

Année 2021

2021 TOU3 1089

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Toulouse

Par

Camille DUBOIS

Le 12 octobre 2021

**EVOLUTION DES SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX CHEZ DES
PATIENTS AVEC TROUBLES NEUROCOGNITIFS RESIDANT EN EHPAD :**

**COMPARAISON ENTRE PRISE EN CHARGE EN UNITE COGNITIVO-
COMPORTEMENTALE ET PRISE EN CHARGE PAR L'UNITE MOBILE DE
GERIATRIE EXTRAHOSPITALIERE**

Directeurs de thèse : Dr Julien ARTIGNY, Dr Pascal SAIDLITZ

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Madame le Professeur Maria SOTO-MARTIN	Assesseur
Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur Julien ARTIGNY	Assesseur
Monsieur le Docteur Pascal SAIDLITZ	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MOHROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire associé	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		

Professeurs Emérites	
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTE Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNIEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURAR-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAI Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Eile (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOUI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Caryl	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytogénologie pathologiques
Mme CORRE Jili	Hématologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytogénologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

Président du Jury

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé, je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. C'est un honneur. Merci pour votre engagement auprès des internes et au sein du Département Universitaire de Médecine Générale. Votre pédagogie et votre dynamisme m'ont laissé un souvenir impérissable. Soyez assuré de ma gratitude.

Assesseurs

Madame le Professeur Maria Soto-Martin, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour l'enseignement de qualité que vous offrez aux internes qui passent dans les services de gériatrie du CHU de Toulouse et qui contribue à nous faire aimer la gériatrie.

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour vos enseignements et la transmission de votre savoir et vos conseils tout au long du cursus de l'internat.

Monsieur le Docteur Julien Artigny, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, dernière étape de tout ce travail pour lequel tu m'as encadrée depuis le début. Depuis notre colocation en Aveyron, tu as toujours été d'une écoute et d'une humanité impressionnantes. Tu fais partie de mes modèles. Merci pour tout.

Monsieur le Docteur Pascal Saidlitz, merci de bien vouloir faire partie de mon jury. Je n'oublierai jamais mon passage en UCC, moitié de semestre où j'ai tant appris. Merci pour ton aide et ton implication dans ce travail.

Remerciements personnels

A mes parents

A mes frères et sœur

A ma grand-mère

A mon oncle et ma tante qui m'ont toujours accueillie

A ma meilleure amie

A ma belle-famille d'Aveyron et d'ailleurs

A mon conjoint

A tous mes maîtres de stage, hospitaliers et ambulatoires

Aux médecins qui m'ont fait confiance pour les remplacer

Aux internes et remplaçants côtoyés ces dernières années

Aux infirmiers et aux autres professionnels paramédicaux

Aux personnes de confiance et représentants légaux qui m'ont accordé leur confiance afin que je puisse réaliser ce travail

TABLE DES MATIERES

Liste des Tableaux et des Figures.....	2
Liste des Annexes.....	2
Liste des abréviations.....	3
I. Introduction.....	4
II. Matériel et méthode.....	6
1) Profil de l'étude.....	6
2) Critère de jugement.....	6
3) Patients et données.....	7
4) Critères d'inclusion.....	8
5) Critères d'exclusion.....	8
6) Analyse.....	8
7) Analyse statistique.....	9
8) Cadre réglementaire.....	9
III. Résultats.....	10
1) Sélection des patients.....	10
2) Principaux résultats.....	10
a) Caractéristiques des groupes.....	10
b) Evolution du NPI total.....	12
c) Evolution des différents items du NPI.....	13
IV. Discussion.....	15
1) Forces et faiblesses.....	15
a) Les limites de l'étude.....	15
b) Les forces de l'étude.....	15
2) Discussion des résultats.....	16
a) Caractéristiques des groupes.....	16
b) Evolution du NPI total.....	17
c) Evolution des différents items du NPI.....	18
3) Perspectives de recherche.....	20
V. Conclusion.....	21
VI. Références bibliographiques.....	22

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Diagramme de flux d'inclusion des patients dans chaque groupe.....	10
Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus dans chaque groupe.....	11
Figure 2 : Prévalence des différents SPC dans les deux groupes.....	11
Figure 3 : Evolution du NPI total dans le groupe UMG.....	12
Figure 4 : Evolution du NPI total dans le groupe UCC.....	12
Tableau 2 : Evolution des différents items du NPI dans les deux groupes.....	14

Liste des Annexes

Annexe 1 : Inventaire neuropsychiatrique.....	25
Annexe 2 : Inventaire neuropsychiatrique version Equipe Soignante.....	32
Annexe 3 : Fiche d'information.....	45
Annexe 4 : Echelle d'autonomie ADL.....	49

Liste des abréviations

ADL : *Activities of Daily Living*

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM-V : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

NPI : *Neuropsychiatric Inventory* = Inventaire neuropsychiatrique

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

UMG (EH) : Unité Mobile de Gériatrie (ExtraHospitalière)

I. Introduction

En France, les maladies neurodégénératives toucheraient plus d'un million de personnes (1,2). Les patients atteints de pathologies neurodégénératives ont un risque majeur de présenter un ou plusieurs symptômes psycho-comportementaux, et ce risque augmente avec la durée d'évolution et la sévérité des troubles neurocognitifs (3,4).

Les symptômes psycho-comportementaux (SPC) regroupent des troubles psychotiques, des troubles affectifs, une hyperactivité, et des troubles du sommeil et du comportement alimentaire (5). Leur prise en charge repose sur des mesures non médicamenteuses et médicamenteuses (6).

Les SPC peuvent être source d'épuisement pour les proches (7) et augmenter la dépendance physique des patients (8), ce qui peut précipiter l'institutionnalisation (8,9). Ils sont fréquents en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (4,10) et peuvent mettre en difficultés le personnel soignant et les médecins généralistes (personnel insuffisant, manque de formation...) (11-13).

Il est recommandé d'évaluer les SPC en utilisant une échelle validée et adaptée, la plus usuelle étant l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) (6,14), détaillé en Annexe 1. Il en existe une version dédiée aux équipes soignantes en établissement : le NPI-ES (Annexe 2).

Le médecin généraliste, confronté à des situations complexes de SPC perturbateurs chez des résidents d'EHPAD, peut demander un avis spécialisé sous forme d'une consultation (gériatre, neurologue, psychiatre). Lorsque le retentissement des SPC est important, lorsque la surveillance au domicile n'est pas possible, ou en cas de dangerosité pour le patient ou son entourage, une hospitalisation en unité adaptée peut être indiquée (court séjour gériatrique, unité de psycho-gériatrie, Unité Cognitivo-Comportementale) (6).

Les Unités Cognitivo-Comportementales ont été créées suite au plan Alzheimer 2008-2012 (15). Ce sont des unités d'hospitalisation en service de soins de suite et réadaptation de dix à douze lits, qui accueillent des patients valides présentant des troubles du comportement perturbateurs dans le cadre de troubles neurocognitifs. Les patients sont admis depuis leur lieu de vie ou d'autres services hospitaliers, en dehors des services d'urgences ; et à condition qu'ils ne présentent pas un problème somatique aigu nécessitant une prise en charge spécifique. Ces unités bénéficient de locaux adaptés et de personnels formés à la gestion des SPC. Elles permettent une prise en charge pluriprofessionnelle,

centrée sur les mesures non médicamenteuses et sur l'optimisation des thérapeutiques médicamenteuses.

Cependant, les contraintes de places limitées et les délais d'admission parfois longs peuvent rendre une hospitalisation rapide difficilement réalisable, ce qui justifie la recherche de solutions alternatives : télé médecine, consultation spécialisée, ou unité mobile extra hospitalière.

La filière « Troubles psycho-comportementaux liés à la Maladie d'Alzheimer et apparentées » du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse a ainsi, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, développé depuis 2017 une équipe mobile extrahospitalière intervenant en lieux de vie médicalisés (EHPAD, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées, Foyer d'Accueil Médicalisé ou Maison d'Accueil Spécialisée). Il s'agit ainsi de répondre du mieux possible à la demande des médecins généralistes et des soignants pour la gestion parfois complexe des complications psycho-comportementales liées aux troubles neurocognitifs. Cette unité mobile est rattachée au service de l'Unité Cognitivo-Comportementale du CHU de Toulouse. Elle est composée d'un médecin gériatre ou neuro-gériatre et d'une infirmière spécialisée dans les troubles du comportement ; elle intervient dans les lieux de vie médicalisés situés à moins de trente minutes de voiture du CHU de Toulouse.

Plusieurs études ont montré l'efficacité des unités spécialisées pour la prise en charge des SPC liés aux troubles neurocognitifs (16–20), mais elles sont moins nombreuses à avoir évalué l'efficacité des équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières intervenant pour ce motif (21,22).

L'objectif de notre étude est de comparer l'évolution des SPC chez des patients résidant en EHPAD, en utilisant le NPI, entre les deux modalités de prise en charge suivantes :

- une intervention de l'Unité mobile de Gériatrie Extrahospitalière (UMG EH) d'une part,
- une hospitalisation en Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) d'autre part.

II. Matériel et méthode

1) Profil de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective de deux cohortes. La population d'étude était constituée de patients résidant en EHPAD, présentant des SPC en lien avec des troubles neurocognitifs, et répartis en deux groupes :

- Un groupe ayant bénéficié d'une hospitalisation en UCC au CHU de Toulouse entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019 ;
- Un groupe ayant bénéficié d'une intervention de l'UMG EH du CHU de Toulouse sur le lieu de vie, entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019.

