



# Prévalence, caractéristiques et regard des soignants sur les troubles des conduites élémentaires en milieu institutionnel gériatrique : alimentation, sommeil et sexualité

Natacha Dietrich-Tochon Laruaz, Pauline Maneval

## ► To cite this version:

Natacha Dietrich-Tochon Laruaz, Pauline Maneval. Prévalence, caractéristiques et regard des soignants sur les troubles des conduites élémentaires en milieu institutionnel gériatrique : alimentation, sommeil et sexualité. Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00917018>

**HAL Id: dumas-00917018**

**<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00917018>**

Submitted on 11 Dec 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ANNÉE 2013

Thèse n°

**Prévalence, caractéristiques et regard  
des soignants sur les troubles des  
conduites élémentaires en milieu  
institutionnel gériatrique :  
alimentation, sommeil et sexualité.**

**THESE**

**PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT  
EN MEDECINE GENERALE**

**DIPLOME D'ETAT**

**Natacha DIETRICH – TOCHON LARUAZ et Pauline MANEVAL  
Née le 02 août 1985 à Annecy (74) et née le 05 avril 1985 à Autun (71)**

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\*  
Le 06 décembre 2013

**DEVANT LE JURY COMPOSE DE :**

**Président du jury :** M. le Professeur Pascal COUTURIER

**Membres du jury :**

Mme le Professeur Virginie SCOLAN

M. le Professeur Mircea POLOSAN

M. le Docteur Guillaume DESCHASSE

\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

## REMERCIEMENTS (Natacha TOCHON-LARUAZ)

*Merci à notre président de jury, Monsieur Couturier, chef de service de gériatrie du CHU de Grenoble où nous étions en stage il y a un an. Merci d'avoir accepté de présider cette thèse, et de nous avoir transmis le goût de la gériatrie !*

*Merci à Madame le Professeur Scolan et Monsieur le Professeur Polosan d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse.*

*Merci à Guillaume, notre directeur de thèse, d'avoir bien voulu nous encadrer (et nous cadrer...) pour cette aventure, malgré les dizaines de kilomètres de distance ! Merci d'avoir relevé ce défi avec nous, on sait que ce n'était pas toujours facile pour toi et ta petite famille. ☺*

*Merci à tous les cadres et médecins coordonnateurs des établissements de la région d'Annecy d'avoir rendu vos équipes disponibles quelques heures pour nous permettre de réaliser notre étude.*

*Merci à mes maîtres de stage. Vous m'avez encouragée tout au long de ces deux stages avec vous, et transmis votre passion de la médecine générale. J'espère que nos routes continueront de se croiser, chers confrères !*

*Un grand MERCI à ma famille. Merci de m'avoir chaque jour encouragée et d'avoir investi en moi ! Sans vous je ne me serais jamais lancée dans des études aussi longues...Merci pour votre amour inconditionnel et votre présence.☺*

*Merci aussi à ma belle famille qui m'a beaucoup soutenue et supportée... !*

*MERCI à mes amis pour les moments de fous rires et de détente !*

*Un grand MERCI à Toi Bertrand, mon meilleur ami et aussi mon mari... Les mots sont trop petits pour t'exprimer ma reconnaissance pour ta présence à mes côtés depuis cette fameuse année 2009 jusqu'à aujourd'hui...*

*Enfin, MERCI à Celui qui fait toute chose belle en Son temps. A TOI toute ma reconnaissance...*

## REMERCIEMENTS (Pauline MANEVAL)

Je tiens à remercier Monsieur Pascal Couturier, qui nous a fait l'honneur d'être président de notre jury et qui pendant six mois au sein de son service nous a formées à la subtilité de la prise en charge gériatrique.

Je remercie Madame Scolan et Monsieur Polosan qui ont accepté avec gentillesse, sans nous connaître précédemment, de faire partie de notre jury, et qui nous font l'honneur de juger ce travail.

Un grand merci à Monsieur Guillaume Deschasse qui a encadré du début à la fin cette thèse, a su nous rassurer et nous encourager malgré ses obligations familiales, la distance et le tempérament de « ses deux blondes ».

Un merci complice à Natacha Tochon-Laruaz pour s'être soutenues mutuellement tout au long de cette thèse et pour avoir fait de ce travail des moments de retrouvailles, joie et fous rires.

Merci à tous les médecins, infirmières et membres du personnel soignant des EHPAD qui nous ont ouvert leurs portes et ont participé à cette étude.

Un merci à mes parents qui tout au long de mes études ont su soutenir tous mes projets et qui par leur éducation ont fait de moi le médecin que je suis.

Un merci à ma sœur, mon frère, sa compagne et la famille pour leur soutien et pour ce qu'ils sont, tout simplement.

Un merci à tous mes amis, ceux qui ont accompagné ces études et ceux de longue date qui ont accepté le manque de temps. Un grand merci à tous ceux qui ont su maintenir un horizon ouvert vers d'autres paysages.

Un merci à tous mes maîtres de stage qui par leur sensibilité et leurs connaissances ont affiné les miennes.

Un merci à tous les membres des équipes soignantes qui m'ont accueillie parmi eux et m'ont transmis leur savoir et leurs conseils précieux.

# TABLE DES MATIERES

Abréviations utilisées .....	7
Résumé .....	8
Abstract .....	9
1 - INTRODUCTION .....	10
2 - METHODE .....	12
2-1 Type d'étude	
2-2 Objectif principal et critère de jugement principal	
2-3 Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires	
2-4 Critères d'inclusion	
2-5 Critères d'exclusion	
2-6 Déroulement de l'étude	
2-6-1 Choix des établissements	
2-6-2 Recueil des données	
2-6-3 Variables recueillies	
2-7 Aspects statistiques	
3 - RESULTATS .....	17
3-1 Données générales	
3-2 Prévalence des troubles	
3-3 Caractéristiques de la population	
3-4 Les troubles du comportement liés à l'alimentation	
3-4-1 Caractéristiques de la population	
3-4-2 Prévalence et caractéristiques des TCA	
3-4-3 Actions entreprises	
3-5 Les troubles comportementaux nocturnes	

3-6 Les troubles du comportement sexuel	
3-6-1 Caractéristiques de la population	
3-6-2 Prévalence et caractéristiques des TCS	
3-6-3 Actions entreprises	
3-7 Regard des soignants	
3-7-1 Regard des soignants face aux TCA	
3-7-2 Regard des soignants face aux TCS	
3-8 Regard des médecins traitants	
4 - DISCUSSION .....	33
4-1 Données générales	
4-2 Les troubles du comportement liés à l'alimentation	
4-2-1 Classification des TCA	
4-2-2 Prévalence des TCA	
4-2-3 Caractéristiques des TCA	
4-2-4 Prise en charge des TCA	
4-2-5 Regard des soignants sur les TCA	
4-3 Les troubles comportementaux nocturnes	
4-3-1 Prévalence des TCN	
4-3-2 Caractéristiques des TCN	
4-4 Les troubles du comportement sexuel	
4-4-1 Classification des TCS	
4-4-2 Prévalence des TCS	
4-4-3 Caractéristiques des TCS	
4-4-4 Prise en charge des TCS	
4-4-5 Regard des soignants sur les TCS	
4-5 Regard des médecins traitants	
4-6 Limites de l'étude	

4-7 Perspectives

5 - CONCLUSION .....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	51
ANNEXES .....	55
LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITE .....	77
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	79



## ABBREVIATIONS UTILISEES

ADL : Activities of Daily Living

AS : Aide Soignante

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIM 10 : Classification statistique Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision

DNID : Diabète Non Insulino Dépendant

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>ème</sup> édition

EdFED-Q: Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ET : Ecart Type

EVA : Échelle Visuelle Analogique

GIR : Groupe Iso Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Index de Masse Corporelle

MMSE : Mini Mental State Examination

NPI : Neuro Psychiatric Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

REHPA : Réseau recherche en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

TCA : Troubles du Comportement liés à l'Alimentation

TCS : Troubles du Comportement Sexuel

TCN : Troubles Comportementaux Nocturnes

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## Résumé

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont des lieux de vie où cohabitent des personnes âgées fragiles souvent poly pathologiques pouvant présenter des troubles du comportement liés à un état démentiel ou autre.

Cette étude épidémiologique transversale multicentrique s'est déroulée dans les institutions gériatriques d'Isère et de Haute Savoie entre mars et juillet 2013. L'objectif est de décrire la prévalence et les caractéristiques des troubles des conduites élémentaires ainsi que le taux d'exposition et les difficultés de prise en charge vécues par les soignants et les médecins traitants.

Sur 17 établissements étudiés et 1 334 résidents, 566 (42,43%) présentent un ou plusieurs troubles : 271 (20,31%) troubles du comportement liés à l'alimentation (TCA), 227 (17,02%) troubles comportementaux nocturnes (TCN), 184 (13,79%) troubles du comportement sexuel (TCS). Les troubles les plus fréquents sont le refus de manger (77,78%) pour les TCA, la déambulation (50,50%) pour les TCN et le langage grossier (56,36%) pour les TCS. Le taux d'exposition des soignants aux TCA est de 100% et pour les TCS de 89.83%. Le principal ressenti des soignants concernant les TCA est la peur d'une perte de poids et de dénutrition (53,70%) et la gêne (67,92%) pour les TCS. Près de 75% des médecins trouvent difficile la gestion de ces troubles du comportement.

Ces troubles des conduites élémentaires sont fréquents et polymorphes, parfois mal vécus par les soignants. Ces troubles manquent de définition consensuelle et il existe un réel manque de formation des équipes soignantes et des médecins traitants.

**Mots clés :** troubles du comportement, conduites élémentaires, alimentation, sommeil, sexuel, EHPAD, démence, vécu, soignants, médecins traitants.

**ABSTRACT : Extent, characteristics and experience of nursing staff concerning elementary behavioral problems in geriatric institutions : feeding, sleep, sexuality.**

Frail elderly residents live in close proximity in Nursing Homes, frequently with multiple illnesses and showing signs of abnormal behavior linked to dementia.

This cross-cutting epidemiologic study was carried out in geriatric institutions in Isere and Haute-Savoie between March and July 2013. The objective was to describe the extent and the characteristics of elementary behavioral problems, and the rate of exposure and related problems of care encountered by medical staff and general practitioners.

Seventeen nursing homes were studied, and 1 334 residents included. Five hundred and sixty six (42,43%) residents showed signs of abnormal behavior: 271 (20,31%) with feeding difficulties, 227 (17,02%) with sleep disturbances, 184 (13,79%) with inappropriate sexual behavior. The most frequent problems are refusing food (77,78%) for feeding difficulties, wandering about (50,50%) for sleep disturbances and explicit sexual comments or groping (56,36%) for inappropriate sexual behavior. The exposure rate for nursing staff is 100% for feeding difficulties, and 89,83% for sexual behavior. The main concerns felt by nursing staff are the fear of weight loss for feeding difficulties (53,70%) and embarrassment (67,92%) for sexual behavior. Seventy five per cent of general practitioners claim they find it difficult to manage these issues.

Elementary behavioral disturbances are frequent and polymorphous, sometimes taken badly by nursing staff. There is no agreed definition for these troubles and this study identifies a lack of training for nursing staff and GPs.

**Key words :** behavioral troubles, elementary behaviors, feeding, sleep, sexuality, nursing homes, residents, dementia, feeling, nursing staff, general practitioners.

## I - Introduction

Les EHPAD sont des lieux de vie collectifs où cohabitent des personnes âgées fragiles voire dépendantes souvent poly pathologiques, pouvant présenter des troubles du comportement liés à un état démentiel, et des professionnels de santé (infirmières, aides soignantes, médecins) chargés du bien-être de leurs résidents. (1-2)

Le vieillissement de la population implique un changement démographique qui risque de faire exploser le nombre de résidents en EHPAD. (3) Le nombre de personnes résidentes dans une institution, toutes catégories confondues, devrait croître d'environ +4 % entre 2010 et 2020. (4) D'un autre côté la pénurie d'acteurs de santé risque de laisser peu de temps aux médecins traitants pour s'investir dans la prise en charge des sujets âgés en EHPAD. (5) A cela s'ajoute un questionnement sur la formation des médecins dans le domaine des troubles du comportement du sujet âgé. (6) Ce rôle de gestion risque alors d'être transféré à la structure et à son personnel.

L'alimentation, le sommeil et la reproduction via la sexualité sont trois besoins élémentaires de l'être humain. Ces trois domaines peuvent faire l'objet de troubles du comportement. (7)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les troubles mentaux et du comportement sont des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affect) ou du comportement, associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. (8)

La CIM 10 classifie les troubles du comportement. Ceux étudiés dans cette thèse peuvent être regroupés sous les chapitres « troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques » et « syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ». (8) Le DSM IV ne décrit pas spécifiquement ces 3 troubles des conduites élémentaires.

Les troubles du comportement liés à l'alimentation (annexe 1) n'ont pas de définition établie dans la littérature, les termes pour les désigner eux mêmes varient : comportements alimentaires aversifs (9), difficultés alimentaires (10-13), comportements d'agitation liés au repas (plus restrictif) (9), problèmes alimentaires (14-15), ou encore difficultés liées au repas. (16) Ces troubles peuvent être définis comme des comportements spécifiques provoqués lorsque le soignant nourrit le sujet ou encadre le repas. (10)

De même, il existe dans la littérature une réelle intrication des troubles du sommeil et des troubles comportementaux nocturnes. Il est décrit une entité particulière, dans le cadre des démences, appelée « le syndrome crépusculaire » caractérisée par une hyperactivité locomotrice, une agitation, voire des comportements agressifs ou violents, une désorientation, ou une confusion. Ce syndrome commence en fin d'après-midi et s'aggrave dans la soirée et peut aboutir à des déambulations nocturnes incontrôlables (17-18), de l'agitation, des cris et de l'agressivité physique. (19)

Enfin, l'étude des troubles du comportement sexuel (annexe 2) en gériatrie est complexe du fait de l'absence de définition consensuelle. C. Johnson (20) propose ainsi comme définition « un acte physique ou verbal explicitement sexuel qui n'est pas acceptable dans le contexte social dans lequel il est pratiqué ». Ces troubles peuvent être considérés comme appropriés, ambigus ou inappropriés selon le contexte dans lequel ils surviennent mais également selon les notions « d'intention

sexuelle » et selon le jugement de la personne confrontée à ces troubles.

L'objectif de notre thèse est de décrire la prévalence et les caractéristiques de ces troubles en institution gériatrique d'une part, et d'autre part le taux d'exposition et les difficultés de prise en charge vécues par les soignants et les médecins traitants.

Nous souhaitons réaliser un état des lieux de ces troubles en EHPAD afin d'offrir des orientations pour améliorer leur prise en charge et susciter un besoin de formation au sein des équipes et chez les médecins généralistes.

Nous espérons pouvoir ainsi améliorer la qualité de vie globale des sujets âgés souffrant de TCA, TCN et TCS par une meilleure prise compte de ces situations souvent complexes.

## **II - Méthode**

### **2-1 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale multicentrique, concernant les troubles des conduites élémentaires des sujets âgés vivant en institution dans les départements d'Isère et de Haute Savoie.

### **2-2 Objectif principal et critère de jugement principal**

L'objectif principal est de mettre en évidence la prévalence des troubles des conduites élémentaires dans les institutions gériatriques d'Isère et de Haute Savoie.

Le critère de jugement principal est la présence d'un trouble du comportement lié à l'alimentation selon les critères de Blandford (22) (annexe 8) et de l'EdFED-Q (23) (annexe 9) et/ou trouble du comportement nocturne selon le NPI (annexe 10) et/ou trouble du comportement sexuel selon les critères de Zeiss. (21)

## **2-3 Objectifs secondaires et critères de jugement secondaires**

Les objectifs secondaires sont de caractériser les troubles du comportement liés à l'alimentation et les troubles du comportement sexuel prévalents ; de décrire leur prise en charge et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé exposés (soignants de la structure et médecins traitants) ainsi que leur taux d'exposition.

Les critères utilisés sont basés sur les critères de Blandford (22) et de l'EdFED-Q (23), le NPI, les critères de Zeiss, des questionnaires standardisés (annexes 3 et 4).

## **2-4 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion sont les résidents vivant en EHPAD ou USLD dans l'agglomération de Grenoble (Isère) et d'Annecy (Haute Savoie) parmi une liste pré établie.

## **2-5 Critères d'exclusion**

Aucun

## **2-6 Déroulement de l'étude**

### **2-6-1 Choix des établissements**

Vingt établissements ont été choisis de manière aléatoire au sein de la liste des EHPAD établie par la Maison Départementale de l'Autonomie pour l'agglomération de Grenoble et celle du Conseil Général pour Annecy.

En cas de refus de participation, une autre EHPAD a été choisie aléatoirement pour en obtenir 20.

Une lettre d'information a été envoyée au médecin coordonnateur et à l'infirmière coordonnatrice, suivie d'un appel téléphonique pour expliquer l'étude et

recueillir le consentement de participation.

Dans un second temps, un rendez-vous a été convenu afin d'organiser le recueil des données et de remplir les questionnaires après accord du personnel soignant, de l'infirmière coordonnatrice et du médecin coordonnateur de la structure dans le cadre du secret partagé afin d'améliorer la prise en charge des patients (dépistage, mise à disposition des mesures de prise en charge).

