



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Analyse descriptive des patients admis sur une période de 6 mois en
Unité Cognitivo-Comportementale aux Centres Hospitaliers de Lens et
Arras.**

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2014 à 18h
Au Pôle Formation

Par Aurélie Ammeux-Poumaëre

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence Garguillo-Pasquier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Madame le Docteur Valérie Wiel

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Valérie Wiel

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
APA	Allocation Publique d'Autonomie
AS	Aide-Soignante
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HTA	Hypertension artérielle
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
MMS	Mini Mental State
MNA	Mini Nutritional Assessment
NPI	Inventaire Neuropsychiatrique
SSCPD	Signes et Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UCC	UnitéCognitivo-Comportementale
UGC	Unité de Gériatrie Clinique
UHR	Unité d'Hospitalisation Renforcée

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
Matériels et méthodes	4
.I. Généralités	4
A. Les unités cognitivo-comportementales	4
1. Cahier des charges	4
2. Bilan médicopsychosocial à l'entrée des UCC	5
B. Troubles du comportement ou Signes et Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SSCPD).	5
C. UCC de Lens	6
D. UCC d'Arras.....	7
.II. Critères d'inclusion et d'exclusion	7
.III. Méthode de recueil des données	8
.IV. Analyse statistique	10
Résultats	11
.I. Données sociodémographiques de la population.	12
.II. Antécédents médicaux du patient.	14
.III. Bilan du patient à l'entrée en UCC.	16
.IV. Etude du patient à la sortie d'hospitalisation.	19
A. Lieu de vie.....	19
B. Suivi du patient.....	20
.V. Moyens d'action durant l'hospitalisation.	21
A. Participation aux groupes de stimulation cognitive.....	21
B. Modification du traitement.	22
Discussion	23
.I. Résultats principaux.	23
.II. Biais de l'étude.....	23
.III. Discussion des résultats et comparaison des données à la littérature.	24
A. Population dans les UCC.	24
1. Données sociodémographiques et caractéristiques de la population	24
2. Type de démence et SSCPD.....	26
B. Devenir du patient à la sortie d'UCC.	27
C. Modification du traitement du patient, limitation de l'utilisation des psychotropes.....	28
Conclusion.....	30
Références bibliographiques	31
Annexes	33
Annexe 1 : NPI.....	33
Annexe 2 : Recueil de données	34
Annexe 3 : Tableau des données pour les statistiques	35
Annexe 4 : MMS	36

Annexe 5 : Echelle du ZARIT.....37

RESUME

Contexte : Le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées est en constante augmentation. L'évolution de ces maladies se fait bien souvent vers l'apparition de troubles du comportement ou SSCP qui sont source d'institutionnalisation et d'épuisement de l'aidant. Le troisième plan Alzheimer en France met en place des unités cognitivo-comportementale (UCC) dédiées à ces personnes.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective d'observation descriptive bicentrique. La population des UCC de Lens et d'Arras sur une période de 6 mois a été décrite d'après un relevé de données réalisé à partir du dossier des patients.

Résultats : 105 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients est de 82,7 ans [81.355-84.03]. 66% des patients [55.74-74.52] sont des femmes. La moyenne du score MMS est de 14 ± 6.61 . L'inventaire neuropsychiatrique a été réalisé et retrouve l'item agitation, agressivité chez 48% [37.73-57.6] des patients. A l'entrée en UCC, 76% [66.7-83.73] des patients viennent de leur domicile. A la sortie, 46% [36.05-55.69] retournent chez eux. Le traitement a été modifié chez les patients hospitalisés avec l'ajout d'un traitement psychotrope chez 53% [43.38-63.04] d'entre eux et un arrêt d'un ou plusieurs psychotropes chez 44% [32.47-51.94] des patients.

Conclusion : La population des UCC semble répondre au cahier des charges établi lors du plan Alzheimer.

INTRODUCTION

Le nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ne cesse d'augmenter.(1) La prise en charge de ces malades est à la fois médicale mais aussi médico-sociale et mobilise de nombreux moyens.

Dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées peut survenir des périodes de crises avec l'apparition de troubles du comportement. (2) Troubles qui sont un facteur favorisant du passage du patient en institution(3), d'une fatigue et d'une altération de la qualité de vie des aidants.

La prise en charge des troubles du comportement perturbateurs dans la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées a fait l'objet de nouvelles recommandations de la HAS en 2009.(4) Celles-ci visent notamment à promouvoir la prise en charge non médicamenteuse par un personnel adapté et de limiter ou de réduire la prescription de psychotropes.

C'est dans ce contexte également que le troisième plan Alzheimer 2008-2012 a été mis en place. La mesure numéro 17 (5) nous intéresse plus particulièrement car elle crée des unités spécialisées, appelées unités cognitivo-comportementales (UCC), avec des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial. Elles ont pour objectif de stabiliser les troubles du comportement grâce à un programme individualisé et de permettre un retour au lieu de vie d'origine.

L'objectif de la thèse est de décrire les patients admis dans les UCC.

Observe-t-on une limitation de l'utilisation de psychotropes et un retour au lieu de vie d'origine après une hospitalisation dans ces unités?

MATERIELS ET METHODES

.I. Généralités

A. Les unités cognitivo-comportementales

1. Cahier des charges

Suite au Plan Alzheimer, la mesure numéro 17 met en place la création des UCC. Ces unités sont créées dans des services existants de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et comportent entre 10 et 12 lits. Elles s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées présentant certaines caractéristiques : les patients doivent être valides, avoir un trouble du comportement et venir du domicile ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. L'orientation à la sortie se fera vers une structure adaptée à la situation.

Un programme d'activités adapté est mis en place pour le patient avec pour objectif la diminution de l'utilisation des psychotropes et la stabilisation des troubles du comportement. Des pratiques comme la psychothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie peuvent être proposées.

Le personnel est dédié et spécifique au soin et à l'accompagnement.(5)

2. Bilan médicopsychosocial à l'entrée des UCC

Le patient lors de son entrée en UCC va bénéficier d'un examen clinique, d'un recueil de ses antécédents et de son traitement. Son mode de vie sera également recherché.

Afin d'élaborer un plan d'aide personnalisé du patient, à l'entrée d'hospitalisation, un bilan est effectué avec la réalisation d'un MMS, si cela est possible. Puis les troubles du comportement sont évalués par l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI). D'autres échelles d'évaluation peuvent également être utilisées.

Ensuite, plusieurs intervenants peuvent faire un bilan du patient comme un ergothérapeute, un psychomotricien.

Les aidants principaux sont également encadrés et pris en charge.

B. Troubles du comportement ou Signes et Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SSCPD).

Les symptômes comportementaux sont la première cause d'inconfort du patient comme de l'aidant.

Ce sont les signes et symptômes de distorsion de perception de contenu de pensée, d'humeur ou de comportement survenant fréquemment chez les patients déments.(2)

Ils peuvent être présents dès les stades légers de la maladie d'Alzheimer et doivent être systématiquement recherchés.(6)

Il existe plusieurs outils d'évaluation des troubles du comportement, dont l'inventaire neuropsychiatrique.