2) Critère de jugement

Les SPC étaient analysés en utilisant l'inventaire neuropsychiatrique dans sa version Equipe Soignante (NPI-ES). Le NPI-ES comporte douze items pour les SPC fréquemment retrouvés dans les troubles neurocognitifs :

1. Les idées délirantes,
2. Les hallucinations,
3. L'agitation/agressivité,
4. La dépression,
5. L'anxiété,
6. L'euphorie,
7. L'apathie,
8. La désinhibition,
9. L'irritabilité,
10. Les comportements moteurs aberrants,
11. Les troubles du sommeil,
12. Les troubles de l'appétit

Pour chaque item, il faut chiffrer la fréquence de 0 à 4 et la gravité de 0 à 3, puis multiplier la fréquence par la gravité pour obtenir le score de l'item (de 0 à 12). Enfin on additionne les scores des douze items pour obtenir le score total du NPI (de 0 à 144).

Dans le groupe UCC : réalisation d'un NPI avant hospitalisation et d'un NPI après la sortie d'hospitalisation. Dans le groupe UMG : réalisation d'un NPI avant intervention et d'un NPI après intervention. Les NPI de départ et de suivi étaient réalisés avec les soignants des EHPAD qui connaissaient les patients.

3) Patients et données

Pour le groupe UCC, la collecte des données a été réalisée grâce à une base de données du service de l'UCC, entièrement anonymisée, rendant impossible l'identification des patients par le chercheur.

Pour le groupe UMG, la collecte des données a été réalisée en consultant la base de données de l'UMG EH et les dossiers médicaux informatisés du CHU de Toulouse. Afin de respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD), l'utilisation des dossiers médicaux a été faite après recueil du consentement écrit auprès de la personne de confiance ou du représentant légal de chaque patient susceptible d'être inclus dans l'étude. La présence de troubles neurocognitifs ne nous permettait pas d'informer les patients et de recueillir un consentement libre et éclairé. Les personnes de confiance et représentants légaux ont été contactés par le chercheur par téléphone, puis par courriel, afin de leur expliquer le protocole de l'étude. Si elles étaient d'accord, elles devaient renvoyer leur réponse par courriel. La fiche d'information est disponible en Annexe 3.

Les données collectées étaient les suivantes :

- le sexe et l'âge ;
- le type d'antécédents neurocognitifs : dégénératifs (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie à Corps de Léwy, dégénérescence lobaire fronto-temporale) ; non dégénératifs (vasculaire, alcoolique, autres) ; mixtes ; non étiquetés ;
- la date d'hospitalisation en UCC et la durée du séjour, la date d'intervention de l'UMG et la date de suivi ;
- les NPI ;
- l'autonomie via l'échelle *Activities of Daily Living* (ADL) (Annexe 4).

4) Critères d'inclusion

Les patients inclus étaient des patients résidant en EHPAD, en secteur ouvert ou protégé, et présentant des SPC dans le cadre d'un trouble neurocognitif identifié selon le DSM-V, ayant bénéficié d'une intervention de l'UMG ou d'une hospitalisation en UCC entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019.

5) Critères d'exclusion

Pour le groupe UCC :

Si les SPC étaient liés à une pathologie psychiatrique, le patient n'était pas inclus dans l'étude. Si l'un des deux NPI était manquant, le patient était exclu. Si l'hospitalisation avait duré moins d'une semaine, le patient était exclu. Pour avoir des populations comparables, les patients ne vivant pas en EHPAD avant l'admission en UCC n'ont pas été inclus.

Pour le groupe UMG :

Si les SPC étaient liés à une pathologie psychiatrique, le patient n'était pas inclus dans l'étude. Si l'un des deux NPI était manquant, le patient était exclu. Les patients vus par l'infirmier-ère de l'UMG seul-e n'ont pas été inclus. L'absence de réponse malgré trois relances, ou le non-consentement de la personne de confiance ou du représentant légal pour accéder au dossier médical du patient entraînait son exclusion, ainsi que l'absence de personne de confiance désignée. Les patients décédés avant le début de l'étude n'ont pas été inclus pour éviter de solliciter leurs proches.

6) Analyse

L'évolution des SPC était définie par la différence entre le score après intervention ou hospitalisation et le score avant intervention ou hospitalisation.

Pour chaque patient, l'évolution du NPI total était calculée par la différence entre le NPI de suivi et le NPI de départ. L'évolution par item était ensuite calculée par la différence entre le score au suivi et le score au départ, si l'item avait été positif au départ et/ou lors du suivi. Dans notre étude, un item était considéré comme positif s'il était supérieur ou égal à 1.

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion, ainsi que les variables d'intérêt, ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives (n, %) ; de médiane et d'intervalles interquartiles pour les variables quantitatives (médiane, (Q1-Q3)).

Le logiciel Microsoft Excel[®] était utilisé pour le calcul des médianes, intervalles interquartiles et pourcentage. Les valeurs sont présentées et analysées avec un arrondi au dixième.

7) Analyse statistique

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi 2 a été réalisé, ou un test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5). Pour la comparaison des variables quantitatives, un test non paramétrique de Wilcoxon Mann Whitney a été utilisé. Ces tests statistiques ont été réalisés grâce au site internet Biostatgv (23), propriété de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique Unité Mixte de Recherche en Santé n°1136 (UMR S 1136), affilié à l'Institut National de la Santé de la Recherche Médicale (INSERM) et à l'Université Pierre et Marie Curie à Paris.

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05. Il est représenté dans les résultats sous l'appellation « p ».

8) Cadre réglementaire

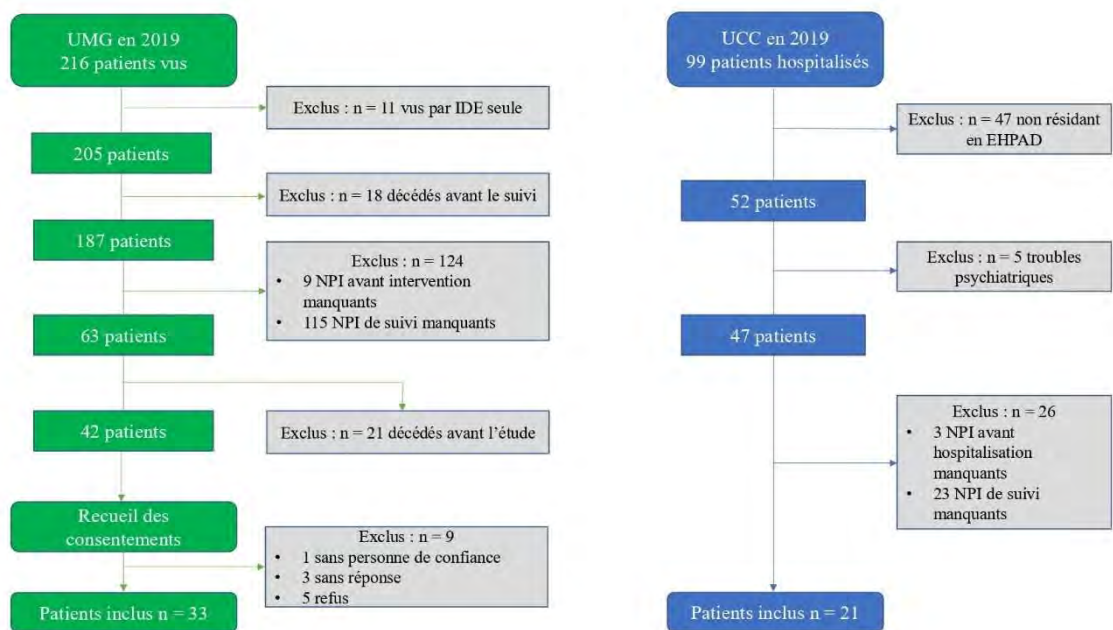
Cette étude a été enregistrée au sein du registre interne du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, dans le cadre du respect des formalités liées à la CNIL.

III. Résultats

1) Sélection des patients

Le détail de la sélection des patients est représenté dans un diagramme de flux (Figure 1).