#### 2-6-2 Recueil des données

Un entretien avec le soignant chargé d'identifier les résidents souffrant de troubles des conduites élémentaires précède le recueil. Au cours de cet entretien, il est donné, pour chaque trouble, une définition issue d'une synthèse des données de la littérature accompagnée d'un listing des différents types de troubles. Chaque résident est alors défini comme ayant ou non un TCA, TCN et/ou TCS.

Quinze résidents au maximum au sein d'une structure font l'objet d'un recueil plus détaillé. En cas de surnombre, un tirage au sort est réalisé. Toutes les données sont directement anonymisées.

#### 2-6-3 Variables recueillies

✓ Questionnaires standardisés sur les troubles du comportement liés à l'alimentation et les troubles du comportement sexuel issus des données de la littérature en l'absence de définition et de classification consensuelle.

Ces deux questionnaires comportent : (annexes 3 et 4)

- les données démographiques du patient
- la durée de séjour dans l'établissement
- les antécédents (avec index de comorbidités de Charlson) (annexe 11)
- les traitements



- les critères d'évaluation gériatriques : MMSE (24), NPI (25), GIR (26), ADL (27)
- le type de trouble présenté
- la fréquence et l'évolution
- la prise en charge entreprise
- des données spécifiques en fonction du trouble ont été ajoutées, par exemple des données nutritionnelles pour les troubles du comportement liés à l'alimentation.

Les questionnaires ont été complétés par les deux investigatrices à partir du dossier médical du patient, de l'entretien semi-dirigé avec les aides soignantes / infirmières / médecin coordonnateur de la structure et des transmissions écrites des infirmières et aides soignantes.

✓ Le questionnaire pour les troubles comportementaux nocturnes n'a pas été détaillé devant la complexité de différencier les troubles organiques des troubles comportementaux. Le NPI a été recueilli le jour même avec l'équipe soignante ainsi que le type de troubles comportementaux nocturnes.

✓ Questionnaire général sur la structure comportant les données suivantes :

(annexe 5)

- le type de structure
- le nombre de résidents
- la présence ou non d'une unité psycho-gériatrique
- la durée moyenne de séjour
- le GIR moyen pondéré
- la quantification du personnel

- le prix mensuel moyen par résident
- les caractéristiques sur le moment du repas et l'intimité des résidents.

Ce questionnaire a été complété par entretien avec le cadre infirmier et/ou l'IDE et/ou le médecin coordonnateur.

✓ Questionnaire sur le vécu de l'équipe soignante laissé à leur disposition et récupéré lors d'une visite ultérieure (annexe 6).

Ce questionnaire comporte :

- la fréquence d'exposition aux troubles du comportement liés à l'alimentation et aux troubles du comportement sexuel
- les troubles les plus fréquemment rencontrés
- les troubles les plus difficiles à gérer
- le type de difficultés rencontrées face aux troubles
- une échelle de difficulté dans la prise en charge de ces troubles (échelle visuelle analogique)
- le nombre d'années de travail en secteur gériatrique.

Le vécu des soignants sur les troubles du sommeil n'a pas été étudié, car nous n'avons rencontré que les équipes de jour.

✓ Ressenti du médecin traitant en charge du résident par un entretien téléphonique standardisé concernant : (annexe 7)

- le recueil de la connaissance du trouble
- le recueil de la prise en charge effectuée
- le ressenti sur la gestion de ces troubles
- un éventuel manque de formation.

## **2-7 Aspects statistiques**

Les données recueillies ont été reportées dans des fichiers Excel® puis analysées par le logiciel libre R : statistiques descriptives avec calcul des intervalles de confiance à 95% par une loi binomiale ou normale, test de student, Khi2 de McNemar ou test exact de Fischer, régression logistique lorsque cela était adapté.

## **III - Résultats**

### **3-1 Données générales** (annexe 12)

Dix sept établissements sur les 20 sélectionnés ont été étudiés dont 15 EHPAD, 1 Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et 1 unité mixte (EHPAD + USLD). Le recueil de données s'est déroulé de Mars à Juillet 2013.

Le nombre total de résidents dans notre étude est de 1 334. Le nombre moyen de résidents par établissement est de 78,47 (+/- 32,60). Dix (58,82%) établissements possèdent une unité fermée.

### **3-2 Prévalence des troubles**

Dans notre étude, 566 (42,43%) résidents ont été signalés par les équipes soignantes comme présentant un ou plusieurs des troubles des conduites élémentaires.

Avant tirage au sort, sur la base des 1 334 résidents, les troubles du comportement liés à l'alimentation concernent 271 (20,31%) résidents. Les troubles comportementaux nocturnes concernent 227 (17,02%) résidents. Les troubles du comportement sexuel concernent 184 (13,79%) résidents.

Les troubles du comportement liés à l'alimentation concernent 15,94 (+/-11,98) résidents par établissement, les troubles comportementaux nocturnes 13,35 (+/- 11,24) résidents par établissement, et les troubles du comportement sexuel 10,82 (+/- 11,66) résidents par établissement.

Type de troubles du comportement	Prévalence n (%)
Alimentation	271 (20,31)
Nocturne	227 (17,02)
Sexuel	184 (13,79)

Tableau 1 : prévalence des troubles

Quatre-vingt onze résidents (6,82%) présentent deux ou trois troubles des conduites élémentaires simultanément.

Type de troubles du comportement	Prévalence n (%)
Alimentation seul	200 (14,99)
Nocturne seul	150 (11,24)
Sexuel seul	125 (9,37)
Alimentation et Sexuel	14 (1,05)
Alimentation et Nocturne	32 (2,40)
Sexuel et Nocturne	20 (1,50)
Alimentation + Sexuel + Nocturne	25 (1,87)
<b>Total</b>	<b>566 (42,43)</b>

Tableau 2 : répartition des troubles

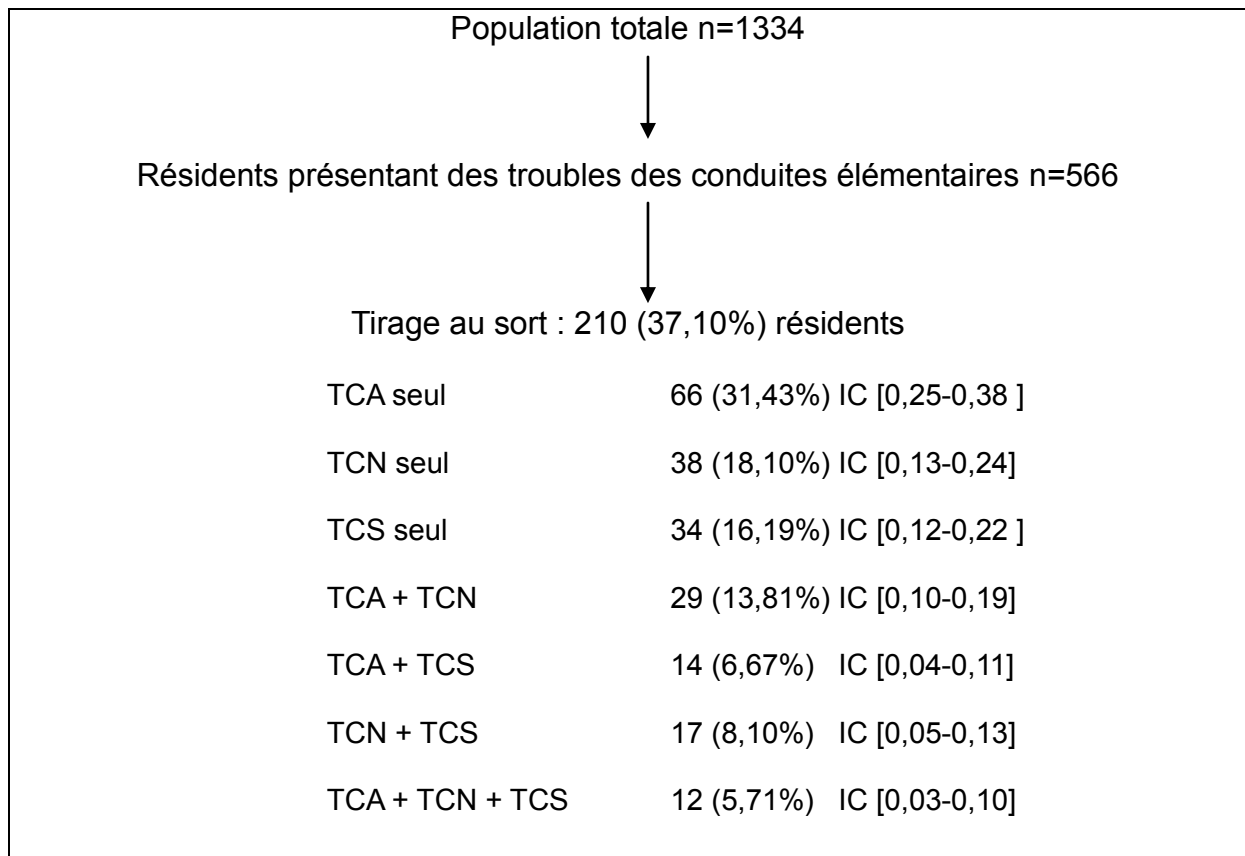


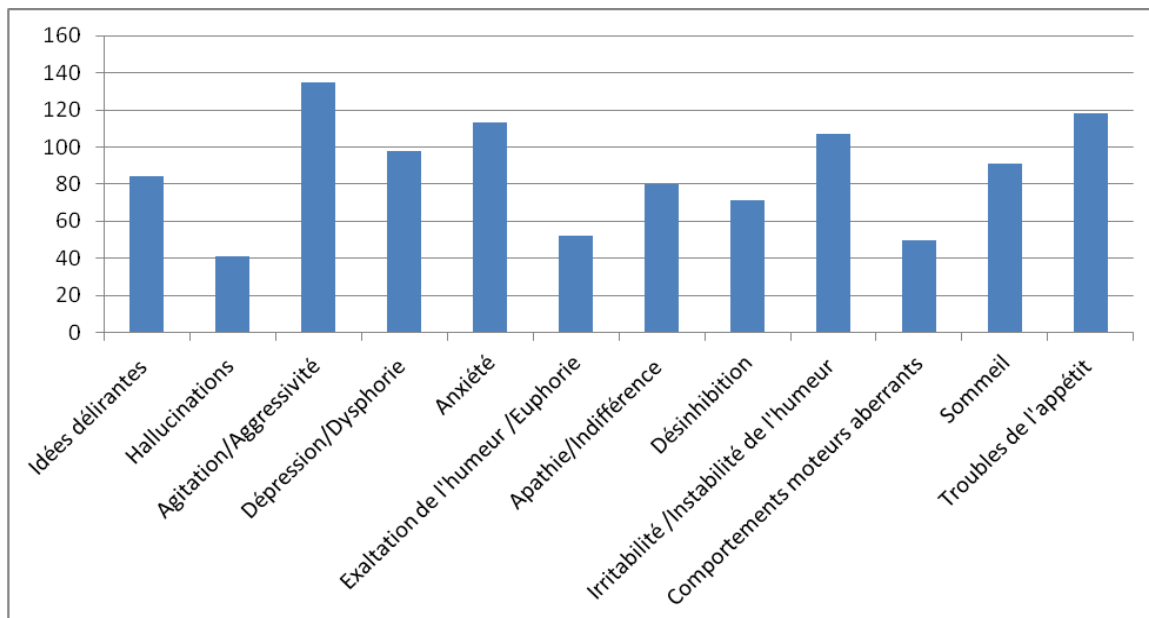
Figure 1 : répartition des résidents suite au tirage au sort

Une évaluation plus détaillée a été réalisée pour 210 résidents tirés au sort parmi les 566 présentant des troubles : 108 questionnaires concernant les troubles du comportement liés à l'alimentation, 79 questionnaires pour les troubles comportementaux nocturnes et 55 questionnaires pour les troubles du comportement sexuel. Trente deux résidents ont eu plusieurs questionnaires car tirés au sort pour plusieurs troubles.

### 3-3 Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge est de 86,00 (+/-8,11) ans. La population est composée de 142 (67,62%) femmes et 68 (32,38%) hommes.

Le NPI moyen est de 32,51 (+/- 21,68) sur 144.



Graphique 1 : nombre de résidents présentant des troubles en fonction des items du NPI parmi les 210 résidents.

Les moyennes des scores NPI (Fréquence x Gravité) sont de 36,35 (+/- 22,72) pour le groupe troubles du comportement liés à l'alimentation, 37,02 (+/- 24,45) pour le groupe troubles comportementaux nocturnes et de 32,44 (+/- 23,40) pour le groupe troubles du comportement sexuel. Il n'existe pas de différence significative ( $p > 0,05$ ) entre les 3 groupes.

### 3-4 Les troubles du comportement liés à l'alimentation

#### 3-4-1 Caractéristiques de la population (annexe 13)

Cent huit résidents (39,85%) ont été tirés au sort afin de réaliser le questionnaire détaillé des troubles du comportement liés à l'alimentation.

La moyenne d'âge est de 86,26 ans (+/- 7,84). Trente quatre patients (31,48 %) sont en secteur fermé. La durée d'institutionnalisation moyenne est de 2,87 (+/- 2,10) ans.

On compte 86 femmes (79,63%) et 22 hommes (20,37%). Le score ADL moyen reflétant le niveau de dépendance moyen est de 2,12 (+/- 1,83) sur 6.

L'indice moyen de comorbidités de Charlson pondéré sur l'âge est de 6,35 (+/- 1,68).

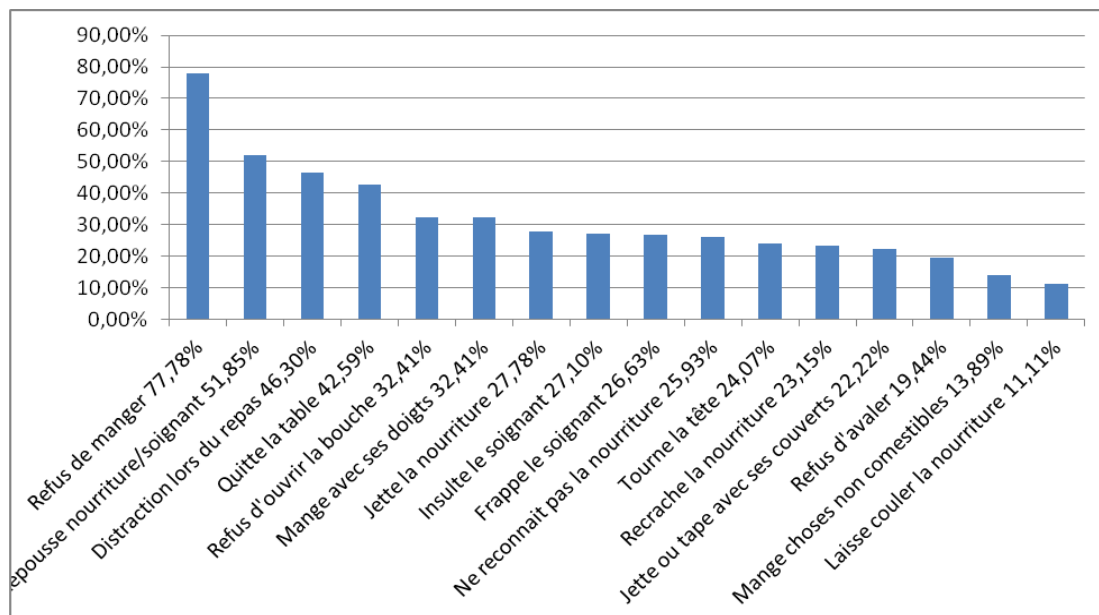
Quatre-vingt seize patients (88,89%) présentent une démence avec un MMSE moyen de 9,70 (+/- 7,79) (n= 58).

Quarante et un résidents (37,96%) ont un traitement en cours par un antidépresseur. Vingt et un résidents (19,44%) ont des antécédents de gastrite, ulcère gastroduodéal, troubles fonctionnels intestinaux. Trente-quatre résidents (31,48%) sont identifiés comme ayant des mycoses buccales ou un mauvais état bucco-dentaire. Cependant, seulement 8 résidents (7,41%) sont décrits comme douloureux pendant le temps du repas.

L'albuminémie moyenne des deux dernières années est de 31,98 g/L (+/- 4,43) (n=72) soit au stade de dénutrition selon l'HAS (28) (inférieure à 35 g/l chez le sujet âgé, sévère si inférieur à 30 g/L).

### 3-4-2 Prévalence et caractéristiques des TCA

Les troubles du comportement liés à l'alimentation les plus fréquents chez les 108 patients sont le refus de manger (n=84 (77,78%)), le fait de repousser le soignant ou la nourriture (n=56 (51,85%)), la distraction lors du repas (n=50 (46,30%)).



Graphique 2 : types de troubles du comportement liés à l'alimentation, par ordre décroissant. n=108

Seuls trois patients sur 108 ont un score EdFED-Q égal à 0 mais présentent d'autres troubles du comportement liés à l'alimentation. Sur la base des six items de l'EdFED-Q dédiés aux troubles du comportement liés à l'alimentation (=EdFED 2, annexe 9), 90 (83,33%) patients ont au moins un de ces six items soit un score EdFED 2 positif.

