC dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD). Plusieurs études ont déjà montré leur intérêt sur le plan de l'amélioration du comportement mais uniquement à court terme, à 21 jours maximum.

Notre étude est la première à réaliser un suivi au long court des patients, à 3 mois et à 6 mois de leur sortie d'hospitalisation et à évaluer la situation sur le plan du comportement mais aussi sur le plan thérapeutique. Il n'y a actuellement aucune donnée dans la littérature.

Le message principal délivré par la Haute Autorité de Santé (2) et du plan Alzheimer 2008-2012 (4) est de limiter au maximum l'utilisation et l'augmentation de posologie de traitements délétères comme les neuroleptiques et les benzodiazépines, qui augmentent la mortalité de ces patients.

Les UCC ont été créées en France à partir de 2008 (4) pour tenter de traiter les troubles du comportement des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée en utilisant le moins possible ces thérapeutiques délétères qui augmentent la morbi-mortalité au long court.

106 patients ont été intégrés dans notre étude sur la période de Février 2013 à Janvier 2014 inclus. 56 femmes (soit 52.83%) et 50 hommes (soit 47.10%) ont été inclus, la moyenne d'âge globale est à 79.82ans (82.07 ans pour les femmes et 77,47 ans pour les hommes). 79 patients soit 74.53% de la population étudiée présentait une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (MAMA). Ces patients venaient essentiellement d'EHPAD pour 62.26% et de leur domicile pour 17.92% d'entre eux. Ils présentaient tous (à l'exception d'un patient) des SCPD avec pour 73.58% d'en eux, cinq critères de NPI ou plus, supérieur ou égal à 4. Ces patients remplissaient donc bien les critères du cahier des charges de l'UCC (6).

Pendant la durée de l'étude 21 patients sont décédés (15 patients étaient décédés au suivi à 3 mois et 6 patients sont décédés entre le suivi à 3 mois et le suivi à 6 mois). Les patients décédés étaient en moyenne plus âgés que les autres patients de l'étude avec une moyenne d'âge à 83.62 ans (versus 78.80 ans pour le reste de la population de l'étude). Sur le plan thérapeutique, le nombre de patients traités par neuroleptiques et par benzodiazépines avant l'hospitalisation, étaient également plus bas (respectivement, 66.67% et 61.90%) par rapport aux autres patients (63.53% du reste des patients de l'étude avaient des neuroleptiques dans leur traitement d'entrée et 88.23% avaient des benzodiazépines). A la sortie de l'hospitalisation, la prescription de neuroleptiques avait diminuées dans les 2 populations, et

était comparable entre elles, à environ 47%, la prescription de benzodiazépines avait elle, en revanche, augmentée à 85,71% chez les patients par la suite décédés, elle était supérieure de 4.53% à la population non décédée dans la suite de l'étude.

Dans notre étude, les trois premières causes d'hospitalisation sont l'agitation/agressivité (83.02%), l'irritabilité (62.26%) et les comportements moteurs aberrants (60.38%).

Le premier constat est que le NPI global, chez les patients en vie à la fin de l'étude, à la sortie d'hospitalisation en UCC, diminue de manière importante. Le NPI global à l'entrée est en moyenne à 48.31 (+/- 19.45), passe à la sortie d'hospitalisation à 21.99 (+/- 17.79). Cette amélioration globale se maintient à 3 mois et à 6 mois.

A la sortie d'hospitalisation, il existe une amélioration de la moyenne de tous les items du NPI. L'item « agitation », qui avait un NPI moyen avant hospitalisation à 7.16 (+/- 3.70), il diminue à 2.61(+/-3.83) en moyenne à la sortie d'hospitalisation, soit une hausse moyenne de NPI de 4.55 points. L'item « irritabilité » et « comportements moteurs aberrants » sont les deux autres critères de NPI qui subissent la plus forte amélioration avec une amélioration moyenne du NPI de 3.83 points pour l'item « irritabilité » et de 4.49 points pour l'item « comportements moteurs aberrants ».