Le NPI a été développé aux États-Unis et traduit en français.(7) Le but du NPI est de recueillir des informations sur la présence de SSCPД chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, en analysant 12 séries de symptômes : « idées délirantes », « hallucinations », « agitation », « dépression », « anxiété », « exaltation de l'humeur », « apathie », « désinhibition », « irritabilité », « comportements moteurs aberrants », « troubles du sommeil », « troubles de l'appétit ». Il s'agit d'un entretien semi-dirigé basé sur les réponses d'un accompagnant ou d'un soignant. En plus de la présence des troubles, leur fréquence (F de 1 à 4) et leur gravité (G de 1 à 3) sont évaluées, ce qui permet de calculer un score pour chaque item. Le retentissement sur l'aidant (R de 0 à 5), de chaque symptôme est aussi estimé. Après avoir multiplié le score de chaque item, (F × G) on obtient un score noté sur 12. La mesure de R n'intervient pas dans le calcul du score.(8) (Annexe 1)

C. UCC de Lens

L'unité de Lens a été créée en avril 2012. Elle comporte 12 lits en chambre individuelle et une salle commune pour les activités.

Le personnel comprend un ergothérapeute, un kinésithérapeute, un psychologue et un psychomotricien ; en plus de l'équipe paramédicale habituelle (aides-soignantes et infirmières).

D. UCC d'Arras

L'unité d'Arras a également été créée en avril 2012. Elle comporte 12 lits en chambre individuelle et une salle commune pour les activités.

Le personnel est comparable à l'unité de Lens avec la présence d'un psychomotricien, d'un ergothérapeute et d'un kinésithérapeute. Un personnel paramédical est également présent.

.II. Critères d'inclusion et d'exclusion

L'étude porte sur les patients sortant de l'UCC de Lens du 1^{er} novembre 2012 au 30 avril 2013 et sortant de l'UCC d'Arras du 1^{er} février 2013 au 31 juillet 2013. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les suivants.

Patients inclus :

- Patient ayant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.
- Patient sortant des unités de Lens et d'Arras entre les dates citées ci-dessus.

Patients exclus :

- Patient décédé dans le service
- Patient transféré dans une autre unité durant son séjour
- Patient n'ayant pas de troubles cognitifs.

.III. Méthode de recueil des données

J'ai réalisé une étude rétrospective descriptive épidémiologique d'observation bi centrique.

Le recueil des données a été effectué à partir des dossiers des patients sortis de l'UCC de Lens entre le 1^{er} novembre 2012 et le 30 avril 2013 et sortis de l'UCC d'Arras entre le 1^{er} février 2013 et le 31 juillet 2013.

Les données recueillies sont présentées dans le tableau mis en annexe (Annexe 2). Pour chaque patient, un tableau est rempli.

Ce tableau m'a donc servi à inclure les patients dans mon étude. Pour chacun d'entre eux un numéro d'identification unique a été attribué. Le motif d'hospitalisation me permettait d'inclure ou d'exclure le patient.

J'ai créé un tableau Excel pour l'analyse statistique (Annexe 3).

Tout d'abord, les données sociodémographiques du patient sont notifiées tel que l'âge, le sexe, l'origine du patient...

Ensuite, le patient bénéficiant à son entrée d'un bilan neuropsychologique, le Mini Mental State (MMS) a donc été récupéré sous la forme d'un score sur 30 (Annexe 4). Puis, je n'ai pas repris le score du NPI, mais j'ai listé les différents items présents chez le patient. En effet, le score du NPI n'était pas toujours présent dans le dossier et il me semblait plus judicieux de mettre en valeur les différents troubles du comportement présents chez les patients. Cela dans le but de faire un état des lieux des troubles du comportement pris en charge dans les UCC et donc de voir les plus difficiles à gérer au domicile et en EHPAD. J'ai donc récupéré le NPI de façon qualitative. L'échelle du ZARIT (Annexe 4) n'a pas été retenue dans mon étude car il y avait beaucoup trop de données manquantes et les résultats n'auraient pas été

interprétables. Pour chaque patient, j'ai également relevé son albuminémie à l'entrée en g/l.

Le type de démence du patient et l'ensemble de ses antécédents étaient répertoriés. Pour l'étude, j'ai sélectionné la présence de certains antécédents connus comme facteur de risque dans la démence vasculaire (la dyslipidémie, le diabète, l'ischémie cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle). Actuellement, ces antécédents sont également recherchés dans la maladie d'Alzheimer car potentiellement impliqués(9). Les troubles sensoriels ont également été retenus. En effet, ils peuvent parfois perturber le patient dément. Tout comme les pathologies rhumatismales qui sont souvent à l'origine de douleurs et peuvent également être une source de perturbation pour le patient.

J'ai relevé le lieu de vie du patient à l'entrée dans l'unité puis son lieu de vie à sa sortie. Si une proposition d'hébergement en EHPAD était refusée par la famille, alors celle-ci était notifiée. Pour les patients retournant au domicile, j'ai retenu les conditions de leur retour avec ou sans l'ajout d'aide paramédicale au domicile et la mise en place ou non d'un accueil de jour.

Le traitement du patient a été analysé. Tout d'abord, je notais si des psychotropes ont été arrêtés durant le séjour. Dans la catégorie des psychotropes sont mis les anxiolytiques, les antidépresseurs et les antipsychotiques. Puis, l'ajout ou non dans le traitement de psychotropes, de laxatifs, de compléments nutritionnels, d'un traitement antalgique ou d'un traitement en rapport avec la démence était répertoriés.

.IV. Analyse statistique

Suite au recueil des données, j'ai réalisé une analyse descriptive univariée de la population des UCC de Lens et d'Arras.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne, écart type et intervalle de confiance à 95 %.

Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs avec calcul de pourcentages et d'intervalle de confiance à 95%.

L'analyse statistique est réalisée avec l'aide de la plateforme d'aide méthodologique de la clinique de santé publique du CHRU de Lille.

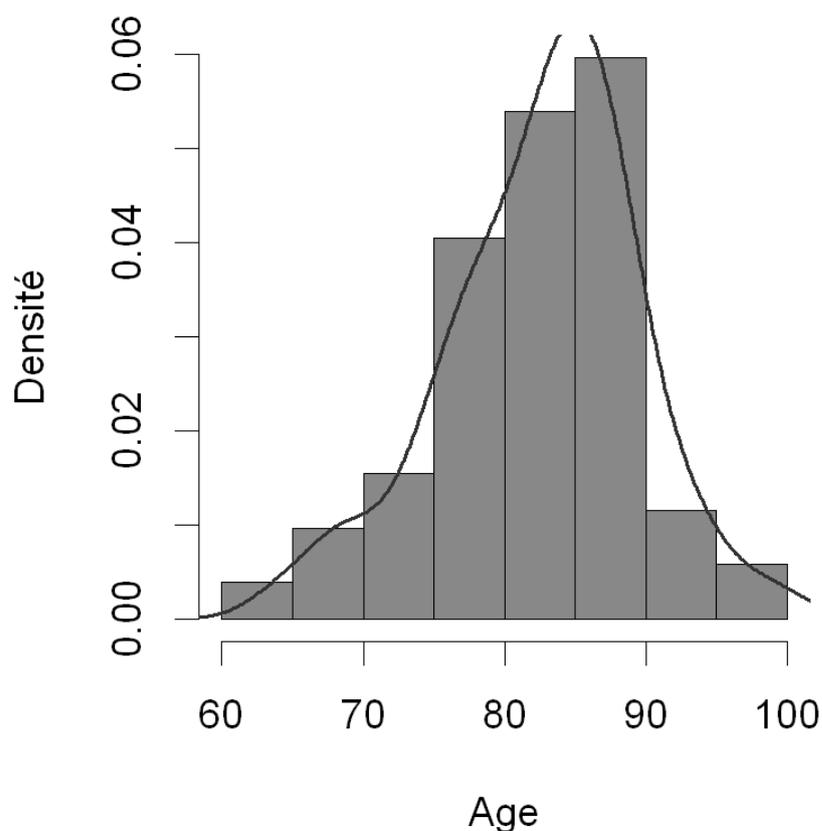
RESULTATS

Cent cinq patients ont été inclus, 69 patients sortant de l'UCC de Lens du 1^{er} novembre 2012 au 30 avril 2013 et 36 patients sortant de l'UCC d'Arras du 1^{er} février 2013 au 31 juillet 2013. J'ai exclu 4 patients : 1 patient décédé au cours de l'hospitalisation, 2 patients hospitalisés pour trouble du comportement sans trouble cognitif retrouvé, 1 patient transféré en UGC durant l'hospitalisation.

