



HAL
open science

Ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD

Géraldine Blanc

► **To cite this version:**

Géraldine Blanc. Ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02953655

HAL Id: dumas-02953655

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02953655>

Submitted on 30 Sep 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Géraldine BLANC

Le 4 décembre 2018

« RESSENTI DU PERSONNEL SOIGNANT FACE AUX TROUBLES DU
COMPORTEMENT EN EHPAD »

Directeur de thèse : Docteur Pierre Merle

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Professeur Claude JEANDEL

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Pierre MERLE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Géraldine BLANC

Le 4 décembre 2018

« RESSENTI DU PERSONNEL SOIGNANT FACE AUX TROUBLES DU
COMPORTEMENT EN EHPAD »

Directeur de thèse : Docteur Pierre Merle

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Professeur Claude JEANDEL

Docteur Béatrice LOGNOS

Docteur Pierre MERLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

1. Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel

SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

2. PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Éric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

a. PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SEGARBIEUX François-Neurochirurgie
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

b. Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

3. PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Merci...

... au Professeur AMOUYAL, au Professeur JEANDEL et au Docteur LOGNOS pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

... au Docteur Pierre MERLE pour son encadrement durant ce travail de thèse et pour tout ce qu'il m'a appris au cours de mes deux stages à ses côtés.

... au Docteur CAMPION et au Docteur PANTIN pour m'avoir accueillie dans leur cabinet comme dans leur maison et de m'avoir fait découvrir la médecine générale telle qu'ils la voyaient.

... au Docteur SZANTO, au Docteur ISTOMINA et à toute l'équipe de Médecine G de l'hôpital de Mende pour leur gentillesse et leur bonne humeur.

... à tous les autres médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mes différents stages et tout au long de mes études pour m'avoir appris tout ce que je sais maintenant et pour m'avoir transmis leur passion de la médecine.

... à tout le personnel soignant des EHPAD d'Auroux, Langogne, Luc et Pradelles pour leur accueil, leur disponibilité et leur aide pour réaliser cette thèse et particulièrement à tous ceux qui ont participé aux entretiens.

... à mes amies pour leur présence dans les bons moments comme dans les mauvais. Merci à Johanna ma coloc' et compagne de voyage. A Aurélie, Sarah et Julie pour les longues séances de révisions qui auraient été beaucoup moins drôles sans elles. A Delphine qui a su me sortir de la médecine parfois. Un grand merci à Lucille pour sa présence et son soutien tout au long de ces longues études et Alice, une belle rencontre lors de cet internat que j'ai même réussi à trainer en Lozère !

... à mon frère Guillaume et à ma sœur Alexia, je suis très fière d'eux et de tout ce qu'ils ont accompli.

... à mes parents, qui ont toujours été présents pour nous et sans qui je n'aurais jamais pu arriver jusque-là.

... à Abderrahim, l'homme de ma vie, qui a su me soutenir, me donner confiance en moi et me pousser à avancer jour après jour. Je t'aime.

... à mon ange-gardien, Valentine.

SOMMAIRE

Table des matières

A.	Introduction	12
1.	Contexte	12
a.	La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.....	12
b.	La crise des EHPAD	13
2.	Les troubles du comportement perturbateurs	14
3.	La prise en charge des troubles du comportement perturbateurs	15
4.	Problématique	17
B.	Matériels et méthodes.....	18
1.	Choix de la méthode	18
2.	Population de l'étude.....	18
3.	Recueil des données.....	19
4.	Analyse des données.....	20
C.	Résultats	20
1.	Caractéristiques de la population.....	20
2.	Représentation des troubles du comportement chez les soignants	21
3.	Attitudes des soignants face aux troubles du comportement	24
4.	Ressenti des soignants face aux troubles du comportement	27
5.	Difficultés rencontrées	32
6.	Éléments facilitateurs :.....	36
7.	Besoins du personnel soignant	39
D.	Discussion.....	41
1.	Forces et limites de l'étude	41
2.	Quel est le ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD ?	43
3.	Pistes d'amélioration	46
a.	Renforcer le personnel	46
b.	Améliorer la formation.....	48
c.	Une meilleure évaluation des troubles	53
d.	Améliorer le lien avec les intervenants extérieurs.....	54
e.	Favoriser les unités spécifiques.....	56
4.	Le cas particuliers des personnes handicapées vieillissantes	58
5.	Mon ressenti personnel	60

E. Conclusion	62
F. Bibliographie.....	63
G. Annexes.....	67
H. Serment d'Hippocrate.....	70

A. Introduction

1. Contexte

a. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Selon le Collège National des Enseignants de Neurologie, la démence est un syndrome défini par la présence d'une altération durable d'une ou plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales entraînant une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne (1). Les principales causes de démence sont les maladies neurodégénératives et en premier lieu la maladie d'Alzheimer (70%). D'autres causes fréquentes sont la démence vasculaire, la dégénérescence lobaire fronto-temporale (DFLT), la démence associée à la maladie de Parkinson et la démence à corps de Lewy.

Les syndromes démentiels sont un problème majeur de santé publique. En 2015, selon le Rapport Mondial Alzheimer de Alzheimer's Disease International (2), 46,8 millions de personnes vivaient avec une démence. Ce chiffre devrait être de 131,5 millions en 2050. Actuellement on estime qu'il y a un nouveau cas toutes les 3,2 secondes dans le monde. Le coût total des démences était estimé à 818 milliards de dollars.

En France, un rapport du Ministère de la Santé (3), estime en 2014 à 770 000 le nombre de personnes de plus de 40 ans souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence et prise en charge par le système de soins soit une prévalence de 22 pour 1000 habitants. Cependant, comparés aux autres études de cohortes, ces chiffres sous-estiment de manière importante la prévalence attendue chez les plus âgés (ceux-ci étant moins pris en charge par le système de soin car sous-diagnostiqués et sous-traités). Ainsi, il est possible d'estimer à 1 200 000 le nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en France actuellement.

Selon les résultats de l'enquête EHPA 2015 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (4), 260 000 résidents d'un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, soit un tiers des personnes accueillies. Seulement 40% d'entre elles sont hébergées en unité spécifique pour personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, en pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) ou en unité d'hébergement renforcée (UHR).

b. La crise des EHPAD

Depuis début 2018, le personnel des EHPAD se mobilise pour dénoncer leurs conditions de travail. Le 30 janvier 2018, ils étaient plusieurs milliers (près d'un tiers des salariés) à manifester, réclamant davantage de moyens pour les maisons de retraite.

Un rapport d'information publié par les députées Mme Iborra et Mme Fiat (5) fait les constats suivants :

Les résidents en EHPAD sont de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants. Ils cumulent en moyenne 7,9 pathologies et chez 37% d'entre eux il existe une pathologie chronique non contrôlée. Il existe une évolution constante du besoin en soin et une perte d'autonomie croissante des résidents.

L'outil PATHOS permet d'évaluer les soins requis par le résident en fonction des pathologies qu'il présente. Cette évaluation est réalisée tous les 5 ans à la demande de l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui évalue le Pathos Moyen Pondéré (PMP) dont la valeur détermine en partie les ressources Assurance Maladie dont pourra bénéficier l'EHPAD. Plus la valeur est élevée, plus le besoin en soins est important.

La grille AGGIR est utilisée pour estimer l'autonomie des résidents. Elle est également réalisée régulièrement dans les EHPAD. Plus la valeur du GIR Moyen Pondéré (GMP) est importante, plus le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est important. Depuis 2010, le PMP est passé de 180 à 211 soit une progression de 17% et le GMP est passé de 680 à 722 soit +6% ce qui montre une nette augmentation du niveau de dépendance et de la charge en soins (6).

La charge de travail est de plus en plus lourde sur le plan physique mais également sur le plan mental. Les gestes techniques prennent une place de plus en plus importante au détriment du relationnel et de l'animation. Les accidents de travail et les arrêts pour épuisement professionnel se multiplient.

Les effectifs ne correspondent pas aux besoins. Selon les données de la CNSA, le taux d'encadrement moyen est de 61 ETP (équivalent temps plein) pour 100 places, mais ce taux comptabilise également le personnel administratif. Si on s'intéresse uniquement au taux d'encadrement « au chevet du résident » en aide-soignant, aide médico-psychologique et assistant de soins en gériatrie, le taux d'encadrement moyen est de 24,5 ETP pour 100 places et 6 ETP pour 100 places pour les infirmiers. Le temps moyen consacré à chaque résident est inférieur à une heure par jour. Or, d'après des

travaux menés en 2009 par la Fédération Hospitalière de France et le Syndicat National de Gériatrie :

« 0,3 soignant [30 pour 100 résidents] n'autorise qu'une seule toilette, aux gestes plus rapides, prodiguée le plus souvent au lit et de manière partielle. En outre le bain n'est plus donné tous les 15 jours (shampooing non fait, soins d'ongles et soins de bouches non faits, entretien de la prothèse dentaire non régulier) et les soins de nursing restent succincts » alors que *« 0,6 soignant [60 pour 100 résidents] permet d'assurer une toilette adaptée chaque jour, et un bain tous les 15 jours. Il permet aussi de suivre l'état cutané et d'assurer une prévention d'escarres, de soins de nursing journaliers et un habillage soucieux de l'image corporel du patient »*

Pour avoir des conditions optimales de prise en charge il faudrait donc doubler le nombre de personnel soignant au chevet du résident.

Il existe également un absentéisme important suite à de nombreux arrêts et accidents de travail et des difficultés de recrutement qui conduisent à une surcharge de travail et un glissement de tâches. De plus en plus de « faisant fonction » sont embauchés pour remplacer. Ainsi le personnel se retrouve à gérer des situations pour lesquelles il n'est pas formé.

2. Les troubles du comportement perturbateurs

Il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui. Ils sont le plus souvent fluctuants en durée et en intensité.

Ces troubles du comportement perturbateurs sont fréquemment observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.

Les types de symptômes (selon les recommandations HAS 2009) (7) :

- 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 ou inapproprié.
- Agressivité : comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.

- Comportements moteurs aberrants : activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié (déambulations, gestes incessants, attitude d'agrippement, etc.).
- Désinhibition : comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales (remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant).
- Cris : vocalisations compréhensibles ou non de forte intensité et répétitives.
- Idées délirantes : perception ou jugement erroné de la réalité, non critiquées par le sujet.
- Hallucinations : 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.
- Troubles du rythme veille/sommeil : trouble de la durée, de la qualité du sommeil mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

Les troubles du comportement perturbateurs sont responsables d'une altération de la qualité de vie du patient mais également de celle de son entourage. Ils sont un facteur de risque important d'épuisement familial chez les aidants familiaux et d'épuisement professionnel du personnel soignant. Cela entraîne une altération de la qualité de la prise en charge avec un risque plus important de négligence ou de maltraitance. Ils génèrent également une augmentation du nombre de prescriptions médicamenteuses, d'hospitalisations ou d'institutionnalisations.

3. La prise en charge des troubles du comportement perturbateurs

L'HAS a édité en 2009 des recommandations sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs (4). Ces recommandations sont en accord avec la plupart des sociétés savantes et des études publiées.

En premier lieu, il est indispensable avant toute intervention de réaliser une évaluation approfondie des troubles.

Il s'agit tout d'abord d'apprécier la dangerosité des troubles et l'urgence de leur prise en charge.

Il est nécessaire d'interroger l'entourage ou le personnel soignant sur les caractéristiques du trouble, son intensité, son ancienneté, ses circonstances de survenue, son retentissement. Il faut rechercher un facteur déclenchant comme une modification de l'environnement ou un évènement de vie stressant. Si possible, il est important de multiplier les sources pour avoir une évaluation la plus précise possible.

Il faut rencontrer le patient, l'interroger et l'examiner à la recherche d'une cause somatique (douleur, globe urinaire, fécalome, infection...) ou psychiatrique (décompensation d'une maladie préexistante, trouble anxieux ou dépressif). Il faut évaluer le patient dans sa globalité (facteurs de fragilité, comorbidités, troubles sensoriels...), connaître sa personnalité, son histoire de vie et ses réactions habituelles aux évènements stressants.

Il est également absolument nécessaire d'analyser son ordonnance à la recherche d'une cause iatrogène.

Il existe des outils d'évaluation comme l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) qui évalue 12 symptômes dans leur fréquence, dans leur sévérité mais aussi leur retentissement sur l'aidant ou le professionnel. Il existe des versions plus courtes comme le NPI-réduit ou le NPI-ES utilisé par les professionnels de santé.

Après une évaluation complète, et après traitement d'une éventuelle cause, la prise en charge repose tout d'abord sur des techniques de soins non-médicamenteuses.

Il s'agit d'attitudes de communication (établir un contact visuel, éviter les distractions, utiliser des phrases courtes avec un seul message à la fois, laisser le temps de répondre, rester patient, ne pas hausser la voix, ne pas obliger le patient à faire ce qu'il n'a pas envie de faire) mais également d'attitudes de soins (éviter de faire à la place du patient, le laisser faire des choix, simplifier les choix, séparer les tâches complexes en plusieurs étapes, communiquer et rassurer lors du soins, proposer une activité alternative).

Il est parfaitement licite de laisser faire les comportements qui ne dérangent pas et qui ne sont pas dangereux.

Il existe des professionnels de santé comme des orthophonistes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens... qui peuvent également apporter leur aide dans la prise en charge des troubles du comportement.