A 3 mois, les scores NPI des critères « idées délirantes », « hallucinations », « dépression », « anxiété », « euphorie » et « troubles de l'appétit », continuent de s'améliorer. Pour l'anxiété, on constate une amélioration de plus de 1 point de NPI par rapport à la sortie de l'hospitalisation. En revanche, les scores NPI des critères « agitation », « apathie », « désinhibition », « irritabilité », « comportements mœurs aberrants » et « sommeil » s'aggravent par rapport à la sortie d'hospitalisation, avec une hausse du score NPI en moyenne de 0.99 point pour l'item « comportements moteurs aberrants » et de 1.4 points pour l'item « troubles du sommeil ». Tous les autres items concernés par cette aggravation, ont une hausse moyenne de NPI inférieure à 0.5.

A 6 mois, stabilité de tous les résultats du NPI par rapport au suivi à 3 mois. On observe une variante inférieure à 0,5 point de NPI pour tous les items sauf pour l'item « irritabilité » pour qui, on constate une hausse moyenne de NPI de 1.1 point par rapport aux résultats à 3 mois. En revanche, l'item « troubles du sommeil » s'améliore en moyenne de 0.71 point de NPI.

Sur un plan plus subjectif, les aidants des patients ont constaté une amélioration de l'état du patient par rapport à avant l'hospitalisation dans près de 60% à 3 mois comme à 6 mois.

Concernant les thérapeutiques, l'objectif de ces unités est également de limiter les thérapeutiques tel que les neuroleptiques et les benzodiazépines, puisqu'ils augmentent la morbi-mortalité de ces patients. Or, la prise en charge de ces patients implique souvent l'instauration de ces traitements délétères.

L'objectif de ces hospitalisations n'est pas de supprimer l'utilisation de ces traitements mais d'évaluer pour chaque patient la balance bénéfice/risque entre intérêt et bien-être du patient et capacité de prise en charge de l'équipe soignante ou des aidants. Ainsi l'objectif des UCC est aussi de diminuer au maximum l'utilisation et les posologies des neuroleptiques et des benzodiazépines au profit de mesures thérapeutiques non-médicamenteuses et de traitements alternatifs, moins délétères comme les antidépresseurs, les antiépileptiques et les traitements de la maladie d'Alzheimer.

L'étude révèle que 64.15% des patients avaient au moins un traitement neuroleptique avant l'hospitalisation (63.53% pour les patients non décédés dans la suite de l'étude), et que 83.02% avaient un traitement par benzodiazépine (88.23% pour les patients non décédés pendant l'étude).

Pour les neuroleptiques, cette fréquence de traitement diminue à 47.06% à la sortie d'hospitalisation mais remonte à 58.82% et à 61.18% à 3 mois et à 6 mois après l'hospitalisation. Leur posologie augmente dans 10.59%, diminue dans 4.71% et reste stable dans 27.05% des cas entre la sortie et le suivi à 3 mois. Elle augmente dans 14.12%, diminue dans 8.24% et reste stable dans 25.88% des cas entre le suivi à 3 mois et le suivi à 6 mois.

Pour les benzodiazépines, cette fréquence de traitement diminue à 81.18% à la sortie d'hospitalisation (versus 88.23% à l'entrée, pour les patients non décédés pendant la suite de l'étude) mais continue à diminuer à 80.00% et à 74.12% à 3 mois et à 6 mois après l'hospitalisation. Leur posologie augmente dans 22.35%, reste stable dans 37.65%, et diminue dans 11.76% des cas entre la sortie et le suivi à 3 mois. Elle augmente dans 16.47%, diminue dans 14.12%, et reste stable dans 35.29% des cas entre le suivi à 3 mois et le suivi à 6 mois.

En ce qui concerne les traitements alternatifs aux benzodiazépines et aux neuroleptiques, la fréquence d'administration d'antidépresseurs reste stable tout au long de l'étude, soit 61.76 +/- 3.77. Celle des antiépileptiques augmente de 10% à la sortie d'hospitalisation (passe de 24.71% à l'entrée en hospitalisation, à 34.12% à la sortie de l'hospitalisation), et se maintient à 34.12% à 3 mois, elle diminue de 4% à 6 mois.

Les troubles du comportement sont le premier motif d'un changement de lieu de vie du fait de l'épuisement de l'environnement familial ou de l'équipe soignante.

