

Université Paris Descartes -Faculté Cochin-Port Royal

LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS ATTEINTS DE TROUBLES COGNITIFS ET DU COMPORTEMENT MODERES, QUAND UN APPEL à PROJET PASA N'EST PAS ACCEPTÉ

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME -DIU Formation à la fonction de médecin
coordonnateur d'EHPAD**

Dr MOGOS FLOAREA IONICA DANA

Année universitaire 2015

**Directeur de mémoire : Dr LALWANI BENABID DJAMILA, chef service UCC -GHR Mulhouse Sud
Alsace**

REMERCIEMENTS

Je remercie Dr LALWANI BENABID DJAMILA pour la confiance et le support qu'elle m'a accordé tout au long de ma formation dans le vaste domaine de troubles cognitifs avec des troubles du comportement pendant mon stage en UCC ; également pour son accompagnement pendant la préparation de mon mémoire.

Je pense aussi à l'équipe de l'UCC qui m'a accompagné tout au long de mon stage et qui m'a fait découvrir un savoir-être et un savoir-faire indispensables tant qu'accompagnateurs de personnes âgées déments avec des troubles du comportement.

Mes remerciements vont aussi au personnel de deux EHPAD impliqués dans les deux projets « type PASA », avec une mention spécial au personnel d'EHPAD « les Ecureuils », engagé depuis 10 mois dans l'existence du projet Jonquilles, et qui a réussi à surmonté les épreuves d'un travail avec beaucoup des inconnus.

Je tiens également à remercier Mme Marie Girardin, directrice de ces deux EHPAD, qui m'a donné la possibilité de participer à ce DIU et qui au quotidien m'accorde sa confiance et ses conseils, au regard de mes fonctions ; grâce aux possibilités ouvertes par la direction et la soutenance des équipes durant leur formation pendant environ 2 ans, les deux projets ont été possibles

SOMMAIRE

1. EHPAD en difficulté face aux troubles cognitivo-comportementaux

1.1 Contexte

1.2 Deux appel à projet "PASA" refusés

2. Rappel théorique sur « les démences » et les troubles du comportement

2.1 Classification étiologique de la démence

2.2 Les troubles du comportement

2.3 Diagnostiquer avant la PEC-diagnostic positif, diagnostic différenciel, outils de diagnostique

2.4 La PEC d'une démence avec des troubles du comportement-PEC médicamenteuse et PEC non médicamenteuse

3. Hypothèses et questions pour un EHPAD, quand un projet PASA n'est pas possible / n'est pas accepté

4. Méthode de travail pour la mise en place d'un projet « type PASA »

5. Description des projets « type PASA » -organisation et fonctionnement

5.1 Comparer La PEC d'un service PASA et la PEC « type PASA » de projets « Jonquilles et « Arc en Ciel »

5.2 Présentation du projet Jonquilles et évaluation à 10 mois de fonctionnement

5.3 Présentation et construction du projet « Arc en Ciel »

5.4 Les perspectives d'évolution pour les deux projets « type PASA »

5.5 Présentation des cas

6. Retombées potentielles

7. Conclusion

8. Bibliographie

9. Mots clé

10. Liste des annexes

Annexe 1 – NPI-ED

Annexe 2 –Echelle EPADE

Annexe 3 – Projet Animation Arc en Ciel/Planning activités type Arc en Ciel

Projet Animation UVP/Planning activités UVP

Annexe 4 - Arbre décisionnel pour le diagnostic d'une démence(HAS)

Annexe 5 –Echelle d'agitation de Cohen –Mansfield(HAS)

Annexe 6 –Fiche de suivi des activités(2) /Rapport de participation(2) pour Mme S. Maria

Annexe 7 – Photographies pendant les activités

LISTE DES SIGLES UTILISEES

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

AMM : Autorisation de Mise aux Marché

AMP : Aide Médico-Psychologique

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

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASG : Assistant de Soins en Gérontologie

CCM : Centre Consultation Mémoire

CMRR : Centre de Mémoire de Ressources et de Recherche

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour Autonomie

CRP : C Reactive Proteine

EGG : Evaluation Gérontologique Globale

EHPAD : Etablissement Hébergeant pour Personnes Agées Dépendantes

EPADE : Echelle des Personnes Agées Difficiles qui Epuisent(Montfort)

