Les formations du personnel soignant dans la prise en charge des troubles du comportement des personnes âgées

Mémoire de fin d'études
DIU Psychopathologie des personnes âgées
UFR Médecine Tours/Poitiers/Nantes/Angers

Myriam CARPENTEY

Soutenu à Tours le 07/01/2015

Directeur de mémoire :

Dr Isabelle MERLET-CHICOINE

Neuro-gériatre

CHU Poitiers

Sommaire

Glossaire 3
I. Introduction 5
II. Etat des lieux 8
A. Plan Alzheimer et recommandations 8
B. Formations 11
C. Contenu des Formations du personnel soignant 12
III. Etude de cas 24
A. Méthodologie d'enquête 24
1. Population 24
2. Questionnaire 24
B. Analyse des résultats 27
IV. Discussion 32
A. Analyse des pratiques 32
B. Les détresses, les demandes, les futurs Plans 33
V. Conclusion 35
VI. Bibliographie 37
VII. Annexes 39

Glossaire

Amimie : Perte plus ou moins complète de l'utilisation des gestes[1]

Aboulie : Trouble mental caractérisé par l'absence ou la diminution de la volonté[1]

Anhédonie : Déficit dans la capacité à éprouver du plaisir

Apragmatisme : Incapacité (psychique) à entreprendre des actions

AMP : Aides Médico-Psychologiques

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AS : Aide-Soignant(e)s

AVS : Aide de Vie Sociale

DGS : Direction Générale de la santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipes Spécialisées Alzheimer

HAS : Haute Autorité de Santé

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UCC : Unités Cognitivo Comportementales

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

[1] Dictionnaire des termes techniques de médecine, Garnier Delamare, 20e édition, Maloine SA Editeur, Paris, 1978

Résumé

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité des formations enseignées au personnel soignant dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées. La revue des recommandations de bonnes pratiques professionnelles permet d'identifier dans un premier temps les thèmes de formations référencés dans ce secteur d'activités. Les formations existantes sont alors analysées dans leur contenu afin de vérifier leur cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

Une enquête permet de mesurer l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentées des professionnels en fonction des formations suivies et comparée à leur expérience professionnelle. Cette enquête met en valeur la forte demande de connaissances des soignants, notamment concernant l'aspect psychopathologique des personnes âgées et de la conduite à tenir en cas de crise. Elle permet donc de construire un programme de formation des soignants qui réponde à la fois à leurs demandes et aux besoins des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Mots clefs : Alzheimer- formation- recommandations- bientraitance.

I. Introduction

La démence, dont la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés concerne aujourd'hui 35 millions de personnes âgées dans le monde et 900 000 personnes en France métropolitaine, avec chaque année plus de 225 000 nouveaux cas si les choses n'évoluent pas, près de 1300 000 personnes devraient être atteintes en 2020[2]

La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive[3].

La démence est causée par un ensemble de maladies et de traumatismes qui affectent principalement ou dans une moindre mesure le cerveau, comme la maladie d'Alzheimer ou l'accident vasculaire cérébral.

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus commune et serait à l'origine de 60-70% des cas de démences. Les autres formes répandues sont notamment la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, et la démence fronto-temporale. Les frontières entre les différentes formes de démence ne sont pas nettes et les formes mixtes sont fréquentes.

La démence est particulièrement éprouvante, non seulement pour les malades, mais aussi pour les personnes qui prodiguent les soins et pour les familles. C'est une maladie évolutivedontle dernier stade est caractérisé par une dépendance et une inactivité presque totales. Les troubles de la mémoire sont importants et les signes et symptômes physiques deviennent plus évidents induisant des troubles du comportement.

Les troubles du comportement rencontrés peuvent être de plusieurs ordres :

Les symptômes psycho-comportementaux positifs[4] :

- Moteurs : déambulation, agitation
- Emotionnels : anxiété, agressivité, plaintes somatiques
- Psychotiques : hallucinations, délires
- Cognitifs : confusion, anxiété
- Instinctuels : troubles du sommeil, des conduites alimentaires, de la sexualité

Les symptômes psycho-comportementaux négatifs :

[2]Rapport Alzheimer Disease International, Rapport 2013, M. Prince, M. Prina, M. Guerchet, Septembre 2013, p. 1

[3]OMS, La démence, Aide-mémoire N°362, Avril 2012

[4] Evaluation et traitement des troubles du comportement, expérience UCC Nantes, Dr. J. Cholet, Cours du DIU Psychopathologie des personnes âgées, 17 Janvier 2014

*Voir glossaire

- Cognitifs : mnésiques, concentration, attention, langage
- Moteurs : amimie*, aboulie*, apragmatisme*
- Emotionnels : retrait affectif, tristesse, anhédonie*

Les symptômes psycho-comportementaux relationnels :

- Contexte de fin de vie : régler les comptes vis-à-vis de la famille et de l'entourage
- Place des aidants naturels et professionnels : liens, transferts

L'absence de traitement en dehors des traitements étiologiques qui présentent des risques important d'iatrogénie impose une prise en charge non médicamenteuse mise en place par le personnel et les aidants familiaux accompagnant les patients dans leurs activités de vie quotidienne.

Chaque symptôme, chaque patient demande une prise en charge adaptée à son trouble du comportement et l'expérience des soignants ne les a pas toujours confrontés à chaque particularité de ces troubles du comportement, qu'ils ne comprennent pas.

Pour que le traitement non médicamenteux soit efficace, pour que le personnel sache s'adapter à chaque trouble du comportement, il faut qu'il le comprenne, qu'il puisse avoir la bonne attitude pour ne pas amplifier le trouble et ne pas se retrouver en échec dans sa prise en charge du patient.

Lors de mes expériences professionnelles comme cadre de santé en EHPAD, évaluateur externe en établissements médico-sociaux ou lors de mon stage en UCC,j'ai remarqué que les soignants se trouvaient parfois en échec face à un trouble du comportement dont ils n'avaient pas l'expérience ou dont ils n'avaient pas connaissance.

L'hypothèse de départ est donc que la formation des soignants leur permet d'être efficaces dans la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement.

Plusieurs questionnements peuvent être envisagés et motivent un travail de recherche :

- Quelle formation spécifique des soignants sur les troubles du comportement permet de diminuer les situations d'échec dans la prise en charge de ces patients ?
- L'expérience professionnelle qui confronte les soignants à des situations variées et à des troubles comportementauxdifférents est-elle aussi efficace en enseignement qu'une formation ?
- Quelles sont les recommandations en matière de formation pour améliorer la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dans les établissements qui les accueillent ?
- Les conduites à tenir recommandées dans le cadre de la bientraitance auprès des personnes âgées sont-elles adaptées à la prise en charge spécifique des patients présentant des troubles du comportement ?
- Une formation en psychopathologie des personnes âgées permet-elle une meilleure compréhension des troubles du comportement des personnes âgées et surtout une meilleure prise en charge des patients ?

L’objectif de ce travail va donc être de tester ces hypothèses à travers une enquête auprès du personnel soignant qui prend en charge ce type de patient.

Le travail préliminaire à cette enquête va être de recenser les recommandations en terme de formations des soignants prenant en charge ces patients et d’identifier les formations existantes dans ce domaine.

Après avoir identifié le contenu des formations existantes, l’enquête devrait nous permettre de mesurer l’efficacité de chaque formation dans la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement.

II. Etat des lieux

A. Plan Alzheimer et recommandations

La prise en compte, dans les politiques publiques[5], de la maladie d'Alzheimer date des années 2000. Deux plans se sont succédés avant que la prise en charge de cette pathologie ne devienne « grande cause nationale » en 2007.

Première réponse globale à la montée de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, le plan 2001- 2005 est plus particulièrement centré sur le diagnostic de la maladie et la création de consultations mémoire, sur la création d'accueils de jour et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le deuxième plan poursuit les actions du premier en le complétant par des mesures portant sur la reconnaissance de la maladie à part entière (nouvelle affection de longue durée ALD 15), par la création d'outils de formation et d'information et par le renforcement de la médicalisation des établissements d'hébergementpour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le troisième plan Alzheimer 2008/1012[6] a été proposé le 1er Février 2008. Ce plan est doté des moyens nécessaires à la recherche, le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et de leurs familles.

Le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit (Objectif N°6)de valoriser les compétences et développer les formations des professionnels en mettant en place un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer (mesure N°20) et notamment pour améliorer la prise en charge des malades, la mise à disposition de compétences professionnelles nouvelles :

- L'identification et la professionnalisation, d'une fonction « d'assistant en gérontologie » pour les AS (aide-soignant(e)s), AMP (Aides Médico-psychologiques) et AVS (Aides de Vie Sociale) travaillant dans les structures accueillants des personnes âgées : SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), UHR (Unité d'Hébergement Renforcé), PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) et les UCC (Unités Cognitivo Comportementales).
- Des nouvelles techniques de soins relationnels, de communicationnon verbale dans les référentiels de formation des métiers des Psychomotriciens et des Ergothérapeutes intervenants en SSIAD et en EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes).La formation initiale des ergothérapeutes et des

[5] ADSP (*Actualité et dossier en santé publique)* Revue trimestrielle du Haut Conseil de la Santé publique, n° 65 décembre 2008

[6] Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008- 2012, 1er Février 2008

psychomotriciens intégrera un module de formation axé sur les neurosciences et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

- Un plan de formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant dans les unités adaptées des EHPAD

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit de généraliser la réalisation de « pôles d'activités et de soins adaptés » dans les EHPAD et « d'unités d'hébergement renforcées » dans les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD) selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées. Pour répondre à cette mesure, laDirection générale de l'action sociale a publié un cahier des charges relative aux PASA et UHR pour une prise en chargeadaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement[7]
Ce cahier des charges détaille la qualité et la formation du personnel intervenant dans ces unités spécifiques :

En complément du personnel intervenant déjà dans l'EHPAD, l'équipe qui est dédiée au pôle de soins et d'activités adaptés est obligatoirement composée :

– d'un psychomotricien et/ou d'un ergothérapeute ;

– d'assistants de soins en gérontologie ;

L'un de ces professionnels doit être en permanence présent dans l'unité. – d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et l'équipe.

Les professionnels intervenant au sein du pôle sont formés :

– à l'utilisation des outils d'évaluation ;

– aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ;

– aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ;

– à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).

Les autres personnels susceptibles d'intervenir dans le pôle sont formés notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie. L'ensemble du personnel de l'EHPAD est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes à la sortie du PASA, dans les meilleures conditions.

[7] Annexe VIII de la Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Les Recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) en Mai 2009 [8] ont mis en place des actions de prévention des troubles du comportement des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer par la formation des soignants :

Il est recommandé que tous les professionnels soient formés sur les troubles du comportement (facteurs de risques, symptômes, etc.) et leur prévention.

Les intervenants professionnels doivent connaître les difficultés d'adaptation de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et le risque de situation de crise. Les professionnels doivent être formés à des principes spécifiques d'aide, de bientraitance dans les soins, mais aussi de résolution de situations difficiles. Il faut développer la formation aux techniques de relation au patient, en particulier lors de certaines actions qui peuvent être l'occasion de troubles du comportement : actes de la vie quotidienne intime tels que repas, toilette, habillage. Ces techniques ont pour buts :

• d'augmenter le sentiment d'efficacité ;

• de limiter les risques de détresse, d'épuisement ;

• d'éviter des attitudes qui pourraient être inadaptées et générer d'autres troubles.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles diffusées par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Medico-sociaux) prévoient que le personnel des établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées soient qualifiés, spécifiquement formés et soutenus pour accompagner les personnes accueillies.[9]

Il est recommandé que des actions de formation soient engagées sur les «savoir-être» et «savoir-faire» par ailleursdéveloppés dans les recommandations de la HASsurlethèmedelamaladied'Alzheimeretdesmaladiesapparentées.Ilestrecommandé que ces formations soient dispensées à l'ensemble des professionnels en contact avec les personnes accueillies.

Cesformations sont destinées entreautres:

- à l'actualisation des connaissances sur lamaladie et sa priseencharge, son retentissement sur les capacités de la personne malade dans les actes de la vie quotidienne;
- àlamise en place de stratégies adaptatives qui respectent la personne et son histoire;
- à la compréhension et àl'évaluation des troubles psychologiques et comportementaux,
- àleur anticipation et àlarésolution des situations de crise;
- aux techniques de communication, «savoir-être» et «savoir-faire»;
- àl'évaluationdeladouleur,plusparticulièrementchezlespersonnes noncommunicantes.

[8] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, Mai 2009, page 18

[9] Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, Février 2009, page 13.