Figure 2 : Diagramme de flux d'inclusion des patients dans chaque groupe



2) Principaux résultats

a. Caractéristiques des groupes

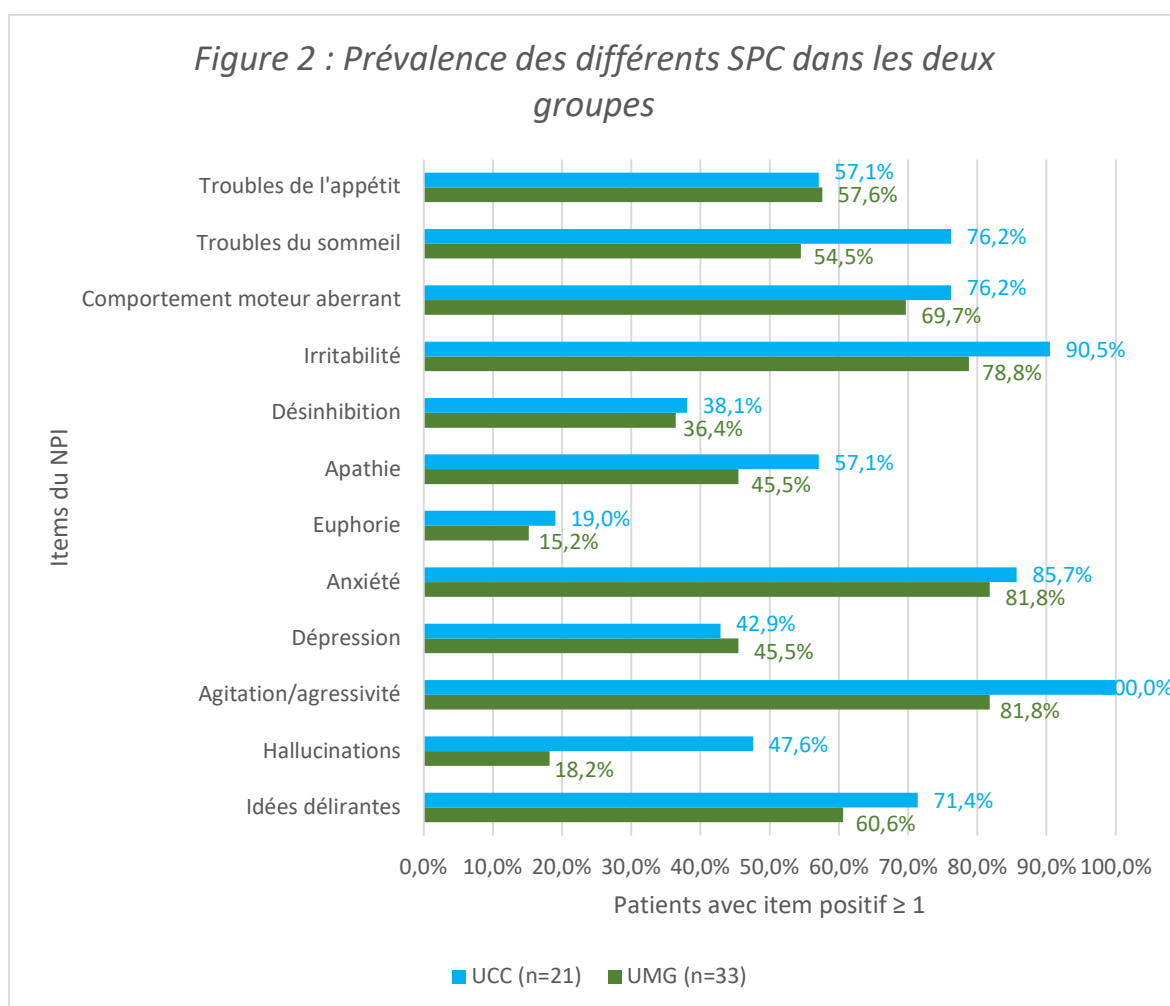
Le Tableau 1 détaille les caractéristiques des patients inclus dans chaque groupe.

La population étudiée présentait en majorité des troubles neurocognitifs dégénératifs en lien avec une maladie d'Alzheimer. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes au départ.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus dans chaque groupe

	UMG (n = 33)	UCC (n = 21)	p
Caractéristiques sociodémographiques			
Genre Féminin, n (%)	25 (76)	12 (57)	p = 0,26
Genre Masculin, n (%)	8 (24)	9 (43)	
Age médian	84	84	p = 0,22
Autonomie			
ADL médian	3,1	2,25	p = 0,36
Troubles neurocognitifs, n (%)			
Dégénératifs	17 (52)	16 (76)	p = 0,21
Non dégénératifs	2 (6)	1 (5)	
Mixtes	6 (18)	3 (14)	
Non étiquetés	8 (24)	1 (5)	
SPC			
NPI médian	40	50	p = 0,15

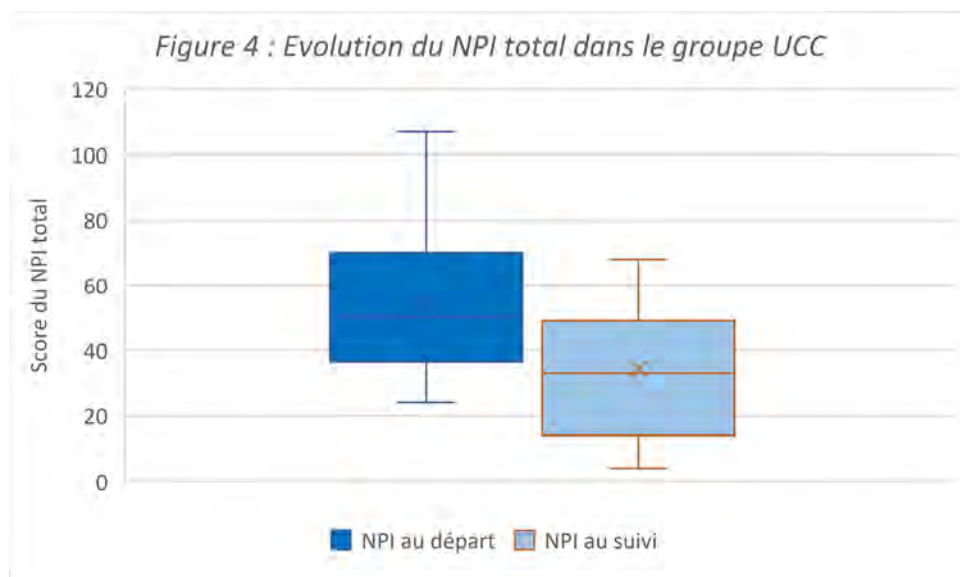
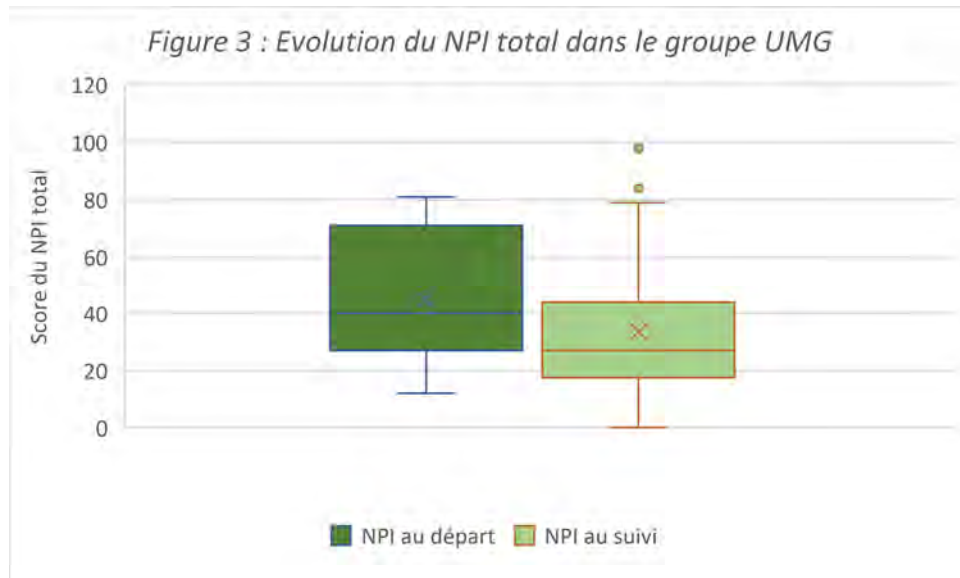
La Figure 2 montre la prévalence des différents SPC dans chaque groupe au départ.



Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la prévalence des différents SPC, sauf pour les hallucinations ($p = 0.045$)

b. Evolution du NPI total

Les figures 3 et 4 montrent la dispersion et l'évolution du NPI total dans chaque groupe.



Dans le groupe UMG, le NPI médian passe de 40 (28-70) avant intervention à 27 (18-42) lors du suivi. L'évolution médiane du NPI total est une diminution de 14 points. Cette amélioration est statistiquement significative ($p = 0.03$).

Dans le groupe UCC, le NPI médian passe de 50 (37-69) avant hospitalisation à 33 (16-48) lors du suivi. L'évolution médiane du NPI total est une diminution de 17 points. Cette amélioration est statistiquement significative ($p = 0.01$).

La différence d'évolution du NPI total entre les deux groupes n'est pas significative ($p = 0,23$).

c. Evolution des différents items du NPI

Le Tableau 2 détaille l'évolution des différents SPC dans les deux groupes. Une évolution médiane de -4 signifie que le score de l'item a été amélioré pour le groupe avec une diminution médiane de 4 points. Une évolution médiane de 2 signifie que le score de l'item s'est aggravé pour le groupe avec une augmentation médiane de 2 points.

La différence d'évolution des douze SPC entre les deux groupes n'est pas significative.