ETP : Equivalent Temps Plein

FCMRR : Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche

GMP : Gir Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HD : Hébergement Définitif

HT : Hébergement Temporaire

MA a : maladie Alzheimer et apparentées

MMPA : Maison Médicalisée pour les Personnes Âgées

NPI-ES : Inventaire Neuropsychiatrique Equipe Soignante

PA : Personne Âgée

PASA : Pole d'Activités et de Soins Adaptés

PEC : Prise En Charge

PP : Projet Personnalisé

PE : Projet d'Etablissement

SPCD : Symptômes Psychologiques et Comportementaux des Démences

UVP : Unité de Vie Protégée

UCC : Unité Cognitive Comportementale

QV : Qualité de Vie

1. EHPAD en difficulté face aux troubles cognitivo-comportementaux

1.1 CONTEXTE :

*Admission de 4 résidents sur 5 en moyenne ayant des troubles cognitifs.

Les taux de troubles du comportement sont difficiles à évaluer car chez 90% des admissions on retrouve au moins un symptôme SPCD

*L'âge moyen d'entrée en EHPAD en dessus de 85 ans.

*Rejet du projet PASA dans les deux EHPAD : l'ARC et les ECUREUILS à MULHOUSE HAUT RHIN.

*Accompagnement des résidents avec des troubles du comportement, incompréhension, sentiments d'anxiété et d'insécurité, difficulté d'expression ... difficile au quotidien ; ces résidents se caractérisent par une grande hétérogénéité de PEC non médicamenteuse et donc un accompagnement difficile, voire pénible, générant une vulnérabilité dangereuse.

*Formation spécifique d'ASG, AMP par des AS ; la présence de professionnels spécialisés tel : psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute.

*Accompagnement des personnes ayant des troubles cognitifs et du comportement, ressenti comme insuffisant par les soignants. Comme on ne peut pas avoir du personnel en nombre suffisant, l'accompagnement de « résident perturbateurs » est insatisfaisant, trop usant et chronophage, parfois en détriment des autres résidents.

1.2 DEUX APPELS à PROJET « PASA » refusés

L'appel à projet PASA élaboré en 2012 pour l'EHPAD des Ecureuils et en 2013 pour l'EHPAD de l'Arc, n'ont pas été acceptés surtout par rapport aux difficultés de réaliser un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure (placement au RDC et jardin)

En revanche, les autres principaux critères utilisés dans les dossiers de candidature ont resté bien utilisables : la population cible, la file active, le personnel formé, les locaux dédiés, le consentement des résidents et/ou leurs familles.

Face à la nécessité déjà définie et utilisant les renseignements acquis pendant la période de construction de l'appel à projet nous avons réussi à mettre les bases pour une PEC mieux adaptée pour nos résidents atteints de troubles cognitifs et psycho comportementaux modérés au sein de nos deux EHPAD.

Même si nos candidatures n'ont pas été retenues, l'exercice de les construire nous a donné l'idée et a créé la base de nos deux projets « type PASA ». Notre but est de mutualiser l'organisation et le fonctionnement de nos projets, sur les mêmes critères, pour améliorer la qualité de la PEC de ces résidents « perturbateurs » en leur offrir **une place de sujet** et de soutenir le travail des professionnels en leur offrant les outils et les techniques nécessaires pour « le savoir-faire »

2. RAPPEL THEORIQUE SUR LES DEMENCES

La **cognition** est définie comme l'ensemble des fonctions par lesquelles l'individu perçoit les informations de son environnement et les utilise pour interagir avec lui.

En synthèse, la **démence** est un syndrome défini par la présence simultanée des deux critères :

- altération durable d'une ou plusieurs fonctions cognitives (mémoire, attention, langage, gnose, praxie, raisonnement, jugement ...)
- changements psycho comportementaux (personnalité, affects ...),

ayant comme effet une perte progressive et irréversible de ses capacités cognitives et / ou fonctionnelle rendant vulnérables les personnes atteintes par l'altération de l'autonomie dans la vie quotidienne

*ce qui n'est pas une démence : les affections de début brusque à leur phase aigüe tel que : AVC, syndrome confusionnel, syndrome Korsakoff, méningoencéphalite infectieuse ;

*il existe une gradation de la sévérité de la démence en fonction de son retentissement dans la vie quotidienne : légère, modérée, sévère ;

*les problèmes de mémoire apparaissent au premier plan et révèlent la maladie, accompagnés en évolution de troubles du langage, baisse des fonctions supérieures / perte d'autonomie et changements psycho-comportementaux.