.I. Données sociodémographiques de la population.

L'âge moyen des patients est de 82,7 ans IC 95%[81.355-84.03].

Figure 1 : Age des patients.



66% [55.74-74.52] des patients sont des femmes.

37% [27.73-47.29] des patients sont en couple et 90% [82.13-94.89] ont un entourage présent (enfant, époux(se), voisin (s)).

68% [57.69-76.24] des patients bénéficient d'une aide avant l'hospitalisation mise en place par le médecin traitant ou la famille.

Les patients sont hospitalisés en moyenne 29,4 jours [26.303-32.554].

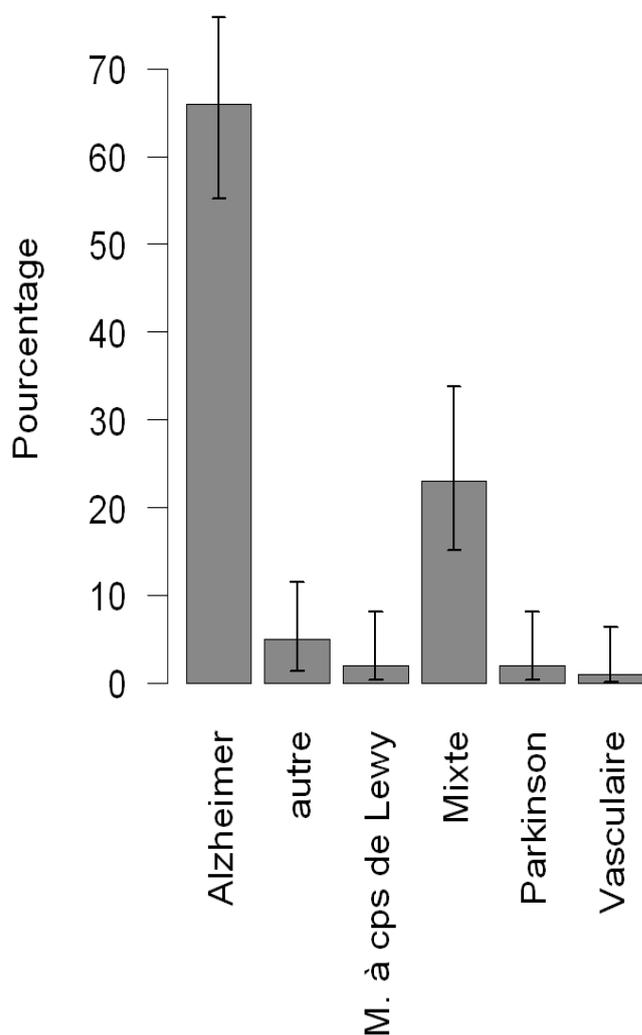
31 patients sont adressés directement de l'extérieur en UCC et les autres viennent des différents services de médecine.

Tableau 1 : Origine du patient avant son intégration en UCC

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
autre service	12	11	[6.3-19.48]
Consultation gériatrique	4	4	[1.05-9.47]
Domicile	9	9	[4.24-16.07]
EHPAD	13	12	[7.02-20.59]
Réseau Vie l'âge	5	5	[1.77-11.29]
SSR	3	3	[0.59-8.12]
UGC	47	45	[35.15-54.76]
Urgences	12	11	[6.3-19.48]
Total.valides	105	100	-

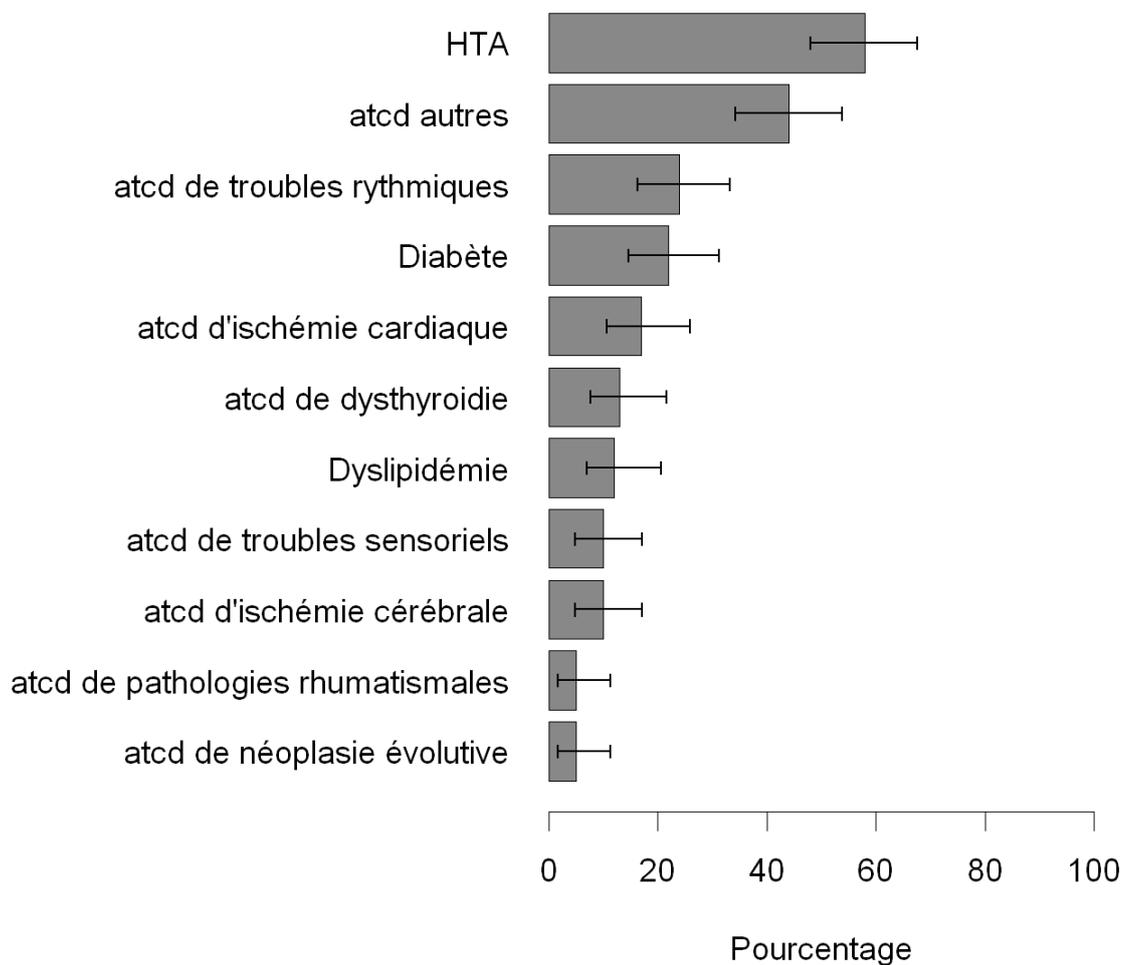
.II. Antécédents médicaux du patient.

