

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ DE STRASBOURG

ANNÉE 2022

N° 80

THÈSE

PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Médecine Générale

Par

REHEIS Marc

Né le 7 Septembre 1991 à Mulhouse (68)

**LE RESSENTI DES SOIGNANTS FACE AUX CRIS DES PATIENTS DÉMENTS EN UNITÉ
COGNITIVO-COMPORTEMENTALE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE ALSACIENNE**

Président du Jury : Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Docteur Jean-Marc MICHEL

Assesseur : Professeur Frédéric BLANC

Assesseur : Professeur Fabrice BERNA

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ DE STRASBOURG

ANNÉE 2022

N° 80

THÈSE

PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Médecine Générale

Par

REHEIS Marc

Né le 7 Septembre 1991 à Mulhouse (68)

LE RESSENTI DES SOIGNANTS FACE AUX CRIS DES PATIENTS DÉMENTS EN UNITÉ

COGNITIVO-COMPORTEMENTALE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE ALSACIENNE

Président du Jury : Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Docteur Jean-Marc MICHEL

Assesseur : Professeur Frédéric BLANC

Assesseur : Professeur Fabrice BERNA

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition OCTOBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université**
 - **Doyen de la Faculté**
 - **Premier Doyen de la Faculté**
 - **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
 - **Chargé de mission auprès du Doyen**
 - **Responsable Administratif**
- M. DENEKEN Michel
 - M. SIBILIA Jean
 - M. DERUELLE Philippe
 - M. DORNER Marc
 - M. MANTZ Jean-Marie
 - M. VINCENDON Guy
 - M. GERLINGER Pierre
 - M. LUDÉS Bertrand
 - M. VICENTE Gilbert
 - M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultat hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultat hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultat hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

MO142 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud MO001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine MO109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle MO117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie MO008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille MO091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier MO092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie MO045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël MO113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto MO118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne MO124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn MO012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas MO136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe MO014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël MO137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela MO138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim MO017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste MO130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra MO131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal MO021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MO024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey MO034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud MO139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis MO025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MO027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre MO132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIES Vincent MO140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine MO133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric MO032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien MO125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura MO119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice MO033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe MO089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique MO036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume MO126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata MO134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie MO040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice MO041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas MO042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)	
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)	
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)	
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)	
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)	
Pr REIS Jacques	(2019-2020)	
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)	(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FA : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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 les crimes.

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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mes maîtres et jurés,

A Monsieur le **Professeur Thomas Vogel**,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Je vous témoigne mon plus grand respect pour votre travail, aussi bien sur le plan universitaire (nous retiendrons le compte à rebours bien anxiogène plusieurs mois avant les ECN) que sur le plan hospitalier. Vous savez transmettre votre savoir dans un cadre toujours sérieux, tout en restant bienveillant, ouvert d'esprit, et surtout accessible.

A Monsieur le **Professeur Frédéric Blanc**,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail alors qu'il n'en était qu'à ses débuts. Merci de votre présence en ce jour unique.

A Monsieur le **Professeur Fabrice Berna**,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, et de m'accorder une part de votre précieux temps.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur **Jean-Marc Michel**,

Merci Jean-Marc de m'avoir mis sur la voie de ce sujet de thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, mais aussi au début de l'internat, dans le cadre bienveillant du CPA.

A mes maîtres,

Au Docteur **Claudine Hauler**, et au Dr **Pierre-Emmanuel George**, pour m'avoir accompagné durant mon premier semestre d'internat. Ainsi qu'à toute l'équipe du CPA de Colmar, qui ont su rendre ces six premiers mois mémorables.

Au Dr **Séverine Roos-Bernard**, au Dr **Patrice Köll**, et au Dr **Denis Firdion**, pour votre bienveillance et vos enseignements, aussi bien sur l'exercice de la médecine générale, que sur la gestion de la vie autour de la médecine générale. Grace à vous, j'ai pu me projeter dans l'avenir du généraliste.

Au Docteur **Stéphanie Liu**, pour ces deux années et demi de remplacements, rythmant et cadrant mon quotidien, indispensable pour me laisser le temps de travailler la thèse, mais aussi pour m'occuper de ma famille. Là aussi, ta bienveillance et ton sérieux t'honorent.

A ma famille,

A mes parents **Michel et Jutta**, d'avoir toujours été là, et de continuer à l'être. D'avoir contribué à tous égards à ce que je suis aujourd'hui. C'est aussi grâce à vos efforts que je prête serment ce jour.

A mon épouse **Louise**, que j'aime absolument, et sur qui je sais que je peux toujours compter. Merci pour me supporter tous les jours, et merci de partager avec moi les moments de bonheur auprès des deux magnifiques loulous que tu as portés.

A **Robin**, mon petit garçon, petit chaton de feu, véritable boule d'énergie qui illumine mon quotidien, **et Basile**, deuxième petit chaton, qui vient prendre la relève, puisses-tu suivre les pas de ton grand frère, les bêtises en moins et avec un peu plus de modération (on peut toujours rêver !)

A mes grands-parents **Oma et Opa**, d'être toujours présents, même si vous habitez loin. Vous comptez énormément pour moi.

A ma grand-mère **Loulou**, d'être toujours droite dans tes bottes. Merci pour la bûche de Noël que je suis le seul à savourer chaque année.

A **Tata et Tonton**, depuis tout petit, vous me suivez. Je n'oublierais jamais les spaghettis en secret avant le repas du soir, et tous les petits cadeaux que vous m'avez fait étant petit.

A ma belle-famille, **Edith, Manu et Emil**, de m'avoir accueilli dans votre famille, de m'avoir nourri à mi-temps pendant nos débuts avec Louise

Et à **Sylvain**, pour ces bons moments passés à table (décidemment, la nourriture est un vrai fil conducteur de ces remerciements), et pour ta disponibilité sans faille, ton soutien.

A mes amis,

A **Mathieu**, pour ta bonne humeur perpétuelle, tes jeux de mots, calembours et blagues que je ne saisis pas toujours du premier coup (voire pas du tout). Plein de moments fugaces devenant des souvenirs tenaces, mais aussi des instants qu'on ne vit qu'une fois, qu'on n'oubliera jamais et qu'on prend plaisir à faire revivre. Tu es comme un frère.

et à **Astrid**, d'avoir rejoint la troupe. Pour nos soirées jeux, nos repas partagés, mais surtout pour supporter Mathieu au quotidien. Tu as toute mon admiration ! Et je veux bien savoir s'il fait aussi des blagues dans son sommeil.

A **Pierre-Yves**, pour toutes ces pintes que nous avons partagées et qui t'ont fait sombrer plus d'une fois du côté obscur... Mais on est bien d'accord : c'est souvent la tarte flambée qui était responsable.

et à **Manon**, bienvenue dans le club, tu as bien de la chance de partager le quotidien du plus grand illusionniste des randonnées, celui qui déguise une balade de 15 minutes en une heure de marche. A chaque fois on se fait avoir, et je n'ai toujours pas compris le truc.

A **Julie**, pour l'ensemble de nos soirées, qu'elles fussent horribles (le premier soir de garde aux urgences, en simple exemple) ou beaucoup plus agréables et très souvent arrosées. Que de bons moments fleurant bon la Kasteel ou l'ambrée. On n'oublie pas la sonnerie du téléphone de garde pour autant (frissons garantis !)

et à **Christian**, compagnon de faim et de soif, jamais bien loin quand il s'agit de festoyer et ripailler. Et compagnon sportif éphémère, la pièce de monnaie t'a tué, j'en suis bien triste...

A **Florence**, pour tous ces agréables moments passés depuis notre rencontre. Aussi, la découverte de la Bretagne qui est un véritable coup de cœur (le homard à l'armoricaine

miam), mais aussi les week-ends en Forêt Noire. Mot de la fin « t'inquiètes, c'est géré, il va pas te poser problème cette nuit ».

et à **Julien**, pour les bons moments passés en vacances, et toujours là aussi quand il faut festoyer et ripailler, un peu comme Christian en fait, l'Oméprazole en moins. Au plaisir de faire une séance de CF à l'occasion !

A **Yann**, même si ce fichu sanglier de la SNCF t'a souvent empêché de faire le trajet Colmar-Strasbourg, les moments que nous avons passés ensemble étaient toujours d'une intensité exceptionnelle. D'ailleurs, je traquerai bien ce fichu sanglier comme un criminel nazi pour t'avoir aussi souvent empêché de venir. Au plaisir de refaire un WOD avec toi, avant ton départ en Suisse (on a encore un peu de temps non ?)

A **Marine**, sans qui, en gros, le stage des urgences n'aurait pas été le même. J'espère que ta soutenance de thèse sera aussi détaillée et riche que tes nombreux récits qui ont su nous tenir en haleine de longues minutes avant la chute.

A **Mathilde, Benoit, Anna, Thomas, Mélanie, Chris, Natalia, Hervé et Thomas P.**, pour toutes ces soirées, j'ai l'impression d'être passé de l'adolescence à l'âge adulte en votre compagnie. On est passé des before teq/paf et vodka/kiwi aux brunchs du midi (pour que les enfants soient pas trop décalés le soir quand même). Mention spéciale pour Mathilde, j'espère que ton talent musical voix et guitare t'ouvre la voie des plus grosses cérémonies d'anniversaire.

A **Dan**, il en aura fallu des années pour franchir la route qui nous séparait et passer des moments endiablés autour de guitar hero notamment. A tous les moments qui comptent, tu as su être présent et je t'en suis infiniment reconnaissant. Vivement le prochain tarot !

Et à **Delphine**, pour avoir suivi Dan jusqu'en Alsace. Tu es la bienvenue pour de nouvelles soirées jeux.

A **Alex (Qualther pour les intimes)**, toujours fidèle au poste, depuis l'horrible période pirate, jusqu'aux bancs de la fac et même après. Je me demande comment tu m'as supporté toutes ces sombres années, c'est là une marque de grande sagesse !

A **Alexis**, même si tu t'es exilé dans le sud, qu'on ne prend pas des nouvelles régulièrement, dès qu'on se retrouve, c'est comme si on s'était quittés la veille. C'est ça qui fait la richesse de notre amitié. Et aussi se déchirer les cervicales sur « What is love ».

A **Matthias**, pour ces années collège et lycée à squatter ta piscine, mais aussi pour ces matchs de foot et sorties VTT qui font qu'aujourd'hui encore, nos cuisses sont en béton !

A **Augustin**, j'ai perdu le fil de tes déplacements à un certain moment, mais on n'a jamais perdu le fil de discussion. Enfin si. Mais on le reprend là où on l'avait laissé. Au plaisir de trinquer avec toi lors de ton prochain passage à Strasbourg !

A tous les autres amis, internes, connaissances qui ont croisé ma route un jour.

Aux **soignants**, qui ont donné de leur précieux temps pour répondre à mes questions pour cette thèse, mais aussi aux soignants que j'ai pu rencontrer durant mon externat et internat. Même dans la difficulté et l'apprentissage, je retiens ceux qui ont été bienveillants envers moi et c'est avec plaisir que je me souviens des moments passés avec vous.

TABLE DES MATIÈRES

SERMEN D'HIPPOCRATE	11
INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LE CRI	26
<i>I. Généralités.....</i>	26
1. Quelques définitions.....	26
2. Le cri, moyen de communication.....	27
3. Le cri, un symptôme.....	28
<i>II. Le cri du patient dément.....</i>	29
1. Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence	29
a. De l'agitation.....	29
b. A la prévalence.....	30
c. Et aux comportements vocaux perturbateurs.	31
2. Démence, cris, physiopathologie.....	31
3. Le sens des CVP	33
a. Douleur physique	35
b. Douleur psychique.....	39
c. Souvenirs, réminiscences, émotions	41
d. Expression d'un besoin, inconfort.....	42
e. Déficits neurosensoriels.....	43
f. Stimulation.....	44
g. Cris « positifs »	45
<i>III. Retentissements du cri.....</i>	45
1. Sur le patient	45
a. Rejet, isolement, institutionnalisation.....	45
b. Soins et maltraitance.....	46
c. Médication inappropriée	47
2. Sur la famille et les soignants	48
a. Sur la famille	49
b. Sur les soignants.....	50
<i>IV. Pistes thérapeutiques</i>	53
1. Thérapies médicamenteuses.....	53
2. Thérapies non médicamenteuses.....	54
a. Animal.....	54
b. La méthode Snoezelen	54
c. Le recours à la technologie	55
d. L'aromathérapie.....	56
e. Synthèse sur les ressources non médicamenteuses.....	56
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	57
<i>I. Problématique et genèse du projet</i>	57
<i>II. Matériel et méthode.....</i>	58
1. Type d'étude.....	58
2. Population étudiée, lieux de l'étude.....	59
3. Gestion des entretiens	59

4.	Analyse des résultats – Théorisation ancrée	61
5.	Éthique	63
<i>III.</i>	<i>Résultats</i>	<i>64</i>
1.	Présentation et analyse de l'échantillon	64
2.	Plan schématique de la catégorisation des données	68
3.	Le point de vue des soignants sur les comportements perturbateurs.....	68
4.	La définition des CVP	68
a.	Les cris, principaux représentants des CVP.....	69
b.	Une notion d'intensité.....	69
c.	Les bruits et autres manifestations sonores	70
d.	La répétition : point chaud des CVP	70
e.	Le caractère perturbateur.....	71
f.	La notion de rupture de lien	71
5.	Le sens des cris, d'après les soignants	72
a.	Deux visions différentes	72
b.	Moyen d'expression, moyen d'exister.....	73
c.	Sentiments.....	73
d.	Cause physique	74
e.	Cause psychique.....	74
f.	La maladie dévoreuse de sens	75
g.	Un appel	75
6.	La gestion systématique des cris inhabituels / aigus	75
a.	Impression d'urgence	76
b.	Répondre à l'appel	76
c.	La recherche impérative d'une cause.....	77
d.	Prémices d'une rupture	78
7.	La répétition des CVP : point de rupture.....	79
a.	Des cris différents ?	79
b.	L'instinct maternel	79
c.	Une gradation de sentiments négatifs	79
d.	Mise en abyme.....	84
8.	Une prise en charge particulière.....	85
a.	Le soignant déstabilisé	85
b.	L'importance absolue du relationnel.....	87
c.	La place de l'environnement.....	89
d.	L'intérêt (voire la curiosité) des thérapies non médicamenteuses	90
e.	La place des traitements médicamenteux	91
f.	Le rôle de la famille	92
g.	Une part d'incertitude permanente	92
9.	Les facteurs de protection.....	92
a.	Le refuge UCC.....	92
b.	Le sanctuaire intérieur des soignants.....	97
c.	Le bagage antérieur.....	98
10.	Les voies d'une meilleure prise en charge	100
a.	Les classiques.....	100
b.	Les propositions originales	101
<i>III.</i>	<i>Discussion</i>	<i>103</i>
1.	Rappel des résultats.....	103
a.	Comportements perturbateurs fréquents et dérangeants.....	103
b.	Définition donnée des CVP	103
c.	Un sens qui ne va pas de soi	103
d.	La répétition comme point de rupture.....	104
e.	La répétition comme piège.....	105
f.	Une prise en soin centrée sur le relationnel	105
g.	Le refuge UCC.....	106
h.	L'impact de l'environnement.....	107

2.	Remarques et commentaires concernant les résultats.....	108
a.	L'emploi du terme « cri ».....	108
b.	Des organisations locales.....	108
c.	La présence et la demande de personnel supplémentaire.....	109
d.	La demande de formation.....	109
e.	L'ambiance de nuit.....	110
f.	La famille et les proches.....	110
3.	Validité interne.....	111
a.	Intérêt de l'étude qualitative.....	111
b.	Faiblesses de l'étude.....	112
4.	Validité externe.....	113
CONCLUSION.....		116
ANNEXES.....		118
BIBLIOGRAPHIE.....		128

LISTE DES ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : NPI	118
<u>Annexe 2</u> : Échelle Algoplus	119
<u>Annexe 3</u> : Échelle Painad	120
<u>Annexe 4</u> : Échelle GDS	121
<u>Annexe 5</u> : Échelle de Cornell	122
<u>Annexe 6</u> : Échelle de Raskin	123
<u>Annexe 7</u> : Discours d'introduction des entretiens	124
<u>Annexe 8</u> : Modèle initial du questionnaire d'entretiens – partie 1	125
<u>Annexe 9</u> : Modèle initial du questionnaire d'entretiens – partie 2	126
<u>Annexe 10</u> : Modèle initial du questionnaire d'entretiens – partie 3	127

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMP : Aide Médico-Psychologique

APP : Aphasie Primaire Progressive

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory

CIM : Classification Internationale des Maladies

CVP : Comportement Vocal Perturbateur

DCL : Démence à Corps de Lewy

DFT : Démence Fronto-Temporale

DLFT : Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IMP : Institut Médico-Pédagogique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MA : Maladie d'Alzheimer

MMSE : Mini Mental State Examination

NPI : Neuro-Psychiatric Inventory

SPCD : Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

RESUMÉ

INTRODUCTION : Les comportements vocaux perturbateurs, dont font partie les cris, sont des manifestations fréquentes chez les patients souffrant de démence. Leur caractère perturbateur met à l'épreuve les soignants amenés à les prendre en charge, notamment en secteur hospitalier, et même dans des services spécialisés, tels que les UCC, unités cognitivo-comportementales.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés en présentiel auprès de 22 soignants intervenant dans les UCC des centres hospitaliers de Strasbourg, Colmar et Mulhouse. L'objectif principal est d'évaluer le ressenti de ces soignants face aux comportements vocaux perturbateurs des patients déments.

RÉSULTATS : Dans le cas d'un cri aigu, inhabituel, les soignants réagissent de façon systématique et cadrée, à la recherche d'un sens et d'un moyen d'y répondre. La répétition des cris est un véritable point de rupture, aussi bien dans la prise en charge que le ressenti. Le sens se perd, l'habitude s'installe et tout un ensemble d'affects négatifs se présente, allant de la lassitude, à l'impuissance, en passant par la colère et l'indifférence. Toutefois, le travail d'équipe et l'organisation des UCC protègent les soignants et leur donne les ressources nécessaires pour tenir.

DISCUSSION : Il ressort de cette étude le rôle primordial du relationnel et du temps passé auprès des patients pour les apaiser en situation de crise, mais aussi pour les accompagner et les comprendre, afin d'anticiper le plus possible.

INTRODUCTION

A sa naissance, le nouveau-né s'adapte à l'environnement aérien en respirant pour la première fois : ce changement brutal s'accompagne très volontiers d'un cri, marqueur de vie et de bonne santé, attendu fébrilement par les parents et toutes les personnes présentes lors de cet évènement singulier et pourtant immuable au fil des siècles.

Durant les premières années de vie de nombreux autres cris seront émis, plus ou moins articulés et élaborés, prémices du langage. Un sens est capté par les parents aux vocalisations de l'enfant : un cri de faim, de terreur, de douleur, de fatigue ... Au fil des apprentissages et des années, le cri est maîtrisé par le langage parlé, rationalisé et normalisé par des règles permettant de s'exprimer en paroles et discussions posées. Crier reste toutefois dans nos cordes, et nous permet de communiquer de façon explosive, brute, nos émotions et sentiments : crier de joie à l'annonce d'une bonne nouvelle, de retrouvailles ; crier de douleur, aussi bien suite à la perte d'un être cher que d'un banal traumatisme du petit orteil dans un coin de meuble ; crier de colère, d'extase, de rage, comme un fou...

Se trouver face à une personne criant ne nous laisse pas indifférents et mobilise nos affects. Le sens de son cri nous interpelle, et nous pousse à réagir : crier avec, plus fort ? soulager sa douleur ou sa peine ? le faire taire ? Il garde constamment une part d'insoutenable.

Arrivé au grand âge, le corps peut faiblir. Les grands maux de nos aînés tels que l'arthrose, la presbycousie, la fatigue chronique, la perte de mémoire, les accidents vasculaires cérébraux ou cardiaques, les cancers, ... sont autant de causes érodant le bien-être et affectant la vie quotidienne. Ce contexte de déclin, particulièrement sévère dans les troubles neurocognitifs majeurs ou démences, voit ressurgir des comportements qualifiés

improprement de régression : les difficultés à la marche, le recours à une tierce personne pour la toilette et l'habillage, la préparation et l'administration des repas, le port de protections hygiéniques, jusqu'aux troubles du comportement et de la communication.

Ainsi, le cri peut resurgir, cohabitant avec le langage parlé ou l'écrasant. Les personnes présentant ce type de comportement sont souvent réduites au terme de « patient crieur » dans le milieu médical. Car oui, elles sont fréquemment rencontrées en milieu hospitalier ou en établissements hébergeant au long cours des personnes âgées. Le patient dément qui crie, envahit par ses vocalisations son environnement, le perturbant, affectant ceux qui y passent, y vivent, y travaillent. Comme il l'a été dit précédemment, le cri ne laisse pas indifférent, sauf que chez le patient âgé dément, le sens du cri est une énigme qu'il revient aux aidants familiaux ou aux soignants de décrypter, afin d'y répondre au mieux.

De cette introduction émergent deux interrogations cadrant ce travail de thèse : la première concerne l'origine, le sens et la réponse donnée aux cris des patients déments. La seconde est axée sur les retentissements des cris sur le personnel soignant travaillant en unités gériatriques spécialisées.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LE CRI

I. Généralités

1. Quelques définitions

CRI : issu du latin *quiritare*, signifiant tout simplement appeler, le cri est défini par l'Académie Française comme un « son aigu et perçant émis par la voix ». (1)

Selon le Larousse, il s'agit d'un « son ou suite de sons émis par un animal (...), son inarticulé émis par quelqu'un » ou encore « parole, son émis par quelqu'un sous l'effet d'une émotion, d'un sentiment, d'une sensation ». (2)

SON : selon le Larousse « Toute vibration acoustique considérée du point de vue des sensations auditives ainsi créées. » (3)

Cette définition implique que le son est émis dans le but d'être reçu. Le cri étant un son, il est transmis à un récepteur, créant un lien, une communication par le langage.

LANGAGE : « Faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux ».

« Langage (articulé) formé de sons différents, identifiables et signifiants » (4)

Au regard de ces deux définitions, le cri semble être l'expression la plus primaire du langage.

La langue française, riche de synonymes, rend grâce à ces quelques définitions. Le cri est d'une intensité sonore forte : un bruit, un éclat, une clameur. Témoigne d'une émotion ou d'un ressenti : la plainte, le sanglot, l'exclamation, la protestation. Interpelle, fait le lien avec un receveur : un appel, une ovation, une alarme, une réclamation. Ou renvoie au primitif, au bestial : un hurlement, un rugissement, un grognement, un feulement, un aboi. (5)

2. Le cri, moyen de communication

Dans le règne animal, le terme « cri » désigne de façon générique les vocalisations. Des termes plus précis se basant en général sur la phonétique des cris animaux sont employés pour différencier les espèces : aboiement du chien, miaulement du chat, hululement de la chouette, roucoulement du pigeon, ... A noter que des filtres culturels s'appliquent pour un même cri : cocorico pour le coq français, kikeriki de l'autre côté du Rhin. Première marque d'une perception et traduction différente d'un son qui pourtant est le même.