En proportion des 545 troubles liés à l'alimentation identifiés, le refus de manger représente 84 (15,41%) troubles et concerne ainsi 84 (77,78%) résidents. En moyenne un résident présente 5,05 (+/- 3,34) troubles du comportement liés à l'alimentation.

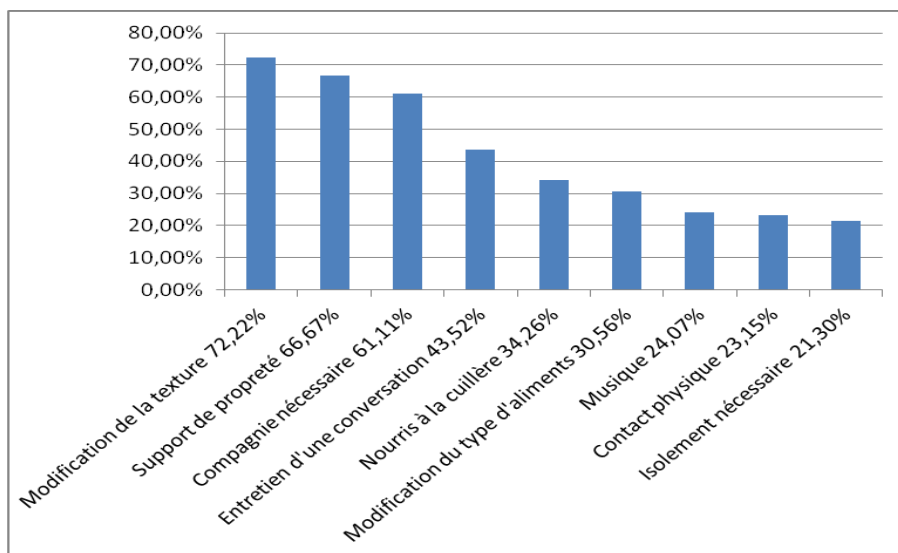
Selon la définition inspirée de l'étude de Blandford (22) du caractère actif ou passif des troubles, les troubles actifs représentent 353 (64,77%) de tous les troubles liés à l'alimentation et les troubles passifs 192 (35,23%) (annexe 14).

Les troubles du comportement liés à l'alimentation sont significativement moins fréquents chez les hommes (OR=0,34 [IC95%=0,18-0,61]) en analyse univariée.



### 3-4-3 Actions entreprises

Les réponses entreprises par les soignants sont une modification de la texture du repas (n=78 (72,22%)), l'utilisation d'un support de propreté (n=72 (66,67%)), le caractère familial du repas avec la nécessité d'une compagnie dans 61,11% (n=66) des cas et la conversation dans 43,52% (n=47) des cas. Environ un tiers des résidents (n=37 (34,26%)) est nourri à la cuillère.



Graphique 3 : Réponses entreprises par le soignant n=108

Cinquante-sept (52,78%) patients ont un régime hypercalorique hyperprotidique ou des compléments alimentaires.

Une discussion en équipe a eu lieu dans 94 (87,07%) cas et un entretien avec la famille dans 62 (57,41%) cas. Il a été rapporté que le médecin traitant a été contacté dans 84 (77,78%) cas avec 77,38% (n=65) de satisfaction.

Dans un tiers des cas (n=36 (33,33%)), une rotation des soignants est nécessaire pour éviter l'épuisement.

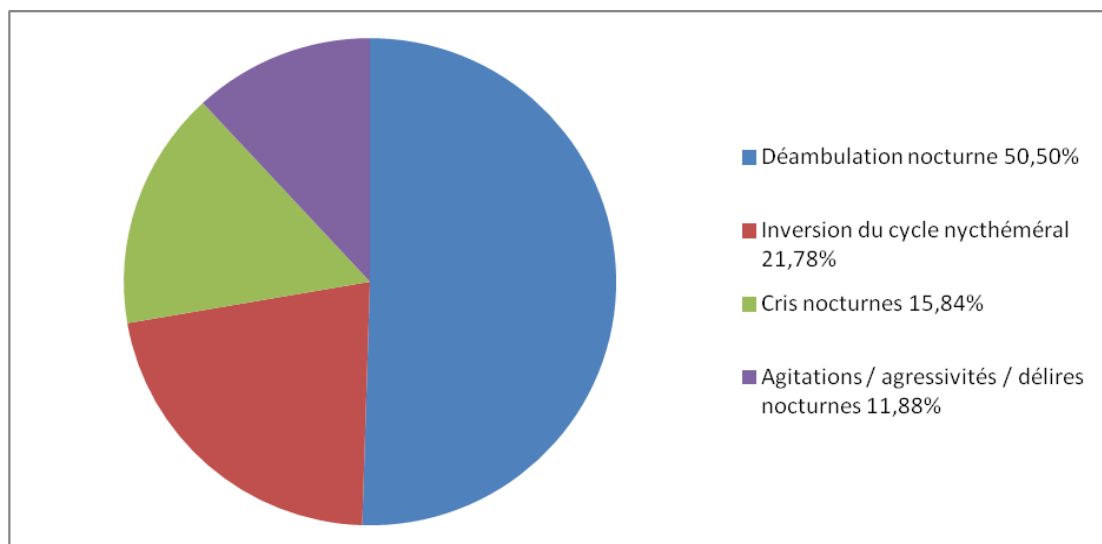
Dix-neuf (17,59%) avis spécialisés ont été demandés : avis de l'équipe mobile de gériatrie, demande d'UCC, psychiatre. La psychologue a été impliquée dans la prise en charge de 43 (39,81%) troubles, seuls 2 (1,85%) patients ont été pris en charge par un ergothérapeute.

Les troubles sont considérés comme stables chez 73 (67,59%) résidents, en amélioration chez 15 (13,89%) résidents et en aggravation chez 20 (18,51%) résidents.

### 3-5 Les troubles comportementaux nocturnes

Soixante-dix-neuf résidents ont été tirés au sort afin de réaliser le questionnaire détaillé des troubles comportementaux nocturnes. La moyenne d'âge est de 86,40 (+/-7,25) ans. On compte 54 (68,35%) femmes et 25 (31,65%) hommes.

Cent un troubles comportementaux nocturnes ont été identifiés, 51 (50,50%) déambulations, 22 (21,78%) inversions du cycle nyctéméral et/ou activités inappropriées la nuit, 16 (15,84%) cris nocturnes et 12 (11,88%) agitations et/ou agressivités et/ou délires nocturnes.



Graphique 4 : répartition des troubles comportementaux nocturnes

### **3-6 Les troubles du comportement sexuel** (annexe 15)

#### 3-6-1 Caractéristiques de la population

Cinquante-cinq résidents ont été tirés au sort afin de réaliser le questionnaire détaillé des troubles du comportement sexuel.

La moyenne d'âge est de 84,69 (+/-8,97) ans. Quatorze patients (25,45%) sont en secteur fermé. La durée d'institutionnalisation moyenne est de 2,26 (+/- 2,06) ans. On compte 25 (45,45%) femmes et 30 (54,55%) hommes.

Le score ADL moyen reflétant le niveau de dépendance moyen est de 2,69 (+/-1,87). L'indice moyen de comorbidités de Charlson pondéré sur l'âge est de 6,11 (+/- 1,85).

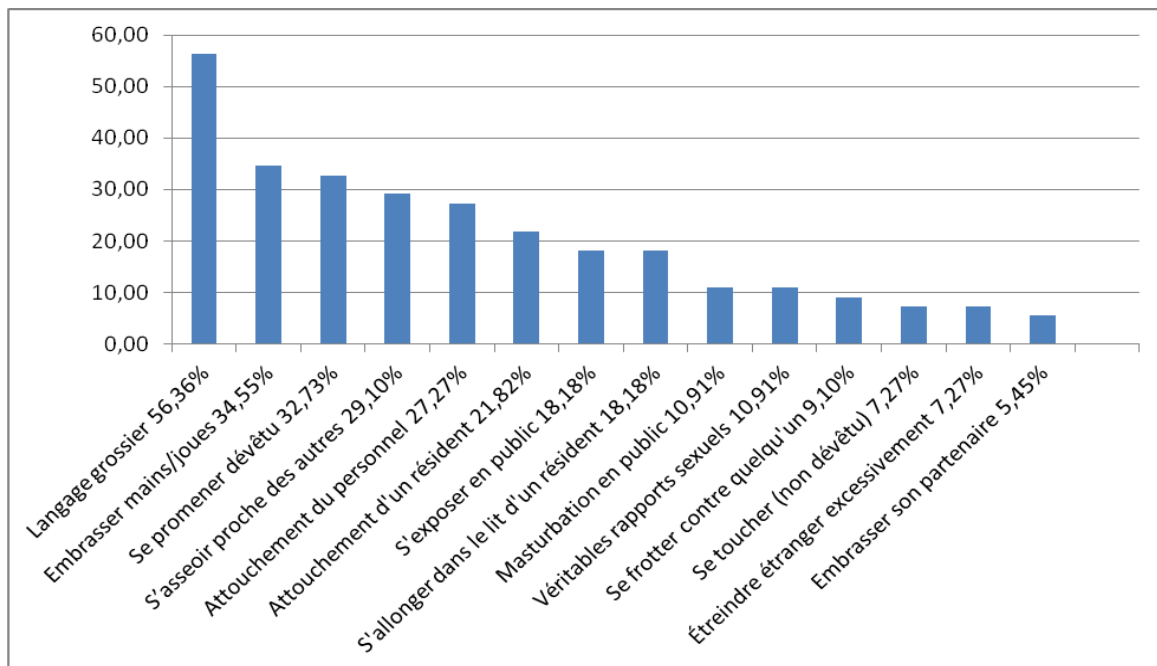
Quarante-deux (76,36%) résidents sont atteints de démence avec un MMSE moyen de 8,95 (+/-9,31) (n=.19)

Parmi les 55 résidents concernés, 40 (72,73%) ont un traitement pharmacologique : 20 (36,36%) sont traités par benzodiazépines, 17 (30,91%) par neuroleptiques, 16 (29,09%) par antidépresseurs et 6 (10,91) par traitements dopaminergiques.

#### 3-6-2 Prévalence et caractéristiques des TCS

Les troubles du comportement sexuel surviennent en moyenne 3,58 (+/- 3,10) fois par semaine.

Sur les 55 résidents, le trouble le plus fréquent est le langage grossier (n=31 (56,36%)), puis le fait d'embrasser sur les mains ou les joues (n=19 (34,55%)) et le fait de se promener dévêtu (n=18 (32,73%).



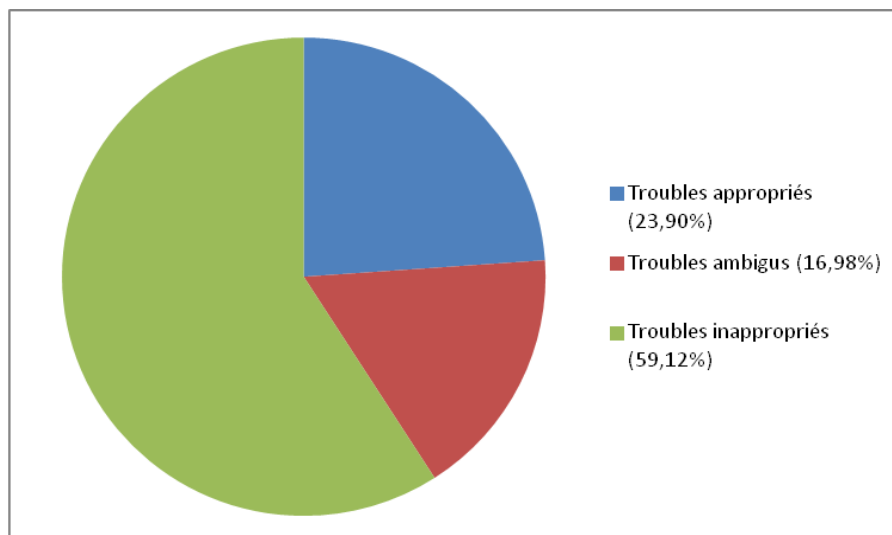
Graphique 5 : types de troubles du comportement sexuel, par ordre décroissant n=55.

Sur les 55 résidents concernés par les troubles du comportement sexuel, nous avons identifié 159 actes. Un résident présente en moyenne 2,89 (+/- 2,21) actes.

Il y a 94 (59,12%) troubles considérés comme étant « inappropriés ». Les plus fréquents, d'après notre étude, sont le langage grossier (n=31 (19,50%)), l'attouchement d'un membre du personnel (n=15 (9,43%)) et l'attouchement d'un autre résident (n=12 (7,55%)).

Il y a 27 (16,98%) troubles considérés comme « ambigus », le plus fréquent est le fait de se promener dévêtu hors de la chambre ou de la salle de bains (n=18 (11,32%)).

Il y a 38 (23,90%) troubles considérés comme étant « appropriés ». On retrouve de façon fréquente le fait d'embrasser sur les mains et sur les joues (n=19 (11,95%)) ou s'asseoir de façon proche des gens (n=16 (10,06%)).



Graphique 6 : pourcentage des types de troubles du comportement sexuel

Chez les 17 résidents atteints de maladie d'Alzheimer, on retrouve 15 troubles appropriés, 10 troubles ambigus et 36 troubles inappropriés ; soit 3,6 fois plus de troubles inappropriés que de troubles ambigus ( $p > 0,05$ ).

Chez les 16 résidents atteints de démence autre, on retrouve 9 troubles appropriés, 10 troubles ambigus et 22 troubles inappropriés ; soit 2,2 fois plus de troubles inappropriés que de troubles ambigus.

Dans 9 cas, le type de démence n'était pas connu. On retrouve 4 troubles appropriés, 1 trouble ambigu et 14 troubles inappropriés.

Dans 13 cas, les résidents n'étaient pas considérés comme atteints de démence. Nous avons retrouvé chez ces résidents 10 troubles appropriés, 6 troubles ambigus et 22 troubles inappropriés.

Parmi la population présentant des troubles de conduites élémentaires, les troubles du comportement sexuel sont significativement plus fréquents chez les hommes (OR=4,05) [IC 2,22-7,55].

Ils sont également plus fréquents dans les établissements comportant des

chambres en couples (OR=2,28) [IC 1,23-4,30], de façon significative.

L'utilisation de mesures spécifiques (comme utiliser un écriteau sur la porte du patient) est associée à une réduction significative des troubles (OR=0,37) [IC=0,14-0,86].

### 3-6-3 Actions entreprises

Dans 35 cas (63,64%) un entretien avec le patient a été réalisé. Dans 44 cas (80,00%) une réunion d'équipe a eu lieu. Dans 22 cas (40,00%) des mesures comportementales ont été mises en place.

Un traitement pharmacologique a été instauré chez 15 (27,27%) résidents: 6 instaurations de benzodiazépines, 12 de neuroleptiques et 2 d'antidépresseurs.

Dix-huit avis spécialisés ont été demandés (32,73%) : avis de l'équipe mobile de gériatrie, demande d'UCC, psychiatre.

Les troubles sont considérés comme étant stables chez 36 (65,45%) résidents, en amélioration chez 16 (29,10%) résidents et en aggravation chez 3 (5,45%) résidents.

### **3-7 Regard des soignants**

Nous avons interrogé 118 soignants par le biais de questionnaires recueillant leur vécu sur ces troubles des conduites élémentaires (alimentation et sexualité).

Le taux d'exposition des soignants aux troubles du comportement liés à l'alimentation est de 100% et pour les troubles du comportement sexuel de 89,83% (n=106).

Les soignants interrogés travaillent en moyenne depuis 6,74 (+/- 7,27) ans en milieu gériatrique.

### 3-7-1 Regard des soignants face aux TCA

Les troubles du comportement liés à l'alimentation sont rapportés comme étant difficiles à gérer pour 74,35% (n=87) des soignants, avec une EVA cotée en moyenne à 5,14 (+/- 1,63). Il n'existe pas de différence significative entre l'EVA des troubles du comportement liés à l'alimentation et les troubles du comportement sexuel ( $p>0.05$ ).

Soixante-douze soignants (61,02%) estiment être confrontés aux troubles du comportement liés à l'alimentation tous les jours et 37 soignants (31,36%) plus d'une fois par semaine.

L'analyse des questionnaires montre que les trois troubles les plus fréquents sont le refus de manger (n=91 (77,12%)), le refus d'ouvrir la bouche (n=78 (66,10%)), le fait de recracher ou laisser couler la nourriture (n=57(48,31%)).