Figure 2 : Type de démence du patient.



On note 66% [55.19-75.9] des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Chez 19 patients, la démence n'est pas connue car elle est en cours d'exploration ou elle n'est pas évaluable compte tenu du stade trop avancé de la maladie.

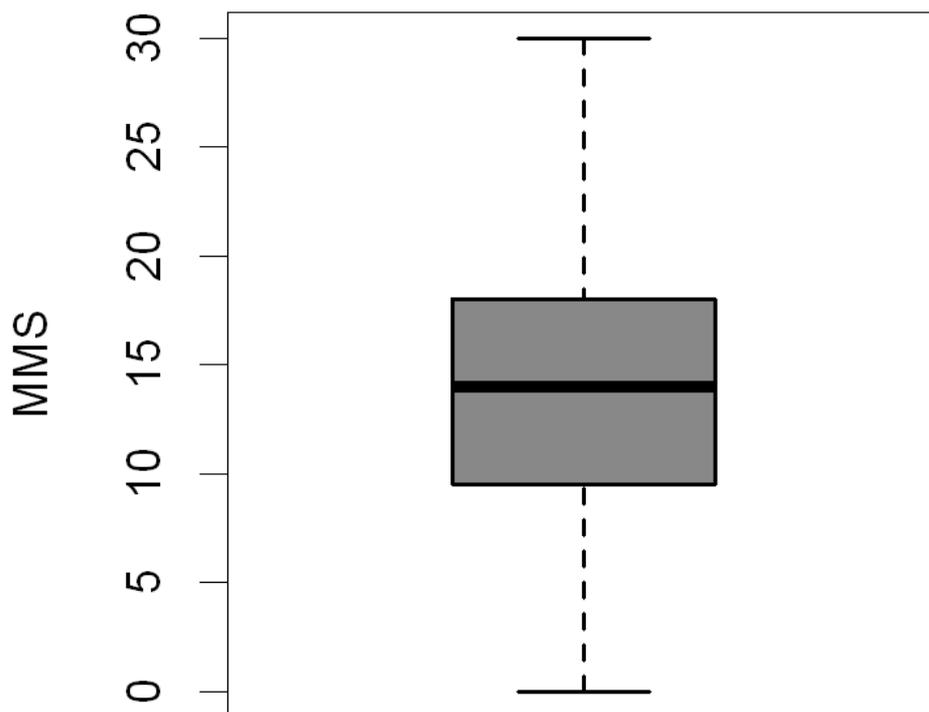
Figure 3 : Antécédents (atcd) principaux des patients.



.III. Bilan du patient à l'entrée en UCC.

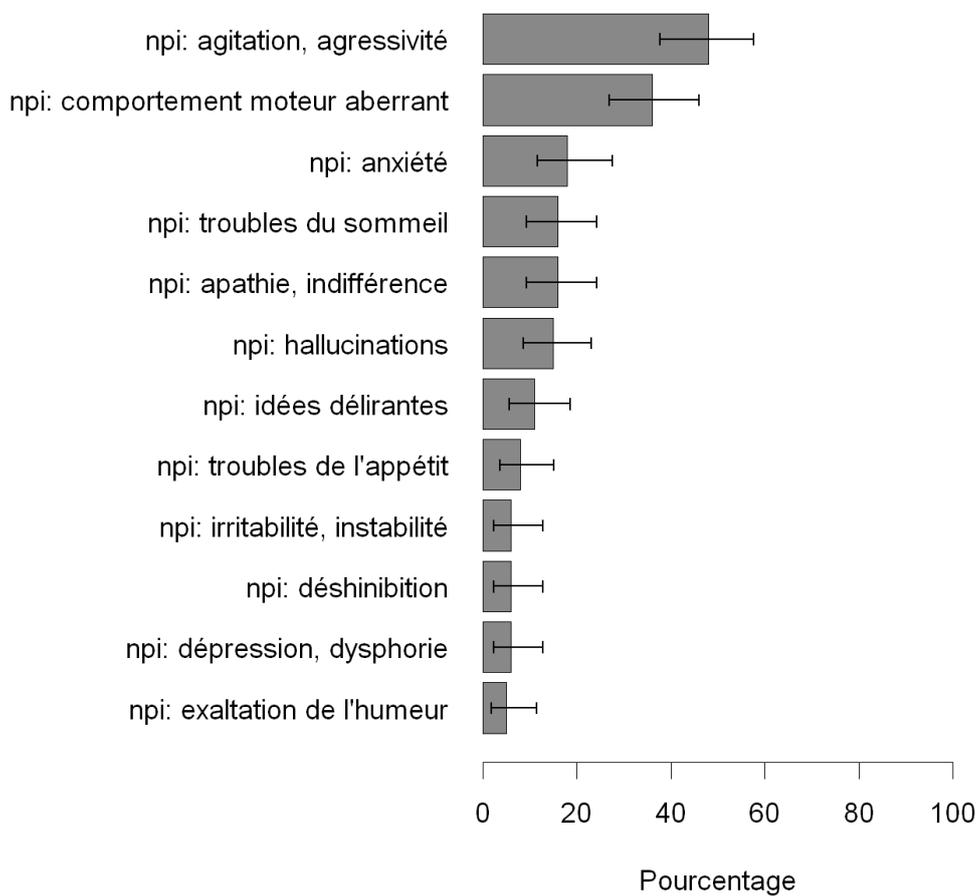
Le score MMS des patients est inférieur à 14 pour 50% d'entre eux et 25% ont un score inférieur à 10. Pour 21 patients, le test n'a pas pu être réalisé. La moyenne du score MMS est de 14 ± 6.61 .

Figure 4 : Score MMS sur 30 points.



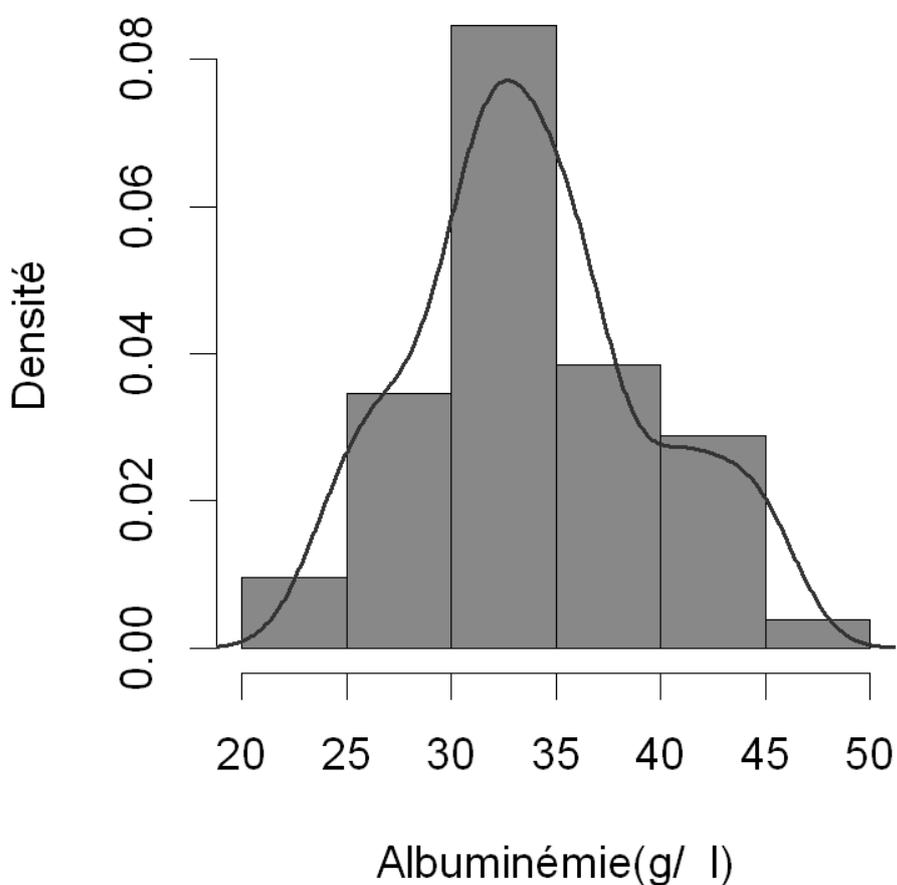
Le NPI n'a pas été retrouvé dans le dossier de 2 patients. On retrouve l'item agitation et agressivité chez 48% [37.73-57.6] des patients.