Il n'en reste pas moins que ces cris d'animaux restent des moyens de communiquer, aussi bien entre les membres d'une même espèce, qu'entre espèces différentes. Ces cris ont un sens, portent un message, mais ne sont pas un langage : cela reste l'apanage des êtres humains. Pourtant, le chant des oiseaux dispose d'une syntaxe, d'une phonologie, d'une phonétique et d'une prosodie propre à chaque espèce, particulièrement bien détaillée, se rapprochant des caractéristiques de notre langage parlé. Chaque chant ayant un rôle particulier, que ce soit la protection d'un territoire, la recherche d'une conquête ou pour prévenir d'un danger. (6)

Revenons à l'être humain. Le cri du nouveau-né marque le début d'une succession d'inspirations et d'expirations qui ne cessera qu'au moment de la mort. Il porte le message de bonne santé. Le nourrisson fera ses premiers pas dans le langage par ses cris, qui s'étofferont, et trouveront diverses significations aux oreilles des parents et proches. Essentiellement avec un besoin (faim, sommeil, change) ou un inconfort, une douleur (coliques du nourrisson, poussées dentaires). Ainsi, « l'expression verbale ou vocale : pleurs, cris, gémissements, ...»

est un des 5 items évalués dans l'échelle EVENDOL, utilisée pour coter la douleur chez les enfants de moins de 7 ans. (7)

Lorsque les cris sont « monochromatiques aigus » ressemblant à des miaulements et associés à d'autres critères cliniques, il est de bon ton d'évoquer le syndrome du cri du chat.

(8) Dans ce dernier cas, le cri prend le caractère de symptôme.

3. Le cri, un symptôme

Dans le domaine de la psychiatrie, l'examen clinique porte en partie sur le comportement du patient. Ainsi, les activités psychomotrices sont évaluées, avec un éventail allant d'une réduction de cette activité, à son excès voire à l'agitation psychomotrice. Le langage est également évalué, aussi bien sa dynamique (logorrhée ou à l'inverse alogie) que sa forme (phonétique, lexicale, syntaxe, grammaire, ...).

Des perturbations du comportement vocal font donc partie d'un faisceau de symptômes orientant vers une pathologie précise. Le trouble anxieux et notamment l'attaque de panique peuvent être marqués par des cris ; les stéréotypies vocales et écholalies sont décrites dans les troubles envahissants du développement ou le syndrome catatonique. (9)

En neurologie, un classique est le « grand cri » marquant le début d'une crise d'épilepsie. Il est également décrit d'autres troubles du langage, plus élaborés que le simple cri, en lien avec des pathologies neuro-vasculaires, toxiques ou infectieuses touchant les aires cérébrales du langage. (10)

D'autres raisons poussent au cri, sans qu'il ne s'agisse d'un symptôme exclusif : le cri de douleur en est le parfait exemple. A la fois comportement et symptôme.

A la confluence de la neurologie, de la psychologie et de la psychiatrie, les troubles neurocognitifs, anciennement appelés démences, sont fréquemment associés aux troubles du comportement, incluant les cris et autres comportements vocaux.

II. Le cri du patient dément

1. Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence

a. *De l'agitation...*

L'agitation est définie par Cohen-Mansfield et Billig comme une activité vocale, verbale ou motrice inappropriée non liée à un besoin spécifique.

Le terme inapproprié requiert la présence d'un tiers, constatant l'agitation comme un comportement anormal en société :

- acte auto ou hétéro-agressif
- fréquence non appropriée d'un comportement normal (ex : répétition)
- contexte non approprié d'un comportement normal (ex : enfiler correctement un manteau et une écharpe en plein épisode caniculaire) (11,12)

L'étude de Cummings et al. cherchait à établir une définition consensuelle de l'agitation, sur le modèle du DSM. Après enquête auprès de 557 professionnels de santé, il en ressort que les troubles du comportement vocal/verbal (cris, hurlements, injures, ...) évoquent fortement l'agitation, juste derrière les signes d'agressivité physique (frapper, mordre, griffer, ...). (13)

Une des échelles d'hétéro-évaluation pionnière dans le domaine de l'agitation est la Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), composée de 29 items cotés par fréquence de

0 (absence du comportement) à 7 (plusieurs fois par heure) sur les 7 derniers jours. Cette échelle est fréquemment retrouvée dans la littérature lors de l'évaluation des troubles comportementaux chez les patients déments. Sur les 29 items, 7 peuvent entrer dans la catégorie des comportements vocaux perturbateurs : agression verbale et injures, demande constante d'attention, questionnements ou phrases répétitives, émission de bruits bizarres, hurlements et cris, plaintes, avances sexuelles verbales. (11,12)

Une autre échelle d'hétéro-évaluation fréquemment employée et retrouvée dans de nombreuses études est la NeuroPsychiatric Inventory (NPI) (Annexe 1). Créée par Cummings et al. en 1994, elle est encore utilisée de nos jours. Elle se base sur l'analyse détaillée de douze types de comportements. La fréquence, le caractère perturbateur (gravité) et le retentissement de ces comportements font partie de l'évaluation. (14,15)

Il n'y a pas de catégorie à part pour le cri, mais il est cité dans l'« agitation/agressivité ».

b. A la prévalence...

Du fait du manque d'homogénéité des définitions dans la littérature, la prévalence des cris et autres vocalisations perturbatrices varie entre 10 et 40% en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes. (16–19)

En institution, 5-10% des patients sont considérés comme de vrais « crieurs ». (20,21)
Les cris sont un des comportements les plus fréquemment observés dans les structures d'accueil et d'hébergement de personnes âgées dépendantes et démentes, et souvent considérés comme les plus perturbateurs. (22–24)

c. *Et aux comportements vocaux perturbateurs.*

Le terme « cri » qui a été majoritairement employé jusqu'ici est certes concis, et donne une idée générale du sujet, mais il est imprécis et n'est pas unanimement employé dans la littérature. Nombre de synonymes et analogies lui sont préférés ou associés : hurlement, plainte, lamentation, répétition, appel, insulte, chant, sifflement... Parfois regroupés en troubles du comportement vocal ou verbal, agitation vocale ou verbale, comportements vocaux inadaptés ou inappropriés, symptôme comportemental de la démence, ...

Tout cet ensemble peut être regroupé sous le terme de comportements vocaux perturbateurs (CVP), tels que décrits par P.Karcher. (22,25)

Une définition simple serait la production par la voix de sons ou de mots, de phrases, ayant un caractère répétitif ou non, et venant perturber l'environnement du crieur.

2. Démence, cris, physiopathologie.

Le DSM-5 définit le trouble neurocognitif majeur (anciennement démence) comme une « réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, entraînant la perte d'autonomie ». (26,27)

Le plus connu des troubles neurocognitifs majeurs est la **maladie d'Alzheimer**. Elle représente près de 70% des cas de démence dans le monde, et tient son nom d'Aloïs Alzheimer, médecin bavarois ayant apporté la description clinique et histologique en 1906. Le cri en tant que tel ne fait plus partie des critères diagnostics de la maladie d'Alzheimer actuellement, mais les CVP appartiennent au cortège des complications et évolutions possibles de cette pathologie. Histologiquement, des dépôts beta-amyloïdes extracellulaires

et des enchevêtrements neurofibrillaires intracellulaires aboutissent à une perte neuronale intéressant la zone médio-temporale (notamment l'hippocampe, dont l'atrophie est recherchée en imagerie IRM). (25,26)

Les **dégénérescences lobaires fronto-temporales** (DLFT) sont une autre catégorie de démences, comprenant trois phénotypes différents : la démence fronto-temporale (DFT), l'aphasie primaire progressive (APP) et la démence sémantique. Les troubles psycho-comportementaux et du langage sont prépondérants dans ces formes : réduction du langage dans l'APP, répétitions, stéréotypies, écholalies dans la DFT.

Les **démences vasculaires** surviennent sur un terrain cardio-vasculaire fragilisé et favorisant les lésions cérébrales de quelque nature (ischémique, hémorragique), unique ou le plus souvent multiples. L'hypertension artérielle, et les antécédents cérébro-vasculaires en sont les principaux déterminants. Les facteurs de risque cardio-vasculaires classiques (sexe masculin, âge, tabac, diabète) et les atteintes cardiaques (cardiopathie, fibrillation atriale et troubles du rythme emboligènes) en sont les principaux déterminants. La localisation anatomique des infarctus et lacunes conditionnera la symptomatologie variée de ce type de démence.

Dans les deux derniers types de démence cités, une atteinte du cortex frontal avec levée d'inhibition serait un des éléments expliquant la genèse des CVP.

Une dernière famille de démences pourvoyeuses de troubles du comportement sont celles apparentées à la maladie de Parkinson, notamment la **démence à corps de Lewy (DCL)**. Elle se caractérise par un syndrome parkinsonien associé à des troubles du comportement et

des perceptions : des hallucinations, cauchemars, agitation nocturne, troubles cognitifs fluctuants. En histologie, des agrégats d'alpha-synucléine (appelés corps de Lewy) sont observés dans certaines parties du cortex cérébral, notamment le striatum ou le locus niger.

Il s'agit là des grandes familles de démences, telles qu'elles sont enseignées en faculté de médecine. En pratique, il n'est pas rare d'entendre parler de démence « mixte ». Des lésions de natures différentes se développent de façon concomitante chez un même patient, aboutissant à des manifestations cliniques diverses, caractéristiques non pas d'un seul trouble neurocognitif mais de plusieurs. L'étude de Raz et al. met en évidence l'implication de processus vasculaires délétères dans les plus grands types de démence, renforçant ainsi le caractère mixte. (30)

Selon Nagaratnam et al., la présentation clinique varie selon la localisation des lésions au sein d'aires cérébrales impliquées dans le comportement et le langage. Ainsi, une atteinte orbito-frontale se manifesterait plus aisément par une hyperactivité, une désinhibition ou une impulsivité. L'atteinte des aires frontales dorso-latérales, se traduirait par un ralentissement et une tendance à la persévération. (22)

3. Le sens des CVP

Comme il l'a été précédemment détaillé, les cris sont un moyen de communication dégradé. La finesse et le détail qu'une phrase intelligible avec des mots articulés permet de communiquer, s'en réduit chez certaines personnes âgées vivant avec une démence à des cris, des onomatopées. Ainsi, une phrase d'apparence simple telle que « j'ai mal au genou gauche

lorsque je marche et ce, depuis 2 jours » se réduit à un simple « AH ! ». Les cris sont donc chargés de sens, qu'il revient à l'entourage de traduire pour pouvoir y répondre.

Manière et al., comme la plupart des autres auteurs ayant travaillé sur les CVP, insistent sur une analyse globale du patient, pluridisciplinaire mais intégrant aussi le savoir de la famille et des proches. Le but de cette démarche étant de déterminer l'origine des CVP chez un patient précis, il s'agit donc d'une prise en charge individuelle, personnalisée, globale.

Dans le cas de patients résidants en maison de retraite ou EHPAD, la famille et les proches peuvent éclairer les soignants sur le mode de vie antérieur du patient, ses relations sociales, son caractère avant les troubles, son éducation mais aussi sur d'éventuels traumatismes, soucis ou conflits connus. La manière dont l'institutionnalisation s'est déroulée peut faire partie des éléments déclencheurs de troubles du comportement, qu'il conviendra d'analyser.

L'environnement dans lequel évolue le patient a une place toute particulière : passer d'une vie seule ou en couple dans une maison ou un appartement, avec ses meubles, ses habitudes, ses odeurs... à une chambre dans un établissement hébergeant plusieurs dizaines voire centaines de personnes âgées, que l'on peut côtoyer dans des salles communes, des réfectoires, chargés de sons, de lumière et d'effluves inhabituelles peut chambouler un équilibre précaire. Les soignants et autres personnels intervenant en maison de retraite vont percevoir les sons du patient à des occasions différentes selon leurs fonctions : des cris constatés par des aides-soignants ou l'équipe infirmière lors d'une mobilisation par exemple, ne seront pas forcément constatés par les médecins ou psychologues. Le dialogue entre les différents intervenants est primordial. L'analyse du faciès, des mimiques, de la posture du patient peuvent aussi informer sur une source d'inconfort, de douleur, de mal-être. (20)

La thèse de A.Bourbonnais, mais aussi des études comme celles de Berastegui et de

Manière ont catégorisé les différentes sources de CVP possibles :

- douleur physique ou psychique
- souvenirs et émotions
- besoin non assouvi, inconfort
- déficits neurosensoriels
- défaut ou excès de stimulation
- cris positifs (20,23,24)

Quaderi a une approche singulière du cri (aux oreilles d'un médecin), par un filtre psychanalytique qui mérite réflexion, surtout lorsque les CVP sont des mots ou phrases. Pour lui, le cri est un langage, une verbalisation d'un sentiment d'angoisse provenant d'une compréhension altérée du monde environnant. Le dément perçoit son environnement mais ne dispose plus des outils permettant de le mettre en lien avec ses souvenirs, ce qui provoque une angoisse. L'absence d'intégration et de soulagement lié aux cris signe un échec cathartique, et peut mener à la répétition des CVP. (31)

a. Douleur physique

La douleur physique est une des premières causes évoquées face à un patient criant. C'est aussi ce que relève l'étude de Berastegui et al. (23). Or, dans le cadre de la démence, le cri lié à la douleur peut être banalisé par son caractère répétitif, et le soignant ou l'aidant peut passer à côté d'une manifestation douloureuse, qu'elle soit aiguë ou chronique.

En institution, la part des patients âgés déments souffrant de douleurs quotidiennes est comprise entre 50% et 80%. Les principales causes de ces douleurs sont d'origine musculo-squelettiques (arthralgies, myalgies, lombalgies, ...), abdominales (constipation, fécalome, rétention aigue d'urines, faim, ...), ou encore infectieuses et dermatologiques (plaies chroniques, xérose, ...). (32–37).

- Évaluation de la douleur

Le problème de la douleur chez les personnes âgées démentes est double. Le premier souci est l'expression de la douleur brute par le patient. Du fait des troubles cognitifs, de l'altération du langage et des représentations supérieures, le patient ne dispose que de peu de moyens pour intégrer et rationaliser la douleur, l'expliquer, décrire l'horaire, la localisation précise, l'irradiation, ce qui aurait pu la causer.

Le recours à l'auto-évaluation, reste le meilleur moyen d'évaluer la douleur, mais pas dans les formes sévères des troubles neurocognitifs. Ainsi, il est admis qu'au-dessous d'un score MMSE à 18, le recours à l'auto-évaluation seule n'est plus fiable. (34–36)

En découle un second problème : La réception du message douloureux, l'analyse, la compréhension de la douleur, et traitement en circonstance. Pourquoi a-t-il mal ? Où ? Quand ? Comment ? Autant de questions auxquelles le soignant doit répondre en se basant sur l'observation et l'analyse du patient et de son environnement.

De nombreuses échelles d'hétéro-évaluation ont été élaborées à ces fins. La plupart s'articulent autour de 3 éléments clés : le faciès, les postures et mouvements, et les productions vocales.

Au total, une trentaine d'échelles d'hétéro-évaluation ont été montées, comparées lors d'études spécifiques, mais il n'en ressort aucune supplantant les autres. (33,36,38)

Leur multiplicité n'incite pas à en créer de nouvelle qui reprendrait des éléments déjà communs, il conviendrait plutôt de se baser sur celles déjà existantes, afin de les améliorer, et de les éprouver par la pratique quotidienne. Notamment les rendre plus dynamiques, pour mieux suivre la réponse antalgique et adapter le traitement en fonction. (33)

Leur emploi doit s'intégrer dans un cadre général, en complément de l'analyse clinique et de l'observation. Une échelle reste une échelle, et leur multiplicité tend à marquer leur imperfection.

Chaque équipe soignante est libre de choisir son outil d'évaluation de la douleur, selon sa pratique, ses habitudes et sa culture.

Il reste encore du chemin à parcourir pour ce qui est du suivi de l'antalgie, pour l'adaptation de posologie ou passage à d'autres paliers, comme le montre l'étude de Husebo et al.

Les échelles actuellement utilisées n'ont pas été étudiées pour assurer le suivi, mais plutôt pour faire un point à un instant T. De plus, l'efficacité des traitements antalgiques et les études menées à ce sujet manquent de puissance et le design sans placebo rendent les résultats moins fiables. (33)

Dans tous les cas, le fait de se préoccuper de la douleur de manière systématique permet déjà en soit d'améliorer la prise en charge de la douleur, rejoignant ainsi la position de B. Groulx, de considérer la douleur comme un signe vital à rechercher systématiquement. (32,34)

L'échelle Algoplus [Annexe 2] permet d'évaluer la douleur aigue d'un patient à partir de 5

critères : les expressions faciales, le regard, les plaintes, les postures et les comportements atypiques. (39)

L'échelle PAINAD [Annexe 3] se base sur 5 items, gradés de 0 à 2. On y retrouve les expressions faciales et corporelles, mais aussi la respiration, la consolabilité. Et les vocalisations négatives : absentes (0) ; gémissement entre autres (1) voire cris, appels répétés (2). (40)

- Traitement précoce

Husebo et al. partent du principe qu'il faut traiter la douleur le plus précocement possible, car souvent sous diagnostiquée chez les patients déments. Le cri comme d'autres signes d'agitation sont des manifestations douloureuses : traiter la douleur permettrait donc de réduire ces comportements, et en parallèle, réduirait la consommation d'autres thérapeutiques, les psychotropes en particulier. Cette même équipe conclut au fait que le traitement de la douleur permet d'améliorer de façon considérable l'agitation, basé sur l'évaluation de l'échelle CMAI. (41)

- Traitements médicamenteux

Outre le traitement spécifique de la cause (si identifiable), le recours aux antalgiques se doit d'être le plus précoce possible, même s'il présente quelques particularités en gériatrie. Le paracétamol, de par son profil d'efficacité et de sécurité, reste l'antalgique le plus prescrit. Le recours aux opioïdes en cas de douleur insuffisamment soulagée doit être considéré, même s'il faut veiller à leur bon usage, et prévenir d'éventuels effets indésirables. Leur avantage tient aussi de leur galénique large - de la forme orodispersible, au patch transdermique ou au spray nasal - permettant de s'affranchir de certaines comorbidités sans passer par des moyens

plus invasifs par voie injectable. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont de moins en moins employés du fait de leurs effets indésirables rénaux notamment, et sont à éviter de manière générale en gériatrie. (25,34)

- Traitements non médicamenteux

Musicothérapie, techniques physiques ou de relaxation, massages, ... Sont autant de techniques qui peuvent aisément s'adapter et s'insérer dans les lieux de vie des patients institutionnalisés, même si les preuves de leur efficacité ne sont pas unanimes, leurs effets indésirables faibles chez une population déjà fragile, permet de les employer de façon rassurante. (34)

b. Douleur psychique

Les douleurs psychiques, dont la cause la plus fréquente est la dépression, sont aussi source de cris. La présentation clinique d'un syndrome dépressif chez la personne âgée peut être atypique et trompeuse. Ainsi, un tableau de dépression masquée, sans tristesse associée est possible. (42,43)

Des manifestations somatiques ou cognitives peuvent être au premier plan, parfois banalisées car mises sur le compte du vieillissement ou de pathologies déjà connues. (43)

La dépression toucherait jusqu'à 20-30% des patients présentant des troubles cognitifs modérés à sévères. De par ses aspects atypiques, le syndrome dépressif du sujet âgé peut être moins bien dépisté et donc moins traité. (44,45)

Nombreuses sont les études montrant un lien plus grand entre syndrome dépressif et démence d'origine vasculaire, sur des bases neuropathologiques communes.

L'étude de Bennett et al. en fixe les repères : le syndrome dépressif serait, selon l'âge de son apparition, soit un facteur de risque, soit un prodrome d'une entrée en démence. Il peut également être réactionnel au diagnostic de troubles neurocognitifs ou d'autres comorbidités fréquentes dans le grand âge (notamment cardio-vasculaire). (46–48)

Les patients présentant des troubles du comportement vocal souffrent plus fréquemment de syndrome dépressif. Cela a été étayé par de nombreuses études notamment par l'équipe de Cohen-Mansfield, une référence en la matière. D'ailleurs, un lien croissant est établi entre la sévérité du syndrome dépressif et l'intensité des comportements vocaux perturbateurs. (12,16,49)

- Échelles d'évaluation de la dépression

Comme pour la douleur physique, des échelles d'évaluation et de repérage d'un syndrome dépressif ont été créées.

La Geriatric Depression Scale (GDS) [Annexe 4] élaborée par Yesavage et al. est citée dans les dernières recommandations de la HAS sur la prise en charge du syndrome dépressif. Elle comporte 30 items sous forme de questions posées directement au patient. D'autres versions plus courtes en sont dérivées, avec 15 items ou 4 items (mini-GDS). Ces échelles ne sont cependant pas compatibles pour l'évaluation d'un syndrome dépressif en cas de troubles cognitifs, un seuil de MMSE > 22 est retenu pour pouvoir l'administrer de façon fiable. (43,50,51)

En cas de troubles cognitifs modérés à sévères (score MMSE < 22), comme pour la douleur physique, le recours aux échelles d'hétéro-évaluations est plus fiable. L'échelle de Cornell [Annexe 5] établie par Alexopoulos et al. est basée sur 19 items, cotés par un médecin rodé à la manœuvre. Elle se base sur des questions et observations directes du patient d'une part, et sur l'interrogatoire d'un proche (membre de la famille ou personnel soignant) d'autre part. (43,52–54)

L'échelle de Raskin [Annexe 6] se base sur l'observation de 3 éléments dont le comportement, et s'effectue de façon plus rapide que l'échelle de Cornell. Il n'y a pas encore eu d'évaluation de la sensibilité et de la spécificité de ces tests. (43,55,56)

c. Souvenirs, réminiscences, émotions

Brossard s'appuie sur le suivi d'une patiente de 81 ans, et plus de soixante entretiens pour établir une série de remarques sur le cri. Il y décrit des cris « aigus d'épouvante », « d'angoisse », des « hurlements marqués par l'angoisse » ou alors des cris de « besoin ». Un parallèle de ces cris est fait avec ceux d'un bébé, mais là où ce dernier va acquérir des capacités à s'exprimer, le patient crieur dément les a perdus et ne tend pas à les récupérer.

Le fonctionnement de la psyché est déstructuré, fragmenté, détruit. En découle une frustration de ne pas voir son besoin compris et entendu. Le patient se retrouve alors submergé par un flux pulsionnel, qu'il n'est pas capable de canaliser par le langage. La détresse et la frustration sortis en cris seraient en quelques sortes une manière d'exister, de parer à une angoisse de non-être. (57)

Le démembrement progressif de l'organe de pensée d'un patient dément le rendrait plus fragile sur le plan psychologique. Des conflits passés refont surface, sans avoir les moyens de lutter et de se défendre. Il peut aussi s'agir de souvenirs et d'histoires de vie traumatiques, qu'ils soient depuis longtemps passés (guerres et blessures, catastrophes) ou plus récents (décès des proches et amis, entrée en institution). (20,21)

Un cas marquant durant mon internat illustrant bien ce point, est celui d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer à un stade sévère, hospitalisé pour des troubles du comportement récemment majorés et difficilement gérables par son épouse au domicile. Les sirènes ont retenti à Strasbourg comme tous les premiers mercredis du mois, vers midi. Le patient (dont la chambre était située juste à côté du bureau), s'est alors écrié en s'agitant physiquement sur son lit « les Allemands, aux abris ! », alors qu'il ne s'exprimait habituellement que par des grognements et chuchotements inaudibles, entrecoupés d'épisodes aigus de cris insensés. Il a répété plusieurs fois cette même phrase, durant les rappels de sirène, puis est revenu à son état habituel.