Tableau 2 : Evolution des différents items du NPI dans les deux groupes

	UMG	UCC	Différence <i>p</i>
Idées délirantes			
Score médian au départ	8,5	9	
Score médian au suivi	2,5	4	
Evolution médiane	-4	-4	0,73
Hallucinations			
Score médian au départ	0	2	
Score médian au suivi	3,5	3	
Evolution médiane	3	-2	0,44
Agitation/agressivité			
Score médian au départ	8	9	
Score médian au suivi	6	6	
Evolution médiane	-3	-2	0,34
Dépression			
Score médian au départ	12	8	
Score médian au suivi	4	4	
Evolution médiane	-2	-1	0,93
Anxiété			
Score médian au départ	8	8	
Score médian au suivi	6	1,5	
Evolution médiane	0	-4	0,05
Euphorie			
Score médian au départ	4	4	
Score médian au suivi	2	0	
Evolution médiane	-4	-3,5	1
Apathie			
Score médian au départ	6	1	
Score médian au suivi	4	5	
Evolution médiane	2	2	0,64
Désinhibition			
Score médian au départ	4,5	10	
Score médian au suivi	2	2	
Evolution médiane	-2,5	-6	0,16
Irritabilité			
Score médian au départ	8	8	
Score médian au suivi	6	4	
Evolution médiane	-1	-5	0,19
Comportement moteur aberrant			
Score médian au départ	9	10,5	
Score médian au suivi	4	8,5	
Evolution médiane	-4	0	0,18
Troubles du sommeil			
Score médian au départ	6	5	
Score médian au suivi	2,5	2,5	
Evolution médiane	-3	-4	0,44
Troubles de l'appétit			
Score médian au départ	6	5	
Score médian au suivi	8	2	
Evolution médiane	2	-1,5	1

IV. Discussion

1) Forces et faiblesses

a. Les limites de l'étude

La principale limite de cette étude est la taille des groupes : le nombre final de patients inclus dans chaque groupe est faible, particulièrement dans le groupe UCC, ce qui diminue la puissance de l'étude. Le NPI de suivi n'a pu être réalisé que pour 44,6% des patients du groupe UCC et 33,7% du groupe UMG. Ces pertes de données de suivi sont liées au manque de disponibilité des soignants en EHPAD, qui ont peu fréquemment le temps de refaire un NPI par téléphone. En outre, dans le groupe UMG, la non inclusion des patients décédés avant l'étude ainsi que l'étape du recueil du consentement ont entraîné une perte de patients supplémentaires.

La durée de suivi est différente entre les deux groupes. Le NPI de suivi dans le groupe UCC est réalisé au bout de 30 jours après la sortie d'hospitalisation ; alors que la durée médiane de suivi après intervention pour le groupe UMG est de 98 jours (68-156). Deux éléments peuvent expliquer cette différence.

- Tout d'abord, après le passage de l'UMG EH, il est dans la pratique nécessaire de laisser le temps au médecin traitant de prendre connaissance des conseils prodigués par l'unité mobile, afin qu'il puisse décider de les suivre ou non. S'il les applique, il faut encore attendre que les mesures puissent faire effet. L'effet d'un changement d'antidépresseur par exemple sera ainsi réévalué au bout de plusieurs semaines. Le temps nécessaire à ces différentes étapes peut alors expliquer un délai de suivi plus long.
- Le second élément qui peut expliquer ce délai de suivi plus long est le manque de disponibilité des soignants pour recueillir le NPI après intervention, contraignant les membres de l'UMG à repousser la date où le suivi est réalisé.

b. Les forces de l'étude

Dans la littérature, il y a peu d'études qui ont été réalisées dans le but d'évaluer les effets des UCC et des UMG sur la prise en charge des SPC liés aux troubles neurocognitifs.

A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à comparer ces deux options de prises en charge.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été scrupuleusement respectés, en particulier le respect du RGPD et le recueil du consentement avant utilisation des données. Malgré cette étape, dans le groupe UMG, 33 patients ont été inclus sur les 42 potentiellement incluables, ce qui représente un taux d'inclusion de 78,6%.

2) Discussion des résultats

a. Caractéristiques de la population de départ

Les deux groupes sont composés d'une majorité de femmes, ce qui est représentatif de la population des EHPAD en France où trois quarts des résidents sont des femmes (24). Ces mêmes proportions sont retrouvées dans notre groupe UMG (76 % de femmes). D'autres études avec des équipes mobiles de gériatrie ont aussi inclus plus de femmes que d'hommes (21,22). Dans notre groupe UCC, la proportion d'hommes inclus est un peu plus élevée, ce qui correspond aussi à ce qui est trouvé dans les études réalisées en unité spécialisée (17–19). Les deux groupes sont comparables aux données de la littérature et il n'y a pas de différence significative entre eux sur le genre.

L'âge médian est de 84 ans dans nos deux groupes. Des valeurs similaires sont retrouvées dans les autres études impliquant des équipes mobiles (21,22) : 84 ans pour l'UMG de Lyon, 84,6 ans pour l'UMG de Saint-Etienne. Cet âge est proche de l'âge moyen trouvé dans les autres études réalisées en UCC : 82 à Paris (16), 79,9 à Toulouse (17), 80 à Lyon (18).

L'ADL médian de départ est plus élevé dans le groupe UMG, ce qui peut paraître étonnant. En effet, l'une des conditions d'admission en UCC est d'être suffisamment autonome, notamment sur le plan locomoteur, afin de pouvoir participer aux activités du service. Au moment de l'étude nous n'avons pas eu accès au détail de l'ADL. Il n'est donc pas possible de savoir s'il y avait une différence ou non sur l'item locomotion entre les deux groupes. Seule l'étude de Saidlitz et al (17) avait analysé l'ADL avant et après hospitalisation en UCC. Le score moyen était de 2,8 ; ce qui semble assez proche des résultats des deux groupes de l'étude. Les autres études n'ont pas intégré d'échelle d'autonomie dans leur évaluation. Certains ont analysé un score Groupe IsoRessource (GIR) moyen (19,21).

Notons qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes sur le plan de l'autonomie. Il aurait été intéressant d'étudier l'évolution de l'ADL lors du suivi mais il y a peu de scores récupérables chez les trente-trois patients du groupe UMG.

Concernant les antécédents neurocognitifs, la majorité des patients de l'étude présentait des SPC liés à une maladie d'Alzheimer, ce qui correspond à la fois aux données épidémiologiques de la population française institutionnalisée (25), et à celles de la littérature (22). Près d'un quart des patients du groupe UMG (24%) présentait des troubles cognitifs non étiquetés. Des données similaires sont trouvées dans d'autres études : l'étude sur l'UCC de Poitiers avait inclus des patients dont la majorité (46%) présentait des troubles neurocognitifs d'origine indéterminée (19) et dans l'étude pilote de Koskas, moins de la moitié des patients avait un diagnostic neurocognitif établi au début de l'hospitalisation (16).

b. Evolution du NPI total

Le NPI total diminue dans les deux groupes étudiés, sans différence statistiquement significative entre les deux types de prise en charge.

Le NPI total du groupe UMG connaît une amélioration médiane de 14 points, passant de 40 avant l'intervention à 27 lors du suivi. Cette évolution est proche de ce que montre l'étude sur l'UMG de Lyon qui intervenait à domicile et en EHPAD : chez 211 patients en EHPAD, le NPI était de 49 à l'inclusion puis 30 lors du suivi (22). Toujours avec l'UMG de Lyon, une thèse de médecine avait montré une diminution moyenne du NPI de 15 points chez des résidents en EHPAD (26). L'étude de Buisson et al. montrait aussi une amélioration du NPI moyen après passage de l'équipe mobile : il passait de 50 à 34 (21). L'évolution dans le groupe UMG est donc comparable à ce qu'on trouve dans la littérature. Toutefois, les études citées réalisaient leur suivi à J30 alors que le délai de suivi est plus long pour le groupe UMG de notre étude.

Pour la majorité des patients du groupe UMG, le NPI s'améliore. Pour les rares patients qui présentent un NPI qui s'aggrave, cette augmentation reste néanmoins discrète et n'est pas visible sur la figure 3, sauf pour deux patientes qui apparaissent comme deux « valeurs aberrantes » : un NPI après intervention était coté à 84, un autre à 98. Ces deux patientes ont deux profils très différents et le délai entre l'intervention et le suivi était de 34 jours pour la première et 70 jours pour la seconde. Nous n'avons pas d'explication pour cette évolution discordante par rapport aux autres scores.

Le NPI total du groupe UCC s'améliore lui aussi, avec une diminution médiane de 17 points, passant de 50 avant l'hospitalisation à 33 après l'hospitalisation. Des chiffres similaires sont retrouvés dans les autres études.

Cependant, les délais de suivi ne sont pas les mêmes. Dans l'étude de Saidlitz et al., le NPI diminuait de 50 à l'entrée à 25 lors du suivi, réalisé entre J15 et J21 (17). L'étude EVITAL (20) observait une amélioration du NPI qui passait de 47 avant l'hospitalisation à 27 lors du suivi, réalisé à 3 mois. La thèse de médecine de Jouinot (27) trouvait aussi une amélioration entre l'entrée en UCC (NPI moyen = 48) et le suivi à 3 mois (NPI moyen = 22).

De plus, ces études citées en comparaison n'ont pas distingué les patients provenant d'EHPAD de ceux admis d'un autre lieu de vie. Seule l'étude de l'UCC de Lyon de 2011 a séparé les patients vivants en EHPAD : la diminution moyenne du NPI était alors de 17 points dans ce groupe, pour un suivi réalisé deux semaines après la sortie d'hospitalisation (18). Globalement, l'amélioration du groupe UCC de notre étude semble tout de même proche de ce qui est trouvé dans la littérature.

c. Evolution des différents items du NPI

Dans le groupe UMG, les SPC les plus fréquents étaient, par ordre décroissant : **l'agitation/agressivité et l'anxiété, l'irritabilité, les comportement moteurs aberrants**, puis **les idées délirantes**. Dans le groupe UCC, par ordre décroissant : **l'agitation/agressivité, l'irritabilité, l'anxiété, les comportement moteurs aberrants**, et **les troubles du sommeil**.