Le terme de **comportement** renvoie à " l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou extérieur" ; le terme de trouble du comportement suppose donc, une réaction inadaptée ou inattendue à une stimulation, sauf l'apathie.

On sait aujourd'hui que certains comportements peuvent être une forme d'expression directe de troubles cognitifs, des signes d'alerte dans l'évolution de la démence ou des réactions inadaptées à des stimuli perçus comme agressifs.

2.1 CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE de la DEMENCE

Les causes exactes restent encore inconnues ; des facteurs génétiques et environnementaux contribuent à l'apparition et au développement ; en revanche on connaît des facteurs de risque impliqués dans les différentes formes de démence.

A) les démences dites dégénératives :

a) à prédominance corticale (la triade aphasia, apraxie, agnosie)

*Maladie Alzheimer

*Les démences lobaires fronto - temporales

b) à prédominance cortico-sous corticale

*Démence à corps de Lewy

*Dégénérescence cortico-basale

c) à prédominance sous corticale

*Démence Parkinson

*Paralysie supra nucléaire progressive

*Chorée Huntington

B) les démences dites non dégénératives :

a) vasculaires

*AVC (multiples)

* angiopathie (micro angiopathie cérébrales)

b) neuro chirurgicales

*hématome sous durale

*hydrocéphalie à pression normale

*tumeur encéphalique (primaire ou secondaire, n'importe quelle est la cellule d'origine)

c) inflammatoires

*SEP

d) infectieuses

*maladie de Creutzfeldt-Jakob

*encéphalopathie VIH

*maladie de LYME ; phléboriose

e) toxiques

*alcool (Korsakoff)

*médicaments /drogues

f) dysmétaboliques

*dysthyroïdie *carence B12, folates

C) les démences dites mixtes

Sont des associations fréquentes entre une pathologie dégénérative et des lésions d'origine vasculaire

- l'imagerie prend une place importante dans le diagnostique
- elles ont une évolution rapide et parfois une amélioration sous traitement de la composante vasculaire

La maladie Alzheimer représente environ 70% de démences apparaissant après 75 ans et par rapport à sa prévalence et ses manifestations cliniques a pris la place de « démence référente », d'où l'expression de « maladie Alzheimer et apparentées » ; typiquement, « l'entité » regroupe une amnésie hippocampique (troubles de la mémoire épisodique et sémantique) avec des troubles cognitifs instrumentaux (du langage , praxies , gnoses)—jusqu'au stade final

d'APHASIE,d'APRAXIE,d'AGNOSIE) ; c'est une atteinte corticale d'évolution progressive ayant un retentissement important sur le comportement et l'autonomie.

La démence fronto-temporale apparaît à un âge plus précoce et conserve plus long temps la mémoire et le sens d'orientation, mais associée avec une forte intensité, les troubles du comportement et de la personnalité qui apparaissent au premier plan

L'aphasie progressive primaire se caractérise par l'apparition d'un trouble du langage qui s'aggrave progressivement.

La démence à corps de Lewy affecte surtout les parties du cerveau liées aux fonctions cognitives et au mouvement ; elle se caractérise par une progression rapide avec des hallucinations visuelles /auditives et des périodes de confusion plus profondes /troubles psychotiques.

Quant à la démence Parkinsonienne, elle se révèle dans les stades avancés de la maladie Parkinson et le syndrome extrapyramidal reste dominant.

La vitesse de l'évolution des MAA sont variables par rapport aux différentes entités étiologiques et d'un individu à l'autre et sont accompagnées de troubles du comportement tel : agitation, agressivité verbale et même physique, anxiété/angoisse déambulation, troubles du comportement alimentaire, délire et hallucination, inversion du rythme nyctéméral et l'apathie ou opposition aux soins.