Comme nombre de personnes nées dans les années 1930, ce patient crieur a vécu sous l'occupation nazie et a subi les conséquences de la guerre. L'épouse venue l'après-midi m'a alors confié certains évènements de vie qui ont traumatisé le patient encore enfant à l'époque.

d. Expression d'un besoin, inconfort

Les CVP peuvent trouver leur origine dans la frustration ressentie par un besoin non assouvi, comme la faim, la soif ou le besoin d'uriner. Ce besoin auquel le patient n'arrive pas

à répondre seul et nécessite l'intervention d'une tierce personne peut se muer en inconfort : change mouillé, position inconfortable, constipation. (23,25,58)

L'inconfort d'un soin, d'un acte fait au lit du malade peut aussi provoquer un cri. La limite entre inconfort et douleur est ténue, mais retentit négativement sur les soignants effectuant le geste. La contention mécanique apparaît également dans plusieurs études, comme un facteur favorisant les cris. (20)

e. Déficits neurosensoriels

Les troubles visuels et auditifs sont fréquents chez les personnes âgées, indépendamment de leur état cognitif. Ils sont à rechercher systématiquement, d'autant plus qu'il existe des possibilités de soin : chirurgie de la cataracte, ablation de bouchon de cérumen, appareillage auditif, ... (59)

La perception des images et sons de l'environnement étant modifiée, de l'angoisse et/ou de l'inconfort peuvent être ressentis. Comme il l'a été détaillé plus haut, ces deux sentiments sont une source de CVP, notamment chez les patients souffrant de troubles cognitifs majeurs. Ils peuvent alimenter des hallucinations aussi bien visuelles qu'auditives et envahir le patient.

Groulx émet l'hypothèse, dans ces cas, que le vide laissé par l'un ou l'autre de ces déficits pousse le patient à crier pour combler un vide intérieur ressenti. (32)

f. Stimulation

Qu'il s'agisse d'un excès ou d'un défaut de stimulation, les deux peuvent aboutir à des CVP. Ils sont exacerbés par les déficits neurosensoriels, fréquents dans ces âges, comme détaillé ci-dessus.

Les patients isolés socialement, ou n'ayant pas d'activité dans la journée peuvent exprimer de l'ennui, une lassitude pouvant se manifester par des cris. Ils s'apparentent dans ces cas à une autostimulation pour tromper l'ennui. Ces CVP incompris, auront pour effet d'isoler encore plus le patient crieur des autres résidents, pour éviter de les importuner, là où une des solutions serait de l'intégrer dans des activités régulières ou de groupe.

A l'inverse, un excès de stimulation, peut aboutir à un trop plein, une surcharge émotionnelle entraînant des CVP. Des activités inadaptées, trop intenses, ou alors des conditions environnementales particulières : luminosité forte, télévision sans cesse allumée, volume sonore ambiant trop élevé... (18,25,32,58)

Ces deux extrêmes ont guidé depuis plusieurs années, des thérapies non médicamenteuses visant à combler le manque de stimulation (activités de groupe, musicothérapie, méthode snoezelen) ou à l'inverse, lutter contre la sur-stimulation (adaptation de l'environnement, techniques de relaxation, aromathérapie).

g. Cris « positifs »

Comme l'a démontré A. Bourbonnais dans sa thèse autour du sens des cris chez les personnes âgées, certains résidents étudiés exprimaient leur satisfaction par un cri. (24)

III. Retentissements du cri

1. Sur le patient

L'errance quant au sens et à l'origine des cris ; la prise en charge médicamenteuse parfois inappropriée et non dénuée de risques ; le rapport aux proches (soignants et familiaux), pouvant aller de l'incompréhension, au rejet, voire à la maltraitance sont autant de facteurs fragilisant le patient crieur. Le cas clinique présenté par J-M. Michel est une bonne illustration de ces diverses réactions en cascade, ou comment la prise en charge d'un « simple » comportement perturbateur devient un point de rupture dans le parcours du patient crieur. (60)

a. Rejet, isolement, institutionnalisation

L'isolement social et les troubles neurocognitifs majeurs peuvent tout à la fois être cause ou conséquence de cris. La cause, par manque de stimulation et d'interaction sociale, et la conséquence du fait du caractère perturbateur du cri, qui rebute l'entourage. (22)

L'agitation et ses symptômes aboutit à une altération de la qualité de vie des personnes âgées et peut accélérer une entrée en institution. Bien que ce ne soit pas le patient qui décide de son entrée en maison de retraite, le fait de présenter des comportements

perturbateurs accentue l'impression de fardeau auprès de ses proches, et aboutit à une entrée en institution précoce. (61)

Véritable signe de détresse, le patient crieur vivant en institution peut être victime de violences de la part d'autres résidents ou du personnel. Il se retrouve aussi fréquemment isolé, physiquement et socialement : chambre seule, loin des autres patients ou résidents. (23)

b. Soins et maltraitance

Le patient dément, ayant perdu la capacité de mener les activités de la vie quotidienne en autonomie, est pris dans une relation asymétrique de dépendance à un tiers, ce qui l'expose à un risque de maltraitance. De par sa pathologie neurodégénérative, le dément peut aussi présenter des comportements emprunts d'agressivité qui envenimeront la relation de soin. (62)

Allant des violences physiques ou verbales aux négligences en passant par les privations et abus, la maltraitance est un concept polymorphe regroupant des entités hétérogènes. Elle peut être domestique ou institutionnelle, du fait d'un aidant, de la sphère familiale ou professionnelle. (62,63)

Moulias et al. distingue par l'intentionnalité deux branches dans la définition opérationnelle de la maltraitance. Ainsi, les actions malintentionnés ou actes malveillants ont pour but de nuire sciemment au patient, tandis que les pratiques inadaptées et inappropriées vont également nuire, mais sans intention de le faire. (63)

Dans l'étude de Bonté et al., 10 dossiers de patients (souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentés) avec maltraitance avérée, ont été étudiés. Le recours à l'hôpital de jour

psychogériatrique chez ces patients était motivé par 3 principaux motifs, souvent intriqués : majoration des symptômes psycho-comportementaux de la démence ; perte d'autonomie ; et épuisement de l'aidant. Le type de trouble du comportement n'y est malheureusement pas détaillé, ainsi les CVP sont « noyés » dans les autres SPCD. (64)

La maltraitance envers les anciens reste toutefois sous-évaluée, ne fait pas l'objet d'une recherche systématique par les équipes médicales. Les patients eux-mêmes, du fait de leurs troubles cognitifs, ne peuvent signaler d'éventuels sévices. (64)

c. Médication inappropriée

Les antipsychotiques tiennent la première ligne des traitements mis en place pour traiter les troubles comportementaux et psychiques de la démence. Plus de 40% des patients déments institutionnalisés prennent des antipsychotiques, mais de façon inappropriée. (48)

Lors de mon internat et de mon passage en gériatrie, il m'était souvent demandé par l'équipe soignante de faire cesser les cris d'un patient agité. Cela aboutissait généralement à la prescription de molécules de la famille des benzodiazépines ou des antipsychotiques/neuroleptiques.

Or, cette dernière classe médicamenteuse est pourvoyeuse d'effets secondaires parfois redoutables. Chez les personnes âgées, l'emploi des neuroleptiques doit se faire avec prudence. Du fait de l'âge et des comorbidités parfois nombreuses, les effets secondaires sont plus marqués : allongement de l'intervalle QT et troubles du rythme cardiaque, évènements indésirables cérébro-vasculaires (dont AVC) ; mouvements anormaux et syndromes extrapyramidaux induits ; risque de chutes et leurs conséquences (perte d'autonomie,

fracture). Dans le rapport du Pr. Banerjee pour le ministère anglais des services de soins, le retour sur l'emploi des neuroleptiques montre bien leur usage en trop grande quantité, de façon inappropriée, avec une balance bénéfice/risque plutôt défavorable dans le cas général. Leur usage devrait être envisagé en deuxième ligne, après analyse fine du comportement perturbateur, et traitement préalable spécifique des causes probables (traiter la douleur par des antalgiques, un syndrome dépressif par un antidépresseur, ...). (66)

Dans la méta-analyse de Ballard et al., les données portent essentiellement sur la Risperidone et l'Olanzapine, deux neuroleptiques atypiques prescrits en gériatrie. Les résultats montrent une bonne efficacité dans le traitement des manifestations d'agressivité chez les personnes âgées démentes, mais contrebalancé par des effets secondaires parfois graves, comme décrits ci-dessus : risque majoré de chutes, de syndromes extrapyramidaux et d'évènements cérébro-vasculaires. De manière générale avec les antipsychotiques atypiques, une majoration de la mortalité est constatée chez les personnes âgées démentes. L'indication de la Risperidone et de l'Olanzapine ne peut donc être généralisée et banalisée, et ne sera retenue qu'après mûre réflexion, pour les patients les plus auto ou hétéro-agressifs. (65)

L'effet sédatif de certaines classes thérapeutiques peut aboutir à une grabatisation, un alitement prolongé, un risque de fausses routes et de pneumopathies ; augmentant ainsi la durée d'hospitalisation et majorant la dépendance.

2. Sur la famille et les soignants

Les CVP sont particulièrement éprouvants pour les familles et les soignants : ils sont source d'épuisement des aidants, voire de rejet ou de maltraitance. La prise en soin de

proches/patients atteints de démence et présentant des troubles du comportement est vécu comme un véritable fardeau.

a. Sur la famille

L'étude de Etters et al. fait justement le point sur les aidants familiaux. Basé sur de nombreuses études, il ressort que plus le lien familial unissant le patient à l'aidant est proche (enfant, époux/épouse), plus grand est le risque d'épuisement. Des différences dans le genre sont à noter : les femmes seraient plus exposées que les hommes, avec des risques plus importants sur leur propre santé physique, et un taux de syndrome dépressif plus grand. (61)

Ces données sont à mettre en lien avec la structure familiale prédominante dans les sociétés occidentales actuelles : la famille nucléaire. Une famille centrée sur « l'atome de parenté » : les parents, leurs enfants, les frères et sœurs. Les modèles multigénérationnels (où plusieurs membres d'une même famille mais de générations différentes vivent sous le même toit) sont rares de nos jours. Les parents devenus âgés, vivent seuls, s'entraident mutuellement, font éventuellement appel, à leurs frères et sœurs d'âge souvent comparables. Les enfants, ne vivant que rarement sous le même toit, peuvent intervenir plus ou moins régulièrement pour aider dans les tâches du quotidien. Il n'est pas rare de faire intervenir un professionnel extérieur au noyau familial : infirmier, aide-ménagère, ... (67)

Quand un des deux parents tombe malade, l'aidant tout naturellement désigné est le conjoint, puis les enfants éventuels.

Le terme de « caregiver burden » ou fardeau de l'aidant littéralement, est communément employé dans la littérature. Il se définit comme un ensemble de réponses à

des situations de stress physique, psychologique, émotionnel, social et financier, en lien avec l'activité de soin à un proche.

Les troubles du comportement, notamment l'agressivité et l'agitation (incluant les CVP) sont fortement pourvoyeurs de stress de l'aidant. Les études qui se sont penchées sur le sujet tendent à conclure que les aidants fortement impactés souffrent plus de syndromes dépressifs, de problèmes de santé générale et d'une qualité de vie altérée. (61,68)

b. Sur les soignants

Le personnel soignant centre son activité professionnelle sur le malade, dans une relation de soin et un cadre bienveillant. Selon le poste et la qualification, la proximité au patient est variable. En service de gériatrie ou en institution pour personnes âgées, la charge de travail des aides-soignants et des infirmiers est alourdie par la perte d'autonomie des patients. En plus des soins médicaux, parfois nombreux en raison des comorbidités, s'ajoutent les soins corporels ou de confort, tels que la toilette ou l'habillage.

Dans ces lieux où sont pris en charge des patients âgés, un déséquilibre s'est installé : d'une part, un déficit de soignants, de moyens, de temps, et d'autre part des tâches toujours plus nombreuses et chronophages, chez des patients à faible autonomie, dans des services et unités pleines. Dans ce contexte, le soin relationnel est sacrifié au profit du soin technique : les toilettes sont faites « à la chaîne » pour les terminer dans les temps, mais l'accompagnement psychique, la discussion qui permettrait d'apaiser le patient en perte de repères fait défaut. (17,69)

A ces difficultés inhérentes à la gériatrie, s'ajoutent les comportements perturbateurs, considérés comme de véritables fardeaux par les soignants, et aboutissant à des situations de stress lié au travail, d'épuisement, d'altération de la santé aussi bien physique que mentale des soignants. (61,70)

Les cris et autres comportements vocaux sont fréquemment cités dans les études comme étant les plus perturbateurs. (49,71)

Mais aussi au regard des familles venant rendre visite à un patient résidant en institution : le retrouver agité est considéré comme signe de mauvaise qualité des soins. (72)

L'étude de Berastegui et al. s'est basée sur le ressenti de sept aides-soignants, deux infirmières, une psychologue et une animatrice en EHPAD. Il en ressort que face à un patient crieur, ces soignants ressentent du doute, de l'appréhension, de l'exaspération, de l'agacement, de la surprise, de la frustration de ne pas avoir de réponse, et la nécessité de prendre du recul. (23)

Une autre étude de Calvet et al. dans le même esprit, s'est basée sur un recueil de données concernant 52 participants dans 3 EHPAD. 36 soignants (IDE, AS, AMP) et 16 non soignants (ASH) ont répondu à un questionnaire concernant l'impact des cris. Face à un cri unique, les participants ressentent majoritairement une interrogation ou une demande envers le soignant. Le deuxième ressenti le plus fréquent est l'anxiété générée par ce cri, et en troisième lieu l'incompréhension de ce comportement.

En revanche, lorsque le cri est récurrent, les deuxième et troisième ressentis sont respectivement l'asthénie, et l'impuissance ou sentiment d'échec face au cri.

Il ressort également de cette étude que l'âge des soignants a un impact : là où les moins de 50 ans vont ressentir un besoin d'aide, un sentiment de tristesse et d'anxiété face à un patient

crieur, les plus de 50 ans sont significativement plus marqués par l'impuissance et un sentiment d'échec ; comme un glissement, un abandon progressif de l'investissement.

(17)

L'âge et l'expérience des soignants seraient des points déterminants dans le risque d'épuisement professionnel. Notamment l'âge jeune et la faible expérience. C'est surtout le cas si l'expérience est inférieure à 5 ans ou si l'âge est inférieur à 30 ans. (73)

Les soignants sont une population particulièrement à risque de faire un syndrome d'épuisement professionnel. C'est une des complications du stress professionnel, caractérisé par un désintérêt, une déshumanisation des actes, une perte du sens du réel, associant des symptômes physiques (douleurs diffuses, troubles musculo-squelettiques, asthénie, fatigue, symptômes digestifs variés) et psychiques (reprenant les éléments du syndrome dépressif, anxiété, ...). Lien avec le travail, mais retentissement aussi sur la sphère privée. (74)

Le syndrome d'épuisement professionnel, plus connu sous le terme anglais de « burn-out » n'a pas de définition médicale consensuelle, même s'il est rentré dans le langage commun comme n'importe quelle autre pathologie. Il ne figure pas dans le DSM-V. Il est défini dans la Classification Internationale des Maladies, depuis sa dixième version, et a été modifiée dans la onzième. A nuancer toutefois, car il figure comme phénomène lié au travail et non pas comme maladie. Le chemin vers sa reconnaissance en tant que pathologie est loin d'être terminé. (75)

Le syndrome d'épuisement professionnel est dans un continuum, celui du stress en lien avec le travail. Au premier niveau, le stress aigu, sans conséquences, plutôt bénéfique pour mener une tâche à bien. Si ce stress se pérennise, il devient chronique et provoque un cortège de symptômes liés de près ou de loin au stress. Le burn-out est une complication ultime du stress chronique au travail.

Il est décrit dans la CIM-11 comme « syndrome conceptualisé résultant d'un stress chronique au travail, qui n'a pas été correctement géré, et caractérisé par 3 éléments : sentiment d'épuisement, de perte d'énergie ; retrait vis-à-vis du travail, sentiment de négativisme ou de cynisme liés au travail ; et perte d'efficacité professionnelle. ». (76)

IV. Pistes thérapeutiques

1. Thérapies médicamenteuses

Des molécules de la famille des neuroleptiques ou des benzodiazépines sont fréquemment présentées comme un traitement de choix dans les troubles du comportement, l'agitation, ou les cris, avec des résultats contrastés. (12)

Les effets indésirables, notamment des neuroleptiques, n'est pas anodin. Ainsi, au Royaume-Uni sur 180 000 patients déments, 1800 décès sont imputés aux antipsychotiques, leurs effets indésirables et autres conséquences. (41)

Le but essentiel de ces traitements médicamenteux est de réduire au moins la fréquence ou l'intensité des CVP, dans l'idéal de faire cesser totalement les cris. En situation de crise, la priorité est donnée au contrôle du symptôme.

D'après les recommandations de la HAS de 2009 sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateur dans la maladie d'Alzheimer, la place des traitements pharmacologiques pour traiter les cris n'est à envisager qu'en seconde intention. Il est

recommandé dans un premier temps de traiter une cause sous-jacente, et si non trouvée, de recourir à des thérapies non médicamenteuses. Ces dernières sont nombreuses et multimodales, suscitant un certain intérêt pour la gestion des cris notamment. (77)

2. Thérapies non médicamenteuses

a. *Animal*

La thérapie assistée par l'animal en EHPAD peut avoir un intérêt. Dans l'exemple clinique de Vaillant-Ciszewicz A-J et al. (78) une patiente de 101 ans, présentant une maladie d'Alzheimer et criant de façon itérative, est confrontée de façon régulière à un chien. Ce tiers neutre devient un médiateur dans la relation entre le soignant et le patient. Du statut de soignée, la patiente devient elle-même soignante, parlant au chien avec des phrases complètes et emprises de sentiments et terme réconfortants.

Le recours aux animaux en EHPAD mobilise la sphère émotionnelle du patient en passant par les sens : le regard, le toucher (douceur du pelage), l'odorat (l'odeur du cheval), l'ouïe (le ronronnement réconfortant du chat).

Limite aux thérapies assistées par l'animal : la notion d'allergie (poils de chat par exemple) ; le passif avec certaines espèces (agression par un chien, phobie). S'assurer du passé émotionnel : présenter un animal, très proche de celui qu'avait le résident peut faire ressurgir des souvenir douloureux.

b. *La méthode Snoezelen*

La méthode Snoezelen se base sur une stimulation multisensorielle. Elle peut se mettre en place dans une salle dédiée et spécialement aménagée, ou alors sous forme d'un chariot

permettant de le déplacer au chevet des patients les moins mobiles. C'est toute une ambiance calme et relaxante qui est mise en place : lumière tamisée, musique douce, diffusion d'odeurs agréables.

Dans le cadre d'un manque de stimulation, cette méthode non médicamenteuse du traitement de l'agitation peut améliorer les patients, les aidant à se relaxer en passant par la stimulation sensorielle. Dans l'étude de Allemang-Trivalle et al., l'utilisation du chariot auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé montre une bonne efficacité immédiate de la séance. L'efficacité au long terme semble toutefois moindre et n'a pas fait l'objet de cette étude. (79)

c. Le recours à la technologie

L'arrivée de certains robots comme Paro, qui prend l'aspect d'un bébé phoque, ont déjà été intégrés dans certains établissements accueillant des personnes âgées. La revue de la littérature de Wu et al. met en évidence le rôle rassurant de ces robots peluches sur des patients présentant des démences à des stades avancés. L'interaction avec ces robots favoriserait les interactions sociales et la communication, voire même améliorerait les capacités de langage. Il persiste un point éthique lié à l'attachement possible d'une personne humaine à un robot qui au final n'est qu'une machine. C'est tout de même une piste à considérer au vu de l'installation de la technologie dans les moindres recoins de notre quotidien. (80)

Malvy et al. fait un retour sur l'utilisation d'un programme de stimulation cognitive sur tablette tactile. Il en ressort des bénéfices sur le plan cognitif et des symptômes psycho-comportementaux, dans le cadre de séances régulières. (81)

d. L'aromathérapie

L'utilisation d'huiles essentielles aux vertus calmantes et apaisantes est citée dans les recommandations HAS de 2009 comme faisant partie de l'arsenal thérapeutique. A la fois pour ses qualités olfactives, mais aussi l'ambiance autour de l'application de ces essences : diffusion aérienne, application cutanée lors d'un massage. Les revues Cochrane successives sur le sujet sont cependant assez septiques sur les effets de l'aromathérapie, et ne semble pas donner de conclusion favorable. (77,82–84)

e. Synthèse sur les ressources non médicamenteuses

La plupart de ces stratégies non médicamenteuses, au vu de la littérature, semblent aller en faveur d'une amélioration des symptômes psycho-comportementaux, incluant les cris, mais toujours sous réserve d'études plus poussées ou plus fortes méthodologiquement. Un des points qui semble ressortir régulièrement est la notion de temps : ces techniques s'inscrivent dans la durée, pour constater une certaine efficacité. Ce qui peut être une faiblesse dans une situation de crise, par essence aiguë et demandant une réponse rapide.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

I. Problématique et genèse du projet

Le thème du cri avait été évoqué, brut, lors d'une réunion concernant un potentiel sujet de thèse. Le champ de recherche était donc libre et vaste. Le sujet s'est affiné par le travail bibliographique d'une part : plusieurs travaux sur le sens des comportements vocaux des patients déments avaient déjà été publiés, dont une thèse assez complète et exhaustive rédigée par A. Bourbonnais. (24)

Dans ces différents écrits, le vécu éprouvant des proches et aidants (aussi bien familiaux que professionnel) était décrit, mais sans entrer dans les détails.

D'autre part, le passage en service de gériatrie dans le cadre de l'internat de médecine générale m'a confronté à des situations de crise impliquant des patients présentant d'importants troubles du comportement. Des situations partagées ou vécues par d'autres collègues, avec qui l'évocation du sujet semblait soulever un intérêt certain, entre surprise et interrogation. Le souvenir amer de deux situations de soin impliquant des patients crieurs, avec mise en échec de l'équipe soignante a précisé les contours de l'étude.

Au vu de ces éléments, il semblait pertinent de s'intéresser au point de vue de soignants intervenant régulièrement auprès de sujets âgés déments, et présentant des comportements vocaux perturbateurs. Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) accueillant des patients tels que décrits ci-avant, paraissaient être le lieu idéal pour mener l'étude.

Objectif principal : évaluer le ressenti des soignants intervenant en UCC face aux comportements vocaux perturbateurs des patients déments.