Figure 5 : NPI des patients.



L'albuminémie prélevée à l'entrée retrouve une dénutrition chez 62 patients sur les 104 patients. L'albuminémie moyenne est de $33,932 \pm 5,55$ g/l sur les deux centres avec une moyenne de $38,81 \pm 4,59$ g/l sur Arras et de $31,35 \pm 4,1$ g/l sur Lens.

Figure 6 : Albuminémie des patients en g/l.

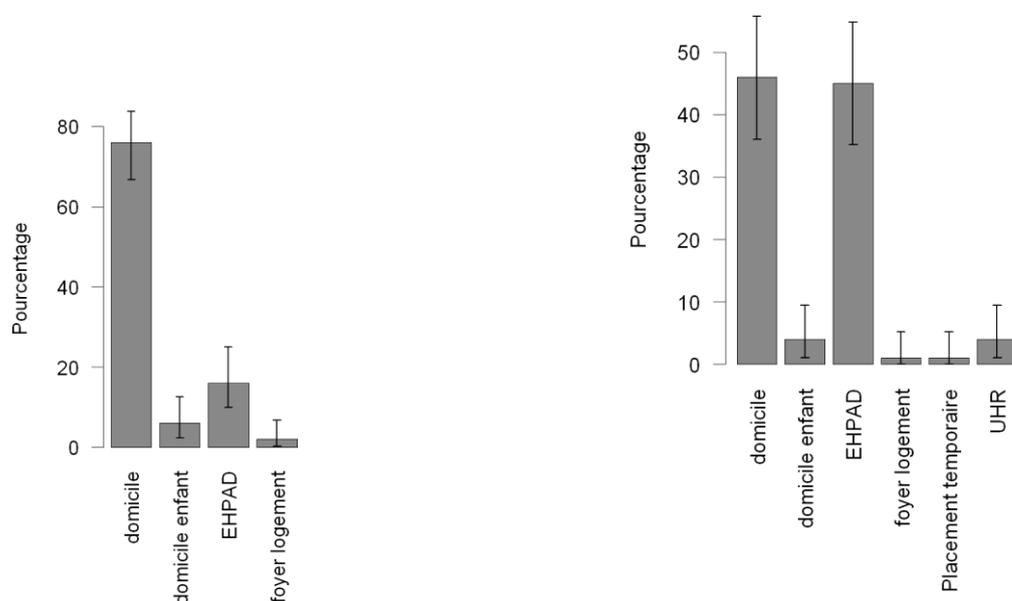


.IV. Etude du patient à la sortie d'hospitalisation.

A. Lieu de vie

A l'entrée en UCC, 76% [66.7-83.73] des patients viennent de leur domicile. A la sortie d'UCC, 46% [36.05-55.69] retournent chez eux. Pour les patients qui ne retournent pas à leur domicile, ils intègrent pour la plupart un EHPAD.

Figure 7 : Lieu de vie avant l'entrée en UCC **Figure 8 :** Lieu de vie à la sortie d'UCC.



Chez 7 patients, un placement en EHPAD a été proposé à la famille par le gériatre mais celui-ci a été refusé.

Sur les 80 patients qui viennent du domicile, 47 retournent à leur domicile, 2 entrent au domicile de leurs enfants, 27 vont en EHPAD, 1 part en placement temporaire et 3 autres en UHR.

B. Suivi du patient.

A la sortie de l'UCC, un suivi en consultation gériatrique ou avec le neurologue référent a été organisé chez 71% [61.65-79.61] des patients.

Pour les 53 patients sortant au domicile, au domicile des enfants ou en foyer logement:

- Un accueil de jour a été organisé chez 16% [18.74-44.51] d'entre eux. Le patient ira en accueil de jour une ou deux fois par semaine.
- L'aide paramédicale (APA, AS, IDE) a été mise en place ou augmentée chez 53% [38.77-66.48] de ces mêmes patients.

.V. Moyens d'action durant l'hospitalisation.

A. Participation aux groupes de stimulation cognitive.

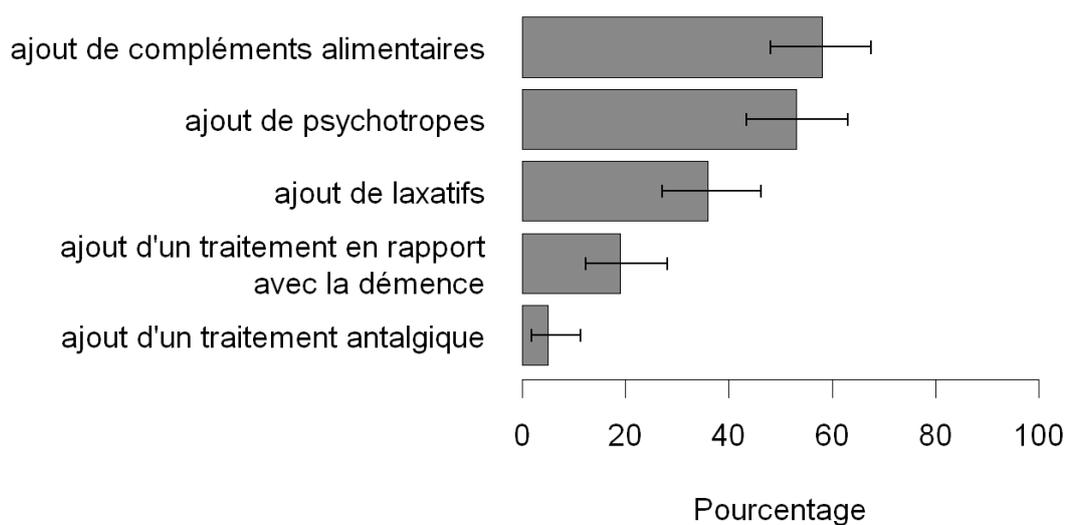
Sur 105 patients, 87 ont participé aux groupes de stimulation cognitive dont 41% [31.08-52.45] de façon active.

B. Modification du traitement.

Un ou plusieurs psychotropes ont été arrêtés chez 44% [32.47-51.94] des patients.

Le traitement a été modifié chez les patients hospitalisés avec l'ajout d'un traitement psychotrope chez 53% [43.38-63.04] d'entre eux.

Figure 9 : Ajout des différents traitements durant l'hospitalisation.



DISCUSSION

.I. Résultats principaux.