L'hospitalisation en UCC a permis à 3 mois une absence de changement de lieu pour 88% des patients et pour 94% à 6 mois.

Environ 20% des patients ont été ré-hospitalisés entre la sortie de l'hospitalisation et le suivi à 3 mois, ainsi qu'entre 3 mois et 6 mois après la sortie. Environ un quart de ces ré-hospitalisations peuvent être imputable à la iatrogénie ou aux effets indésirables des traitements utilisés (traumatismes, causes neurologiques ou cardiologiques).

Le retour dans la structure d'accueil initial représente l'enjeu majeur de l'hospitalisation en UCC. Une adaptation thérapeutique est souvent nécessaire, mais elle est rarement faite en lien avec l'équipe de l'UCC. De nouveaux modes de communication comme la télémédecine, les équipes mobiles de gériatrie, se développent en France, afin de soutenir et de guider, sur le plan thérapeutique, les médecins libéraux et les équipes soignantes dans la prise en charge des troubles du comportement en EHPAD. Le développement de ces réseaux pourrait permettre un maintien plus important du bénéfice d'une hospitalisation en UCC.

Le principal biais de cette étude est celui du recueil de données, puisqu'il a été fait par téléphone, par une seule personne. A chaque interrogatoire de l'étude j'avais au téléphone une personne différente, de l'équipe soignante ou aidante. Et le fait de ne pas être sur place rend difficile l'estimation de la qualité du recueil de données. Et le fait d'être la seule interlocutrice à recueillir les données, a pu entraîner une subjectivité dans l'interprétation des données.

Nous n'avons pas réalisé dans ce travail d'analyse statistique, d'autres analyses sont donc nécessaires afin d'affirmer la significativité de ces résultats.

La mortalité durant l'étude est élevée, 19.81% des patients inclus dans l'étude initialement. Ce taux élevé peut s'expliquer par la population choisie pour l'étude, qui est une population fragile, atteint d'une pathologie neuro-dégénérative à un stade sévère et ayant pour la majorité, des traitements délétères sur le plan cardio-vasculaire et sur le plan de la vigilance.

VI | CONCLUSION :

Les UCC sont des soins de suites et de réadaptation visant à améliorer les troubles du comportement chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (MAMA). Ils ont été créés à partir du plan Alzheimer 2008 (3), ce sont donc de nouvelles structures, encore peu évaluées sur le plan de leur impact au sein de la filière et pour les malades et leurs proches.

Actuellement, plusieurs études sur le bénéfice apporté aux patients de ces structures ont déjà été réalisées en France par quelques équipes d'UCC, et elles tendent toutes à montrer un bénéfice à court terme de ces unités sur les troubles du comportement, mais aucune étude dans la littérature n'avait encore été réalisée à moyen et long terme sur le suivi de ces patients. Même si cette étude manque de puissance et de niveau de preuve, nous avons réalisé un travail original sur ce sujet. De Février 2013 à Janvier 2014, nous avons suivi les patients sortant de l'UCC du CHU de Toulouse et nous les avons ré-évalué à 3 mois et à 6 mois de leur sortie, sur le comportement, en se référant au NPI, mais aussi, l'évolution de leur traitement et le ressenti des aidants principaux.

Les critères d'admission au sein de l'UCC du CHU de Toulouse sont conformes au cahier des charges d'une UCC. Les résultats de cette étude montrent que sur le plan du comportement, tous les items du NPI baissent à la sortie de l'hospitalisation et on observe une relative stabilité avec le temps à 3 et 6 mois. Les items les plus difficiles à contrôler sur la durée sont l'irritabilité et les troubles du sommeil. Ceci tend à montrer le bénéfice à long terme d'une prise en charge en UCC.

Par contre, on note un taux de décès relativement élevé à 3 et 6 mois au cours de ce suivi. La population étudiée présente une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée (MAMA), est une population malade et dépendante par rapport à la population générale du même âge, ce qui peut être une des explications du taux élevé de décès dans cette population en dehors de la prise de psychotrope.