Objectifs secondaires :

- faire un état des lieux de ce qui est considéré comme comportement perturbateur, lesquels sont les plus fréquents et ressentis comme les plus gênants.
- analyser la diversité des réactions des soignants face à des situations stressantes, impliquant des comportements vocaux perturbateurs.
- déterminer ce qui fait la force des UCC.
- aborder les pistes d'amélioration de la prise en charge des patients crieurs.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Le choix de l'étude qualitative se justifie par le caractère subjectif des données recueillies. Le but n'est pas de quantifier un comportement, mais de le décrire et le comprendre à partir de paroles brutes.

Il a donc fallu aller au contact des acteurs, dans leur environnement de travail, en UCC. Décrire ce qu'ils vivent et éprouvent au quotidien ou lors de situations précises, avec leurs mots, leurs façons de s'exprimer, sans intention de changer leurs habitudes de fonctionnement. Un simple questionnaire papier n'aurait pas été suffisant, le modèle de l'entretien personnel a donc été adopté pour cette étude. (85)

2. Population étudiée, lieux de l'étude.

Nous avons décidé d'interroger des personnels soignants intervenant en Unité Cognitivo-Comportementale. Il s'agit de services fermés accueillant essentiellement des patients présentant des troubles cognitifs et comportementaux, incompatibles avec un maintien dans un service gériatrique classique. (86)

Ces unités ont été ouvertes suite au plan Alzheimer de 2008-2012 et répondent à un cahier des charges bien précis : les patients déments mais valides y sont admis, dans le but de prendre en charge des troubles du comportement perturbateurs, considérés comme de véritables situations de crise. (87,88)

Les personnels soignants, médicaux ou para-médicaux, intervenant occasionnellement ou exclusivement en UCC ont pu participer librement. Les étudiants affectés en UCC et y ayant déjà passé plusieurs semaines ont également eu l'occasion de s'exprimer.

Les entretiens se sont déroulés sur trois centres de soins : à l'hôpital de la Robertsau, C.H.U. de Strasbourg ; au Centre pour Personnes Âgées (CPA) des hôpitaux civils de Colmar ; et au pôle de gériatrie du C.H. de Mulhouse. C'est donc une étude alsacienne.

3. Gestion des entretiens

J'ai directement mené les entretiens, en me déplaçant au sein des UCC. Sauf rares exceptions, les entretiens semi-dirigés ont été réalisés en individuel et en présentiel.

Le caractère individuel permet de s'affranchir d'une possible inhibition liée à la pression d'une réunion de groupe, ou d'un focus group. La discussion s'ouvre plus facilement,

et des remarques parfois plus personnelles peuvent être exprimées librement, sans jugement possible de la part d'autres participants.

Le caractère présentiel permet l'observation directe des participants. Tout élément de communication non-verbale, tels que la gestuelle ou l'attitude générale, peut être consigné et venir compléter les données verbales recueillies.

Un guide d'entretien a été spécialement rédigé pour l'occasion. Il est composé d'une première page d'introduction, lue à chaque participant avant le début de l'entretien [Annexe 7]. S'en suivent trois parties distinctes.

La première partie est à remplir par le soignant lui-même. Il y est indiqué la date et le lieu de l'entretien, ainsi que la profession, l'âge, le sexe, l'ancienneté en UCC, l'ancienneté en gériatrie, et l'ancienneté dans le soin. Ces éléments servent à la description et la caractérisation de l'échantillon. [Annexe 8]

La seconde partie traite des comportements perturbateurs de façon générale, sans orienter vers les comportements vocaux perturbateurs. Il y est inclus une liste de comportements perturbateurs dont peut s'aider le soignant pour déterminer lesquels sont fréquemment rencontrés, et lesquels sont considérés comme les plus gênants. [Annexe 9]

La troisième et principale partie est centrée sur les comportements vocaux perturbateurs à proprement parler. Les questions servent de fil conducteur dans la discussion, et ne sont pas un cadre rigide bridant la discussion. Elles sont construites de manière à apporter une réponse ouverte et argumentée, en évitant le plus possible d'être fermées. Le

questionnaire tel qu'il est présenté dans l'annexe s'est étoffé de nouvelles questions au fil des entretiens et des réponses récurrentes obtenues, s'intégrant dans la méthode de la théorisation ancrée. Les silences sont volontairement respectés, les relances parfois nécessaires utilisent des termes déjà employés pour interférer le moins possible avec la pensée du soignant interrogé. (85,89) [Annexe 10]

Les entretiens ont été enregistrés vocalement, à l'aide d'une application de type dictaphone sur smartphone. Chaque échange a par la suite été d'emblée anonymisé, mis en lien avec la fiche d'identification (partie 1 du questionnaire) et retranscrit mot à mot, sans omission, sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word ou Google docs). Les éléments descriptifs non verbaux y ont été incorporés.

4. Analyse des résultats – Théorisation ancrée

La méthode de la théorisation ancrée, décrite par Paillé en 1994 et proche de celle de Glaser et Strauss en 1967, a été adoptée pour l'étude : la revue de la littérature, le recueil des données, leur analyse et l'écriture se fait en parallèle et non de manière séparée. Chaque étape s'imbrique l'une à l'autre, apportant des éclairages nouveaux au fur et à mesure, évoluant en parallèle. La théorie n'est pas strictement issue des travaux de recherche bibliographiques initiaux et vérifiée au moyen de l'étude qui suit. C'est de l'ensemble du travail de recherche que sera tirée la ou les théories à explorer. Cette technique permet de guider la recherche sans la brider par des à priori apportés par l'enquêteur. Du contenu original, non anticipé et non prévisible est censé sortir de l'analyse. (85,90)

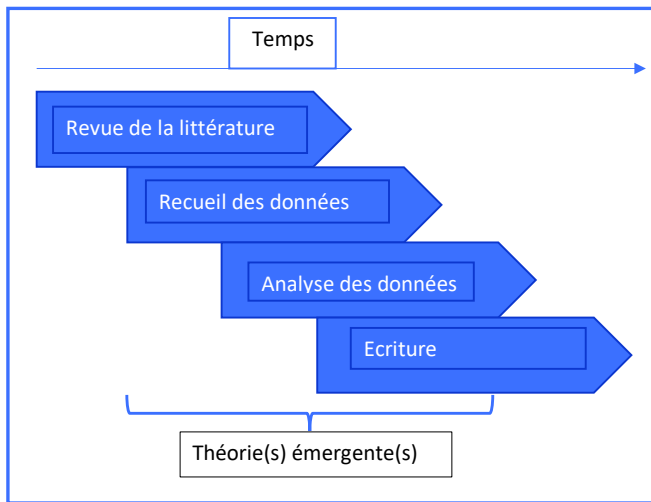


Figure 1 : Étude en parallèle

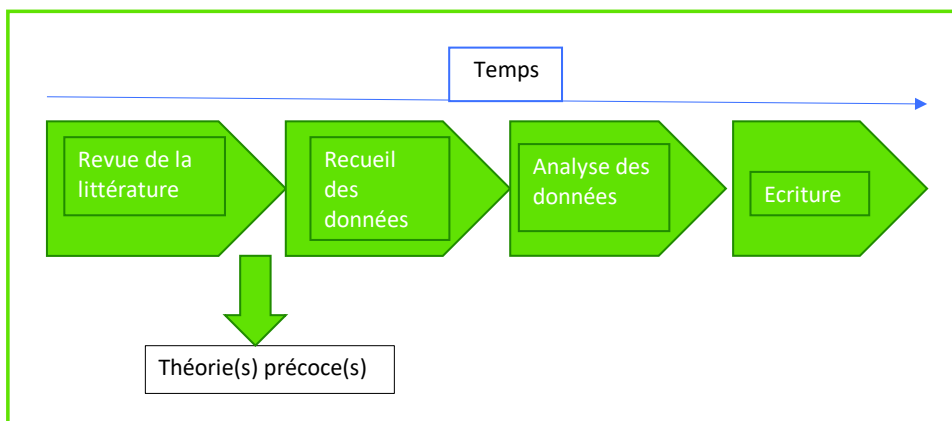


Figure 2 : Étude en séquentiel

Le matériau obtenu à partir des entretiens retranscrits est brut et hétérogène, le rendant difficilement exploitable tel quel. Il faut passer par l'étape de codage, pour pouvoir l'analyser.

Dans le cadre de la théorisation ancrée, le recueil des données est censé se faire en parallèle avec la revue de la littérature, et des micro-analyses des premiers entretiens sont indispensables pour affiner la problématique très large de base. Dans ce travail présent, une recherche bibliographique non négligeable avait déjà été faite au préalable, ce qui a permis de préciser le sujet de base et le centrer sur le ressenti des soignants.

L'étape de codage à proprement parler commence par un étiquetage du matériau brut aboutissant à la création de concepts. Ces derniers sont regroupés dans des catégories, qui s'articulent entre elles, et s'intègrent dans une problématique. De ces différentes analyses, surgissent des éléments nouveaux, alimentant la théorisation. Lorsque la construction théorique commence à devenir redondante, ou n'apporte pas de nouvel élément, c'est que la saturation des données est atteinte. Ce point marque en général la fin des entretiens. (91)

5. Éthique

Le chef de pôle, le chef de service et le cadre de santé de chaque UCC ont été consultés avant les sessions d'entretiens. La date de mon passage dans chaque service a été fixée avec le cadre du service, en fonction du nombre de soignants disponibles et des intervenants paramédicaux.

Préalablement à chaque entretien, j'informais les participants sur la thématique de la thèse, ainsi que sur le mode de recueil par enregistrement vocal / visioconférence à mon usage exclusif. Le consentement des soignants a été reçu oralement au décours de cette introduction. Leur droit quant au retrait de leur participation à n'importe quel moment du processus a également été évoqué.

III. Résultats

1. Présentation et analyse de l'échantillon

	Lieu	Age	Sexe	Profession	Ancienneté en UCC	Ancienneté en gériatrie	Ancienneté dans le soin
C	Colmar	52 ans	M	Infirmier	11 ans	15 ans	15 ans
CK	Colmar	61 ans	F	Kinésithérapeute	5 ans	8 ans	40 ans
CA	Colmar	49 ans	F	Aide-soignante	4 ans	4 ans	20 ans
CI	Strasbourg	38 ans	F	Aide-soignante	5 ans	16 ans	16 ans
L	Strasbourg	48 ans	F	Infirmière	11 ans	25 ans	26 ans
J	Strasbourg	23 ans	F	Aide-soignante	4 ans	4,5 ans	4,5 ans
V	Strasbourg	45 ans	F	Aide-soignante	8 ans	12 ans	12 ans
S	Strasbourg	52 ans	F	Aide-soignante	10 ans	17 ans	20 ans
CH	Strasbourg	56 ans	F	Infirmière	20 mois	11 ans	30 ans
JE	Strasbourg	25 ans	F	Neuropsychologue	6 mois	2 ans	2 ans
M	Colmar	48 ans	F	Aide-soignante	2 ans	2 ans	2 ans
CL	Colmar	31 ans	F	Médecin	3 mois	3 ans	10 ans
MA	Colmar	33 ans	F	Ergothérapeute	10 ans	11 ans	11 ans
CE	Colmar	25 ans	F	Neuropsychologue	6 mois	1,5 ans	1,5 ans
MJ	Mulhouse	55 ans	F	Aide-soignante	3 ans	15 ans	31 ans
P	Mulhouse	29 ans	F	Infirmière	2,5 ans	2,5 ans	7 ans
R	Mulhouse	55 ans	F	Aide-soignante	8 ans	37 ans	37 ans
MT	Mulhouse	21 ans	F	Étudiante infirmière	5 semaines	2 ans	3 ans
N	Mulhouse	56 ans	F	Infirmière	7 ans	25 ans	40 ans
LC	Mulhouse	22 ans	F	Étudiante infirmière	1 mois	1 ans	4 ans
VM	Mulhouse	55 ans	F	Infirmière	8 ans	20 ans	31 ans
D	Mulhouse	35 ans	F	Neuropsychologue	8 ans	11 ans	11 ans

Tableau 1 : caractéristiques générales des soignants interrogés.

Au total, 22 entretiens ont été menés entre le 18 juin 2021 et le 14 octobre 2021.

Un entretien a été réalisé en visioconférence via l'application ZOOM, en raison d'une indisponibilité au moment de mon passage en UCC et d'une forte volonté de participation du soignant. Le fait que l'échange passe par la caméra n'a pas altéré la qualité de l'échange.

Un entretien a été fait avec un binôme, suite à une matinée passée ensemble autour d'un atelier cuisine (activité proposée aux patients ce jour-là). La surveillance de la cuisson du gâteau préparé avant impliquait la sortie de la salle d'un des deux soignants à tour de rôle. Certaines questions ont donc été posées deux fois, assurant toutefois des réponses pouvant être considérées comme individuelles.

Un entretien s'est déroulé en présence de patients de l'UCC, dans un petit salon commun. Dans une ambiance calme (les patients étaient tous occupés), ce qui n'a pas nui à la qualité de l'entretien, hormis quelques interruptions de quelques secondes pour recadrer certains patients.

La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes. Le plus court a duré 9 minutes 43 secondes, et le plus long 34 minutes 43 secondes. Aucun entretien n'a été arrêté prématurément, et aucune perturbation dans l'organisation normale du service n'a été constatée.

L'échantillon est quasi exclusivement féminin (21 participantes sur un total de 22), et constitué principalement d'aides-soignants et d'infirmiers.

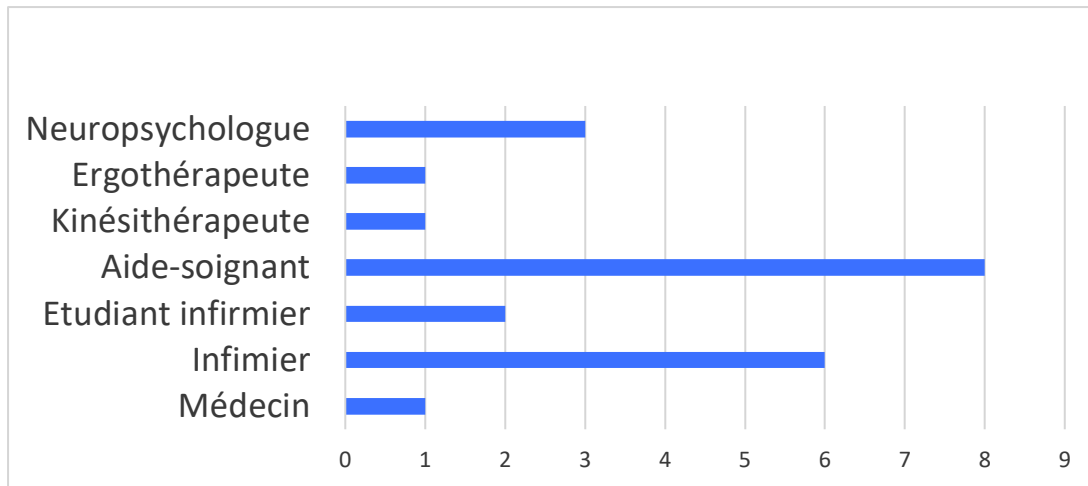


Figure 3 : Répartition des soignants

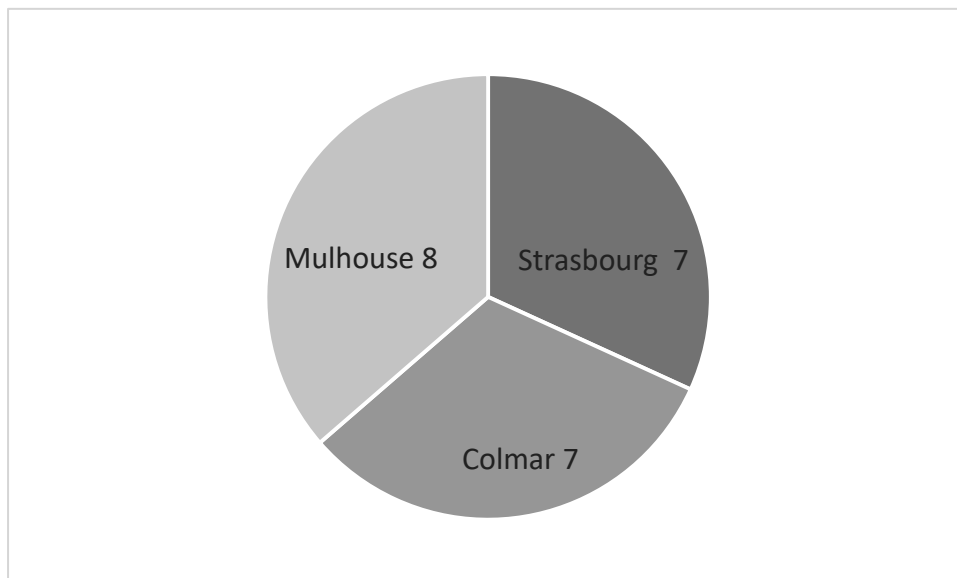


Figure 4 : Nombre d'entretiens par centre

Le nombre d'entretiens est bien équilibré entre les 3 centres. Il était initialement arbitrairement fixé entre 5 et 10 par centre. En réalité, aucune autre session d'entretiens n'était organisée lorsque la saturation des données était atteinte, c'est-à-dire lorsqu'aucun nouvel élément pertinent ne ressortait des entretiens.

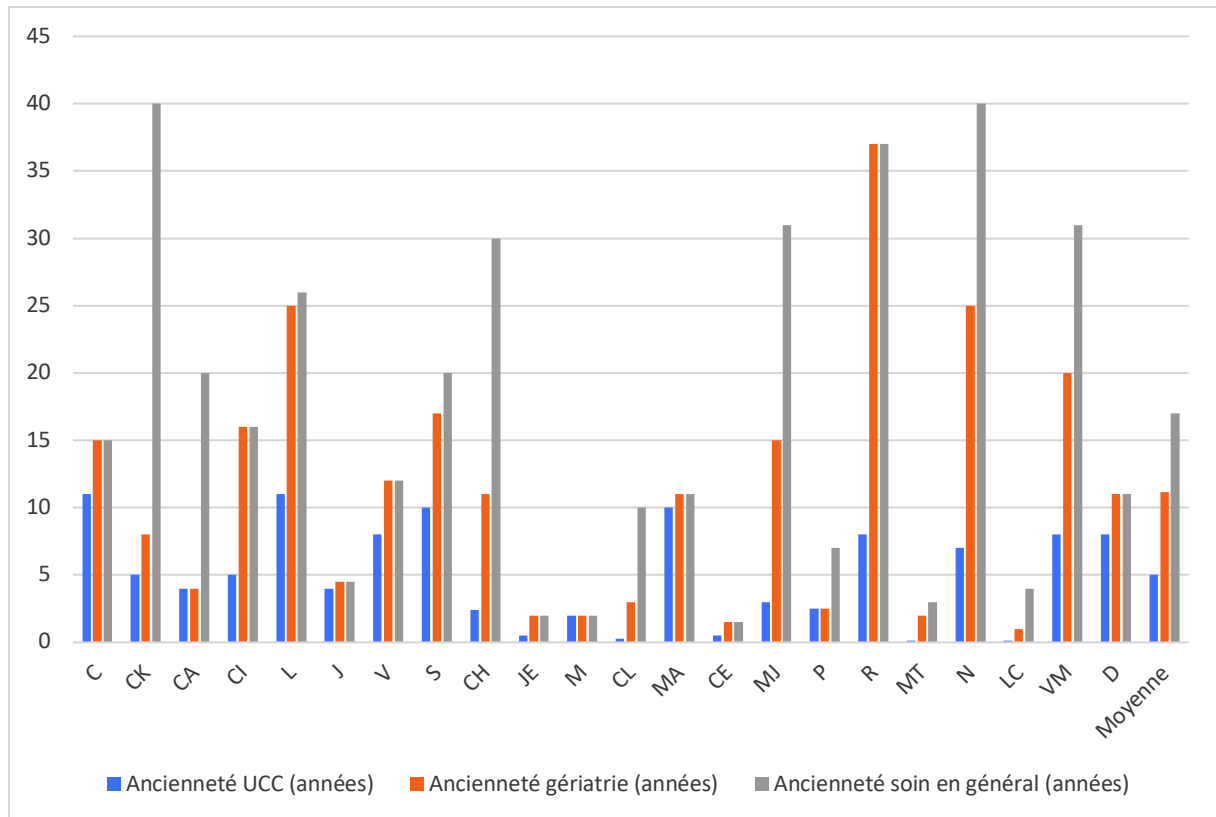
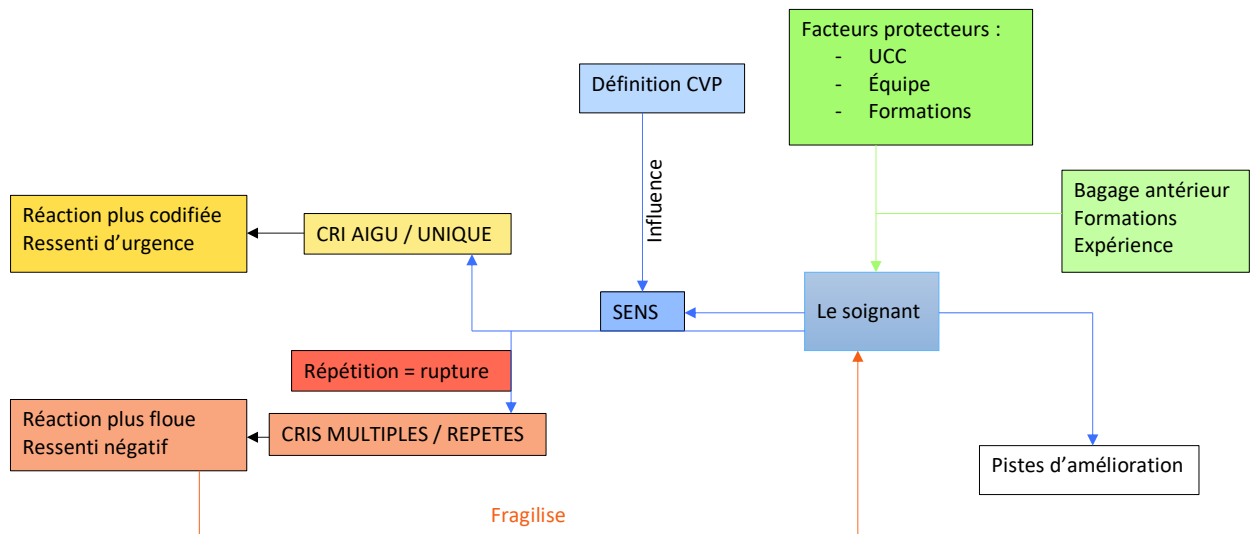


Figure 5 : Ancienneté des soignants

La moyenne d'âge des participants est de 41,5 ans, leur ancienneté moyenne dans le soin est de 17 ans, dont environ 11 ans en gériatrie, mais seulement 5 ans approximativement en UCC. En effet, les UCC de Strasbourg et de Colmar ayant officiellement ouvert leurs portes en 2010, l'ancienneté ne peut y excéder les 11 ans à ce jour. A Mulhouse, l'ouverture s'est faite en 2012. Dans chacun des trois centres, des soignants ont donc participé à l'ouverture du service et ont pu témoigner de son évolution.