En cas d'échec des techniques non-médicamenteuses, il est possible, en seconde intention d'utiliser un traitement psychotrope. Leur prescription est le plus souvent hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Ces médicaments ne peuvent être utilisés uniquement si les troubles persistent après le contrôle de leur cause et quand l'intervention non-médicamenteuse est insuffisante. Il faut commencer par une monothérapie à la dose la plus petite possible et sur la durée la plus courte possible. L'indication doit être régulièrement réévaluée ainsi que les éventuels effets secondaires. Il n'y a pas d'indication à un traitement à long terme car les psychotropes n'ont pas d'effet préventif sur la survenue des troubles du comportement. Ces traitements ont de nombreux effets indésirables : syndrome parkinsonien, fausse-route, sédation, troubles métaboliques, hypotension orthostatique, trouble du rythme et de la conduction cardiaque, majoration du risque de maladie thromboembolique et de maladies cardiovasculaires, accident vasculaire cérébral, chutes, fracture du col du fémur (8). De nombreuses études montrent une mortalité accrue des patients traités par neuroleptiques (entre 1,5 et 3%)(9), (10).

D'après le programme AMI (Alerte Maitrise Iatrogénie) Alzheimer (11), les données disponibles montrent que pour 1000 personnes traitées par neuroleptiques pour des troubles comportementaux pendant 12 semaines on observe :

- 91 à 200 patients avec une diminution des troubles du comportement,
- 10 décès supplémentaires,
- 18 accidents vasculaires cérébraux dont la moitié sévères,
- 58 à 94 patients avec des troubles de la marche.

Les mesures de contention physique doivent être exceptionnelles. Elles sont réservées lorsqu'il existe un danger élevé à très court terme en cas d'échec des autres mesures. Elle est uniquement sur prescription médicale.

En dernier recours, il convient d'adresser le patient à un service spécialisé.

4. Problématique

La prise en charge des troubles du comportement est un problème majeur de santé publique et devrait prendre une place de plus en plus importante au fil des années. De

plus en plus de patients présentant ces troubles sont institutionnalisés dans des EHPAD déjà débordés, en manque de moyens et de personnel.

Malgré les recommandations, les malades d'Alzheimer sont six fois plus exposés aux neuroleptiques que la population du même âge, selon l'indicateur national d'alerte iatrogénique (11). Or, leur efficacité pour traiter ou prévenir des troubles du comportement est faible (10 à 20%), en revanche les effets indésirables sont fréquents et parfois sévères (12).

Lors de mes expériences personnelles j'ai pu remarquer que souvent, le personnel soignant est en demande d'un traitement médicamenteux. L'objectif de cette étude est de comprendre le ressenti du personnel soignant face à ces troubles du comportement, et ainsi comprendre leur demande.

J'espère également par ce travail de thèse pouvoir proposer des solutions pour améliorer les conditions de travail du personnel soignant dans ces EHPAD, ainsi que la qualité de la prise en charge des résidents souffrant de démence.

B. Matériels et méthodes

1. Choix de la méthode

La méthode choisie pour répondre à cette question est la méthode qualitative. En effet cette dernière est la plus adaptée au paradigme de la recherche qui est compréhensif, l'objectif étant de comprendre le ressenti du personnel soignant, d'explorer leurs difficultés et leurs besoins (13).

2. Population de l'étude

La population cible de cette étude est le personnel soignant des EHPAD du bassin Langonnais : Langogne, Luc, Auroux et Pradelles qui ont une direction commune.

L'Hôpital local de Langogne est un établissement comportant 23 lits de médecine, 30 lits d'unité de soins de longue durée et 87 lits d'hébergement en EHPAD dont une unité sécurisée de 16 lits. Il comporte un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) ouvert tous les jours pour ses résidents et bénéficie de l'intervention, une fois par semaine d'une

psychologue, d'un ergothérapeute et d'une musicothérapeute. Il n'y a plus de médecin coordonnateur depuis décembre 2017. Quatre médecins de la maison médicale située à proximité de l'établissement interviennent sur demande de l'équipe.

L'EHPAD Saint Christophe de Pradelles en Haute Loire dispose de 67 lits dont 11 en unité Alzheimer. Il possède également un accueil de jour. Un médecin coordonnateur intervient une fois par semaine.

L'EHPAD de Luc en Lozère dispose de 33 lits et bénéficie d'un médecin coordonnateur intervenant une fois par semaine.

L'EHPAD d'Auroux dispose de 35 lits dont 10 en unité Alzheimer. Il a pour particularité d'accueillir de nombreuses personnes handicapées vieillissantes venant des hôpitaux psychiatriques de Lyon. Il n'y a pas de médecin coordonnateur depuis plusieurs années. Cet EHPAD est actuellement en restructuration.

3. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens individuels, semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1).

Le recrutement a été réalisé par l'intermédiaire des infirmières cadres de chaque établissement. Un mail leur a été envoyé pour leur expliquer le projet de thèse et leur demander de rechercher des volontaires parmi le personnel. Aucune personne ne s'est spontanément proposée. Je me suis donc présentée dans chaque EHPAD en début d'après-midi où l'activité est plus calme. J'ai pu à ce moment interroger les personnes présentes qui étaient volontaires dans un bureau au calme.

Les entretiens se sont déroulés du 18 au 27 juillet 2018.

Après une information sur les objectifs de l'étude et le déroulement des entretiens, j'ai débuté par quelques questions fermées afin d'établir les caractéristiques du groupe puis j'ai continué avec des questions plus ouvertes adaptées à la question de recherche (ressenti, difficultés, moyens facilitateurs, pistes d'amélioration). Les questions ou leur ordre ont pu être un peu modifiées en fonction des réponses de chacun et de la direction prise par l'entretien. Elles ont également été adaptées pour l'entretien du personnel soignant intervenant de l'extérieur comme la psychologue.

Les entretiens sont anonymes. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone après accord des participants et retranscrits mot à mot.

Nous avons réalisé 14 entretiens, la saturation des données a été obtenue. La durée moyenne des entretiens était de 7 minutes et 53 secondes.

4. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée selon une méthode d'analyse thématique. Cette méthode consiste à « transposer d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche » (14).

Les enregistrements ont été retranscrits mot à mot (verbatim).

Après plusieurs lectures, la première étape a consisté à isoler dans chaque verbatim les unités de sens qui correspondaient à la question de recherche.

Ensuite, pour chaque unité de sens, a été attribué un thème qui lui correspond.

Les thèmes ont par la suite été affinés puis comparés les uns aux autres, opposés ou regroupés en différentes catégories.

Au final, ces différentes catégories ont été hiérarchisées de façon logique pour répondre à la question de recherche.

C. Résultats

1. Caractéristiques de la population

La population comprenait 14 participants au total soit 13 femmes et 1 homme :

4 infirmières, 1 psychologue, 1 aide médico-psychologique (AMP) et 8 aides-soignants.

Cinq d'entre eux travaillaient à l'EHPAD de Langogne, deux à l'EHPAD de Luc, trois à Auroux et quatre à Pradelles.

Ils avaient entre 19 et 54 ans, avec une moyenne de 40,6 ans.

En moyenne ils travaillaient depuis 9 années (la plus jeune venait tout juste d'être diplômée et la plus ancienne exerçait depuis 31 ans).

Six des personnes interrogées avaient bénéficié d'une formation spécifique sur les démences ou les troubles du comportement :

- 2 aides-soignantes ont fait la formation d'Assistante de Soins en Gériatrie.
- 1 psychologue a une formation de neuropsychologie et la formation Montessori.
- 2 aides-soignantes ont des formations Maladie d'Alzheimer et Apparentées.
- 1 Aide Médico-Psychologique a bénéficié de formations dans le domaine de la psychiatrie.

Les caractéristiques démographiques sont détaillées dans le tableau de l'annexe 2.

2. Représentation des troubles du comportement chez les soignants

J'ai tout d'abord demandé aux personnes interrogées ce qu'étaient pour elles les troubles du comportement. La réponse à cette question se limitait souvent à quelques exemples et non une réelle définition.

Définitions des troubles du comportement :

Peu de personnes ont donné une définition correcte des troubles du comportement :

« C'est un comportement qui est inadapté, en société ou alors un comportement inapproprié, au mauvais moment, au mauvais endroit » (INF1)

Le côté fluctuant du trouble du comportement est retrouvé dans quelques entretiens : *« il faut pas dire que c'est tout le temps » (AS4).*

Ils sont considérés comme une évolution de la maladie *« une évolution de sa maladie, de la démence » (INF2)* ou réactionnels à un problème organique *« des fois c'est la douleur » (AS4)*, psychique *« quand une personne elle décompense au niveau psychique » (INF3)*, *« des fois c'est l'angoisse qui fait qu'ils changent de comportement » (AS4)* ou un évènement de vie stressant *« un évènement, une visite qui a eu lieu dans la journée qui aurait déclenché » (INF2).*

Quasiment tous les types de symptômes (selon HAS 2009) ont été cités :

- L'agressivité, la violence : *« Moi je vois surtout l'agressivité par rapport à la population qu'on côtoie » (AS6)*
- L'agitation : *« pour moi ça va être de l'agitation » (INF2)*
- La déambulation

- Les cris : « *Les plus gênants ça va être les cris* » (INF1)
- L'opposition : « *Etre dans le refus aussi* » (AS8)
- La désinhibition : « *Par exemple, une personne qui veut aller aux toilettes et qui va faire pipi au milieu de la salle à manger* » (INF1)
- Les idées délirantes
- Les hallucinations : « *ils ont des visions* » (AS4)
- Les troubles du rythme veille/sommeil

Mais celui qui pose le plus de difficulté est l'agressivité que le personnel soignant a souvent beaucoup de mal à comprendre et à prendre en charge : « *quand ils essaient de nous pincer, de nous pincer ou de nous taper c'est là où j'ai le plus de mal* » (AS8).

Erreurs de définition :

Plusieurs personnes interrogées considèrent comme troubles du comportement des simples symptômes de démence :

- La désorientation temporo-spatiale : « *être perdu dans le temps et dans l'espace, c'est surtout ça* » (AS8).
- Les troubles mnésiques : « *De pas reconnaître les siens, de dire toujours les mêmes choses et de faire n'importe quoi* » (AS2).
- Une apraxie : « *elle se souvient plus, même les gestes de la vie quotidienne, elle a oublié comment manger* » (INF4).

Une personne considère également un trouble de personnalité comme un trouble du comportement : « *un caractère, comme on a un monsieur par exemple qui est insociable, qui n'aime pas la collectivité, qui se replie sur soi* » (INF3).

Pour ces personnes, ces symptômes semblent être considérés comme pathologiques. Ainsi, plutôt que d'accompagner les résidents dans cette évolution naturelle de leur maladie, elles pourraient avoir tendance à vouloir traiter ces troubles.

Signification des troubles du comportement :

Ils sont souvent considérés comme une expression de la souffrance des résidents. Une souffrance physique (comme la douleur) ou plus souvent une souffrance morale (anxiété) :

« Pour moi c'est là où on les trouve le plus en souffrance » « qui sont mal dans leur peau » (AS3)

« parce que je pense que même elle, elle est en souffrance » (AS6)

Ils peuvent également exprimer un ennui ou un besoin de présence :

« des fois ils s'énervent parce qu'ils s'ennuient tout simplement » (AMP1)

« Elle fait « hou hou » parce qu'elle a besoin de nous voir juste apparaître » (INF1)

« Ils sont malades parce qu'ils ont besoin de voir quelqu'un. Le docteur s'assoit à côté, il parle 5 minutes et il y a plus rien, ils ont plus mal à la tête, au ventre » (AS4)

Mais parfois, certains soignants se mettent à la place des résidents (« moi je les comprends », « j'espère qu'on me foutera la paix » (AS2)). S'imaginer alors dans ces situations peut être difficile pour le soignant qui lui-même ressent de la peur et de la souffrance et peut donc penser que le patient ressent la même chose.

Ainsi, pour le personnel soignant, les troubles du comportement semblent être souvent l'expression d'une souffrance du résident, et le plus souvent une souffrance morale. Or, j'ai pu remarquer lors de ces entretiens et lors de mes expériences personnelles, que certains soignants sont plus souvent dans la sympathie que l'empathie et que la souffrance du résident est parfois également une souffrance pour eux. Nous pouvons ainsi comprendre pourquoi traiter les troubles du comportement est important pour eux.

Une évolution normale :

Quelques personnes interrogées ne voient pas les troubles du comportement comme un problème mais comme un phénomène « normal ».

« J'y suis un peu habituée », « Je sais que je suis dans une unité, qu'ils ont des troubles, donc quelque part c'est presque normal » (AS1)

« Pour moi les troubles du comportement ça en est pas. Ils ne sont pas gênants pour moi » (P1)

« Tous ont une petite démence de toute façon avec l'âge. [...]. Avec l'âge, on vieillit, les neurones vieillissent, on perd la mémoire et on est fatigué avec l'âge » (AS4)

Ces personnes qui ont compris que ces symptômes sont une évolution normale de la maladie et non pas une pathologie qu'il faut absolument traiter, sont les personnes les plus à l'aise dans la prise en charge et celles qui semblent le plus épanouies dans leur travail. Les résidents ne sont pas considérés comme des malades mais comme des personnes, elles les accompagnent dans leur quotidien, sans chercher à ce qu'ils soient « comme les autres ». Cette compréhension et cette acceptation de la maladie et de ses symptômes leur permet d'être dans l'empathie et non dans la sympathie, de se détacher du ressenti des patients et pouvoir ainsi mieux les prendre en charge, sans en souffrir personnellement.

3. Attitudes des soignants face aux troubles du comportement

Evaluer des troubles du comportement :

La première étape devant l'apparition d'un trouble du comportement est l'évaluation des symptômes et la recherche d'un facteur déclenchant. Mais même s'ils sont tous conscients qu'il peut exister un facteur déclenchant aux troubles du comportement, ils ne semblent parfois pas le rechercher systématiquement.

