Université René Descartes - Paris V

Faculté Cochin - Port Royal

Réflexions sur la prise en charge de la démence en EHPAD

Madame PAIN KARINE

DIU « D'infirmière Référente D'EHPAD »

Année universitaire 2013-2014

Docteur Azincourt Jean-Claude

Directeur de mémoire

Médecin coordonnateur

Remerciements

A Mesdames et Messieurs les enseignants dans le cadre du DIU de l'année 2013-2014, pour la qualité de leur enseignement.

Au Docteur Azincourt Jean-Claude, directeur de mémoire pour son aide et sa compétence qui m'ont beaucoup guidée.

Je tiens à remercier le personnel soignant de l'établissement où je travaille d'avoir participer à mon enquête. Je les remercie de m'avoir soutenue et de m'avoir apporté leur aide.

Merci aussi à mes amis, mes enfants et à ma famille pour leur encouragement et leur soutien moral.

SOMMAIRE

I Introduction page 1

II Cadre conceptuel page 3

1. La personne âgée page 3
2. Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD page 6
3. Les troubles cognitifs page 7
   - 1.1 La fonction exécutive page 8
   - 1.2 La mémoire page 8
   - 1.3 Le langage page 9
   - 1.4 Les apraxies page 11
   - 1.5 L'orientation temporo-spatiale page 11
4. La communication page 12
   - 4.1 Eléments de base du processus de communication page 12
   - 4.2 Différentes formes de communication
     - 4.2.1 Communication verbale page 13
     - 4.2.2 Communication verbale en pratique page 15
     - 4.2.3 Communication non verbale page 16
     - 4.2.4 Communication non verbale en pratique page 18
5. La compétence page 19
   - 5.1 Dimension de la compétence page 20
   - 5.2 Construction des compétences page 20

III Méthode d'exploration

1. Choix de l'outil page 21

2. Choix du lieu et de la population page 21

3. Résultats d'enquête page 22

IV Rôle de l'infirmière coordinatrice page 26

V Conclusion page 29

VI Bibliographie page 31

VII Annexes

I Introduction

La relation avec la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de démence apparentée m'a beaucoup questionnée. J'ai senti des soignants démunis devant des troubles de comportement. Communiquer avec la personne malgré, son état pathologique apparait dans mes priorités. Je me suis rendue compte que les soins prennent une autre dimension qu'avec une personne âgée lucide.

Le degré de dépendance a évolué lourdement depuis 2 ans dans l'EHPAD ou j'exerce. Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée représentent environ 90%. En France environ 800 000 personnes sont concernées par cette maladie en 2012. L'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Du fait que cette pathologie augmente avec l'âge, la fréquence des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer tend à s'accroitre. Ce problème avait fait l'objet de plusieurs plans de santé publique notamment celui de 2008-2012. Ce plan avait pour objectif « de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les maladies et leurs aidants »[1].

Les difficultés rencontrées dans ce type de population sont principalement de l'ordre du refus du soin. Le rôle propre du soignant est mis en jeu directement face à ces problématiques, notamment en ce qui concerne ses aptitudes en communication, la relation de confiance et la négociation.

Néanmoins, la démence entraine parfois des troubles de comportement sous forme d'agressivité verbale et/ou physique qui représentent une difficulté pour les soignants.

[1] http://www.plan-Alzheimer.gouv.fr/

Plusieurs questions se posent ?

Les soignants viennent me voir lors de moments agressivité verbale et/ou physique, me demandant quoi faire ? Les soignants parfois répondent par de l'agressivité verbale, ce qui améliore rarement la situation.

Pourquoi vont-t-ils faire attendre le résident suite à une demande qui pourrait être honorée rapidement ? Type de réponse qui peut entrainer une agressivité collective ex : en salle à manger.

A quoi sont-ils confrontés lors de leur tentative pour apaiser le résident ?

Ce sujet présente un intérêt professionnel dans l'encadrement des soignants auprès de la personne âgée présentant des troubles cognitifs. L'objectif est de favoriser l'interrogation du soignant, et d'évaluer leurs aptitudes et leurs difficultés.

Au travers du constat, de la problématique, je vais tenter de comprendre pourquoi les soignants n'arrivent pas à adopter une attitude, un comportement adaptés face aux résidents agressifs ? Peut-être ne connaissent-ils pas les moyens d'y faire face ?

II Cadre conceptuel

Dans cette partie, je vais tenter d'approfondir les notions et concepts. Dans un premier temps je vais définir la population concernée et les établissements d'hébergement. Ensuite je vais aborder la notion des troubles cognitifs puis les thèmes de communication et de compétence.

1) La personne âgée

La population ciblée de mon sujet est la personne âgée. Il convient de la définir avant aborder les problèmes liés à l'âge et au vieillissement.

Aucune définition de la personne âgée n'est strictement établie. L'OMS considère une personne âgée à partir de 65 ans et plus. « En 2011, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 11,2 millions de personnes en France, soit 17,1% de la population »[2].

Cependant ce terme de « personne âgée » ne permet pas d'apprécier et de représenter l'état d'une personne, il est donc plus intéressant de parler de vieillissement.

Le vieillissement correspond à « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies »[3].

[2] http://alliancevita.org/2012/01/les-defis-actuels-du-vieillissement-et-de-la-dependance/
[3] http://ulpmed.u-strasbg.fr /medecine/cours_en_ligne/e_cours/vieillissement/vieillissement_normal_item54.pdf

Le vieillissement est donc un processus naturel qui contribue à la perte d'autonomie. De plus la maladie liée à l'âge augmente la dépendance.

Au 1er janvier 2013 la France compte 65,8 millions d'habitants. La population française continue de vieillir sous l'effet de l'allongement de la durée de la vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom. « Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 17,5% de la population soit 1,4 point de plus qu'en 2003 »[4].

On compte dans le monde, d'après l'OMS, 35.6 millions de personnes atteintes de démences avec 7.7 millions de nouveaux cas chaque année. La maladie d'Alzheimer est la principale cause de ces démences et représente environ 60% à 70% des cas.

L'OMS définit la démence comme « un syndrome généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer les opérations de la pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive »[5].

A titres d'exemples les personnes présentant des démences peuvent manifester :

- « la survenue d'un délire ou d'hallucinations favorisés par des troubles de la mémoire, de la reconnaissance des lieux et des personnes, par une confusion surajoutée.

[4] http://www.insee.fr
[5] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/

- un état d'angoisse, des cris, une agitation, une tendance à fuir, une opposition à la prise en charge, une mauvaise interprétation des attitudes soignantes.

- une mauvaise interprétation des attitudes du patient par les aidants et les professionnels peut favoriser chez eux de l'incompréhension, de la détresse, des attitudes mal adaptées.

- les attitudes des aidants peuvent en retour être incomprises par le résident, ce qui peut générer d'autres troubles du comportement »[6].

En outre la maladie d'Alzheimer est la première cause de démence (2/3 des cas). C'est une maladie neurologique chronique évolutive, au début insidieux présentant une altération progressive des capacités de mémoire, de jugement du raisonnement. La personne âgée présente des pertes progressives des repères dans le temps et l'espace puis une diminution progressive de l'autonomie fonctionnelle et des capacités de communication verbale. Une vulnérabilité accrue s'installe face au stress, à l'environnement avec une diminution des capacités d'adaptation, des capacités sociales et relationnelles.

Des complications peuvent s'installer comme des troubles psycho-comportementaux, la perte de poids, la dénutrition, des troubles de la marche et des chutes, et une évolution vers une grabatisation. (cf spirale de la dénutrition).

[6] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et-prise_en_charge.pdf

2) Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD

Elles accueillent des personnes âgées de plus de soixante ans dont le maintien à domicile est difficile par l'aggravation de la maladie ou de la dépendance. Le public de ces établissements présente une ou plusieurs pathologies entrainant une dépendance physique et/ou psychologique.

Le niveau de dépendance des personnes est défini en fonction de la grille AGGIR (cf. annexe). Elle permet également de définir les aides que peuvent recevoir ces personnes, comme par exemple l'aide pour autonomie (APA).

Les EHPAD organisent la vie quotidienne autour des besoins des résidents dans un cadre médicalisé.

La prise en charge s'organise autour de deux axes, les soins et la vie quotidienne. Les soins assurés sont les soins d'hygiène, les soins techniques ainsi que les soins relationnels.

Les services d'hospitalisation à domicile peuvent être proposés en EHPAD sous certaines conditions pour éviter un transfert ou diminuer le temps d'hospitalisation. La vie quotidienne est organisée avec pour objectif de stimuler la personne âgée afin de conserver son autonomie. L'alternance de moment de vie en collectivité et de moment d'intimité favorise cette autonomie. Des projets de vie personnalisés sont constitués et s'appuient sur le respect de principes éthiques comme la dignité, la liberté, et l'équité.