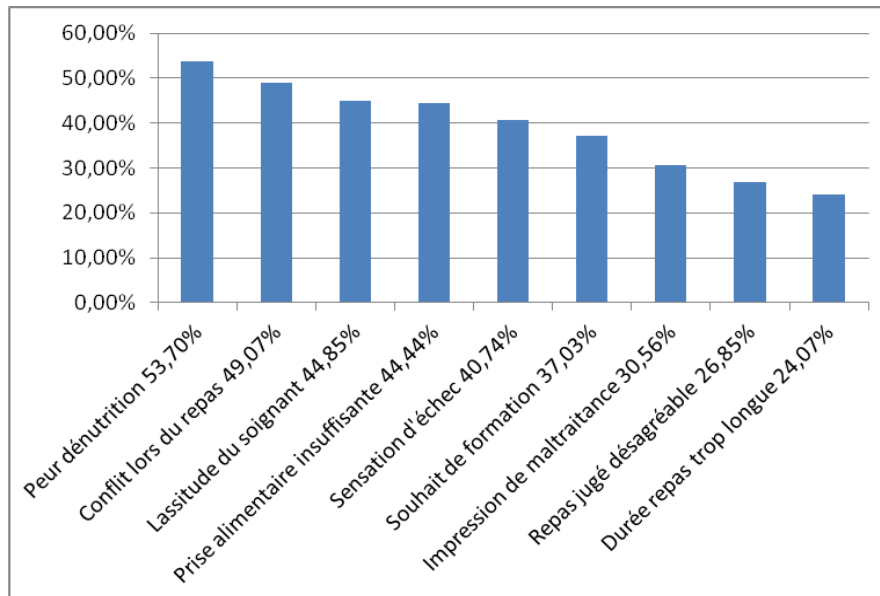
Les trois troubles du comportement liés à l'alimentation les plus difficiles à gérer sont le refus d'ouvrir la bouche (n=77 (65,25%)), le refus de manger (n=75 (63,56%)), le refus d'avaler (n=67 (56,78%)).

- Interaction soignants-résidents :

Chez 58 (53,70%) résidents ayant un trouble du comportement lié à l'alimentation, le soignant a peur d'une perte de poids et de la dénutrition.

Chez 53 (49,07%) résidents, il existe un conflit lors du repas, chez 48 (44,85%) une lassitude du soignant.

Chez 44 (40,74%) résidents, le soignant a une sensation d'échec et chez 33 (30,56%) résidents une impression de maltraitance.



Graphique 7 : ressenti des soignants concernant les troubles du comportement liés à l'alimentation

- Ressenti des soignants :

Presque tous les soignants expriment manquer de temps (104 sur 109 réponses à cet item (95,41%)) pour prendre en charge ces troubles. Un peu moins de la moitié des soignants s'estiment mal formés (35 sur 82 (42,68%)) et notent un manque de partage en équipe (42 sur 88 (47,72%)). Pour un tiers des soignants, il existe un manque d'écoute entre collègues (29 sur 87 (33,33%)) et de la part du médecin traitant (25 sur 74 (33,78%)).

### 3-7-2 Regard des soignants face aux TCS

Les troubles du comportement sexuel sont rapportés comme étant difficiles à gérer pour 63 (59,43%) soignants sur la base des 106 soignants, avec une EVA cotée à 4,87 (+/- 2,20) en moyenne. Il n'existe pas de différence significative entre l'EVA des troubles du comportement liés à l'alimentation et sexuel ( $p > 0.05$ ).

Quarante (38,10%) soignants estiment être confrontés aux troubles du comportement sexuel plus d'une fois par semaine. Trente quatre (32,38%) estiment y



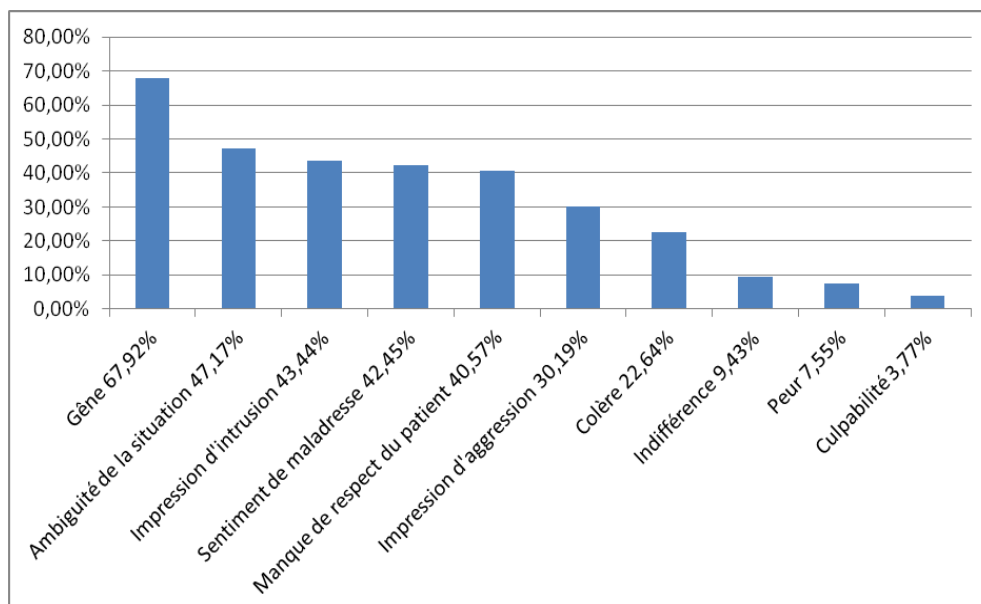
être confrontés une fois par mois et 31 (29,52%) une fois par an ou moins.

Les trois troubles les plus fréquents par rapport au ressenti des soignants sont le fait de se promener dévêtu pour 61 (57,55%) soignants, le langage grossier pour 58 (54,72%) soignants et l'attouchement d'un membre du personnel pour 38 (35,85%) soignants.

Les trois troubles du comportement sexuel les plus difficiles à gérer sont la masturbation en public pour 47 (44,34%) soignants, l'attouchement d'un résident pour 39 (36,79%) soignants et à égalité le langage grossier et l'attouchement d'un membre du personnel pour 32 (30,19%) soignants.

#### Ressenti des soignants :

Le vécu des soignants concernant ces troubles est assez hétérogène. Les sentiments les plus fréquemment retrouvés sont la gêne pour 72 (67,92%) soignants, suivi par l'ambiguïté de la situation pour 50 (47,17%) soignants, l'impression d'intrusion pour 47 soignants (44,34%) et le sentiment de maladresse pour 45 (42,45%) soignants. Les autres ressentis sont notifiés dans le diagramme ci-dessous.



Graphique 8 : ressenti des soignants concernant les troubles du comportement sexuel

Quarante-quatre (41,51%) soignants s'estiment mal formés. Il a également été noté une impression de manque de partage en équipe pour 31 (29,25%) soignants, un défaut d'écoute de la part du médecin traitant pour 18 (16,98%) soignants et un manque d'écoute entre collègues pour 17 (16,04%) soignants.

### 3-8 Regard des médecins traitants

Quarante-six médecins traitants ont répondu à nos questions, soit par mail soit par contact téléphonique.

Vingt-huit médecins ont été contactés pour un patient ayant un trouble du comportement lié à l'alimentation et 18 pour un patient ayant un trouble sexuel. Vingt-trois (50%) des médecins étaient au courant du trouble : 16 (57,14%) pour les TCA ; et 7 (38,89%) pour les TCS. Il n'existe pas de différence significative sur la probabilité d'être informé en fonction du type de trouble.

Une prise en charge a été proposée dans 19 (41,30%) cas. Dans 9 (47,37%) cas, il s'agissait de conseils comportementaux, dans 14 (73,68%) cas un traitement pharmacologique a été instauré, et dans 6 (31,58%) cas, un avis spécialisé a été demandé à l'équipe mobile de gériatrie.

Trente-quatre (73,91%) médecins trouvent difficile la gestion des troubles du comportement des patients âgés en institution. Vingt-huit (60,87%) s'estiment insuffisamment formés.

## **IV - DISCUSSION**

### **4-1 Données générales**

Sur les 1 334 résidents des 17 EHPAD incluses, 566 (42,43%) présentent des troubles des conduites élémentaires, soit une prévalence importante au sein des EHPAD et un sujet qu'on ne peut négliger. Aucune étude à ce jour dans la littérature n'a étudié ces trois troubles de façon concomitante en utilisant les mêmes définitions que notre étude.

L'étude du REHPA de Y. Rolland et B. Vellas en 2009 (29) sur 240 établissements près de Toulouse retrouve une prévalence de 8,3% concernant le « refus de manger » et 10,9% concernant les déambulations. Par contre il n'existe pas de données concernant les troubles du comportement sexuel. Ces chiffres sont différents des nôtres du fait de définitions plus restrictives.

Dans notre étude, les troubles des conduites élémentaires ont été détaillés chez 210 (37,10%) résidents tirés au sort, ce qu'on peut considérer comme étant un échantillon représentatif de notre population. La moyenne d'âge de notre échantillon est de 86,00 ans, ce qui correspond à une population gériatrique en institution. (29)

## **4-2 Les troubles du comportement liés à l'alimentation**

Se nourrir soi-même est l'une des premières activités à être apprise en tant qu'enfant et l'une des dernières à être perdue dans le grand âge. (30) En effet, chez les adultes déments, l'alimentation est la dernière activité de la vie quotidienne qui va requérir de l'assistance. (16, 30)

Ces difficultés liées à l'alimentation conduisent à la malnutrition et à ses comorbidités telles que les infections, la perte d'autonomie, l'hospitalisation, le décès.

Elles compliquent le rôle de l'aidant, ce qui est source d'institutionnalisation. (31)

### **4-2-1 Classification des TCA**

Il existe de nombreuses échelles de classification des difficultés liées à l'alimentation : l'Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia questionnaire (EdFED-Q), l'échelle de Blandford, l'Eating Behaviours Scale (EBS) et le Feeding Behaviours Inventory (FBI). (11, 31)

Nous avons utilisé dans cette étude, l'EdFED-Q qui est l'échelle la plus utilisée dans la littérature. L'EdFED-Q est reproductible, qu'elle soit réalisée par observation directe du patient ou par la retranscription du comportement par le soignant. Elle n'est pas modifiée par les traductions et les aspects culturels ou démographiques. (32) Une analyse selon le modèle de Pearson a montré une bonne reproductibilité de l'EdFED-Q inter et intra personnel. (12)

Cette échelle permet d'établir les comportements de base du sujet et de définir le niveau d'assistance du patient. En effet, il existe une corrélation significative entre le score de l'EdFED-Q et le niveau d'aide physique donné au patient. (13) Elle comporte 11 items et explore 3 facteurs : 1) l'obstination ou la passivité du patient ; 2) l'intervention soignante ; 3) les indicateurs des difficultés alimentaires.

L'EdFED 2 est une version courte de l'EdFED-Q qui comporte les 6 items de

l'EdFED-Q directement liés aux troubles du comportement liés à l'alimentation sans compter les 5 items liés à l'aide nécessaire pour manger ou à la quantité de nourriture ingérée.

Cependant, bien que facile à mettre en œuvre, offrant un score chiffré et reproductible, l'EdFED-Q ne permet pas un recueil exhaustif des troubles comportementaux liés au repas. Nous avons donc complété notre questionnaire avec les données non-redondantes de l'échelle de Blandford. Cette échelle comporte 26 items et définit plusieurs groupes de troubles : les comportements actifs de résistance, la dyspraxie buccale (par exemple jouer avec la nourriture, utiliser les doigts à la place des couverts, manger des choses non-comestibles), les comportements sélectifs (exemple : refuser de manger certaines choses), la dysphagie oro-pharyngienne (exemple : fermer la bouche).

#### 4-2-2 Prévalence des TCA

Notre étude retrouve une prévalence des troubles du comportement liés à l'alimentation de 20,31% sur une base de 1 334 résidents dans 17 établissements.

La prévalence de ces troubles du comportement liés à l'alimentation est difficile à établir et les études restent imprécises à ce sujet. Il faut différencier la perte de la capacité à se nourrir soi-même et les troubles du comportement.

Un patient autonome pour l'alimentation peut avoir des troubles du comportement liés à l'alimentation (refuse de manger, se lève de table) et un patient dépendant peut ne présenter aucun trouble (bonne acceptation de l'alimentation).

Quatre-vingt pour cent des patients déments ont des difficultés alimentaires au sens large (The Alzheimer's society 2000) (15) et environ 50% perdent la capacité de manger seuls 8 ans après le début de la démence (Volicer et al 1987). (15)

L'étude de Blandford (22) décrit 45,1% des résidents (déments et non déments) comme ayant des troubles alimentaires mais la définition inclut les patients

autonomes ayant des troubles du comportement liés à l'alimentation, et les patients ayant besoin d'une aide partielle ou totale pour l'alimentation, qu'ils aient ou non des troubles du comportement liés à l'alimentation. Cette différence de définition peut expliquer une discordance de résultats entre notre étude et celle de Blandford.

La difficulté reste d'établir de façon exhaustive la présence de troubles du comportement liés à l'alimentation, c'est pourquoi dans notre étude nous avons ajouté des items de l'échelle de Blandford à ceux de l'échelle EdFED-Q.

Quatre-vingt-trois pour cent des résidents porteurs de troubles des conduites alimentaires ont un EdFED 2 positif. Les items de l'EdFED 2 permettant d'identifier une grande partie des patients porteurs de troubles du comportement liés à l'alimentation. Néanmoins, l'association de l'EdFED-Q et de certains items de l'échelle de Blandford nous a permis de ne pas méconnaître 17% des patients qui sont porteurs de troubles non présents dans l'EdFED 2.

Dans l'étude de Chang (30), les soignants ont identifié 48 résidents comme ayant des troubles du comportement liés à l'alimentation et seulement 27 (56,3%) patients ont un score EdFED 2 positif. On peut ainsi présumer que notre méthodologie a réduit le nombre de patients inclus à tort comme porteur de TCA du fait d'une définition initiale précise au moment de l'inclusion.

Cependant, à l'heure actuelle l'EdFED 2 n'est pas un outil de dépistage des troubles du comportement liés à l'alimentation, de nouvelles études seraient intéressantes pour établir si l'EdFED 2 peut être un outil de dépistage dans sa forme actuelle ou avec une modification de sa structure.

#### 4-2-3 Caractéristiques des TCA

Les troubles les plus fréquemment rencontrés dans notre étude sont le refus de manger (77,78%), le fait de repousser la nourriture ou le soignant (51,80%), la distraction lors du repas (46,30%), le fait de quitter la table (42,59%). Nos résultats

concordent avec l'étude de Chang (30) qui retrouve que le premier trouble du comportement lié à l'alimentation est le refus de manger. Cependant, les pourcentages divergent devant un échantillon de petite taille dans l'étude de Chang et une probable inclusion à tort de patients non porteurs de troubles du comportement liés à l'alimentation. Ce probable biais de sélection peut expliquer que le refus de manger soit plus important en proportion dans notre étude que dans celle de Chang (37,5%).

Dans une autre étude de Chang (33), chez 93 résidents déments, l'EdFED-Q moyen est de 6,51 (+/- 5,20). Dans notre étude, l'EdFED-Q moyen est de 7,00 (+/- 4,00) soit relativement proche de celui de Chang. Cependant les populations de base des études sont différentes, ce qui rend une comparaison difficile. De même, dans l'étude de Chang, 60,2% des patients ont un EdFED-Q supérieur à 5 et 35,5% supérieur à 9. Dans notre étude ceci concerne respectivement 67 (62,04%) résidents et 33 (30,56%) résidents. Là encore la différence de population ne nous permet pas de comparer efficacement ces données. Néanmoins la prévalence des troubles du comportement liés à l'alimentation semble importante en milieu institutionnel gériatrique.

La méthodologie des études très différentes les unes des autres rend très difficile et risquée une comparaison de résultats. Dans notre étude, nous n'avons pas de données sur la partie de la population qui n'est pas concernée par les troubles des conduites élémentaires, nous n'avons donc pas pu tester des différences entre les caractéristiques de la population générale et celles de la population porteuse de troubles du comportement liés à l'alimentation.

De nombreuses études (Durnbaugh, Haley et Roberts 1996, Blandford 1998) (16, 22, 30) montrent que les difficultés alimentaires augmentent au fur et à mesure que la démence progresse, ce qui explique des différences de prévalence en

fonction des caractéristiques de la population étudiée. En effet, les difficultés alimentaires et les troubles du comportement liés à l'alimentation rentrent dans le cadre d'un syndrome terminal, événement physiopathologique de la démence évolutive. Il a été estimé que ces troubles de l'alimentation prennent environ 2 ans pour aboutir au stade ultime du décès. (22)

Nous n'avons pas pu tester l'augmentation des troubles du comportement liés à l'alimentation en fonction du stade d'évolution de la démence car la date de diagnostic de la démence n'était souvent pas renseignée dans les dossiers et cet aspect ne faisait pas partie des objectifs initiaux de notre étude.

Les troubles du comportement liés à l'alimentation sont significativement plus présents chez les femmes. Cette donnée n'a pas été étudiée dans les études déjà publiées à ce sujet.

Par ailleurs, dans les études, ces troubles ne sont pas corrélés à un type particulier de démence. (22) Cette donnée n'a pas été étudiée dans notre travail devant un nombre important de démences dont le type n'était pas précisé dans les dossiers médicaux.