B. Formations

Les techniques de communication, de « savoir -être » et de « savoir -faire » qui font l'objet des recommandations à la fois de l'ANESM et de la HAS pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentés ou des patients âgés présentant des troubles du comportement sont communes aux recommandations de bientraitance.

Une concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démencesa eu lieu en 2006[10]à l'initiative des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) de Nice et de Toulouse. Cette concertation professionnelle, qui tente d'apporter des réponses pratiques, est spécifiquement centrée sur l'agitation, l'agressivité, les comportements d'opposition et les symptômes psychotiques pouvant survenir chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées. Une des propositions issue de cette concertation est que les équipes prenant en charge les personnes âgées en institution soient sensibilisées et formées au repérage des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Des programmes de formation visant ces objectifs sont utiles et doivent être adaptés à chaque environnement. L'efficacité de ces mesures a été démontrée sur la santé des aidants et des patients, et sur le sentiment d'efficacité des équipes.

Au vu de toutes ces recommandations et mesures il est donc évident que la qualité de prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées passe par la formation du personnel qui les prend en charge dans les institutions.

Les techniques de prise en charge des patients présentant des troubles du comportement se rapprochent des recommandations de bientraitance pour la prise en charge des personnes âgées en institution, qu'elles soient ou non atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée.

C'est pour cette raison que dans notre travail de recherche, nous allons prendre en compte toutes les formations et sensibilisations apportant des techniques de savoir-être et de savoir-faire avec l'intention de vérifier que ces formations représentent bien un soutien aux équipes soignantes confrontés à des patients présentant des troubles du comportement et répondent aux différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les différentes recommandations préconisent plusieurs thèmes à aborder lors des formations ayant pour objectif la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement :

- Facteurs de risques[11]
- Symptômes[10]

[10]Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences, La Revue de Gériatrie, Tome 31, N°9 NOVEMBRE 2006, page 696.
[11] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, Mai 2009, page 18

- Techniques d'observation des comportements[12]
- Techniques d'analyse des comportements[11]
- Retentissement sur AVQ[13]
- Techniques de soins relationnels[10et11]
- Communication non verbale10
- Evaluation NPI[11]
- Evaluation MMS[11]
- Evaluation douleur[12]

L'analyse du contenu des formations enseignées au personnel soignant aura pour objectif de vérifier que ces thèmes recommandés par l'HAS et l'ANESM sont repris dans les différentes formations suivies par les soignants.

C. Contenu des Formations du personnel soignant

a) ASG : Assistant de soins en gérontologie

Il s'agit là d'un nouveau métier, ou plutôt d'une nouvelle fonction, qui consiste « en une assistance dans les actes de la vie quotidienne des personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer et de leur entourage ». La formation conduisant à ce titre d'ASG dure 140 heures. Définie dans un référentiel, elle est ouverte aux aides-soignantes et aides médico-psychologiques travaillant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans des structures spécialisées.

Le référentiel de formation ASG[14] de déroule en 5 modules:

DF1 :Concourir à l'élaboration et à la miseen œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne

- Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
- La maladie et son évolution.
- Notion de démence.
- Les droits de la personne.
- Les devoirs du professionnel
- Le projet individualisé : approche des méthodes et techniques d'élaboration et de mise en œuvre du projet individualisé (démarche, protocole ou projet de soins) pour une personne qui ne peut plus s'exprimer de manière cohérente
- L'importance fondamentale du travail avec la famille / l'aidant
- Connaissances des réseaux et des différentes structures et services d'accueil
- Le maintien à domicile et l'entrée en institution
- Le travail en équipe pluri-professionnelle

[12] Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008- 2012, 1er Février 2008, Objectif N°6
[13] ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, Février 2009, page 13.
[14] Arrêté du 23 Juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie, JORF du 16/07/2010, annexe IV, référentiel de formation

DF2 : Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie

- La relation d'aide
- Particularités de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer
- L'accompagnement lors des différents moments de la journée, supports à la relation
- L'alimentation et l'état nutritionnel
- L'accompagnement lors des activités complexes

DF3 : Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues

- Vie collective
- La famille
- L'importance d'une communication adaptée
- Définition et objectifs des principales activités
- Organisation générale des activités

DF4 : Comprendre et interpréter les principauxparamètres liés à l'état de santé

- Notions essentielles en anatomie et physiologie du corps humain
- Situations pathologiques et conséquencessur l'état clinique de la personne
- Notion de Maladie
- Démarche d'observation d'une situation : signes cliniques, changement de l'état
- clinique, alerte et urgence
- Evaluation : NPI, MMSE
- Les signes psychologiques et comportementaux : Repérage, compréhension, éléments favorisants et conduites à tenir
- Fonctions cognitivo-comportementales

DF5 : Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées

- Situations de soins
- Notions élémentaires sur les principales pathologies gériatriques associées
- Notions de pharmacologie
- Démarche de soins
- Techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer
- Dimension éthique
- Problèmes de fin de vie

b) Humanitude

Face aux préoccupations de bientraitance des personnes âgées et handicapées, une méthode innovante a complètement bouleversé le monde des soins.
Cette méthode, appliquée dans de plus en plus d'établissements, repose sur la philosophie de l'Humanitude et s'applique à tenir compte de ce qu'il y a de particulier chez l'homme. Les soignants ont alors pour rôle non plus seulement de répondre aux besoins physiologiques des personnes, mais aussi de respecter leurs désirs et de favoriser leur bien-être.
Yves Gineste et Rosette Marescotti travaillent dans des établissements de soin, où ils forment les personnels à une méthodologie de soin centrée sur lelien entre le soignant et la personne

soignée. L'Humanitude est ainsi fondée sur trois piliers de communication: le regard, la parole et le toucher.
En s'inspirant de la façon dont le bébé est "mis en humanitude" après sa naissance, Yves Gineste explique les caractéristiques de ces piliers de la relation avec autrui.
Une autre caractéristique de l'homme est que c'est un être vertical. La verticalisation occupe ainsi une place importante dans la méthodologie de soins Gineste-Marescotti.

Le programme de Formation Humanitude[15] de déroule sur 4 jours soit 28h:

Philosophie de l'Humanitude®
- Du patient au client de soin
- Des établissements de soin au milieu de vie
- De la prise en charge au prendre soin

La méthodologie de soinGineste-Marescotti® La Manutention relationnelle®
- De la manutention des malades à la manutention relationnelle
- La manutention relationnelle comme acte de soin et de retour à la santé

Les syndromes coginitivo-mnésiques
- Les types de démences et troubles cognitifs
- Les comportements d'agitation pathologiques : compréhension et prévention

La communication, un outil au service du prendre soin
- Pourquoi et comment communiquer
- Théories et pratiques de communication verbale et non verbale

L'organisation du prendre soin au quotidien
- De la démarche de soin au projet d'accompagnement personnalisé, sa réalité et son suivi

La méthode de prise en charge des patients selon le principe d'humanitude se rapproche plus d'une philosophie de prise en soin que d'une technique de prise en charge proprement dite, accès sur la bienveillance qui doit accompagner chaque soin pour favoriser la bientraitance.

c) La méthode de validation Naomi Feil[16]

La Validation, élaborée par Naomi FEIL, se veut une approche humaniste et globale de la personne, permettant d'instaurer et de maintenir la communication avec des personnes très âgées, désorientées et chez lesquelles a été diagnostiquée une démence de type Alzheimer.

Selon Naomi Feil, Valider une personne, c'est reconnaître les émotions et les sentiments de cette personne ; c'est lui dire que ses sentiments sont réels, véritables. Ne pas reconnaître ses émotions reviendrait à nier la personne.

La Validation repose sur 10 principes et valeurs fondamentales[17] :

1- Chaque personne est unique et doit être traitée en tant qu'individu.
2- Chaque personne est importante, qu'elle soit ou non désorientée.

[15] http://www.igm-formation.net, Philosophie de soin de l'Humanitude ® et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti ®, formation en établissement
[16] Les bases de la méthode de Naomi Feil, « La Validation © », aide-mémoire pour le stagiaire, Institut de formation M&R, Reims, 2007
[17] Journal d'information ALMA (Allô Maltraitance personnes âgées et/ou handicapées), Mai 2011, page 2-3

3- Il y a toujours une raison derrière le comportement des personnes désorientées.
4- Le comportement du très grand âge n'est pas seulement lié aux modifications anatomiques dans le cerveau ; mais il reflète l'ensemble des changements physiques, sociaux et psychologiques qui ont existé au cours de la vie toute entière.
5- On ne peut obliger une personne très âgée à changer de comportement. Les comportements ne peuvent changer que si l'intéressé le veut.
6- Les personnes très âgées doivent être acceptées sans jugement.
7- Des tâches sont associées à chaque étape de l'existence. Le non-accomplissement d'une tâche à l'époque correspondante de la vie, peut entraîner des problèmes psychologiques.
8- Quand la mémoire des faits récents est défaillante, les adultes âgés essaient de rééquilibrer leur vécu en se retirant dans leurs souvenirs anciens. […]
9- Les sentiments douloureux diminuent s'ils sont exprimés, reconnus, et validés par une personne de confiance qui sait écouter. Ignorés ou niés, ces mêmes sentiments douloureux augmentent.
10- L'empathie crée la confiance, réduit l'anxiété, et restaure la dignité.

Le programme de formation des soignants[18] se déroule sur 5 jours et a pour programme :

- Représentations de la vieillesse, de la démence et du travail en gériatrie
- Les concepts de base de la validation, définitions
- La relation dans le soin : les outils de communication et quelques principes de psychologie
- La démence du sujet âgé : représentions selon la psychologie humaniste et la méthode de Validation de Naomi Feil
- Mécanismes de la souffrance du soignant,
- Le travail en équipe, les outils issus de la PNL (Programmation Neuro-Linguistique), les outils de base de la Validation.

La méthode de Validation de Naomi Feil n'apporte pas de technique de soins proprement dite mais plutôt des techniques d'écoute et de communication verbales et non verbales nécessaires pour améliorer la relation et mieux prendre en charge les patients désorientés.

d) L'approche Carpe Diem par Nicole Poirier

Après des études en psychologie et gérontologie, Nicole Poirier a lancé l'approche Carpe Diem, et ouvre en 1996 la maison Carpe Diem pour accueillir des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au Québec.

La philosophie « Carpe Diem » accorde la priorité à la relation humaine, à l'écoute des personnes et la compréhension des besoins de chacun. Cette conception de l'accompagnement, inspirée de la psychologie humaniste, se base sur le respect de la personne à travers les relations humaines : respect des capacités, du rythme d'accomplissement, des limites, de la réalité de l'autre et de sa dignité.

[18] Formation : Les bases de la méthode de Naomi Feil, « La Validation © », aide-mémoire pour le stagiaire, Institut de formation M&R, Reims, 2007

Voici quelques-uns des grands principes qui soutiennent l'approche Carpe Diem[19] :

1- La personne est considérée avant sa maladie.
2- Les accompagnements ne sont pas orientés sur les déficits mais sur les ressources et les capacités des gens.
3- Tous les comportements ont un sens et constituent un message qui nous est adressé et que nous nous efforçons de comprendre.
4- C'est à nous, comme intervenants, de trouver les voies d'accès à l'univers de l'autre, et non pas à la personne atteinte d'arriver à comprendre notre réalité.
5- La structure et les services s'ajustent à la personne et à ses besoins, et non l'inverse, d'où la variété des réponses que nous apportons.
6- La médication n'est pas utilisée comme un moyen de contrôle des comportements et ne sert pas à remplacer des accompagnements humains ou à combler des lacunes organisationnelles.
7- Les étiquettes sont invalidantes : elles autorisent implicitement à transposer la totalité du problème ou du comportement sur la personne et son état. Dépassant ces étiquettes, nous nous questionnons sur notre rôle et notre part de responsabilité lors des comportements difficiles.

La formation des soignants à l'approche Carpe Diem intitulée « Carpe Diem : un regard différent, une approche différente »[20] se déroule sur 4 jours.

La philosophie « Carpe Diem » ne débouche pas sur une méthode et des savoirs techniques mais sous-tend et influence toutes les actions, les façons de voir, les attitudes et même le vocabulaire utilisé. « La clé, c'est l'orientation du regard. La pratique en découle tout naturellement. »[21]

e) **Le programme Mobiqual[22] :**

Porté depuis 2007 par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), le programme Mobiqual est une action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles – qualité des soins et du prendre soin – en EHPAD, établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

De 2010 à 2013, ce programme a été financé par la Caisse Nationale pour l'Autonomie (CNSA) au titre de sa contribution au développement de la qualité des établissements médico-sociaux.

Les différentes thématiques de ce programme sont : la bientraitance, la douleur, les soins palliatifs, la dépression, la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement, la nutrition et l'alimentation, les risques infectieux.