3) Les troubles cognitifs

La maladie d'Alzheimer se manifeste par des troubles cognitifs. De plus, ces troubles sont source de difficultés pour la prise en charge. Il me semble donc intéressant de définir cette notion.

Le cognitif qualifie tout processus de traitement de l'information. La cognition correspond à l'ensemble des actes et des processus de connaissance, l'ensemble des mécanismes par lequel un organisme acquiert, traite, conserve, exploite de l'information. Les troubles cognitifs désignent donc l'atteinte d'une ou plusieurs composantes de la cognition (mémoriser, parler, penser, raisonner…).

Selon l'American Pyschiatric Association : « les troubles cognitifs sont des perturbations de la pensée ou de la mémoire, qui correspondent à des modifications marquées de l'efficience actuelle par rapport au niveau de fonctionnement antérieur »[7].

Les troubles cognitifs sont d'origine physique et biologique, cependant des facteurs psychologiques et environnementaux jouent un rôle dans l'apparition des symptômes, leur nature et les capacités de l'individu à s'y adapter.

Au cours de mes recherches, j'ai pu identifier les principaux domaines cognitifs évalués lors de bilan neuropsychologique.

[7] Jeffrey NEVID et Spencer RATHUS. Psychopathologie 7ème édition. Paris : Pearson Education France 2009. ISBN / 978-2-7440-7358-8 page 338.

3.1 La fonction exécutive

Elle renvoie à « un ensemble de processus (anticipation, sélection d'un but, planification…) dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation des sujets à des situations nouvelles »[8]. Une atteinte de la fonction exécutive comme dans le syndrome dysexécutif, se traduit par un ralentissement, une perte d'initiative, une baisse d'attention, une baisse de la flexibilité mentale et de la programmation.

Le soignant doit alors s'adapter à la personne en évitant de l'amener dans des situations complexes et nouvelles. Faire face au ralentissement et à la perte d'initiative par la stimulation semble être une bonne méthode. Toutefois, la stimulation ne doit pas conduire à brusquer ou porter atteinte au résident, au risque de rentrer dans une situation d'affrontement et d'opposition.

3.2 La mémoire

Il existe plusieurs mémoires, parmi elles on peut distinguer la mémoire de travail qui sert à traiter une petite quantité d'information durant une courte durée (retenir un numéro de téléphone), l'altération de celle-ci est très handicapante mais n'empêche pas l'individu de fonctionner. La mémoire épisodique verbale serre à mémoriser des épisodes personnellement vécus dans un contexte spatial et temporel. C'est grâce à cette mémoire que nous nous souvenons de ce qui s'est passé la veille, de l'endroit où nous étions, de ce que nous avons dit et fait. L'altération de cette mémoire entraine un « oubli à mesure », l'individu oublie au fur et à mesure ce qu'il a dit ou fait, et crée un sentiment de méfiance. (Qui a raison ? Lui ou les autres ?).

[8] Laurence HUGONOT-DIENER, Emmanuelle DURON et Anne Sophie RIGAUD. Exploration clinique des troubles cognitifs chez les sujets âgés. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, vol 9-1 n°37-530-A16, 2012, pages 1-12.

Enfin, vient la mémoire sémantique qui correspond aux connaissances générales, aux savoirs concernant les objets, les faits, les mots ou les concepts (à quoi sert une fourchette). Pour exemple, l'altération de cette mémoire peut se traduire par l'oubli de certains mots de vocabulaire.

Le rôle du soignant sera alors de pouvoir évaluer ce dont se souvient le patient, pour s'adapter en fonction de ses capacités. Il pourra l'accompagner en se servant des souvenirs du résident. Cette évaluation est très importante pour la relation soignant/soigné, en effet utiliser les souvenirs du résident peut permettre de construire la relation et de favoriser les échanges.

3.3 Le langage

Le résident s'exprime par la parole ou l'écriture. Lors d'une atteinte de cette fonction la personne exprime des difficultés à trouver ses mots et emploie des périphrases ou des termes proches de ceux pensés.

Il y a une réduction de la production du langage avec une dysarthrie ou une difficulté à articuler. Ce trouble peut évoluer vers ce qu'on appelle une aphasie.

L'aphasie est « la perturbation du code du langage linguistique affectant l'encodage (expression) ou le décodage (compréhension). Elle peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble est lié à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale »[9].

[9] Joël CREVOISIER. Pascale GEORGET. Le patient aphasique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), revue soins 01/02/2009 n°732, pages 65-66.

Il existe plusieurs types d'aphasies classés selon la fluence, les capacités de répétition, la compréhension et la dénomination.

Deux aphasies sont classiquement retenues.

L'aphasie de Broca dite « non fluente » présente un débit langagier extrêmement réduit avec des mots déformés. Le résident emploie des formules courtes et automatiques (stéréotypie verbale), il est conscient de ses troubles et conserve sa compréhension. La répétition est souvent impossible ainsi que la dénomination (manque de mots).

L'aphasie de Wernicke dite « fluente » montre un débit de parole normal voir augmentée (logorrhée). Mais il existe beaucoup de déformation de mots qui rendent le discours incompréhensible. Le résident n'a pas conscience de ses troubles et présente des difficultés de compréhension, de répétition et de dénomination.

Le langage tient le rôle le plus important dans la communication. S'adapter au langage de la personne lui permettra de comprendre plus facilement des consignes ou des explications. Le respect des temps de parole est très important, d'autant plus chez la personne aphasique. Il faut laisser le temps à la personne de s'exprimer et de se faire comprendre. Une personne qui se sait écoutée par le soignant fera d'avantage confiance à ce dernier.

3.4 Les apraxies

Elles correspondent à l'altération de la réalisation de gestes dont l'étiologie n'est pas mécanique (musculaire, articulaire), mais due à une atteinte cérébrale.

Les mouvements sont réalisés partiellement ou ne sont pas adaptés à une situation donnée (utiliser la fourchette comme couteau).

L'apraxie est l'aspect plus mécanique de la pathologie, mais son importance n'est pas négligeable. Lors des soins, il faut tenir compte de cette incapacité pour pallier les difficultés de réalisation des gestes. De par son aspect physique, ce handicap peut porter atteinte à la santé psychique ou la dignité du résident.

L'individu se rendant compte de son handicap peut se sentir diminué, la position et le rôle du soignant sont donc importants.

3.5 L'orientation temporo-spatiale

C'est elle qui permet au sujet de se situer dans le temps et l'espace. S'il y a atteinte de cette fonction, la personne aura des difficultés à se repérer, dans les lieux non familiers, et même dans les lieux familiers.

Ce trouble est à prendre en compte de par l'anxiété ou l'angoisse qu'il peut générer. Le soignant doit, par la communication, entreprendre de rassurer le résident en lui expliquant la situation (où il se trouve, à quel moment de la journée se situe l'action ?…).

La connaissance du soignant concernant ces différents domaines de la cognition lui permet alors de comprendre les attitudes et ressentis de son patient. En effet, des troubles cognitifs expliquent certains troubles du comportement, le soignant pourra ainsi adapter sa prise en charge.

Dans un contexte où la communication se révèle être un outil permettant la stimulation des capacités cognitives, et facilitant les soins, il me semble important de l'étudier. « Quand on donne l'envie et l'occasion aux résidents de s'exprimer ils participent à leurs soins et à leur prise en charge quotidienne »[10].

4 La communication

La communication se définit selon le Larousse par « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage, échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse ».

Je vais à présent décrire les éléments qui composent la communication et tenter d'approfondir les recommandations et pratiques de communication adaptées à la prise en charge de personnes âgées présentant des troubles cognitifs.

4.1 Eléments de base du processus de communication

- « Le référent : il incite une personne à communiquer avec une autre, c'est un stimulus. Connaître ce stimulus permet de développer et organiser des messages pertinents et de mieux identifier la signification d'un message chez l'autre.

[10] Mitra KHOSRAVIE. La communication lors de la maladie Alzheimer et des démences séniles. Rueil Malmaison : droit éditeurs, 2003. ISBN : 2-7040-1131-1 page 38.

- Emetteur et Récepteur : l'émetteur délivre un message au récepteur. Les rôles s'inversent lors du dialogue.

- Le message : il est le contenu de la communication. Selon la posture et l'attitude de l'émetteur, le message peut être perçu différemment.