Ces SPC sont aussi retrouvées comme étant les plus fréquents dans les autres études sur le sujet (16,17,21). Pour plusieurs auteurs, indépendamment d'analyses dans le cadre d'UCC ou d'UMG, **l'apathie** serait le SPC le plus fréquent dans le cadre de troubles neurocognitifs (14,28,29), mais elle n'apparaît pas comme tel dans notre étude. Probablement parce qu'elle est difficile à identifier et à différencier de la dépression, et parce qu'elle entraîne moins de demandes de prise en charge spécialisée que d'autres SPC chez les patients institutionnalisés (30).

L'agitation/agressivité et l'irritabilité s'améliorent dans les deux groupes mais le score médian au suivi reste supérieur à 4, ce qui en fait des items encore « cliniquement significatifs » (31).

On note une tendance à l'amélioration de **l'anxiété** plus importante avec une prise en charge en UCC, sans pouvoir affirmer une différence significative.

Les comportements moteurs aberrants s'améliorent peu dans notre groupe UCC (8.5 au suivi), contrairement à ce qui est retrouvé dans l'étude de l'UCC de Lyon. Dans cette étude, le score moyen pour cet item s'améliorait de façon significative, passant de 4.89 à l'entrée à 1.5 lors du suivi à J15. La comparaison pourrait être limitée parce que le délai de suivi y est plus court, et que les différents items du NPI n'ont pas été analysés en fonction du lieu de vie des patients (18). De plus, le score médian de départ est plus élevé dans le groupe de notre étude (10.5). Nos résultats semblent plus proches de ceux de l'étude de Saidlitz et al. Dans cette étude, les SPC s'amélioraient entre l'entrée et la sortie, mais le suivi entre J15 et J21 mettait en évidence une réascension de la fréquence et du retentissement de certains SPC, notamment les comportements moteurs aberrants (17). Ceci peut être lié au fait que les comportements moteurs aberrants sont généralement peu améliorés par les traitements pharmacologiques (32).

Aucune étude concernant les équipes mobiles de gériatrie n'a analysé l'évolution des différents items du NPI de façon individualisée.

L'item **hallucinations** s'aggrave dans le groupe UMG. Sur les six patients du groupe ayant présenté ce SPC, les hallucinations étaient présentes dès le début pour deux d'entre eux, et sont apparues lors du suivi pour les quatre autres. Notre étude n'a pas permis de les analyser séparément. Cela s'est présenté pour d'autres SPC où l'item était négatif au départ, puis positif lors du suivi, mais ces cas étaient rares dans notre étude.

Pour expliquer les situations de patients ne présentant pas initialement un item positif, alors que celui-ci devient positif au cours du suivi, plusieurs éléments peuvent être évoqués :

- Le délai parfois long pour réaliser le suivi (apparition de nouveaux SPC liés à l'évolution de la pathologie neurologique),
- Les variations du score du NPI en fonction des évaluateurs liés à une part subjective du test,
- Ou possiblement une aggravation de certains items liés aux changements thérapeutiques.

Il faut tout de même noter que malgré ces situations individuelles, l'évolution globale pour chaque population retrouve une amélioration pour quasiment tous les items, et ce dans les deux groupes étudiés.

Malgré la faible taille de notre échantillon et les difficultés liées au recueil de données, nos analyses semblent en faveur de deux groupes d'étude similaires, et d'une évolution positive pour les deux groupes malgré deux prises en charge très différentes.

3) Perspectives de recherche

Une étude similaire avec un plus grand nombre de sujets pourrait être intéressante afin de confirmer nos résultats. Une étude dédiée au suivi ou non des recommandations de l'UMG pourrait permettre d'analyser les patients dont les SPC s'aggravent ou s'améliorent après le passage de l'UMG.

V. Conclusion

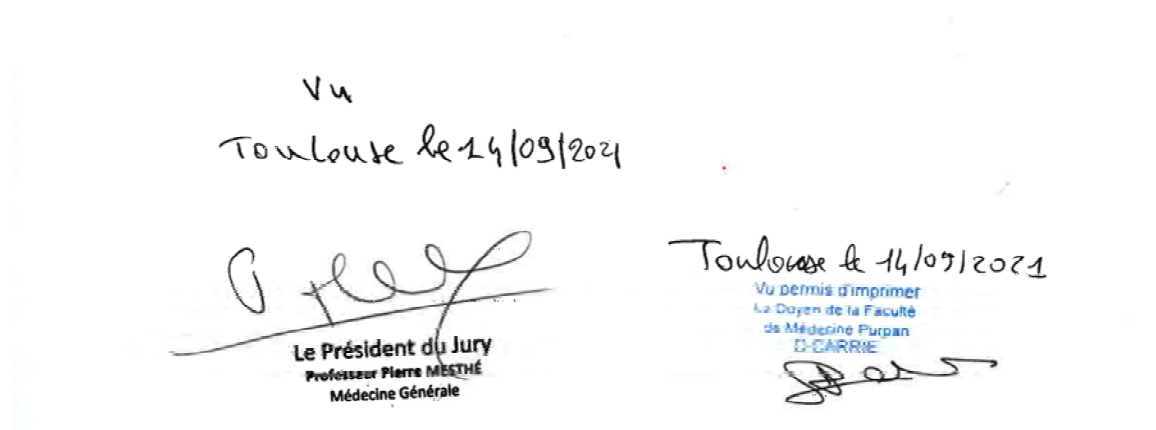
Les SPC liés aux troubles neurocognitifs nécessitent des soins spécifiques. Leur gestion peut s'avérer complexe, notamment pour les patients résidant en EHPAD.

Une hospitalisation en unité adaptée n'est pas toujours possible, d'où la nécessité pour le médecin généraliste de se tourner vers d'autres dispositifs.

Un séjour en UCC représente une hospitalisation longue dans un nouveau milieu, avec une prise en charge par une équipe formée à la gestion des SPC dans des locaux adaptés ; tandis que l'UMG EH permet de réaliser une intervention rapide sur le lieu de vie du patient, qui reste ainsi dans son cadre habituel. Dans notre étude, les SPC s'améliorent dans les deux groupes sans qu'il n'y ait de différence significative entre les deux types de prise en charge.

Ces données sont intéressantes en pratique pour le médecin généraliste qui peut compter sur un maillon supplémentaire de la filière comportementale pour l'aider dans sa prise en charge des situations complexes.

D'autres études concernant le suivi ou non des recommandations de l'UMG-EH pourraient être intéressantes.



VI. Références bibliographiques :

1. Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>
2. Rochoy M, Chazard E, Bordet R. Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 mars 2019;17(1):99-105.
3. Radue R, Walaszek A, Asthana S. Neuropsychiatric symptoms in dementia. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:437-54.
4. Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. mars 2007;20(1):41-9.
5. Canevelli M, Adali N, Voisin T, Soto ME, Bruno G, Cesari M, et al. Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer's disease using the Neuropsychiatric Inventory. *Int J Geriatr Psychiatry*. août 2013;28(8):795-803.
6. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs
7. Terum TM, Andersen JR, Rongve A, Aarsland D, Svendsboe EJ, Testad I. The relationship of specific items on the Neuropsychiatric Inventory to caregiver burden in dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. juill 2017;32(7):703-17.
8. Risco E, Cabrera E, Jolley D, Stephan A, Karlsson S, Verbeek H, et al. The association between physical dependency and the presence of neuropsychiatric symptoms, with the admission of people with dementia to a long-term care institution: a prospective observational cohort study. *Int J Nurs Stud*. mai 2015;52(5):980-7.
9. Reasons for Institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. *Journal of the American Medical Directors Association*. 1 févr 2014;15(2):108-16.
10. Selbæk G, Engedal K, Bergh S. The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. mars 2013;14(3):161-9.
11. Buhr GT, White HK. Difficult behaviors in long-term care patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc*. mars 2007;8(3 Suppl 2):e101-113.
12. Zwijsen SA, Kabboord A, Eefsting JA, Hertogh CPM, Pot AM, Gerritsen DL, et al. Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. avr 2014;29(4):384-91.
13. Jennings AA, Foley T, Walsh KA, Coffey A, Browne JP, Bradley CP. General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and

- psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 13 juin 2018;
14. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1 déc 1994;44(12):2308-2308.
 15. plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf
 16. Koskas P, Belqadi S, Mazouzi S, Daraux J, Drunat O. [Behavioral and psychological symptoms of dementia in a pilot psychogeriatric unit: management and outcomes]. *Rev Neurol (Paris)*. mars 2011;167(3):254-9.
 17. Saidlitz P, Sourdet S, Voisin T, Vellas B. Management of behavioural symptoms of dementia in a specialized unit care. *Psychogeriatrics*. 2017;17(2):81-8.
 18. Delphin-Combe F, Roubaud C, Martin-Gaujard G, Fortin M-E, Rouch I, Krolak-Salmon P. Efficacité d'une unité cognitivo-comportementale sur les symptômes psychologiques et comportementaux des démences. *Revue neurologique*. 2013;169(6-7):490-4.
 19. Baudemont C, Merlet I, Du Boisgueheneuc F, Liuu E, Tartarin F, Ragot S, et al. Unité cognitivo-comportementale: facteurs prédictifs de réadmission à 3 mois. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 2012;10(3):277-83.
 20. Rouch I, Pongan E, Trombert B, Fabre F, Auguste N, Sellier C, et al. One-Year Evolution of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Patients Initially Hospitalized in Cognitive Behavioral Units: The EVITAL Prospective Cohort. *J Alzheimers Dis*. 2017;57(1):147-55.
 21. Buisson A, Ojardias E, Viceriat A, Fakra É, Celarier T. Intérêt d'une unité mobile multidisciplinaire extra-hospitalière de neuro-psychogériatrie intervenant en EHPAD: analyse de 288 interventions. *Encéphale*. 2019;45(4):327-32.
 22. Krolak-Salmon P, Roubaud C, Finne-Soveri H, Riolacci-Dhoyen N, Richard G, Rouch I, et al. Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study. *European journal of neurology*. 2016;23(5):979-88.
 23. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>
 24. Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement - Les chiffres clés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>
 25. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-pathologies-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement>