2.2 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Dans la pathologie cognitive, il y a une importante altération ou perte de la parole qui fait que ces patients recourent à d'autres modes de communication ; que faut-il comprendre à travers un trouble du comportement ?

Les divers troubles du comportement, différents dans leur nature, ont des fréquences et des intensités fluctuantes ; ils peuvent être associés, mais tous ont des conséquences importantes sur l'adaptation des résidents à leur quotidienneté, sur la PEC, sur les aidants / soignants et sur le pronostic fonctionnel de la démence.

Il n'y a pas de consensus pour une classification parmi plusieurs modèles (classements de troubles du comportement selon le type d'expression, le retentissement sur l'adaptation et/ou les aidants, le degré de dangerosité), mais la plus utilisée se structure en 3 groupes :

***" comportements agités "** :opposition/refus , agitation /agressivité verbale ou physique et violence envers les objets ou personnes , anxiété et phobies , trouble du rythme circadien , déambulation ou comportement moteur inapproprié , cris , désinhibition motrice (errance , attitudes sexuelles incongrues , comportement impudique ou envahissant) ; les déambulations à des rythmes différents expriment l'ennui , l'anxiété , la peur d'insécurité

***"symptômes psychotiques "** :délire (perceptions ou jugements erronés de la réalité), hallucination (des perceptions sensorielles sans objet réel, trouble de l'identification, manie ;

***"l'apathie"** comme un déficit persistant de la motivation, comparativement à l'état antérieur ou au fonctionnement normal pour l'âge et le niveau culturel du sujet ; elle doit être impérativement recherchée car parfois difficile à distinguer d'une dépression

--elle rassemble des dimensions comportementales (avec la diminution des comportements volontaires dirigés vers un but) , mais aussi cognitives et émotionnelles ;

--les signes d'appel : indifférence, repli , isolement .. ;

--pour évaluer les trois dimensions caractérisant l'apathie : émoussement affectif , perte d'initiative et perte d'intérêt , on utilise l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) ;

--la PEC thérapeutique est une approche non médicamenteuse (thérapies de stimulations cognitives, évocation du passé , stimulations adaptées aux centres d'intérêt et aux capacités de la personne) et la diminution ou l'arrêt des médicaments à risque d'effets secondaires favorisant l'apathie ,en particulier les antidépresseurs).

L'évaluation de SPCD doit rechercher les facteurs d'urgence et de dangerosité, l'ancienneté du trouble et l'intensité, les contextes à risque, les liens avec des facteurs prédisposant et /ou déclenchant, les autres comorbidités somatiques ou psychiatriques, les décompensations d'une pathologie chronique, ainsi que le retentissement sur la personne en cause et l'entourage.

Les SPCD ont une origine multifactorielle ; l'évaluation étiologique doit passer par la recherche de :

Causes :

*causes somatiques : à rechercher en premier : une douleur mal contrôlée, une rétention d'urine, un fécalome, une infection, un trouble métabolique, une iatrogénie, intoxication ou sevrage

*causes psychiatriques : décompensation des maladies psychiatriques préexistantes à la démence (exemple le syndrome dépressif ou anxieux)

*toute situation de stress : changement du lieu de vie, changement d'organisation de la PEC, la mise en échec, vacances de la famille, autres situations conflictuelle ou contraignantes

*l'évolution de la démence ou autres facteurs aggravants (AVC, fractures)

*traits de personnalité, histoire de vie, traumatismes antérieures de vie

*facteurs relationnels : les attitudes de l'entourage, manque d'information et de formation des aidants /soignants ainsi que leur capacité d'empathie et d'anticipation des besoins du patient

Chez un patient donné, c'est nécessaire de repérer et évaluer les troubles du comportement par des personnes différentes, le jour comme la nuit, objectiver les observations pour optimiser la PEC au quotidien ; les recueils doivent être claires/descriptifs, écrits et transmis aux équipes en respectant la confidentialité et le secret partagé entre les professionnels.

Dans l'évolution d'une démence, l'espérance de vie varie de 3 à 8 ans selon l'âge du patient au moment du diagnostic et ses comorbidités.