Une seule personne a explicitement évoqué cette évaluation :

« Il faut que je cherche le message sous-jacent à ce trouble du comportement, [...] essayer de comprendre, parce qu'il peut y avoir tellement d'origines, voilà. Je cherche un retard de selle, je cherche un évènement, une visite qui a eu lieu dans la journée qui aurait déclenché... » (INF2).

Utiliser des techniques de soins non-médicamenteuses :

Face aux troubles du comportement, les personnes interrogées utilisent toutes des techniques de soins non-médicamenteuses.

Les attitudes de communication :

- Etre patient et détendu : « *J'essaye de rester le plus calme possible, dans ma voix, dans mes gestes, dans mon approche* » (AS1)
- Communiquer avec la personne, attirer son attention : « *On essaye de discuter de se mettre à leur niveau, de leur prendre la main* » (AS3), « *Moi je touche beaucoup le bras là* » (AS4), « *je parle beaucoup avec eux quitte à faire des entretiens*

individuels quand il y a vraiment un souci avec eux, quand ils décompensent. »
(INF3)

- Les comportements à éviter : « *Il faut rarement aller contre eux parce que c'est pas constructif* » (AS3) ; « *Surtout faut pas crier fort, faut parler doucement pour que la personne apaise son cri* » (AS4)

Les attitudes de soins :

- Faire diversion, proposer des activités alternatives : « *On essaye de faire diversion bien sûr, de leur parler d'autre chose* » (AS1)
- Installer une routine rassurante : « *le fait seulement de l'amener voir le menu de la semaine, lui dire ce qu'il y a manger, ce qu'elle peut, ce qu'elle peut pas, et au niveau des selles l'accompagner ne serait-ce qu'aux toilettes, une fois, deux fois dans la journée, la féliciter, en fait comme un enfant, la féliciter parce qu'elle a eu de selles et qu'elle est très contente et ben depuis quelque mois elle ne fait plus caca partout ou à répandre sur les murs enfin voilà* » (INF3).
- Tenir compte et respecter au mieux ses habitudes de vie, ses choix : « *On essaye dans la mesure du possible de connaître les résidents* », « *On s'adapte un peu au vestige du caractère de la personne* » (INF1) ; « *En bas, on les levait quand ils étaient réveillés* » (AS2).
- Laisser faire les comportements s'ils ne sont pas dangereux : « *Le plus souvent je ne brusque pas, s'il ne veut pas je le laisse, s'il déambule que j'essaye de l'assoir qu'il se relève qu'il déambule, je le laisse faire parce que sinon après il peut se mettre en colère et c'est mauvais pour lui. Pareil quand ils sont violents je les laisse se calmer et je reviens plus tard.* » (AS8). « *On laisse faire, on revient 5 minutes après, on réessaye avec une autre approche* » (INF1)

Ces attitudes de soins et de communication sont pour eux naturelles et habituelles. Ce ne sont pas forcément des techniques qu'ils ont apprises et ainsi parfois ils ne considèrent pas ces attitudes comme des thérapeutiques non-médicamenteuses.

Isoler le résident :

Ils préfèrent souvent isoler le patient, pour le calmer mais aussi pour protéger les autres :

« Je pense que quelque part des fois isoler, l'isoler du groupe, pas à visée punitive, qu'on soit bien d'accord mais je pense que ça ferait du bien à la personne et ça évite la contamination quelque part des autres. » (INF1).

« On la met un peu dans sa chambre, on la tranquillise, des fois elle peut se calmer. On met pas trop de lumière, on baisse un peu les volets de $\frac{3}{4}$ » (AS4).

« Les isoler s'ils sont au milieu des autres ce qui peut les énerver » (AMP1)

Passer le relais :

En cas de difficulté, ils savent passer le relais à leurs collègues. Le travail d'équipe est alors primordial pour non seulement prendre en charge les malades mais surtout pour se soutenir mutuellement dans des situations difficiles :

« Vraiment quand on est en difficulté, on appelle l'infirmière. » (AS3)

« Si on est vraiment débordé on passe le relais, c'est notre devoir. [...] vraiment si on est impatient on passe le relais parce qu'après, si on est fatigué, on est débordé, ça peut qu'on est maltraitant sans le vouloir et avant d'arriver à ça... » (AS4).

Utiliser les techniques médicamenteuses :

Certaines personnes interrogées m'ont parlé de thérapeutique médicamenteuse comme une solution aux troubles du comportement :

« Si on a moyen de donner un traitement », « Des fois les traitements aident bien » (INF1)

« Et les traitements ... moi combien de fois j'ai entendu « non on peut rien faire ». Au bout d'un moment ça me... je ne sais pas, il y a bien des traitements qui existent non ? » (AS2)

« Je vais m'appuyer sur les prescriptions médicales, les 'si besoin' » (INF2).

Ils ont même plutôt tendance à minimiser leur utilisation « le petit Seresta® si besoin, des petites gouttes » (INF1) et à ne voir que le côté bénéfique et non les effets indésirables puisque parmi toutes les personnes interrogées, une seule a évoqué les effets négatifs des traitements : « A moins de donner les médicaments, de les ensuquer mais c'est pas une solution. » (AS3).

La contention physique :

La contention physique est parfois utilisée. L'objectif est de protéger le résident contre d'éventuelles blessures qu'il pourrait s'infliger volontairement ou pas (chutes) et non pas pour le contenir.

« Des fois on est obligé de mettre une sécurité, c'est des gens qui se lèvent, on est obligé de contenir un petit peu, c'est des gens qui peuvent pas tenir debout et on bascule un peu le fauteuil pour pas qu'ils risquent de tomber » (AS4).

Faire venir des intervenants extérieurs :

En cas d'échec, des techniques non-médicamenteuses et médicamenteuses ils peuvent bénéficier de l'aide d'intervenants extérieurs :

« On s'en remet au médecin » (AS7).

« C'est-à-dire quand vraiment nous on peut plus, il y a le CMP qui prend le relais, des infirmières qui sont habilitées, qui sont formées pour, et s'il y a besoin après ils sont hospitalisés vraiment parce qu'ils décompensent. » (INF3).

« Le psychiatre va faire quelque chose » (AS6).

4. Ressenti des soignants face aux troubles du comportement

Le ressenti des soignants face aux troubles du comportement est différent chez chacun selon son expérience, sa formation, son lieu et ses conditions de travail. Il s'exprime de différentes manières :

L'interrogation :

Face à l'apparition d'un trouble du comportement chez un résident, ils se posent beaucoup de questions sur l'origine de ce trouble avec souvent l'impossibilité de répondre.

« On se sent un peu démuni parce qu'on sait pas ce qu'elle pense elle, dans sa tête qu'est-ce qu'elle ressent, qu'est-ce qu'elle... on peut pas se mettre à sa place, on sait pas du coup c'est pas évident pour la rassurer. On ne sait pas trop quoi dire. » (INF4)

« Est-ce que c'est une douleur, est ce que c'est... des fois voilà on arrive plus à faire la différence. Est-ce que c'est voilà... est ce qu'ils perdent leur tête simplement, façon de parler » (AS7).

Cette interrogation quant à l'origine des troubles est une réelle difficulté pour les soignants qui ont peur de passer à côté de quelque chose (une pathologie organique par exemple) qui pourrait s'aggraver et mettre en jeu le pronostic du résident. Ils font donc souvent appel aux intervenants extérieurs non pas seulement pour traiter les troubles du comportement mais souvent pour en comprendre l'origine. Et parfois, comprendre l'origine du trouble est suffisant pour les rassurer et qu'ils puissent aborder plus sereinement la situation.

Sentiment d'impuissance :

Ils ont parfois l'impression de ne pas savoir quoi faire, de manquer de solution :

« On est assez impuissant quand même. » (AS7)

« On n'a pas toutes les armes pour y remédier donc on se sent un tout petit peu des fois démuni », « on fait avec les moyens du bord. » (AS3)

« Ça reste de l'agressivité du coup on ne sait pas, enfin moi je ne sais pas comment gérer » (AS6)

Même le médecin ne semble pas avoir de solution : « lui aussi est un peu en bout de course parce qu'il a essayé maintes thérapeutiques » (INF1).

Je pense que ce sentiment vient du fait qu'ils ne considèrent pas les attitudes qu'ils adoptent spontanément comme des thérapeutiques. Dans l'imaginaire collectif le médicament est souvent la solution à toutes les maladies et les techniques non-médicamenteuses ne sont pas considérées comme des thérapeutiques. Ainsi, ils ont l'impression de ne rien pouvoir faire alors qu'en fait ils utilisent sans s'en rendre compte des thérapeutiques non-médicamenteuses. D'ailleurs, le personnel formé, qui a appris

ces techniques (qu'ils utilisaient déjà) en tant que thérapeutique n'a pas ce sentiment d'impuissance.

Sentiment d'échec :

Ils se sentent rapidement mis en échec lorsque la prise en charge n'est pas efficace et qu'ils n'arrivent pas à calmer la personne :

« Ça va 5 minutes des fois puis 5 minutes après on s'en va ça se remet à crier »
(AS3)

« Des fois on peut être mis en échec parce que, parce qu'on est passé à côté. »
(INF3)

« Un peu mal parce que enfin, on est là pour les aider et au final on se fait un peu rejeter alors un peu mal et un peu vexé des fois de leur comportement et après ça passe. » (AS8)

J'ai pu remarquer que le personnel soignant a souvent du mal à accepter l'échec. Ce n'est pas l'échec personnel qui est difficile mais de ne pas réussir à soulager un patient. Le rôle du soignant est de soigner c'est pour cela qu'il est parfois difficile pour certains, d'accepter la maladie telle qu'elle est, ses symptômes et son évolution inéluctable, d'accompagner les résidents qui en souffrent sans chercher à la soigner à tout prix.

Résignation :

Parfois ils ont même l'impression qu'il n'existe aucune solution et acceptent la situation telle qu'elle est :

« Ils sont comme ça, ils sont comme ça. Je relativise. Qu'est-ce que vous voulez faire ? » (AS2)

« Je pense qu'il n'y a pas de remède miracle. Faut accepter. » (AS3)

« Comment faire ? On ne peut pas l'abandonner » (AS2)

Ils estiment que le problème est plus général, et que leurs conditions de travail sont similaires voire parfois même meilleurs que dans d'autres EHPAD :

« On n'a pas trop à se plaindre non plus. » (INF1)

« Comme dans toutes les EHPAD, c'est pas qu'ici je pense malheureusement »
(AS2)

Sentiment de frustration :

Ils sont conscients de ne pas pouvoir accorder le temps nécessaire au résident qui le nécessite. Ils ont l'impression de mal faire leur travail et ainsi de ne pas bien s'occuper de leurs résidents et parfois même de les maltraiter. Cette impression de maltraitance, entraîne chez eux un grand sentiment de frustration, car ils aimeraient avoir les moyens de faire mieux.

« On est maltraitant dans ces gestes qu'on fait parce qu'on n'a pas le temps de comprendre ... on va trop vite. » (AS4)

Le temps passé à s'occuper d'un résident présentant des troubles du comportement est également du temps passé en moins au contact des autres résidents, ce qui laisse une impression de délaissement des autres et de travail inachevé :

« Tu t'en es occupé longtemps, et les autres, tu pars mais les autres je les ai pas vu quoi » « c'est frustrant » (INF1)

Stress et épuisement professionnel :

La prise en charge des troubles du comportement est « *hyper chronophage* » (INF1) puisqu'elle nécessite de passer du temps auprès du résident, et le reste du travail s'accumule.

« On a aussi nos choses à faire alors des fois, on en a un peu marre et des fois on ne prend pas assez le temps. » (INF4).

« Quelque part c'est du stress parce que tu dois gérer cette personne, tu as tout ton travail en retard et tu vois bien que tu vas être dans le jus complètement »
(INF1).

La prise en charge peut également être pesante surtout en unité sécurisée où tous présentent des troubles du comportement : *« aucune conversation, aucune, c'est... au bout d'un moment c'est pesant ça. Toujours répéter les mêmes choses toujours »* (AS2).

Une personne interrogée, qui travaillait à l'unité sécurisée a dû changer d'unité car elle n'a pas supporté le stress : « *j'ai fait 2 ans à l'unité sécurisée, j'ai craqué complet* », « *je m'étais même trop attaché à eux et ça m'a... j'ai trop pris sur moi et j'en pouvais plus.* » (AS2)

Sensation d'isolement :

Bien qu'ils se sentent tous parfaitement soutenus par leurs collègues, ils ont l'impression de ne pas l'être ou peu par l'extérieur. Ils ont de très bonnes relations avec les intervenants extérieurs (infirmier du CMP, médecins, psychologue...) mais ils jugent leur intervention souvent trop tardive.

« L'équipe, on essaye quand même de se soutenir, de s'apporter des mini solutions, des pistes. Est-ce qu'on ne devrait pas essayer ça, essayer ça. On arrive des fois un petit peu, entre nous c'est ... on n'a pas le sentiment d'être suivi au niveau médical. » (AS7)

« On a l'impression d'être un peu seul au monde » (INF1)

Cette impression de ne pas « être suivi » peut également venir d'une attente différente entre le personnel soignant et les médecins. En effet je pense que le personnel soignant attend du médecin qu'il apporte la solution (souvent médicamenteuse) à ces troubles du comportement. Le médecin quant à lui, en essayant d'éviter des prescriptions inappropriées, peut donner l'impression d'ignorer les troubles et de ne pas soutenir le personnel soignant.

Sentiment d'aisance :

Contrairement aux autres, certaines personnes se sentent parfaitement à l'aise.