Un même message peut être reçu différemment par deux personnes différentes. Le soignant doit s'assurer de la bonne compréhension du message qu'il délivre.

- Les canaux : ils représentent les différents sens (ouïe, vue, toucher…) plus le message utilise de canaux, plus il sera assimilé par le récepteur.

- Rétroaction (feedback) : elle correspond au message que le récepteur renvoie et renseigne sur sa compréhension. Le soignant doit rechercher cette rétroaction pour une bonne communication.

- Environnement : il conditionne le vécu émotionnel des deux parties. Celui-ci doit être calme et sécurisant pour une meilleure communication ».

4.2 Les différentes formes de communication

4.2.1 Communication verbale

« Le langage verbal utilise des mots parlés ou écrits. Le langage verbal est un code qui transmet une signification spécifique par l'intermédiaire d'une combinaison de mots ».

Plusieurs aspects composent cette communication :

- Le vocabulaire : il a toute son importance car le choix des mots utilisé permet la compréhension du récepteur. Dans une même langue, le sens des mots peut varier selon la région. L'emploi de termes techniques peut également freiner la communication.

- L'âge est également un facteur à considérer, un enfant à un vocabulaire plus limité qu'un adulte. Le choix du vocabulaire est essentiel, le soignant doit alors employer le même vocabulaire que son résident et s'adapter à son niveau culturel.

- Signification conventionnelle et associative: la signification conventionnelle est la même pour tous les individus, le mot « couteau » à la même signification pour tout le monde. En revanche, la signification associative est la nuance, ou l'interprétation de la signification d'un mot influencé par la perception de l'individu. Des termes courants pour un soignant peuvent intimider un patient (« je vais maintenant mesurer vos paramètres vitaux »)[11].

Une nouvelle fois le choix du vocabulaire se révèle important, des mots dont la représentation est complexe, ou qui varient selon les individus doivent être évités. L'emploi de mots simples est donc conseillé, néanmoins il faut veiller à ne pas infantiliser le résident.

- Le rythme : un rythme adapté rend la communication plus efficace. Il renvoie un message implicite au récepteur. Parler rapidement en changeant de sujet laisse apparaître un malaise chez le soignant. Tandis que parler doucement et respecter des temps de parole mettent l'interlocuteur en confiance. Chez la personne âgée en déficit cognitif on préfère donc l'emploi d'un rythme posé.

[11] Communication. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-490-A-10, 2009.

- L’intonation : comme le rythme, l’intonation exprime l’intention du soignant et envoie des messages involontairement au résident. Il est important d’en avoir conscience pour adopter un ton propice à la communication. Il est préférable d’adopter avec la personne âgée un ton chaleureux, et veiller à bien se faire entendre au regard des déficits auditifs qu’elle peut présenter.

- Clarté et brièveté : afin d’être mieux compris, il convient de réduire le nombre de mot, parler lentement et répéter les parties importantes du message.

- Moment et pertinence : un message clair au mauvais moment perd de son efficacité. Le meilleur moment pour communiquer est lorsque le résident en exprime le besoin lui-même.

4.2.2 Communication verbale en pratique

En ce qui concerne la communication verbale auprès de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou non, plusieurs conseils ont été établis. Les déficits sensoriels (auditifs et visuels) que présentent la personne âgée ainsi que les éléments extérieurs tels que les parasites, les bruits de fond peuvent être un frein pour capter l’attention. Il faut donc privilégier un environnement calme et se positionner face à la personne et à la même hauteur.

Il faut également employer des formules de politesse et de revalorisation pour instaurer une relation agréable, mais ces remarques doivent être sincères et variées pour établir une vraie confiance.

Il est même très important de soigner notre façon de parler. Il convient de parler clairement, d'articuler sans exagération, d'employer des phrases courtes et simples, sans prendre un ton enfantin, choisir des phrases affirmatives avec la bonne intonation.

Lorsque le niveau d'attention est diminué, il faut éviter des paraphrases, ne donner qu'une information à la fois, ne poser qu'une question à la fois, demander d'exécuter une action à la fois.

L'âge et les troubles cognitifs ralentissent le fonctionnement des résidents, il faut donc adopter leur rythme et respecter leur lenteur. La pensée abstraite et les capacités de décision peuvent être affectées. Il faut alors éviter de mettre l'individu en situation de choix complexes, sans pour autant choisir pour lui. Il est donc conseillé de proposer des choix simples en montrant des objets concernés.

4.2.3 Communication non verbale

« La communication non verbale sollicite les cinq sens et tous les éléments qui ne comportent pas de mots écrits, parlés »[12]. Elle est souvent inconsciente et vient renforcer la communication verbale. Cependant, le milieu socio-culturel influence l'interprétation de certains gestes. Il est donc important de vérifier sa compréhension, l'évaluation des messages non verbaux est impérative dans le domaine des soignants.

[12] Communication. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers 60-490-A-10, 2009.

Plusieurs attributs constituent cette communication :

- Apparence personnelle : elle regroupe les caractéristiques physiques, l'expression, façon de s'habiller. Elle donne des informations et communique sur le bien-être physique, le statut social, la personnalité et beaucoup d'autres aspects de l'individu.

- Posture et démarche : cela correspond à la façon de marcher ou de se tenir. Elle reflète nos émotions et ressentis. Par exemple, si la personne se penche en avant, c'est qu'elle se montre intéressée et qu'elle prête attention.

- Contact visuel : il reflète comme la posture, nos intentions et notre ressenti. Un regard fuyant peut révéler une anxiété tandis qu'un contact visuel interactif instaure l'égalité entre les individus. Néanmoins, la culture influe sur ce contact, dans certaines cultures, le contact visuel peut paraître agressif.

- Gestuelle : elle accompagne, renforce, ponctue et clarifie le message oral.

- Sonorité : elle comprend les soupirs, le gémissement ou les plaintes. Elle clarifie également les messages.

- Territorialité et espace personnel : il représente un espace invisible, individuel et qui se déplace avec la personne. Il correspond également à la distance physique existante lors d'un échange entre individus.

Lorsque cette distance n'est pas respectée, l'un des individus se sent menacé et adopte une attitude défensive.

4.2.4 Communication non verbale en pratique

Il est recommandé d'utiliser des gestes appropriés pour accompagner nos paroles, mais en aucun cas des gestes doivent être utilisés seuls sans verbalisation. Il faut apprendre à connaitre les gestes du résident pour les reproduire, car un geste inapproprié troublera la communication.

Le toucher permet de gagner la confiance et marquer la politesse (serrer la main), il permet aussi d'attirer l'attention lorsque le résident est distrait. Nous pouvons également l'utiliser pour calmer l'anxiété. Certaines personnes ne supportent pas d'être touchées, il faut donc le respecter et utiliser le toucher avec circonspection.

L'expression faciale est elle aussi très importante et contribue largement à nous faire comprendre. L'altération du langage fait que les résidents deviennent sensibles aux expressions du visage et du contact visuel.

Savoir qu'on est regardé est essentiel pour l'esprit et aide le résident à supporter ses problèmes et à participer aux soins. Le choix du timbre de voix permet également de donner du sens à la communication, il doit être en adéquation avec nos propos.

A travers ces recherches, je constate que l'instauration de la relation de confiance est intimement liée à la communication.

La relation se définit par « une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. Ce sont des modalités pratiques, concrètes par lesquelles deux ou plusieurs personnes communiquent ou se fréquentent…»[13]. La confiance se définit par « le sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose »[14].

Nous venons de voir que la communication est l'outil qui permet d'établir la relation entre le soignant et le résident, c'est elle qui détermine la confiance que porte le résident au soignant. Elle définit ainsi la qualité des soins et de la prise en charge globale.

« Acquérir des compétences en communication, comme dans tous les autres aspects de la pratique infirmière, nécessite à la fois de comprendre le processus de communication et de réfléchir sur ses propres expériences »[15].

5. Compétence

Selon Guy. Le Boterf « la compétence d'un professionnel se reconnait à sa capacité de gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources »[16].

[13] http://ifsi20062009.free.fr/1ANNEE/G%C3%A9riatrie/relation%20soignant%soign%C3%A9.ppt
[14] http://larousse.fr/dictionnaires/français/confiance/18082
[15] Communication. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers 60-490-A-10, 2009.
[16] Guy LE BOTERF. De quel concept avons-nous besoin ? Dossier : les compétences de l'individuel au collectif, Soins Cadres, n°41, 2002, page 20.

5.1 Dimension de la compétence

D'après l'ouvrage de Thomas Durand, il existe trois dimensions génériques de la compétence.