26. Hirsch L, Roubaud C. Enquête de satisfaction réalisée auprès du personnel d'EHPAD après intervention de l'équipe mobile maladie d'Alzheimer de l'hôpital des Charpennes [Internet]. Lyon, France ; 2017 [cité 28 août 2021].
27. Jouinot H, Voisin T. 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 [Internet]. Toulouse, France : Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016 [cité 28 août 2021].
28. Camus V, Zawadzki L, Peru N, Mondon K, Hommet C, Gaillard P. Symptômes comportementaux et psychologiques des démences : aspects cliniques. *Annales médico psychologiques*. 2009;167(3):201-5.
29. Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, et al. Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer: résultats de l'étude REAL.FR. *La revue de médecine interne*. 2003;24:319s-24s.
30. Apathie : point sur un syndrome psychogériatrique incontournable. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 juin 2013;13(75):159-65.
31. Arbus C, Soto ME, Andrieu S, Nourhashémi F, Camus V, Schmitt L, et al. The prevalence of clinically significant depressive symptoms in Alzheimer's disease: relationship with other psychological and behavioural symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. nov 2008;23(11):1209-11.
32. Maltête D. Adult-onset stereotypical motor behaviors. *Rev Neurol (Paris)*. sept 2016;172(8-9):477-82.

Annexes

Annexe 1 : Inventaire Neuropsychiatrique

A. IDEES DÉLIRANTES

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ?						
	2. Le patient/la patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?						
	3. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?						
	4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des hôtes indésirables vivent sous son toit ?						
	5. Le patient/la patiente croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?						
	6. Le patient/la patiente croit-il/elle qu'il/elle n'est pas chez lui/elle dans la maison où il/elle habite ?						
	7. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille ont l'intention de l'abandonner ?						
	8. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans sa maison ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec eux ?)						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	Total des colonnes						

B. HALLUCINATIONS

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?						
	2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?						
	3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ?						
	4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?						
	5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?						
	6. Le patient/la patiente dit-il/elle avoir des goûts dans la bouche dont on ne connaît pas la cause ?						
	7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	Total des colonnes						

C. AGITATION:

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

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient Fréquence 0-4	Evaluation Clinicien * Gravité 0-3
Fréq 0-4	Gra 0-3		Ret 0-5				
✓ si Oui	Description						
	1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essaient de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?						
	2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?						
	3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif (ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	4. Le patient/la patiente pose-t-il/elle des questions répétitives ou fait-il/elle des déclarations répétées ?						
	5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle en général agité(e) ?						
	6. Le patient/la patiente est-il/elle incapable de rester assis(e) immobile ou ne peut-il/elle pas tenir en place ?						
	7. Le patient/la patiente demande ou se plaint souvent à propos de sa santé même si cela est injustifié ?						
	8. Le patient/la patiente refuse-t-il/elle de prendre les traitements ?						
	9. Le patient/la patiente a une allure nerveuse ou coléreuse qui d'une certaine façon change par rapport au comportement général ?						
	10. Le patient/la patiente essaie d'une manière agressive de quitter la résidence ou de se rendre dans un endroit différent (par exemple une chambre) ?						
	11. Le patient/la patiente tente d'utiliser d'une manière inappropriée le téléphone dans une tentative pour recevoir de l'aide des autres ?						
	12. Le patient/la patiente amasse-t-il/elle des objets ?						
	13. Le patient/la patiente cache-t-il/elle des objets ?						
	Total des colonnes						

D. AGRESSIVITE

Le patient/la patiente crie-t-il/elle d'une manière coléreuse, claque-t-il/elle les portes ou tente-t-il/elle d'atteindre ou de blesser les autres ? Essaie-t-il/elle intentionnellement de tomber ou d'essayer de se blesser ?
(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient Fréquence 0-4	Evaluation Clinicien * Gravité 0-3
Fréq 0-4	Gra 0-3		Ret 0-5				
✓ si Oui	Description						
	1. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou jure-t-il/elle avec colère ?						
	2. 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 ?						
	3. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	4. Le patient/la patiente empoigne-t-il/elle, pousse-t-il/elle ou griffe-t-il/elle les autres ?						
	5. Le patient/la patiente est-il/elle polémique d'une manière déraisonnable ou inhabituelle ?						
	6. Le patient/la patiente est-il/elle intrusif (ve) comme ne prenant la possession des autres ou en entrant dans la chambre des autres d'une manière inappropriée ?						
	7. Le patient/la patiente est-il/elle en conflit ouvert ou voilé avec l'équipe ou les autres ?						
	8. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de faire des choses dangereuses comme allumer une allumette ou grimper sur une fenêtre ?						
	Total des colonnes						

E. DYSPHORIE

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernant les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'il/elle est triste ?						
	2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est triste ou qu'il/elle n'a pas le moral ?						
	3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?						
	4. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?						
	5. Le patient/la patiente dit-il/elle est un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?						
	6. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?						
	7. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	8. Le patient/la patiente a-t-il/elle des expressions d'inquiétude ou de douleur ?						
	9. Le patient/la patiente est-il/elle pessimiste ou totalement négatif attendant le pire ?						
	10. Le patient/la patiente est-il/elle soudainement irritable ou facilement ennuyé(e) ?						
	11. Le patient/la patiente a-t-il/elle changer ses habitudes alimentaires comme manger plus ou moins ou plus ou moins souvent que d'habitude ?						
	12. Le patient/la patiente parle-t-il/elle de sentiment de culpabilité pour des choses qu'il/elle ne contrôle pas ?						
	13. Le patient/la patiente semble-t-il/elle ne plus apprécier les activités qui étaient auparavant agréable ?						
	Total des colonnes						

F. ANXIETE:

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernant les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus ?						
	2. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?						
	3. Y-a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?						
	4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le cœur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)						
	5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux (se) comme par exemple circuler en voiture, rencontrer des amis ou se trouver au milieu de la foule ?						
	6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux (se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous (ou de la personne qui s'occupe de lui/d'elle) ? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	7. Le patient/la patiente parle-t-il de sensation de terreur ou agit-il/elle comme si il/elle était effrayé(e) ?						
	8. Le patient/la patiente a-t-il/elle des expressions d'inquiétude ?						
	9. Le patient/la patiente fait-il/elle des déclarations répétées ou des commentaires à propos de quelque-chose de mauvais qui va arriver ?						
	10. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle une inquiétude ou des préoccupations à propos de sa santé ou de ses fonctions corporelles, inquiétudes qui ne sont pas justifiées ?						
	11. Le patient/la patiente se met-il/elle en larme d'inquiétude ?						

G. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE:

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

NON Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux (se) par rapport à son état habituel ?						
	2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?						
	3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ?						
	4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?						
	5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?						
	6. Le patient/la patiente se vante-t-il/elle ou prétend-il/elle avoir plus de qualités ou de richesses qu'il/elle n'en a en réalité ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) : _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) : _____ Score Fréquence x Gravité : _____						
	Total des colonnes						

H. Apathie/Indifférence

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins spontané(e) ou actif (ve) que d'habitude ?						
	2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ?						
	3. Par rapport à son état habituel, le patient/la patiente se montre-t-il/elle moins affectueux (se) ou manque-t-il/elle de sentiments ?						
	4. Le patient/la patiente participe-t-il/elle moins aux tâches ménagères (corvées) ?						
	5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle moins s'intéresser aux activités et aux projets des autres ?						
	6. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?						
	7. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?						
	8. Le patient/la patiente reste-t-il/elle tranquillement assis(e) sans porter attention aux choses qui se déroulent autour de lui/d'elle ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) : _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) : _____ Score Fréquence x Gravité : _____						
	9. Le patient/la patiente a-t-il/elle réduit sa participation aux activités sociales même quand il/elle est stimulé(e) ?						
	10. Le patient/la patiente est-il/elle moins intéressé(e) ou curieux(e) à propos d'événements habituels ou nouveaux dans son environnement ?						
	11. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle moins d'émotion en réponse à des événements positifs ou négatifs ?						
	Total des colonnes						

I. DESINHIBITION

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernant les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?						
	2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?						
	3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?						
	4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel, chose qu'il/elle n'aurait pas faite habituellement ?						
	5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?						
	6. Le patient/la patiente prend-il/elle des libertés, touche-t-il/elle les gens ou les prend-il/elle dans ses bras d'une façon qui lui ressemble peu ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	7. Le patient/la patiente s'habille ou se déshabille-t-il/elle dans des endroits inappropriés ou s'exhibe ?						
	8. Le patient/la patiente a-t-il/elle une faible tolérance à la frustration ou est-il/elle impatient ?						
	9. Le patient/la patiente se comporte-t-il/elle d'une façon qui est socialement inappropriée pour la situation comme par exemple de parler durant une cérémonie religieuse ou de chanter au moment du repas ?						
	10. Le patient/la patiente semble-t-il/elle manquer de jugement social à propos de ce qu'il faut dire ou de la façon dont il faut se comporter ?						
	11. Le patient/la patiente insulte-t-il/elle les autres ?						
	12. Le patient/la patiente semble-t-il/elle incapable, réticent à contrôler son appétit ?						

J. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernant les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle « sort de ses gonds » facilement pour des petits riens ?						
	2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?						
	3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?						
	4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?						
	5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux (se) et irritable						
	6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	7. Le patient/la patiente est-il/elle excessivement critique à propos des autres ?						
	8. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle d'une façon ouverte des conflits avec des amis, de la famille et/ou l'équipe soignante ?						
	9. Le patient/la patiente est-il/elle en pleurs ou pleure-t-il/elle souvent et d'une manière imprévisible ?						
	10. Le patient/la patiente présente-t-il/elle des changements d'humeur soudain ?						
	11. Le patient/la patiente se plaint-il/elle fréquemment ?						
	12. Le patient/la patiente a-t-il/elle arrêté de présenter de la joie ou de la gaieté en réponse aux activités journalières ?						
	Total des colonnes						

K. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernant les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond dans la maison sans but apparent ?						
	2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?						
	3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?						
	4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives ou des « manies » qu'il recommence sans cesse ?						
	5. Le patient/la patiente a-t-il/elle des gestes répétitifs comme par exemple tripoter des boutons ou des choses, enrouler de la ficelle, etc. ?						
	6. Le patient/la patiente a-t-il/elle trop la bougeotte, semble-t-il/elle incapable de rester tranquillement assis(e) ou lui arrive-t-il fréquemment de balancer les pieds ou de tapoter des doigts ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	7. Le patient/la patiente présente-t-il/elle des comportements auto-stimulants comme le balancement, le frottement ou le gémissement ?						
	8. Le patient/la patiente bouge-t-il/elle sans propos rationnel en semblant oublier ses besoins ou sa sécurité ?						
	9. Le patient/la patiente a-t-il/elle des mouvements et/ou des réactions plus lentes que d'habitude ?						
	Total des colonnes						

L. Sommeil:

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

(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernant les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient	Evaluation Clinicien *
✓ si Oui	Description		Freq 0-4	Gra 0-3	Ret 0-5	Fréquence 0-4	Gravité 0-3
	1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?						
	2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?						
	3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?						
	4. Est-ce que le patient/la patiente vous réveille durant la nuit ?						
	5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?						
	6. Est-ce que le patient/la patiente dort de manière excessive pendant la journée ?						
	7. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt qu'il/elle en avait l'habitude ?)						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	8. Le patient/la patiente est-il/elle agité(e) ou inquiet(e) à propos de son sommeil nocturne? Semble-t-il/elle inquiet(e) à propos du fait de s'endormir ou de se réveiller au cours de la nuit ?						
	Total des colonnes						

M. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

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

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient Fréquence 0-4	Evaluation Clinicien * Gravité 0-3
Fréq 0-4	Gra 0-3		Ret 0-5				
✓ si Oui	Description						
	1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?						
	2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?						
	3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?						
	4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?						
	5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme de mettre par exemple trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?						
	6. Est-ce que le patient/la a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par exemple trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?						
	7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ?						
	Si vous utilisez seulement le NPI original, demandez à l'accompagnant de fournir les cotations globale pour le domaine seulement pour les items surligné en gris Fréquence (0-4) : _____ Gravité (0-3) _____ Retentissement sur l'accompagnant (0-5) _____ Score Fréquence x Gravité _____						
	8. Le patient/la patiente mange-t-il/elle ou boit-il/elle des substances inappropriées ou autres choses que de la nourriture ?						
	9. Le patient/la patiente demande-t-il/elle fréquemment de la nourriture ou de la boisson même si il/elle vient juste de manger ou de boire quelque chose ?						
	Total des colonnes						

N. VOCALISATIONS ABERRANTES

Est-ce que le patient/la patiente hurle, parle de manière excessive ou fait des bruits étranges ? A-t-il/elle des éclats verbaux fréquents ?
(✓) Oui: ☐ Non: ☐

NPI	Les réponses concernent les 4 dernières semaines	NPI-C					
		✓ Préciser	Entretien Accompagnant *			Entretien Patient Fréquence 0-4	Evaluation Clinicien * Gravité 0-3
Fréq 0-4	Gra 0-3		Ret 0-5				
✓ si Oui	Description						
	1. Le patient/la patiente fait-il/elle des bruits étranges comme des rires étranges ou des gémissements ?						
	2. Le patient/la patiente crie-t-il/elle ou hurle-t-il/elle bruyamment, apparemment sans raison ?						
	3. Le patient/la patiente parle-t-il/elle excessivement ?						
	4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des demandes ou des plaintes répétitives ?						
	5. Le patient/la patiente injurie-t-il/elle ou utilise-t-il/elle un langage obscène ou menaçant ?						
	6. Le patient/la patiente fait-il/elle des avances sexuelles verbales ?						
	7. Le patient/la patiente a-t-il/elle des éclats verbaux fréquents ?						
	8. Le patient/la patiente participe-t-il/elle aux conversations avec les autres, même si la conversation est absurde ou difficile à comprendre ?						
	Total des colonnes						

Annexe 2 : Inventaire Neuropsychiatrique version Equipe Soignante

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

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

Fonction de la personne interviewée:

Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;

proche/ s'occupe souvent du patient;

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

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

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

A. IDEES DÉLIRANTES

(NA)

“ Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles?

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?	☐	☐
2. Le patient/ patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?	☐	☐
3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?)	☐	☐
6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?	☐	☐

Commentaires:

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

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 : les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.	2
Important : les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

B. HALLUCINATIONS

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? ” (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient s'adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là ?

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

Commentaires:

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

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 : les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les hallucinations sont éprouvantes et stessantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges.	2
Important : les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser)	3

RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

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 ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	☐	☐
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?	☐	☐
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	☐	☐

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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

D. DEPRESSION / DYSPHORIE

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?”

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?	☐	☐
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimée?	☐	☐
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	☐	☐
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	☐	☐

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

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 : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen : l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.	2
Important : l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.	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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

E. ANXIETE

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d’être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? ”

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?	☐	☐
2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l’aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?	☐	☐
3. Y a t il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d’avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d’avoir l’estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)	☐	☐
5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités?	☐	☐
6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu’il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? (S’agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e))	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes d’anxiété ?	☐	☐

Commentaires:

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

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 : l’état d’anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l’atténuer par l’intervention du soignant.	1
Moyen : l’état d’anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.	2
Important : l’état d’anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.	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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres? ”

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

Commentaires:

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

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 : Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse.	1
Moyen : Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois.	2
Important : Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse.	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	Sévèremen	4
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

G. APATHIE / INDIFFERENCE

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l’entoure ? N’a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d’engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe ?

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l’intérêt pour le monde qui l’entoure ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation ? (ne coter que si la conversation est possible)	☐	☐
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s’attendre (joie lors de la visite d’un ami ou d’un membre de la famille, intérêt pour l’actualité ou le sport, etc) ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d’intérêt habituels ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d’autres signes indiquant qu’aucune activité nouvelle ne l’intéresse ?	☐	☐

Commentaires :

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

FRÉQUENCE

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

GRAVITÉ

Léger : Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d’intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités.	1
Moyen : Le patient/la patiente manifeste une perte d’intérêt pour les choses qui ne s’atténue qu’à l’occasion d’événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2
Important : Le patient/la patiente manifeste une complète perte d’intérêt et de motivation.	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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

H. DESINHIBITION

(NA)

“ Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres? ”

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

Commentaires:

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

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 : Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen : Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.	2
Important : Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.	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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e)? ”

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle “ sort de ses gonds ” facilement pour des petits riens ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?	☐	☐
4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?	☐	☐
5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?	☐	☐
6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?	☐	☐
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?	☐	☐

Commentaires:

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

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 : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier.	2
Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier.	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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

“Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu’il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)”

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?	☐	☐
2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?	☐	☐
3. Le patient/la patiente n’arrête-t-il/elle pas de mettre et d’enlever ses vêtements ?	☐	☐
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc?	☐	☐
5. Y-a-t-il d’autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?	☐	☐

Commentaires :

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

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 : Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n’entrave pas les activités quotidiennes.	1
Moyen : les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l’aide du soignant.	2
Important : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant.	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
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

K. SOMMEIL

(NA)

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez " NA ".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit ? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres? "

NON Passez à la section suivante

OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?	☐	☐
2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ?	☐	☐
3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?	☐	☐
4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?	☐	☐
5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients)?	☐	☐
6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?	☐	☐

Commentaires:

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

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 : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente.	1
Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents	2
Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit.	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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT

(NA)

“ Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? ”

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

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

Commentaires:

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

FREQUENCE

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

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

GRAVITE

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

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

Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient. 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
Légèrement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

Annexe 3 : Fiche d'information

NOTICE D'INFORMATION

Thèse de médecine générale :

« Comparaison de l'évolution des symptômes psychocomportementaux en lien avec des troubles neurocognitifs, chez des patients vivant en EHPAD, à un mois d'une intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie et à un mois après sortie d'hospitalisation en Unité cognitivocomportementale. »

Promoteur de l'étude : Faculté de médecine générale Rangueil / CHU de Toulouse

Investigateur : Madame Camille Dubois, interne de médecine générale

Madame, Monsieur,

Vous recevez cette notice d'information car vous êtes la personne de confiance et/ou le représentant légal d'un patient résidant en EHPAD, qui a bénéficié d'une hospitalisation en Unité cognitivocomportementale à l'hôpital Garonne (Purpan) ou d'une intervention de l'équipe mobile de gériatrie (rattachée à l'hôpital Garonne) en EHPAD, entre le 1er janvier 2019 et le 30 septembre 2020.