L'enjeu de ces unités est aussi de tenter de limiter la consommation de thérapeutiques délétères pour des patients âgés et fragiles (3), comme les benzodiazépines et les neuroleptiques au profit de traitements alternatifs comme les anti-dépresseurs oraux et les thymorégulateurs. Dans cette étude, on peut observer que l'hospitalisation en UCC a amorcé une baisse de la consommation de psychotropes, la consommation baisse à la sortie de

l'hospitalisation mais remonte progressivement dans le suivi pour certaines classes de médicaments. Sur le plan des traitements alternatifs aux neuroleptiques, on observe une stabilité des traitements engagés pendant l'hospitalisation, preuve d'une bonne adhésion aux traitements, des médecins généralistes.

D'une manière générale, le séjour en UCC a eu un effet positif sur les patients, à moyen et long terme, sur le plan du comportement mais aussi sur le ressenti de l'entourage. Le taux de décès élevé et le nombre important de ré-hospitalisation pourraient engager un nouveau travail afin d'en déterminer les causes.

- Bibliographie -

1 – Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.

[www.plan Alzheimer.gouv.fr](http://www.plan-Alzheimer.gouv.fr)

2 – Haute Autorité de Santé (HAS). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles de comportements perturbateurs. Recommandations professionnelles 2009.

www.has.sante.fr

3 – France Alzheimer et Maladies apparentées. Union Nationale des associations France Alzheimer. www.francealzheimer.org/

4 – Programme AMI-Alzheimer : Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer.

5 - – Rapport Ménard (08.11.2007).

6 – Référence ARS région PACA : Cahier des charges des UCC en SSR.

7 – Enquête Nationale DGOS-SFGG (Direction générale de l'offre de soins-société française de gérontologie et gériatrie). Enquête auprès des médecins responsables des UCC (43UCC) du 26/08/2011 au 13/10/2011 (délai prolongé au 02/11/2011).

8 – Société française de Gériatrie et Gérontologie Promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre du programme MobiQual. Groupe de travail UCC.

9 – Ministère de la santé : instance prospective Alzheimer.

10 – « soins gérontologique » Septembre/octobre 2008.

11 – Noblet-Dick M, Balandier C, Demoures G, Drunat O, Strubel D, Voisin T.

État des lieux des unités cognitivo-comportementales (UCC) : résultats d'une enquête nationale-

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013; 11 (2):151-6

12 – Maria E. Soto^{1,2,3*}, Fati Nourhashemi^{1,2,3}, Christophe Arbus⁴,
He'le'ne Villars¹, Laurent Balardy¹, Sandrine Andrieu^{2,3,5} and
Bruno Vellas^{1,2,3} 1

Special acute care unit for older adults with Alzheimer's disease.
INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY.

Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23: 215–219.

Published online 24 July 2007 in Wiley InterScience.
(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.1865

13 – T. Voisin, S. Sourdet, C. Cantet, S. Andrieu, B. Vellas.

Descriptive analysis of hospitalizations of patients with Alzheimer's
disease : a two-year prospective study of 686 patients from the
real.Fr Study. Las S1,2, Real-Dr Goup

The Journal of Nutrition, Health & Aging© Volume 13, Number
10, 2009.

14 - Thierry Voisin

Le profil des malades admis en UCC.. UCC CHU Toulouse.

Journée d'échanges inter-UCC 29 juin 2012.

15 - Dr Jean ROCHE CHU de Lille. jean.roche@chru-lille.fr.

Journée d'échanges inter-UCC, 29 Juin 2012 Paris

Utilisation des Psychotropes en UCC.

16- Pierre Koskas, Marie-Cécile Henry Feugeas, MD, Ph D, Sawsan Saad, MD, Sana Belqadi, MD, Jacque Daraux, MD, and Olivier Drunat, MD.

Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in a Dedicated Psychogeriatric Unit. A Pilot Experience.

Koska et al. Alzheimer Dis Assoc Disord. Volume 25, Number 2, April-June 2011.
www.alzheimerjournal.com.

17 – Villars H, Dupuy C, Soler P, Gardette V, Soto ME, Gillette S, Nourhashemi F, Vellas B;

A follow up intervention in severely demented patients after discharge from a special Alzheimer acute care unit impact on early emergency room re-hospitalisation rate.

Int J Geriatr Psychiatry. 2013 Nov ; 28 (11) : 1131-40. doi : 10.1002/gps.3932. Epub 2013 Jan 24.