La connaissance (savoir théorique) : « elle correspond à l'ensemble structuré des informations assimilées et intégrées dans des cadres de référence qui permettent d'opérer dans un contexte spécifique…».

La pratique (savoir-faire) : « c'est la capacité à agir d'une façon concrète selon un processus ou des objectifs prédéfinis ».

Les attitudes (savoir être) : « elles correspondent aux comportements de l'individu, elles sont grandement influencées par la culture, l'identité et la motivation (volonté d'agir) du sujet »[17].

5.2 Construction des compétences

Elle s'effectue par les processus d'apprentissage tel que la formation. Par ailleurs, l'expérience intervient dans l'acquisition de ces compétences. C'est à force de pratiquer et d'interactions que les compétences se forgent. « L'information, l'action et l'interaction constituent trois moteurs de la compétence ».

Il est intéressant de noter que cette expérience conditionne, à l'inverse, l'acquisition de nouvelles compétences. Ainsi, il peut être intéressant pour l'individu d'en avoir conscience dans le cas où il devra acquérir de nouveaux savoirs.

[17] Thomas DURAND. L'alchimie de la compétence. Revue Française de gestion. 2000, pages 261-292.

« La base de compétence installée opère ainsi tout à la fois comme un support d'acquisition de compétences nouvelles mais aussi un filtre ou un biais qui limite et déforme ce qui pourra être retenu et assimilé ultérieurement »[18].

Mon cadre conceptuel touche maintenant à sa fin, pour poursuivre mon travail je suis allée à la rencontre des professionnels afin de savoir à quels types de difficultés ils sont confrontés.

III Méthode exploratoire

a) Choix de l'outil

J'ai choisi de réaliser 10 entretiens semi-directifs auprès de soignants : aide-soignante, auxiliaire de vie, aide médico-psychologique âgé de 27 à 58 ans. Le choix d'un entretien semi-directif a permis à la personne de s'exprimer librement et donc de recueillir plus informations.

J'ai essayé lors de ces entretiens, de procéder à un véritable échange et d'approfondir et de reformuler mes questions. La durée des entretiens était d'environ 30 min. J'ai dû étaler les entretiens sur 1 mois ½ et reporter mes entretiens à plusieurs reprises suite à des problèmes d'organisation.

b) Choix du lieu et de la population

J'ai réalisé mes entretiens dans l'EHPAD où j'exerce, qui accueille des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Cette résidence a une capacité d'accueil de 68 résidents.

[18] Thomas DURAND. L'alchimie de la compétence. Revue Française de gestion n°127.2000, pages261-292.

c) Résultats d'enquête

De manière générale, je constate que les soignants ont une connaissance de la maladie Alzheimer ou des démences apparentées. Ils évoquent la difficulté d'obtenir le consentement aux soins de la personne âgée présentant des troubles cognitifs en particulier pour les soins de nursing.

Les soins d'hygiène représentent la principale source de difficulté pour les soignants. Ils évoquent l'agressivité verbale : insulte, injure… et physique : tape, tire les cheveux, frappe avec des objets…

Devant ces troubles de comportement, certains soignants grâce à leur formation et leur expérience savent gérer au mieux ces résidents.

Pour prendre en charge le plus efficacement possible le résident, le soignant s'enrichit par son histoire de vie auprès de la famille, des collègues, du résident, du dossier médical et de son environnement dans sa chambre : photos, livres, etc...

Les troubles cognitifs et comportementaux que présentent ces personnes amènent le soignant à devoir différer les soins ou de passer la main à leur collègue. Ces troubles difficiles à gérer, majorés par les pertes de mémoires entravent la relation soignant/soigné et le déroulement du soin.

De ce fait toute attitude non adaptée peut-être perçue comme malveillante par le résident. Je peux constater chez certains d'entre eux une réponse agressive, ce qui est le reflet d'un manque de confiance en autrui, en l'occurrence le soignant.

L'importance de la communication et surtout la relation de confiance est ressortie au cours de ces entretiens. Pour la préserver, des moyens sont établis. La mise en place d'un référent, un soignant présent en continu dans le même service (environ 6 mois) et pour un résident désigné.

Je constate l'intérêt de ce référent sur 6 mois. Une soignante exprime l'enrichissement professionnel que lui apporte le suivi de l'évolution de la maladie. La prise en charge lui permet d'identifier les troubles et leur évolution et de s'adapter en fonction du résident. L'intérêt du résident est de se familiariser avec le visage du soignant pour favoriser l'adhésion aux soins.

Je note aussi que les troubles de la fonction exécutive et de la mémoire entrainent une difficulté pour l'individu à effectuer des tâches simples, par exemple prise des repas, de se laver le visage…

Les soignants ont beaucoup insisté sur le fait de devoir expliquer et stimuler la personne lors de la réalisation des soins.

Elles insistent sur le fait que le matériel doit être prêt dans la chambre pour effectuer les soins et afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans le déroulement des soins.

Elles expriment l'importance de réexpliquer en permanence chaque geste pour mettre le résident en confiance. Les soignants stipulent que le résident oublie les consignes au fur et à mesure. Il faut lui répéter plusieurs fois la même consigne.

Avec l'emploi de la communication, le soignant cherche donc à établir cette confiance qui peut parfois lui faire défaut et lui permettrait de réaliser ses soins dans le cadre le plus serein possible avec l'accord du résident. Je note qu'une des aides-soignantes utilise la communication comme un moyen de diversion.

Aborder un sujet qui intéresse le résident lui permet de ne pas penser aux soins et donc de l'accepter.

Ceci a l'avantage de faire passer un moment agréable pour la personne, et d'établir une nouvelle fois une relation confiance.

Globalement les techniques de communication sont similaires entre les soignants, qu'elles soient verbales ou non, comme la position du soignant face au résident, une intonation de voix douce, un langage adapté.

Je note que l'emploi du toucher est très présent et qu'il permet un lien. Cela montre bien qu'il existe des techniques de communication utiles pour la prise en charge de ces personnes mais qu'elles doivent être adaptées en fonction de chaque individu.

Les soignants ont compris l'importance de personnaliser la relation à chaque personne ainsi leurs compétences acquises en matière de communication apportent de l'efficacité aux soins.

La formation et l'expérience sont nécessaires à l'efficience de la prise en charge de ces personnes. Trois soignantes non diplômées ont mentionné avoir des difficultés personnelles à prendre des résidents qui présentent des troubles de comportement à type d'agressivité verbale et/ou physique. Une soignante évoque l'opposition aux soins et une autre que si elle n'a su prendre en charge le résident, c'est qu'elle n'a pas fait son travail.

Je peux supposer que la formation diplômante participe à une meilleure prise en charge du résident. De plus, elles ont été en difficulté pour citer les signes de trouble du comportement.

En outre, les émotions dépendent du sujet qui les éprouve, mais également du contexte, des circonstances et du vécu. La technicisation des soins et les règles sociales laissent peu de place aux émotions des soignants. Il existe ainsi une « norme implicite », remarquée par Catherine Mercadier « les soignants se doivent de maitriser leurs affects »[19].

[19] Catherine MERCADIER. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris : Selan Arslan, 288 pages.

Cette maitrise que Christian Richard qualifie de « lissage émotionnel »[20] est caractérisée par une neutralité du soignant et un « savoir-taire » lié aux émotions. Géraldine Langlois, quant à elle, met en évidence « la conception traditionnelle des dispositions « naturelles » de l'infirmière : disponibilité, bienveillance, compassion, voire empathie... »[21]. Ces qualificatifs sont également utilisés par Claude Curchod qui met en avant le « mythe du soignant vertueux : empathie, toujours à l'écoute, disponible, non jugeant, empli de compassion, expert en communication »[22].

Ainsi des ressentis négatifs envers un résident peuvent être à l'origine d'une certaine culpabilité de la part du soignant, car non en accord avec ces qualités « naturelles ».

L'une des soignantes évoque qu'il lui arrive ne pas réussir à prendre en charge le résident présentant des troubles de comportement. Je peux supposer qu'elle adopte ce que qualifie Pascal Prayez de « distance hyperdéfensive » qui la coupe de ressentis, créant un « blindage » qui annule « la relation ». Le risque de ce « blindage »[23] est la déshumanisation des soins.

Il n'est pas impossible pour le soignant de construire une relation de confiance avec la personne démente, mais je pense qu'il faut beaucoup de temps et de patience. Je pense qu'il est préférable qu'un même soignant prenne en charge la personne quotidiennement.

En effet, à travers ces entretiens, il est ressorti que les soins apportés à ces personnes demandent beaucoup d'attention et du temps.