« Je me sens à l'aise mais très honnêtement moi je vous dis que j'ai commencé très jeune » (AS1)

« Ça ne me stresse pas non. Je trouve que j'arrive à maîtriser oui, non ça ne m'angoisse pas. » (AS4)

« Bah moi pour ma part ça se passe bien » (INF3)

Il s'agit des personnes qui ont le plus d'expérience et de formation. Ces personnes n'ont pas ce sentiment d'impuissance et d'échec car grâce à leur expérience elles savent qu'il n'y a pas de traitement spécifique et que les thérapeutiques non-médicamenteuses sont la part la plus importante de la prise en charge. Ainsi elles se sentent beaucoup moins stressées dans leur travail.

5. Difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés sont rencontrées par le personnel soignant dans la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement :

Manque de temps et de personnel :

C'est la principale difficulté rapportée par toutes les personnes interrogées.

Ce manque de personnel se fait ressentir au quotidien dans les soins, mais encore plus au contact de la personne présentant des troubles cognitifs :

« Notre difficulté principale c'est le manque de temps parce que la personne avec la démence, il faut le temps qu'elle comprenne qu'est-ce qu'on va faire, qu'on explique, des fois elle comprend mais il faut le temps. » (AS4)

« On ne peut pas partir avec un et laisser les quinze qui s'agitent à la collègue de boulot » (AS1)

« On passe en courant d'air après l'autre il s'énerve parce que personne donne son attention. » (AS4)

Le manque de temps se fait ressentir par rapport aux contraintes organisationnelles du service.

« On est bien obligé de forcer un peu s'ils ne veulent pas se lever parce qu'il faut avancer, il faut que à midi ils soient à table » (AS1)

« on serait pas obligé de lever untel untel vite vite le matin avant d'aller déjeuner, celui-là après, vous voyez tout à la chaîne » (AS2)

« On fait la toilette en 10 minutes, 15 minutes, une personne qui a une démence il faut bien 3/4h, presque 1 heure pour prendre le temps, pour faire le geste, pour

pas qu'il oublie le geste, pour lui expliquer des choses, qu'elle peut faire des choses. » (AS4)

Ce manque de temps peut être également lié à des défauts d'organisation, notamment au niveau des locaux.

« Vous avez vu les pas qu'on fait ? Moi j'en peux plus j'ai les jambes, c'est terrible [...] ça devrait être, je ne sais pas, plus fonctionnel que ça » (AS2)

Une personne évoque également une difficulté liée à l'organisation du personnel : *« Le changement de service parce que c'est pas bon qu'on tourne trop parce qu'ils voient notre tête aujourd'hui, demain ils voient une autre tête, on tourne trop et ils se sentent pas en confiance » (AS4)*. L'autre conséquence du changement de service est le manque de connaissance des patients qui est également ressenti comme une difficulté : *« je ne connais pas tout le monde par cœur, dans l'établissement »*. (INF2)

Toutes les personnes interrogées sont d'ailleurs bien conscientes que ce manque de temps est délétère dans la prise en charge mais disent également qu'ils ne peuvent pas faire autrement.

« Physiquement ils vont bien, ils peuvent faire des choses et nous en EHPAD on n'a pas ce temps-là. C'est nous qu'on les grabatérise parce qu'ils ne font pas le geste, ils oublient et après ils deviennent grabataires. » (AS4)

« Même faire manger, on fait manger trop vite aussi, normalement on dit ah faut le temps de bien mâcher, de bien avaler. Et là allez hop mamie allez 2e cuillère. Ça c'est maltraitance aussi mais malheureusement c'est ... on a 1 heure pour faire le repas et on a beaucoup de gens à faire manger et c'est trop vite et c'est ça le manque de temps » (AS4)

La vie en communauté :

Il s'agit d'une autre difficulté importante, souvent évoquée : *« Personnes âgées, démence Alzheimer, avec terrain psy ça ne fait pas bon ménage. » (INF3)*

En effet d'une part, une personne présentant des troubles du comportement risque de déstabiliser les autres résidents qui à leur tour risquent de décompenser :

« Une personne qui a des troubles du comportement ... elle va déstabiliser tous les autres ... tu vas avoir une multitude de troubles du comportement », « des troubles du comportement ça va faire tache d'huile » (INF1)

« Il y a des gens qui parlaient mal aux autres quoi et ça je supportais plus quoi. La cohabitation était dure. Entre eux » ; « En bas ils sont toujours dans cette salle, tous ensemble et... moi je les comprends, ils ne sont pas obligés de supporter ça non plus les autres. » (AS2)

D'autre part, les personnes ne présentant pas de troubles cognitifs, ont tendance à s'isoler pour éviter de les rencontrer :

« Après ce qui est difficile aussi c'est le mélange de population quoi. Quand ils sont dans les étages ils sont rejetés ces gens-là par les autres [...] Ils ont du mal à se supporter entre guillemets quoi. » (AS5)

« On a 2, 3 personnes qui vont bien, [...] qui sont mélangées avec des psy, qui sont mélangées avec des déments. Alors au lieu d'être boostés, prendre des activités et tout, ils s'enferment dans leur chambres parce que les entendre crier, s'agiter, se mettre en colère en plein milieu des repas » (INF3)

Il faut alors *« un dur labeur »* pour obtenir *« un équilibre précaire »* qui peut être rapidement perturbé : *« Un nouvel arrivant [...] c'est très déstabilisant pour tous les autres » (INF1)*

Le manque de connaissances et d'outils :

Certaines personnes reconnaissent manquer d'outils pour faire face aux troubles du comportement :

« Je pense qu'il y a peut-être des outils qui existent pour une meilleure prise en charge [...]. Il y a peut-être des outils pour les accompagner et qu'on n'a pas. » (AS7)

« On n'a pas toutes les armes pour y remédier » (AS3)

Elles pensent que des formations sont nécessaires pour mieux comprendre les maladies et mieux les prendre en charge :

« Il y a certaines « billes » on va dire qui leur manquent pour aussi comprendre parce que en comprenant aussi pourquoi une personne elle est... je sais pas je prends un exemple, la dame d'aujourd'hui pourquoi elle crie tout le temps, pourquoi elle est en colère. Si déjà on sait que c'est parce qu'il y a des lésions frontales. Permettre de comprendre pour moi ça met aussi du sens et du coup on le prend différemment » (P1)

« Le manque de formation je pense, parce que les personnes ne savent pas vraiment comment réagir en cas de trouble du comportement justement » (P1)

« Parce que bon, soit elles n'ont pas eu de formation, soit c'est des pathologies qui sont un peu voilà, qu'ils craignent, ou qu'ils ont peur » (INF3)

« La formation c'est important. Parce qu'on le fait à l'école d'infirmière [...] on n'a pas assez je pense » (INF3)

Relation avec les intervenants extérieurs :

La relation avec le personnel médical pose également quelques difficultés. Bien que la disponibilité des médecins généralistes ne soit pas remise en question, il leur est plutôt reproché un manque de réactivité.

« L'équipe qui tire la sonnette d'alarme depuis des fois une semaine, dix jours, quinze jours » ; « S'il avait été traité dès le départ peut-être que oui ça ne serait pas arrivé on n'en serait pas à traiter 5 personnes pour une seule au départ qui n'était pas équilibrée » (INF1)

« On a des difficultés des fois au niveau des médecins qui n'agissent pas dans le sens » (AS7)

Dans l'EHPAD de Langogne, l'infirmière regrette également l'absence de médecin coordonnateur : *« on n'a pas de médecin coordonnateur qui nous aide beaucoup aussi dans des cas comme ça ».* (INF1)

On reproche un manque de réactivité des intervenants extérieurs tels que le CMP ou les spécialistes :

« Mais pour des interventions urgentes ça fonctionne pas, c'est toujours très très long pour avoir des interventions du CMP » (INF1)

« On n'a pas de continuité de soins alors que normalement c'est une obligation. »
(en parlant du manque de suivi par le CMP) (INF3)

« Le psychiatre a dit ben je les reçois plus donc maintenant c'est au médecin traitant de prendre le relais » (INF3)

Les intervenants extérieurs souffrent également souffrent du manque de temps et de personnel :

« Le problème c'est que moi je suis là qu'une journée dans le cadre du PASA et j'ai pas du tout le temps » (P1).

« On a qu'une seule AMP sur l'EHPAD » (AS7)

« parce qu'eux aussi ils ont un manque de personnel, il y a des arrêts maladie »
(en parlant du CMP). (INF3)

6. Eléments facilitateurs :

Malgré les difficultés rencontrées, il existe plusieurs éléments qui les aident dans leur prise en charge au quotidien.

Le travail d'équipe :

L'aide qui est la plus importante et la plus rapportée par les personnes interrogées est l'aide de ses propres collègues. Le travail d'équipe et l'entraide sont primordiaux et constituent un atout majeur en cas de difficulté dans la prise en charge.

« Notre infirmière du service d'en haut qui est toujours disponible » (AS1)

« On a un agent de service, qui a bien compris son rôle dans le service, qui nous aide bien, qui les guide bien, qui les repère bien, qui a la bonne attitude elle aussi même si elle n'a pas été formée ». (AS1)

« Et ça va qu'on est une équipe, qu'on peut discuter, qu'on peut laisser le relais à quelqu'un d'autre aussi des fois » (INF1)

« Moi je m'appuie beaucoup, notamment à l'unité sécurisée, sur les AS qui connaissent bien les résidents, qui les gèrent bien mieux que nous, parce qu'elles les voient beaucoup plus que nous aussi » (INF1)

« Déjà je sais qu'en institution je ne suis pas seule, s'il y a un souci on appelle l'aide » (AS4)

La formation :

La formation semble être d'une grande aide, puisque les personnes en ayant reçu une spécifique à la prise en charge des résidents déments semblent être majoritairement plus à l'aise dans la prise en charge :

« C'est vrai que ma formation d'ASG m'a beaucoup appris [...] on nous a quand même donné des outils pour les approcher, pour être plus calme, pour faire diversion » (AS1)

« J'ai appris ça à la formation aussi » (AS4)

L'expérience :

On peut remarquer que l'expérience est également un grand atout puisque les personnes ayant le plus d'expérience sont globalement plus à l'aise.

« Je vous parle comme ça parce que j'ai 51 ans, vous m'auriez vu rien que 10 ans ou 15 ans avant, je vous aurais pas parlé comme ça. Je vous aurais dit c'est usant, c'est fatigant. » (AS1)

« Ça fait plus de 20 ans que je travaille avec des personnes âgées et je dirais qu'avec l'expérience tout ça, ça aide quoi, on se sent mieux à l'aise que quand on est jeune et qu'on a aucune expérience quoi. Je trouve que c'est l'expérience qui aide le plus. » (AS5)

« Moi c'est mon vécu... le rapport aux gens. » (AS3)

Les structures/ aménagements :

Les conditions de travail en unité sécurisée semblent également être un avantage :
« *c'est une autre façon de travailler je pense dans une unité sécurisée* »

Il y a moins de résidents par aide-soignante, leur permettant de prendre plus leur temps :

« *Par rapport à l'EHPAD, on a plus de temps. On en a 16, on a plus de temps* »
(AS1)

« *C'est plus facile en CANTOU parce que c'est une plus petite unité. Avec 10 résidents on n'a pas la même prise en charge* » (AS5)

Les locaux sont également aménagés spécialement pour les patients déments déambulants, facilitant ainsi leur prise en charge : « *On a déjà de douches dans les chambres* », « *ils ont beaucoup d'espace aussi pour déambuler* » « *d'avoir des grands couloirs qui tournent en rond c'est bien* », « *L'été ils vont dehors* ». (AS1).

Certaines autres structures ou activités mises en place par les différents EHPAD sont d'une aide importante.

A Langogne, il y a une « *belle salle de snoezelen* » qui est régulièrement utilisée en cas d'agitation. Le snoezelen est une activité développée aux Pays-Bas qui s'utilise de plus en plus dans le secteur gériatrique et psychiatrique. Il s'agit d'un espace spécialement aménagé, avec une lumière tamisée, une musique douce. Elle fait appel aux cinq sens pour créer une ambiance agréable et calme pour détendre les personnes les plus agitées (15).

A Langogne « *on a le PASA aussi* » avec « *toujours une aide-soignante détachée pour le PASA la semaine* »

Les intervenants extérieurs :

L'aide peut être également être apportée par l'extérieur par d'autres professionnels de santé :

« *Le CMP peut aider dans des cas comme ça* » (INF1)

« de voir quelqu'un d'autre qui intervient, ils sont plus... comment dire... ; ils vont plus facilement dire bah moi je ne vais pas bien alors qu'à nous ils ne vont pas le dire forcément » (INF3)

« On peut compter sur les médecins » (INF3)

Mais également par la famille : *« après la famille aussi peut nous aider en disant voilà comment elle était avant, qu'est ce qui pourrait la rassurer. » (INF4)*

7. Besoins du personnel soignant.

Le personnel soignant exprime à travers ces entretiens plusieurs besoins pour une meilleure prise en charge.

Plus de personnel :

Tous les soignants interrogés demandent du personnel en plus même s'ils pensent que *« c'est dans l'idéal »* et que ce souhait semble difficilement réalisable. Une personne en plus permettrait surtout de pouvoir s'isoler avec un résident agité, prendre du temps avec lui sans laisser une charge de travail trop importante à ses collègues.