2. Plan schématique de la catégorisation des données



3. Le point de vue des soignants sur les comportements perturbateurs

Concernant les comportements perturbateurs les plus fréquents, la déambulation arrive en tête (citée par 16 soignants), les répétitions en deuxième place (10 soignants), puis l'opposition (9 soignants), les cris (8 soignants) et les plaintes constantes (7 soignants).

Concernant les comportements perturbateurs considérés comme les plus gênants, les cris sont en tête (cités par 8 soignants), suivis par l'agressivité (6 soignants), et le fait de donner des coups et bousculer (5 soignants).

4. La définition des CVP

« Donc tout ce qui euh... qui crie, qui est hurlement, ou bruit répétitif, bizarre, chantonnements, ça peut aller jusqu'à l'agitation, ou des gens qui font des petits bruits »

Définition fourmillante de ce que sont les CVP, selon C mais traduisant le flou autour de ce terme de CVP.

a. *Les cris, principaux représentants des CVP*

La grande majorité des soignants interrogés cite **les cris**, comme manifestation principale des CVP. Voire même **s’y substitue**, comme pour MT : « [les CVP c’est] tout ce qui est cris ».

Parfois amalgamés et confondus avec d’autres manifestations faisant partie des CVP, S demande : « dans les cris vous mettez appel ? ».

Pour R, les cris sont **l’unique manifestation** des CVP : « C’est... je vois pas... Il y a que ça [les cris] pour moi, que je retrouve ».

b. *Une notion d’intensité*

N décrit les CVP comme « manifestation verbale très élevée, parfois avec des demandes pressantes ». Une définition rendant compte du haut volume sonore.

Les **hurlements, insultes** voire les **imitations** (hurlements de loup) sont parfois cités comme CVP.

A l’inverse, des « petits » sons, tels des **murmures** ou des **chuchotements** font leur place dans la définition des CVP, avec une charge perturbatrice non négligeable, comme décrit par CI : « la dame, quand elle va parler aux autres patients et leur dit : ``fait pas ce qu’ils te demandent`` (imitant une voix de sorcière), c’est perturbateur bien que ce soit pas fort... ».

c. *Les bruits et autres manifestations sonores*

Après quelques instants de réflexion le plus souvent, certains soignants évoquent des sons qui ne sont pas forcément produits par la voix, mais toutefois intégrés à la définition de CVP.

CA se souvient : « c'est vrai qu'on a eu des **grincements de dents** ». Ou encore VM qui évoque « des trucs **avec les dents, ou avec la langue** ».

M assez synthétique : « les **pleurs**, les cris, [...] les **chouinements**, les grincements ».

Et d'autres cas sporadiques de cliquetis, murmures, bruits de bouche.

d. *La répétition : point chaud des CVP*

La répétition et les motifs récurrents sont un des éléments clé de définition.

Le champ lexical musical permet des comparaisons avec les CVP. « Elle **répète** comme un disque rayé », dit MJ au sujet d'une patiente. Ou « elle va nous poser la question **en boucle**, toute la journée » rapporte MT.

P, d'une voix lasse « Quelqu'un qui va **répéter les mêmes choses**. Mais constamment ! ».

Ces « mêmes choses » pouvant être des **onomatopées, des vocalises ou des appels** comme le décrit S : « Quelqu'un appelait maman toute la journée ! "Ah !! Maman ! Maman !" ».

« Les **persévérances verbales**, ça les rend tarés. Ou ça nous rend tarés. » déclare D, introduisant la notion de perturbation sur les soignants et les autres patients.

Tandis que MA et CE s'accordent sur le terme **stéréotypies**, la **logorrhée** est aussi fréquemment évoquée, source là aussi de perturbation.

e. Le caractère perturbateur

« Une personne qui crie, c'est peut-être ça qui peut être très très **gênant et usant**, en soignant une personne qui crie » répond MC à cette question de définition.

La perturbation générée affecte aussi bien le soignant que les autres patients présents dans le service. C'est une notion qui ressort lors des entretiens.

« Et qui sont d'autant plus perturbateurs [les cris] je trouve quand ils sont en institution. Parce que souvent ça génère aussi des troubles du comportement **chez les autres** [patients] » décrit CL.

« (...) des cris (...) c'est vrai que face à ça, on peut être **surpris**. Qu'est-ce qu'il se passe ? » LC évoque sa surprise, modifiant le cours normal des soins.

La composante perturbatrice révèle déjà partiellement le ressenti des soignants, point qui sera abordé plus loin.

f. La notion de rupture de lien

La composante perturbatrice des CVP est attribuée par certains soignants à l'altération voire la rupture de la communication avec le patient dément. Pour MJ, un CVP c'est « Quand on **n'arrive pas à rentrer en communication** avec la personne (...) Parce qu'elle capte pas ce que vous lui expliquez. Elle est dans son monde la personne. ». CH estime que les patients crieurs « se mettent à crier parce qu'ils **ne comprennent rien** », rejoignant le point de vue de C « Quelqu'un qui... n'écoute... Qui est dans **l'incapacité d'écouter** ce que je lui dis. Dans l'incapacité d'écouter une réponse ». Ces trois versions mettent la difficulté seule dans le camp du patient troublé.

La vision de CK est assez singulière mais pertinente : « La personne s'exprime avec les moyens qu'elle a encore (...) c'est évident qu'elle a quelque chose à nous dire et c'est nous qui sommes couillons devant et **pas capables d'entendre quel est son cri** ».

V trouve que « Ce qui perturbe vraiment, c'est une personne qui **crie sans raison apparente** ». Ces derniers points de vue font le lien avec le sens donné à ces CVP. C'est au soignant d'interpréter les cris d'un patient, de leur attribuer un sens ou non et d'y répondre le cas échéant.

5. Le sens des cris, d'après les soignants

a. *Deux visions différentes*

Sur les 22 soignants interrogés, deux groupes se distinguent. Une majorité de 13 professionnels de santé attribue à chaque CVP de façon systématique un sens et une interprétation. Pour CH c'est même « une évidence absolue ! ». Selon MA, « **on ne crie pas par hasard** ».

La minorité des huit autres soignants tient des propos plus mesurés. Ainsi, N. déclare au sujet des sens des cris : « Je l'ai cru en venant ici et... je le croyais assez longtemps. Et maintenant je nuancerais après des années de pratique ». Même approche pour CI, chez qui l'expérience semble tenir une part importante dans la compréhension des cris : « A force d'apprendre à connaître ton patient (...) Il y a pas toujours de sens. **Parfois il y en a pas.** »

b. *Moyen d'expression, moyen d'exister*

Une des principales interprétations données aux cris est celle d'une voie d'expression dégradée par la maladie, dont le sens propre n'est autre que la volonté de communiquer.

« Elle veut s'exprimer, mais **elle sait plus s'exprimer** » rapporte L. au sujet d'un patient crieur. L'exécutant – le patient – de par son trouble n'arrive pas à exprimer autrement sa demande que par des cris. Point de vue similaire pour V, « Il y a les cris de rage aussi quand on est devant une personne qui essaie de s'exprimer mais qui **n'arrive pas à verbaliser** ».

Ces comportements vocaux seraient aussi pour certains patients un moyen de « **décharger nerveusement** » d'après CI, un moyen de relâcher une certaine tension. Ou alors, un moyen de se réapproprier son corps, de se sentir vivant suggère V « Il y a des gens qui crient, mais pour nous c'est des vocalises, **c'est pour se sentir**, ils sentent de nouveau leur corps un petit peu ».

c. *Sentiments*

« Est-ce que c'est un cri d'incompréhension, d'énervement, de colère ? » se demande JE, introduisant la notion d'un ressenti plutôt négatif du patient.

P, reste plus neutre, pour elle « un cri **c'est une émotion**. C'est son émotion à lui [au patient] qu'il exprime de la façon dont il peut l'exprimer ».

CI est la seule soignante à évoquer la possibilité que des cris « Ça peut être **un plaisir** aussi ! », des sentiments positifs.

Dans l'ensemble, les soignants évoquent aisément des impressions négatives poussant le patient à crier. Le vrai ressenti est rarement évident, tenant au fait que le canal employé

pour exprimer ses affects est toujours soumis à l'appréciation de celui qui perçoit le cri. MJ résume « Ils ont **du mal à communiquer leur ressenti** », laissant supposer que le patient lui-même est incertain dans ses sentiments.

d. Cause physique

Un **inconfort physique** ou une **douleur** sont très souvent évoqués par les soignants. L'inconfort lié aux besoins physiologiques, touchant essentiellement les besoins primaires est un des premiers sens donnés. S résume bien ce point de vue : « Ça peut être la faim derrière, un **besoin pressant** (...) besoin d'aller se soulager ». CL, dans la même veine : « Des fois c'est aussi bête **que faim et soif** »

L'inconfort d'une situation, comme le rapporte MT au sujet d'une patiente contentionnée au fauteuil : « Quand elle crie c'est qu'elle veut juste être détachée ». Ou encore une situation de soin, comme J constatant des cris chez une patiente « au moment de la toilette ».

e. Cause psychique

« **Soit une peur, soit une angoisse, soit une hallucination** » c'est par ce qui pourrait être une devise que M suggère l'origine psychique des cris. De l'avis de CL, « Principalement c'est les anxieux qui crient », point de vue partagé par R : « le premier truc qui me vient c'est de l'angoisse ».

La source de l'angoisse est peu évoquée par les soignants, hormis les hallucinations :

« Quels sont les bruits qu'elle entend, ce qu'elle voit qui n'est pas perceptible par nous-même » suggère CE, faisant écho aux **hallucinations auditives**. Pour LC, « des fois des **hallucinations visuelles** qui font que ça leur fait peur ».

f. La maladie dévoreuse de sens

S. explique que les cris pour certains patients « c'est **dans leur maladie** ». Point de vue partagé par VM : « Les déments **ils crient et ils savent pas** (...) comme c'est la maladie, c'est comme ça ». L'avis de ces deux soignants donne l'impression que la maladie, la démence, vide le sens des CVP. Ces derniers ne sont qu'une manifestation clinique de la sévérité des troubles cognitifs, et ne véhiculent pas systématiquement un message.

Cette hypothèse que la maladie explique à elle seule certains CVP est essentiellement retrouvée chez les soignants n'attribuant pas un sens systématique.

g. Un appel

Selon MA, un patient peut crier « Pour te dire que **je suis en détresse** et qu'il faut que tu m'aides ». Même impression, encore sous forme d'interrogation pour JE : « Est-ce que c'est un **appel à l'aide** ? ».

D reste sceptique : « Est-ce que c'est une vraie demande ? Compréhensible ou non. ».

6. La gestion systématique des cris inhabituels / aigus

CH synthétise la réaction des soignants exposés à un cri aigu – dans le sens inhabituel du terme – : « Je vais déjà **observer ce qu'il s'est passé** au cours de la journée. Et puis je vais déjà aussi commencer à faire un **examen clinique** pour voir s'il y a une souffrance quelque

part, donc je vais lui prendre les constantes, je vais chercher à savoir s'il a mal, je vais **l'interroger**, parce que ça peut être une **douleur physique**. Et sinon, je vais chercher à savoir **s'il a eu de la visite**, qu'est-ce qu'il a pu se passer »

a. Impression d'urgence

M déclare sobrement « **on s'alerte** », à propos d'un cri inhabituel. MC « sent l'obligation **d'agir assez rapidement**. ». Elle continue « Si c'est un premier cri, il y a un sentiment d'alerte, vérifier que la personne soit en sécurité ». Un sentiment d'alarme est ressenti chez la plupart des soignants, avec des réactions assez similaires semblant bien codifiées selon les différents pôles visités.

b. Répondre à l'appel

- Voir et parler

Un des premiers réflexes des soignants – et ce de façon assez unanime – est de se rendre auprès du patient et d'initier la discussion « Déjà **je vais le voir**, lui poser la question pourquoi est-ce qu'il crie (...) et déjà je l'observe » déclare VM. JE vient « vers lui, et discute avec lui pour comprendre ce qu'il s'est passé », tout comme LC : « je vais essayer vraiment **de discuter, de dialoguer** avec la personne et essayer de **comprendre**, qu'est-ce qu'il se passe d'un coup ».

- Communiquer et rassurer

CE cherche à « comprendre le canal par lequel on peut passer pour **entrer en contact** », pour « essayer de discuter » et déjà une première réaction : « essayer de **rassurer** ». Donc trouver

le bon moyen de s'adresser au patient est un impératif, tout comme la réassurance. CA va « surtout essayer de rassurer ».

- Le toucher

Un contact physique peut aussi s'instaurer pour initier le contact à l'image de ce que décrit CK : « je suis au bord du lit, je suis même plus basse qu'eux. **Je prends, je mets la main** sur les genoux et je demande ce qu'il se passe. »

- c. *La recherche impérative d'une cause*

- Toujours un sens

La majorité des soignants s'accorde sur le fait qu'un cri aigu a toujours une signification, « s'il crie c'est qu'il y a eu quelque chose » affirme MT. « Essayer de **rechercher une cause** » est primordial pour VM, comme pour S : « Je vais chercher la cause ».

- Environnement perturbateur

Il faut selon V « analyser la situation, est-ce qu'il était **avec une autre personne**, un autre patient ? ». L'environnement et les interactions avec les autres personnes présentes constituent un ensemble primordial pour de nombreux soignants. « Il crie parce qu'il y a un autre patient autour de lui (...) des cris parce que **quelqu'un dérange**, donc c'est plutôt... Des disputes entre eux » explique J. M rapporte que ces cris aigus sont « généralement dus à quelque chose d'extérieur. Soit que la personne a été peut-être bousculée par quelqu'un, ou a eu peur de quelque chose, qui s'est effrayée de quelque chose. Ou alors une douleur vraiment vive »

- Causes physiques

Là aussi, les avis se rejoignent et une cause physique est recherchée en priorité. CL pense systématiquement à 4 points : « **douleur, constipation, infection, déshydratation** » et conclue « je chercherai plus quelque chose de **somatique**... enfin d'aigu ». Idem pour S : « déjà, je vais commencer par chercher une **cause physique** ». R résume bien « ça [la douleur] c'est le premier truc qui me vient à l'esprit. C'est qu'ils doivent avoir mal. Mal, pas forcément physique. »

- Causes psychiques

Les causes psychiques qui étaient souvent évoquées par les soignants dans un cadre plus général sont en revanche peu citées et recherchées dans ce cadre précis. R, citée juste avant, et CE font partie des rares soignants à rechercher des « manifestations de l'angoisse, de l'anxiété ».

d. Prémices d'une rupture

N avance au sujet des cris aigus : « on y accorde tout de suite plus d'importance, puisqu'on peut se dire que là, **il y a quand même un sens** ». LC continue « c'est sûr que **ça va plus m'alerter**, qu'une personne où on a "plus l'habitude", enfin, où c'est plus fréquent [de crier] ». « Il faut qu'on trouve la **cause réelle**, rapidement » déclare M en insistant sur le terme « réel ».

Ces trois points de vue laissent entendre que des cris habituels ou récurrents n'ont pas toujours de cause véritable, et la réaction du soignant n'impliquera pas le même degré d'urgence.

7. La répétition des CVP : point de rupture

a. *Des cris différents ?*

Sur l'ensemble des soignants interrogés, seul un reconnaît ouvertement gérer différemment les cris répétitifs, là où trois d'entre eux affirment ne faire aucune différence de traitement par rapport à un cri unique ou aigu. Or, au fil des entretiens, il apparaît une franche rupture dans la gestion des CVP multiples et répétés. P suggère qu'« ils ont pas les même cris », en parlant des crieurs « connus ». Pour M « si c'est un crieur habituel, c'est son mode de communication aussi (...) ça veut dire qu'il a besoin de quelque chose », rejoignant ainsi l'hypothèse émise plus tôt qu'il **existe plusieurs sortes de cris**.

b. *L'instinct maternel*

Pour quatre soignantes, les cris répétitifs sont comparés à ceux d'enfants en bas âge, éveillant un **instinct maternel**. CI pense « je vais réagir comme la maman qui a son bébé qui pleure ». L conditionne selon les patients, et nuance : « il y en a d'autres [des patients] qui nous suscitent plus un côté maternel... Comment dire, un peu plus bébé. ». Peut-être en lien avec certains appels comme le suppose S « quelqu'un appelait "maman !" toute la journée. ».

c. *Une gradation de sentiments négatifs*

Le sentiment d'alerte et d'urgence ressenti de façon quasi unanime face aux CVP inhabituels ou aigus laisse place à une sorte de marche négative des affects devant un patient crieur récurrent.

- **Tristesse**

Pour VM « Il y a de la tristesse » avant toute chose. CH ressent « de **la peine** de voir de la souffrance ». Cet affect charrie une charge négative indéniable, mais ouvre la voie de l'empathie.

- **Empathie**

CI est « beaucoup dans la **compassion**, parfois même trop ». La capacité à se mettre à la place de l'autre est une qualité indispensable pour être soignant, comme l'affirme CH qui a « **beaucoup d'empathie** » et pour qui « avoir (...) de **l'affection envers le patient** » est indispensable. Ce ressenti se nourrit aussi de l'expérience, c'est ce que laisse croire S : « avec le recul on commence quand même à avoir la compassion (...) on connaît le patient et on se dit, la personne elle est en souffrance ». D « a cette **empathie de la souffrance** » et précise bien « du patient d'abord et ensuite des collègues », faisant écho au caractère perturbateur des cris.

- **Malaise**

« C'est sûr que personnellement ça me met **pas très bien** » déclare en premier lieu LC, continuant « c'est sûr que ça va me travailler ». MA « peu[t] **mal le vivre** parfois » restant toutefois assez floue sur le « mal » ressenti. Un certain inconfort teinte ces premiers retours comme le souligne MT : « **j'ai pas la bonne conscience** de la laisser crier. » ou encore J qui exprime sa difficulté « c'est pas évident, ça c'est sûr. » et MJ qui a « mal pour eux ».

- Inconfort physique

« Ça commence à faire **mal à la tête**, à faire **mal aux oreilles** » signale CE, introduisant des signes physiques partagés par MA « quand c'est plusieurs heures, j'avoue que ça peut être prenant et que ça peut à un moment donné me donner mal à la tête ». S s'amuse d'avoir « la tête en double » (avec la gestuelle qui va avec) en sortant parfois du service.

- Agacement

« Ce qui m'agace vraiment le plus, c'est quand c'est stéréotypé. » avoue CL, qui ajoute avec un rire gêné, « **Agacement...c'est un peu horrible !** ». Même ressenti pour MT, pour qui les cris « c'est surtout agaçant », et L dans la même veine « des fois **on en a marre.** ».

- Agression

L'impression assez forte d'être **agressé** par des cris n'est pas souvent évoquée. L en fait part : « on se sent assez impuissant, et agressés en même temps. (...) ça vous agresse, et on se dit les autres patients ils sont agressés aussi, eux 24h/24 ». CH ressent cette agressivité sous une forme, de l'ordre de l'intensité « déjà je ressens tout (...) je ressens tout très fort, très intensément. ».

- Atteinte des limites / Saturation

VM « **sature** » au bout d'un moment, de même pour JE qui « se sent vite **dépassé** (...) vite démuné face à un patient qui crie ». Cette notion de dépassement des capacités dans la durée ouvre la voie à l'épuisement et la fatigue. M le dépeint très bien : « C'est vrai que des fois c'est toute la journée, et qu'il y a un moment donné où c'est fatigant »

- Épuisement psychologique

« Ça **nous rend tarés** ! » déclare D, sur le même registre que CI « Au bout de 3 jours "gnagnagna", toi-même t'es "gnagnagna" ! », témoignant du caractère perturbateur de tels comportements et de l'amalgame (mais dans les deux cas avec note d'humour) entre démence et folie.

J insiste bien sur le fait que l'UCC « est un service qui est pas lourd physiquement, mais psychologiquement c'est super lourd. ». Propos que rejoint V : « **psychologiquement c'est usant** ». La charge mentale est élevée et le rôle du soignant est vu comme un fardeau, ou « comme un **sacerdoce** » selon S.

- Fatigue

Le sentiment majoritaire est la fatigue, cité par près de dix soignants. De l'avis de CK, face à des cris récurrents « Il y a une **lassitude**. Forcément. La patience diminue. » V précise bien que « ce qui est **fatigant c'est les répétitions** ». VM insiste « fatigant et usant ». Le message est donc assez clair.

- Rejet

Rejoignant à la fois le ressenti et la réaction, **la fuite** face au patient crieur est « une forme de salut » estime CK. « Des fois on a qu'une seule hâte, c'est de sortir de la pièce ! » déclare L.

- Colère honteuse

CI admet « qu'au bout d'un moment, il y a de l'**exaspération** », sur un ton dépité. A l'image de ces mots, la colère est peu citée directement, mais évoquée régulièrement, souvent détournée de l'objet initial. Ainsi, il arrive parfois à L « d'être **fâchée** contre les médecins ». J

confesse « il faut le dire des fois, il y a les familles qui sont (- bref instant d'hésitation, et regard franc droit dans les yeux-) qui nous épuisent »

C'est par les intonations, les rires parfois gênés et les regards appuyés que la colère est évoquée, mais avec un sentiment de honte difficilement exprimé à l'idée d'en vouloir à un patient en souffrance.

- Impuissance

« Elle me balance dans la gueule **ma totale impuissance** à faire quelque chose » déclare sans filtre CK. Quand les cris se répètent et que leur cause n'est pas identifiée plusieurs soignants ressentent également cette impuissance.

Pour VM, « quand on trouve pas la raison, on tient pas (...) on est **démunis**. », avis partagé par C « On est très très démunis, et pas forcément de bonne réponse... adaptée à donner ».

Cette impression d'être **désarmé** déstabilise le soignant. D'ailleurs, le fait de voir un autre membre de l'équipe souffrir de la situation est tout aussi perturbateur, comme le décrit N au sujet d'un patient crieur précis : « je sens le médecin vraiment démuni. (...) Ce qui d'ailleurs **insécurise l'équipe**, puisque des fois le médecin ne venait même plus trop dans le service pour faire son travail de bureau, parce que c'était très gênant »

- Échec

De cette impuissance découle un **sentiment d'échec** : « On n'arrive pas à trouver une solution » déplore JE, rejointe par CK, qui se trouve « face à **ses incapacités** à résoudre son problème ». Cette déception impacte fortement les soignants, comme J estimant que « **c'est horrible** » de ne pas trouver de réponse appropriée. « On ne voit pas de solution, on n'a **pas l'impression d'avancer** » déplore L.

- Frustration

« Quand on sait pas comment soulager c'est **frustrant** » assure V. « Il y a un moment, je vais ressentir de la frustration, je l'admets, parce que je suis soignante et que je n'arrive pas à soulager le pourquoi il crie » ajoute CI. Ces deux récits traduisent **l'insatisfaction** profonde ressentie par la mise en échec.