[19] Journal d'information ALMA (Allô Maltraitance personnes âgées et/ou handicapées), Mai 2011, page 4-5
[20] Formation « Carpe Diem : un regard différent, une approche différente », Nicole Poirier, Poitiers, 23-26 Septembre 2013
[21] Art. "L'approche Carpe Diem", Guy Bilodeau, FNADEPA n°112 – Déc.2010, p. 10-15
[22] Mobiqual.org, Diaporama de présentation du programme Mobiqual, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, page 1-6

A chacune de ces thématiques correspond au moins un outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne. Chaque outil est conçu par la SFGG, en lien avec l'ensemble des sociétés savantes et acteurs professionnels concernés.

Le programme consiste à fournir aux établissements qui en font la demande ou lors des journées d'information organisées par les ARS régionaux, des outils (sous forme de mallettes ou classeurs) dont l'utilisation vise à :

- soutenir les personnels encadrants, soignants, hôteliers qui cherchent à actualiser leurs connaissances et renforcer leurs compétences
- prendre soin des personnes hébergées, polypathologiques qui aspirent à la meilleure dernière période de vie possible

Les outils sont remis gratuitement contre un engagement volontaire de la direction et de l'équipe d'encadrement par la signature d'une charte attestant de la bonne utilisation des outils

- **Mobiqual Alzheimer**

Les contenus de la malletteMobiqual Alzheimer ont été élaborés par un groupe pluridisciplinaire et pluri-professionnel en février 2012 avec une réévaluation en avril 2012. Présentés sous forme de supports facilitant leur consultation ainsi que leur appropriation, ils comprennent :

- Une plaquette de présentation
- Des outils d'évaluation neuropsychologique, nutritionnelle, de la douleur (14 outils)
- Des fiches pratiques : questions réflexes devant un trouble du comportement aigu, savoir-faire et savoir-être, la réminiscence en pratique, l'alimentation et la maladie d'Alzheimer, Unité cognitivo-comportementale (UCC), élaborer et faire vivre une convention, … (13 fiches)
- Des fiches « Ils le font » : atelier jardin thérapeutique, une journée en PASA, en UHR, … (6 fiches)
- Des supports vidéo :

  - Film de sensibilisation Evadés du Réel (DVD 1) – versions longue (28 mn) et courte (13 mn)*Grand Prix du Jury du festival international de l'image institutionnelle et corporate 2011*

  - Séquences pédagogiques (DVD 2) – 8 points de vue de soignants et 3 séquences sur l'attitude soignante, les familles, la validation

- 22 diaporamas de formationorganisés selon trois axes :

  -Autour du patient : pathologies démentielles, diagnostic et prise en soins en EHPAD, troubles psychologiques et comportementaux, troubles du comportement alimentaire, confusion aiguë, crise d'agitation aiguë, déambulation, troubles du sommeil, apathie, dépression, refus de soins, fin de vie, interventions non médicamenteuses, contention, iatrogénie, inventaire neuropsychiatrique

- Projet d'établissement : volet spécifique pour l'accueil, réflexion éthique, relations avec les familles

- Continuité des soins : structures ressources, soins palliatifs et d'accompagnement, aspects juridiques

- **Mobiqual Bientraitance**

En 2005, dans le cadre de la préparation du Plan de lutte contre la douleur 2006-2010 dans le cadre de la loi de santé publique de 2004, la Direction Générale de la santé (DGS) a confié à Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) la mise en œuvre d'une démarche de sensibilisation à la bientraitance à destination des professionnels.

La « trousse de bientraitance » est un outil de sensibilisation/formation à la bientraitance mis à disposition des personnels des établissements depuis 2009 dans la perspective d'améliorer les pratiques professionnelles et donc la qualité des soins et de l'accompagnement en EHPAD, ainsi qu'en établissement de santé et à domicile.

Cet outil se compose :

- d'une plaquette de présentation générale abordant le cadre du projet ; la problématique, les objectifs, la démarche ; les contenus de formation ; les perspectives d'amélioration de la qualité ;
- d'un DVD contenant :
    - un premier film : ***Vingt-quatre heures de la vie d'un EHPAD*** ;
    - un deuxième film : ***Paroles de terrain*** ;
    - des séquences vidéos annexes spécifiques : toilette/soins du corps ; trouble du comportement ;
    - un ensemble de documents de référence imprimables.
- d'un poster-éphéméride permettant d'inscrire des objectifs d'amélioration définis en équipe ;
- d'un poster éphéméride mettant en valeur un certain nombre de recommandations et laissant de la place pour inscrire les « petits bonheurs du jour » ;
- des outils d'évaluation, avec un tableau des objectifs ainsi qu'une boîte à idées (permettant de recueillir les souhaits de chacun) ;
- d'un guide de l'animateur.

L'outil contient un diaporama formateur pouvant être utilisé :

- afin d'élaborer une action de sensibilisation/formation ;
- comme support de sensibilisation/formation des personnels et acteurs intervenant en établissement ;
- plus simplement, dans une optique informationnelle, pour présenter la démarche et les contenus de l'outil.

Ce diaporama est accessible dans les documents imprimables du DVD. Il est modifiable à souhait, peut donc être utilisé en totalité ou en partie, et être le cas échéant enrichi d'informations spécifiques aux contextes locaux.

L'utilisation des outils est réalisée au moyen d'une séance animée par un membre du - personnel de l'EHPAD volontaire et formé, ou un formateur externe :

- Visualisation de tout ou partie de ″24 heures de la vie d'un EHPAD″ou de l'une des autres séquences.
- Débat général et/ou ciblé sur des thématiques émergeantes spécifiques de l'EHPAD mené par l'animateur qui peut s'aider du guide de l'animateur.
- Définir en équipe des objectifs : rédaction d'un protocole (si nécessaire), désignation d'un volontaire chargé du suivi de la démarche, évaluation de la démarche auprès des résidents, de leurs proches, des personnels
- Evaluation de l'amélioration des pratiques lors de rendez-vous réguliers d'équipes.
- Utilisation des outils d'évaluation fournis dans la trousse de bientraitance : tableau des objectifs, boîte à idées, questionnaire MobiQual bientraitance.

Les outils Mobiqual bientraitance permettent donc d'enclencher une démarche de bientraitance dans l'établissement où ils sont déployés, avec 10 propositions dans la prise en charge quotidienne des patients :

1- Repérer et respecter autant que possible le choix des résidents dans les horaires.
2- Maintenir un environnement olfactif agréable.
3- Favoriser un environnement sonore signifiant.
4- Faire sortir autant que possible les résidents en extérieur (de l'établissement)au moins une demi-heure par semaine.
5- Respecter autant que possible la liberté de circuler de chacun
6- Limiter à 12 heures maximum le délai entre le repas du soir et le petit-déjeuner.
7- En cas d'appel, annoncer le délai et le respecter.
8- Définir un temps minimal pour la toilette
9- Evaluer régulièrement le degré de satisfaction des familles et des résidants.
10- Désigner un professionnel référent pour chaque résidant, chargé du recueil des plaintes, de leur transmission, de leur suivi.

Ces 10 propositions sont similaires à celles qui sont recherchées lors des évaluations externes des établissements médico-sociaux dans l'objectif de « porter une appréciation sur les activités et la qualité des prestations au regard des droits des usagers, et les conditions de réalisation du projet personnalisé »[23]puisque issues des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnellesde l'Anesm[24] qui constituent le référentiel d'évaluation externe des organismes certifiés.

[23] Décret n°2007-75 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, chapitre II, Objectifs de l'évaluation externe, Section 3, Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques, 3.1

[24] ANESM, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », Juin 2008, Repère 1, l'usager co-auteur de son parcours, pages 18-23

f) Autres formations pour les professionnels

Plusieurs organismes interviennent dans les établissements pour former le personnel à la prise en charge des troubles du comportement. Pour les collectivités territoriales le plus souvent les formations sont réalisées par le CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale). Dans le secteur hospitalier il s'agit du CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière). Dans le secteur privé, une multitude d'organismes sont certifiés et sont à même de proposer des formations dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu) des soignants. L'association France Alzheimer propose des formations pour les aidants mais aussi pour les professionnels ainsi que la formation d'ASG.

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le code de la santé publique la notion de développement professionnel continu des professionnels de santé, afin de réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Il est précisé que les règles relatives aux règles d'enregistrement des organismes de développement professionnel continu figurent dans le projet de décret en Conseil d'Etat relatif à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC).

Créé depuis le 1er juillet 2012, l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) constitué paritairement de l'Etat (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé) et de l'Assurance Maladie (UNCAM).

Les principales formations relatives aux troubles du comportement des personnes âgées et à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées proposées par le CNFPT[25] sont :

- Agressivité et troubles du comportement sur 4 jours

L'objectif de cette formation est de développer ses compétences dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs en identifiant les origines des comportements agressifs.

- Techniques de soins médicamenteuses.
- Techniques de soins non médicamenteuses.
- Recommandation de soutien aux aidants naturels.
- Outils d'évaluation des risques.
- Echelle d'évaluation des personnes âgées difficiles.
- Présentation des différents troubles du comportement ou symptômes.
- Facteurs déclenchants.
- La maladie d'Alzheimer et autres troubles apparentés.
- Les pathologies démentielles : démences, dégénérescences, ...

[25] CNFPT Poitou-charentes, Catalogue offre de formation 2015

- Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés sur 3 jours

L'objectif de cette formation est d'acquérir des connaissances sur la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés afin de mettre en place une prise en charge adaptée.

- Les modifications de l'humeur et du comportement : apathie, agressivité..
- Les exercices et activités possibles en structure pour aider les malades.
- La maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : signes, diagnostic,...
- La vie quotidienne du malade : lever, toilette, repas...

Pour le CNEH[26], les formations disponibles sur le thème sont :

- Gérer les troubles du comportement des résidents Alzheimer sur 2 jours

Les objectifs de cette formation sont de comprendre l'origine des symptômes psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer,adopter les bonnes pratiques professionnelles face à ces troubles du comportement, pallier les difficultés quotidiennes des malades Alzheimer et syndromes apparentés en équipe collégiale.

- Le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer
- Les manifestations et la prise en charge de ces troubles cognitifs dans la vie quotidienne
- Les troubles psycho-comportementaux
- La prise en charge non médicamenteuse des principaux troubles du comportement : outils d'analyse, modalités de prise en charge
- Brainstorming sur la pathologie Alzheimer
- Réflexion collective autour des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM
- Mise en œuvre des moyens de prévention des troubles comportementaux
- Les répercussions des troubles comportementaux sur l'aidant naturel et professionnel
- Cas pratiques réalisés collectivement sur les outils d'évaluation du plan individualisé

Le plus souvent la qualité de ces formations est étroitement liée à l'intervenant choisi par l'organisme de formation. Dans la majorité des cas les intervenants sont des professionnels de santé, infirmières, psychologues qui ont une expérience dans la prise en charge des personnes âgées sans avoir obligatoirement de formation spécifique de type diplôme universitaire.

Les intervenants pour Humanitude, Naomi Feil ou Carpe Diem ont suivi des formations de formateurs spécifiques avant de pouvoir intervenir pour le compte de ces organismes.

Certains établissements, le plus souvent public, proposent des formations internes basées sur un programme construit par les professionnels du secteur mais aussi des structures privées alentour qui peuvent inscrire leurs soignants à ces formations dans le cadre du DPC. Les intervenants sont issues des ressources internes à l'établissement : formateurs, ayant une expérience de pôle en gériatrie, maître de conférences associé, unité de formation et de

[26] CNEH, Catalogue formation 2015

recherche de la faculté de médecine soit des médecins gériatres, cadres supérieurs de santé, cadres de santé, etc…

Ainsi, le CHU de Poitiers[27] a son propre service de formation continue et propose :

- Culture de la bientraitance auprès des personnes âgées et des usagers en prévention des risques de maltraitance sur 3 jours.

Cette formation a pour objectifs de développer une culture de la bientraitance dans la pratique Permettre une prise de conscience des risques de maltraitance au travers des soins (attitudes, gestes, paroles...), développer le professionnalisme des soignants au regard de situations analysées dans le cadre d'une démarche éthique, valoriser le rôle des soignants dans la mise en œuvre des soins au quotidien, Favoriser des démarches qualité.

