

Université René Descartes-Paris v

Faculté Cochin-Port Royal

Evolution de l'humeur des résidants d'un Ehpad après mise en œuvre de stimulations et de prises en charge personnalisées

Dr Georges EYMERY

Mémoire D.U Médecin coordonnateur d'Ehpad

Année universitaire 2010-2011 -

1 le contexte

L'Ehpad Pierre Bérégovoy, rue du Commandant Achet à Imphy (Nièvre) a ouvert ses portes en 1992. Il n'y avait auparavant pas d'établissement dans ce canton semi-rural de plus de 8000 habitants.

Cette structure comportait au départ 54 lits, capacité portée à 66 lits du fait de l'adjonction en 2009 d'un pavillon réservé aux résidents déambulants présentant des troubles cognitifs graves, pour la majorité liés à la maladie d'Alzheimer ; Un accueil de jour de 6 places est agréé et un S.S.I.A.D y est annexé.

C'est une structure privée, gérée par le conseil d'administration d'une association Loi de 1901, composée de représentants des communes ayant contribué à l'équipement de cet établissement sous la forme d'un syndicat intercommunal. L'association est locataire de l'immeuble, construit par l'Office Public HLM Nièvre-Habitat.

Les habitants de la Communauté de Communes siège ont une priorité lors de l'accueil ; de même, les personnes dépendantes des régimes de retraite ayant participé au montage financier de l'opération. L'établissement est agréé à l'aide sociale ; la convention tripartite a été signée en 2009.

Chaque résident dispose d'un studio individuel lui ouvrant droit à l'APL comportant une salle de bains avec douche sans rebord. Un balcon donne sur un petit parc. Le mobilier fourni est la literie médicalisée, le reste étant laissé à la volonté de la personne âgée et de sa famille : fauteuil, chaise, table ; ceci pour permettre de conserver un lien avec l'environnement antérieur.

Le contrat de séjour prévoit le droit de conserver son animal familier (deux chats actuellement dans la résidence.)

L'architecture privilégie les espaces ouverts avec une vaste salle d'animation climatisée ; il existe plusieurs « coins-salons ». La Salle de restauration est spacieuse, sobrement décorée.

Le prix de séjour est d'environ 50 euros par jour, à la charge du résident (hébergement + ticket modérateur Gir 5 et 6

Il s'agit donc d'un établissement relativement peu onéreux, qui se veut à la portée de la clientèle locale, ouvrière principalement.

L'établissement dispose notamment de trois ETP infirmier, 40% ETP médecin-coordonateur et d'une psychologue mi-temps.

L'équipe administrative comprend depuis 2011 un référent accueil, chargé du suivi de l'intégration du résidant

Une animatrice est également employée à temps plein.

La cuisine est sous traitée par une société privée qui confectionne les repas sur place.

L'équipe d'Aide soignante et AMP (16 ETP) ont depuis janvier 2011 un rôle de référent-bien-être.

Avec pour chacune quatre à cinq résidants: La mise en place progressive de la responsabilisation des personnels s'effectue : surveillance pondérale, évaluation de la douleur, mise en place du projet personnalisé.

Le conseil de vie sociale est actif.

Plusieurs bénévoles viennent régulièrement conforter l'animatrice (chorale notamment) Le centre social local réalise plusieurs réunions transgénérationnelles ; l'animatrice propose quotidiennement, activité mémoire, lecture du journal, jeux divers ; des sorties cinéma et repas extérieur sont programmées.

Il n'y a pas d'horaires de visites, les résidants peuvent recevoir, inviter leurs familles et leurs proches dans une salle de restauration isolée.

Un Référent accueil a pour mission d'accompagner la personne âgée durant les 3 premiers mois de son admission et d'élaborer avec l'équipe soignante et le médecin coordinateur le projet de vie.

2 Les motivations de l'étude

L'examen des fiches de traitement des malades montre que 4 résidents seulement de la maison de retraite sur les 54 (Hors Pavillon Alzheimer) ont des traitements antidépresseurs. Ce constat paraît en décalage avec l'impression générale de l'équipe soignante qui perçoit des symptômes dépressifs chez d'avantage de résidents. De plus, plusieurs résidents montrent ou expriment un sentiment de tristesse.

Comment expliquer ce hiatus ?

L'évaluation de l'état dépressif n'est pas systématique ; de plus, les difficultés de permanence des soins et de surcharge de travail des médecins généralistes entraînent un déficit relationnel entre ceux-ci et l'équipe soignante. Il n'existe pas de fiche de liaisons entre les médecins et l'équipe soignante. Aussi ceux-ci n'ont pas forcément recours au cahier de liaison pour se rendre compte d'eux-mêmes des difficultés concernant l'humeur de leurs patients ; les heures de leurs passages sont aléatoires, ne correspondant pas nécessairement à la présence du personnel infirmier ou du référent du patient. De plus, la prise en compte d'autres paramètres, appétit, douleur, perte de poids font d'avantage l'objet des préoccupations des soignants.