- Résignation

En dernière instance, vient une forme d'**acceptation**. « Souvent on l'accepte et on tombe dans la **résilience**. On se résigne en fait à entendre cette personne crier. » déclare C. La lutte contre ces CVP n'est plus ressentie comme nécessaire, voire minimisée, c'est ainsi que le décrit CI : « on fait avec [les cris], on essaie de faire au mieux (...) c'est **pas grave**. »

d. Mise en abyme

- Projection sur soi

« Ça projette aussi sur ma vie à moi. Bien sûr. **Que je ne termine jamais comme ça ...** Han ! (...) J'ai trois garçons, pitié que je ne leur **inflige** jamais ça quoi ! » s'exclame CK à quelques années de la retraite, évoquant son angoisse à l'idée de prendre un jour la place de ceux qu'elle soigne. MJ précise : « Moi j'ai 55 ans, je me mets à leur place aussi hein. (...) Je voudrais pas être comme ça ». Là encore, une forme de rejet s'inscrit et rejoint les affects précisés juste avant.

Même les soignants plus jeunes y pensent, comme J qui du haut de ses 23 ans déclare : « (...) je me dis si plus tard ça m'arrive, et je peux pas m'exprimer, pas exprimer ma peur... **ça fait peur**. »

- Projection sur la famille

« Moi actuellement la vision que j'ai c'est plus mes proches (...) **Oh purée, si c'était mes proches.** » imagine LC, avec à nouveau ce sentiment d'angoisse. J pense « que c'est plutôt **pour mes grands-parents** que je pense à ça, pour eux ». Ces projections sur la famille proche, grands-parents et parents concerne essentiellement les plus jeunes soignants interrogés, même lorsque l'expérience en gériatrie est de courte durée.

- 8. Une prise en charge particulière

- a. *Le soignant déstabilisé*

« Mais si c'est répétitif et tous les jours, ... ben... C'est... ça va être ...» hésite LC en jouant nerveusement avec ses mains. Les mots et le langage corporel de LC reflètent son inconfort face à des cris répétés, inconfort qui est partagé par les autres soignants interrogés.

- Ambivalence

Pour CL, il faut « toujours, **être systématique** sur **rechercher la cause** », puis quelques instants plus tard, elle admet aussi « être **moins systématique** ». Ces propos paradoxaux traduisent bien la volonté idéalisée de CL qui se confronte au réel et à l'usure.

- Quête de sens et anticipation

« Où est-ce qu'il faut qu'on aille chercher, qu'est-ce qu'on peut faire ? » se demande D. Malgré l'ambivalence et le doute, la notion de sens reste un pivot central pour nombre de soignants, même si elle est moins systématique que lors de cris aigus / inhabituels.

C reste optimiste et réaliste : « dans beaucoup de situations on trouve **quand même une solution** pour pouvoir calmer les cris, pour qu'ils ne soient pas quotidiens et tout le temps. (...) »

Si des fois on arrive à espacer les cris, c'est déjà pas mal. » ; il introduit également la notion d'**anticipation** : « **Comprendre pourquoi** elle crie. (...) Qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter qu'elle crie ».

- Le piège de l'habituatation

« On va **moins s'en inquiéter**, mais c'est sûr que ça va toujours nous interpeller quand même » se rassure LC. N continue : « on a toujours **peur de tomber dans ce piège** quand le cri est **habituel**, on y prête moins attention ».

Cette notion d'habituatation suscite une certaine gêne auprès des soignants interrogés, signant là le conflit interne et l'ambivalence. JE l'exprime très bien : « **On a l'habitude**, on sait que... il s'exprime que par des cris. Donc forcément on va **moins y prêter attention**. Enfin, on va y prêter attention de toutes façons, mais ce sera moins systématique. (...) **Ce qui est une erreur**, on est bien d'accord ». JE reconnaît là que l'ignorance est une solution facile mais risquée.

A l'inverse, MT justifie le fait d'ignorer un patient crieur comme une prise en charge adaptée « si on est tout le temps, là, à lui demander, ben en fait on lui accorde tellement d'importance qu'au bout d'un moment... Enfin elle [la personne crieuse] pense que... enfin elle continue à venir en fait. (...) Alors qu'au bout d'un moment, si on ignore un petit peu, **elle va se calmer, elle va faire autre chose**, et après elle reviendra quand elle y repensera de nouveau »

- Masque d'humour

« **On va essayer** ! De pas faire de différence avec une personne qui crie pas, mais ça nous agresse quand même » assure L en insistant sur le terme « essayer », ponctué d'un rire bref. CI, dans une posture bien droite, me regardant droit dans les yeux, les mains jointes en losange à la manière de la chancelière Angela Merkel, affirme d'une voix ferme qu'elle gère les cris

répétés « en grande professionnelle forcément. **Toujours dotée d'une patience infinie.** », terminant sa phrase dans un rire franc détendant le haut de son corps. C'est par cette belle représentation ironique que CI manifeste son ambivalence.

- Contrôle de soi et remobilisation

CA « reste plutôt **calme** », tout comme CH pour qui « le contraire serait très délétère ». Ce calme prôné par les soignants semble assez facile à adopter pour certains, mais pour la plupart, il demande un effort, comme M qui « arrive à (se) raisonner pour l'accepter [le cri récurrent] » ou CE : « Voilà, **faut prendre sur soi**, c'est pas grave et rien laisser transparaître. (...) On va être dans cet **aspect de contrôle** ».

Cet exercice ne semble pas évident, et demande certaines ressources à la fois personnelles et d'organisation. N illustre ces propos : « je **me remobilise** dans ma journée, en me disant hop maintenant je vais le revoir, prendre le temps et aller calmement lui demander »

CI a trouvé les justes mots, synthétisant la position du soignant : « on est **humain** quoi, on **prend sur nous**, on fait avec, on essaie de **faire au mieux** ».

b. L'importance absolue du relationnel

- **S'adapter**

« On essaie de s'adapter à chaque fois » affirme CA, et MT précise qu'« en fait c'est vraiment une **prise en charge individuelle** à chaque fois. ». La personnalisation du soin fait vraiment l'unanimité auprès des soignants, c'est un véritable projet.

- Vers l'apaisement de la présence

Déjà abordé plus haut, cette notion d'apaiser et de rassurer le patient crieur est un objectif principal pour l'ensemble des soignants prenant en charge des patients crieurs. « Il faut **l'accompagnement** » selon R, qui continue : « ils se rendent compte que les échanges sont difficiles avec les autres, et le fait de les emmener, **de les laisser parler** leur jargon, et moi de **les écouter**, ça leur suffit quelques fois. (...) Pour **les apaiser**. ». Dans le même esprit, N note qu'« **une présence** peut... Même sans parler, peut suffire à calmer », point de vue partagé par CL qui « pense que c'est de les laisser **le moins seul possible** ».

CI s'appuie sur le contact visuel : « T'arrives encore à capter l'attention ne serait-ce que **par le regard. Tu vois**, ne serait-ce que d'avoir cet échange non verbal ».

Les mots de CL : « parfois juste de la présence » sont partagés par l'ensemble des soignants.

- La parole

CA invite le patient à parler : « allez venez **on va en discuter**, on va dans votre chambre ». Pour MT, le simple « fait de parler » fait que le patient arrête de crier après.

Simple et efficace, parler peut se faire à tout moment, comme CH qui va « continuer à lui parler tout le temps, **pendant le soin**, même si on pense que la démence fait qu'elle comprend pas ». CI aussi, va jusqu'à faire des soins en « **chuchotant dans l'oreille** tout du long », amenant ainsi à l'apaisement lorsque les cris sont liés à une toilette par exemple.

Dans ces deux derniers cas, la parole du soignant semble occuper le patient qui bénéficie d'un soin, laissant moins de place pour les cris.

- Contact physique

Ce contact direct est moins évoqué par les soignants, et surtout, il a été mis à mal par l'épidémie de COVID19, comme l'explique CI qui est « de nature tactile. (...) Le COVID c'est le pire truc qui nous soit arrivé (...) donc voilà, j'essaie d'être là, de tenir, pas de faire du peau à peau, mais **d'englober la personne** pour le soin ». CL est « assez partisane de tout ce qui est **toucher**, massages, pour les crieurs. », tout comme CH qui va « essayer d'avoir un contact avec les mains, à travers d'un **massage**, aux huiles essentielles, ou sans huile, mais avoir un contact, et de l'affection envers le patient ».

Ces quatre points cités semblent si évidents et simples. Ce sont des éléments d'une relation humaine affective, qui s'inscrit dans la relation de soin.

- c. *La place de l'environnement*

Les soignants semblent dans l'ensemble sensibilisés au rôle que peut jouer l'environnement dans l'apparition de cris.

- Les sources de stimulation

LC va rechercher « des choses où il y a pas trop de lumières flash, des choses qui pourraient un peu **agresser visuellement** », donc des éléments de sur-stimulation, qui peuvent parfois pousser à isoler certains patients. Ainsi, CA les « laisse **un peu au calme** », CI les emmène en chambre « parce qu'autour il y a **trop de stimulation** ».

- L'union fait la force

A l'inverse, CL va « essayer de les mettre **en groupe** de façon assez paradoxale, parce qu'ils sont plus contenus (...) favoriser les endroits petits, mettre les gens ensemble, de pas les laisser au milieu d'une pièce », comme J qui « Des fois (..) les met en **salle commune** ou devant et ça aide, ça apaise ».

- Isolement de l'un pour le bien des autres

S explique qu'elle « essaie **d'isoler la personne** pour éviter qu'elle dérange le groupe. (...) On met la personne en chambre par exemple ». Même avis pour CI qui va « finir par isoler la personne aussi (...) pour **notre survie et le bien-être** du service ». Même si isoler le patient crieur ne résout pas la situation, cela permet de tenir. D'après C, « le soignant se sent déjà beaucoup mieux » s'il parvient à obtenir « des périodes de repos et de calme ».

d. L'intérêt (voire la curiosité) des thérapies non médicamenteuses

- **La musique**

LC « trouve que la musique **ça aide beaucoup** », tout comme S, pointant un tam-tam dans le placard, qui « commence à jouer, et au fur et à mesure, on sent que la pression commence à diminuer ». D'autres soignants se servent de leur smartphone ou de CD rapportés par la famille pour diffuser une atmosphère musicale qui parle au patient crieur, et qui l'apaise.

- **La zoothérapie**

Appliquée régulièrement à Mulhouse et plébiscitée par l'équipe. Pour D, « la thérapie avec médiation animale (...) c'est magique ! », Pour R, cela « amène à la parole, à l'ouverture, c'est génial. »

- **L'espace Snoezelen**

Pour LC, c'est « cosy (...) c'est pas mal ». Que ce soit un chariot ou une salle dédiée, le recours à un espace Snoezelen est cité par bon nombre de soignants dans les trois UCC visitées.

- **Les huiles essentielles**

« On a une psychomotricienne qui a testé les huiles essentielles » rapporte J. CH évoquait aussi des massages à l'aide d'huiles essentielles.

- Des intervenants particuliers

Que ce soit à Mulhouse, avec l'intervention d'une animatrice, ou à Strasbourg et Colmar avec des soignants organisant des activités, leur travail est plébiscité et vécu très positivement par l'ensemble de l'équipe.

e. La place des traitements médicamenteux

« Faut pas se leurrer c'est aussi les traitements, on utilise **beaucoup de traitements** », atteste J. Mais ce n'est pas l'avis de tous, ainsi, N nuance et constate « qu'il y a vraiment **très peu de thérapeutiques**, le médecin tâtonne vraiment. », ce que complète D : « franchement on n'a **pas grand-chose qui marche** et pourtant le médecin il va tenter, chercher. ». Pour bon

nombre de soignants, les thérapies médicamenteuses font partie de l'arsenal thérapeutique, mais ne sont rarement satisfaisantes à elles seules.

f. Le rôle de la famille

« Chez nous c'est important les familles, c'est **des aidants**. » affirme L, avant de continuer : « Ils ont **l'histoire** de la patiente ou du patient. ». Pour LC, « c'est important de les mettre aussi **dans la prise en soin**, et voir ce qu'ils en pensent ». Ces deux soignants pointent le rôle à jouer des proches familiaux et leur apport, pour comprendre et aider le parent crieur. Connaître le passé des patients passe par les informations données par la famille. Pour D, c'est primordial et cela permet de « connaître les gens au maximum » et aussi de faire « gagner du temps »

g. Une part d'incertitude permanente

V « n'a **pas de remède miracle** », D « **pas de baguette magique** » et JE n'a « pas de **gouttes anti-cris** ». Il est vrai qu'il n'y a pas de solution toute faite, d'ailleurs, pour CA « quand il y a une crise c'est rare qu'on puisse faire ou dire quoique ce soit ». Il persiste une part d'impuissance acceptée dans le discours des soignants.

9. Les facteurs de protection

a. Le refuge UCC

Le fonctionnement des UCC apparait comme un atout majeur aussi bien pour la prise en charge des patients que dans la protection des soignants qui y travaillent. Après près de 10 ans d'existence, ce modèle semble franchement montrer ses preuves.

- Des soignants motivés

D explique que « toutes les personnes qui sont venues au début étaient **volontaires** (...) elles ont **appris le métier ensemble** ». « Il **nous conseillent** » confie J au sujet des soignants ayant fait l'ouverture des UCC et qui y sont encore présents, assurant une sorte de continuité et de formation. CI « **apprend toujours** les uns des autres », marquant la place importante de la communication au sein de ce service.

- Un vrai esprit d'équipe

« On est une **petite équipe** mais très très très **soudée** » souligne J, qui est rejointe par près de la moitié des soignants interrogés. Dans le même état d'esprit, N affirme que « l'équipe est vraiment **soutenante** ». Les équipes sont de faibles effectifs, ce qui ressort comme étant une force pour la cohésion de groupe. « On a vraiment tous le **même objectif** » assure P, assez sereine sur le fait de ne **jamais « être seul** », étant donné que deux soignants sont en permanence en UCC. D a « confiance en ses collègues », marquant une fois de plus la bonne entente entre soignants du service.

- Passer le relai

La bonne entente au sein du groupe de soignants donne la possibilité d'assumer un moment de faiblesse. « On peut **passer le relai** » affirme MA, complétée par MC : « quand tu es trop épuisé, quand tu arrives à bout de certaines situations, tu vas demander à certains collègues (...) de **te soulager**. ». Ce relai est un levier très souvent abordé par les soignants, que ce soit en cas de cris récurrents, ou d'autres comportements perturbateurs. MJ pense qu'« on ne

peut pas dans les autres services. On ne peut pas parce qu'il y a pas assez de personnel. », en comparant à un service de médecine dit conventionnel.

- Pluridisciplinarité

« Ce qui est vraiment génial dans cette équipe aussi, c'est qu'on a **une équipe paramédicale** » s'enthousiasme J. CI résume bien : « **chacun va tenter** quelque chose, des astuces, des machins de par sa formation, de par son propre caractère. ». L'équipe soignante élargie aux psychologues, neuropsychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, et autres ... est une vraie force de l'UCC.

R, aide-soignante et animatrice a trouvé les justes mots « C'est vrai qu'on est **pluridisciplinaires**, mais on travaille vraiment main dans la main. (...) On est toutes différentes, et on est un peu comme des électrons libres mais qui forment **toujours un objectif**. C'est le patient. (...) Et ça, c'est vraiment très, **très valorisant** »

- Service adapté dans sa structure

CH décrit l'UCC comme « un service qui est **plus spécialisé** », « service où il n'y a que les **troubles du comportement** » complète N. Les patients admis sont censés être plutôt autonomes, et sont peu nombreux au sein de ce service, ce qui laisse « plus de temps » aux soignants d'après MT.

D délimite l'organisation spatiale : « il y a une part environnementale quand même, on est à l'hôpital, on a des blouses blanches, le service est fermé à clé. **Ils peuvent pas sortir**. ». Ce dernier point, qui fait de l'UCC un service fermé, va pourtant être source de débat.

- Une certaine notion du temps

MJ regrette « de travailler comme dans une usine », en parlant d'un service de médecine classique, alors qu'en UCC, elle remarque qu'« on s'arrête, **on a le temps** de les écouter. Ça c'est très important ». Et effectivement, « vraiment **prendre le temps** » est une des forces de l'UCC, partagée par LC et bon nombre de soignants.

« Il n'y a **pas d'autres soins en masse**. (...) il y a moins d'actes techniques » note VM, ce qui participe à la libération du temps.

- Une question de rythme

Pour VM, « on a tendance à imposer notre rythme aux gens, alors que c'est l'inverse ici. (...) il faut **aller au rythme des patients** ». C'est un autre point majeur, allant de pair avec la temporalité du service décrit ci-avant. C'est dans un lapsus presque révélateur que P explique : « **On vit avec... pour nos patients**, donc on vit à leur rythme à eux (...) on vit par rapport à eux. ». Le rythme de vie propre au patient est respecté, ne le soumettant pas au stress d'un rythme donné par les soignants.

P conclut : « c'est pas eux qui doivent d'adapter à nous, **c'est nous qui nous adaptons à eux.**»

- Humaniser les échanges

L'ensemble des points cités juste avant permet de centrer la prise en charge sur le patient, MT « s'adapte en fait à chaque patient (...) c'est vraiment une prise en charge **individuelle** à chaque fois ». V confirme que « c'est du **cas par cas**, toujours ! Pas de généralités, la personne a un vécu, une **personnalité** ». La personnalisation du soin, qui doit être au cœur de toute prise en charge médicale est rendue possible au sein de l'UCC, par son fonctionnement. Il est bon aussi de « se poser avec eux et de discuter et rigoler » s'amuse P. MJ est attachée à

proposer des « animations, manucure, coiffure... tout ce qu'ils veulent, on a le temps de le faire » pour faire un peu « **comme s'ils étaient chez eux** ».

Les animations sont « une réelle ressource » pour N, ce que confirme LC, qui pense que les ateliers thérapeutiques « **ça les canalise** vraiment, ça **leur fait du bien** ».

Toutefois, le cadre médical n'est pas loin, les patients ne sont pas dans une sorte de colonie de vacances. D « s'adapte un peu à toutes les situations. A tout. (...) avec **toujours un cadre** ».

Et R nuance : « Mais les adapter [les traitements médicamenteux] pour qu'ils [les patients] puissent continuer leur quotidien et suivre dans les activités, voilà, et se sentir **apaisé (...)** avec **la maladie**. ».

- Sérénité

N vient travailler en UCC « dans un **sentiment de sécurité** », et MJ est « **apaisée** d'être dans ce service » et de voir « que les patients, ils sont bien ». Même si, on l'a vu, le ressenti des CVP peut mener à des sentiments négatifs, il n'en reste pas moins que la motivation de travailler en UCC reste plutôt positive et bienveillante. Ainsi, CA « reste très calme. » et elle remarque également que « plus on reste calme et plus le service est détendu et ça se passe bien ».

« Mais c'est tellement un **petit cocon** chez nous, que les gens ont parfois du mal à repartir » affirme MA, relayant par ses mots les quelques anecdotes et cas de patients crieurs, revenant de façon récurrente en UCC, où ils sont soulagés avant de repartir dans leur lieu de vie habituel.

M résume bien l'univers UCC : « là c'est une **petite communauté** », où soignants et patients évoluent dans un milieu clos, dans un quotidien autour du malade et avec lui.

b. Le sanctuaire intérieur des soignants

- Des débuts difficiles

Les soignants ayant fait l'ouverture des UCC rapportent des premières années compliquées, « **très dur** » pour D, et « une première année vraiment **difficile** » pour N. Mais par la force de l'équipe notamment, le travail et la communication, N « **anticipe mieux**, voit mieux arriver les problèmes ».

- Le soutien des collègues

« On a une psychologue qui est là pour les patients, **mais aussi pour nous si on a besoin** » affirme J, ainsi la pluridisciplinarité s'applique aussi pour l'équipe. Certains groupes de parole avaient lieu jusque récemment (avant la crise COVID), pour échanger sur d'éventuelles difficultés. L explique avoir « **repris le projet, à la base** pour voir le cheminement », avec des collègues, des médecins et des psychologues, au sujet d'une situation clinique en UCC d'évolution défavorable.

- Souffler

Les soignants expriment en général ce besoin en sortant du service, si la journée a été particulièrement rude. MJ « **souffle un bon coup** et c'est parti », tandis que CA « a besoin de -pfiou- d'un moment de relâchement » en rentrant.

- La vie à côté

Peu de soignants ont évoqué leur jardin secret, seule R s'exprime librement à ce sujet « tous les week-ends, je vais en montagne (...) Il me faut la forêt ». Elle a même aménagé une

chambre Snoezelen chez elle, ce qui lui permet d'atteindre « **l'apaisement** » (dans un soupir détendu).

c. Le bagage antérieur

Les soignants vont puiser dans leurs expériences et savoirs acquis pour garder la tête hors de l'eau, et gérer les troubles du comportement, aussi bien professionnellement que personnellement.

- Formation initiale et continue

S rapporte faire des **recherches à domicile** pour « comprendre toutes les maladies que nous avons l'habitude de voir ». CE aussi avait « lu quelques articles en dehors des cours ».

La plupart des soignants déclare avoir suivi des formations, à l'image de JE qui a « été formée aux troubles du comportement entre guillemets, à la fac. **En général** (...) voilà, les **grandes lignes** ». R, qui enseigne également, en a « fait pas mal sur **l'agressivité**. Euh... sur les cris aussi. ». A l'inverse, V n'a « **jamais entendu ça...** », en parlant de formation spécifique sur le cri.

CI synthétise bien le ressenti par rapport aux formations, qui restent théoriques, et introduit la notion d'expérience : « des formations, j'en ai eu, mais alors je vais te dire, c'est bien beau sur le papier, dans une utopie blablabla... Quand t'es dedans jusque-là (montre le cou), **faut bien faire avec ce que tu peux** »

- Expérience professionnelle en UCC

« Les cris j'ai acquis **par l'expérience** » affirme CL, en accord avec bon nombre de collègues. Pour JE c'est « **sur ton lieu de travail** que tu apprends », et pour CE, c'est « **sur le terrain** », même si elle n'approuve pas ce terme « terrain ».

Là aussi, l'expérience se nourrit du passé mais aussi de ce qui se produit. MA « **continue** de la faire » son expérience, et cela « l'aide quand [elle va] remplacer dans d'autres services, c'est certain ! ».

CE « y va **à tâtons** », et MA admet qu'« en pratique [c'est] comme **essai/erreur** des fois », appuyant bien la notion d'instantanéité et difficilement extrapolable d'un patient à un autre.

- Expérience professionnelle antérieure

LC se souvient de son travail en EHPAD, à ses débuts « c'est **intense vraiment**. Il y a souvent des situations où c'était compliqué ». CE clame que « c'est là-bas où **j'ai découvert**, clairement ! », en parlant de ses jobs d'été en EHPAD. Ces premiers contacts avec le monde gériatrique, la démence sont marquants.

M raconte : « Quand j'étais étudiante, j'avais fait un stage en IMP (...) avec des adolescents autistes et trisomiques. Et du coup, c'est pareil, on vivait... enfin ils vivaient dans un appartement, chacun avait sa chambre et la vie se faisait en communauté (...) ce stage-là m'a vachement aidée. Le peu d'expérience finalement c'est que ça. », c'est ce bagage antérieur que M met à profit dans son quotidien en UCC.

- Expérience personnelle

CH, après un épisode de burn-out, confie : « **je sais ce que c'est l'angoisse** maintenant, quand on la vit de l'intérieur (...) je comprends maintenant vraiment un patient qui est angoissé. ».