2.3 DIAGNOSTIQUER AVANT LA PEC

Par rapport aux recommandations HAS, le diagnostic d'une démence doit être précoce car implique un accompagnement et une PEC médico-sociale spécifique

Même si c'est un enjeu de santé publique et sociétal, d'envergure nationale en France (voir le plan Alzheimer 2008-2012 et les autres qui l'on suit) et même mondiale, il n'existe pas un dépistage en masse, mais un dépistage ciblé

Le diagnostic du vivant reste de probabilité (le diagnostic de certitude repose sur l'examen neuro anatomopathologie et donc post mortem) ; sur le territoire français, il se fait dans les Centres de Consultation Mémoire intégrés aux Centre de Mémoire de Référence et de Recherche (CMRR) ; l'évaluation d'un patient /postulant au diagnostic, se fait à la demande d'un médecin généraliste, médecin spécialiste –neuropsychiatre ou même d'un aidant (la famille)

Les étapes du **diagnostic positif** sont :

*le diagnostic clinique et la phase évolutive (début/légère ; modérée ; sévère) en évaluant :

-- les arguments positifs et négatifs, les signes /symptômes, l'histoire naturelle ;

--par des outils consacrés, certains utilisables même de non professionnels ; un bilan initial supposant une maladie cognitive peut être approfondie par une évaluation de spécialité neuropsychiatrique

--l'évaluation clinique inclus le passage par tout l'état de santé de la personne tel : les antécédents, les comorbidités, le traitement en cours, la condition socio-économique et le niveau culturel

*le bilan biologique basal enrichi avec l'évaluation de la fonction thyroïdienne, B12/folates, sérologie syphilitique et VIH

*l'imagerie cérébrale (IRM, CT) évalue l'état anatomo-fonctionnel du cerveau et individualise la (les) zone(s) touchée(s) faisant l'approche étiologique probable

* récent, existe la détection dans le LCR des bio marqueurs de la pathologie Alzheimer (les taux de la protéine B-amyloïde ou de la protéine Tau hyper phosphorylée (méthodes réservées aux formes difficile et incertaine de la pathologie démentielle)

Le diagnostic différentiel doit éliminer un syndrome confusionnel et une cause organique /somatique d'un état confusionnel ; il conduit en même temps vers une bonne approche étiologique et une meilleure PEC thérapeutique médicamenteuse et / ou non médicamenteuse.

C'est souhaitable d'avoir un diagnostic précoce pour découvrir le déclin cognitif dans le stade pré-démontiel (prodrome) pour toute personne qui présente des modifications récentes de leur cognition ; le diagnostic précoce justifie d'une évaluation neuropsychologique approfondie et doit être accompagnée par un engagement de PEC.

Les recommandations soulignent la nécessité d'avoir le diagnostic positif et étiologique d'une démence en passant par une évaluation gériatrique standardisée (clinique, biologie, imagerie), un bilan neuro-psychologique et une évaluation psychiatrique et comportementale complétés par l'évaluation fonctionnelle.

LES OUTILS utilisés pour les évaluations :

Parmi tous les outils existants dans la littérature et dans la pratique, les plus usités sont :

*le MMS tant qu'une évaluation globale de la mémoire ; fait par le psychologue ou le médecin; (on le pratique pas en dessous d'un score MMS 10/30

*NPI-ES fait par le psychologue et validé en équipe pluridisciplinaire ; NPI c'est l'outil le plus utilisé et le plus adapté à l'évaluation des SPCD, car permet un inventaire neuropsychiatrique qui passe par 12 symptômes les plus courants, en évaluant leur fréquence et leur sévérité, ainsi que le fardeau / le stress des aidants (NPI-R) ou des soignants (NPI-ES)

--l'échelle évalue 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives F fréquence *G gravité)

--à l'admission dans un PASA, pour chaque résident est nécessaire d'avoir la moyenne de score pour 12 items + la moyenne du score le plus élevé pour l'item le plus valorisé pour ce résident

*GDS (à un MMS en dessus 15/30 et personne capable à verbaliser) ou CORNELL (à un MMS en dessus de 14/30) ; évalue la thymie

*test d'HORLOGE

*l'échelle EPADE pour évaluer les personnes âgées difficiles qui épuisent / retentissement de troubles du comportement sur l'équipe / prévention de la maltraitance, plus ciblée sur le retentissement (que NPI)