---

[20] Christian RICHARD. Article. L'émotion deux censures. Ressources humaines, octobre 2008, n°169, pages 24-25.
[21] Claude CURCHOD. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. France : Elsevier Masson, 2009, 212 pages.
[22] Géraldine LANGLOIS. Article. De l'émotion dans le soin. L'infirmière magazine, août 2010, n°262, pages 22-26.
[23] Pascal PRAYEZ. Distance professionnelle et qualité du soin. France : Lamarre, 2003, 228 pages.

III Rôle de l'infirmière coordinatrice

Dans l'EHPAD où j'exerce, le poids de la prise en charge des résidents présentant des troubles de comportement ne cessent d'augmenter.

Au mois de mai l'année dernière, l'entrée de Monsieur B atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère, qui présentait des troubles de comportement tel que le refus de soins, le cri, la déambulation, l'agressivité verbale et physique a suscité des problèmes de prise en charge pour l'équipe.

Le personnel était démuni, ne sachant pas comment le prendre en charge. J'ai réussi à établir un contact avec lui, à obtenir sa confiance. J'ai transmis à l'équipe soignante la manière d'aborder ce résident.

J'ai un rôle premier pour aider et accompagner les équipes.

En général, j'arrive à détecter dans les transmissions orales et/ou écrites leurs difficultés.

Certains soignants viennent me voir individuellement dans mon bureau pour me parler de leur ressenti, des obstacles qu'ils rencontrent. Le refus du soin est le plus souvent évoqué. Ils ne savent pas comment se positionner.

Parfois, il m'arrive de reprendre en individuel un soignant dans mon bureau suite à une expression verbale maladroite. Un résident agressif en salle à manger, le soignant répond par de l'agressivité verbale.

Je suis là pour les écouter, leur susciter des méthodes de travail, des attitudes de communication. Je leur donne des objectifs simples, clairs et réalisables. A travers les questionnaires semi-directifs et le travail sur le terrain j'ai constaté que la mise en place de formation professionnelle sur les troubles de comportement est nécessaire.

Au mois de juillet dernier, nous avons mis en place une formation sur l'agressivité. Elle a été Co animée par le médecin coordinateur, la psychologue, et moi-même.

Je leur ai présenté une photo. L'intérêt était de leur faire acquérir une méthode de travail en leur posant des questions.

- Que se passe-t-il sur cette scène ?
- Que vous évoque cette situation ?
- Quelles sont les questions à se poser ?
- Quelles attitudes à adopter ?
- Ce qu'il ne faut pas faire
- A l'avenir, quelle conduite adopter

Cette formation leur a permis d'échanger entre eux et d'exprimer des émotions. De plus une auxiliaire de vie a pu développer ses connaissances, ce qui s'est fait ressentir lors de l'entretien semi-directif.

La deuxième session de la formation a eu lieu au mois de septembre. Nous avons été vigilants à ce que chaque soignant s'exprime à tour de rôle.

La formation en groupe a été un outil pour passer une consigne à une soignante, de façon à être moins formel.

Mon objectif est d'aborder un thème par trimestre.

La formation continue diplômante est l'objectif pour 5 auxiliaires de vie. L'une d'entre elle rentre en école aide médico-psychologique au mois octobre.

La question que l'on peut se poser. Est-ce-que la tenue professionnelle leur permet de mieux maitriser leurs émotions ?

La blouse est « une barrière protectrice du psychisme »[24] lorsqu'elle oblige le soignant à contenir des émotions, ses angoisses en se réfugiant derrière sa tenue de professionnelle, comme derrière un masque. De la même façon, elle peut aider le soignant à construire ses propres mécanismes de défense.

La blouse met une distance.

Elle protège d'une trop grande proximité psychique avec le résident. Elle vient rappeler au soignant sa fonction, et lui permet d'établir et de maintenir une distance dans sa relation avec la personne âgée.

De cette façon, celle-ci protège le soignant d'un envahissement physique et psychique qui pourrait être débordant.

La blouse donne du pouvoir au soignant.

La blouse instaure également une distance imaginaire dans la relation soignant-soigné en conférant au soignant un certain pouvoir, une autorité sur ce dernier.

Le résident est dans une dépendance au soignant, ce qui crée alors une relation asymétrique. En effet en symbolisant le savoir, la compétence, la blouse peut impressionner le résident et créer un rapport de soumission, qui pourrait lui-même devenir un « abus de pourvoir »[25]. Au contraire, elle peut mettre en confiance et rassurer le résident qui idéalise le soignant et lui témoigne un respect inconditionnel.

La blouse conditionne les rapports entre soignants et résidents. Le professionnalisme pour l'un, la confiance en la compétence pour l'autre.

Dans d'autres EHPAD, le port de blouse est proscrit.

Ils estiment que la blouse évoque trop le médical, et elle rend impersonnelle la relation avec le résident. Le personnel doit se distinguer par ses compétences et non par sa tenue de travail.

---

[24] Karine HILLION et Delphine Le DEIST - j'ai écrit ma blouse - Revue d'infirmière n°26, avril 1997, pages 66-67.
[25] Frédéric WORMS - Les deux concepts du soin - Revue Esprit, janvier 2006, page 141.

L'expérience montre que les résidents mêmes désorientés reconnaissent le soignant d'un non soignant, quel que soit le vêtement.

Je leur rappelle aussi que la famille peut-être riche en informations et elle peut les aider à mieux comprendre les ressentis du résident.

Il faut rappeler aux soignants que la personne est malade, et qu'il est nécessaire de prendre de la distance pour ne pas se sentir personnellement agressé, et rester tolérant. Le résident ne le fait pas exprès. Il faut le considérer comme un adulte et ne surtout pas l'infantiliser. Je stipule à l'équipe qu'elle doit adopter ce même discours, et cette attitude.

« Un comportement déraisonnable n'est pas un comportement sans raison » tout trouble du comportement ou de l'humeur a une signification : le comportement du résident peut lui permettre d'exprimer son insécurité, ses difficultés, un malaise physique, une contrariété…

V Conclusion

Ce travail de fin d'étude m'a permis d'aborder, d'analyser et d'approfondir les mécanismes d'acquisitions de deux compétences incontournables à savoir « la relation soignant-soigné » et « l'adhésion aux soins ». Le soignant doit instaurer une relation de confiance pour permettre l'adhésion aux soins. Le professionnel de santé reste et demeure « un être communiquant qui soigne avec la tête, son cœur, et son corps ».

L'élaboration de ce travail m'a permis d'enrichir leur connaissance et de leur susciter des réflexions par rapport à des situations vécues.

L'accompagnement d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer montre bien la pluralité de traitements (non médicamenteux, médicamenteux) et leur adaptation en fonction des différents stades. Tous ces actes ne peuvent se réaliser qu'avec une équipe soignante disponible et à l'écoute et enclin à aider le résident dans sa vie quotidienne.

Toutefois, ces professionnels doivent s'appuyer sur la famille car ils peuvent renseigner et aider l'équipe soignante à mieux connaitre la personne et permettre d'adapter les soins.

L'important est de créer un contexte de confiance « la première étape qui conduit à la confiance est celle qui permet de diminuer l'anxiété face à un environnement que l'on ne connait pas ou à une situation qui inquiète ».

Le cheminement et la réflexion nécessaires à ce travail m'ont amenée à d'autres interrogations quant aux émotions des soignants : comment trouver le juste milieu entre le « blindage » et l'expression excessive de nos ressentis ? Quels sont les moyens pour parvenir à gérer nos émotions et rester un soignant avant tout ?

J'ai ainsi découvert un nouveau concept, « le travail émotionnel », qui est un travail souvent réalisé de façon inconsciente par les soignants. Il apparait que cette gestion des émotions est une dimension peu abordée.

En conclusion, le conseil que je donnerais de part mon expérience aux infirmières coordinatrices serait de recruter du personnel diplômé ayant une expérience auprès de personnes démentes.

Bibliographie

Ouvrages

Jeffrey NEVID, et Spencer RATHUS. Psychopathologie 7 ème édition. Paris : Pearson Education France 2009. ISBN / 978-2-7440-7358-8 page 338.

Mitra KHOSRAVIE. La communication lors de la maladie Alzheimer et des démences séniles. Rueil Malmaison : droit éditeurs, 2003. ISBN : 2-7040-1131-1 page 38.

Communication. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-490-A-10, 2009.

Catherine MERCADIER. Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Paris : Selan Arslan, 288 pages.

Claude CURCHOD. Relations soignants-soignés. Prévenir et dépasser les conflits. France : Elsevier Masson, 2009, 212 pages.