« J'augmenterais le nombre de personnel et je ferais plus d'accompagnement. » (AS7)

« On serait plus nombreux ça se passerait autrement, on pourrait s'organiser comme on veut » (AS2)

« Au moins une demi-heure minimum par personne [...] Le temps de m'asseoir, quand ils sont angoissés, pas besoin de grand-chose, qu'on soit 5 minutes à côté, qu'on tienne la main, on lui parle » (AS4)

Plus d'animations :

Il manque également d'animations pour occuper les résidents :

« Si on était plus de personnel je pense qu'après on pourrait plus faire voilà de l'animation » (AS6)

« *Et on en manque de ça, l'animation on en a une de temps en temps, c'est trop peu.* » (AS7)

« *Je pense que les animations, elles devraient, notamment je pense aux animaux [...] ça aiderait d'avoir au moins ne serait-ce qu'un chien dans l'unité sécurisée* » (INF1)

« *des temps de balade tu sais à l'extérieur.* » (INF1)

Plus d'intervenants :

Il ne manque pas seulement du personnel soignant mais également d'autres intervenants extérieurs qui pourraient aider à comprendre les pathologies et aider dans la prise en charge :

« *Plus de temps de psychologue, quelque part je pense que ça aiderait aussi pour nous aider à gérer les troubles, à les repérer, à repérer les troubles débutants avant que ça monte crescendo* » (INF1)

« *et faire des conventions pour qu'il y ai plus d'intervenants au niveau psy.* » (INF3)

« *On ne peut pas avoir un infirmier par exemple psy qui vienne faire des ... discuter avec nous, nous expliquer les comportements des patients, sur chaque patient, comment on peut réagir, ça, ça manque beaucoup.* » (AMP1)

Plus de présence des médecins :

Ils souhaitent également un passage plus régulier et plus précoce des médecins généralistes :

« *On est l'EHPAD la plus proche et on est la seule EHPAD qui a pas de créneau défini pour le passage de médecins* » (INF1)

Dans les EHPAD qui n'en n'ont pas, la présence d'un médecin coordonnateur est une nécessité :

« *On n'a pas de médecin coordonnateur qui nous aide beaucoup aussi dans des cas comme ça* », « *fait des entretiens avec les résidents, diagnostique ces*

troubles du comportement et nous donne des fois des pistes pour nous aider à les gérer », « (Il) va pouvoir se permettre de parler à ses confrères et qui va être entendu parfois plus rapidement qu'une équipe » (INF1)

Plus de formations :

Selon certains il est nécessaire de mettre en place plus de formations :

« C'est sûr que c'est des formations qu'il faudrait qu'on fasse plus souvent parce que même si on l'a fait, quelques années plus tard, si on n'a pas été vraiment confronté, on a un peu oublié la prise en charge quoi. » (AS5)

« Savoir peut être comment maintenir un entretien, des choses comme ça, en cas de crise quoi faire... » (INF3)

« La formation Montessori, qui est très très bien je trouve qui apporte une vision positive aux troubles du comportement, qu'on n'appelle justement pas troubles du comportement. Il y a une vision beaucoup plus positive et ça donne vraiment des pistes d'accompagnement intéressant » (P1)

La formation concerne principalement le personnel soignant mais également les familles :

« Former le personnel et informer les familles pour moi c'est la clé » (INF2)

« C'est former l'entourage de ce type de patient [...] de façon à ce qu'on aille tous dans le même sens [...] qu'ils le déclenchent pas aussi. Voilà c'est ... enlever un peu des tabous sur les troubles du comportement » (INF2)

D. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

Choix du sujet :

Le choix du sujet apparaît comme une force de cette étude du fait de son originalité. En effet, plusieurs travaux concernant les troubles du comportement ont été réalisés mais la plupart portaient sur des patients à domicile et leurs conséquences sur les aidants

naturels ou familiaux. En revanche, très peu d'études portent sur le ressenti du personnel soignant en établissement de santé.

Il s'agit également d'un thème d'actualité du fait du nombre croissant de patients atteints de démences, de l'institutionnalisation de plus en plus fréquente, des grèves récentes du personnel des EHPAD et de leurs revendications concernant leur conditions de travail.

L'échantillonnage et le recrutement :

Les entretiens ont été réalisés dans des EHPAD d'un bassin restreint autour de Langogne. Ils sont relativement proches les uns des autres, ont une direction commune et les médecins intervenants sont globalement les mêmes (deux des établissements ont le même médecin coordonnateur). Les constatations ne peuvent donc pas être représentatives des EHPAD à une plus large échelle. Cependant, ces EHPAD restent différents les uns des autres par leur taille (de 33 lits à plus de 100 lits), la présence de services spécialisés ou non (USLD, Unité sécurisée, PASA) et la population accueillie (notamment à Auroux qui accueille principalement des personnes handicapées vieillissantes).

Il existe un biais de recrutement puisque personne ne s'est spontanément manifesté pour réaliser les entretiens. J'ai donc dû me présenter dans chaque EHPAD, un jour au hasard, en début d'après-midi et recruter parmi le personnel sur place. Cela peut traduire notamment un manque de motivation du personnel soignant pour le sujet. La sélection sur la base du volontariat entraîne également un biais inhérent à la majorité des études qualitatives. Toutefois, le fait que je me sois présentée spontanément un jour limite ce biais. L'échantillon obtenu est d'ailleurs représentatif des caractéristiques du personnel soignant travaillant en établissement de santé avec une majorité de femmes et un âge moyen autour de 41 ans comme retrouvé dans une étude de la DRESS en 2013 (16). Cet échantillon a également pour avantage de représenter toutes les catégories d'âge, d'expérience et de formation permettant une vision plus large du ressenti.

Je n'ai volontairement pas intégré les médecins à cette étude car cela me semblait être un travail tout à fait différent. En effet, ils ont un rôle d'intervenant ponctuel et ne sont pas au contact permanent des résidents. Leur intervention est également différente de celles des soignants puisqu'ils ont plus un rôle de prescripteur. Néanmoins, évaluer le ressenti du personnel médical pourrait être un autre travail intéressant.

Le recueil des données par entretiens semi-dirigés :

Le biais d'intervention est un biais quasiment inévitable lors de la réalisation d'entretiens. J'ai essayé d'être le plus neutre et la plus ouverte possible dans mon guide d'entretien et lors de la rencontre du personnel mais j'ai dû souvent reformuler ou poser d'autres questions pour relancer l'entretien ou approfondir quelques idées. Ainsi il est probable que par certains mots ou formulations, j'ai pu inconsciemment avoir orienté les réponses.

Il existe potentiellement une perte d'information due à la durée limitée des entretiens. En effet, certaines personnes interrogées donnaient des réponses très courtes et cela malgré la reformulation. Ceci peut être un reflet d'un manque de motivation, d'un manque de connaissance ou au fait qu'ils n'ont pas eu le temps de se préparer et de réfléchir au sujet. Il apparaît que les entretiens étaient en moyenne plus longs avec les personnes formées ou intéressées et plus courts avec celles qui avaient peu d'expérience. La durée des entretiens a pu également être limitée car ils se déroulaient pendant le temps de travail. Cependant, la saturation des données a rapidement été obtenue.

L'analyse des données :

Etant novice dans la recherche qualitative, l'analyse des données n'a sans doute pas été effectuée de façon optimale et a pu être influencée par ma subjectivité. Pour limiter ce biais une deuxième analyse des verbatim a été réalisée par un confrère de façon indépendante.

2. Quel est le ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD ?

Ressenti face à la maladie :

Une étude sociologique, basée sur l'analyse de la littérature, des médias et quelques entretiens, a étudié les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer (17). Elle montre que l'évolution de la recherche et des connaissances sur cette maladie ainsi que

les médias ont permis de faire évoluer les représentations sur les malades. Cependant, cette évolution reste fragile puisque la maladie d'Alzheimer garde majoritairement une image négative et sinistre dans l'imaginaire collectif. C'est une maladie qui effraie par son côté mystérieux, insidieux et imprévisible, qui peut toucher tout le monde. C'est un diagnostic qui fait peur également du fait de son évolution inexorable et de son incurabilité. Les malades sont comparés à des enfants ou déshumanisés.

Le personnel soignant n'échappe pas à ces représentations puisqu'une étude menée en Alsace sur 800 soignants travaillant en libéral ou en institution, rapporte une méconnaissance importante de la maladie. Les soignants avaient pour impression, une impossibilité de communiquer avec le patient (qui est considéré comme inaccessible à la relation ou à la compréhension de sa maladie), un sentiment d'impuissance et d'incompétence, l'impression que la solution ne pouvait être que matérielle, ségrégative (par le biais d'une institutionnalisation) ou chimiothérapique et non pas relationnelle et psychologique, et un sentiment d'exclusion des malades d'Alzheimer hors du circuit des humains. (18)

Lors de mes entretiens, j'ai pu remarquer ce même phénomène. Les soignants prennent parfois en charge des résidents qu'ils connaissent depuis plusieurs années et les voir dans des situations parfois embarrassantes peut leur faire ressentir une sensation de gêne ou de pitié. Je pense également qu'ils ont parfois peur, un jour, de se retrouver eux-mêmes dans ces situations auxquelles ils sont confrontés quotidiennement. Traiter les troubles du comportement, les faire disparaître, permet inconsciemment de cacher la maladie.

Ainsi, je pense qu'il est important de changer l'idée qu'on se fait de la maladie, de la démystifier, de la considérer comme une simple maladie parmi d'autres et le malade, un malade comme les autres. En considérant une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer comme une personne à part entière et en acceptant ses symptômes, la prise en charge ne sera que meilleure. Elle permettra au personnel de prendre une certaine distance avec cette maladie, de se protéger de la souffrance des résidents et de leur famille. Elle laissera plus de place à la communication et à l'accompagnement, elle évitera de traiter des troubles du comportement qui ne sont ni gênants, ni dangereux.

Casser les représentations, les tabous, et changer la perception de cette maladie est à mon sens le premier pas à franchir pour améliorer la prise en charge des patients qui en souffrent.

Ressenti face aux troubles du comportement :

Face à l'apparition d'un trouble du comportement chez un résident, plusieurs ressentis se succèdent. Tout d'abord ils expriment de l'interrogation et de l'inquiétude quant à la raison de ces troubles du comportement (souffrance ? douleur ?), puis, apparaît un sentiment d'impuissance et d'échec qui peut aller jusqu'à la lassitude et la fatigue professionnelle. Chez une personne interrogée, la confrontation quotidienne aux troubles du comportement a même entraîné un épuisement professionnel important avec nécessité de changer de service.

Dans la littérature je n'ai trouvé que peu d'études qui s'intéressent au ressenti du personnel soignant en EHPAD face aux troubles du comportement. Elles sont majoritairement concordantes avec ceux retrouvés lors de ce travail.

Un travail de thèse réalisée dans trois EHPAD de la région de Bergerac (Dordogne) durant le printemps 2014 a étudié le ressenti du personnel soignant et le risque de burnout face au résident crieur en EHPAD (19). Elle a montré que le personnel percevait d'abord de l'interrogation et de l'anxiété puis par la suite une lassitude, une asthénie, une sensation d'impuissance, d'échec, une irritabilité voire une agressivité.

Une autre étude réalisée dans deux unités Alzheimer du nord de la France, retrouve également un sentiment d'incapacité, de remise en question, d'incompréhension et parfois de peur (20).

Pour casser ce phénomène, je pense qu'il est alors important de mieux comprendre les troubles du comportement afin de mieux les appréhender. En effet, contrairement aux idées reçues et aux résultats des études précédentes, j'ai pu constater, lors de mes entretiens, que certaines personnes se sentent parfaitement à l'aise face aux troubles du comportement et peu déstabilisées. Elles ne ressentent ni inquiétude, ni peur dans ces situations qu'elles savent gérer. La différence vient de leur expérience et de leur formation car, d'une part, elles ont accepté la présence de ces symptômes qui ne leur font donc pas peur, et d'autre part, elles savent parfaitement comment réagir dans ces situations.

Ressenti dans la prise en charge des troubles du comportement :

Dans la prise en charge des troubles du comportement, trois ressentis prédominent :

Tout d'abord dans un premier groupe (AS1, P1, AS4, AS5, INF3, AMP1 et INF2), prédomine une sensation de bien-être et d'aisance dans la prise en charge. Ces personnes se sentent confiantes et sont peu mises en échec. Lors des entretiens, elles me semblaient d'ailleurs être plus épanouies dans leur travail. Ce groupe se caractérise par une plus grande expérience dans leur métier et de nombreuses formations qui leur ont permis d'acquérir des techniques de soins adaptées.

Dans l'autre groupe (INF1, AS2, AS3, AS6, AS7, AS8, INF4), le sentiment qui prédomine est celui d'impuissance. Il se dégage une impression de découragement et de stress. Les personnes de ce groupe ont souvent moins d'expérience et sont peu formées.

Finalement, nous remarquons chez toutes les personnes interrogées de la frustration quant à la qualité de leur prise en charge des résidents et principalement de ceux présentant des troubles du comportement. En effet, d'après une étude, du fait des contraintes organisationnelles, le personnel soignant passe en moyenne seulement 20% de son temps de travail aux interactions verbales et le plus souvent, durant ces interactions, il est presque toujours occupé par une autre tâche (21). Les soignants sont incessamment préoccupés par le temps qui devient inconsciemment leur priorité au détriment parfois du résident. Même s'ils ont tous conscience que le temps est la solution, c'est un obstacle qu'ils ne peuvent pas surmonter. Ils ont d'ailleurs parfois l'impression d'être maltraitant « *Ça c'est maltraitance aussi mais malheureusement c'est ... on a 1 heure pour faire le repas et on a beaucoup de gens à faire manger et c'est trop vite et c'est ça le manque de temps* » (AS4). Les témoignages et les grèves se multiplient d'ailleurs pour dénoncer cette maltraitance involontaire.