Je sollicite votre autorisation pour accéder à certaines données de santé concernant cette personne, pour ensuite les traiter informatiquement et les analyser. Avant de prendre votre décision, il est important que vous lisiez les informations concernant cette recherche.

Pourquoi cette étude ?

Tous les étudiants en médecine doivent valider une thèse afin d'avoir le droit d'exercer. Cette thèse porte sur une problématique qui concerne tous les soignants, mais aussi la population générale, puisque les maladies neurodégénératives touchent de plus en plus de personnes chaque années (maladies d'Alzheimer, etc...)

Les patients atteints de ce type de maladie ont un risque élevé de présenter des troubles du comportement. Ces symptômes peuvent être source d'épuisement pour les proches et les soignants. Ils sont difficiles à gérer en EHPAD (personnel insuffisant, manque de formation...) et constituent un motif courant de consultation, notamment en médecine générale.

Le score du NPI (Inventaire Neuro Psychiatrique) comporte différents items qui quantifient les troubles du comportement ; il est utilisé pour représenter leur impact sur la vie des patients et de leurs proches et sur les soignants.

Une hospitalisation en milieu spécialisé pour gérer les troubles du comportement n'est pas toujours possible (délais trop longs), d'où la nécessité d'avoir recours à d'autres solutions grâce à la filière Alzheimer-Comportement du CHU de Toulouse : par exemple l'unité mobile extra hospitalière intervenant en EHPAD.

Le but de cette étude est d'évaluer l'amélioration du score du NPI après hospitalisation en unité cognitivocomportementale (UCC) ou après intervention de l'équipe mobile de gériatrie en EHPAD.

Quelles sont les données qui seront collectées et traitées ?

- Les données personnelles nominatives : nom, prénom, date de naissance, ainsi que l'EHPAD où le patient réside.
- Certaines données médicales : le motif d'hospitalisation en UCC ou d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie ; les scores NPI avant hospitalisation en UCC et un mois après la sortie d'hospitalisation ; les scores NPI avant intervention de l'équipe mobile de gériatrie et un mois après l'intervention

Dans le cadre de l'étude, un traitement informatique de ces données va être mis en œuvre afin de les analyser.

Seules les informations strictement nécessaires à la finalité de la recherche seront recueillies et tout sera anonymisé.

Afin d'assurer la confidentialité des informations personnelles, ni le nom, ni aucune autre information qui permettrait une identification directe ne seront saisi dans les documents que l'étudiant fournira à sa faculté.

Où vont être hébergées ces données ? Pendant combien de temps ?

Les données seront conservées dans un dossier informatique sécurisé et crypté, jusqu'à soutenance de la thèse, puis archivées définitivement (au plus tard en novembre 2021)

Un transfert de ces données hors de l'Union Européenne est-il envisagé ?

Non.

Qui aura accès à ces données ?

L'étudiant en médecine qui travaille cette thèse ; et en cas de besoin, ses partenaires de recherches (notamment les directeurs de thèse).

Si vous êtes d'accord et que vous autorisez l'accès aux données nécessaires pour cette étude, merci de bien vouloir remplir et signer la feuille de consentement jointe et la renvoyer par mail à l'adresse : these.generaliste.dubois@gmail.com

Vous avez le droit de revenir sur votre décision à tout moment ou demander des informations complémentaires.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, merci de le préciser en envoyant votre réponse à cette même adresse mail.

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation des données personnelles ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

Si malgré les mesures mises en place, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données compétente dans votre pays de résidence, la CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr>

Fiche de consentement

Thèse de médecine générale :

« Comparaison de l'évolution des symptômes psychocomportementaux en lien avec des troubles neurocognitifs, chez des patients vivant en EHPAD, à un mois d'une intervention de l'Equipe Mobile de Gériatrie et à un mois après sortie d'hospitalisation en Unité cognitivocomportementale. »

Promoteur de l'étude : Faculté de médecine générale Rangueil/CHU de Toulouse

Investigateur : Madame Camille Dubois, interne de médecine générale

Je, soussigné(e),(nom, prénom), personne de confiance et/ou représentant légal de(nom, prénom), autorise Mme Camille Dubois à accéder aux données nécessaires à son travail de recherche et à les utiliser pour l'élaboration de sa thèse.

Fait à, le/...../.....

Signature :

Annexe 4 : Echelle d'autonomie ADL (*Activities of Daily Living*)

Activité	Description	Score
Hygiène corporelle	Autonome	1
	Aide partielle pour une partie du corps	0,5
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	0
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	1
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	0,5
	Besoin d'aide pour s'habiller, choisir ses vêtements ou reste partiellement ou complètement déshabillé	0
Aller aux toilettes	Autonome	1
	Doit être accompagné, besoin d'aide	0,5
	Ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin ou l'urinoir	0
Locomotion	Autonome	1
	Besoin d'aide	0,5
	Grabataire	0
Continence	Continent	1
	Incontinence occasionnelle	0,5
	Incontinence permanente	0
Repas	Autonome	1
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
	Aide complète ou alimentation artificielle	0

Evolution des symptômes psycho-comportementaux chez des patients avec troubles neurocognitifs résidant en EHPAD : comparaison entre prise en charge en Unité Cognitive-Comportementale et prise en charge par l'Unité Mobile de Gériatrie extrahospitalière

Introduction : La gestion des symptômes psycho-comportementaux (SPC) liés aux troubles neurocognitifs peut être complexe en EHPAD. Un avis spécialisé peut être nécessaire. Une hospitalisation n'est pas toujours faisable, mais d'autres dispositifs existent. **Objectif :** Comparer l'évolution des SPC chez des patients atteints de troubles neurocognitifs résidant en EHPAD, entre une prise en charge en Unité Cognitive-Comportementale (UCC) et une prise en charge par une Unité Mobile de Gériatrie extrahospitalière (UMG). **Méthode :** Nous avons comparé deux groupes de patients résidant en EHPAD : un groupe de 21 patients hospitalisés en UCC à Toulouse et un groupe de 33 patients ayant bénéficié d'une intervention de l'UMG du CHU de Toulouse sur le lieu de vie, entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 décembre 2019. Les SPC étaient analysés avec l'inventaire neuropsychiatrique version équipe soignante (NPI-ES). Le NPI était réalisé par le personnel soignant des établissements avant hospitalisation en UCC/intervention de l'UMG, puis à distance de l'hospitalisation/de l'intervention. **Résultats :** Il existe une diminution statistiquement significative du NPI total dans les deux groupes. La différence d'évolution du NPI entre les deux groupes n'est pas significative. Les douze items du NPI s'améliorent globalement dans les deux groupes sans différence significative entre eux. **Conclusion :** Cette étude est en faveur de l'absence de différence significative dans l'efficacité de la gestion des SPC des patients résidants en EHPAD entre l'intervention de l'UMG et l'hospitalisation en unité spécialisée.

Evolution of behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly living in nursing home: comparison between hospitalization in a Cognitive and Behavioral Unit and intervention of a Mobile Geriatric Unit

Introduction: Managing Behavioral and Psychological Symptoms (BPS) due to cognitive impairment may be difficult in nursing home. It may require specialist advice. A hospitalization is not always feasible but other measures exist. **Objective:** The aim of this study was to compare the evolution of BPS for patients living in nursing homes and presenting neurocognitive disorders: between cares in hospitalization in Cognitive and Behavioral Unit (CBU), and cares by a Mobile Geriatric Unit (MGU) performing directly within the nursing homes. **Method:** We compared two groups of people living in nursing homes: a group of 21 patients being admitted to the CBU of Toulouse city, and a group of 33 patients being supported by Toulouse hospital's MGU performing directly within the nursing homes, between January 1st, 2019 and December 31st, 2019. The BPS were analyzed by using the Neuropsychiatric Inventory Nursing Home (NPI-NH). The NPI-NH was employed by nursing homes' caregivers before hospitalization in CBU or intervention by MGU. A follow-up assessment using NPI-NH was then performed after a month or more. **Results:** We observed a significant improvement in the NPI for both groups. There was an overall improvement of NPI's twelve items in both groups without significant differences between them. **Conclusion:** This study supports the overall effectiveness of both the MGU and the hospitalization in CBU in the management of BPS for patients living in nursing homes.

Mots clefs : troubles du comportement, démence, inventaire neuropsychiatrique, EHPAD, Unité Cognitive-Comportementale, Unité Mobile de Gériatrie extrahospitalière

Key words: behavioral disorders, dementia, Neuropsychiatric Inventory, nursing home, Cognitive and Behavioral Unit, Mobile Geriatric Unit

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Université TOULOUSE III – PAUL SABATIER

Faculté de médecine Toulouse Purpan - 37 Allées Jules Guesde - 31000 Toulouse – France

Directeurs de thèse : Dr Julien ARTIGNY, Dr Pascal SAIDLITZ