L'opportunité de la présence au sein de l'établissement d'une psychologue stagiaire a permis une réflexion au sein de l'équipe : Comment mieux prendre en compte l'état moral des patients, (évaluation, suivi) ? Comment mieux communiquer avec le médecin traitant ?

La réflexion au sein de l'équipe

a) Les causes de la souffrance morale de la personne âgée en institution les plus fréquemment exprimées sont les suivantes

Le premier grand thème est la rupture avec la maison, ses habitudes ses souvenirs ; La personne a occulté toutes les difficultés à vivre seule les derniers mois ou les dernières années mais garde en elle l'image de l'autonomie perdue.

Rupture avec le voisinage, les relations tempéree par le fait que la proximité géographique du lieu de résidence à l'ancien domicile est faible pour beaucoup de résidents et qu'ils retrouvent à la résidence des connaissances anciennes ; par contre les visites de relations non familiales sont faibles, voire absentes pour nombre de résidents.

L'éloignement des enfants et le sentiment d'abandon qui s'exprime parfois même lorsque les efforts familiaux paraissent importants. La présence proche d'un enfant ou de personnes considérées comme tels est d'un très grand réconfort moral

La perte de l'autonomie, pour beaucoup de résidents : chéquier géré par la famille, mise sous tutelle, médicaments administrés, linge

Les drames familiaux, deuil, maladies

La douleur physique parfois analysée comme une somatisation de la souffrance.

Le changement d'horaires (repas du soir trop bonne heure)

Les habitudes alimentaires « Ce n'est pas comme à la maison »

b) l'expression de la souffrance

- mutisme, absence de réponses au bonjour matinal, expression faciale de tension ou de tristesse

-insatisfaction sur le service, la qualité

-apathie, refus de participer aux activités

-anorexie,

Pleurs, plaintes continuelles, appels répétés

Etat d'agitation, agressivité verbale et non verbale

c) Réflexion sur la réponse apportée à cette expression de souffrance

Il est reconnu un certain défaut de réponse : C'est surtout le manque de temps qui est mis en avant pour expliquer ce déficit en écoute individuelle ; Si les situations familiales sont bien connues des soignants, ces sujets ne sont pas fréquemment abordés avec les résidants, ni avec les familles : Désir de ne pas s'ingérer dans les problématiques intimes, de ne pas culpabiliser les familles.

Les difficultés ne font que rarement l'objet d'un rapport sur le cahier de transmission ou alors tardivement, lorsque la tristesse et l'état dépressif amène à des conséquences organiques, perte de poids...

-

3) La mise en place et les choix de la méthodologie de l'étude

La nécessité d'appréhender de façon objective l'état de l'humeur des résidants s'est imposé à tous.

De plus, le souhait d'essayer d'objectiver le fait que des procédures simples apportent ou n'apportent pas de résultats a paru un challenge intéressant

La direction de l'établissement donne son aval pour cette « action avec indicateur » il ne s'agit pas d'une étude au sens propre du terme.

La présence au cours de l'été d'une seconde psychologue, en stage, était un élément nous permettant de consacrer du temps à ce travail.

Une formation a l'utilisation d'outils d'évaluation (échelle algoplus est donnée aux soignants)

Méthodologie

a) Des tests psychologiques sont effectués à l'ensemble des résidants, début juin 2011, un travail quotidien est effectué sur la moitié tirée au hasard des résidents dépistés comme ayant un état de tristesse pouvant aller jusqu'à une dépression, de nouveaux tests sont pratiqués quatre mois plus tard

--Choix des tests de dépistage

Le choix s'est porté sur l'échelle de dépression de Yesavage abrégé à 15 items qui nous ait apparu comme simple à mettre en œuvre et assez pertinent pour sélectionner les personnes à « tendance dépressive » et déprimés.

Ce test a été corroboré pour les résidants dont le résultat de l'échelle était supérieur à 4 par une échelle de Hamilton hds à 17 items, celle-ci non pas faites dans un but de dépistage mais pour essayer d'affiner les composantes de l'état psychologique et avoir un suivi de ces composantes : anxiété, troubles du sommeil, humeur dépressive, activités, anxiété, agitation, somatisation, anorexie

De plus, il nous est apparu intéressant d'avoir une appréciation venant de l'équipe soignante, sur l'évolution de quatre items, significatifs du bien être des résidents que nous appellerons « grille ressenti soignant »

Non Participation activités (0 participation totale, 5 ne fait rien part)

Plaintes morales (0 pas de doléances ,5 se dit désespérée)

Douleur physique (0 pas de plaintes ,5 insupportable)

Appétit (0 mange bien, 5 ne mange rien ou pas grand-chose)

Sommeil (0 dort bien, 5 dit qu'elle ne dort pas du tout)

Note totale

Poids mai poids aout

Les tests ont été effectués début juin et en fin septembre soit 4mois d'intervalle par les deux psychologues de l'établissement et le médecin coordinateur

Les résidents présentant des troubles psychiques majeurs, incapable de comprendre le questionnement ne seront pas évalués et sont exclus du protocole.