#### 4-2-4 Prise en charge des TCA

La prise en charge des troubles du comportement liés à l'alimentation est en grande partie une prise en charge comportementale, ce qui correspond aux recommandations des sociétés savantes (34) et aux données des méta-analyses (11, 31, 35) à ce sujet. Aucun traitement n'a été proposé à ce sujet, sinon des compléments hyper-protidiques pour prendre en charge la malnutrition consécutive aux troubles. Cependant, la musique reste sous-utilisée et méconnue des équipes soignantes comme étant efficace pour calmer l'agitation. (9) La création d'une atmosphère familiale lors du repas est à encourager ainsi qu'une communication



entre l'aidant et le résident. (16)

#### 4-2-5 Regard des soignants sur les TCA

Les troubles du comportement liés à l'alimentation les plus fréquents selon les soignants sont le refus de manger, le refus d'ouvrir la bouche, le fait de recracher ou laisser couler la nourriture.

Le premier trouble retrouvé par les soignants confirme celui mesuré dans notre étude. Cependant les deux troubles suivants dans notre étude diffèrent dans le ressenti des soignants : le fait de repousser la nourriture, deuxième trouble le plus fréquent dans notre étude, a pu être confondu avec le refus de manger. Ceci pourrait expliquer qu'il ne soit pas présent en proportion aussi importante dans le ressenti des soignants.

Les deux autres items les plus fréquents d'après les soignants : item composite « recracher la nourriture » ou « laisser couler la nourriture » (34,26%) et item « refus d'ouvrir la bouche » (32,41%) sont respectivement en 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> position dans notre étude. Ils sont précédés dans notre étude de deux troubles qui sont la distraction et le fait de quitter la table. Le caractère passif de ces deux troubles peut expliquer qu'ils aient été sous-estimés dans le ressenti des soignants.

#### **4-3 Troubles comportementaux nocturnes**

Les troubles du sommeil sont fréquents et responsables de la détresse de l'aidant. Ils sont également une des premières causes d'institutionnalisation. (18, 36, 37)

Ces troubles entraînent un réel risque de blessure, de fugue nocturne, de chute et leurs conséquences (fracture, immobilisation, handicap et dépendance) (38). De plus, les troubles du sommeil pourraient participer directement à l'aggravation des

troubles mnésiques créant ainsi un cercle vicieux. (37)

#### 4-3-1 Prévalence des TCN

Notre étude retrouve une prévalence des troubles du comportement nocturne de 17,02% sur une base de 1 334 résidents sur 17 établissements. Ce chiffre correspond aux chiffres avancés dans l'étude de Martin et al (38) qui retrouve un syndrome crépusculaire chez 10 à 25% des patients en EHPAD.

Dans une revue de littérature (Mac Curry et al, 2007), les troubles du sommeil chez les sujets déments surviennent entre 19 et 54% et entre 53 et 68% chez les aidants. (38)

Notre étude prenant en compte uniquement les troubles comportementaux nocturnes et non les autres troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie, syndrome des jambes sans repos, syndrome d'apnée du sommeil...), nous pouvons supposer que les troubles du sommeil de notre population s'intègrent dans cette fourchette.

#### 4-3-2 Caractéristiques des TCN

Les troubles comportementaux nocturnes retrouvés dans notre étude sont la déambulation (50,50%), l'inversion du cycle nyctéméral et/ou activités inappropriées la nuit (21,78%), les cris nocturnes (15,84%) et l'agitation et/ou agressivité et/ou délires nocturnes (11,88%). Il n'a été retrouvé aucune étude détaillant les troubles comportementaux nocturnes.

Dans la plupart des études de la littérature, il existe une intrication importante entre troubles du sommeil et troubles comportementaux nocturnes, ce qui rend difficile une extrapolation des données à ce sujet.

Nous avons décidé de nous restreindre aux troubles comportementaux nocturnes devant une difficulté d'identifier les troubles du sommeil en général. En effet, ils peuvent être méconnus chez le sujet dément qui ne peut retranscrire ces

troubles a posteriori.

De plus, notre présence dans les établissements s'effectuait de jour et les équipes rencontrées nous ont rapidement fait remonter leurs difficultés de s'exprimer sur ce sujet.

L'impossibilité de rencontrer les équipes de nuit introduisait un biais important pour détailler les caractéristiques de ces troubles. C'est pourquoi, nous n'avons fait qu'un recueil libre à partir des transmissions des équipes de nuit, ce qui a déjà pu introduire un biais de mesure.

#### **4-4 Troubles du comportement sexuel**

L'OMS décrit la santé comme étant un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (8)

La sexualité, dans le cadre de ce bien-être, peut faire partie de la santé. Dans l'enquête de C. Bacon, 42% des 70-79 ans, et 26% des plus de 80 ans expriment un désir sexuel conservé. (39) Cela met en avant que le seul vieillissement ne supprime pas le désir sexuel. Nagaratnam (40) écrit également que la poursuite de la sexualité est significative pour le bien-être de la personne âgée.

Néanmoins, la plupart des études ne sont pas des études quantitatives, comportant principalement des descriptifs de cas cliniques. (40-41) Il existe surtout une grande part de subjectivité dans ce domaine : le regard du soignant peut être bien différent selon son vécu et ses croyances, mais aussi selon le contexte dans lequel intervient le trouble en question.

Par ailleurs, une seule étude a évalué la place qu'accordent les patients âgés déments à leur sexualité : Loeb et Wasow en 1979 ont interrogé 63 résidents, qui

estimaient tous que leur activité sexuelle était appropriée. (42)

#### 4-4-1 Classification des TCS

L'étude des troubles du comportement sexuel en gériatrie est complexe par leur absence de définition consensuelle et par les différences de termes utilisés : hypersexualité, troubles du comportement sexuel, désinhibition sexuelle, comportement sexuel inapproprié...

On retrouve par ailleurs l'importante notion de différencier l'augmentation des besoins sexuels et les comportements sexuels inappropriés. (43) Ce qui amène à une notion quantitative et qualitative du trouble.

Zeiss et Bardell évoquent également la notion d'intention sexuelle (21, 44), tout en soulevant l'aspect éthique et la difficulté d'identifier si l'acte est réalisé dans une réelle intention sexuelle ou non, si le partenaire est consentant ou pas, notamment du fait des troubles cognitifs. Ceci peut être simplement lié à un trouble de l'identification des personnes ou à une recherche d'affectivité.

Des études (21, 40, 41, 45) ont proposé des classifications, mais il n'existe à l'heure actuelle aucun score ou critère diagnostique validé. Plusieurs auteurs ont essayé de classer les troubles du comportement sexuel en différentes catégories. La plus fréquente est de différencier les troubles appropriés, les troubles inappropriés et les troubles ambigus. C'est sur l'étude de Zeiss (21) que nous nous sommes basés pour réaliser le questionnaire.

#### 4-4-2 Prévalence des TCS

Notre étude retrouve une prévalence des troubles du comportement sexuel de 13,79% sur une base de 1 334 résidents sur 17 établissements.

Comme expliqué dans la méthodologie, nous nous sommes basés sur les différents troubles retrouvés dans la littérature afin de réaliser notre inclusion. Ainsi,

ce sont à la fois des troubles considérés comme appropriés, ambigus et inappropriés qui ont été inclus.

Les principales études retrouvent une prévalence de 3,8% à 7,9% (43-45), avec notamment une prévalence entre 13 et 20% dans l'étude de Holmes (46), de méthodologie et de taille similaires à la nôtre.

Certaines études ne prennent en compte que les troubles inappropriés comme par exemple l'étude de Kuhn (47) ou celle d'Alagiakrishnan (41) avec une prévalence de 1,8%. Ceci peut donc expliquer la variation des résultats retrouvée dans la littérature. L'étude de Tsai et al (48) retrouve une prévalence similaire à la nôtre (15,03%), mais avec une population non comparable (133 patients en unité psychogériatrique).

Cette différence de chiffre peut aussi s'expliquer par la taille réduite de l'échantillon. En effet, la plupart des études sont basées sur des échantillons de quelques dizaines de patients (21, 40, 41, 44, 49) sauf celle de Tsai et al (48) et présentent donc un manque de puissance.

Les études (43, 48) soulèvent la difficulté d'affirmer un réel trouble du comportement sexuel, étant donné la part liée au trouble de l'identification des personnes ainsi que l'oubli des conventions sociales qui sont fréquemment présents dans les démences. Ceci peut donc expliquer des discordances de résultats par le risque de mesurer des événements différents. (20)

#### 4-4-3 Caractéristiques des TCS

Les troubles les plus fréquemment rencontrés dans notre étude sont les troubles inappropriés pour plus de la moitié des cas (59,12%), le plus fréquent étant le langage grossier (56,36%).

Les résultats de la littérature sont discordants entre eux. L'étude de Zeiss (21) retrouve des troubles ambigus significativement plus fréquents que les troubles

inappropriés ( $p < 0.001$ ). A contrario, l'étude de De Meideros (45) retrouve une prévalence semblable des troubles ambigus et inappropriés.

Il ressort également des études 2 grandes classes concernant ces TCS : les troubles liés à la recherche de l'intimité et ceux nettement plus provocateurs. (21, 40, 41, 43, 45)

Nous n'avons pas pu tester les types de TCS par rapport aux types de démence devant un nombre important de démences dont le type n'était pas précisé dans les dossiers médicaux. L'étude de Zeiss (21) retrouve que les troubles chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer sont plus souvent des troubles ambigus ou appropriés, seraient plus fréquents en cas d'ennui, et surviendraient dans l'ignorance d'être observés. Dans les démences autres, les troubles provocateurs seraient plus fréquents, avec une certaine conscience d'être observés. De Meideros (45) confirme également cette hypothèse, de façon significative ( $p = 0.001$ ).

Peu d'études cherchent à caractériser la nature du trouble du comportement sexuel en fonction de l'évolution de la démence. L'étude de Nagaratnam (40) ne montre aucune différence significative en fonction du stade de la maladie et donc du MMSE.

#### 4-4-4 Prise en charge des TCS

La prise en charge des troubles du comportement sexuel dans notre étude est globalement en adéquation avec les prises de position des auteurs et les revues de la littérature à ce sujet. Dans deux tiers des cas, un entretien avec le patient a été réalisé (recommandé dans l'étude de Wallace en 2009) (50), et dans 80% une réunion d'équipe organisée. Cependant, dans seulement 40% des cas, des mesures comportementales ont été instaurées (recommandées également par Ousset en 2003 (49), Wallace en 2009 (50), Tucker en 2010 (51), Derouesné en 2009 (52)). De même, la prescription de psychotropes reste importante, bien que n'ayant pas

apporté de preuve d'efficacité, et dont la nocivité a été démontrée dans de nombreuses études notamment vis-à-vis de l'augmentation du risque de mortalité et de survenue d'événements cardiovasculaires. (41, 43, 51)

#### 4-4-5 Regard des soignants sur les TCS

Le taux d'exposition des soignants concernant les troubles du comportement sexuel est de 89,93%. Plus de la moitié (59,43%) estime la prise en charge de ces troubles difficile, avec une EVA moyenne à 4,87/10.

Dans notre étude, le sentiment le plus fréquemment retrouvé chez les soignants est celui de gêne vis-à-vis du résident (67,92%)

Il ressort de l'étude de C.Derouesné (43) que les principales réactions, sans ordre de fréquence, peuvent être le rejet, le dégoût, la colère, mais parfois aussi l'amusement. Le sentiment de culpabilité est cité plusieurs fois.

Tucker (51) rapporte que les troubles du comportement sexuel en institution sont source de stress pour le personnel soignant et pour l'entourage. Ces troubles seraient les plus difficiles à gérer parmi les « symptômes comportementaux et psychologiques présents dans la démence » d'après l'étude de Onishi et al en 2006. (53)

Dans l'étude de Holmes (46), 59% des soignants trouvent difficile de gérer ces troubles, ce qui coïncide avec notre étude.

Dans notre étude, d'après les soignants, les 3 troubles les plus fréquents sont le fait de se promener dévêtu (57,55%), le langage grossier (54,72%) et l'attouchement d'un membre du personnel (35,85%). Cela coïncide avec certains résultats de notre étude qui retrouvent en première position le langage grossier, puis l'attouchement du personnel et des résidents.

D'après nos questionnaires, les 3 troubles du comportement sexuel les plus difficiles à gérer sont la masturbation en public (44,34%), l'attouchement d'un résident (36,79%) et à égalité le langage grossier et l'attouchement d'un membre du personnel (30,19%). Ceci coïncide avec l'étude de Holmes(46) qui rapporte que la masturbation en public serait le trouble le plus difficile à gérer dans 25% des cas.

Certains actes (langage grossier, se promener dévêtu) nécessitent un ajustement en fonction du contexte et de l'aspect socioculturel.

Ehrenfeld (54) a également analysé les réactions des soignants concernant la sexualité des personnes âgées démentes en institution. Les réactions rapportées sont différentes selon le type de trouble du comportement. Pour certains troubles (l'affection, l'attirance pour quelqu'un, la sensualité), les sentiments des soignants sont positifs, ils acceptent et encouragent ces attitudes. Le ressenti est plus mitigé en cas de « romantisme », avec des sentiments allant de l'ignorance au dénigrement, ou à l'amusement. Enfin en cas « d'érotisme, excitation sexuelle, désir», les soignants expriment une attitude négative, avec de l'inconfort, de l'embarras, parfois du dégoût ou du rejet. Certains caractérisent ces comportements « d'immoraux ».

Mahieu en 2011 (55) a étudié la perception des infirmières sur le même sujet. Les sentiments retrouvés se superposent à ceux de l'étude d'Ehrenfeld.

Deux études (43, 46) rapportent néanmoins que plus de 94% des soignants pensent que l'expression sexuelle des patients déments ne doit pas être découragée ; qu'un espace privé devrait être disponible afin d'encourager leur intimité (dans 88 à 96% des cas) ; et que les personnes travaillant avec des résidents atteints de démence devraient recevoir des formations spécifiques sur la sexualité et la gestion de ces troubles (86 à 100% des cas).



#### **4-5 Regard des médecins traitants**

Les médecins traitants sont également confrontés à cette problématique. Dans notre étude, seuls 50% des médecins disent être au courant des troubles des conduites élémentaires identifiés par les équipes soignantes. Notre étude peut être assimilée à une action de dépistage puisque nous avons informé la moitié des médecins qu'un de leurs résidents présente un trouble du comportement lié à l'alimentation et/ou un trouble du comportement sexuel.

Plus de deux tiers (73,91%) des médecins trouvent difficile la gestion de ces troubles et 60,87% s'estiment insuffisamment formés à ce sujet.

La prise en charge est en majorité non conforme aux recommandations actuelles ou avis des auteurs dans la revue de littérature (11, 14, 43, 49, 50, 51, 56, 57, 35), avec une sous-utilisation de la musique pour les TCA ; une prescription trop importante de psychotropes (73,68%) et insuffisamment de réponses comportementales (47,37%) concernant les TCS.

Beaucoup de médecins n'étaient pas disponibles (recueil réalisé sur le début des vacances d'été) ou n'ont pas répondu à différentes demandes de notre part, on peut imaginer que les médecins les plus sensibilisés à cette problématique ont volontiers répondu à nos questions.

Nous n'avons trouvé aucune étude s'intéressant au ressenti des médecins traitants sur cette problématique. C'est un fait étonnant alors que notre étude montre qu'un médecin sur deux ignore l'existence du trouble et que plus de 2 médecins sur 3 s'estiment insuffisamment formés. Une étude de plus grande ampleur serait intéressante pour évaluer la possibilité d'une meilleure communication entre les structures et les acteurs de santé, et envisager un programme de formation des médecins traitants sur les troubles du comportement.

#### **4-6 Limites de l'étude**

Sur les 20 établissements prévus initialement, seuls 17 ont été inclus du fait de la difficulté d'obtenir le consentement de certains médecins coordonnateurs et d'un manque de temps pour sélectionner 3 EHPAD supplémentaires.

Les données ont été recueillies par deux investigatrices, ce qui a pu apporter un biais de mesure, c'est pourquoi certaines n'ont pas été exploitées en raison d'un manque de précision, d'objectivité ou des discordances de recueil.

Il existe également un défaut de standardisation dans le remplissage des auto-questionnaires sur le vécu des soignants devant des consignes pas toujours respectées. Par exemple, sur la question des 3 troubles les plus fréquents, certains ont coché plus de 3 cases.

Enfin, nous notons un biais d'information concernant la notification des antécédents dans les dossiers médicaux des EHPAD, notamment l'existence d'une démence et son type, les tailles des patients afin de calculer l'IMC, les MMSE récents.

#### **4-7 Perspectives**

Toutes les études reviennent sur la difficulté d'étudier ces troubles du fait qu'il manque une définition consensuelle des troubles des différentes conduites élémentaires. Il serait intéressant de proposer une standardisation diagnostique plus universelle pour repérer au mieux ces troubles (ou les infirmer) afin de planifier une prise en charge adéquate. Néanmoins, il restera toujours une part de subjectivité de la personne identifiant ces troubles.

Dans un second temps, des groupes de travail pourraient être mis en place de façon systématique, afin de réfléchir en équipe multidisciplinaire comment gérer de la meilleure façon possible les résidents concernés dans un environnement identifié, mais aussi les familles et soignants impliqués dans la gestion de ces troubles.

## **V – CONCLUSION**

THESE SOUTENUE PAR : Natacha DIETRICH TOCHON-LARUAZ et Pauline MANEVAL

TITRE : Prévalence, caractéristiques, et regard des soignants sur les troubles des conduites élémentaires en milieu institutionnel gériatrique : alimentation, sommeil et sexualité.