Même miroir affectif pour MA qui « avait un **grand-père dément** ». « Comme dit, **je suis maman**, donc il y a quand même des réflexes » affirme M, tandis que CA est « dans une **association d'aide aux familles**, ou là on rencontre aussi de la violence intrafamiliale ». C'est dans ces exemples de vies que les soignants puisent certaines ressources nécessaires pour tenir et assurer auprès des patients.

10. Les voies d'une meilleure prise en charge

A la question : quelles sont les pistes d'améliorations possible, dans la prise en charge des patients crieurs, MJ répond que « **c'est complet** », avis similaire pour S, pour qui « **on fait déjà ce qui existe** ». Ce n'est pas le point de vue de tous les soignants, mais il est bon de souligner que certains d'entre eux trouvent la prise en charge déjà très complète.

R reflète plus la pensée de nombre de ses collègues : « Il y a toujours des choses. **Toujours des choses à améliorer** ».

a. Les classiques

- Plus de personnel

M lance en riant : « c'est toujours pareil, qu'on soit **plus de personnel !** », bien consciente que cette demande soit une rengaine connue et (malheureusement) devenue habituelle. C'est même « un point noir » pour CE.

De l'avis de CL « un crieur, (...) **il lui faut un soignant**, voilà, et il lui faut que ça. (...) Un crieur il lui faut de la présence, c'est tout ».

- Les formations

« On est **très demandeurs de formations**, mais il n'en existe pas vraiment des adaptées à ça » déplore MC, rejointe par J, mais lucide sur le fait que « c'est **sur le terrain** » que se fait la formation.

En vrai, les soignants interrogés rapportent avoir suivi des formations de façon générale, sur les pathologies démentielles par exemple. Une demande de formation cadrée est exprimée, mais elle est nuancée par la nécessité de personnaliser le soin, rendant des données généralistes peu applicables au quotidien et dans une situation donnée.

- Les moyens

« **Mettez-nous les moyens** qu'on puisse bosser correctement ! » s'indigne CE. V se veut réaliste : « en gériatrie euh... c'est pas là où on va mettre de l'argent. ».

b. Les propositions originales

- Organisation architecturale

CE remarque que « d'un bout à l'autre tu as une porte, tu te rends compte qu'il y a pas d'échappatoire, on est bloqués à un moment et voilà. » et elle s'inspire de ce qui se fait dans certaines unités Alzheimer pour proposer « d'avoir un **mouvement circulaire** », rendant la déambulation moins anxiogène. Elle ajoute au sujet du bureau soignant que l'infirmière « n'a pas la vue sur le service, elle voit pas ce que les gens font », ce qu'elle considère comme un danger potentiel, il faudrait un bureau au centre, tournée vers l'espace de déambulation. Les trois UCC visités sont sur un modèle architectural linéaire, de tels réaménagements seraient très lourds.

« Ce qui serait bien ! ce serait vraiment d'avoir des **chambres insonorisées.** » propose V, mettant en avant le confort des autres patients.

- Accès extérieur

De nombreux soignants rêvent à un accès extérieur de qualité. CI imagine que « si on était dans une belle utopie on aurait notre escalier qui **descendrait dans l'herbe** et on aurait un **bout de parc.** Accès libre aux gens, on n'aurait pas de seuil de fenêtre ». Même idéation pour R « être dans **un rez-de-chaussée** avec le service de l'UCC, et un **immense parc.** Pour que les déambulants puissent déambuler, sortir. ». « Ils **demandent régulièrement à sortir,** juste prendre le soleil » justifie MT, en continuant « même pour nous [les soignants], quand on fait une matinée là-dedans, ah ben quand on sort, on est content de sortir et de prendre l'air ». Bref, la volonté d'accéder à un jardin, un petit bout de liberté en nature fait l'unanimité. D'autant plus que les sorties ont été fortement impactées récemment : « depuis qu'il y a le COVID, ça a tout foutu en l'air » déplore R, qui emmenait régulièrement plusieurs patients à la fois dans le parc.

III. Discussion

1. Rappel des résultats

a. *Comportements perturbateurs fréquents et dérangeants*

Les soignants questionnés rencontrent le plus souvent de la déambulation, des répétitions et de l'opposition en UCC.

Les cris ne sont pas les plus fréquents, mais ils sont considérés comme les plus dérangeants, suivis des manifestations agressives.

b. *Définition donnée des CVP*

Là encore, les cris tiennent la part belle et sont le plus cités. Certains soignants n'évoquent d'ailleurs que les cris dans les CVP. La notion d'intensité sonore rentre en jeu dans la définition, avec les hurlements, et vocalises puissantes.

Les répétitions sont incluses à la définition, notamment pour leur caractère perturbateur pour les soignants et les autres patients. Qu'il s'agisse de cris récurrents, de stéréotypies, de persévérances, ou d'un comportement logorrhéique.

De façon plus anecdotique, les CVP sont parfois perçus comme une rupture de la communication entre le patient et le soignant.

c. *Un sens qui ne va pas de soi*

Une majorité de soignants attribue systématiquement un sens à chaque CVP, même si ce dernier n'est pas toujours trouvé. On y retrouve des causes quasi unanimes, qu'elles soient physiques (douleur, faim, soif, inconfort) ou psychiques (angoisse, hallucinations). Ils

évoquent aussi souvent une forme d'expression, ou une façon pour le patient de se sentir vivre, malgré la maladie et les difficultés de communiquer.

Une petite moitié de soignants n'attribue pas systématiquement de sens aux cris des patients déments. C'est parmi eux que l'on retrouve essentiellement la notion que les CVP sont le reflet de la maladie, une manifestation de la maladie, sans message propre.

d. La répétition comme point de rupture

De l'analyse du discours des soignants ressort un point de rupture majeur dans leur ressenti, et modulant la prise en charge des patients crieurs : la répétition.

D'un côté, les cris dits aigus / uniques / inhabituels, comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Ceux-ci sont perçus avec un sentiment d'urgence et une nécessité d'agir rapidement. Pas de temps pour se laisser envahir de sentiments négatifs, les soignants vont au contact du patient, pour discuter avec lui, ou le toucher, dans le but de le rassurer. Une cause somatique est systématiquement recherchée (douleur, inconfort, constipation, déshydratation, ...), éventuellement psychique (essentiellement une angoisse) et enfin environnementale (sous ou sur-stimulation, dérangé par un autre patient), dans l'hypothèse que quelque chose a forcément provoqué ce cri, qu'il a donc un sens absolu.

En opposition, les cris multiples / répétés / habituels. Dans ce dernier terme « habituel » siège déjà la notion d'une routine, qui mène vers à une perte de sens donnée à ces CVP récurrents, et un ressenti particulièrement morose des soignants. Toute une palette de sentiments négatifs les habite : tristesse, malaise, agacement, agression, saturation,

épuisement, colère, rejet, frustration, impuissance et sentiment d'échec, jusqu'à la résignation. Une constante est que ce sont ces cris récurrents qui dérangent. Ils renvoient à soi, aux proches, dans une sorte de projection effrayante : « et si je finis comme ça ? » s'effraient certains.

e. La répétition comme piège

Déstabilisés face aux cris répétitifs, les soignants doivent prendre sur eux pour se remobiliser, et aller gérer le patient, aller chercher un sens à ses vocalises, dans le but justement de ne pas tomber dans le piège – dont ils ont conscience – qu'est l'habitude. Plus que gérer le cri lui-même, s'y intéresser pour le comprendre est aussi un moyen de le prévenir et d'éviter les cascades néfastes qu'il peut engendrer : agressivité, rejet des autres patients, « embrasement » du service.

f. Une prise en soin centrée sur le relationnel

C'est presque un crédo, qui est enseigné dans les écoles infirmières : s'adapter, toujours s'adapter. Pas de généralisation possible, il n'existe pas de solution miracle pour gérer les cris, ce qui laisse une place de choix à la personnalisation du soin. La présence peut déjà suffire, puis le recours aux sens : les regards attentionnés, les paroles rassurantes, l'écoute bienveillante, les caresses.

Un point important aussi pour l'environnement : veiller à la stimulation du patient, en fonction de son propre ressenti, ne pas hésiter à le mettre avec d'autres personnes en salle commune, à l'inverse, l'isolement peut se justifier s'il est trop stimulé ou s'il dérange trop le service. Le recours à des thérapies non médicamenteuses sont nombreuses à être évoquées :

aromathérapie, zoothérapie, musicothérapie, espace Snoezelen, ... Avec leur effet variable selon la personne. La place du traitement médicamenteux n'est pas centrale, mais intégrée dans cette prise en charge globale.

Les familles ont aussi leur rôle à jouer, même si peu évoqué par les soignants. Elles vont renseigner l'équipe soignante sur le passé du patient, permettant de distinguer ce qui est de l'ordre du caractère et du comportement. Elles vont aussi pouvoir aider l'équipe à trouver des parades et des moyens de calmer certaines situations de crise.

g. Le refuge UCC

Après une dizaine d'années d'existence des UCC, l'organisation de ces services est plébiscitée par les soignants qui y travaillent. Des soignants motivés, dont les premiers étaient volontaires. Même si les débuts se sont parfois avérés difficiles, vécus comme une période de rodage, désormais le service fait ses preuves. L'UCC ne se résume pas seulement à une équipe médicale, il y règne un véritable esprit d'équipe stimulant. Les soignants se passent le relais, ne rechignent pas à exprimer leurs éventuelles difficultés. Ils sont épaulés par une équipe paramédicale riche, qui apporte son savoir-faire et ses compétences, pour le bien du patient. Chaque professionnel apporte sa vision, en fonction de son champ de compétence, ainsi l'équipe élargie peut prendre en charge de façon globale le malade.

La gestion du temps est primordiale dans le soin au patient crieur. Ainsi, en UCC, un nombre limité de patients sont admis pour gérer leurs troubles du comportement, ils sont censés être en partie autonomes et ne nécessitant que peu de soins techniques. De cette manière, le temps du service n'est pas purement médical, les intervenants peuvent s'attarder

sur des coiffures, des manucures, ou encore proposer des ateliers thérapeutiques, ou des sorties à l'extérieur.

Plus que le temps, c'est le rythme du patient qui prime. Là ou dans les autres services « classiques », les soignants enchainent les soins, imposant leur rythme aux patients, en UCC, ce sont les soignants qui s'adaptent au rythme du patient. Si l'un d'entre eux décide de se réveiller à 10h, soit. Il persiste toutefois un cadre hospitalier : des blouses blanches, un service fermé, des consultations.

De cette humanisation du soin rendue possible par l'organisation même du service, résulte un sentiment de sérénité de travailler en UCC. Bien que tous les jours ne soient pas roses, et qu'ils sont parfois confrontés à des difficultés, les soignants manifestent globalement une certaine satisfaction et fierté à évoluer en UCC.

h. L'impact de l'environnement

Un des éléments originaux émanant de ces entretiens est le questionnement sur l'environnement architectural et l'accessibilité à un extérieur de qualité.

En effet, les soignants de chacun des trois UCC idéalisent un espace extérieur, accessible pour tous (tout en restant limité physiquement), permettant de reprendre contact avec la terre, de marcher les pieds dans l'herbe, de respirer un grand bol d'air frais.

Il est aussi évoqué l'architecture intérieure des UCC : basé sur un format standard d'un service organisé autour d'un couloir linéaire central. L'espace de déambulation se limite donc à des allers-retours en ligne droite, éventuellement dans les chambres ou dans une salle commune. Là aussi, des soignants de Mulhouse, Strasbourg ou Colmar évoquent un espace de déambulation dédié, moins anxiogène, voire même circulaire comme ce qui a pu être fait

dans certaines unités Alzheimer en EHPAD. Bien entendu, transformer des locaux de façon radicale est très coûteux et n'est certainement pas la priorité vu le contexte actuel. Mais ce sont là des remarques qui entent bien en résonance avec l'importance donnée par les soignants à leur environnement et celui des patients.

2. Remarques et commentaires concernant les résultats

a. *L'emploi du terme « cri »*

Le terme de cri est souvent préféré dans les entretiens, par moi-même et par les personnes interrogées. Bien qu'il soit fait un point au début sur la définition du comportement vocal perturbateur, il reste plus « parlant » pour la plupart des soignants de parler de cri.

b. *Des organisations locales*

Globalement, les fonctionnements des trois UCC sont très proches entre Mulhouse, Colmar et Strasbourg. Des points communs les unissent, notamment en ce qui concerne l'accès à un extérieur de qualité. Des solutions concrètes y sont apportées, comme à Colmar, avec un aménagement récent d'un jardin thérapeutique. Les structures de type UCC bénéficient d'une enveloppe annuelle pour répondre à certaines demandes et aménagements.

De façon unanime, les soignants renvoient une image positive de leur service et de leur travail en son sein. Même si les situations cliniques sont parfois difficiles à gérer, ce sentiment d'union et de renforcement positif de l'équipe est présent dans les trois pôles.

Un autre point commun qui m'a paru essentiel dans le bon fonctionnement des UCC est l'organisation d'ateliers thérapeutiques. Le rôle prépondérant de ces activités m'a

particulièrement été exposé à Mulhouse, où une animatrice, aide-soignante de formation, est présente de 10h à 17h en semaine, et propose différents accompagnements aux patients. Qu'ils soient en petit nombre ou en totalité, sa prise en charge bénéficie aussi bien à l'équipe soignante qu'aux patients. A Colmar et Strasbourg, de telles activités sont organisées par les soignants ou l'équipe paramédicale, de façon partagée, sans pour autant qu'il y ait un poste « attitré » d'animateur ou animatrice.

c. La présence et la demande de personnel supplémentaire

Un des points d'amélioration et une demande des soignants concernent le recrutement de plus de personnel. La demande paraît légitime dans la mesure où le service et son organisation peuvent vite se retrouver fortement perturbés si plusieurs patients s'agitent ou deviennent accaparants. D'ailleurs, les soignants questionnés évoquent souvent une situation possible d'embrasement, où un patient agité entraîne les autres dans une sorte d'agitation contagieuse.

Aussi, la présence et l'accompagnement personnel des patients agités sont souvent suffisants pour les apaiser, sans employer de thérapeutique médicamenteuse. Ces différents arguments légitiment donc la demande des soignants, de renforcer l'équipe en place afin de la sécuriser et la conforter au quotidien.

d. La demande de formation

Les soignants interrogés marquaient une certaine ambivalence à l'idée des formations. La plupart les considéraient comme une information de base, nécessaire pour comprendre la physiopathologie des troubles démentiels, ou encore le sens possible des cris des patients.

Mais les formations restent quelque chose d'éminemment théorique, s'opposant à ce qui fait le sel de l'UCC : l'adaptation et la personnalisation du soin.

Après ces entretiens et les recherches nécessaires, il me semble possible de faire une formation sur les bases théoriques autour du cri et autres CVP, mais en aucun cas de sortir des recommandations spécifiques à chaque type de cri (encore faudrait-ils les décrire).

e. L'ambiance de nuit

L'étude s'est basée sur des entretiens effectués en journée, auprès de soignants n'intervenant que peu la nuit. D'ailleurs, le retour sur les conditions de travail nocturne et notamment le ressenti des troubles la nuit n'a pas fait l'objet d'une question précise. Quelques rares soignants évoquaient spontanément un vécu plus rude la nuit, en lien avec des effectifs réduits, et un ou des patients particulièrement agités. Il aurait été intéressant de confronter le ressenti des soignants de nuit avec ceux travaillant de jour.

f. La famille et les proches

Le rôle des familles et proches a souvent été évoqué par les soignants comme majeur dans la compréhension et la gestion des patients présentant des troubles du comportement. Toutefois, certains n'ont pas du tout évoqué le rôle que peuvent jouer les proches dans la relation de soin. Au vu des difficultés ressenties par les soignants, il pourrait donc aussi être informatif de s'intéresser particulièrement au ressenti des familles concernant leur proche « crieur ».

3. Validité interne
 - a. *Intérêt de l'étude qualitative*

Au vu de la question de recherche, essentiellement centrée sur des ressentis et affects, une étude qualitative se justifiait. Ne relevant pas d'une méthodologie quantitative, l'échantillon n'avait pas à être représentatif, écartant de ce fait le biais de sélection.

L'échantillon incluait diverses tranches d'âges, même des étudiants en soins infirmiers. Il est aussi le reflet du service lui-même, avec ce nombre plus important d'infirmiers et d'aides-soignants que de médecins, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes.

Les critères Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) comptent 32 items à valider. (92)

L'item 23 n'est pas validé, car aucun retour aux soignants des retranscriptions pour correction ou commentaire n'a été fait. Ainsi que l'item 27, car aucun logiciel informatique n'a été utilisé pour l'analyse des données. Au total, 30 des 32 items sont validés.

Parmi les forces de cette étude, le caractère multicentrique nous a permis de comparer les pratiques sur 3 UCC alsaciennes. Mettant ainsi en évidence de nombreux points communs aussi bien sur le fonctionnement que sur les aspirations de ces unités, mais aussi sur certaines spécificités. C'était aussi l'occasion de faire un retour sur l'intérêt de ces services, près de 10 ans après leurs ouvertures.

Le recours à des entretiens semi-dirigés enregistrés, en présentiel, a permis de noter les éléments de langage verbaux et non-verbaux, permettant de distinguer certaines formes d'humour ou des mimiques et gestuelles riches de sens. Le fait d'avoir eu le temps de

s'entretenir, dans un espace dédié, a donné l'occasion aux soignants d'exprimer certains évènements de vie personnels, et surtout d'aborder tous les points du questionnaire servant de trame commune.

La méthode de la théorisation ancrée a été utile pour révéler des éléments nouveaux, insoupçonnés. Les objectifs de l'étude ont été remplis, apportant de nouveaux éclairages sur le sujet du cri.

b. Faiblesses de l'étude

Risque de circularité : il s'agit d'une faiblesse inhérente à la méthodologie qualitative. Ce risque de sélectionner dans le matériau riche et dense des entretiens des éléments en faveur d'une théorie préexistante, au détriment d'arguments contradictoires ou originaux pouvant faire émerger une nouvelle théorie.

C'est donc pour réduire ce risque que le travail a été fait autant que possible en parallèle : recherche bibliographique, réalisation des entretiens, analyse des échanges et rédaction de l'étude. Malgré tout, un gros travail bibliographique préliminaire avait été fourni pour orienter la question de recherche, ce qui n'a pas empêché de faire sortir des éléments inattendus.

Biais d'interprétation : un seul enquêteur a géré tout le travail de recherche. Une double lecture et analyse des entretiens aurait pu renforcer la validité des résultats, au prix d'un travail bien plus long et dépassant les délais pour soutenir la thèse.

Biais d'investigation : lié au questionnaire, qui a subi de subtiles modifications au cours des entretiens et quelques adaptations. La grande majorité des questions est restée inchangée, mais certaines ont pu être reformulées ou adaptées en fonction de la profession du soignant interrogé.

Biais de subjectivité : a été limité le plus possible, en posant des questions ouvertes et en reprenant des termes déjà employés dans les réponses données pour relancer la discussion. Toutefois, certains échanges ont pu faire écho à des réponses fournies lors de précédents entretiens pour illustrer certains concepts. (Il était courant d'utiliser l'exemple de la patiente qui chuchote à l'oreille des autres, les enjoignant à ne pas prendre de traitement, pour expliquer le caractère perturbateur d'un chuchotement par exemple).

4. Validité externe

L'étude de Calvet et al., s'est penchée sur le ressenti et le vécu de soignants en EHPAD face à des patients crieurs. Au moyen d'un questionnaire également, les personnels soignants et non soignants sont amenés à répondre à des questions ouvertes en partie. Il est aussi fait la distinction entre cri unique et récurrent, et des différences de réactions sont similaires à celles que nous avons pu observer dans notre étude.

Un cri unique suscite de l'interrogation, de l'anxiété et de l'incompréhension ; là où des cris récurrents vont se traduire par un sentiment d'impuissance, d'agressivité, de tristesse et surtout d'asthénie. Les sentiments négatifs ressortent comme étant des constantes dans la récurrence des cris.

Cette étude de Calvet et al. s'intéresse aussi aux moyens d'améliorer la prise en charge de ces patients crieurs. Il ressort trois éléments principaux, pouvant être mis en parallèle avec notre étude.

Un des premiers points évoqués est la formation, qui permettrait au moins de donner des pistes pour réagir face à un patient crieur, et d'éviter le sentiment d'incompétence. La formation est cependant à double tranchant : difficile à mettre en œuvre chez des soignants déjà épuisés ; un excès de formation peut être contre-productif, voire même favoriser les épuisements professionnels chez certains soignants particulièrement exposés.

Le second axe d'intervention proposé concerne la meilleure compréhension des troubles. Face à un comportement perturbateur, il n'existe pas une seule réponse possible, mais plusieurs, qui seront plus ou moins adaptées. Un plan de soin adapté au cas par cas, pour chaque patient, avec un suivi le plus précoce permettrait d'anticiper les besoins et d'éviter les situations de crise. C'est là qu'interviennent des unités spécialisées en psychogériatrie, que ce soit au sein d'équipes hospitalières ou en ambulatoire, pouvant intervenir au domicile des patients avant leur entrée éventuelle en EHPAD.

Enfin, une troisième piste serait une réorganisation complète des soins, avec un nombre de personnel qualifié adapté à la charge de travail, pour que le relationnel puisse revenir dans le soin technique. Remettre de l'humain au service de l'humain. Le recours à plusieurs corps de métiers permet de croiser les regards et les avis concernant un patient, d'adapter le plan de soin. Cela nécessite l'implication de la hiérarchie, qui soit en adéquation avec les besoins de l'équipe soignante. (17)

Cette étude et la présente thèse ont de nombreux points communs. Les pistes d'améliorations évoquées sont déjà mises en œuvre en UCC, et semblent faire leurs preuves.

Concernant le cadre de soin et de vie, l'importance donnée par les soignants interrogés dans notre étude était déjà soulignée par Grosclaude au sein d'un service de psychogériatrie. Le cadre idyllique comme un lieu de « villégiature » jusqu'à l'organisation architecturale des bâtiments a son importance, permettant de faciliter les soins et leur organisation. La notion d'un objectif commun partagé par tous les membres de l'équipe, qui sont investis et intégrés dans le système de soin propre à la personne mais aussi sur le plan psychothérapeutique, ou encore dans les activités régulières organisées par le service. Car il se « passe des choses » dans ce service. A l'image de « la pâte à parler », visant à faire s'exprimer les patients par voie manuelle.

Sur le plan comportemental, l'agitation, le délire et les cris des patients admis pour ces motifs décroît. De la même façon, chez les soignants, il n'y a pas de burn-out ou de problème majeur constaté. (93)

Cette description met l'accent sur le terme de « lieu de vie », en parallèle d'un lieu de soin. On y retrouve de nombreux points communs avec ce qui est pratiqué dans les UCC, et ce que les soignants ont relevé.