Pascal PRAYEZ. Distance professionnelle et qualité du soin. France : Lamarre, 2003, 228 pages. (Fonction cadre de santé).

Articles

Joël CREVOISIER. Pascale GEORGET. Le patient aphasique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), revue soins 01/02/2009 n°732, page 65-66.

Guy LE BOTERF. De quel concept avons-nous besoin ? Dossier : les compétences de l'individuel au collectif, Soins Cadres, n°41, 2002, page 20.

Laurence HUGONOT - DIENER, Emmanuelle DURON et Anne Sophie Rigaud Exploration clinique des troubles cognitifs chez les sujets âgés. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, vol 9-1, n°37-530-A16, 2012, pages 1-12.

Christian RICHARD. Article L'émotion deux censures. Ressources humaines, octobre 2008, n°169, pages 24-25.

Géraldine LANGLOIS. Article. De l'émotion dans le soin. L'infirmière magazine, août 2010, n°262, pages 22-26.

Karine HILLION et Delphine. LE DEIST - j'ai écrit ma blouse - Revue d'infirmière n°26, avril 1997, pages 66-67.

Frédéric WORMS. Les deux concepts du soin - Revue Esprit, janvier 2006, page 141.

Sites internet

http://www.plan-Alzheimer.gouv.fr/

http://alliancevita.org/2012/01/les-defis-actuels-du-vieillissement-et-de-la-dependance/

http://ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/vieillissement/vieillissement_normal_item54.pdf

http://www.insee.fr

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et-prise_en_charge.pdf

http://ifsi20062009.free.fr/1ANNEE/G%C3%A9riatrie/relation%20soignant%soign%C3%A9.ppt

http://larousse.fr/dictionnaires/français/confiance/18082

ANNEXES

Annexes

- Entretien 1
- Entretien 2
- Entretien 3
- Entretien 4
- Entretien 5
- Entretien 6
- Entretien 7
- Entretien 8
- Entretien 9
- Entretien 10
- La spirale de la dénutrition (d'après Monique Ferry)
- Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources)

Entretien 1

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?

Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

Je suis aide soignante depuis 39 ans.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai travaillé en orthopédie traumatologie à Grenoble pendant 13 ans. Je suis partie en réanimation en Alsace pendant 3 ans. Ensuite j'ai exercé 1an en soins à domicile.

3. Depuis combien temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ?

J'exerce depuis 9 ans dans cette établissement.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

Non, je ne connais pas.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

Il faut être plus à l'écoute, être attentif au résident. Le soignant doit aimer et être patient auprès des personnes âgée.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer ?

Si oui, quel fut le but ?

Non.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement ou/et physiquement lors des soins ?

Je prends en charge des résidents qui présentent de l'agressivité verbale et physique lors des soins.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

Je connais pour certains leur histoire de vie y compris les résidents donc la prise en charge est difficile. Je vais chercher l'information soit auprès du résident si cela est possible, sinon auprès de la famille ou du dossier médical.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Je leur parle en douceur sans agressivité. Parfois je rentre en communication par le toucher.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

- L'agitation,
- La déambulation
- Les troubles du langage : la dysarthrie.

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Je me présente, j'explique ce que je vais leur faire, je l'ai accompagne lors de la toilette par de la douceur.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Je suis parfois en capacité d'analyser la situation qui peut provoquer l'agressivité. Le motif peut-être le trouble du transit, la déshydratation voir le changement traitement.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vos relations avec les résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Je pratique l'humanitude. Elle m'aide à obtenir la coopération du résident. Elle apaise.

Si non, pourquoi ?

Animation flash je ne connais pas.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Je ne m'adresse pas de la même façon et je ne me comporte pas de la même manière avec un résident dément.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type agressivité verbale et/ou physique ?

Je n'éprouve pas de difficultés personnelles. Si les troubles du comportement sont trop importants j'arrête le soin puis je reviens plus tard.

Entretien 2

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?
   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Je suis aide-soignante depuis décembre 2013.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   J'ai été agent hospitalier en maison de retraite.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ?

   Je travaille ici depuis 3 mois.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

   La communication est un problème. Je communique par le toucher, le regard, les gestes. La prise en charge des soins doit être immédiate et je ne dois jamais les laisser seuls. Ils peuvent à tout moment se mettre en danger avec des objets ou mettre les autres résidents en danger. La surveillance doit être accrue y compris pendant les repas.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Si oui, quel fut le but ?

   Non, je n'ai jamais eu formation.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement ou/ et physiquement lors des soins ?

   Je rencontre surtout des résidents qui sont agressifs verbalement.

8. Connaissez-vous l'anamnèse des résidents ?

   Non pas trop.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

   Je me positionne en face de lui en me mettant à sa hauteur. Je lui tends la main en assurant une distance de sécurité. J'essaye de le calmer. Je lui parle sans le contre dire.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

    - La déambulation
    - La désinhibition
    - L'agressivité physique.

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

    Je prépare tout le matériel avant de rentrer dans la chambre.
    J'explique ce que je vais faire.

Je propose aux résidents de participer aux soins exemple de laver son visage Je lui parle pendant les soins.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Non. Je l'ai fait une seule fois.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vos relations avec les résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Je ne connais pas l'humanitude et les animations flash.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Elle est complètement différente dans la communication et dans le soin. Le résident sans trouble cognitif à la cohérence des choses. Le résident atteint de la maladie d'Alzheimer je vais dans son sens et je le laisse aller où il veut.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type d'agressivité verbale et/ou physique ?

Non, je n'ai pas de difficulté à les prendre en charge. Je me dis que la personne est malade je l'a prend comme ça.

Entretien 3

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?
   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Non je ne suis pas diplômé. Je suis en formation AMP. Je n'ai pas obtenu mon diplôme au mois de mai. Je le repasse au mois de novembre 2014.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   10 ans en maison de retraite.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Je travaille depuis 10 ans dans cette maison retraite.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

   Les résidents ont des troubles de la mémoire. Ils oublient vite en quelques minutes il faut recommencer les consignes.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Si oui, quel fut le but ?

   Non.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

   Oui, je rencontre des résidents agressifs verbalement et physiquement lors des soins d'hygiène.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

   Pas tous. Je connais l'histoire de vie soit par le dossier médical, ou dans le logiciel netsoins, auprès des familles ou du résident.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

   Je suis patiente et si je n'arrive pas je passe la main à la collègue.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

    - L'agressivité verbale et physique
    - La perte de mémoire

    C'est tout ce que je vois.

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Je les fais participer aux soins pour la plupart. Je leur laisse le temps d'aller à leur rythme.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Je pense que oui.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vous relations avec les résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Non je ne connais pas

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Oui, elle est différente. Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ont des changements d'humeur, de comportement.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type agressivité verbale et/ou physique ?

Oui, j'ai des difficultés par moment y compris lors de l'opposition aux soins du résident.

Entretien 4

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?

   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Non, je ne suis pas diplômée.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   J'ai travaillé un an comme aide à domicile.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Je suis depuis 17 ans dans cette structure.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

   Je ne comprends pas la question.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer ?

   Si oui, quel fut le but ?

   Non.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

   Oui, je rencontre aussi bien des résidents agressifs verbalement et physiquement.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents

   Oui pour certains résidents par leur famille.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

   Je leur parle doucement avec le sourire en les regardant et en se mettant à leur niveau pour parler.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

    - L'agressivité
    - La déambulation
    - Perte de mémoire.

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Je leur parle en les rassurant avec le sourire en leur tenant la main. Je suis à l'écoute de ce qui me dise. Je suis patiente avec eux.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Oui si c'est au moment de la toilette. Exemple le résident cri si je donne des ordres.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vos relations avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Non, je ne connais pas.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Je ne communique pas de la même façon. Je fais des phrases courtes.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles du comportement à type d'agressivité verbale et/ou physique ?

Non. Je délègue. Je vais demander à une collègue de le prendre en charge ou soit je reviens plus tard.

Entretien 5

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?

   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Je suis aide médico-psychologique depuis 1 an.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   J'ai travaillé 1 an ½ en soins à domicile. Ensuite 5 ans ½ dans un établissement auprès handicapé physique adulte.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ?

   1 an.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

Ce sont l'aphasie, l'apraxie, l'agnosie, l'amnésie. Les résidents sont grabataires.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Si oui, quel fut le but ?