-- Deux évaluations seront effectuées à quatre mois d'intervalle pour l'ensemble des résidents

b) Composition du panel : le choix est fait, une fois l'exclusion des personnes psychiquement non évaluables par les méthodes choisies, de tirer au hasard un panel de la moitié des résidents ou une démarche de stimulation sera réalisée. Cette option permet d'avoir une cohorte de référence non stimulée qui permettra de comparer l'évolution de l'humeur par rapport à la cohorte traitée mais aussi, cette méthode résulte de considérations plus matérielles, le temps agent étant limité...

5) Composition des « cohortes » et actions.

Nous avons séparé nos 20 patients en deux groupes de 10 en essayant de rendre ces deux groupes le plus homogène possible. La sélection a été faite en partant des tests de Yesavage dont les résultats étaient

7 et 8 :10 personnes 9 et 10 : 8 personnes 11 et 12 : 2 personnes

Par tirage au hasard dans chaque sous groupe, nous avons créé deux groupes de 10 personnes comprenant chacun :

7 et 8 :5 personnes 9 et 10 : 4 personnes 11 et 12 : 1 personne

Nous avons repris l'évaluation de Hamilton pour les personnes composant ces deux groupes.

Groupe témoin : 10 à 13 :3 personnes 14 et 15 :4 personnes 16 et 17 :2 personnes + de 17 :1 personne

Les questions au test de Hamilton ont été décomposées : questions composantes dépressives : D, questions composantes insomnies : I, questions à composante perte d'activité : A, questions à composante somatisation : S

Les résultats globaux se décomposent ainsi : points totalisés D : 46

Point totalisés I : 32

Points totalisés A : 40

Points totalisés S : 16

Nous avons fait de même pour le groupe destiné à être stimulé

Groupe à stimuler : 10 à 13 :3 personnes 14 et 15 :3 personnes 16 et 17 :4 personnes + de 17 :0 personne

Les questions au test de Hamilton ont été décomposées : questions composantes dépressives : D, questions composantes insomnies : I, questions à composante perte d'activité : A, questions à composante somatisation : S

Les résultats globaux se décomposent ainsi : points totalisés D : 48

Point totalisés I : 34

Points totalisés A : 42

Points totalisés S :18

Enfin, la « grille de ressenti soignant » donne en Juin les résultats suivants pour le groupe témoin:

Total des points 106 soit une moyenne de 10,6

Se décomposant comme suit ; activité : 27 soit moyenne 2,7

Plaintes morales 25 soit moyenne 2,5

Douleur physique 22 soit moyenne 2,2

Appétit 20 soit moyenne 2

Sommeil 14 soit moyenne 1,4

Pour l'autre groupe

Total des points 113 soit une moyenne de 11,3

Se décomposant comme suit ; activité : 32 soit moyenne 3,2

Plaintes morales 26 soit moyenne 2,6

Douleur physique 18 soit moyenne 1,8

Appétit 19 soit moyenne 1,9

Sommeil 16 soit moyenne 1,6

L'un de ces deux groupes a donc été considéré comme groupe témoin, ne bénéficiant d'aucune action particulière.

L'autre groupe de 10 personnes a pendant les quatre mois été l'objet des actions suivantes :

1 : Dialogue avec le soignant référent, 1/2 h par jour 6 jours par semaine : référence au passé, écoute et incitation à raconter sa vie, son histoire personnelle, prise de nouvelles des proches, empathie, valorisation personnelle et estime de soi, écoute des doléances, prise en compte des demandes dans la mesure du possible (place à table, horaire....)

Soit un total de 45 h par résidant sur 15 semaines

2 : Visite de bénévoles, en moyenne deux fois par semaine, avec présence parfois d'un chien de compagnie

Là l'accent a davantage été mis sur l'information : événements journalistiques, manifestations locales, en évitant autant que possible d'évoquer les deuils et les difficultés de santé.

Durée environ 1/2 h par résidant soit environ 15 h

Pour les 10 résidants, l'action a donc été de 600 heures soit plus d'un équivalent temps plein pour 10 résidants

La période choisie, juillet- aout a été un élément de difficultés, mais le programme a pu être malgré tout suivi de façon très satisfaisante

Volontairement, nous n'avons pas introduit d'actions novatrices dans l'établissement qui nécessairement connues de tous les résidants auraient pu entraîner des réactions de frustrations chez ceux qui en auraient été privés et nous nous sommes contentés de développer des actions existantes et de les formaliser. Les résidants du groupe « témoin » ont été l'objet des mêmes attentions qu'à l'accoutumée et n'ont pas eu connaissance de cette action.