- La connaissance de la personne âgée, aspects physiologiques, psychologiques, pathologiques,
- Les concepts de bientraitance et de soins auprès des patients âgés (définitions, enjeux, projet de soins, projet de vie, projet individualisé, éthique...),
- Les définitions, différentes formes, facteurs de risque de maltraitance, résultats d'études nationales, et conduites à tenir face àune telle situation,
- Le rôle et les missions des soignants auprès des patients fragilisés,
- Les liens avec les démarches qualité (HAS, Anaes, Angelique, MobiQual).
- Echanges, questionnement professionnel, partage d'expériences
- Etudes de cas
- Recherche documentaire
- Travaux de groupes sur les modalités d'accompagnement des patients et/ou résidents

- Prise en charge des problématiques psychogériatriques présentées par des personnes vivant en institution sur 2 jours.

Cette formation a pour objectifs de Identifier les situations problèmes liées aux troubles psychopathologiques des personnes âgées ou de leur entourage, s'appuyer sur les contenus théoriques pour éclairer ces situations problèmes, construire des stratégies pour élaborer des modalités de priseen charge et d'accompagnement compatibles avec les situations problèmes. Puis, à partir des témoignages des participants: clarifier sa pratique en lien avec son champ de compétences et sa responsabilité, identifier les ressources propices à l'amélioration des pratiques professionnelles et créer éventuellement des outils de régulation des situations problèmes.

- Rappel théorique sur les troubles psychopathologiques du vieillissement
- Apports en lien avec la communication spécifique auprès des personnes âgées présentant des troubles psychopathologiques
- Réflexion animée par les pratiques professionnelles qui questionnent et posent problème dans la dynamique institutionnelle

Analyse des pratiques professionnelles : Echanges et débats, témoignages d'expériences, questionnement professionnel.

[27] CHU Poitiers, Direction des ressources humaines, formation continue, catalogue des formations 2015

L’association France Alzheimer propose au personnel soignant différentes formations ayant pour objectif de donner des clefs aux soignants dans leur prise en charge des patients atteints de la maladie d’Alzheimer. Ces clefs permettent de s’adapter à la perte d’autonomie des patients, notamment à la perte de mobilité et à la perte de certains sens comme l’ouïe, la vue, le goût, etc…

Des mises en situation, des jeux de rôles permettent aux personnes formées de se rendre compte que certains soins peuvent être ressentis comme des agressions par le patient. Les recommandations sont alors de prévenir, de montrer les gestes qui vont être réalisés et de stimuler l’autonomie des personnes âgées sans jamais leur imposer un soin et en respectant leur rythme, parfois ralenti.

L’association Alzheimer participe aussi aux sessions de formations des ASG.

Au vu de la multitudede formations identifiées, nous avons tenté de comparer ces différentes offres en fonction des thèmes abordés en lien avec les recommandations de l’ANESM et de l’HAS mais aussi de la durée et de la qualité des intervenants. Un tableau récapitulatif peut être consulté en annexe 1.

III. Etude de cas

A. Méthodologie d'enquête

Cette enquête, réalisée auprès des professionnels de santé,permet une analyseobjective, en confrontant les recherches à la réalité du terrain. Elle aainsi, pour objectif de confirmer (ou d'infirmer) l'hypothèse de départ selon laquelle la formation des soignants leur permet d'être efficace dans la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement.

1. Population

La cible choisie pour l'enquête est le personnel qui prend en charge des personnes âgées avec des troubles du comportement, soit les infirmièr(e)s, les aide-soignant(e)s, les aides médico-psychologiques mais aussi les agents de service, les psychologues et les personnes qui les encadrent (cadres de santé et infirmier(e)s coordinatrices pour les EHPAD et les SSIAD).

Les établissements ont été choisis par la possibilité qu'ils offraient de gérer la participation à l'enquête et sont donc répartis sur toute la France. Il s'agit de :

- L'EHPAD et le service de Médecine du centre hospitalier de Ruffec (16)
- Le SSIAD de St Rambert en Bugey (01)
- Les services de gériatrie du CHU de Poitiers (86)
- L'EHPAD de Sèvres-Anxaumont (86)
- Le SSIAD de Meyssac (24)
- L'EHPAD de Nogent le Rotrou (28)

A noter que l'EHPAD de Sèvres Anxaumontbénéficie d'un PASA et que l'enquête au niveau du CHU de Poitiers a été essentiellement réalisée auprès du personnel de l'UCC.

2. Questionnaire

Le questionnaire devait permettre d'analyser les actions des soignants face aux symptômes de troubles du comportement et les formations qu'ils avaient pu suivre.

La première partie du questionnaire fait donc référence aux actions que les soignants mettent en place face à des situations qu'ils ont rencontrées dans leur exercice professionnel.

Elle est constituée de 18 questions sur la confrontation à des situations dont la moitié sont fermées et l'autre moitié ouvertes afin de permettre aux répondants de décrire leurs actions.

Les symptômes décrits dans le questionnaire sont ceux que l'on retrouve dans les recommandations de l'HAS pour la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs dans la Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées[28] :

Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.

- Opposition : attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter,d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
- Agitation :comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
- Agressivité : comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou lepatient.
- Comportements moteurs aberrants : activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
- Désinhibition :comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarquesgrossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
- Cris : vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
- Idées délirantes : perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmesles plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
- Hallucinations : perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, (différentes des illusions qui sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles). Elles sont le plus souvent visuelles.
- Troubles du rythme veille/sommeil : troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nycthéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

La seconde partie du questionnaire suscite une auto-évaluation du répondant dans sa gestion personnelle des troubles du comportement et la formulation de son besoin en formation.

Elle est constituée de 11 questions fermées et de deux questions ouvertes permettant de préciser les formations souhaitées ou suivies qui ne sont pas recensées dans le questionnaire.

Les formations les plus rencontrées que le personnel soignant a pu suivre ont été choisies en fonction de leur notoriété et du nombre de soignants formés au niveau national:

- Humanitude : les auteurs de l'Humanitude travaillent en formation continue depuis 35 ans, le réseau des Instituts Gineste-Marescotti a été développé depuis 2004 et est

[28] Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, Mai 2009, page 6

monté en puissance depuis 10 ans.De 1979 à 2012, les auteurs Rosette Marescotti et Yves Gineste ont formé plus de 20 000 soignants[29].

De 2008 à fin 2014, on peut estimer à 56 000 soignants qui ont suivi une formation Humanitude. Ces informations ont été transmises par la direction des Instituts Gineste Marescotti pour le secteur national (IGN France) à notre demande.

- La méthode de validation de Naomi Feil :jusqu'à ce jour, l'Institut de formation M&R a formé 29 enseignants et présentateurs en Validation® (Niveau III) ;8 formations d'animateurs de groupe en Validation® (Niveau II) ;33 formations de praticiens en Validation® (Niveau I) ; 350 formations de Bases en Validation® ; 90 sessions de formations aux aidants familiaux

Soit plus de 7800 personnes formées à la Validation® en 10 ans selon le secrétariat de l'institut de formation M&R qui nous a fourni ces informations.

- ASG : Grâce à un financement de presque 1,4 million d'euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) a formé, en 2010, 620 assistants de gérontologie dans la fonction publique hospitalière. Les premières promotions ont fait leur rentrée en septembre 2010. Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la création, à l'horizon 2012, de 5 000 postes d'assistant de soins en gérontologie (ASG).

Par ailleurs, chacun des vingt Instituts régionaux de formation sanitaire et sociale (IRFSS) de la Croix-Rouge française dispense cette nouvelle formation,

- Mobiqual[30] : Dans le cadre de l'évaluation externe du programme MobiQual, une évaluation de l'utilisation des outils pédagogiques a été envisagée au premier trimestre 2013. Plus de 3 000 questionnaires (toutes thématiques confondues) ont été envoyés par 1 300 établissements, services et organismes de formation.

Pour la mallette Mobiqual Bientraitance, 602 questionnaires d'évaluation ont été analysés, représentant 641établissements (66% EHPAD, 14% Centres hospitaliers, 5,5% SSIAD) ayant utilisé les outils et ayant répondu.

D'après les résultats, 2 600 réunions ont été organisées dans les services, concernant 14 800 soignants.Lesinfirmières,personnelssoignants,cadresdesanté(àplusde60%),psychologuesetmédecinscoordonnateurs(respectivement58%et55%)sontlesprincipauxbénéficiaires.

Pour la mallette Mobiqual Alzheimer, 371 questionnaires d'évaluation ont été analysés, représentant 400 établissements (71% EHPAD, 18% établissements sanitaires, 5% SSIAD) ayant utilisé les outils et ayant répondu.

[29] http://actualités.leparisien.fr , Accompagner ses proches avec « humanitude » , 28 mars 2012
[30] http://www.mobiqual.org, dernières nouvelles, évaluation 2013 de l'utilisation des outils, 2 novembre 2013

D'après les résultats, les réunions organisées dans les services, ont concerné 6 900 soignants dont 23,4% aide-soignant(e)s, 21,6% infirmières, 12,6% psychologues et 12,6% animateurs.

Concernant l'association France Alzheimer, le rapport d'activité annuel de 2012 fait mention de près de 1600 professionnels formés en 2013 et 1400 en 2012.

Les formations proposées dans le questionnaire sont donc susceptibles d'être les plus suivies, avec la possibilité d'en indiquer d'autres en question ouverte.

Enfin, 4 questions permettent d'identifier le profil des répondants par le service où ils exercent, leur fonction, l'année d'obtention de leur diplôme et leur expérience en gériatrie.

B. Analyse des résultats

La diffusion des questionnaires auprès de 6 établissements nous ont permis de récolter 26 questionnaires complétés dont :

- 11 en Médecine soit 42%
- 8 en EHPAD soit 30,8 %
- 4 en UCC soit 15,4 %
- 2 En SSR soit 7,7%
- 1 par une IDE sans emploi (3,8%)

Les SSIAD où ont été diffusés les questionnaires n'ont pas répondu.

- **Profil des répondants :**

La plupart des questionnaires ont été complétés essentiellement par des IDE (50%) ou des AS (42%)

L'expérience des répondants et pour moitié inférieure à 10 ans et pour l'autre moitié supérieure à 10 ans :

Expérience	Nombre de citations	Fréquence
0-5 ans	5	19.2%
5-10 ans	8	30.8%
10-20 ans	6	23.1%
+ 20 ans	7	26.9%

En majorité les personnes répondant n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique de la prise en charge des troubles du comportement incitée par le plan Alzheimer 2008/2012 puisque diplômées avant.

- **Formation des répondants :**

Il y a 18 personnes parmi les 26 répondantsqui ont bénéficié d'une formation spécifique sur la bientraitance ou la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentés : 26,9% ont suivi la formation Humanitude et 19,2% la formation Carpe Diem de Nicole Poirier. Les autres formations proposées dans le questionnaire étaient peu ou pas suivies : 7,7% pour la validation de N.Feil et les programmes Mobiqual, aucune pour la formation ASG.

Il y a 10 personnes qui n'ont participé à aucune formation dans le domaine de la bientraitance ou des troubles du comportement.

- **Les demandes en formations :**

D'après cette enquête la demande en formation des soignants est importante :

Demande de formation adaptée	**Nombre de répondant**	**Fréquence**
Cela m'importe peu	1	3 ,8%
Je n'en sais rien encore	4	15,4%
Cela m'importe un peu	4	15,4%
Cela est important pour moi	17	65,4%
Total	**26**	**100%**

En effet, 21soit plus de 80% des répondants sont intéressés un peu ou de manière importante à une formation adaptée pour améliorer leur prise en charge des personnes âgées démentes en situation de crise.

Les besoins en formation issus de l'enquête réalisée sont :

- La bientraitance pour 74,6%
- La physiopathologie de la maladie d'Alzheimer pour 85,2%
- La conduite à tenir en cas de crise pour 96,2%

Ces demandes en formations ont pour objectif de savoir la conduite à tenir en cas de crise, de comprendre la maladie et de s'assurer de ne pas être maltraitant.

- **Les troubles du comportement les plus rencontrés :**

Trouble du comportement	**Confrontation**	**Fréquence**
Opposition	26	100%
Agitation	23	88,5%
Agressivité	22	84 ,6%
Comportement moteur aberrant	25	96,2%
Désinhibition	23	88,5%
Cris	23	88,5%
Idées délirantes	19	73,1%
Hallucinations	21	80,8%
Troubles du rythme veille/sommeil	17	65,4%

Tous les symptômes de la démence sont donc fréquemment rencontrés dans la prise en charge des personnes âgées, quel que soit le service où elles se trouvent.

- **Les actions mises en place face aux troubles du comportement :**

L'analyse des réponses consiste à identifier les actions par des mots clefs codés à partir de la saisie des réponses pour chaque action mise en place face à chaque trouble du comportement :

- En cas d'opposition, de refus de soin :

Toutes les personnes interrogées ont été confrontées à des oppositions à leurs soins.

Malgré la fréquence de confrontation à ce comportement, 2 personnes n'ont pas mis d'action en place (2 non réponses).