### **CONCLUSION**

Les Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont des lieux de vie où cohabitent des personnes âgées fragiles souvent poly-pathologiques pouvant présenter des troubles du comportement liés à un état démentiel.

Cette étude épidémiologique transversale multicentrique s'est déroulée dans les institutions gériatriques d’Isère et de Haute Savoie entre mars et juillet 2013. L’objectif est de décrire la prévalence et les caractéristiques des troubles des conduites élémentaires ainsi que le taux d’exposition et les difficultés de prise en charge vécues par les soignants et les médecins traitants.

Sur 17 établissements étudiés dont 1 334 résidents, 566 (42,43%) présentent un ou plusieurs troubles : 271 (20,31%) troubles du comportement liés à l’alimentation (TCA), 227 (17,02%) troubles comportementaux nocturnes (TCN),

184 (13,79%) troubles du comportement sexuel (TCS). Les troubles les plus fréquents sont le refus de manger (77,78%) pour les TCA, la déambulation (50,50%) pour les TCN et le langage grossier (56,36%) pour les TCS. Le taux d'exposition des soignants aux TCA est de 100% et pour les TCS de 89.83%. Le principal ressenti des soignants concernant les TCA est la peur d'une perte de poids et de dénutrition (53,70%) et la gêne (67,92%) pour les TCS. Près de 75% des médecins trouvent difficile la gestion de ces troubles du comportement.

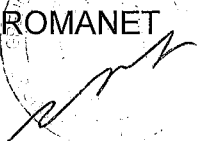

Ces troubles des conduites élémentaires sont fréquents, polymorphes, parfois mal vécus par les soignants. Ils sont difficiles à prendre en charge que ce soit pour les équipes soignantes ou pour les médecins traitants. Il ressort de notre étude un manque de formation de tous les professionnels et un manque de communication entre les différents intervenants.

La prise en charge pour les médecins traitants est difficile en raison d'un manque de formation dans ce domaine mais également par un manque de disponibilité au regard des contraintes liées à la structure (temps, recueil des informations). Il apparaît donc nécessaire d'améliorer la connaissance du rythme de ces EHPAD et de favoriser une meilleure communication entre les différents acteurs.

Par ailleurs, la réalisation de formations et de programmes de sensibilisation des professionnels sur les troubles du comportement permettrait d'améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 14/11/2013

LE DOYEN

J.P. ROMANET  
  


LE PRESIDENT DE LA THESE

P. COUTURIER  


## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale - cir\_36346.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2013]. Disponible sur: [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir\\_36346.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36346.pdf)
2. Syndicat National des Généralistes et gériatres Intervenant en Ehpad. Les 13 missions du médecin coordonnateur - Médecins coordonnateurs en EHPAD. Syndicat national [Internet]. 2013 [cité 28 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.sngie.org/spip.php?article607>
3. Robine J-M, Cheung SLK. Nouvelles observations sur la longévité humaine. *Revue économique*. 29 sept 2008;Vol. 59(5):941-953.
4. Insee - Population - Les personnes âgées dépendantes dans la Vienne : une augmentation potentielle de +10 % d'ici 2020 [Internet]. 2009 [cité 28 oct 2013]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=12&ref\\_id=15503&page=cimal/dec2009294/dec2009294\\_p3.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=15503&page=cimal/dec2009294/dec2009294_p3.htm)
5. Andrew RA. Analysis of a general practitioner's work in a private nursing home for the elderly. *J R Coll Gen Pract*. déc 1988;38(317):546-548.
6. Items du programme de l'ECN [Internet]. Remede.org. [cité 3 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/article372.html>
7. Comprendre la Maladie [Internet]. [cité 3 nov 2013]. Disponible sur: [http://www.imaalzheimer.com/html/mal\\_comport.htm](http://www.imaalzheimer.com/html/mal_comport.htm)
8. OMS | La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. [cité 17 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
9. Denney A. Quiet music. An intervention for mealtime agitation? *J Gerontol Nurs*. juill 1997;23(7):16-23.
10. Chang C-C, Roberts BL. Feeding difficulty in older adults with dementia. *J Clin Nurs*. sept 2008;17(17):2266-2274.
11. Chang C-C, Roberts BL. Strategies for feeding patients with dementia. *Am J Nurs*. avr 2011;111(4):36-44; author reply 45-46.
12. Watson R, MacDonald J, McReady T. The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale 2 (EdFED 2) : inter-and intra-rater reliability. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2001;5:184-186.
13. Watson R, Deary IJ. A longitudinal study of feeding difficulty and nursing intervention in elderly patients with dementia. *J Adv Nurs*. juill 1997;26(1):25-32.
14. Kwok T, Tang M, Woo J. The management of demented people with feeding problem. *Int J Geriatr Psychiatry*. mars 2001;16(3):337-338.
15. Chang C-C, Lin L-C. Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *J Clin Nurs*. nov 2005;14(10):1185-1192.

16. Aselage MB, Amella EJ. An evolutionary analysis of mealtime difficulties in older adults with dementia. *J Clin Nurs*. janv 2010;19(1-2):33-41.
17. Vecchierini M-F. [Sleep disturbances in Alzheimer's disease and other dementias]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. mars 2010;8(1):15-23.
18. Cohen-Mansfield, Garfinkel, Lipson. Melatonin for treatment of sundowning in elderly persons with dementia - a preliminary study. *Arch Gerontol Geriatr*. 1 août 2000;31(1):65-76.
19. Rose KM, Beck C, Tsai P-F, Liem PH, Davila DG, Kleban M, et al. Sleep disturbances and nocturnal agitation behaviors in older adults with dementia. *Sleep*. juin 2011;34(6):779-786.
20. Johnson C, Knight C, Alderman N. Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Inj*. juin 2006;20(7):687-693.
21. Zeiss AM, Davies HD, Tinklenberg JR. An observational study of sexual behavior in demented male patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. nov 1996;51(6):M325-329.
22. G. Blandford, Watkins LB, Mulvihill MN, Taylor B. Assessing abnormal feeding behavior in dementia: a taxonomy and initial findings. Weight loss and eating behavior in Alzheimer's patient. B. Vellas & S. Rivière. Paris: SERDI Publishing Company; 1998. p. 49-66.
23. Watson R, Deary IJ. Feeding difficulty in elderly patients with dementia: confirmatory factor analysis. *Int J Nurs Stud*. déc 1997;34(6):405-414.
24. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. nov 1975;12(3):189-198.
25. 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):2308-2314.
26. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : grille Aggir [Internet]. [cité 28 oct 2013]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1229.xhtml>
27. KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *JAMA*. 21 sept 1963;185:914-919.
28. doc1 - synthese\_denutrition\_personnes\_agees.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese\\_denutrition\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf)
29. Rolland Y, Abellan van Kan G, Hermabessiere S, Gerard S, Guyonnet Gillette S, Vellas B. Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network.

- J Nutr Health Aging. oct 2009;13(8):679-683.
30. Chang C-C, Roberts BL. Cultural perspectives in feeding difficulty in Taiwanese elderly with dementia. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(3):235-240.
  31. Chang C-C, Roberts BL. Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia. *J Clin Nurs.* août 2011;20(15-16):2153-2161.
  32. Stockdell R, Amella EJ. The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale: determining how much help people with dementia need at mealtime. *Am J Nurs.* août 2008;108(8):46-54; quiz 55.
  33. Chang C-C. Prevalence and factors associated with feeding difficulty in institutionalized elderly with dementia in Taiwan. *J Nutr Health Aging.* mars 2012;16(3):258-261.
  34. doc1 - synthese\_denutrition\_personnes\_agees.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2013]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese\\_denutrition\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf)
  35. Benoit M, Arbus C, Blanchard F, Camus V, Cerase V, Clement JP, et al. Professional consensus on the treatment of agitation, aggressive behaviour, oppositional behaviour and psychotic disturbances in dementia. *J Nutr Health Aging.* oct 2006;10(5):410-415.
  36. Eggermont LHP, Blankevoort CG, Scherder EJA. Walking and night-time restlessness in mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial. *Age Ageing.* nov 2010;39(6):746-749.
  37. Vecchierini M-F. [Sleep disturbances in Alzheimer's disease and other dementias]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* mars 2010;8(1):15-23.
  38. Rowe MA, Kelly A, Horne C, Lane S, Campbell J, Lehman B, et al. Reducing dangerous nighttime events in persons with dementia by using a nighttime monitoring system. *Alzheimers Dement.* sept 2009;5(5):419-426.
  39. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual Function in Men Older Than 50 Years of Age: Results from the Health Professionals Follow-up Study. *Ann Intern Med.* 5 août 2003;139(3):161-168.
  40. Nagaratnam N, Gayagay G Jr. Hypersexuality in nursing care facilities--a descriptive study. *Arch Gerontol Geriatr.* déc 2002;35(3):195-203.
  41. Alagiakrishnan K, Lim D, Brahim A, Wong A, Wood A, Senthilselvan A, et al. Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgrad Med J.* juill 2005;81(957):463-466.
  42. Wasow M, Loeb MB. Sexuality in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* févr 1979;27(2):73-79.
  43. Derouesné C. [Sexuality and dementia]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* déc 2005;3(4):281-289.

44. Bardell A, Lau T, Fedoroff JP. Inappropriate sexual behavior in a geriatric population. *Int Psychogeriatr.* sept 2011;23(7):1182-1188.
45. De Medeiros K, Rosenberg PB, Baker AS, Onyike CU. Improper sexual behaviors in elders with dementia living in residential care. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2008;26(4):370-377.
46. Holmes D, Reingold J, Teresi J. Sexual expression and dementia. Views of caregivers: A pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry.* juill 1997;12(7):695-701.
47. Kuhn DR, Greiner D, Arseneau L. Addressing hypersexuality in Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs.* avr 1998;24(4):44-50.
48. Tsai SJ, Hwang JP, Yang CH, Liu KM, Lirng JF. Inappropriate sexual behaviors in dementia: a preliminary report. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* janv 1999;13(1):60-62.
49. Ousset P-J, Sorel H, Cazard J-C, Vellas B. [Behavioral disorders in dementia: intervention study in a long-term care unit]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* sept 2003;1(3):207-212.
50. Wallace M, Safer M. Hypersexuality among cognitively impaired older adults. *Geriatr Nurs.* août 2009;30(4):230-237.
51. Tucker I. Management of inappropriate sexual behaviors in dementia: a literature review. *Int Psychogeriatr.* août 2010;22(5):683-692.
52. Derouesné C. [The so-called hypersexual behaviors in dementia]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* juin 2009;7(2):101-108.
53. Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H, Endo H, Kawamura T, Imaizumi M, et al. Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. *Int Psychogeriatr.* mars 2006;18(1):75-86.
54. Ehrenfeld M, Bronner G, Tabak N, Alpert R, Bergman R. Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nurs Ethics.* mars 1999;6(2):144-149.
55. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud.* sept 2011;48(9):1140-1154.
56. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med.* juin 2012;25(3):350-366.
57. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA.* 21 nov 2012;308(19):2020-2029.



## **ANNEXE 1 : Type de troubles du comportement liés à l'alimentation**

### **✓ L'apraxie buccale:**

- N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture
- Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments
- La nourriture dégouline de la bouche
- Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas
- Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture
- Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres
- Accepte la nourriture puis la crache

### **✓ Les comportements actifs de résistance alimentaire :**

- Met ses mains devant sa bouche
- Repousse la nourriture ou l'intervenant
- Agrippe, frappe ou mord ceux qui essaient de le nourrir
- Crache ou jette la nourriture
- Détourne la tête de la nourriture
- Essaie de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo...)

### **✓ Les comportements sélectifs :**

- Mange en majorité un certain type d'aliment
- Goûte son repas, grignote puis ne veut plus rien

### **✓ La dyspraxie, l'agnosie et les troubles de l'attention :**

- A besoin d'être cajolé pour manger
- Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler
- Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas.
- Quitte la table et va marcher pendant le repas
- Mange des choses non comestibles : serviette ...
- Utilise ses doigts plutôt que la fourchette
- Semble ne pas reconnaître les aliments.

## ANNEXE 2 : Type de troubles du comportement sexuel

✓ **Les troubles du comportement appropriés :**

- s'asseoir souvent de façon proche des autres personnes (contact physique)
- embrasser ou caresser quelqu'un sur la main ou les joues
- embrasser son partenaire

✓ **Les troubles du comportement ambigus :**

- se promener dévêtu hors de la chambre ou de la salle de bain
- se frotter contre quelqu'un
- se toucher la poitrine ou parties génitales en public (non dévêtu)

✓ **Les troubles du comportement inappropriés :**

- langage grossier ou embarrassant, remarques sexuelles explicites
- vouloir embrasser ou prendre dans ses bras de façon excessive un membre du personnel ou une personne étrangère
- s'allonger volontairement dans le lit d'un autre résident
- attouchement d'un résident (poitrine ou parties génitales)
- attouchement d'un membre du personnel (poitrine ou parties génitales)
- attouchement de son partenaire en public
- s'exposer en public
- masturbation en public
- véritables rapports sexuels ou tentative

## ANNEXE 3 : Questionnaire sur les troubles du comportement liés à l'alimentation

1/ Patient : NN/PP

JJ/MM/AA

Sexe :  M  F

Date d'entrée en EHPAD :

Date de l'entretien :

Unité fermée :  Oui  Non

### 2/ Pathologies associées :

#### Charlson index :

##### - Neurologiques :

AVC  Oui  Non localisation: \_\_\_\_\_ année: \_\_\_\_\_  
localisation: \_\_\_\_\_ année: \_\_\_\_\_  
Parkinson  Oui  Non année de diagnostic: \_\_\_\_\_  
Démence  Oui  Non

##### - Si troubles cognitifs :

type de démence : \_\_\_\_\_  
date du diagnostic : \_\_\_\_\_  
dernier MMSE (avec la date) : \_\_\_\_\_  
dernier NPI (avec la date) : \_\_\_\_\_

##### - Psychiatriques :

dépression  Oui  Non traitement en cours  Oui  Non  
autres: \_\_\_\_\_

- Pathologies oto rhino laryngologiques (ORL) : cancer  Oui  Non type: \_\_\_\_\_  
chirurgie  Oui  Non type: \_\_\_\_\_

- Pathologies digestives : gastrite  Oui  Non  
hernie hiatale  Oui  Non  
ulcère gastroduodéal  Oui  Non  
troubles fonctionnels intestinaux  Oui  Non  
chirurgie de l'œsophage / estomac  Oui  Non  
cancer œsophage/estomac  Oui  Non  
autre: \_\_\_\_\_

- Pathologies buccales : mycose buccale  Oui  Non  
chirurgie buccale  Oui  Non  
mauvais état bucco dentaire  Oui  Non

- Existence de troubles de la déglutition / fausses routes:  Oui  Non

##### - Existence d'un régime:

hypercalorique hyper-protidique  compléments alimentaires  Oui  Non  
 diabétique  pauvre en sel  hypocalorique, hypocholestérolémiant  autre :

ADL : /6

Hygiène	<input type="checkbox"/> autonomie (1)	<input type="checkbox"/> aide partielle (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Habillage	<input type="checkbox"/> autonomie pour le choix (1)	<input type="checkbox"/> autonomie pour le choix mais aide pour se chausser (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Toilette	<input type="checkbox"/> autonomie (1)	<input type="checkbox"/> aide pour s'habiller/se rhabiller (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Locomotion	<input type="checkbox"/> autonomie (1)	<input type="checkbox"/> aide humaine (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Repas	<input type="checkbox"/> mange seul (1)	<input type="checkbox"/> aide pour couper viande/fruit (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Continence	<input type="checkbox"/> contient (1)	<input type="checkbox"/> incontinence occasionnelle (0,5)	<input type="checkbox"/> incontinent (0)

**GIR :**

**Date:**

**NPI du jour :**

**3/ Données nutritionnelles :**

poids:                   kg            date:  
 taille:                   m            si absente, taille estimée par longueur talon-genou:            m  
 IMC:                        kg/m<sup>2</sup>  
 Albumine :                g/L        date:

**4/ Traitement en cours (30 derniers jours, en Dénomination Commune Internationale) :**

**5/ Troubles du comportement liés à l'alimentation:**

Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire (EdFED-Q)\*

**Score answers to questions 1-10: never (0), sometimes (1), often (2)**

1. Does the patient require close supervision while feeding? \_\_\_
2. Does the patient require physical help with feeding? \_\_\_
3. Is there spillage (nourriture renversée) while feeding? \_\_\_
4. Does the patient tend to leave (laisse) food on the plate at the end of the meal? \_\_\_
5. Does the patient ever refuse to eat? \_\_\_
6. Does the patient turn his head away while being fed? \_\_\_
7. Does the patient refuse to open his mouth? \_\_\_
8. Does the patient spit out (crache) his food? \_\_\_
9. Does the patient leave his mouth open allowing food to drop out (tomber)? \_\_\_
10. Does the patient refuse to swallow (avalier)? \_\_\_

Total Score = \_\_\_

**(Total scores range from 0 to 20, with 20 being the most serious)**

11. Indicate appropriate level of assistance required by patient:

- supportive-educative**       **partly compensatory**       **wholly compensatory**  
**(encadrement sans aide)**      **(aide partielle)**      **(aide complète)**