CONCLUSION

Les cris sont une manifestation vocale universelle. Ils sont un des bruyants représentants des comportements vocaux perturbateurs, que l'on peut rencontrer chez des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs majeurs (qu'il ne faut plus nommer démences). Les CVP sont une grande famille aux contours flous, mais dont la composante principale tient du fait qu'ils sont produits par la voix ou la bouche, de façon plus ou moins intense, plus ou moins répétitifs. Leur fréquence et leur caractère perturbateur l'ont désigné comme objet de choix pour la réalisation de cette étude.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le ressenti et le retentissement des comportements vocaux perturbateurs, et en particulier des cris, sur les personnels soignants intervenant dans les trois Unités Cognitivo-Comportementales alsaciennes de Mulhouse, Colmar et Strasbourg.

Un premier état des lieux objective les cris et autres CVP comme un des plus dérangeant troubles du comportement en UCC.

Le point de rupture est la récurrence des cris : là où un cri unique alerte et mobilise l'équipe soignante, dans la recherche d'un sens absolu ; le caractère répétitif de ces cris émousse les soignants, jusqu'à les lasser, les épuiser, les frustrer, les insensibiliser.

Un autre résultat concerne la structure UCC, services récemment ouverts suite au plan Alzheimer de 2008-2012, et ayant comme objectif de gérer les troubles comportementaux de personnes âgées souffrant de démence. Il en ressort que l'organisation de ces services est protectrice à la fois pour les soignants qui y travaillent dans de bonnes conditions, et pour les

patients, qui y sont soignés selon leur rythme. L'accent est mis sur le relationnel, ainsi que sur l'appui d'une équipe pluridisciplinaire soudée, à l'épreuve des comportements perturbateurs.

Vu

Strasbourg, le22/04/2022

Le président du jury de thèse

Professeur Thomas VOGEL



Vu et approuvé

Strasbourg, le28 AVR. 2022

Le Doyen de la faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 : NPI**NPI**

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

NA = question inadaptée (non applicable) F x G = fréquence x gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Appétit/troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5

Score total 12

Annexe 3 : échelle Painad

Item	0	1	2	Score
Respiration indépendante de la vocalisation	Normale	Respiration laborieuse occasionnelle. Courte période d'hyperventilation.	Respiration laborieuse bruyante. Longue période d'hyperventilation. Respiration de type Cheyne-Stokes.	
Vocalisation négative	Aucune	Lamentation ou gémissement occasionnel. Parole à faible niveau d'intonation et à caractère négatif ou désapprobateur.	Appels ou cris de détresse. Plaintes et gémissements bruyants. Pleurs.	
Expression faciale	Souriant ou inexpressif	Triste, apeuré, air désapprobateur.	Grimace.	
Langage corporel	Détendu	Tendu. Bougeotte. Agité.	Raide. Poings serrés, genoux remontés. Tire ou pousse. Comportements agressifs.	
Capacité à être réconforté	Aucun besoin de réconfort	Distrain ou rassuré par la voix ou le toucher.	Incapable d'être réconforté, distrait ou rassuré.	
Score total :				
<p>Plus le score est élevé, plus la douleur est probable. Un score de 2 et plus est indicatif d'une douleur. Score total $\geq 2^{**}$: indicatif de douleur</p> <p>L'évaluation de la douleur chez une personne atteinte d'un TNCM étant complexe, il importe de tenir compte de l'ensemble des signes et symptômes présents et de l'opinion des autres soignants et de la famille. Votre jugement clinique est important dans votre décision clinique étant donné que plusieurs conditions peuvent affecter le score obtenu.</p>				

* Version française : Apinis, C. (2012). « Évaluation de la douleur chronique avec le PACSLAC, le PAINAD et l'évaluation interdisciplinaire chez des personnes âgées incapables de communiquer verbalement », *mémoire de maîtrise en sciences cliniques*, Université de Sherbrooke.

Annexe 4 : Échelle GDS

24.10.2001

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)
--

NOM :

Prénom :

Date :

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 5 : Échelle de Cornell

Échelle de Cornell

(Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.)

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :		Nom et status de l'accompagnant

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien.

Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer 0 = absent 1 = modéré ou intermittent 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR:

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT:

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2

E. TROUBLES IDÉATOIRES:

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

TOTAL : sur 38 Nombre de a :

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

Annexe 6 : Échelle Raskin

Page : 1

Nom du patient :**DEPISTAGE D'UNE COMORBIDITE DEPRESSIVE**

1- Echelle de dépression de Raskin		
Coter : <p style="text-align: center;"> 0 = Inexistant 1 = faible 2 = Moyen 3 = Beaucoup 4 = Enorme </p>		
Discours du sujet	Se sent triste, sentiment d'être sans espoir, perte d'intérêt, idée de mort, pleure facilement	<input type="checkbox"/>
Comportement	Semble abattu, Pleure, parle à voix basse, triste, ralenti, perte d'énergie	<input type="checkbox"/>
Symptôme	Insomnie ou hypersomnie, bouche sèche, histoire suicidaire récente, perte d'appétit, difficultés à se concentrer, perte de mémoire	<input type="checkbox"/>
SCORE GLOBAL	<input type="checkbox"/>	

2- Critères d'épisode dépressif majeur

Si le score de dépression est > 6, rechercher l'existence de critères d'épisode dépressif majeur (voir page correspondante)

3- Caractérisation de la co-morbidité dépressive

<input type="checkbox"/> Score de RASKIN < 6	Pas de symptomatologie dépressive
<input type="checkbox"/> Score de RASKIN ≥ 6 et présence des critères DSM IV	Episode dépressif majeur
<input type="checkbox"/> Score de RASKIN ≥ 6 et absence des critères DSM IV	Dépression sub syndromique

ATTENTION : Les patients présentant un Episode dépressif Majeur ne peuvent être retenus dans cette enquête

Paraphe du médecin :

Annexe 7 : Discours d'introduction des entretiens

Bonjour, je me présente, Marc REHEIS, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant, et je travaille sur ma thèse en vue du doctorat de médecine. Mon travail porte sur les troubles du comportement des patients âgés présentant des troubles cognitifs sévères et plus particulièrement sur le ressenti des soignants intervenant régulièrement auprès de tels patients.

Je vais vous poser un certain nombre de questions, je n'émettrai aucun jugement sur ce que vous exprimez, c'est vraiment votre pensée brute qui m'intéresse. En cela, il n'y a pas de réponse juste ou fausse, mais des faits, votre ressenti, votre vécu.

J'ai besoin d'enregistrer vocalement notre échange afin de le retranscrire par la suite en vue de l'analyser, et le comparer, confronter aux autres entretiens que j'ai ou que je vais mener, sur Strasbourg, Mulhouse ou Colmar. Bien sûr, tout sera anonymisé.

Vous me verrez prendre quelques notes, ou me référer à mon questionnaire, dans le but de ne pas perdre le fil conducteur de mon travail. Nous allons commencer dans un premier temps par quelques informations générales vous concernant.

Annexe 8 : Modèle initial du questionnaire d'entretiens – Partie 1**Partie 1 : informations générales**

Date :

Lieu :

Age :

Sexe : F M

Fonction : Infirmier Aide-soignant Médecin Kinésithérapeute
Autre :

Service :

Ancienneté dans le service :

Ancienneté en gériatrie de façon générale :

Ancienneté dans le soin en général :

Annexe 9 : Modèle initial du questionnaire d'entretiens – Partie 2

Partie 2 : Questions ouvertes générales / préliminaires

Question 1 : Lorsque je vous parle de comportement perturbateur chez des patients âgés déments, à quoi pensez-vous spontanément ?

Question 2 :

Voici une liste des comportements perturbateurs. Lisez une première fois la liste en entier, puis essayez de citer au moins 3 des comportements que vous jugez les plus perturbateurs. En fréquence d'une part, et les plus gênants d'autre part.

Déambulation

Crache

Crie, hurle

Répétitions

Donne des coups, bouscule

Fait des bruits étranges (pleurs, rires)

Mord

Griffe

Fugue

Est opposant

Se plaint constamment

Casse, lance des objets

Cache des objets

Se blesse, ou blesse les autres

Avances sexuelles physiques ou verbales

Annexe 10 : Modèle initial du questionnaire d'entretiens – Partie 3

Partie 3 : Les comportements vocaux perturbateurs – Questions spécifiques

Mon travail de thèse s'intéresse plus particulièrement aux comportements vocaux perturbateurs des patients souffrants de troubles neurocognitifs majeurs, anciennement démences.

- Généralités

Question : Pour vous, qu'est-ce qu'un comportement vocal perturbateur ? Y êtes-vous confrontés souvent ?

Question : Quel sens donnez-vous aux CVP des patients déments ?

Question annexe / relance : qu'est ce qui, selon vous, pousse un patient à crier ?

- Axé sur le ressenti et les conséquences

Question : Face à un patient qui crie, comment réagissez-vous ?

S'il s'agit d'un patient peut sujet aux cris d'ordinaire ? A l'inverse, si c'est un patient dit « crieur » ?

Question : Quels sentiments ressentez-vous ?

Question : En quoi les CVP impactent-ils votre prise en charge et vos soins ?

Question : Dans le cas d'un patient réputé crieur, trouvez-vous que sa prise en charge est différente ? Si oui pourquoi ?

- Axé sur la gestion

Question : En quoi travailler en UCC vous a-t-il permis de mieux appréhender les CVP ?

Question : Comment prendre en charge ces patients crieurs de façon optimale ?

BIBLIOGRAPHIE

1. CNRTL. Définition de cri [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/cri>
2. Larousse É. Définitions : cri - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cri/20468>
3. Larousse É. Définitions : son - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/son/73436>
4. CNRTL. Définition de langage [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/langage>
5. CRISCO. Dictionnaire des synonymes : cri [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://crisco2.unicaen.fr/des/synonymes/cri>
6. Mol C, Chen A, Kager RWJ, ter Haar SM. Prosody in birdsong: A review and perspective. *Neurosci Biobehav Rev.* 1 oct 2017;81:167-80.
7. EVENDOL : une échelle pour évaluer la douleur de l'enfant de moins de 7 ans – Pediadol [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://pediadol.org/evendol-echelle-pour-evaluer-la-douleur-de-lenfant-de-moins-de-7-ans-aux-urgences/>
8. Orphanet: Monosomy 5p Cri du chat syndrome [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=201&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Cri-du-chat-syndrome&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease\(s\)%20concerned=Monosomy-5p--Cri-du-chat-syndrome-&title=Monosomy-5p--Cri-du-chat-syndrome-&search=Disease_Search_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=201&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Cri-du-chat-syndrome&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease(s)%20concerned=Monosomy-5p--Cri-du-chat-syndrome-&title=Monosomy-5p--Cri-du-chat-syndrome-&search=Disease_Search_Simple)
9. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 2016.
10. Sémiologie des crises épileptiques [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myog%C3%A8ne-myopathique/semiologie-crises-%C3%A9pileptiques>
11. Cohen-mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A Description of Agitation in a Nursing Home. *J Gerontol.* 1 mai 1989;44(3):M77-84.
12. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated Behaviors in the Elderly: I. A Conceptual Review. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(10):711-21.
13. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, et al.

Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int Psychogeriatr.* janv 2015;27(1):7-17.

14. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1 déc 1994;44(12):2308-2308.

15. The Neuropsychiatric Inventory: Development and Applications - Jeffrey Cummings, 2020 [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/doi/10.1177/0891988719882102>

16. Cariaga J, Burgio L, Flynn W, Martin D. A Controlled Study of Disruptive Vocalizations among Geriatric Residents in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(5):501-7.

17. Calvet B, Charles J-M, Clément J-P. Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 avr 2017;17(98):125-35.

18. Von Gunten A, Alnawaqil A-M, Abderhalden C, Needham I, Schüpbach B. Vocally disruptive behavior in the elderly: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(4):653-72.

19. Cohen-Mansfield J, Werner P, Hammerschmidt K, Newman JD. Acoustic Properties of Vocally Disruptive Behaviors in the Nursing Home. *Gerontology.* 2003;49(3):161-7.

20. Manière D, Morlet M, Ploton L. Les comportements vocaux perturbateurs. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 juin 2010;8(2):111-21.

21. Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. Screaming in Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38(7):785-92.

22. Nagaratnam N, Patel I, Whelan C. Screaming, shrieking and muttering: the noise-makers amongst dementia patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 1 mai 2003;36(3):247-58.

23. Berastegui C, Monfort E, Boudin B. Vocally disruptive behaviors management in older people with dementia. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement.* mars 2017;15(1):35-46.

24. Bourbonnais A. Les sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée [Thèse en sciences infirmières]. Université de Montréal; 2009.

25. Karcher P. Les cris : prendre soin en situation de complexité et d'incertitude. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 août 2019;19(112):209-14.

26. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Saint-Denis: HAS; 2018 p. 35.

27. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull Marie-Claire. Mini DSM-5 Critères

- Diagnostiques - 3rd Edition [Internet]. Elsevier Masson; 2016 [cité 11 janv 2021]. 416 p. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/books/mini-dsm-5-criteres-diagnostiques/crocq/978-2-294-73963-7>
28. Maladie d'Alzheimer - Troubles neurologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/maladie-alzheimer>
29. Elsiddig AAI, Grosu C, Ferrer Soler C, Scheffler M, Cotta Ramusino M, Trombella S, et al. L'atrophie du lobe temporal mésial détectée par IRM en tant que biomarqueur de la maladie d'Alzheimer. *Rev Médicale Suisse*. 2018;14(620):1716-1720£.
30. Raz L, Knoefel J, Bhaskar K. The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia. *J Cereb Blood Flow Metab*. janv 2016;36(1):172-86.
31. Quaderi A. Le dément communique par ses troubles du comportement. In: Approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer [Internet]. De Boeck Supérieur; 2013 [cité 14 déc 2020]. p. 19-32. Disponible sur: <https://www.cairn.info/approche-non-medicamenteuse-de-la-maladie--9782804185992.htm>
32. Groulx B. Les cris et les lamentations des patients atteints de démence (deuxième partie). *Rev Can Mal Alzheimer*. janv 2005;7-11.
33. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 2016;30:481-97.
34. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. *Pain Rep* [Internet]. 25 déc 2019 [cité 27 nov 2020];5(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7004504/>
35. Chibnall JT, Tait RC. Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain*. mai 2001;92(1-2):173-86.
36. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr*. déc 2014;14(1):1-19.
37. Arroyo JF. Approche/évaluation de la douleur chez la personne âgée : mission impossible ? *Rev Médicale Suisse*. 2011;7(294):1022.
38. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 27 janv 2006;6:3.
39. Ratl P, Jouvel E, Pickeringl G, Donnarell L, Nguyenl L, Michell M, et al. Validation of an acute pain-behavior scale for older persons with inability to communicate verbally: Algoplus®. *Eur J Pain*. 2011;15(2):198.e1-198.e10.

40. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*. 1 janv 2003;4(1):9-15.
41. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* [Internet]. 17 juill 2011 [cité 12 nov 2020];343. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d4065>
42. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. *J Gerontol Ser A*. 1 mars 2003;58(3):M249-65.
43. Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis: HAS; 2017 oct p. 331.
44. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*. 4 juin 2005;365(9475):1961-70.
45. Wragg R, Jeste D. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 1 mai 1989;146(5):577-87.
46. Yaffe K. Midlife vs Late-Life Depressive Symptoms and Risk of Dementia: Differential Effects for Alzheimer Disease and Vascular Dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mai 2012;69(5):493.
47. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence? *Maturitas*. 1 oct 2014;79(2):184-90.
48. Köhler S, van Boxtel M, Jolles J, Verhey F. Depressive Symptoms and Risk for Dementia: A 9-Year Follow-Up of the Maastricht Aging Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 oct 2011;19(10):902-5.
49. Cohen-Mansfield J, Libin A. Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *J Psychiatr Res*. 1 mai 2005;39(3):325-32.
50. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.
51. Département de gériatrie CHU Clermont-Ferrand. Echelle gériatrique de dépression (GDS) [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.sgca.fr/outils/gds30.pdf>
52. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. avr 2005;5(26):44-51.
53. Echelle de Cornell [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.sommeil-mg.net/spip/questionnaires/Cornell.pdf>

54. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psych*. 1 févr 1988;271-84.
55. Raskin A, Schulterbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *J Nerv Ment Dis*. janv 1969;148(1):87-98.
56. Association ADCAS. Score de Raskin [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/2338861/score-de-raskin---association-edcas>
57. Brossard F. Remarques théorico-cliniques sur les cris. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. mars 2019;19(110):61-6.
58. Groulx B. Les cris et les plaintes des patients atteints de démence (première partie). *Rev Can Mal Alzheimer*. janv 2004;6(2):11-4.
59. Calvet B, Clément J-P. Les cris récurrents chez le patient atteint de démence. *Presse Médicale*. 1 févr 2015;44(2):150-8.
60. Michel J-M. Une prise en soins d'un patient crieur d'évolution défavorable. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 août 2019;19(112):195-9.
61. Eters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-8.
62. Pellerin J, Saury V. Le malade déficitaire, sujet à (haut) risque de maltraitance. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 févr 2015;15(85):44-9.
63. Moulias R, Monfort J-C, Beaulieu M, Simon-Marzais M, Isern-Real M-H, Poch B, et al. Pratiques professionnelles inappropriées et maltraitements. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 avr 2020;20(116):112-23.
64. Bonté F. Maltraitements et démences : pertinences de prises en charge en hôpital de jour psychogériatrique. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 juin 2010;10(57):125-30.
65. Ballard CG, Waite J, Birks J. Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 [cité 27 nov 2020];(1). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD003476.pub2>
66. Banerjee S. The use of antipsychotic medication for people with dementia : time for action. *Minister of State for care services*; 2009 nov p. 63.
67. Filhol O. La famille dans tous ses états. *Empan*. 2002;no47(3):121-9.
68. Hiyoshi-Taniguchi K, Becker CB, Kinoshita A. What Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Affect Caregiver Burnout? *Clin Gerontol*. 27 mai 2018;41(3):249-54.
69. Bardot F. Travail et maltraitance dans une maison de retraite. *Travailler*. 2009;n° 22(2):121-34.

70. Jutkowitz E, Brasure M, Fuchs E, Shippee T, Kane RA, Fink HA, et al. Care-Delivery Interventions to Manage Agitation and Aggression in Dementia Nursing Home and Assisted Living Residents: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(3):477-88.
71. Doyle C, Zapparoni T, O'Connor D, Runci S. Efficacy of Psychosocial Treatments for Noisemaking in Severe Dementia. *Int Psychogeriatr*. déc 1997;9(4):405-22.
72. Bowers BJ. Family Perceptions of Care in a Nursing Home1. *The Gerontologist*. 1 juin 1988;28(3):361-8.
73. Edvardsson D, Sandman PO, Nay R, Karlsson S. Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *Int Psychogeriatr*. août 2008;20(4):764-76.
74. Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P. Quand la relation d'aide tombe malade, ou le travail du burn out. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 oct 2009;9(53):239-44.
75. Nau Jean-Yves. Le temps est-il venu d'inclure le « burnout » dans la nosographie ? *Rev Médicale Suisse*. 2016;12(509):524-5.
76. World Health Organization. Dans la Classification internationale des maladies, le burn-out, ou épuisement professionnel, est considéré comme un «phénomène lié au travail» [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/
77. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2009 mai [cité 17 nov 2020] p. 94. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-argumentaire.pdf
78. Vaillant-Ciszewicz A-J, Rossi R, Quaderi A, Palazzolo J. Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 avr 2017;17(98):109-13.
79. Allemang-Trivalle A, Belfihadj K, Walus A, Bruniaux G, Manguin N, Villenfin C, et al. Évaluation du chariot Snoezelen chez des patients déments sévères hospitalisés en SSR et en SLD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. févr 2021;21(121):4-10.
80. Wu Y-H, Pino M, Boesflug S, de Sant'Anna M, Legouverneur G, Cristancho V, et al. Robots émotionnels pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer en institution. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 août 2014;14(82):194-200.
81. Malvy L. Bénéfice de l'utilisation d'un programme de stimulation cognitive sur tablettes tactiles chez des personnes âgées dépendantes et institutionnalisées : programme KODRO. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2016;16(96):344-52.
82. Ball EL, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin SD, Hewitt J, McCleery J. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 [cité 25 janv 2022];(8). Disponible sur:

<http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003150.pub3/full>

83. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003150.
84. Forrester LT, Maayan N, Orrell M, Spector AE, Buchan LD, Soares-Weiser K. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 févr 2014;(2):CD003150.
85. Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative, toutes les questions clés de la démarche.* 3ème édition. Paris: Vuibert;
86. France Alzheimer et maladies apparentées. L'unité cognitivo-comportementale [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://aides.francealzheimer.org/accompagnement/moins-60-ans/a-domicile-moins-60-ans/dispositifs-daccompagnement-scenario-6-1/soins-et-accompagnement-a-l'exterieur-du-domicile-scenario-6-1/lunite-cognitivo-comportementale/>
87. Rocher P, Lavallart B. Plan Alzheimer 2008-2012. *Gerontol Soc.* 1 sept 2009;32128129(1):13-31.
88. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire DHOS/O2/O1/DGS/MC3 relative à la mise en oeuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012. 2008-291 sept 15, 2008.
89. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
90. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Rech Qual - Hors Sér.* 2013;(15):435-52.
91. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer.* 2ème édition. Louvain-la-Neuve: Deboeck supérieur;
92. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
93. Grosclaude M. « Soigner avec plaisir » dans la démence : une utopie ? L'expérience d'une équipe de gérontopsychiatrie entre 1987 et 1999. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 août 2020;20(118):203-10.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : REHEIS Prénom : Marc

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À Strasbourg, le 26/07/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUMÉ :

INTRODUCTION : Les comportements vocaux perturbateurs, dont font partie les cris, sont des manifestations fréquentes chez les patients souffrant de démence. Leur caractère perturbateur met à l'épreuve les soignants amenés à les prendre en charge, notamment en secteur hospitalier, et même dans des services spécialisés, tels que les UCC, unités cognitivo-comportementales.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés en présentiel auprès de 22 soignants intervenant dans les UCC des centres hospitaliers de Strasbourg, Colmar et Mulhouse. L'objectif principal est d'évaluer le ressenti de ces soignants face aux comportements vocaux perturbateurs des patients déments.

RÉSULTATS : Dans le cas d'un cri aigu, inhabituel, les soignants réagissent de façon systématique et cadrée, à la recherche d'un sens et d'un moyen d'y répondre. La répétition des cris est un véritable point de rupture, aussi bien dans la prise en charge que le ressenti. Le sens se perd, l'habitude s'installe et tout un ensemble d'affects négatifs se présente, allant de la lassitude, à l'impuissance, en passant par la colère et l'indifférence. Toutefois, le travail d'équipe et l'organisation des UCC protègent les soignants et leur donne les ressources nécessaires pour tenir.

DISCUSSION : Il ressort de cette étude le rôle primordial du relationnel et du temps passé auprès des patients pour les apaiser en situation de crise, mais aussi pour les accompagner et les comprendre, afin d'anticiper le plus possible.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :
Médecine générale

MOTS-CLÉS :
Troubles du comportement / Cris / Démence / Unité Cognitivo-comportementale / Soignants / Étude qualitative

PRÉSIDENT : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL
Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Marc MICHEL
Monsieur le Professeur Frédéric BLANC
Monsieur le Professeur Fabrice BERNA

ADRESSE DE L'AUTEUR :
Monsieur Marc REHEIS
23, rue Jacob, 67200 Strasbourg