Oui, j'ai fait une formation sur le ressenti du vieillissement et une autre sur l'agressivité des résidents.
Le but était de me donner des moyens d'y faire face.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

Oui, je rencontre l'agressivité verbale et physique pendant les soins d'hygiène.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

Oui par la famille

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Je suis calme, et j'explique en le regardant dans les yeux pour l'apaiser. Je dialogue par des phrases courtes. Je reporte le soin si nécessaire.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

- Les gestes
- L'amnésie
- Agnosie

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Je suis calme, le regarde dans les yeux quand je leur parle. Je fais des phrases courtes. Je parle doucement. Je ne montre aucune agressivité. Je reporte le soin si nécessaire.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Parfois mais pas toujours

Les causes que je rencontre sont :

- Le bruit
- La douche qui fait peur
- Le visage d'un inconnu
- L'incontinence le fait de changer la protection.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vos relations avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Je connais seulement l'humanitude. C'est obtenir un accord pour le soin, une coopération en instaurant un climat confiance.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Oui, il faut être patient, attentif. La prise en charge est plus longue. Il faut faire attention aux gestes et à la façon dont on parle. Mes gestes, mon attitude et mon langage est différent. Toute la prise en charge est différente du matin au soir. L'évolution de la maladie :

- Mange avec les doigts
- La marche a régressé
- Absence des mots
- Ne se tient plus debout
- Ne va plus au WC
- L'amaigrissement.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type d'agressivité verbale et/ou physique ?

J'arrive à m'adapter aux résidents. C'est enrichissant personnellement de voir l'évolution de leur maladie. Ces résidents ont un sens de la reconnaissance.

Entretien 6

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?

   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Je suis aide médico-psychologique depuis 3 ans.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

De 1991 à 1996 j'ai été contrôleuse de qualité dans la couture au Maroc.

De 1996 à 1999 j'ai travaillé dans un atelier de couture.

De 1999 à 2004 j'ai exerçé dans un centre de formation de couture

En 2005, je suis arrivée en France

De 2006 à 2009 j'ai été auxiliaire de vie à domicile chez deux particuliers.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ?

   5 ans.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

Oui, il faut connaître le résident. Savoir comment le prendre et se poser des questions.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?
   Si oui, quel fut le but ?

   Oui. L'objectif était de savoir gérer l'agressivité, les troubles du comportement et le refus du soin.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des patients agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

   Oui, je rencontre des patients agressifs verbalement et physiquement.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

Je connais pour certains résidents soit par les collègues, le dossier médical ou la famille.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Si la personne âgée est agressive soit :

- Je passe la main à une autre collègue
- Je laisse le résident et je reviens plus tard
- Je fais le soin et je ne réponds pas à son agressivité.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

- Agressivité verbale et physique
- Le refus
- Le repli sur soi

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Il faut la prendre avec douceur sans chantage. Si j'ai un refus je renouvelle la demande ultérieurement et sinon je passe la main.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Parfois oui. Exemple de le réveiller trop tôt, il veut encore dormir.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vos relations avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?
Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?
Si non, pourquoi ?

L'humanitude vient du mot humain. Il faut savoir être humain pour bien le gérer. Je dois prendre le résident avec ses troubles du comportement.

Je ne connais pas l'animation flash.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Elle est différente. Comment s'y prendre avec eux. Je dois communiquer en douceur. Elle ne me reconnait pas. Je dois la rassurer.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type d'agressivité verbale et /ou physique ?

Oui, parfois

Je me dis que le résident est agressif envers moi. Je ne prends pas ça pour moi. J'ai choisi mon métier. Les troubles du comportement font partis des difficultés du métier.

Entretien 7

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?

   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Je suis aide médico-psycholoqique depuis le 25 juin 2014.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   De 2001 à 2004 j'ai été infirmière au Maroc.

   De 2004 à 2006 j'ai travaillé dans une maison retraite en Italie.

   De 2007 à 2009 j'ai travaillé dans informatique.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes atteints de la maladie Alzheimer ?

   5 ans.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

Je les accompagne dans les soins (exemple aide aux repas) afin de répondre à leur besoin quotidien.
Je communique avec eux de façon qu'ils ne soient pas isolés.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui, quel fut le but ?

Oui. J'ai eu une formation sur les troubles délirant de la personne âgée sur 2 jours. L'intérêt était de comprendre et de savoir comment se comporter face aux troubles de comportement.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement ?

Oui, surtout physiquement. C'est le cas de Mr B il crie, il me pouce et il me tape.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

Je ne connais pas toute l'histoire de tous les résidents. Certains ils peuvent raconter et d'autre ne peuvent pas, cela dépend de la pathologie.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

J'essaye de le calmer, je parle doucement. Je demande pourquoi il crie, si je n'ai pas de réponse je laisse le résident pour qu'il se calme. Je reviens plus tard ou je passe la main à une collègue.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles de comportement repérés ?

- Les troubles du langage
- Les troubles d'équilibre
- La perte de mémoire.

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

S'il refuse, je communique avec lui et je lui explique ce qu'on va faire.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Oui, je suis capable de rechercher la cause.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vos relations avec les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

    Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

    Non. Je n'ai pas connaissance de ce que c'est.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

    Chez les résidents atteint de la maladie d'Alzheimer, je rencontre parfois des difficultés dans les comportements et les soins. Les résidents qui n'ont pas cette maladie, les soins sont faciles.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles du comportement à type d'agressivité verbale et/ou physique ?

    Non.

Entretien 8

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?
   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Je ne suis pas diplômée.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   De 2000 à 2012 j'ai travaillé 12 ans en EHPAD à Paris
   En 2013 j'étais assistante maternelle agrée.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Je travaille depuis janvier 2014 dans cette maison retraite.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

Il faut savoir les prendre, les gérer en fonction de leur comportement. Ils ont besoin d'être rassuré d'où la nécessité de leur parler en douceur.

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Si oui, quel fut le but ?

   Non.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

Oui, je rencontre des résidents agressifs verbalement et physiquement lors des soins d'hygiène.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

   Oui, certains par les collègues.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Je parle avec douceur pour apaiser la situation. Je rentre dans leur dialogue y compris s'il est incompréhensible de façon à ne pas les contredire. Si je n'arrive pas à le calmer je le laisse et je reviens plus tard.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

- L'agressivité
- La démence
- Je n'en vois pas d'autre

11. Quelles techniques de soins utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

L'approche est différente, je leur explique ce qu'on va faire pendant le soin. Le soin est fait d'une façon différente s'il y a agressivité ou pas. Je stoppe le soin si le résident est agressif et je le reprends plus tard de façon qu'il s'apaise.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Pour certains oui.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vous relations avec les résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Non je ne connais pas.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Oui, elle est différente dans la compréhension entre le soignant et le résident. Pour certains je leur pose une question mais ils ne l'a comprennent pas. Le niveau de compréhension dépend du degré de la maladie d'Alzheimer qui modifie la communication.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type agressivité verbale et/ou physique ?

Oui, j'ai parfois des difficultés. En général je quitte la pièce pour éviter le conflit.

Entretien 9

Sexe : Féminin

1. Etes-vous diplômé ?
   Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

   Oui, j'ai un diplôme assistante de vie aux familles depuis décembre 2013.

2. Quel est votre parcours professionnel ?

   13 ans en soins à domicile en Guadeloupe. Puis je suis arrivée en France.

3. Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Je travaille depuis janvier 2014.

4. Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

   Non.

5. Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

   Oui.
   (Elle a eu beaucoup hésitation sur cette question).

6. Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

   Si oui, quel fut le but ?

   Non.

7. Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

   Oui, je rencontre des résidents agressifs verbalement et physiquement lors des soins d'hygiène.

8. Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

   Non.

9. Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

   Pour certains, je pars de la chambre et je reviens le voir plus tard. Et pour d'autre je leur parle en douceur et il se calme.

10. Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

    Je ne sais pas.

11. Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

    Je ne sais pas.

12. Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Oui, je recherche pourquoi le résident crie.

13. Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vous relations avec les résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Non je ne connais pas.

14. Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Oui, ils donnent plus de travail. Je dois m'en occupé plus, je dois le comprendre dans ces demandes.

15. Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type agressivité verbale et/ou physique ?

Oui, je me dis que je n'ai pas su le comprendre et que je n'ai pas fait mon travail.

Entretien 10

Sexe : Féminin

1 Etes-vous diplômé ?
Si oui intitulée du diplôme et depuis combien de temps ?

Je suis aide soignante depuis 2008.

2 Quel est votre parcours professionnel ?

De 1976 à 1979 j'ai été caissière.
De 1990 à 1997 j'ai exercé le métier d'assistance maternel.

3 Depuis combien de temps exercez-vous dans l'EHPAD accueillants des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Je travaille depuis 16 ans dans cette structure.

4 Connaissez-vous le GMP de l'établissement ?

Non.