3. Pistes d'amélioration

a. Renforcer le personnel

Renforcer le personnel soignant :

Le principal problème de la prise en charge en EHPAD est le manque de personnel. Et ce problème se fait d'autant plus ressentir au contact des résidents présentant des troubles cognitifs car ils nécessitent beaucoup plus de temps de soins comme d'animation. Dans les années qui viennent, les résidents seront de plus en plus âgés, dépendants et avec des troubles cognitifs de plus en plus sévères. Le personnel doit

donc augmenter de façon significative pour pallier à cette évolution de la population en EHPAD.

Le 30 mai 2018, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé a présenté une feuille de route pour faire face aux besoins et aux attentes des personnes âgées, de leur famille et des professionnels du secteur. Elle annonce un plan d'aide de 360 millions d'euros supplémentaires de 2019 à 2021 pour recruter du personnel soignant, notamment des infirmiers de nuit (22).

Mais cela risque de ne pas être suffisant puisqu'il faudrait dans l'idéal avoir au moins 60 ETP (équivalent temps plein) pour 100 résidents ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel, d'autant plus qu'il existe de sérieuses difficultés de recrutement d'infirmières et d'aides-soignantes avec de nombreux postes vacants.

Recruter du personnel non soignant :

Une des difficultés relatée lors de cette étude est le manque d'animation. Or, l'animation ne relève pas seulement du rôle des soignants qui préfèrent privilégier les soins et qui ne se sentent pas toujours à l'aise dans ce domaine.

Ces animations sont le rôle des animateurs en gérontologie. Elles peuvent aussi reposer sur les ergothérapeutes qui peuvent proposer des activités physiques adaptés aux différentes pathologies, et sur les psychologues qui interviennent plus spécifiquement sur les fonctions cognitives.

Les EHPAD peuvent également bénéficier d'autres interventions notamment des thérapies alternatives telles que :

- la zoothérapie qui a largement démontré son bénéfice dans la prise en charge des troubles du comportement perturbateur (23). Lors des entretiens une infirmière a d'ailleurs évoqué la présence d'un animal dans l'EHPAD comme une solution possible à certains troubles du comportement.
- la musicothérapie qui a montré son efficacité notamment dans l'anxiété, l'agitation et les symptômes psycho-comportementaux en général (24)
- l'art thérapie, la luminothérapie, les massages....

Il faut aussi souligner l'importance des bénévoles. Ils ont un rôle de soutien, d'accompagnement social mais contribuent également à l'organisation d'animations. Ils

ont un rôle bénéfique auprès des résidents mais également auprès de leurs aidants et des professionnels de santé (25).

Renforcer le rôle des familles :

Les familles ne semblent pas suffisamment sollicitées puisque peu de personnes les ont évoquées lors des entretiens.

Pourtant, de nombreuses études montrent l'intérêt d'une communication entre les soignants et la famille pour réduire les conflits et le stress professionnel (26).

L'entrée en institution est un choc pour le résident mais également pour sa famille qui perd en quelque sorte son rôle de soignant. Elle peut parfois d'ailleurs se sentir exclue par le personnel soignant qui reprend ce rôle. Elle peut alors être très critique sur la qualité des soins dispensés ce qui peut entraîner des difficultés dans la relation famille-soignants voire des conflits. Une meilleure communication entre la famille et les soignants est donc nécessaire (27).

Les proches peuvent en effet apporter beaucoup à l'équipe soignante. Ils connaissent le résident, son histoire, son rythme de vie, ses activités. Parfois ils se sont même occupés de lui avant son institutionnalisation et savent comment réagir face à quelques troubles du comportement.

Les soignants également pourraient apporter à la famille, en partageant leurs connaissances sur la pathologie, son évolution et en les rassurant sur la qualité de la prise en charge en leur absence.

Or, devant l'omniprésence des soignants dans la prise en charge de leur proche, les familles peuvent avoir peur de prendre des initiatives ou de mal faire. Il serait intéressant de les faire participer aux soins ou aux animations ce qui leur permettrait de retrouver un rôle et au soignant d'avoir une aide précieuse.

b. Améliorer la formation

Dans cette étude et dans différents travaux menés en EHPAD, le personnel soignant est souvent en demande de formation. J'ai pu d'ailleurs remarquer que les personnes qui avaient bénéficié d'une formation étaient nettement plus à l'aise dans la prise en charge

des résidents atteints de troubles cognitifs et plus épanouies dans leur travail. Plusieurs études montrent l'efficacité d'une formation spécifique sur la réduction des troubles du comportement et sur le vécu du personnel soignant.

Un travail de thèse réalisé dans des EHPAD du nord de la France (20) montre qu'après une formation sur les techniques de soins non-médicamenteuses les troubles du comportement sont mieux compris et acceptés par les soignants qui sont également moins démunis. Cette étude n'a pas démontré une réduction des troubles du comportement mais un effet bénéfique sur les patients et sur le vécu des soignants.

Une deuxième thèse réalisée à Nice (28) a montré un bénéfice de la formation des équipes soignantes aux traitements non médicamenteux avec une réduction significative de l'agitation et de l'agressivité.

D'où peut venir la formation ?

La formation initiale :

J'ai pu remarquer lors des entretiens un réel manque de connaissances vis-à-vis des démences et des troubles du comportement. En effet, les troubles du comportement sont parfois confondus avec des simples symptômes de démence comme la désorientation temporo-spatiale ou les pertes de mémoire. Ainsi avant d'apprendre à les prendre en charge, je pense qu'il est primordial de mieux connaître les maladies et leurs mécanismes physiopathologiques. Une meilleure connaissance de ces pathologies et de leur évolution permettrait de mieux comprendre certains symptômes et d'anticiper certaines situations. Cela permettrait également de donner du sens à certaines réactions (*« Si déjà on sait que c'est parce qu'il y a des lésions frontales. Permettre de comprendre pour moi ça met aussi du sens et du coup on le prend différemment »(P1)*).

Lors de la formation initiale infirmière, l'enseignement théorique du module « soins infirmiers aux personnes âgées » se décompose en 80 heures d'enseignements théoriques et 8 semaines de stages sur la totalité du cursus (29).

La formation initiale aide-soignante comporte 17 semaines de formation théorique et 24 semaines de stage clinique qui peuvent être réalisées dans n'importe quel service, pas forcément gériatrique.

Lors des entretiens, les personnes les plus jeunes n'étaient souvent pas à l'aise face aux troubles du comportement, sans doute à cause d'un manque d'expérience, mais j'ai pu remarquer qu'elle manquait également de connaissances.

Améliorer la formation initiale permettrait non seulement d'améliorer les connaissances mais également de favoriser l'attractivité des jeunes diplômés pour la gériatrie. En effet, d'après une étude réalisée dans deux Instituts de Formation de Soins Infirmiers de la région parisienne, les jeunes infirmiers sont peu intéressés par un poste en gériatrie à la sortie de l'école (seulement 13%). Les raisons invoquées par les étudiants sont le plus souvent liées à l'image véhiculée par cette spécialité (29).

Formations complémentaires :

Le plan Alzheimer 2008/2012 (30) prévoit notamment de développer la formation des professionnels en mettant en place un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer :

- création d'une fonction « d'Assistant de Soins en Gérontologie » ou ASG (140 heures) pour les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les aides de vie sociale ;
- un module de formation axé sur les neurosciences et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer pour les psychomotriciens et les ergothérapeutes
- un plan de formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant dans les unités adaptées en EHPAD.

A l'EHPAD de Langogne, tous les ans, un aide-soignant bénéficie de la formation d'Assistant de Soins en Gérontologie. Cette formation leur permet de travailler en unité sécurisée et de bénéficier d'une revalorisation de salaire. Parmi les personnes interrogées, deux avaient bénéficié de cette formation. Pour l'une d'entre elles, cette formation a été très bénéfique. Pour l'autre, le travail en unité sécurisée était trop stressant et elle a dû changer d'unité.

Le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 (31) a officialisé la fonction d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) qui se développe progressivement depuis quelques années. Ces IPA peuvent notamment se spécialiser en gérontologie. Leur rôle est alors de réaliser une évaluation gériatrique complète pour repérer les facteurs de fragilité et prévenir la dépendance. Ils peuvent intervenir en établissement comme en libéral.

Il existe une multitude de formations sur la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, organisées sur quelques jours par des organismes de formation publiques ou privés dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu).

Certains courants de philosophie sur la prise en charge des personnes âgées développent et proposent leurs propres formations. Ces méthodes fondées sur le respect de la personne et le maintien de son autonomie se développent de plus en plus dans les EHPAD :

- Humanitude (32) (par R. Marescotti et Y. Gineste) est une approche de soin fondée sur l'adaptation du soignant au patient dans la bienveillance. Elle repose sur 4 piliers (le regard, la parole, le toucher, la verticalité).
- Méthode de validation (Naomi Feil) (33) qui a pour objectif de maintenir la communication avec les personnes âgées désorientées afin de les accompagner dans leur comportement, la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendus.
- L'approche Carpe Diem par Nicole Poirier (34) vise le maintien de l'autonomie et de l'estime de soi en favorisant un cadre souple permettant à la personne de décider de son horaire et de ses activités et en lui offrant de multiples occasions de se sentir utile en participant aux tâches domestiques selon ses goûts.
- L'approche Montessori (35) a d'abord été créée pour le développement de l'enfant. Elle s'adapte à la personne âgée pour l'aider à maintenir son autonomie en contournant les déficits et en s'appuyant sur les habilités préservées.

Par les intervenants :

La formation peut également se faire au sein de l'EHPAD par les intervenants extérieurs (médecin, psychologues, infirmiers psychiatriques...). Il peut s'agir de présentations générales mais aussi de discussions autour d'un cas. En effet le personnel soignant, lors des entretiens m'a confié être en demande d'aide des intervenants extérieurs pour les aider à repérer les troubles, et les prendre en charge de façon spécifique à chaque personne.

La formation est également la 7^e des 13 missions du médecin coordonnateur de l'EHPAD : « contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux

actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement » (article D312-158 du code de l'action sociale et des familles)(36).

Il peut notamment s'aider de l'outil MobiQual (Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles) (37) mis en œuvre par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Elle propose des outils scientifiques et pédagogiques de référence sur les thématiques gériatriques aux fins d'information, de sensibilisation et de formation des professionnel de santé intervenant auprès des personnes âgées.

La formation entre pairs :

Lors de mes entretiens, j'ai pu constater que certaines personnes avaient plus de compétences que les autres par le biais de leurs formations ou de leur expérience. L'une d'elles m'a rapporté, hors enregistrement, qu'à la fin de sa formation pour devenir Assistante de Soins en Gérontologie (ASG), les formateurs leur avaient dit de faire diffuser leurs connaissances à leurs collègues, « comme un sachet de thé ». Cette phrase l'avait beaucoup marquée. Quand je lui ai demandé si elle le faisait, elle m'a dit que non, elle ne se sentait pas légitime. Pourtant elle n'a pas moins de légitimité qu'une autre personne et aurait peut-être même plus à apporter car elle fait le même travail, au sein de la même structure et connaît son fonctionnement et les résidents bien mieux qu'un intervenant extérieur.

« L'apprentissage par les pairs » est une modalité d'apprentissage entre individus d'un même groupe ou d'une même entité. Elle a été développée par le Professeur Mazur de l'Université d'Harvard pour ses étudiants en classe de physique (38). Elle a largement montré son bénéfice en termes d'apprentissage et de mémorisation. Cette méthode a depuis trouvé sa place dans de nombreux domaines. Elle apporte de nombreux avantages. Tout d'abord, le rapport d'égalité entre les participants, qui peuvent être à la fois « formé » et « formateur », abolit ainsi le rapport de hiérarchie, ainsi chacun est acteur et non plus seulement spectateur. Le « formateur » a également toute sa légitimité car il connaît parfaitement les contraintes de travail. Travailler ensemble permet également de rompre l'isolement, de partager ses expériences et de renforcer le travail d'équipe. Il permet à chacun de faire part de ses « petites techniques » et de faire émerger des savoirs informels (39).

A travers ces entretiens j'ai pu remarquer que dans toutes ces EHPAD le travail d'équipe était un atout majeur dans la prise en charge des troubles du comportement car chacun m'a confié pouvoir compter sur ses collègues. Ainsi, il est important je pense de pouvoir préserver cette entente et en profiter pour améliorer les prises en charge.

c. Une meilleure évaluation des troubles

Malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé, les soignants interrogés dans cette étude n'utilisent pas d'échelle d'évaluation des troubles du comportement.

L'outil recommandé par la Haute Autorité de Santé est le NeuroPsychiatric Inventory (NPI) validé par Cumming en 1994 (40). Il existe une version destinée à l'équipe soignante (NPI-ES) permettant d'évaluer les troubles du comportement dans leur fréquence et dans leur intensité. Elle permet également de mesurer le retentissement sur le soignant et sa charge de travail. Ce score porte sur dix symptômes comportementaux (apathie, anxiété, agitation/agressivité, irritabilité, comportements moteurs aberrants, désinhibition, hallucinations, délire, dysphorie/dépression et euphorie) et deux symptômes neuro-végétatifs (troubles du comportement nocturne, troubles de l'appétit).

L'évaluation des troubles est ainsi objective et reproductible. Elle permet une meilleure connaissance des résidents, de leurs symptômes et leur évolution au fil du temps. Il s'agit d'un temps d'échange entre soignants et leur donne l'occasion de partager leur vécu.

Une évaluation standardisée donne également plus de légitimité à la parole des soignants face aux médecins et leur donne ainsi plus d'éléments pour justifier une intervention.