Repousse la nourriture ou le soignant qui nourrit :  Oui  Non  
Frappe le soignant :  Oui  Non  
Jette la nourriture :  Oui  Non  
Jette ses couverts ou tape sur table ou objets avec ses couverts :  Oui  Non  
Insulte le soignant au cours du repas :  Oui  Non:  
Distraction lors du repas :  Oui  Non  
Mange avec ses doigts  Oui  Non  
Mange des choses non comestibles  Oui  Non  
Quitte la table  Oui  Non  
Semble ne pas reconnaître la nourriture  Oui  Non

Difficulté de prise des traitements  Oui  Non

Douleur exprimée par le patient au moment du repas  Oui  Non  
Impression de douleur par le soignant (algotplus)  Oui  Non

### **6/ Ressenti du soignant sur le temps du repas**

Durée du repas exagérément allongée  Oui  Non  
Prise alimentaire jugée trop faible :  Oui  Non  
Peur de perte de poids et dénutrition :  Oui  Non  
Conflit lors du repas :  Oui  Non  
Lassitude du soignant face au trouble :  Oui  Non  
Sensation d'échec du soignant :  Oui  Non  
Temps du repas avec ce patient jugé désagréable :  Oui  Non  
Impression d'être involontairement maltraitant sur le temps du repas :  Oui  Non  
Impossibilité de prise des traitements jugée dangereuse :  Oui  Non  
Souhait de formation pour mieux prendre en charge :  Oui  Non  
Autre :

### **7/ Réponse entreprise par le soignant sur le temps du repas:**

Modification de la texture du repas :  Oui  Non  
Support de propreté (bavette..) :  Oui  Non  
Nourri à la cuillère :  Oui  Non  
Compagnie nécessaire lors du repas :  Oui  Non  
Isolement nécessaire lors du repas :  Oui  Non  
Utilisation de musique en fond sonore :  Oui  Non  
Introduction de collations en dehors du repas :  Oui  Non  
Introduction de compléments alimentaires en plus du repas :  Oui  Non  
Introduction de compléments alimentaires à la place du repas :  Oui  Non  
Adaptation du plateau du patient :  Oui  Non  
si oui : modification type d'aliment  ou quantité d'aliment   
Nécessité de rotation des soignants pour éviter épuisement :  Oui  Non  
Utilisation d'un contact physique lors du repas :  Oui  Non  
Distraction par entretien d'une conversation :  Oui  Non  
Autre:

## 8/ Quelles démarches ont été entreprises pour résoudre le problème: (détailler)

• Entretien avec le patient :  Oui  Non      détails :

• Réunion d'équipe :  Oui  Non      détails :

• Entretien avec la famille :  Oui  Non      détails :

• Appel du médecin traitant par rapport à ce trouble :  Oui  Non

Si oui : réponse satisfaisante :  Oui  Non

Si oui, quelle réponse a été apportée :

• Traitement pharmacologique :  Oui  Non

Et si oui le(s)quel(s) :

Quelle durée :                              toujours en cours:  oui       non

• Avis spécialisé :  Oui  Non

Si oui lequel et quelle réponse :

• Hospitalisation en lien avec le trouble :  Oui  Non

Si oui dans quel service :

Réponse proposée :

Amélioration du trouble :  oui       non

• Intervention d'un autre professionnel:

psychologue    ergothérapeute    psychomotricienne    atelier art-thérapie

relaxation    autre:

### EVOLUTION DU TROUBLE DEPUIS SON APPARITION :

Stabilité

Amélioration

Aggravation

Merci de votre collaboration,

Pauline MANEVAL et Natacha TOCHON LARUAZ

Internes en médecine générale

## ANNEXE 4 : Questionnaire sur les troubles du comportement sexuel

1/ Patient : NN/PP                      JJ/MM/AA

Sexe :

Date d'entrée en EHPAD :

Date de l'entretien :

Unité fermée : oui            non

### 2/ Pathologies associées : Charlson index :

- neurologiques :

AVC (+ localisation) :  Oui    Non

Parkinson :  Oui    Non

Démence :  Oui    Non

- si troubles cognitifs :

type de démence :

date du diagnostic :

dernier MMSE (avec la date) :

dernier NPI (avec la date) :

- cardio vasculaire :  HTA    DNID    Tabagisme  obésité    Dyslipidémie

- psychiatriques :    Oui    Non

- traumatisme crânien :  Oui   Date : .....    Non

### ADL :

Hygiène	<input type="checkbox"/> autonomie (1)	<input type="checkbox"/> aide partielle (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Habillage	<input type="checkbox"/> autonomie pour le choix (1)	<input type="checkbox"/> autonomie pour le choix mais aide pour se chausser (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Toilette	<input type="checkbox"/> autonomie (1)	<input type="checkbox"/> aide pour s'habiller/se rhabiller (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Locomotion	<input type="checkbox"/> autonomie (1)	<input type="checkbox"/> aide humaine (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Repas	<input type="checkbox"/> mange seul (1)	<input type="checkbox"/> aide pour couper viande/fruit (0,5)	<input type="checkbox"/> dépendant (0)
Continence	<input type="checkbox"/> contient (1)	<input type="checkbox"/> incontinence occasionnelle (0,5)	<input type="checkbox"/> incontinent (0)

GIR :

NPI du jour :

3/ Traitement en cours (30 derniers jours, en DCI) :

#### 4/ Type de TCS :

- **Troubles du comportement appropriés :**

- S'asseoir souvent de façon proche des autres personnes (contact physique)
- Embrasser ou caresser quelqu'un sur la main ou les joues
- Embrasser son partenaire

- **Troubles du comportement ambigus :**

- Se promener dévêtu hors de la chambre ou de la salle de bain
- Se frotter contre quelqu'un
- Se toucher la poitrine ou parties génitales en public (non dévêtu)

- **troubles du comportement inappropriés :**

- Langage grossier ou embarrassant, remarques sexuelles explicites

description :

contexte :

- Vouloir embrasser ou prendre dans ses bras de façon excessive un membre du personnel ou une personne étrangère

description :

contexte :

- S'allonger volontairement dans le lit d'un autre résident

présence  ou non  de l'autre résident

contexte :

- Attouchement d'un résident (poitrine ou parties génitales)

contexte :

- Attouchement d'un membre du personnel (poitrine ou parties génitales)

contexte :

- Toucher les parties génitales ou poitrine de son partenaire en public

contexte :

- Exposer ses parties génitales ou poitrine en public

contexte :

- Masturbation en public

description :

contexte :

- Véritables rapports sexuels ou tentative :

description :

personne visée :  homme       femme  
 personnel       résident

contexte :

- doute sur le consentement de la personne concernée :**  oui       non



**5/ Nombres de fois où le trouble du comportement s'est produit :**

Dans la semaine écoulée :

Dans le dernier mois :

Dans la dernière année :

Evolution depuis le début des troubles :

Amélioration

Aggravation

Stabilisation

**6/ Comment le problème a t il été résolu :**

Entretien avec le patient :  Oui  Non

Entretien avec l'équipe :  Oui  Non

Entretien avec la famille :  Oui  Non

Mesures comportementales :  Oui  Non

Traitement pharmacologique :  Oui  Non

Et si oui lequel :

Quelle durée :

Avis spécialisé : (médical ou non médical)  Oui  Non

Et si oui lequel :

## ANNEXE 5 : Questionnaire sur les données globales de la structure

Nom de l'établissement:

**Quelle est la caractéristique de votre structure :**

EHPAD                       USLD                       UCC

**Secteur fermé :**  oui            non

**Nombre de résidents :**

**Nombre de résidents en secteur fermé :**

**Durée moyenne de séjour :**

GIR moyen pondéré:

**Nombre de personnel non libéral :**

- IDE :    équivalent temps plein :  
- AS :    équivalent temps plein :  
- psychologue :                                équivalent temps plein :  
- ergothérapeute :                            équivalent temps plein :  
- autre:

**Prix moyen mensuel par résident :**

**Concernant les troubles du comportement liés à l'alimentation :**

- salle à manger unique  ou 1 salle à manger par étage
- nombre de table par salle à manger : environ .....
- nombre de patients par table :  1 à 5     5 à 10     10 à 15     sup. à 15
- choix de table :  par préférence des patients            imposé
- service par :  personnel     participation des patients (mise de la table, service, débarrassage, réalisation d'une partie du repas)
- poste de musique dans la salle :     oui     non
- possibilité de manger en chambre :  oui     non
- possibilité que famille se joigne au repas :  oui     non
- possibilité d'apport de plats cuisinés de l'extérieur :  oui     non
- adaptation du repas aux goûts du patient possible :  oui     non
- adaptation du repas à la culture du patient :  oui     non

- recours à l'ergothérapeute et à des couverts et matériel adaptés pour le repas en cas de besoin     oui     non

**Pour les troubles du comportement sexuel:**

- possibilité de fermer à clé de l'intérieur de leur chambre :  oui     non
- frapper à la porte systématique :  oui                       non
- attente d'une réponse avant d'entrer :  oui     non
- visite d'un patient d'une chambre à l'autre autorisée sans contrôle :  oui     non
- chambres prévues pour des résidents en couples :  oui     non
- mesures spécifiques (signalétiques sur la porte, transmission en équipe...) lors de la visite du conjoint :  oui     non

## **ANNEXE 6 : Questionnaire sur le vécu des soignants**

- Troubles du comportement liés à l'alimentation

**1/ Avez-vous déjà été confrontés aux troubles du comportement liés à l'alimentation depuis votre arrivée dans l'EHPAD ?**

- Oui     Non

**2/ Si oui : à quelle fréquence ?**

- Tous les jours  
 Plus d'1 fois par semaine  
 Plus d'1 fois par mois  
 Plus d'une fois par an  
 Moins d'une fois par an

**3/ Quelles sont parmi ces troubles du comportement liés à l'alimentation, les 3 plus souvent rencontrés ?**

- Refuse la nourriture  
 Refuse d'ouvrir la bouche ou tourne la tête  
 Recrache la nourriture ou laisse couler la nourriture de sa bouche  
 Refuse d'avaler  
 Repousse la nourriture ou le soignant qui nourrit  
 Jette la nourriture  
 Jette ses couverts ou tape sur table ou objets avec ses couverts  
 Insulte le soignant au cours du repas  
 Distraction lors du repas  
 Mange avec ses doigts  
 Mange des choses non comestibles  
 Quitte la table  
 Semble ne pas reconnaître la nourriture

Autre :

**4/ Quelles sont pour vous parmi ces troubles du comportement liés à l'alimentation, les 3 plus difficiles à gérer ?**

- Refuse la nourriture  
 Refuse d'ouvrir la bouche ou tourne la tête  
 Recrache la nourriture ou laisse couler la nourriture de sa bouche  
 Refuse d'avaler  
 Repousse la nourriture ou le soignant qui nourrit  
 Jette la nourriture  
 Jette ses couverts ou tape sur table ou objets avec ses couverts  
 Insulte le soignant au cours du repas  
 Distraction lors du repas  
 Mange avec ses doigts  
 Mange des choses non comestibles  
 Quitte la table  
 Semble ne pas reconnaître la nourriture

Autre :

**5/ Face au trouble à quel type de difficulté êtes vous confronté(e) :**

Manque de temps  Oui  Non

Manque de formation  Oui  Non

Manque d'écoute entre collègues  Oui  Non

Manque de temps de partage en équipe  Oui  Non

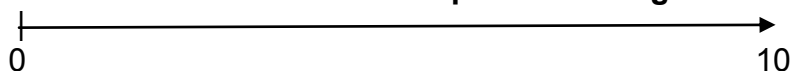
Défaut d'écoute et de prise en compte du trouble par le médecin traitant  Oui  Non

Autre :

**6/ Trouvez vous cela compliqué dans votre profession ?**

Oui  Non

**Pouvez-vous positionner sur une échelle de difficulté comprise entre 0 et 10, votre niveau de difficulté dans la prise en charge de ces troubles :**



- Troubles du comportement sexuel

**1/ Avez-vous déjà été confrontés aux troubles du comportement sexuel depuis votre arrivée dans l'EHPAD ?**

Oui  Non

**Et au cours de votre carrière :**

Oui  Non

**2/ Si oui : à quelle fréquence ?**

Tous les jours

Plus d'1 fois par semaine

Plus d'1 fois par mois

Plus d'une fois par an

Moins d'une fois par an

**3/ Quels sont parmi ces troubles du comportement sexuel, les 3 plus souvent rencontrés ?**

Se promener dévêtu hors de la chambre ou de la salle de bain

Se frotter contre quelqu'un

Se toucher la poitrine ou parties génitales en public (non dévêtu)

Langage grossier ou embarrassant, remarques sexuelles explicites

Vouloir embrasser ou prendre dans ses bras de façon excessive un membre du personnel ou une personne étrangère

S'allonger volontairement dans le lit d'un autre résident

Attouchement d'un résident (poitrine ou parties génitales)

Attouchement d'un membre du personnel (poitrine ou parties génitales)

Toucher les parties génitales ou poitrine de son partenaire en public

Exposer ses parties génitales ou poitrine en public

Masturbation en public

Véritables rapports sexuels ou tentative

Autre :

**4/ Quels sont pour vous parmi ces troubles du comportement sexuel, les 3 plus difficiles à gérer ?**

- Se promener dévêtu hors de la chambre ou de la salle de bain
- Se frotter contre quelqu'un
- Se toucher la poitrine ou parties génitales en public (non dévêtu)
- Langage grossier ou embarrassant, remarques sexuelles explicites
- Vouloir embrasser ou prendre dans ses bras de façon excessive un membre du personnel ou une personne étrangère
- S'allonger volontairement dans le lit d'un autre résident
- Attouchement d'un résident (poitrine ou parties génitales)
- Attouchement d'un membre du personnel (poitrine ou parties génitales)
- Toucher les parties génitales ou poitrine de son partenaire en public
- Exposer ses parties génitales ou poitrine en public
- Masturbation en public
- Véritables rapports sexuels ou tentative

Autre :

**5/ Face au trouble à quel type de difficulté êtes vous confronté(e) :**

Gêne  Oui  Non

Colère  Oui  Non

Peur  Oui  Non

Sensation de maladresse  Oui  Non

Indifférence  Oui  Non

Culpabilité  Oui  Non

Impression d'intrusion  Oui  Non

Impression d'agression  Oui  Non

Manque de respect du patient  Oui  Non

Ambiguïté du comportement  Oui  Non

Manque de formation  Oui  Non

Manque d'écoute entre collègues  Oui  Non

Manque de temps de partage en équipe  Oui  Non

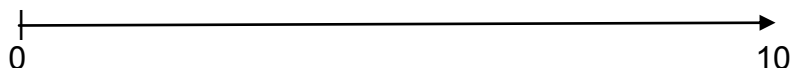
Défaut d'écoute et de prise en compte du trouble par le médecin traitant  Oui  Non

Autre :

**6/ Trouvez vous cela compliqué dans votre profession ?**

Oui  Non

**Pouvez-vous positionner sur une échelle de difficulté comprise entre 0 et 10, votre niveau de difficulté dans la prise en charge de ces troubles :**



**Pouvez- vous nous indiquer le nombre d'années travaillées en secteur gériatrique :**

## ANNEXE 7 : Entretien téléphonique avec le médecin traitant

Suite à une étude pour une thèse de médecine générale intitulée « Prévalence, caractéristiques et regard des professionnels sur les troubles des conduites élémentaires en milieu institutionnel gériatrique : alimentation, sommeil et sexualité. », nous avons quelques questions rapides à vous poser.

Nous avons étudié le dossier de M. ou Mme NNP ..... âgé(e) de ..... résidant à l'EHPAD ou USLD.....

Le patient NNP a été signalé par l'équipe soignante comme présentant (à entourer) :

Un TCA: Etiez vous au courant de ce trouble ?  Oui  Non

Avez-vous été contacté au sujet de ce trouble ?  Oui  Non

Avez-vous entrepris une prise en charge ou prodiguer un conseil au sujet de ce trouble ?  Oui  Non

Si oui préciser :

La prise en charge de ce trouble vous paraît elle compliquée :  Oui  Non

Vous sentez vous suffisamment bien formé pour la prise en charge des troubles du comportement des sujets âgés :  Oui  Non

Un TCS: Etiez vous au courant de ce trouble ?  Oui  Non

Avez-vous été contacté au sujet de ce trouble ?  Oui  Non

Avez-vous entrepris une prise en charge ou prodigué un conseil au sujet de ce trouble ?  Oui  Non

Si oui préciser :

La prise en charge de ce trouble vous paraît elle compliquée :  Oui  Non

Vous sentez vous suffisamment bien formé pour la prise en charge des troubles du comportement des sujets âgés :  Oui  Non

Merci de votre collaboration.