Les objectifs de mon étude sont de décrire la population des UCC, de voir le devenir du patient à sa sortie et d'étudier les traitements psychotropes du patient lors de son hospitalisation.

J'ai pu observer que sur 105 patients inclus, 76% [66,7-83,73] viennent de leur domicile et qu'à la sortie d'UCC, il reste 46% des patients qui retournent à leur domicile.

Les psychotropes ont été arrêtés chez 44% de la population mais nous verrons plus tard qu'il s'agit plus souvent d'une réadaptation du traitement du patient plutôt qu'une suppression.

.II. Biais de l'étude.

Le principal biais de mon étude est un biais de sélection. En effet, j'ai choisi d'étudier la population des UCC de Lens et d'Arras. Deux centres se trouvant dans le département du Pas de Calais. La population étudiée n'est donc pas représentative de l'ensemble des populations venant d'une unité cognitivo-comportementale.

.III. Discussion des résultats et comparaison des données à la littérature.

A. Population dans les UCC.

1. Données sociodémographiques et caractéristiques de la population

La population est comparable aux différentes études qui font l'état des lieux des UCC, une étude réalisée en juin 2012(10) et une autre en juin 2013(11). Comme ces études, le cahier des charges est à priori respecté puisque lors de l'inclusion sur 108 patients sortis des UCC de Lens et d'Arras durant les 6 mois d'observation, j'ai seulement exclus 2 patients pour trouble psychiatrique sans trouble cognitif. Le reste des patients sont donc déments avec un trouble du comportement.

Les patients sont relativement âgés en moyenne $82,7 \text{ ans} \pm 6,876$. Dans l'étude de 2012, 81% avaient plus de 75 ans. Les âges extrêmes sont 64 ans pour le plus jeune et 100 ans pour le plus vieux. Au niveau national, on peut également voir que les jeunes malades bénéficient de l'aide de ces unités avec un âge minimum à 42 ans pour l'état des lieux de 2013 et 40 ans pour l'étude de 2012.

On retrouve une majorité de femmes (66%), comme dans les 2 études.

L'hospitalisation durait en moyenne $29,4 \text{ jours} \pm 16,51$. Dans l'étude de 2013, la durée moyenne de séjour était de 36,4 jours. 45% des patients viennent de l'UGC, contre 23,4% pour l'enquête de 2012 et 25% pour celle de 2013 avec une grande disparité entre les différentes UCC (fonction de la demande et des habitudes territoriales). Ces pourcentages sont donc moins représentatifs. Pour mon étude

seulement 9% viennent directement du domicile après appel du médecin traitant contre une moyenne de 22% et de 23% dans les 2 études nationales.

Un suivi en consultation neurologique ou gériatrique est organisé pour 71% des patients. Dans l'enquête nationale de 2012 et de 2013, 68% des UCC assurent un suivi pour le patient mais il n'est pas précisé si une consultation est organisée pour l'ensemble des patients sortant de ces UCC. Notre résultat représente le nombre de patients pour lequel un rendez-vous est pris avant la sortie du patient.

On retrouve 62 patients dénutris sur 105 (définition biologique :albuminémie inférieure à 35 g/l, comme décrit dans le document sur le dépistage de la dénutrition de la personne âgée).(12)

Dans l'étude REAL.FR, les patients les plus dénutris ou à risque de dénutrition présentent un déclin cognitif et comportemental plus sévère sachant que l'étude a été réalisée en utilisant le MNA pour la définition de la dénutrition.(13)

On retrouve un nombre important d'hypertendus : 58%, mais ce pourcentage est inférieur aux hypertendus de la population âgée. En effet, les données de la caisse d'assurance maladie retrouvent 70% d'hypertendus après 80 ans en 2007.(14)

Dans mon étude, le relevé est fait sur la base des antécédents du patient, et on a peut-être une perte de données car un patient était qualifié d'hypertendu seulement s'il bénéficiait d'un traitement antihypertenseur.

2. Type de démence et SSCP

La démence d'Alzheimer est présente chez 66% des patients. La démence est globalement assez sévère avec un MMS moyen à 14 ± 6 , 61.

Le trouble du comportement le plus présent est l'agressivité/l'agitation, on retrouve 48% des patients atteints de ce trouble. Presque la moitié des patients ont un comportement agressif.

Dans l'étude REAL.FR, la prévalence des troubles du comportement dans les formes sévères de démence retrouve 63,5% de patients apathiques, puis 46,3% de patients anxieux, puis 44,3% présentent une agressivité/agitation. (15)

Dans mon étude, l'apathie est retrouvée chez 16% des patients ce qui est inférieur à la moyenne de cette étude. On peut donc se demander si l'agitation ou l'agressivité ne serait pas un trouble du comportement plus difficile à gérer au domicile ou en EHPAD et donc plus facilement retrouvé au sein des UCC.

Comme le montre l'expérience d'une unité pilote (unité cognitivo-comportementale), qui retrouve une dominance d'agitation/agressivité puis un comportement moteur aberrant ce qui est le cas pour mon étude. (16)

B. Devenir du patient à la sortie d'UCC.

A l'entrée en UCC, 76% des patients viennent du domicile et 16% viennent d'un EHPAD. A la sortie, 46% rentrent à leur domicile et 45% entrent dans un EHPAD.

Sur les 80 patients qui viennent du domicile, 47 retournent à leur domicile, 2 entrent au domicile des enfants, 27 entrent en EHPAD, 1 part en placement temporaire et 3 autres en UHR.

Une thèse de l'Université de Limoges qui étudie une unité cognitivo-comportementale retrouve des résultats comparables(17). En effet, à l'entrée en hospitalisation 80% habitaient au domicile et 11% venaient d'un EHPAD. A la sortie d'UCC, on retrouve 37% des patients qui rentrent au domicile donc un peu moins que dans mon étude. On note dans cette analyse que 16% des patients nécessitent un transfert dans un autre service ce qui fait partie de mes critères d'exclusion dans mon étude. On note par contre que 42 % des patients vont en EHPAD, ce qui est comparable.

On retrouve peu d'études sur le devenir du patient à la sortie d'UCC jugeant de son efficacité. L'efficacité des UCC est souvent jugée par le score du NPI comme l'étude de Delphin-Combe et al.(18) ou dans l'étude de Koskas et al.(16). Pourtant, les troubles du comportement sont une cause d'institutionnalisation plus rapide. Le fait que le patient puisse revenir dans son lieu de vie habituelle pourrait être un signe d'efficacité. En effet, les troubles du comportement doivent être partiellement contrôlés pour envisager un retour au domicile du patient. Ce résultat pourrait par contre être biaisé par le fait que le patient vit seul ou non au domicile.

Ce serait d'autant plus intéressant en sachant qu'une étude de Belmin et Bojic(19) montre que le changement d'environnement des patients déments entraîne

une apparition de troubles du comportement. Le retour du patient à son lieu de vie initial est donc à privilégier.

Une étude en cours de Puech et al.(20), cherche à étudier le nombre de ré hospitalisation et le suivi à 1 mois du patient.

Etudier le lieu de vie et la stabilité du patient à plus long terme après une hospitalisation en UCC serait donc intéressant.

C. Modification du traitement du patient, limitation de l'utilisation des psychotropes.

Un ou plusieurs traitements psychotropes ont été arrêtés durant l'hospitalisation pour 42% des patients. Mais sur ces 44 patients, 30 patients ont eu un ajout d'un autre traitement psychotrope. Par conséquent, il a été possible d'arrêter tout traitement psychotrope seulement pour 14 patients.