*l'échelle ADL qui évalue l'autonomie, les activités de la vie quotidienne (les gestes de bases tel : alimentation, toilette, habillage, transferts, continence, utilisation de toilettes

*l'échelle EBS (Eating Behaviour Scale) pour évaluation des troubles du comportement alimentaire

*ADRQL la seule échelle internationalement reconnue pour la QV dans les syndromes démentiels

*l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield porte plus particulièrement sur des comportements tels qu'agressivité physique, les déambulations et les cris

Une analyse factorielle des symptômes a individualisé quatre facteurs :

*facteur 1 -coups, violence verbale et physique dirigée

*facteur 2 -attitudes verbales et motrices répétitives

*facteur 3 -plaintes, attitude négativiste

*facteur 4-cleptomanie, collectionnisme

Bien que toutes ces échelles ne soient pas spécifiques des symptômes productifs de la démence, elles évaluent des comportements qui leur sont fréquemment liés.

2.4 La PEC d'une DEMENCE avec des TROUBLES du COMPORTEMENT

a) Il n'y a pas actuellement de traitement qui peut guérir ou stopper l'évolution de cette pathologie « démentielle », et la **PEC médicamenteuse** reste symptomatique avec des psychotropes, antiépileptiques, anti-dépresseurs, bêta-bloquants qui peuvent occasionner des effets secondaires plus ou moins importants (confusion, chute à répétition, fractures, dénutrition, grabatisation...)

Conforme aux recommandations c'est à éviter les prescriptions et l'utilisation inappropriées, systématique ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques; surtout, avant d'individualiser la PEC d'une personne âgée porteuse d'une démence avec des troubles du comportement, on doit penser aux effets secondaires et une possible iatrogénie dans le traitement de croisière.

Les traitements médicamenteux dits "spécifiques" n'ont pas démontré que des bénéfices modestes car ils ne peuvent pas ni guérir, ni stopper l'évolution de la pathologie démentielle, néanmoins il connaît des différences selon le classement étiologique de cette pathologie.

Pour la maladie Alzheimer et apparentées, l'AMM autorise les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) dans les stades légers et modérés et la mémantine, plutôt pour le stade sévère.

Même selon l'AMM, la primo-prescription est réservée aux médecins spécialistes en neurologie, en psychiatrie, en gériatrie donc ayant un diagnostic précis, pourtant dans la pratique, existe un grand nombre des patients qui n'ont pas un diagnostic de spécialité / prouvé, mais qui sont traités par des anti-cholinestérasiques.

Le cas de démence vasculaire envisage le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire (HTA, diabète et dyslipidémie) et non une PEC type Alzheimer.

La coexistence de lésions vasculaires et d'une MAA est fréquente (les démences mixtes) et ne contre-indique pas la prescription d'un traitement spécifique anti-Alzheimer.

En ce qui regarde la démence à corps de Lewy et celle associée à la maladie Parkinson, les études ont démontré un bénéfice que pour la rivastigmine ce qui ne fait pas des inhibiteurs de la cholinestérase une contre-indication absolue; il est rappelé que la prescription d'un traitement dopaminergique dans l'objectif d'améliorer la composante motrice doit être prudente dans la mesure où le bénéfice est très incertain et qu'il existe un risque majoré d'hallucination et des signes psychotiques.

La dégénérescence lobaires fronto-temporale proscrit l'utilisation d'un médicament anti-Alzheimer, mais les IRS ou des thymo-régulateurs tel la carbamazépine, pour la PEC de l'agitation ou l'agressivité.

Dans tous les cas, une sédation à dose minimale efficace et pour un court terme (réévaluation), peut être nécessaire si le patient se met lui-même en danger ou est une menace pour les autres.

En règle générale c'est à privilégier en première intention les BZD à demi vie courte et les neuroleptiques en dernier recours; les thymo-régulateurs sont limités dans les affections bipolaires; l'hydroxizine, fortement atropinique est contre-indiqué.

Dans la pathologie démentielle, il n'est pas recommandé de prescrire un neuroleptique classique, en raison d'un risque élevé d'événements indésirables graves tel: le syndrome extrapyramidal, chute, AVC, pneumopathie d'inhalation, syndrome malin des neuroleptiques/décès.