PMID : 23348897

18 – Noblet-Dick M, Balandier C, Demoures G, Drunat O, Strubel D, Voisin T.

Description of cognitive-behavioral specialized units in France : results of a national investigation.

Griatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013 jun ; 11(2) : 151-6. doi : 10. 1684/pnv 2013.0412
French.

PMID : 23803631

19 – Pr Joel Ankor et Pr Christine Van Broeckhoven.

Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012. Juin 2013.

20 – Saidlitz P, Sourdet S, Vellas B, Voisin T.

Management of behavioral symptoms in dementia in a specialized unit care.

Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014 Dec ; 12(4) : 371-8. doi : 10.1684/pnv.2014.0508.
French.

PMID : 25515901

21- Soto M, Andrieu S, Gares V, Cesari M, Gillet-Guillonnet S, Cantet C, Vellas B,
Nourhashemi F.

Living Alone with Alzheimer Disease and the Risk of Adverse Outcomes. Reesults from the
Plan de Soins et d'Aide dans la maladie d'Alzheimer Study.

J Am Geriatr Soc. 2015 Apr ; 63(4) : 651-8. doi : 10.1111/jgs 13347.

PMID : 25900483

22- P. Saidlitz, A. De Mauléon, S. Peiffer, M. Pedra, B. Vellas, T. Voisin.

L'unité cognitivo-comportementale du CHU de Toulouse : profil des patients hospitalisés et
impact de la filiere de soins Alzheimer.

Secteur A, court séjour Alzheimer, CHU de Toulouse-Casselardit, France. Poster Toulouse
Gérontopôle.

23 – P. Saidlitz, S. Peiffer, M. Pedra, B. Vellas, S. Sourdet, T. Voisin.

Intérêt d'une hospitalisation comportementale dans le lieu de vie avant et après une hospitalisation en unité cognitivo-comportementale.

UCC CHU Toulouse. Poster Toulouse Gérontopôle.

24 – A. De Mauléon, P. Saidlitz, S. Sourdet, B. Vellas, T. Voisin.

Impact de la prise en charge en UCC sur la prescription de psychotropes et la perte d'autonomie. Etude sur l'année 2011.

Court séjour Alzheimer CHU Toulouse. Poster Gérontopôle Toulouse.

25 – A. De Mauléon, P. Saidlitz, S. Sourdet, B. Vellas, T. Voisin.

Intérêt de la prise en charge en UCC pour les patients présentant des troubles du comportement perturbateurs selon les critères UHR.

UCC CHU Toulouse, France. Poster Gérontopôle Toulouse.

Toulouse, le 5 septembre 2016

Unités cognitivo-comportementales et suivi au long court des patients : étude prospective sur les patients sortie d'hospitalisation, pour l'évaluation de l'évolution de leurs troubles du comportement et de leurs thérapeutiques.

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Les Unités cognitivo-comportementales sont de nouvelles structures, créées à partir du plan Alzheimer 2008-2012 visant à traiter les troubles du comportement chez les patients déments. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'apport de l'UCC dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD), à 3 mois et à 6 mois de leur sortie de ces nouvelles unités spécialisées. Etude prospective sur 1an, de Février 2013 à Janvier 2014. Evaluation faite sur le NPI, les modifications de traitements psychotropes, le changement de lieu de vie et les ré-hospitalisations. Notre étude montre que d'une manière générale, le séjour en UCC a eu un effet positif sur les patients, à moyen et long terme, sur le plan du comportement mais aussi sur le ressenti de l'entourage. Les thérapeutiques délétères comme les neuroleptiques et les benzodiazépines peinent cependant à diminuer. L'objectif d'améliorer les troubles du comportement perturbateurs semble donc rempli, mais celui de diminuer les thérapeutiques augmentant la morbi-mortalité n'est pas encore atteint.

MOTS CLES : Maladie d'Alzheimer, démence, troubles du comportement, unités cognitivo-comportementales.

TITRE EN ANGLAIS : Behavioural Units, followed up of patients : prospective study of hospital out patients, assessment of the evolution of their behaviour and their therapeutics

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

Faculté de Médecine de Rangueil
133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - FRANCE

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Thierry VOISIN