Il existe 33 actions différentes, les plus citées étant : décaler les soins (8), expliquer (6), faire diversion (5), négocier (5), passer la main (4), écouter (3), reporter (3), transmettre (3), abandonner le soin (2), et faire les soins minimums (2)

- En cas d'agitation :

Il existe 30 actions différentes, les plus citées étant : rester calme (8), calmer (5), faire diversion (4), parler et/ou agir avec douceur (4), écouter (3), expliquer (3), parler (3), prévenir le médecin ou l'infirmière (3), rassurer (3), comprendre (2), laisser faire (2) et sécuriser (2).

Il existe seulement 2 non réponses sur 23 situations d'agitations rencontrées.

- En cas d'agressivité :

Il existe 25 actions différentes, les plus citées étant : transmettre (8), dont au médecin (7) et à l'infirmière (2), isoler (5), sécuriser l'environnement (5), protéger (4), rassurer (4), demander de l'aide (3), calmer (3), apaiser (3), rester calme (2), comprendre (2), écouter (2), expliquer (2) et faire diversion(2).

Les 6 non-réponses sur les 22 situations rencontrées permet d'identifier que 27% des répondants ne savent pas quelle attitude avoir en cas d'agressivité du patient.

- En cas de comportement moteur aberrant :

Il existe 24 actions différentes, les plus citées étant : laisser faire (7), isoler (5), rassurer (5), accompagner (4), faire diversion (4), parler (4), douceur (3), surveiller(3), toucher(3), et transmettre (2).

Seules 2 personnes confrontées à un comportement moteur aberrant ne savent pas quelle conduite elles doivent tenir face à la situation.

- En cas de désinhibition :

Il existe 22 actions différentes, les plus citées étant : expliquer (8), rappeler les règles (6), recadrer (5), isoler (3), rester calme (2), et transmettre (3) à l'infirmière (2)ou au médecin (1).

Les 5 non réponses enregistrées malgré la confrontation à 23 situations montrent un sentiment d'impuissance de 23% du personnel soignant face à des comportements de désinhibition de la personne âgée.

- En cas de crise :

Il existe 23 actions différentes, les plus citées étant : calmer (5), parler (4), toucher (4), comprendre (3), faire diversion (3), laisser faire (3), rassurer (3), douceur (2), transmettre (2) au médecin dans les deux cas.

Les 6 non réponses enregistrées malgré la confrontation à 23 situations montrent un sentiment d'impuissance du personnel soignant face à de cris de la personne âgée dans 26% des cas.

- En cas d'idées délirantes :

Il existe 22 actions différentes, les plus citées étant : rassurer (7), écouter (5), ramener à la réalité (4), expliquer (3), discuter (2), faire diversion (2), parler(2) et reformuler (2).

Les 10 non réponses comparées aux 19 rencontres de la situation montrent que près d'une fois sur 2 le personnel ne sait pas quelle attitude avoir face à des idées délirantes. Les idées délirantes sont parmi les situations les moins rencontrées (19/26).

- En cas d'hallucinations :

Il existe 7 non réponses pour 21 situations rencontrée donc 1 répondant sur 3 ne sait pas quelle action mettre en place face à des hallucinations.

Il existe 25 actions différentes dont les plus citées sont : de répondre à la personne que l'on ne voit pas ce qu'elle voit (5), rassurer (2) et ramener à a réalité (5), écouter (4), transmettre (4), à l'infirmière et/ou au médecin (3), que l'on comprend ce qu'elle voit (3).

- En cas de troubles du rythme veille/sommeil :

Il existe 18 actions pour seulement 17 situations rencontrées, qui peut s'expliquer pas le remplissage des questionnaires par des équipes de jour.

Les actions principales sont de demander une révision du traitement au médecin (6), vraisemblablement des somnifères et de stimuler la journée (6) pour favoriser le sommeil nocturne. Les transmissions sont réalisées auprès du médecin (2) et/ou de l'équipe (1). Des actions ayant pour but de favoriser le sommeil sont réalisées comme : accompagner (2), rassurer (2) et ritualiser le sommeil (2) et laisser dormir la journée (2).

Dans ce cas, 10 non réponse sur les 17 situations prouvent que l'équipe de jour dans la majorité des cas (58%) se sent impuissante et justifie la demande de prescription.

Pour ces questions ouvertes relatives à la prise en charge dans des situations spécifiques de troubles du comportement rencontré, les réponses sont comparées aux recommandations Fiches « À FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement réalisées par le CHU de Nice à l'initiative de la Direction générale de la santé.[31]

- **Efficacité de la prise en charge des personnes âgées en fonction de la formation et de l'expérience des soignants :**

Dans le but d'analyser les réponses des répondants et d'évaluer l'efficacité de leur prise en chargedes troubles du comportement, un tableau récapitulatif consultable en annexe 5.

Pour chaque répondant identifié, chaque réponse qui correspond à celles recommandées par l'HAS est codée de un point. La somme des « bonnes réponses » permet alors de donner une note d'efficacité à chaque répondant.

Les répondants portant les numéros : 4, 7, 8, 9,11, 12, 14, 19, 23 et 26 obtiennent ainsi des scores entre 6 et 8 au maximum. Sur ces 10 soignants, 6 ont bénéficié d'une formation spécifique mais pas une formation en particulier plus qu'une autre. En termes d'auto-évaluation, 7 d'entre eux ont le sentiment (vérifié) que leur prise en charge est efficace.

Ce point confirme donc l'hypothèse selon laquelle les formations spécifiques en psychopathologie des personnes âgées permettent une meilleure compréhension des troubles du comportement des personnes âgées et surtout une meilleure prise en charge des patients.

Ce tableau permet aussi d'identifier les troubles du comportement dont la prise en charge correspond le plus aux recommandations.

Chaque trouble du comportement qui est correctement pris en charge par les répondants permet d'obtenir un score qui permet de dire que ceux-ci sont le plus souvent enrayés par des traitements non médicamenteux dans les institutions. Il s'agit de l'agressivité qui obtient un score de 16 points puis l'opposition aux soins avec un score de 14, avec un score de 12 et enfin la désinhibition avec un score de 11. L'altération du rythme nycthéméral est vraisemblablement le moins bien pris en charge avec un score de 5 parce qu'il est plutôt rencontré par les équipes de nuit et souvent pris en charge par une prescription de somnifères.

Enfin, ce tableau permet de comparer l'efficacité des soignants avec leurs formations et leur expérience.

[31] HAS, Recommandations de bonnes pratiques, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur », argumentaire, Mai 2009, Annexe 7, page 77

IV. Discussion

A. Analyse des pratiques

Les actions des soignants mise en place face aux situations de troubles du comportement sont comparées aux recommandations de « savoir être » et de « savoir-faire » du CHU de Nice que l'on retrouve en annexe 3

Dans le cas d'opposition aux soins, les actions de reporter les soins (8 réponses), écouter le patient(4), se faire relayer par un(e) collègue (3) et négocier les soins à minima (2) correspondent aux recommandations.

Dans le cas d'agitation, les soignants qui font diversion en changeant de sujet de conversation ou en proposant une activité (4), qui rassurent le patient (3), qui sécurisent son environnement (2), l'isole (1) et restent présents (1) respectent les recommandations.

Dans le cas d'agressivité, isoler et rassurer le patient (5), faire diversion (4), lui parler (4), être doux avec lui (3) et éventuellement entrer en contact par le toucher (3) devrait être efficace pour l'apaiser.

Si le patient a un comportement moteur aberrant tel que la déambulation, le laisser marcher (7) l'accompagner (4) tout en le surveillant (3) et en restant présent (1) permet de respecter son droit d'aller et venir en sécurité.

Les soignants qui rappellent à la personne âgée les règles de bonnes conduite en collectivité (6) en cas de désinhibition et qui protègent l'entourage en l'isolant (3) ont compris qu'il ne sert à rien de recadrer (5) un patient qui n'a pas conscience de son comportement inadapté en raison de sa pathologie (démence fronto-temporale le plus souvent).

En étant confronté à des cris répétitifs, le soignant qui tente de calmer le patient (5) en lui parlant (4) et en lui proposant une diversion (3) sous forme de collation ou d'activité a de grandes chances de voir les cris s'arrêter.

Lorsque la personne âgée est soumise à des hallucinations, il est important de lui expliquer que l'on ne voit pas les même choses que lui (5) mais qu'on le comprend (2) afin de le rassurer (5). Tenter de ramener le patient à la réalité (5) signifie que le soignant n'a pas compris que le patient est soumis à sa propre réalité qui est déformée.

Pour les personnes âgées qui ont des troubles du sommeil et une inversion du cycle nycthémal, les stimuler (6) la journée va leur permettre d'accéder à la fatigue et au sommeil la nuit. Le recours à un traitement médicamenteux (6) ne devra se faire qu'en dernière intention, en cas d'échec du traitement non médicamenteux.

D'après l'enquête réalisée, il semblerait que les soignants ont globalement la bonne attitude face aux troubles du comportement des personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou

apparentées. Cependant, les réponses erronées, bien que peu nombreuses et les non réponse si l'on considère qu'elles correspondent à une difficulté rencontrée par le soignant justifie la demande en formations.

Dans le cadre de l'autoévaluation menée par le personnel soignant répondant à l'enquête, les soignants évaluent leur prise en charge comme bonne à très bonne pour 54% d'entre eux, seul 1 répondant évalue ses actions comme mauvaises. Le reste des répondants estiment être moyennement efficaces dans leur gestion personnelle des troubles du comportement pour 30,8%. (voir la répartition en annexe 4)

Malgré un sentiment d'efficacité de la part des soignants dans leur prise en charge des troubles du comportement, ils sont demandeurs de formations.

B. Les détresses, les demandes, les futurs Plans

Le gouvernement a présenté le 18 Novembre 2014 aux acteurs du secteur le 4ème plan (2014-2019)sur Alzheimer et d'autres maladies neuro-dégénératives, visant à améliorer le diagnostic et le quotidien des malades, et à développer et coordonner la recherche. Il concerne également d'autres maladies neurodégénératives que sont la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques.

Sa "**1ère priorité**" est "d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des malades", en développant les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), élargies en 2011 à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie.Ce budget initialement prévu dans le plan Alzheimer 2008/2012 n'a effectivement été utilisé qu'à 64% avec la création de 205 MAIA sur le territoire alors que 500 étaient initialement prévues pour une couverture territoriale complète.

La **2e priorité** du plan est "d'assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants". Une augmentation de l'accompagnement à domicile est prévue, en complément des mesures déjà inscrites dans le projet de loi sur l'autonomie des personnes âgées. 74 nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) doivent être créées, permettant d'accompagner 2220 personnes de plus, et des expérimentations seront conduites pour adapter cette démarche à la maladie de Parkinson et à la sclérose en plaques. On comptait fin 2013 415 ESA comparé à un objectif de 500 dans le précédent plan Alzheimer.

La **3ème priorité** est de "développer et coordonner la recherche". L'objectif est de "mieux comprendre" ces maladies, "pour prévenir leur apparition et ralentir leur évolution".

Ainsi, le troisième objectif de ce nouveau plan Alzheimer prévoit "d'assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants" plus particulièrement à domicile en développant les ESA le plus souvent adossées à des SSIAD existants. L'intervention de l'ESA est non seulement limitée dans le temps (12 à 15 séances sur une durée de 3 mois) mais aussi dans son nombre d'intervenants : en général un ergothérapeute et un psychologue.

L'axe de la formation des soignants en institution ne fait donc pas partie des priorités de ce dernier plan Alzheimer bien que les démarches enclenchées dans les établissements ne vont que se renforcer dans le temps.

En effet, la vague des évaluations externes des établissements médico-sociaux menée fin 2014 va sans doute inciter ceux-ci à travailler sur la bientraitance et sur les formations spécifiques pour la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement.

Les référentiels d'évaluation externe utilisés par les organismes habilités par l'ANESM sont constitués par les apports des principales recommandations recommandées par l'ANESM et notamment celles axées sur la formation et la sensibilisation du personnel à la bientraitance.

Il est recommandé que les professionnels soient qualifiés, et spécifiquement formés pour accompagner les personnes accueillies.[32]

Il est recommandé que des actions de formation soient engagées sur les «savoir-être» et «savoir-faire» par ailleurs développés dans les recommandations de la HAS sur le thème de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Il est recommandé que ces formations soient dispensées à l'ensemble des professionnels en contact avec les personnes.
Ces formations sont destinées entre autres:

- A l'actualisation des connaissances sur la maladie et sa prise en charge, son retentissement sur les capacités de la personne malade dans les actes de la vie quotidienne;
- A la mise en place de stratégies adaptatives qui respectent la personne et son histoire;
- A la compréhension et à l'évaluation des troubles psychologiques et comportementaux, à leur anticipation et à la résolution des situations de crise;
- Aux techniques de communication, «savoir-être» et «savoir-faire»;
- A l'évaluation de la douleur, plus particulièrement chez les personnes non communicantes.