5 Selon vous quelles sont les spécificités de cette pathologie dans sa prise en charge ?

Pour moi je distingue deux types de résident :

- Le 1er type ce sont les démences douces, pas d'opposition, pas d'agressivité pendant les soins. Il déambule calmement.
- Le 2 ème type. Les déments sont difficiles à gérer. Ils sont agressifs, refusent les soins. Ils sont en quelque sorte en « folie ».

6 Avez-vous reçu une formation afin de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Si oui, quel fut le but ?

Non.

7 Vous arrive-t-il de rencontrer des résidents agressifs verbalement et/ou physiquement lors des soins ?

Oui, quotidiennement.

8 Connaissez-vous l'anamnèse de ses résidents ?

Oui. J'essaye de la comprendre pour être dans l'empathie. Je regarde les photos dans leur chambre.

9 Comment faites-vous pour faire face à l'agressivité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Je m'efface. Je ne m'impose pas lors des soins pour ne pas alimenter leur agressivité, tout en donnant une présence habitée.
Je laisse passer la colère.
Je parle doucement, je vais dans son sens et je ne contredis pas son discours. Je baisse la voix.
Si j'arrive à rentrer en contact avec lui je l'apaise je tends mon bras et automatiquement il me tend son bras et il me suit dans le soin.

10 Quels sont selon vous, les 3 principaux troubles du comportement repérés ?

- La violence (lever les mains)
- La déambulation dérangeante
- Les cris toute la journée.

11 Quelles techniques de soin utilisez-vous particulièrement avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Je mets de la musique. Je gagne leur confiance avec des bonbons. Je les fais participer à la toilette en faisant toucher le gant de toilette et je leur explique mes gestes. Je m'arrête quand le résident est opposant. Je lui rappelle des bons souvenirs. Je parle doucement.

12 Etes-vous en capacité de pouvoir analyser la situation, de ce fait rechercher la cause ?

Oui, si je connais bien le résident. J'arrive à cerner leurs soucis par mon expérience. Par mon tempérament je me pause, je suis patiente.

13 Pratiquez-vous l'humanitude ou les animations flash lors de vous relations avec les résidents atteints de la maladie Alzheimer ?

Si oui est-ce-que cela est aidant ? Pourquoi ?

Oui, je chante.

Si non, pourquoi ?

Non je ne connais pas.

14 Pensez-vous que la relation avec un résident atteint de la maladie d'Alzheimer est différente que celle avec un autre résident ?

Oui, le langage et le comportement va être différent. La personne âgée non démente, je peux lui expliquer. La personne âgée démente, je dois faire attention à mon comportement qui pourrait accentuer une crise chez lui.

15 Avez-vous des difficultés personnelles à prendre en charge des résidents qui présentent des troubles de comportement à type agressivité verbale et/ou physique ?

Si je suis bien dans ma tête, c'est un plaisir. Mes anciens collègues me disaient « plus ils sont tarés plus ont les aiment »

Si je suis contrariée par quelque chose c'est difficile de le prendre en charge, je suis trop susceptible parfois. Je laisse la main ou je me tais et je continue le soin.

Aggir du __/__/____ à __:__

NOM : _____
Prénom : _____

Source AGGIR	S T C H : ABC

Attention logique négative : une case cochée signifie "NE FAIT PAS"

1. Transferts
La personne se lève, se couche et s'assoit seule. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

2. Déplacement à l'intérieur
La personne se déplace seule en intérieur. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

3. Toilette
La personne fait seule, en entier sa toilette du haut. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne fait seule, en entier sa toilette du bas. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

4. Élimination
La personne assure seule l'hygiène de l'élimination urinaire. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne assure seule l'hygiène de l'élimination fécale. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

5. Habillage
La personne s'habille seule pour le haut. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne s'habille seule pour le milieu. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne s'habille seule pour le bas. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

6. Alimentation
La personne peut se servir. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne s'alimente seule. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

7. Alerter
La personne utilise les moyens de communication à distance. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

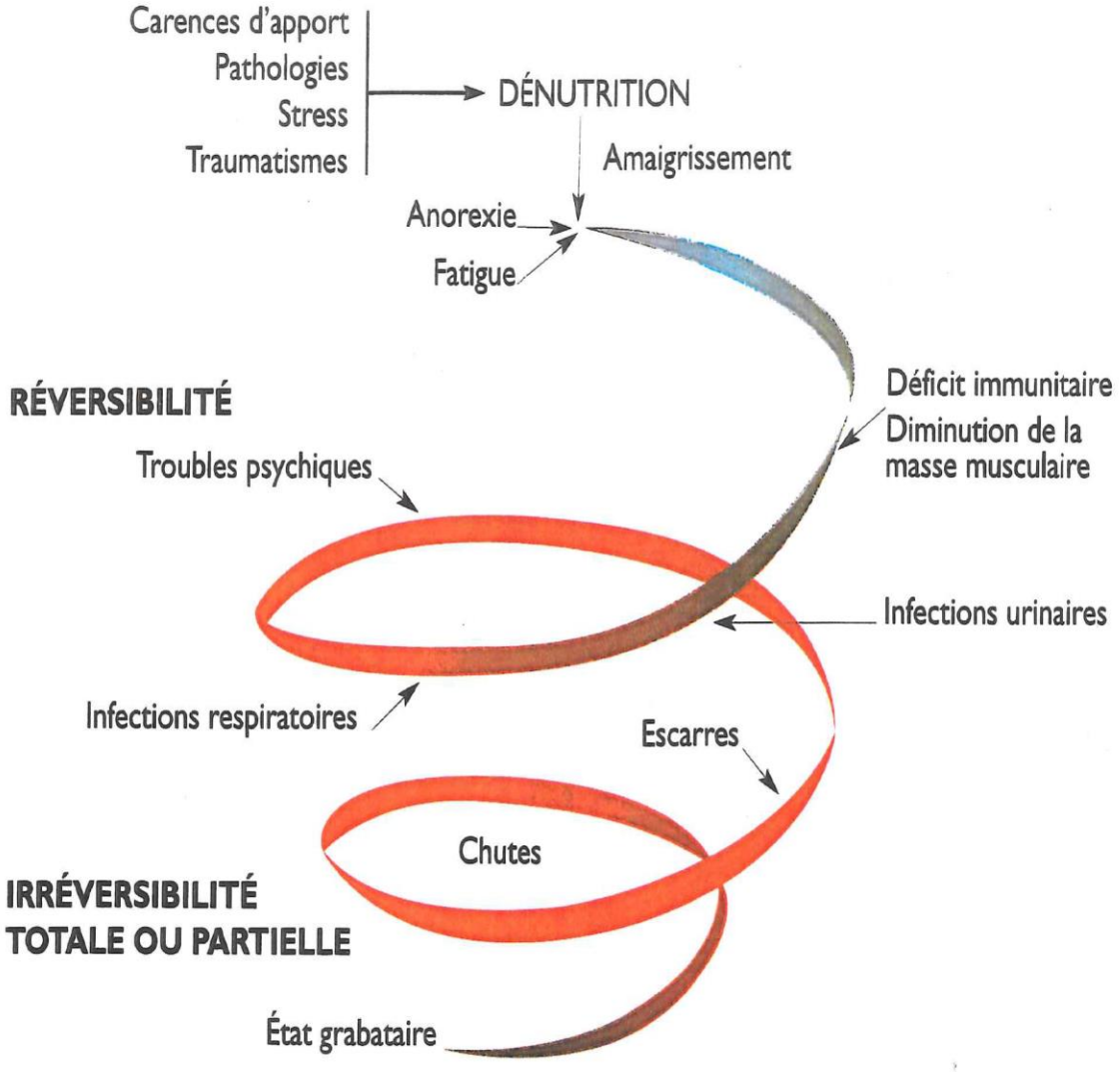
8. Déplacement à l'extérieur
La personne dépasse seule le seuil de sa porte. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

9. Orientation
La personne se repère dans le temps. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne se repère dans les lieux habituels. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

10. Cohérence
La personne converse de façon sensée par rapport aux normes admises. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne se comporte de façon sensée par rapport aux normes admises. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

11. Variables illustratives
La personne est capable de s'auto gérer. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne peut préparer ses repas elle-même. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne peut effectuer l'ensemble des travaux ménagers. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne peut utiliser les moyens de transports. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne peut acheter par correspondance ou faire des acquisitions directes. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne observe les traitements médicaux prescrits. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H
La personne participe à des activités culturelles ou sportives. [ ]S [ ]T [ ]C [ ]H

LA SPIRALE DE LA DÉNUTRITION*



*d'après Monique Ferry