Natacha TOCHON LARUAZ, Pauline MANEVAL

## **ANNEXE 8 : Echelle de Blandford**

NOM, Prénom :

Date de naissance :

Âge :

M.M.S. :

M.N.A. :

POIDS :

**Date :**

### **Dépendance fonctionnelle alimentaire :**

1. A besoin d'aide de façon intermittente pour manger
2. Ne se nourrit que lorsqu'on le fait manger

### **Apraxie buccale de l'alimentation :**

3. N'ouvre pas la bouche spontanément quand on lui présente la nourriture
4. Fait des mouvements continus de la langue ou de la bouche qui empêchent l'ingestion des aliments
5. La nourriture dégouline de la bouche
6. Accepte la nourriture mais ne la mâche pas, et ne l'avale pas
7. Serre les lèvres, empêchant l'entrée de la nourriture
8. Ferme la bouche, serre les dents et les lèvres
9. Accepte la nourriture puis la crache

### **Comportement actif de résistance alimentaire :**

10. Met ses mains devant sa bouche
11. Repousse la nourriture ou l'intervenant
12. Agrippe, frappe ou mord ceux qui essaient de le nourrir
13. Crache ou jette la nourriture
14. Détourne la tête de la nourriture
- XX. Essaie de faire disparaître la nourriture (WC, lavabo...)

### **Comportement sélectif :**

15. Refuse de manger une grande variété d'aliments
16. Refuse les solides mais accepte les liquides
17. Préfère les liquides (> 50 % des apports)
18. A besoin de compléments nutritionnels spécifiques ou sinon ne mange rien
19. A besoin de compléments nutritionnels, les goûte, se plaint, puis les refuse
20. Goûte son repas, grignote puis ne veut plus rien

### **Dispraxie et troubles de l'attention :**

21. A besoin d'être cajolé pour manger
22. Mélange et joue avec la nourriture plutôt que de l'avaler
23. Parle de façon continue pendant le repas de sorte qu'il ne s'alimente pas.
24. Quitte la table et va marcher pendant le repas
25. Mange des choses non comestibles : serviette ...
26. Utilise ses doigts plutôt que la fourchette

## ANNEXE 9 : Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire

<b>Score EdFED-Q</b> Répondez aux questions 1 à 10 par: jamais (0), parfois (1), souvent (2)	<b>Critères de l'EdFED 2</b>
1. Est ce que le patient requiert une supervision rapprochée lors du repas?	
2. Est ce que le patient requiert une aide physique pour manger?	
3. Il y a t il de la nourriture renversée lorsqu'il mange ?	
4. Est ce que le patient a tendance à laisser de la nourriture dans l'assiette à la fin du repas?	
5. Est ce que le patient refuse de manger?	EdFED 2
6. Est ce que le patient tourne sa tête quand on tente de le nourrir?	EdFED 2
7. Est ce que le patient refuse d'ouvrir la bouche?	EdFED 2
8. Est ce que le patient recrache la nourriture?	EdFED 2
9. Est ce que le patient laisse sa bouche ouverte permettant à la nourriture de tomber?	EdFED 2
10. Est ce que le patient refuse d'avaler?	EdFED 2
11. Indiquer le niveau d'assistance nécessaire pour le patient <input type="checkbox"/> <b>encadrement sans aide</b> <input type="checkbox"/> <b>aide partielle</b> <input type="checkbox"/> <b>aide complète</b>	



## ANNEXE 10 : Inventaire neuropsychiatrique équipe soignante (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
1. Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
2. Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
3. Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
4. Dépression /Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
5. Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
6. Exaltation de l'humeur/Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
7. Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
8. Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
9. Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
10. Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
11. Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
12. Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ ]	1 2 3 4 5
Score total					[ ]	

## ANNEXE 11 : Indice de comorbidité de Charlson.

	Pondération par maladie présentée	Pondération par l'âge
1	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive <input type="checkbox"/> Artériopathie oblitérante des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Démence <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique <input type="checkbox"/> Connectivite <input type="checkbox"/> Maladie ulcéreuse peptique gastroduodénale <input type="checkbox"/> Diabète	50-59 ans = 1 <input type="checkbox"/> 60-69 ans = 2 <input type="checkbox"/> 70-79 ans = 3 <input type="checkbox"/> 80-89 ans = 4 <input type="checkbox"/> 90-99 ans = 5 <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/> Hémiplégie (vasculaire et autres) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale modérée à terminale (créatinine > 30 mg/L) <input type="checkbox"/> Diabète compliqué <input type="checkbox"/> Tumeur solide <input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Lymphome	
3	<input type="checkbox"/> Cirrhose hépatique avec ou sans saignement	
6	<input type="checkbox"/> Tumeur solide métastatique <input type="checkbox"/> Maladie à VIH (avec ou sans Sida)	

## ANNEXE 12 : Caractéristiques des établissements

<b>Caractéristiques des établissements</b>	
Haute Savoie n (%)	9 (52,94%)
Isère n (%)	8 (47,06%)
EHPAD n (%)	13 (76,47%)
USLD n (%)	1 (5,88%)
Unité mixte n (%)	1 (5,88%)
Secteur fermé n (%)	10 (58,82%)
Nombre de résidents / établissement moyenne (ET)	78,47 (+/- 32,60)
Nombre résidents en unités fermées moyenne (ET)	11,07 (+/- 12)
Durée de séjour (en jours) moyenne (ET)	830,06 (+/- 329,40)
GMP moyenne (ET)	786,62 (+/- 82,37)
Nombre d'IDE / établissement moyenne (ET)	5,69 (+/- 3,04)
Nombre psychologue / établissement moyenne (ET)	0,53 (+/- 0,28)
Nombre d'ergothérapeutes moyenne (ET)	0,05 (+/- 0,09)
Prix moyen mensuel (en euros) moyenne (ET)	2377,67 (+/- 485,90)
Musique n (%)	13 (86,67%)
Possibilité de manger en chambre n (%)	15 (100%)
Possibilité de manger avec famille n (%)	14 (100%)
Possibilité d'apports plats extérieurs n (%)	10 (71,43%)
Adaptation aux goûts n (%)	11 (78,57%)
Adaptation à la culture n (%)	13 (92,86%)
Recours à ergothérapeute n (%)	7 (46,67%)
Porte fermée à clé n (%)	14 (93,33%)
Frapper à la porte systématique n (%)	14 (93,33%)
Attente de la réponse n (%)	11 (78,57%)
Visite non contrôlée n (%)	15 (100%)
Chambres pour couples n (%)	7 (46,67%)
Mesures spécifiques si visite conjoint n (%)	3 (20,00%)

## ANNEXE 13 : Caractéristiques des résidents présentant un TCA

<b>Caractéristiques des résidents (TCA n=108)</b>	
Nombre de femmes n (%)	86 (79,63%)
Nombre d'hommes n (%)	22 (20,37%)
Nombre résidents en secteur fermé n (%)	34 (31,48%)
Moyenne d'âge moyen (ET)	86,26 (+/- 7,84)
Durée d'institutionnalisation moyenne (ET)	2,87 (+/- 2,10)
Indice de Charlson moyen (ET)	6,35 (+/- 1,68)
Antécédent d'AVC n (%)	20 (18,52%)
Antécédent de maladie de Parkinson n (%)	7 (6,48%)
Antécédent de démence n (%)	94 (88,89%)
Démence type Alzheimer n (%)	43 (45,74%)
Démence vasculaire n (%)	3 (3,19%)
Démence mixte n (%)	10 (10,64%)
Démence autre n (%)	25 (26,60%)
MMSE moyen (ET)	9,70 (+/- 7,79)
NPI (Fréquence x Gravité) moyen (ET)	36,35 (+/- 27,72)
Antécédent de dépression n (%)	37 (34,26%)
Antécédent de trouble bipolaire n (%)	1 (0,93%)
Antécédent de psychose n (%)	4 (3,70%)
Antécédent d'anxiété n (%)	21 (19,44%)
Antécédent de pathologie oto-rhino-laryngologique n (%)	0 (0%)
Antécédent gastro-intestinal n (%)	21 (19,44%)
Antécédent œsophagien n (%)	4 (3,70%)
Antécédent mycose ou mauvais état bucco dentaire n (%)	34 (31,48%)
Douleur ressentie lors du repas	8 (7,41%)
Fausse routes ou troubles de la déglutition n (%)	33 (30,56%)
Régime hypercalorique hyper-protidique ou compléments n (%)	57 (52,78%)
Autres régimes (diabétique, sans sel, hypocalorique) n (%)	6 (5,56%)
ADL moyen (ET)	2,12 (+/- 1,83)
GIR moyen (ET)	1,79 (+/- 0,78)
Poids moyen (ET)	54,54 (+/- 12,07)
Albuminémie moyenne des 2 dernières années (ET)	31,98 (+/- 4,43)
Antidépresseurs n (%)	38 (35,19%)
Anticholinestérasiques n (%)	26 (24,07%)
Dopaminergiques n (%)	5 (4,63%)

## ANNEXE 14 : Proportion des troubles du comportement liés à l'alimentation en fonction du caractère passif et actif.

<b>Comportements passifs</b>	<b>192 (35,23%)</b>
Distracted lors du repas	50 (9,17%)
Quitte la table	46 (8,44%)
Refus d'ouvrir la bouche	35 (6,42%)
Ne reconnaît pas la nourriture	28 (5,14%)
Refus d'avaler	21 (3,85%)
Laisse couler la nourriture	12 (2,20%)
<b>Comportements actifs</b>	<b>353 (64,77%)</b>
Refus de manger	84 (15,41%)
Repousse nourriture/soignant	56 (10,27%)
Mange avec ses doigts	35 (6,42%)
Jette la nourriture	30 (5,51%)
Insulte le soignant	29 (5,32%)
Frappe le soignant	29 (5,32%)
Tourne la tête	26 (4,77%)
Recrache la nourriture	25 (4,59%)
Jette ou tape avec ses couverts	24 (4,40%)
Mange choses non comestibles	15 (2,75%)

## ANNEXE 15 : Caractéristiques des résidents présentant un TCS

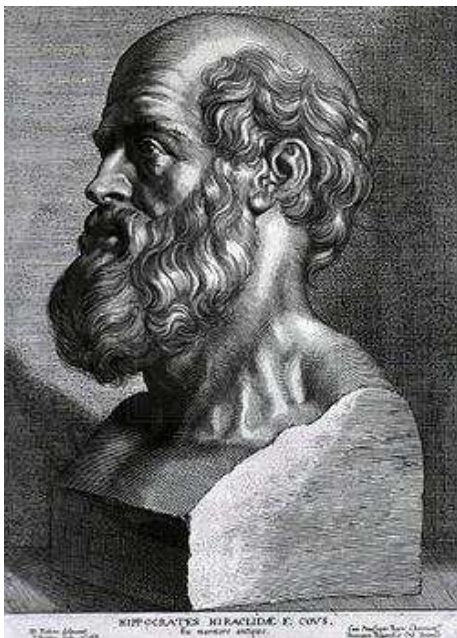
<b>Caractéristiques des résidents (TCS n=55)</b>	
Nombre de femmes n (%)	25 (45,45 %)
Nombre d'hommes n (%)	30 (54,55 %)
Nombre résidents en secteur fermé n (%)	14 (25,45 %)
Moyenne d'âge moyen (ET)	84,69 (+/- 8,97)
Durée d'institutionnalisation moyenne (ET)	2,26 (+/- 2,06)
Indice de Charlson moyen (ET)	6,11 (+/- 1,85)
Antécédent d'infarctus du myocarde n (%)	4 (7,27 %)
Antécédent d'insuffisance cardiaque n (%)	11 (20 %)
Antécédent d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs n (%)	3 (5,45)
Antécédent d'AVC n (%)	14 (25,45 %)
Antécédent de diabète n (%)	12 (21,8 %)
Antécédent d'HTA n (%)	25 (45,45 %)
Antécédent de dyslipidémie n (%)	5 (9,09 %)
Antécédent de tabagisme n (%)	2 (3,63 %)
Antécédent d'obésité n (%)	3 (5,45 %)
Antécédent de maladie de Parkinson n (%)	5 (9,09 %)
Antécédent de démence n (%)	42 (76,36 %)
Démence type Alzheimer n (%)	17 (40,48 %)
Démence vasculaire n (%)	2 (4,76 %)
Démence mixte n (%)	3 (7,14 %)
Démence autre n (%)	11 (26,19%)
MMSE moyen (ET)	8,95 (+/- 9,31)
NPI moyen (ET)	22,05 (+/- 32,23)
Antécédent de dépression n (%)	23 (41,80 %)
Antécédent de trouble bipolaire n (%)	0 (0 %)
Antécédent de psychose n (%)	2 (3,63 %)
Antécédent d'anxiété n (%)	13 (23,64 %)
Antécédent de traumatisme crânien n (%)	1 (1,81 %)
ADL moyen (ET)	2,69 (+/- 1,87)
GIR moyen (ET)	2,18 (+/- 0,90)
Benzodiazépines n (%)	20 (36,36 %)
Neuroleptiques n (%)	17 (30,91 %)
Antidépresseurs n (%)	16 (29,09 %)
Anticholinestérasiques n (%)	10 (18,18 %)
Dopaminergiques n (%)	6 (10,91 %)

# LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITE

Occupation Actuelle	Section/ss° CNU	Discipline universitaire	Observation
<b>APEL Florent</b> Depuis 01/09/2012	55.02	Ophthalmologie	
<b>BOISSET Sandrine</b> Depuis 01/09/2012	45.01	Bactériologie, virologie	
<b>BONNETERRE Vincent</b> Depuis 01/09/2011	46.02	Médecine et santé au travail	
<b>BOTTARI Serge</b> Depuis 01/10/1993	44.03	Biologie cellulaire	
<b>BOUTONNAT Jean</b> Depuis 01/09/2000	42.02	Cytologie et histologie	DEMISSION
<b>BOUZAT Pierre</b> Depuis 01/09/2012	48.01	Anesthésiologie- réanimation	
<b>BRENIER-PINCHART M.Pierre</b> Depuis 01/11/2001	45.02	Parasitologie et mycologie	
<b>BRIOT Raphaël</b> Depuis 01/09/2009	48.04 (47.02 sur poste de Ringeisen)	Thérapeutique, médecine d'urgence	
<b>CALLANAN-WILSON Mary</b> Depuis 01/09/2002	47.01	Hématologie, transfusion	
<b>DECAENS Thomas</b> Depuis 01/09/2013			
<b>DERANSART Colin</b> Depuis 01/09/2004	44.02	Physiologie	
<b>DETANTE Olivier</b> Depuis 01/09/2009	49.01	Neurologie	
<b>DIETERICH Klaus</b> Depuis 01/09/2012	47.04	Génétique	
<b>DUMESTRE-PERARD Chantal</b> Depuis 01/09/2004	47.03	Immunologie	
<b>EYSSERIC Hélène</b> Depuis 01/10/2009	46.03	Médecine légale et droit de la santé	
<b>FAURE Julien</b> Depuis 01/09/2008	44.01	Biochimie et biologie moléculaire	
<b>GILLOIS Pierre</b> Depuis 01/09/2010	46.04	Biostat, informatique médicale et technologies de communication	
<b>GRAND Sylvie</b> Depuis 01/09/1995	43.02	Radiologie et imagerie édicale	
<b>GUZUN Rita</b> Depuis 01/09/2012	44.04	Nutrition	

<b>LAPORTE François</b> Depuis 01/10/1991	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	
<b>LARDY Bernard</b> Depuis 01/09/2007	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	
<b>LARRAT Sylvie</b> Depuis 01/09/2009	45.01	<b>Bactériologie, virologie</b>	
<b>LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine</b> Depuis 01/09/2001	44.02	<b>Physiologie</b>	
<b>LONG Jean-Alexandre</b> Depuis 01/09/1999	52.04	<b>Urologie</b>	
<b>MAIGNAN Maxime</b> Depuis 01/09/2013	48.04	<b>Médecine d'urgence</b>	
<b>MALLARET Marie-Reine</b> Depuis 01/08/1992	46.01	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>	
<b>MARLU Raphaël</b> Depuis 01/09/2013	47.01	<b>Hématologie</b>	
<b>MAUBON Danièle</b> Depuis 01/09/2010	45.02	<b>Parasitologie et mycologie</b>	
<b>MC LEER (FLORIN) Anne</b> Depuis 01/09/2011	42.02	<b>Cytologie et histologie</b>	
<b>MOUCHET Patrick</b> Depuis 01/10/1992	44.02	<b>Physiologie</b>	
<b>PACLET Marie-Hélène</b> Depuis 01/09/2007	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	
<b>PAYSANT François</b> Depuis 01/02/2008	46.03	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>	
<b>PELLETIER Laurent</b> Depuis 01/01/2006	44.03	<b>Biologie cellulaire</b>	
<b>RAY Pierre</b> Depuis 01/09/2003	47.04	<b>Génétique</b>	
<b>RIALLE Vincent</b> Depuis 01/09/2001	46.04	<b>Biostat, informatique médicale et technologies de communication</b>	
<b>ROUSTIT Matthieu</b> Depuis 01/08/1990	48.03	<b>Pharmacologie clinique</b>	
<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b> Depuis 01/09/2012	44.01	<b>Biochimie et génétique moléculaire</b>	
<b>SATRE Véronique</b> Depuis 01/09/2005	47.04	<b>Génétique</b>	
<b>SEIGNEURIN Arnaud</b> Depuis 01/09/2013	46.01	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>	
<b>STASIA Marie-Josée</b> Depuis 01/08/1992	44.01	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>	





## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*