[32] Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » ANESM Février 2009, page 14

V. Conclusion

La plus grande difficulté dans la réalisation de cette enquête a été le recueil des questionnaires. En effet, malgré la mise à disposition d'une centaine de questionnaires, seul un tiers a pu être exploité. Les arguments avancés pour le retard a toujours été le manque de temps des soignants à cause de leur charge de travail. C'est une remarque récurrente au sein de tous les établissements rencontrés mais qui ne remet pas en cause la nécessité de perfectionner les pratiques en passant un peu de temps à se former.

On perçoit effectivement à travers cette enquête qu'il existe un besoin des soignants en formation. Ce besoin est aussi identifié dans les différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les recommandations de bonnes pratiques permettent d'identifier le programme de formation nécessaire à mettre en place.

Les thèmes de formations recommandés sont les mêmes que ceux qui ont été identifiés dans l'enquête.

Les formations qui sont actuellement sur le marché ne répondent que partiellement aux recommandations de bonnes pratiques et aux attentes des soignants. Les philosophies de soins enseignées par les organismes de formation, n'abordent que très peu la physiopathologie de la démence.

Les formations basées sur la bientraitance et sur le « savoir être » ne semblent pas suffire pour adapter son comportement à chaque symptôme de la démence des personnes âgées puisque même les personnes interrogées dans l'enquête qui ont suivi ces formations et qui estiment avoir la bonne attitude dans la prise en charge des patients sont demandeuses de formations supplémentaires sur la physiopathologie de la maladie d'Alzheimer et sur la conduite à tenir en cas de crise.

On constate aussi que les supports d'évaluation à disposition ne sont que peu connus, et rarement utilisés en institution par le personnel en dehors des médecins gériatres et de quelques psychologues. Pourtant, les médecins ont besoin de ces évaluations pour adapter et ajuster les traitements médicamenteux de leurs patients que ce soit en termes de douleur mais aussi de troubles cognitifs.

Pour répondre au plus près aux attentes des soignants et améliorer leur prise en charge des patients atteints de démence une formation spécifique pourrait être construite et qui aborderait :

- Les différentes maladies neuro-dégénératives
- Les symptômes particuliers à chaque pathologie
- Les pathologies psychiatriques vieillissantes
- L'évaluation des troubles cognitifs et de leur répercussion sur les soins

- L’évaluation et la prise en charge de la douleur
- Les traitements médicamenteux et leur iatrogénie
- Les risques et la surveillance des traitements médicamenteux
- La prévention des troubles cognitifs chez la personne âgée
- L’importance de l’environnement dans l’évolution des troubles cognitifs
- Les solutions de rééducation de l’autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Les techniques de prises en charge pour chaque trouble du comportement
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- La démarche qualité pour améliorer les pratiques
- L’intégration d’une stratégie de prise en charge personnalisée et individualisée dans le projet de vie institutionnel du patient
- La mise en situation du personnel grâce à des jeux de rôle
- L’importance des transmissions et du travail en équipe.

L’enquête qui a été réalisée dans ce travail a confirmé que la diversité des formations à l’attention du personnel prenant en charge des personnes âgées n’exclut pas la possibilité d’en construire de nouvelles, différentes et complémentaires.

Le besoin en formation continue du personnel soignant est réel, d’autant plus que la pyramide des âges va le confronter de plus en plus à des personnes âgées désorientées et que désormais les établissements dans leur totalité devront se spécialiser dans la prise en charge des troubles cognitifs des personnes âgées. Les unités spécialisées telles que les PASA, les UCC, ne sont déjà que trop engorgées, les unités mobiles ESA et les MAIA interviennent exclusivement à domicile. C’est donc au sein de chaque établissement d’accueil de personnes âgées dépendantes que la totalité du personnel devra être spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement pour le bien-être de nos ainés.

Le projet issu de ce travail d’enquête sera donc de préparer et de proposer aux EHPAD une formation spécifique permettant à tout soignant de se sentir efficace dans son travail et à toutes les familles et usagers d’être accompagnés au mieux.

VI. Bibliographie

- ADSP (*Actualité et dossier en santé publique) Revue trimestrielle du Haut Conseil de la Santé publique*, décembre 2008, n° 65
- ALMA (Allô Maltraitance personnes âgées et/ou handicapées) *Journal d'information*, Mai 2011, pages 2-5,
- ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *« L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »* ANESM Février 2009, page 14
- ANESM, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, *« La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »*, Juin 2008, Repère 1, l'usager co-auteur de son parcours, pages 18-23
- ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, *l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, Février 2009, page 13.
- BENOIT M. et al., *Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences*, La Revue de Gériatrie, vol. 31, n° 9, Novembre 2006, pages 689-696

- BILODEAU Guy, Art. *"L'approche Carpe Diem"*, FNADEPA n°112, Déc.2010, p. 10-15
- CHOLET J., *Evaluation et traitement des troubles du comportement, expérience UCC Nantes*, Cours du DIU Psychopathologie des personnes âgées, 17 Janvier 2014
- CHU Poitiers, Direction des ressources humaines, formation continue, *catalogue des formations 2015*

- CNEH, *Catalogue formation 2015*

- CNFPT Poitou-Charentes, *Catalogue offre de formation 2015*
- COSNAY F., BERISSOUL W., ROGER E., EUROPE 1, *« Le nouveau Plan Alzheimer ne convainc pas les Associations »*, 18 Novembre 2014, [en ligne]. Disponible sur Internet: < http://europe1.fr > (Consulté le 19/11/2014).
- GARNIER DELAMARE, *Dictionnaire des termes techniques de médecine*, 20e édition, Paris, Maloine SA Editeur, 1978.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, Recommandations de bonne pratique, *« Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »*, Mai 2009, page 6
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, Recommandations de bonne pratique. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Mai 2009, page 18 et Annexe 7, page 77.
- MOBIQUAL, *« dernières nouvelles, évaluation 2013 de l'utilisation des outils »*, 2 novembre 2013, [en ligne]. Disponible sur Internet: < http://www.mobiqual.org >, (Consulté le 19/11/2014)
- INSTITUT DE FORMATION M&R, *Les bases de la méthode de NaomieFeil, « La Validation © »*, aide-mémoire pour le stagiaire, Reims, 2007
- INSTITUT GINESTE MARESCOTTI, *« Philosophie de soin de l'Humanitude ® et Méthodologie de soin Gineste-Marescotti ® »*, formation en établissement. [En ligne]. Disponible sur Internet: < http://www.igm-formation.net>, (Consulté le 20/11/2014)

- LE PARISIEN, *« Accompagner ses proches avec « humanitude »* 28 mars 2012, [en ligne]. Disponible sur Internet: < http://actualités.leparisien.fr > (Consulté le 19/11/2014)
- MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, *Décret n°2007-75 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, chapitre II, Objectifs de l'évaluation externe, Section 3, Examiner certaines thématiques et des registres spécifiques, Chapitre 3.1.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, *« Arrêté du 23 Juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie »*, JORF du 16/07/2010, annexe IV, référentiel de formation
- MINISTERE DE LA SANTE, *Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*, Annexe VIII
- MINISTERE DE LA SANTE, *Plan Alzheimer 2008-2012* [En ligne]. Disponible sur Internet: < http://www.plan-alzheimer.gouv.fr > (Consulté le 19/11/2014)
- MOBIQUAL, *« Diaporama de présentation du programme Mobiqual »*, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, [en ligne]. Disponible sur Internet: < http://www.mobiqual.org >, page 1-6, (Consulté le 19/11/2014)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *La démence*, Avril 2012, Aide mémoire N°362,
- POIRIER N., *Formation « Carpe Diem : un regard différent, une approche différente »*, Poitiers, 23-26 Septembre 2013
- PRINCE M., PRINA M., GUERCHET M., *Rapport Alzheimer Disease International*, Septembre 2013, p. 1
- REPUBLIQUE FRANCAISE, *« Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 »*, [en ligne]. Disponible sur Internet: < http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladies-neuro-degeneratives-2014-2019 > (Consulté le 19/11/2014).
- REPUBLIQUE FRANCAISE, *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008- 2012*, 1er Février 2008, Objectif N°6, page 51.

VII. Annexes

Annexe 1 : Comparaison des formations disponibles portant sur la prise en charge des troubles du comportement

Annexe 2 : Questionnaire « Expérience et Formation en Gériatrie »

Annexe 3 : Fiches « À FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO)

Annexe 4 : Réponses au questionnaire « Expérience et formation en gériatrie »

Annexe 5 :Tableau récapitulatif mesurant l'efficacité de prise en charge des troubles du comportement par les soignants

- Annexe 1 : Comparaison des formations disponibles portant sur la prise en charge des troubles du comportement

	ASG	**Humanitude**	**NaomieFeil**	**Carpe Diem**	**Mobiqual** Alzheimer	**Mobiqual** Bientraitance	**CNFPT** Troubles comportement	**CNFPT** Alzheimer	**CNEH** Alzheimer	**CHU** Poitiers Bientraitance	**CHU** Poitiers Troubles psycho-gériatriques
Durée en jours	20	4	5	4	Variable	Variable	4	3	2	3	2
Intervenants	IFSI	Spécialiste	Spécialiste	Spécialiste	Interne	Interne	Consultant	Consultant	Consultant	Interne	Interne
Organisme habilité DPC	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Thèmes abordés											
Facteurs de risques[33]	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Symptômes[10]	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Techniques d'observation des comportements[34]	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Techniques d'analyse des comportements[11]	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui
Retentissement sur AVQ[35]	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
Techniques de soins relationnels[10et11]	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Communication non verbale10	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui
Evaluation NPI[11]	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Evaluation MMS[11]	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Evaluation douleur[12]	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non

[33] Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonne pratique. « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », Mai 2009

[34] Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008- 2012, 1er Février 2008, Objectif N°6

[35] Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Février 2009, page 13.

- Annexe 2 : Questionnaire « Expérience et Formation en Gériatrie

Expérience et Formation en gériatrie

- Avez-vous déjà été confrontée à ces situations?

1. Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité

O 1. oui O 2. non

2. Décrivez l'action que vous mettez en place

3. Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié

O 1. oui O 2. non

4. Décrivez l'action que vous mettez en place

5. Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient

O 1. oui O 2. non

6. Décrivez l'action que vous mettez en place

7. Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.)

O 1. oui O 2. non

8. Décrivez l'action que vous mettez en place

9. Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant

O 1. oui O 2. non

10. Décrivez l'action que vous mettez en place

11. Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives

O 1. oui O 2. non

12. Décrivez l'action que vous mettez en place

13. Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie

O 1. oui O 2. non

14. Décrivez l'action que vous mettez en place

15. Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles

O 1. oui O 2. non

16. Décrivez l'action que vous mettez en place

17. Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nycthéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée

O 1. oui O 2. non

18. Décrivez l'action que vous mettez en place

connaissances, formation et demandes

19. Vous sentez-vous efficace dans votre gestion personnelle des troubles du comportement ?

O 1. très mauvais O 2. mauvais O 3. moyennement
O 4. bon O 5. très bon O 6. ne sais pas

20. Pensez-vous qu'une formation adaptée améliorerait votre prise en charge des personnes âgées démentes en situation de crise ?

O 1. C'est le dernier de mes soucis
O 2. Cela m'importe peu
O 3. Je n'en sais rien encore
O 4. Cela m'importe un peu
O 5. C'est important pour moi

-Quelle formation serait la plus importante pour vous ?
(notez de 1 à 4 en fonction de l'importance que vous estimez)

	1	2	3	4
21. Bientraitance	O	O	O	O
22. Physiopathologie de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	O	O	O	O
23. Conduite à tenir en cas de crise	O	O	O	O

Sans importance (1), Peu important (2), Assez important (3), Très important (4).

24. autre précisez

formations suivies

	1	2
25. Naomie Feil	O	O
26. N.Poirier (Carpe Diem)	O	O
27. Humanitude	O	O
28. Mobiqual Alzheimer	O	O
29. Mobiqual Bientraitance	O	O
30. ASG (Assistant de Soin en Gériatrie)	O	O

oui (1), non (2).