A priori, l'hospitalisation en UCC ne permet pas de réduire les traitements psychotropes mais plutôt de réadapter le traitement.

L'enquête nationale de juin 2012 de la DGOS(10), comparait la répartition des traitements psychotropes entre l'entrée et la sortie. On trouvait le même nombre de médicaments entre l'entrée et la sortie mais il y avait moins de neuroleptiques et plus d'antidépresseurs.

La thèse sur l'UCC de Limoges(17), retrouve une diminution significativement différente de la prescription des neuroleptiques en raisonnant en nombre de prescription et en modification posologique. Elle retrouve également une augmentation de la prescription des antidépresseurs et des anticholinestérasiques et/ou de Mémantine. Dans mon étude, 19% des patients bénéficient de l'ajout d'un traitement en rapport avec la démence.

Les recommandations sont de tenter toujours une approche non médicamenteuse devant les SSCPD. Aucun traitement n'a l'AMM chez les patients déments pour les troubles du comportement mais les antipsychotiques atypiques, les antidépresseurs Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine (IRS), les anticonvulsivants et les anticholinestérasiques représentent des choix thérapeutiques potentiellement intéressants pour améliorer ou stabiliser les SSCPD.(21)

Une étude de Pollock et all. retrouve une amélioration des troubles du comportement agitation/agressivité avec le citalopram (antidépresseur IRS) ce qui a changé les habitudes de prescription qui étaient les antipsychotiques standards.(22)

Dans les recommandations de mai 2009 sur la prise en charge des troubles du comportement, il est recommandé de ne prescrire un antipsychotique qu'en cas de troubles psychotiques sévères et non contrôlables après échec des mesures non médicamenteuses.(4)

Malgré la prise en charge non médicamenteuse au sein des UCC, actuellement un arrêt des traitements psychotropes parait difficile. Une réadaptation du traitement du patient par rapport au SSCPD en suivant les recommandations est actuellement appliquée au sein des UCC.

CONCLUSION

L'étude a permis de décrire la population des unités cognitivo-comportementales. Les patients sont relativement âgés avec un âge moyen à 83 ans, la démence est à un stade assez sévère avec un MMS moyen à 14. Ils ont tous un ou plusieurs troubles du comportement avec une dominance d'agitation et d'agressivité.

Ces unités nouvellement créées par le troisième plan Alzheimer s'adressent au patient dément ayant un trouble du comportement.

Durant l'hospitalisation, une réadaptation du traitement est réalisée mais aussi d'autres moyens sont mis en œuvre avec des intervenants multiples.

Les UCC ont permis le retour au domicile du patient sans institutionnalisation pour 46% d'entre eux.

Il serait intéressant de connaître le devenir de ces patients à distance de la sortie pour pouvoir juger d'une efficacité à plus long terme de ces unités et pour connaître l'aide qu'elles apportent en médecine de ville.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Alzheimer. INSERM. 2014. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer>
2. Lebert F, Pasquier F. Signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. EMC- Neurologie. Janvier 2008. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/2443/resultatrecherche/9>
3. O'Donnell BF, Drachman DA, Barnes HJ, Peterson KE, Swearer JM, Lew RA. Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* mars 1992;5(1):45-52.
4. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. 2009 mai. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/alzheimer-priseencharge-reco2 clics-v1.pdf>
5. Mesure n°17 - Plan Alzheimer 2008 - 2012. 2008. Disponible sur: <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no17.html>
6. Michel BF, Luciani V, Geda YE, Sambuchi N, Paban V, Azorin J-M. Dans la maladie d'Alzheimer, l'expression des troubles psychologiques et comportementaux est précoce et spécifique des stades lésionnels. *L'Encéphale.* sept 2010;36(4):314-25.
7. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* déc 1994;44(12):2308-14.
8. Benoît M, Robert P. Symptômes psychocomportementaux de la démence dans la maladie d'Alzheimer. *Rev Prat.* 2005;55(17):1895-901.
9. Polidori MC, Marvardi M, Cherubini A, Senin U, Mecocci P. Heart disease and vascular risk factors in the cognitively impaired elderly: implications for Alzheimer's dementia. *Aging Milan Italy.* juin 2001;13(3):231-9.
10. DGOS. Enquête UCC. 2012 juin. Disponible sur: <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2012/07/2e-enquete-UCC-version-site-internet.pdf>
11. Noblet-Dick M, Balandier C, Demoures G, Drunat O, Strubel D, Voisin T. État des lieux des unités cognitivo-comportementales (UCC) : résultats d'une enquête nationale. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 juin 2013;11(2):151-6.

12. Raynaud-Simon A. Comment dépister la dénutrition chez la personne âgée ? 5 oct 2009; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/227595/resultatrecherche/1>
13. Brocker P, Benharnidat T, Benoit M, Staccini P, Bertogliati C, Guérin O, et al. État nutritionnel et maladie d'Alzheimer résultats préliminaires de l'étude REAL.FR. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/33468/resultatrecherche/10>
14. Hanon O. Hypertension artérielle chez le sujet âgé - EM|Premium. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/833059/resultatrecherche/20>
15. Roblin J. Symptômes psycho-comportementaux du sujet âgé. *L'Encéphale*. sept 2009;35(4):H19-27.
16. Koskas P, Belqadi S, Mazouzi S, Daraux J, Drunat O. Expérience d'une unité pilote (unité cognitivocomportementale) spécialisée dans la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. *Rev Neurol (Paris)*. mars 2011;167(3):254-9.
17. Carpa N. Unité cognitivo-comportementale : Quel est son impact sur les troubles du comportement et le devenir du patient dément. Limoges; 2013.
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. *Rev Neurol (Paris)*. juin 2013;169(6-7):490-4.
19. Belmin J, Bojic N. Conséquences d'un changement d'environnement chez les malades déments. 9 avr 2008; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/137683/resultatrecherche/111>
20. Puech C, Mangin d'Ouince V, Hallet Lezy A-M. Unité cognitivo-comportementale (UCC) de Corentin-Celton : évaluation à un an. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2014;14(83):252-4.
21. Pahin A, Haffen E, Sechter D, Vandiel P. Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans la démence. *EMC - Psychiatr*. janv 2011;8(3):1-14.
22. Pollock BG, Mulsant BH, Rosen J, Sweet RA, Mazumdar S, Bharucha A, et al. Comparison of citalopram, perphenazine, and placebo for the acute treatment of psychosis and behavioral disturbances in hospitalized, demented patients. *Am J Psychiatry*. mars 2002;159(3):460-5.