6) Evaluation de fin septembre (du 20 au 30)

Test de Yesavage

Cohorte non stimulée

7 et 8 :3 personnes 9 et 10 : 6 personnes 11 et 12 : 1 personne

Cohorte stimulée

7 et 8 :5 personnes 9 et 10 : 4 personnes 11 et 12 : 1 personnes

On constate un discret glissement vers l'aggravation dans le groupe témoin, le groupe stimulé restant stable.

Le test de Yesavage ne prétend pas être autre chose qu'un test de dépistage

Nous avons repris l'évaluation de Hamilton pour les personnes composant ces deux groupes

Groupe témoin : 10 à 13 :3 personnes 14 et 15 :4 personnes 16 et 17 :3 personnes + de 17 :0 personne

Les questions au test de Hamilton ont été décomposées : questions composantes dépressives : D, questions à composante insomnies : I, questions à composante perte d'activité : A, questions à composante somatisation : S

Les résultats globaux se décomposent ainsi : points totalisés D : 48

Point totalisés I : 32

Points totalisés A : 41

Points totalisés S : 17

Groupe stimulé : 10 à 13 :5 personnes 14 et 15 :4 personnes 16 et 17 :1 personne + de 17 :0 personne

Les questions au test de Hamilton ont été décomposées : questions à composante dépressive : D, questions à composante insomnie : I, questions à composante perte d'activité : A, questions à composante somatisation : S

Les résultats globaux se décomposent ainsi : points totalisés D : 40

Point totalisés I : 34

Points totalisés A : 34

Points totalisés S 16

Enfin, la grille de « ressenti soignant »

Groupe témoin

Total des points 107 soit une moyenne de 10,7

Se décomposant comme suit ; activité : 28 soit moyenne 2,8

Plaintes morales 25 soit moyenne 2,5

Douleur physique 20 soit moyenne 2

Appétit 19 soit moyenne 1,9

Sommeil 15 soit moyenne 1,5

Pour l'autre groupe

Total des points 95 soit une moyenne de 9,5

Se décomposant comme suit ; activité : 25 soit moyenne 2,5

Plaintes morales 21 soit moyenne 2,1

Douleur physique 16 soit moyenne 1,6

Appétit 17 soit moyenne 1,7

Sommeil 16 soit moyenne 1,6

7) Analyse des résultats

Pendant la période il y a eu 3 hospitalisations totalisant 10 jours pour le groupe témoin, 14 jours pour le groupe traité sans conséquence sur le GIR des patients

Nous sommes bien conscients des limites de cette étude et le petit nombre de participants ne nous permettent pas d'apporter une étude statistique mathématique dont les résultats seraient illusoires (écart type...)

Les tests ont été pratiqués par le médecin Co et les psychologues qui avaient connaissance de l'étude et ont nécessairement pu être influencés. Une méthode en «double-aveugle» aurait été plus valable scientifiquement.

Sur le test d'évaluation de Hamilton, on note que curieusement, le nombre de participants gardant une notation supérieure à 10 reste identique dans les deux groupes.

Le groupe témoin est resté stable tandis qu'il existe une différence nette entre les résultats de juin et de septembre du groupe traité.

Cela est particulièrement significatif dans les deux composantes : dépression et anxiété, somatisation et sommeil restant stable, comme le montre les graphiques en annexe.

Sur le test « grille soignant » les soignants notent une nette reprise de l'activité avec moins de plaintes morales, de douleurs physiques et un meilleur appétit ; l'insomnie n'a pas évolué.

Le poids moyen des résidents n'a pas évolué de façon significative dans chacun des deux groupes : moyenne 68,2 passant à 68,4 pour le groupe témoin ; 70,2 à 70,3 pour le groupe stimulé.

Sur le plan individuel, ce sont les patients dont les tests de juin étaient peu perturbés qui se sont les mieux améliorés à la différence des plus perturbés où les améliorations apparaissent plus modestes.

8) Conclusion

Ces résultats sont et seront fortement mobilisateurs pour les équipes ; ils montrent, s'il le fallait, l'intérêt d'un dépistage, et la nécessité de réagir tôt même si les moyens mis en œuvre ne sont pas sophistiqués ; ils représentent néanmoins budgétairement un coût de personnel important si cette approche devait être généralisée et prolongée.

Il serait sans doute intéressant d'avoir un panel plus important de patients et une approche plus rigoureuse de la lecture et de la mise en pratique des tests (double aveugle) pour avoir un résultat statistiquement démonstratif.