31. Autre, précisez

vous connaitre

32. service ou établissement

33. fonction

34. Année d'obtention du diplôme

35. nombre d'année d'expérience en gériatrie

O 1. 0-5 O 2. 5-10 O 3. 10-20 O 4. 20+

- Annexe 3 Fiches « À FAIRE » et « NE PAS FAIRE » en cas de troubles du comportement (CHU de Nice – FFAMCO)

DANS TOUS LES CAS : vérifier au préalable que l'apparition du trouble du comportement n'est pas la conséquence d'un trouble somatique ou d'une cause environnementale. Relever les circonstances favorisant l'apparition d'un trouble du comportement. Connaître la personnalité antérieure du résident ainsi que son histoire. L'agitation/agressivité est une situation d'urgence où toute autre affaire doit cesser.

OPPOSITION - REFUS DE SOIN

À FAIRE

Être doux et adapter son comportement.
Essayer de décaler les soins autant que possible.
Être à l'écoute et prendre le temps de connaître la raison du refus.
Solliciter l'aide du patient, privilégier l'autonomie.
Demander à un autre membre du personnel d'assurer le soin.
Négocier afin d'assurer les soins prioritaires.

À NE PAS FAIRE

Infantiliser.
Faire la morale au résident.
Parler de façon autoritaire.
Réprimander.
Forcer le résident.
Utiliser des moyens de contention.

COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

À FAIRE

Vérifier qu'il porte des chaussures convenables pour la marche.
Faciliter la déambulation du résident tout en veillant à assurer la sécurité générale et le bien-être des autres résidents.
Assurer une présence régulière auprès du résident.
Marcher avec le résident et le raccompagner à sa chambre, au salon.

À NE PAS FAIRE

Barrer la route, l'empêcher d'avancer.
Obliger à s'asseoir même pendant les repas.
Laisser des obstacles sur le passage (sol humide...).
Laisser les portes des locaux techniques ouvertes.
Laisser les portes permettant l'accès vers l'extérieur ouvertes.

AGITATION

À FAIRE

Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Établir des routines quotidiennes.
Repérer les moments de fatigue et d'agacement.
Limiter le nombre et la durée des visites.
Assurer une présence permanente au moment du crépuscule.
Isoler le patient.

À NE PAS FAIRE

Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
Solliciter de façon incessante.
Utiliser des moyens de contention.

AGRESSIVITÉ

À FAIRE
Être doux.
Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson.
Être rassurant, sécurisant.
Essayer de discuter ou d'orienter le résident vers une autre idée.
Faire diversion.
Proposer une activité ou une promenade.
Proposer une collation ou une boisson.
Enlever les objets dangereux.
Assurer un périmètre de sécurité.
Demander de l'aide si besoin.
Isoler le patient.
Appeler le médecin.
À NE PAS FAIRE
Avoir des réactions brutales, agressives (garder son sang-froid).
Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
Se sentir blessé des propos tenus.
Montrer sa peur.
Infantiliser.
Adopter un ton supérieur ou autoritaire.
Tenter de raisonner le résident.
Faire des remarques humiliantes, mettre en échec.
Punir.
Utiliser des moyens de contention.

DÉLIRES, HALLUCINATIONS

À FAIRE
Indiquer au résident que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons.
Avoir des propos rassurants.
Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident vers une autre idée.
Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident et de l'entourage.
Assurer une présence régulière.
Appeler le médecin.
À NE PAS FAIRE
Paniquer.
Tenter de raisonner le résident.
Éviter l'infantilisation, ridiculiser.
Nier le délire.
Entretenir une conversation sur le délire.
Créer des situations complexes ambiguës.
Utiliser des moyens de contention.

CRIS

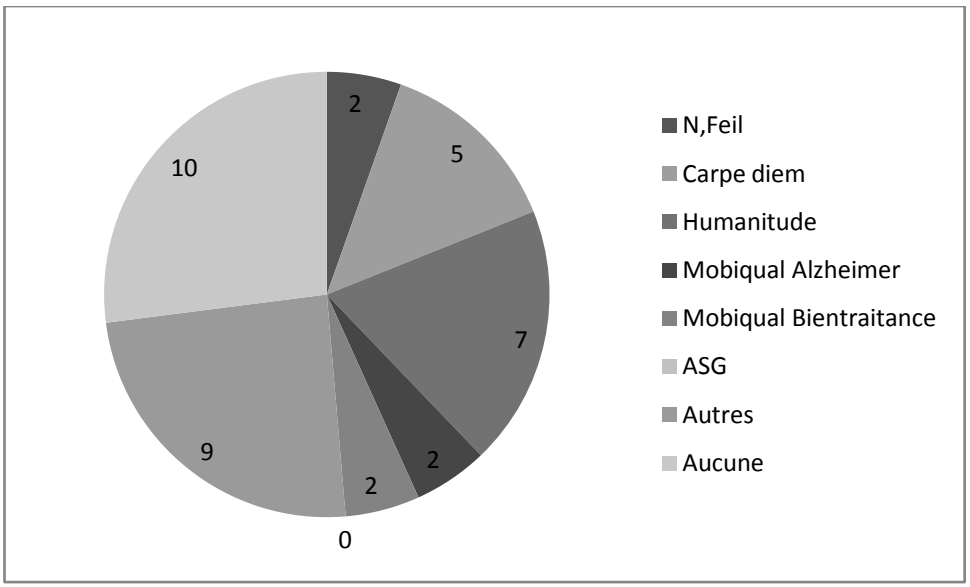
À FAIRE
Parler.
Capter le regard.
Tenir la main.
Créer une ambiance apaisante, de détente.
Proposer une collation ou une boisson.
À NE PAS FAIRE
Crier plus fort que le résident (ne pas essayer de couvrir la voix du résident).
Générer une ambiance anxiogène (bruit, lumière...).
Minimiser la douleur.
Utiliser des moyens de contention.

- Annexe 4 : Réponses au questionnaire « Expérience et formation en gériatrie »

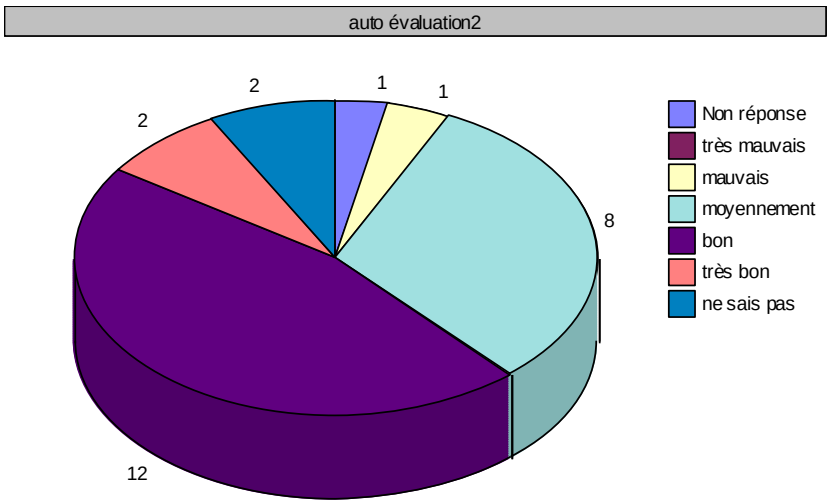
- Profil des répondants au questionnaire :

Fonction	0-5 ans	5-10 ans	10-20 ans	plus 20 ans	Total
IDE	4	3	2	4	13
AS	1	5	2	3	11
AMP	0	0	1	0	1
Cadre	0	0	1	0	1
TOTAL	5	8	6	7	26

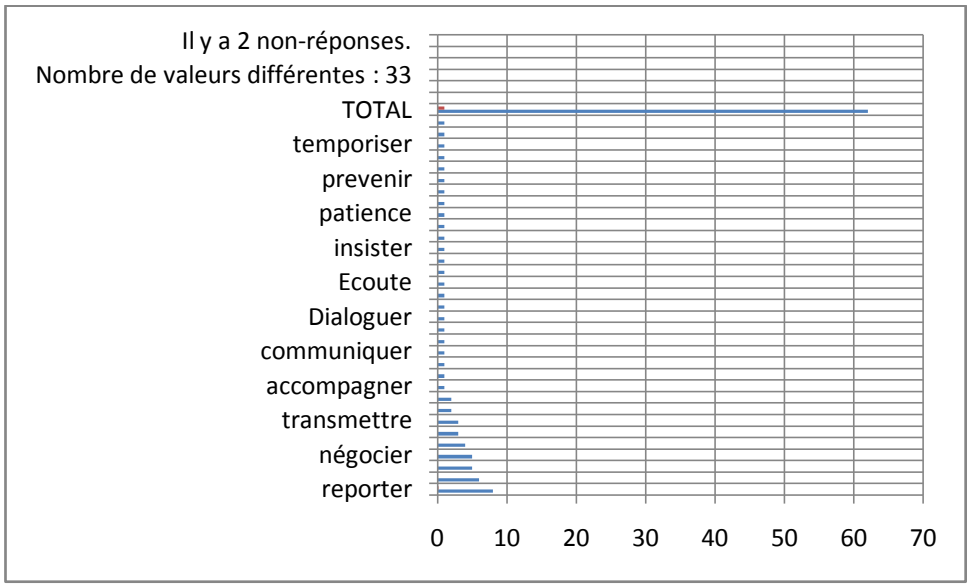
- Formations suivies :



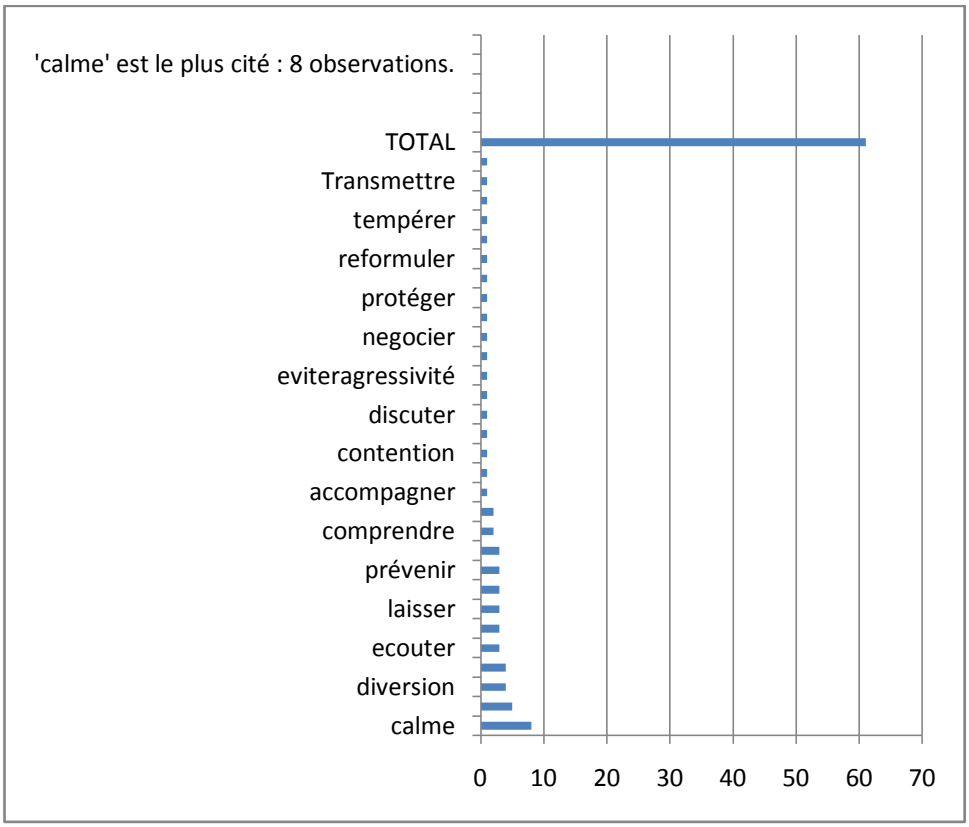
- Autoévaluation dans la gestion personelle des troubles du comportement :
-