Elle permet d'évaluer de façon plus fiable l'efficacité d'une intervention non-médicamenteuse, de démontrer ainsi son utilité et de donner un sentiment de satisfaction aux soignants. En cas d'introduction d'un traitement médicamenteux, cette évaluation est utile pour justifier la poursuite ou l'interruption du traitement en cas d'inefficacité ou d'aggravation.

Il serait ainsi intéressant de généraliser ce type d'évaluation lorsqu'un trouble du comportement se présente pour une meilleure communication entre soignants et un meilleur suivi des troubles.

d. Améliorer le lien avec les intervenants extérieurs

Lors de mes entretiens, j'ai pu constater que le personnel soignant avait l'impression d'être isolé et de ne pas se sentir assez soutenu par les intervenants extérieurs et notamment les médecins. Ce n'est pas leur manque de disponibilité qui leur est reprochée mais plutôt leur manque de réactivité.

Le lien avec les médecins généralistes :

Il existe sans doute une différence de perception du caractère d'urgence entre les médecins et les infirmières. En effet, le personnel soignant, souhaiterait une intervention rapide des médecins, dès l'apparition des troubles du comportement car ils ont peur de passer à côté d'une pathologie sous-jacente, d'une aggravation et surtout d'une propagation aux autres résidents. Le médecin quant à lui sait que le patient est en institution et entouré de professionnels de la santé, la prescription médicamenteuse n'étant pas une urgence, il peut juger que son intervention peut attendre. Cette attente peut être jugée comme un manque d'intérêt et de soutien. Une meilleure communication entre médecin et personnel soignant est de ce fait nécessaire. L'infirmière doit pouvoir justifier l'intervention du médecin notamment par le biais d'une évaluation spécialisée objectivant la gravité des troubles et l'inefficacité des thérapies non-médicamenteuses entreprises. Le médecin quant à lui doit pouvoir intervenir rapidement si la situation le nécessite. S'il ne juge pas nécessaire d'introduire un traitement, il doit tout de même expliquer sa décision aux soignants, les rassurer sur la non-gravité des troubles et donner des conseils de prise en charge non-médicamenteuse. Ce temps d'échange permettrait aux soignants de se sentir moins isolés, plus rassurés et peut être moins demandeurs d'une intervention médicamenteuse.

Le lien avec les médecins généralistes doit également se faire via le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Comme une infirmière me l'a dit lors d'un des entretiens, le médecin coordonnateur a parfois plus de poids pour faire intervenir un de ses collègues en cas de nécessité. Son rôle est également de veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques (5^e mission) et de contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des

prescriptions de médicaments (6^e mission). Le médecin coordonnateur doit ainsi veiller à la bonne prise en charge des troubles du comportement selon les recommandations.

Le lien avec les spécialistes :

De plus, la prise en charge des troubles du comportement est souvent difficile et les médecins généralistes également peuvent être mis en échec dans certaines situations. L'intervention de spécialistes tels que psychiatre ou gériatre est alors nécessaire mais difficile à obtenir du fait du manque de spécialistes dans la région et de l'éloignement des centres hospitaliers. Il s'agit également de patients qu'il est difficile de transporter hors des EHPAD du fait de leur troubles mnésiques et du comportement. A Langogne, une gériatre se déplace une fois par mois pour des consultations avancées mais cela n'est pas suffisant notamment pour les autres EHPAD plus éloignés et en cas de nécessité d'une intervention rapide. Les résidents se retrouvent donc parfois hospitalisés dans des services de gériatrie ou de géronto-psychiatrie pour gérer ces troubles du comportement. Ces hospitalisations sont souvent délétères pour le résident qui perd tous ses repères et peut présenter une détérioration de ses troubles cognitifs ou de ses capacités fonctionnelles durant ces séjours hospitaliers.

Dans le cadre du GHT (Groupement Hospitalier Territorial), des téléconsultations de gériatrie et de géronto-psychiatrie vont être mises en place prochainement. Quasiment tous les EHPAD de la Lozère vont être équipés en matériel informatique pour pouvoir réaliser ces téléconsultations. Ainsi tous les résidents pourront bénéficier d'un avis spécialisé sans sortir de leur environnement et en étant accompagnés de leurs proches ou des infirmières qui peuvent participer à la consultation, donner leurs constatations et entendre les recommandations. Dans l'idéal, ces téléconsultations pourraient permettre d'avoir des consultations plus rapides, de ne pas déplacer les résidents et d'éviter certaines hospitalisations.

Une étude réalisée dans 11 EHPAD du Nord-Ouest Vendée (41) a montré que les téléconsultations de gériatrie ont permis d'éviter l'hospitalisation de 83,3% des patients inclus et principalement en cas de problématique en lien avec une pathologie psychiatrique ou un syndrome démentiel.

Cependant, la mise en place risque d'être plus difficile car elle demande un temps de travail supplémentaire pour le médecin généraliste qui demande la consultation, le

spécialiste qui la fait, et le personnel qui doit accompagner le résident et comme cela a été largement constaté, le manque de temps est la principale difficulté rencontrée.

Le lien avec les autres intervenants :

Lors de mes entretiens, je me suis rendue compte que le personnel soignant comptait également beaucoup sur l'aide d'autres intervenants tels que les infirmières du CMP ou la psychologue pour leur aide à la prise en charge des résidents mais surtout pour les aider à comprendre les pathologies, dépister les troubles du comportement et mettre en place un accompagnement adapté. Ainsi il est important de préserver, voire de renforcer ce lien, en établissant des conventions de partenariat avec d'autres établissements tels que les Centres Médicaux Psychologiques, les Unités Cognitivo-Comportementales, les services de gériatrie ou de géro-psycho-geriatrie.

e. Favoriser les unités spécifiques

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la création ou l'identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

Ces unités semblent avoir un effet bénéfique sur les résidents mais également sur les conditions de travail du personnel soignant. Il semble ainsi important de les renforcer ou de les développer.

Les Pôles d'Accueil et de Soins Adaptés (PASA) :

Il s'agit d'unités de soins et d'activités adaptées proposant pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé. Cette unité est animée par des professionnels spécifiquement formés (assistants de soins en gérontologie, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes...).

Ces unités n'ont pas bénéficié de beaucoup d'évaluations spécifiques. Une étude prospective cas-témoins réalisée dans des EHPAD du Limousin (42) montre une efficacité du PASA sur certains symptômes comme l'agitation et l'irritabilité. Il a également été constaté un retentissement positif sur la charge de travail et le ressenti émotionnel sur les équipes de soin.

L'EHPAD de Langogne bénéficie d'un PASA avec l'intervention d'une psychologue, d'une musicothérapeute et d'un ergothérapeute, une fois par semaine. Un Assistant de Soins en Gériatrie est détaché tous les jours pour le PASA et peut prendre en charge un résident qui présenterait des troubles du comportement. D'après les entretiens, le PASA a un effet bénéfique sur les patients mais également sur le ressenti du personnel soignant qui le considère comme une aide importante dans la prise en charge des troubles du comportement. L'intervention en PASA permet également de faire le point régulièrement sur les résidents avec la psychologue et de mettre en place une prise en charge spécifique pour ces patients. Ainsi il serait intéressant de maintenir ce PASA et si possible de le renforcer en faisant intervenir plus de personnel.

Les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) :

Ce sont de petites unités spécialement aménagées, accueillant nuit et jour une douzaine de personnes qui sont à la fois un lieu d'hébergement et lieu d'activité.

Une enquête nationale de l'ANESM portant sur les Unités d'Hébergement Renforcé en 2016 (43) montre une légère diminution de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses dans ces unités.

Selon une analyse de la littérature réalisée par le Gérontopole de Toulouse en 2008 (44) le personnel soignant travaillant en UHR ne présente pas plus de stress, de burn-out ou de sentiment de démoralisation. Certaines études mettent même en évidence une meilleure satisfaction.

Lors de mes entretiens, j'ai pu remarquer que le personnel intervenant en UHR se sent nettement plus à l'aise et moins stressé que lorsqu'ils doivent intervenir dans les autres secteurs principalement par le fait qu'ils ont moins de résidents à charge et moins de contraintes organisationnelles. Une autre explication possible peut être le niveau de connaissance car ces personnes ont bénéficié d'une formation avant d'intégrer ces unités. Je pense ainsi qu'il est important de préserver ces unités, à la fois pour une meilleure prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement mais également pour le bien être du personnel qui y travaille.

4. Le cas particuliers des personnes handicapées vieillissantes.

Une des EHPAD dans laquelle je me suis rendue (l'EHPAD d'Auroux) a pour particularité d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes venant des hôpitaux psychiatriques de la région lyonnaise. L'accueil de cette population spécifique entraîne de réelles difficultés de prise en charge pour le personnel soignant de cet établissement.

Contexte :

En octobre 2010, un dossier technique de la CNSA (Caisse National de Solidarité pour l'Autonomie) pose une première définition de la personne handicapée vieillissante (45) : « une personne handicapée vieillissante et une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap,
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles,
- mais aussi d'une évolution dans leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent. Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en terme de perte d'autonomie ».

Une étude de la DRESS en 2002 (46) recense environ 635 000 « handicapés vieillissants » dont 267 000 sont âgés de 60 ans ou plus. Dans les structures pour personnes âgées (EHPAD, USLD), les personnes handicapées vieillissantes sont minoritaires (3% des résidents). Les personnes accueillies en EHPAD présentent principalement des handicaps mentaux ou des pathologies psychiatriques lourdes. Elles sont en moyenne plus jeunes (entrée en institution vers 62 ans). Près d'un quart d'entre elles a auparavant vécu dans une structure pour adulte ou en établissement psychiatrique. En général, elles présentent plus de déficiences intellectuelles ou mentales mais sont plus autonomes.

Le problème de la cohabitation :

En avril 2013, la commission nationale « vieillissement des personnes handicapées » du GEPSO (Groupe National des Etablissements Publics Sociaux et Médico-sociaux) a fait l'état des lieux de l'accueil des personnes handicapées en EHPAD (47). Dans un EHPAD sur deux, des problèmes de cohabitation se posent. Les troubles du comportement peuvent provoquer du rejet, de la stigmatisation, de l'incompréhension des autres résidents face à certaines attitudes. La différence d'âge, de rythme ou d'activités entraînent parfois l'exclusion des personnes handicapées.

A l'EHPAD d'Auroux se côtoient des personnes atteintes de pathologies psychiatriques, d'autres atteintes de démence et certaines personnes âgées sans troubles cognitifs. Cette cohabitation est souvent difficile, et le personnel rapporte souvent des conflits entre les résidents. Ceux qui ne présentent pas de troubles cognitifs ont tendance à s'isoler dans leur chambre.

Il serait ainsi nécessaire de mettre en place des aménagements et des activités spécifiques à ce type de population qui a un mode de vie et des attentes différentes des personnes âgées habituellement accueillies dans ces EHPAD.

Difficultés d'accompagnement :

D'après cette même étude, 60% des EHPAD expriment des difficultés d'accompagnement. Les raisons invoquées sont des besoins de présence plus importants, un manque de connaissance sur les différents handicaps et l'absence de formation adaptées. Le personnel soignant est déstabilisé par les troubles du comportement, les problèmes de communication, la violence et l'association des troubles psychiques aux troubles cognitifs. Ils rapportent également la difficulté à faire appel à un psychiatre sur le secteur.

Ces mêmes difficultés ont été exprimées à travers les entretiens du personnel soignant de l'EHPAD d'Auroux. En effet, le personnel n'est pas formé aux pathologies psychiatriques et les locaux ne sont pas adaptés. Certaines personnes ont même eu peur de certains résidents et n'ont pas pu travailler dans cet EHPAD. Les personnes interrogées comptent beaucoup sur l'aide des infirmières spécialisées du CMP (Centre

Médico Psychologique) mais l'intervention est parfois difficile à obtenir ce qui entraîne de vraies difficultés pour la prise en charge. De plus, à l'entrée en EHPAD, le suivi psychiatrique est souvent abandonné (faute de psychiatre sur le secteur et des difficultés de déplacement) alors qu'il s'agit principalement de résidents atteints de maladies psychiatriques lourdes avec un traitement important et qui nécessiteraient un suivi adapté. Les médecins généralistes intervenant sur le secteur ne sont également pas formés à prendre en charge ces pathologies. Ainsi, le personnel soignant a très facilement recours aux Urgences ou à l'hospitalisation en psychiatrie en cas de difficultés.

Les téléconsultations de psychiatrie et de géronto-psychiatrie auraient également dans cette situation un intérêt majeur puisqu'elles pourraient permettre de reformer un lien entre les spécialistes, les résidents et le personnel soignant et ainsi éviter de nombreuses hospitalisations.

L'EHPAD d'Auroux devrait bénéficier très prochainement d'une restructuration. Je pense qu'il serait alors important de rediscuter de l'orientation donnée à cet établissement, car il pose de réelles difficultés de prise en charge pour le personnel soignant. Si l'orientation psychiatrique est préservée, il serait alors important de bénéficier de locaux adaptés, d'avoir du personnel formé et des liens étroits avec les professionnels spécialisés (psychiatres et infirmiers psychiatriques) du secteur.

5. Mon ressenti personnel

Grâce à ces entretiens et le travail de recherche pour cette thèse, je comprends maintenant mieux le ressenti du personnel soignant et leurs demandes d'intervention médicale.

Tout d'abord, il m'apparaît que leur vision des démences est différente de la mienne et je pense de celle des médecins en général. De par ma formation médicale, je connais les mécanismes physiopathologiques des démences et des troubles du comportement. Je sais que les symptômes sont l'expression de lésions organiques et que dans la plupart des cas les patients ne souffrent pas de leurs symptômes. Je sais également que les traitements médicamenteux sont peu efficaces et même souvent délétères chez ces

patients. Cependant, je ne suis confrontée à ces malades qu'en cas d'épisode intercurrent nécessitant un avis médical.