ANNEXES

Annexe 1 : NPI

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					[]	

Annexe 2 : Recueil de données

Patient		Traitements ajoutés à la sortie	
Période d'hospitalisation		Traitements à la sortie	
Age		Suivi prévu en consultation	
Sexe		Participation aux groupes de stimulation cognitive	
Type de démence		Autres méthodes d'action	
Motif d'hospitalisation		Paramédical proposé à la sortie	
Origine du patient			
MMS			
NPI			
ZARIT			
Etat marital			
Entourage autre			
Aides à l'entrée			
Albuminémie			
Antécédents du patient			
Lieu de vie			
Filière proposée à la sortie			
Médecin traitant à la sortie et coordonnée			
Arrêt traitement à la sortie			

Annexe 3 : Tableau des données pour les statistiques

nom_var	nom_court	nom_long
patient	Identifiant du patient	Identifiant unique du patient
hopital	Hopital	Hôpital
periode_hospit	Période d'hospit	Nombre de jours hospitalisés en UCC
age	Age	Age en années
sexe	Sexe	Sexe
type_demences	Type de démences	Type de démence du patient: 5items: vasculaire-mixte-alzheimer-parkinson-lewy-autres
origine_patient	Origine du patient	Lieu d'hospitalisation avant son intégration en UCC
mms	MMS	Score du MMS sur 30 points
npi_idees_delirantes	npi: idées délirantes	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item idées délirantes
npi_hallucinations	npi: hallucinations	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item hallucinations
npi_agitation_agressivite	npi: agitation, agressivité	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item agitation et agressivité
npi_depression_dysphorie	npi: dépression, dysphorie	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item dépression et dysphorie
npi_anxiete	npi: anxiété	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item anxiété
npi_exaltation_humeur	npi: exaltation de l'humeur	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item exaltation de l'humeur
npi_apathie_indifference	npi: apathie, indifférence	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item apathie et indifférence
npi_deshinhibition	npi: déshinhibition	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item déshinhibition
npi_irritabilite_instabilite	npi: irritabilité, instabilité	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item irritabilité et instabilité
npi_motricite_aberrante	npi: comportement moteur aberrant	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item comportement moteur aberrant
npi_troubles_sommeil	npi: troubles du sommeil	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item troubles du sommeil
npi_troubles_appetit	npi: troubles de l'appétit	Inventaire Neuro Psychiatrique- réduit : item troubles de l'appétit
statut_marital	Marital	Etat marital du patient: marié(e), veuf(ve), célibataire
entourage	Entourage présent	Entourage du patient (enfant, époux(se), voisin)présent ou non
aides_a_lentree	Aides à l'entrée	Aides à l'entrée: mise en place par la famille ou le médecin traitant ou ehpad (aides soignants, infirmières, APA)
albuminemie	Albuminémie(g/dl)	Albuminémie du patient en g/dl
atcd_hta	HTA	Antécédent d'hypertension artérielle
atcd_ischemie_cerebrale	atcd d'ischémie cérébrale	Antécédent d'accident vasculaire cérébrale ou ischémique transitoire
atcd_troubles_rythmiques	atcd de troubles rythmiques	Antécédent de trouble du rythme ou de conduction
atcd_diabete	Diabète	Antécédent de diabète de type 1 ou de type 2
atcd_dyslipidemie	Dyslipidémie	Antécédent de dyslipidémie
atcd_ischemie_cardiaque	atcd d'ischémie cardiaque	Antécédent de syndrome coronaire aigu stenté ou non ou de cardiopathie ischémique
atcd_neoplasie_evolutione	atcd de néoplasie évolutive	antécédent de néoplasie évolutive
atcd_dysthyroidie	atcd de dysthyroidie	antécédent de dysthyroidie (hypo ou hyperthyroidie)
atcd_pathologies_rhumatismales	atcd de pathologies rhumatismales	antécédent de pathologies rhumatismales (nécessitant un traitement antalgique)
atcd_autres	atcd autres	antécédent autres (dermatologique, hématologique, pulmonaire, néoplasie traitée, pathologie valvulaire, pathologie vasculaire)
atcd_troubles_sensoriels	atcd de troubles sensoriels	antécédent de troubles sensoriels (surdité ou cécité, partielle ou totale)
lieu_vie_1	Lieu de vie avant l'entrée	Lieu où vit le patient
lieu_vie_2	Lieu de vie à la sortie	Lieu où va vivre le patient à la sortie d'UCC
refus_ehpad	refus d'aller en EHPAD	refus d'aller en EHPAD proposé par les gériatres , donc retour à domicile
suivi_prevu	Suivi prévu	Un suivi a-t-il été prévu à la sortie, consultation gériatrique ou neurologue.
aide_proposee_sortie_accueil	accueil de jour à la sortie	Les patients iront 1 journée ou deux par semaine en accueil de jour seulement si patient au domicile.
aide_proposee_sortie_paramedicale	aide paramédicale à la sortie augmentée ou mise en place	aide paramédicale(APA, AS, IDE) augmentée ou mise en place (donc 0 si inchangée) seulement si patient au domicile
participation_gpes_stimulation	participation aux groupes de stimulation cognitive	participation aux groupes de stimulation cognitive (durant l'hospitalisation):nulle, moyenne ou bonne
arret_psychotropes	arrêt des psychotropes	arrêt d'un ou plusieurs traitements psychotropes durant l'hospitalisation.
ajout_psychotropes	ajout de psychotropes	ajout d'un ou plusieurs traitements psychotrope durant l'hospitalisation
ajout_traitement_demences	ajout d'un traitement en rapport avec la démence	ajout d'un traitement en rapport avec la démence durant l'hospitalisation
ajout_laxatifs	ajout de laxatifs	ajout de laxatifs durant l'hospitalisation
ajout_complement_alimentaire	ajout de compléments alimentaires	ajout de compléments alimentaires durant l'hospitalisation (crèmes HP et vitamines)
ajout_antalgiques	ajout d'un traitement antalgique	ajout d'un traitement antalgique durant l'hospitalisation

Annexe 5 : Echelle du ZARIT

Echelle de Zarit (Charge de soin pour la famille)

A - Évaluation de la charge matérielle et affective

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

• Zarit suggère l'interprétation suivante

- score entre 61 et 88 = fardeau sévère
- score entre 21 et 40 = fardeau léger à modéré
- score entre 41 et 60 = fardeau modéré à sévère
- score entre 0 et 20 = fardeau absent à léger

AUTEUR : Nom : Ammeux-Poumaëre

Prénom : Aurélie

Date de Soutenance : 17 décembre 2014

Titre de la Thèse : Analyse descriptive des patients admis sur une période de 6 mois en Unité Cognitivo-Comportementale aux Centres Hospitaliers de Lens et Arras.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Alzheimer, Démence, Unité cognitivo-comportementale, SSCP, trouble du comportement.

Résumé :

Contexte : Le nombre de patients de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées est en constante augmentation. L'évolution de ces maladies se fait bien souvent vers l'apparition de troubles du comportement ou SSCP qui sont source d'institutionnalisation et d'épuisement de l'aidant. Le troisième plan Alzheimer en France met en place des unités cognitivo-comportementale (UCC) dédiées à ces personnes.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective d'observation descriptive bi centrique. La population des UCC de Lens et d'Arras sur une période de 6 mois a été décrite d'après un relevé de données réalisé à partir du dossier des patients.

Résultats : 105 patients ont été inclus. L'âge moyen des patients est de 82,7 ans [81.355-84.03]. 66% des patients [55.74-74.52] sont des femmes. La moyenne du score MMS est de 14 ± 6.61 . L'inventaire neuropsychiatrique a été réalisé et retrouve l'item agitation, agressivité chez 48% [37.73-57.6] des patients. A l'entrée en UCC, 76% [66.7-83.73] des patients viennent de leur domicile. A la sortie, 46% [36.05-55.69] retournent chez eux. Le traitement a été modifié chez les patients hospitalisés avec l'ajout d'un traitement psychotrope chez 53% [43.38-63.04] d'entre eux et un arrêt d'un ou plusieurs psychotropes chez 44% [32.47-51.94] des patients.

Conclusion : La population des UCC semble répondre au cahier des charges établis lors du plan Alzheimer.

Composition du Jury :

Président : Pr Florence Garguillo Pasquier

Assesseurs : Pr François Puisieux, Pr Raymond Glantenet, Dr Valérie Wiel.