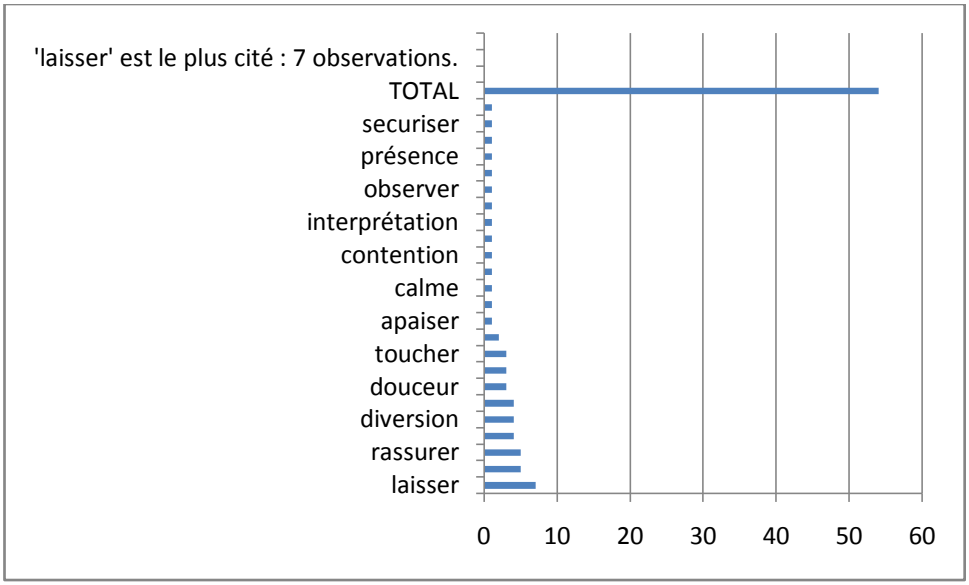
- Réponses en cas d'opposition aux soins :



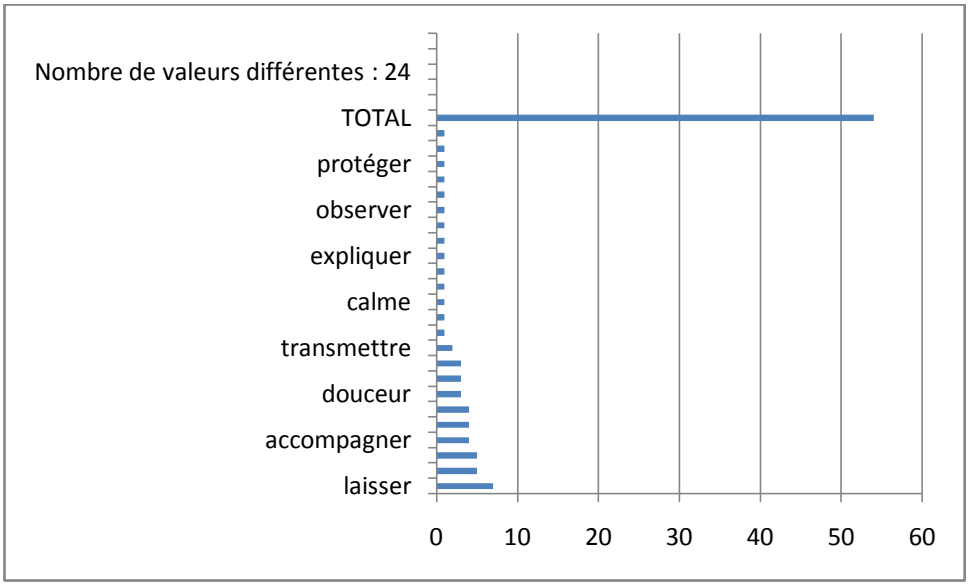
- Réponses en cas d'agitation :



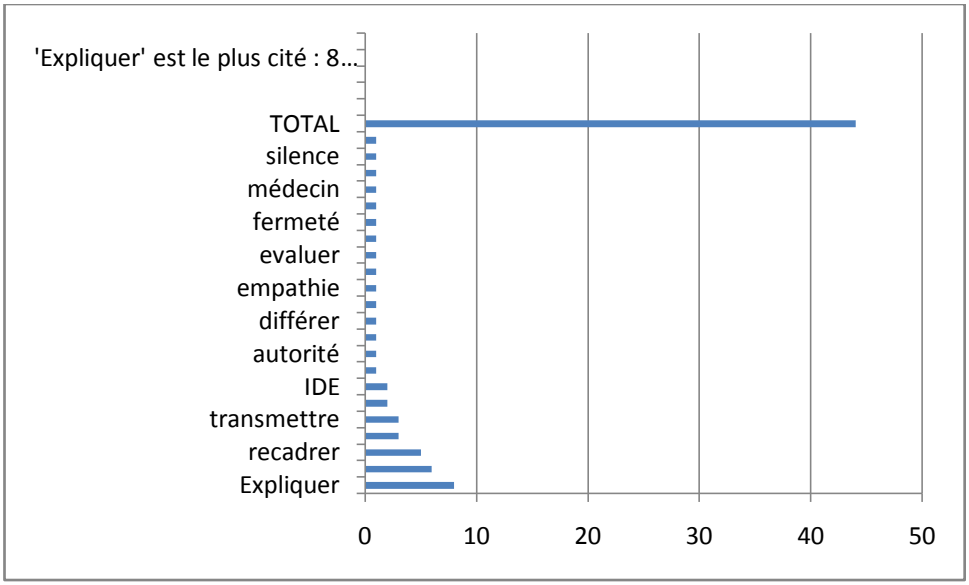
- Réponses en cas d'agressivité :



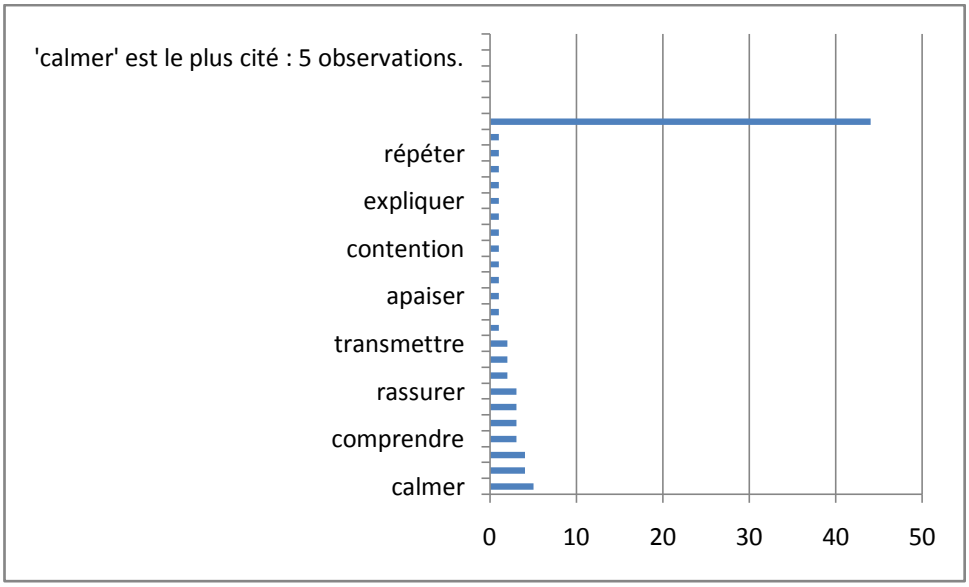
- Réponses en cas de comportement moteur aberrant :



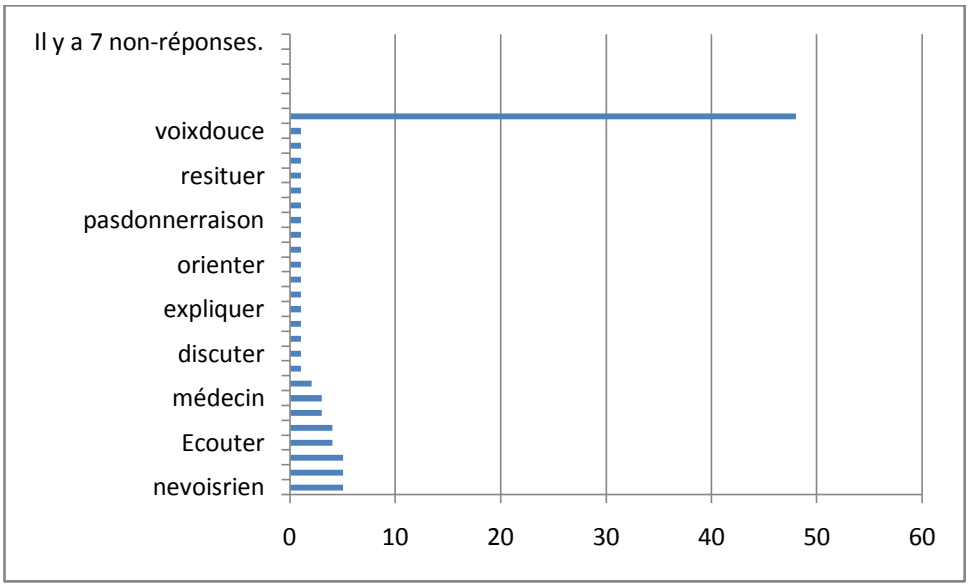
- Réponses en cas de désinhibition :



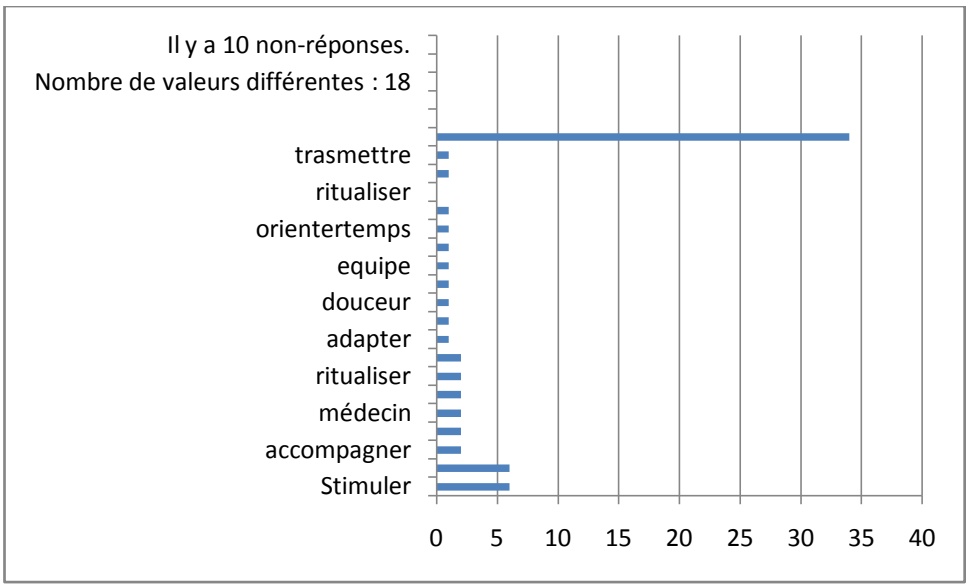
- Réponses en cas de cris :



- Réponses en cas d'hallucinations



- Réponses en cas d'inversion du rythme veille/sommeil :



- Annexe 5 : Tableau récapitulatif mesurant l'efficacité de prise en charge des troubles du comportement par les soignants

Répondant	Opp,	Agit,	Agres,	Déamb,	Desinh,	Cris	Hall,	Ryth,	Total	Autoev	Besoin F°	Formation	Diplôme
1			0	0	0	1	0	0	**1**	2	1	H	1991
2	2	1	1	0	0	1	1	1	**7**	1	2	Le Mans	2005
3			1	0	0	0	0	0	**1**	0	1	CP+H	2005
4	1		3	1	1	1	0	0	**7**	1	1	H	2004
5	1		0	0	0	0	0	0	**1**	0	1	NF+H+MA	1992
6			0	0	0	0	0	0	**0**	1	1	NF+H+MA+CP	2007
7	2		2	2	1	0	1	0	**8**	1	1	CP	1996
8	3		1	1	0	2	0	0	**7**	1	1	DU	1992
9	2	1	1	1	1	0	0	1	**7**	0	1	CHU	2011
10	1	1	0	1	0	0	0	0	**3**	1	1	CD	1978
11	1		2	1	1	0	2	0	**7**	0	1	H	2009
12			1	0	2	2	2	0	**7**	2	1	NF+CD	1999
13			0	0	0	1	1	0	**2**	1	0	0	2014
14	2	1	3	2	0	0	0	0	**8**	1		0	2012
15		1	1	0	0	0	1	0	**3**	1	1	DU	2004
16	1		0	0	0	0	0	0	**1**			0	2013
17			0	0	1	2	2	0	**5**		1	0	2009
18	1		0	1	0	0	0	0	**2**	-1	1	0	2013
19		1	1	1	1	0	2	0	**6**	1	1	0	2007
20			0	0	1	0	0	1	**2**	0	1	0	1982
21	1		1	0	1	0	0	0	**3**	0	1	MB	2008
22		1	2	0	0	0	0	0	**3**	1	1	0	2011
23	2		2	0	1	1	0	1	**7**		1	0	2008
24			0	2	0	0	0	0	**2**	0	0	0	2003
25			1	1	0	1	0	1	**4**	1	0	0	1999
26	2	1	1	1	2	0	0	0	**7**	0	1	0	1986
Total nbre lignes	**14**	**9**	**16**	**12**	**11**	**9**	**8**	**5**					