Les soignants, eux, sont confrontés quotidiennement à ces patients. Ils s'occupent de personnes qu'ils connaissent depuis longtemps ou même qui sont de leur famille. Ils s'attachent à ces personnes et ont parfois tendance à se mettre à leur place ce qui peut leur faire peur, peur de se retrouver un jour dans ces situations parfois embarrassantes. S'imaginer oublier ses proches, répéter les mêmes choses, déambuler... est alors ressenti comme une souffrance et ils ont donc l'impression que leurs résidents souffrent. Je comprends alors leur demande car pour eux le bien-être du résident est une priorité, et la douleur du résident et une douleur pour le soignant.

Ensuite, il m'apparaît évident que le personnel soignant demande de l'aide et du soutien. Pour le moment, il est difficile d'augmenter le personnel au sein des EHPAD mais nous pouvons essayer de les aider à se sentir moins isolés. Le temps des médecins est précieux et le temps passé dans les EHPAD est souvent limité mais j'ai pu remarquer que le personnel soignant avait parfois plus besoin d'être rassuré que d'une réelle intervention. Ainsi, je pense que prendre le temps de faire le point sur un patient, expliquer sa pathologie, rassurer sur la non-gravité de ses troubles du comportement et aider à proposer des solutions non-médicamenteuses permet de montrer son soutien à l'équipe paramédicale qui sera sans doute moins souvent demandeuse d'une intervention médicamenteuse.

Finalement, durant ces entretiens j'ai pu constater que toutes les personnes rencontrées étaient réellement investies et passionnées par leur travail. Alors que j'imaginai que pour tous, les troubles du comportement étaient une difficulté, j'ai eu l'agréable surprise de rencontrer des personnes qui se sentent vraiment à l'aise face aux troubles du comportement qu'elles ont acceptés comme une évolution normale de la maladie. Elles savent accompagner les résidents tout en préservant leur autonomie et adopter les bons gestes dans toutes les situations. Et ces personnes sont vraiment épanouies dans leur travail. Cela montre qu'avec de l'expérience et une bonne formation du personnel soignant nous pouvons avoir l'espoir d'améliorer la prise en charge des troubles du comportement et surtout les conditions de travail du personnel soignant.

E. Conclusion

La prise en charge des troubles du comportement repose essentiellement sur les techniques non-médicamenteuses et un accompagnement par le personnel soignant. Or celui-ci peut se sentir démuni, mis en échec avec pour conséquence un sentiment de frustration et de stress professionnel.

Même si l'augmentation du personnel dans les EHPAD est indispensable, l'expérience et la formation semblent être des atouts importants pour le bien-être des soignants et une meilleure prise en charge des résidents. De plus, le médecin peut apporter une aide supplémentaire en expliquant mieux les troubles du comportement et en mettant en avant les techniques non-médicamenteuses.

La situation des EHPAD est actuellement un enjeu de société. A mon sens, la première étape pour améliorer la prise en charge des personnes âgées est d'abord d'améliorer les conditions de travail du personnel en y mettant les moyens humains et financiers nécessaires.

F. Bibliographie

1. Confusion, démences — Troubles cognitifs du sujet âgé — État confusionnel et trouble de la conscience chez l'adulte et chez l'enfant [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/confusion-demences-troubles-cognitifs-du-sujet-age-etat-confusionnel-trouble>
2. world-alzheimer-report-2015.pdf [Internet]. [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.worldalzreport2015.org/downloads/world-alzheimer-report-2015.pdf>
3. France, Ministère des affaires sociales et de la santé (2016-....), Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Santé publique France. L'état de santé de la population en France: rapport 2017. 2017.
4. MULLER M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. ETUDES Result. juill 2017;(1015):8p.
5. N° 769 - Rapport d'information de Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [Internet]. [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i0769.asp>
6. La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2016 | CNSA [Internet]. [cité 9 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2016>
7. maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
8. Dennis M, Shine L, John A, Marchant A, McGregor J, Lyons RA, et al. Risk of Adverse Outcomes for Older People with Dementia Prescribed Antipsychotic Medication: A Population Based e-Cohort Study. *Neurol Ther*. juin 2017;6(1):57-77.
9. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA*. 19 oct 2005;294(15):1934-43.
10. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, Chiang C, Kavanagh J, Schneider LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *JAMA Psychiatry*. mai 2015;72(5):438-45.
11. Haute Autorité de Santé - Le programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer - Programme Pilote [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c_891528/programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer?xtmc=Alerte%20et%20ma%C3%A9trise%20de%20la%20iatrog%C3%A9nie%20&xtcr=1

12. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. mars 2006;14(3):191-210.
13. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
14. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* - 4e éd. Armand Colin; 2016. 285 p.
15. Présentation du concept Snoezelen [Internet]. [cité 21 juill 2018]. Disponible sur: <http://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>
16. DRESS. Établissements de santé : Le personnel soignant de plus en plus âgé. *ETUDES Result*. juill 2013;(846).
17. Ngatcha-Ribert L. Maladie d'Alzheimer et société : une analyse des représentations sociales. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2004;2(1):49-66.
18. Grosclaude M. Nurses in geriatrics and Alzheimer's disease: knowledge, image, and common practice-results from a survey in a French area (Alsace). *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2007;5(2):139-52.
19. Calvet B, Charles J-M, Clément J-P. Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 avr 2017;17(98):125-35.
20. Sockeel S. *Troubles du comportement et thérapies non médicamenteuses en unité spécifique Alzheimer: vécu des aidants soignants* [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
21. Raybois M. Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants. *Psychol Trav Organ*. 1 janv 2014;20(1):91-104.
22. Personnes âgées : Agnès Buzyn présente sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen terme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/personnes-agees-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour-relever-le-defi>
23. Vaillant-Ciszewicz A-J, Rossi R, Quaderi A, Palazzolo J. Les effets thérapeutiques de l'animal en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 avr 2017;17(98):109-13.
24. Bonte R. *Musique et Démence: Revue de la littérature sur l'intérêt de la musicothérapie chez les patients déments avant mise en place d'une étude contrôlée randomisée en EHPAD* [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.

25. Place du bénévolat en EHPAD dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou démences apparentées : enquête qualitative dans une unité protégée - ScienceDirect [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.www.ezp.biu-montpellier.fr/science/article/pii/S1627483014001755>
26. Pillemer K, Suitor JJ, Henderson CR, Meador R, Schultz L, Robison J, et al. A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist*. avr 2003;43 Spec No 2:96-106.
27. Thomas P, Hazif-Thomas C. Prendre le risque d'investir les familles, une école de vie pour les soignants. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 oct 2015;15(89):290-7.
28. Leone E. La formation du personnel soignant pour une meilleure prise en charge des troubles du comportement des résidents vivant en EHPAD et présentant une démence: une perspective non médicamenteuse encourageante [Thèse de doctorat]. [Nice, France]: Cognition Behaviour Technology; 2012.
29. Michèle J. La gériatrie : une attractivité à construire dès l'institut de formation en soins infirmiers. :71.
30. Lustman F. Le plan Alzheimer 2008-2012, The Alzheimer Plan for 2008-2012. *Trib Santé*. 23 nov 2011;(32):61-8.
31. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
32. L'humanité [Internet]. *humanité*. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.humanitude.fr/lhumanité/>
33. La méthode de Validation® de Naomi Feil [Internet]. *VFvalidation*. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>
34. L'approche Carpe Diem [Internet]. *CarpeDiem*. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://alzheimercarpediem.com/lapproche-carpe-diem/lapproche-carpe-diem/>
35. Sheppard CL, McArthur C, Hitzig SL. A Systematic Review of Montessori-Based Activities for Persons With Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. févr 2016;17(2):117-22.
36. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-158. Code de l'action sociale et des familles.
37. *MobiQual* [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://www.mobiquial.org/qui-sommes-nous/>
38. Mazur E. *Peer Instruction: Une méthode éprouvée d'enseignement interactif*. PPUR Presses polytechniques; 2014. 330 p.
39. *PedagoForm*. L'APPRENTISSAGE ENTRE PAIRS : SE FORMER ENTRE NOUS, PAR NOUS ET POUR NOUS [Internet]. *PEDAGOFORM*. [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.pedagoform-formation-professionnelle.com/article-l-apprentissage-entre-pairs-se-former-entre-nous-par-nous-et-pour-nous-119416809.html>

40. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. déc 1994;44(12):2308-14.
41. Troudet P. Impact des téléconsultations de gériatrie sur les hospitalisations des personnes âgées institutionnalisées: étude dans 11 EHPAD du Nord-Ouest Vendée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2018.
42. Grenaille T. Impact de la prise en charge PASA sur les troubles du comportement des déments: une étude prospective cas-témoins menée dans six EHPAD en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
43. ANESM. Enquête nationale UHR 2016. 2017;
44. VELLAS B, ANDRIEU S, AQUINO JP, ARMAINGAUD D, BENATTAR L, BINOT S, et al. Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement. Réflexion sur les critères de définition et missions. Toulouse: Gérontopôle; 2008 p. 38p.
45. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (C.N.S.A.). Paris. FRA. Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Paris: CNSA; 2010. 66p. (Dossier technique.).
46. Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-handicapees-vieillissantes-une-approche-a-partir-de-l-enquete-hid>
47. GEPSO (Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux). Enquête relative à l'accueil des personnes en situation de handicap en EHPAD [Internet]. 2013 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.apmnews.com/Documents/gespoehpadhandicap.pdf>

G. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien :

INTRODUCTION :

Présentation

Présentation des objectifs de l'étude :

- Evaluer le ressenti de personnel soignant face aux troubles du comportement
- Comprendre les difficultés
- Proposer des améliorations

Anonymisation des entretiens

Accord pour l'enregistrement

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quel est votre parcours professionnel ?
3. Avez-vous eu une formation spécifique sur les démences et les troubles du comportement ?
4. Etes-vous personnellement concerné dans votre famille par cette maladie ?

QUESTIONS :

1. Qu'est-ce qu'est pour vous les troubles du comportement ? Vous pouvez citer des exemples.
2. Comment réagissez-vous face à une personne présentant des troubles du comportement ?
3. Comment vous sentez-vous dans ces situations en général ?
4. Quels sont les difficultés et les obstacles que vous rencontrez ?
5. Au contraire, qu'est-ce qui vous aide dans ce genre de situation ?
6. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer tout ça ?

Remerciement.

Proposition de retour de résultats.

Annexe 2 : Caractéristiques de la population :

Entretien	Durée	Sexe	Age	Fonction	Lieu	Expérience	Formation spécifique	Vécu personnel
AS1	10 : 05	Femme	51	ASG	Langogne	31 ans	ASG	Non
INF1	13 : 39	Femme	37	IDE	Langogne	11 ans	Aucune	Oui
AS2	8 : 40	Femme	52	AS	Langogne	17 ans	ASG	Non
AS3	5 : 46	Homme	54	AS	Langogne	10 ans	Non	Non
P1	6 : 54	Femme	26	Psychologue	Langogne	2,5 ans	Neuropsychologie Montessori	Oui
INF2	7 : 49	Femme	40	IDE	Pradelles	5 ans	Non	oui
AS4	16 : 49	Femme	53	AS	Pradelles	10 ans	Oui plusieurs formations	oui
AS5	5 : 01	Femme	44	AS	Pradelles	20 ans	oui	non
AS6	5 : 38	Femme	34	AS	Pradelles	5 ans	AMP	Non
INF3	11 : 45	Femme	50	IDE	Auroux	2 ans	Non	Non

AS7	7 :07	Femme	41	AS	Auroux	4 ans	non	Oui
AMP1	4 :41	Femme	46	AMP	Auroux	8 ans	Oui formations sur la psychiatrie	Non
INF4	2 :55	Femme	22	IDE	Luc	1 semaine	Non	Non
AS8	3 :40	Femme	19	AS	Luc	1 mois	Non	Non

H. Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : Environ un tiers des résidents en EHPAD souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Quatre-vingt pour cent d'entre eux présentent des troubles psycho-comportementaux dont la prise en charge repose principalement sur le personnel soignant via les thérapies non-médicamenteuses. Cependant, les médecins sont souvent confrontés à des demandes de traitement médicamenteux dans ces situations. L'objectif est de comprendre le ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD pour comprendre cette demande et de proposer des pistes d'amélioration.

Matériels et Méthodes : il s'agit d'une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès du personnel soignant des EHPAD du bassin Langonnais. Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot et l'analyse a été effectuée selon la méthode thématique. **Résultats :** quatorze entretiens ont été réalisés.

Plusieurs sentiments ont été exprimés : de l'interrogation, de l'impuissance, de la résignation, de la frustration, de l'isolement, de l'aisance. Les principales difficultés rapportées viennent du manque de temps et de personnel, du manque de connaissances et d'outils et des relations parfois difficiles avec les intervenants extérieurs. Au contraire, le travail d'équipe, la formation, l'expérience et les aménagements semblent être des éléments positifs. **Conclusion :** le personnel soignant ne sent pas forcément à l'aise face à des troubles du comportement. Une augmentation du personnel, une meilleure formation et un meilleur accompagnement par les intervenants extérieurs semblent être la clé pour les soutenir dans leur prise en charge, améliorer leurs conditions de travail et la prise en charge des résidents.

Mots clés : Démence, Maladie d'Alzheimer, Troubles du comportement, EHPAD, Personnel soignant, Thérapie non-médicamenteuse