En revanche, les antipsychotiques de dernière génération (rispéridone , olanzapine , aripiprazole , clozapine) à doses minimales et courtes durées , apportent un bénéfice modéré sur les SCPD ; leur indication et gestion doivent rester dans la charge des spécialistes.

Pour les MAa les antidépresseurs ont prouvé une certaine efficacité sur les dimensions anxieuses, d'irritabilité d'agitation avec une grande prudence quand le diagnostic différentiel avec l'apathie n'est pas claire.

b) Le traitement non médicamenteuse joue un rôle de pilier central pour la PEC ; certains études sont rapportées dans la littérature , mais elles sont basées sur l'observation du patient et la subjectivité de l'évaluateur ; dans cette démarche ,le rôle des aidants (les proches , les soignants) est primordial mais nécessite une formation afin d'espérer une meilleure compréhension de troubles du comportement et de développer le savoir-être et le savoir-faire.

On parle aujourd'hui des troubles du comportement vues comme des nouveaux types d'échange relationnels avec les personnes démentes ; il est important que nous apprenions à décoder "ce langage" pour arriver à communiquer avec ces personnes

A ce jour on connaît plusieurs techniques, méthodes ou même philosophies utilisées dans les services médicaux ou médico-sociaux qui prennent en soins des personnes âgées atteintes par des pathologies cognitives avec des troubles du comportement.

Les plus connus et utilisés sont : la Validation (Naomi Feil) , le Clown Relationnel (Christian Moffarts et Françoise Camus) ,l'Art Thérapie , l'Humanitude.

Plus ou moins, toutes ces méthodes ou philosophies s'intriquent car elles ont à la base les mêmes principes :

- *reconnaitre la PA désorientée en tant qu'individu unique

- *respecter sa dignité, en préservant au maximum son autonomie et en évitant l'infantilisation

- *à travers le regard, la parole, le geste tendre, l'empathie , on essaye de répondre à l'expression de ses besoins tels qu'elle les exprime

- *accompagner sans juger, construire une relation de confiance et le sentiment de sécurité pour aider une telle personne, à exprimer ses émotions, ses vécus, sa réalité à elle

- *vivre et mourir debout (la verticalité)

La philosophie de l'Humanitude est basée sur les concepts de Bienveillance, pour rapprocher le soignant et le soigné dans leur dimension « humanitude » , en respectant la dignité et l'autonomie de la PA, debout jusqu'à la fin ; le fil rouge c'est "zéro soins de force ".

Par la Validation on entre en contact avec une PA agitée, enfermée dans son monde et même incohérente dans ses propos ; on essaye de rejoindre le dément sur son terrain , d'accepter que ce qu'il exprime a un sens , une importance ; c'est pas d'entrer dans son jeu , ni de corriger son comportement et ses propos , mais d'accepter comme légitime et valider son vécu ; éviter les confrontations , adopter un ton de voix rassurant , reformuler et pas mettre en échec -c'est ainsi qu'on rassure une telle personne et qu'on l'accompagne dans la recherche de son homéostasie.

L'Art Thérapie regroupe des démarches de soins relationnelles à médiation artistique car l'art peut agir sur l'humeur de personnes désorientées, handicapées mentale et sur leur environnement ; ainsi , l'art thérapie peut créer les conditions favorables au dépassement des difficultés personnelles.

Le titre de l'art thérapeute est reconnu en France par l'Etat (Ministère de la Formation Professionnel et DU de divers Universités.

Cette méthode utilise des différentes médiations : peinture, dessin, collage, pâte à modeler ou l'argile, photos et photo langage , marionnettes /théâtre et clown relationnel.

Avec le Clown Relationnel on s'engage dans une empathie corporelle et ludique, dans un contact sensible , dans une relation affective de visage à visage vers un état de détente de la personne démente / déficiente mentale agitée ou

apathique; par la joie , les émotions positives sont favorisées et l'angoisse s'apaise , car le clown symbolise et incarne l'ouverture du cœur , une ouverture aux émotions et aux affects.

Les cris , les gémissements , les déambulations , l'agressivité , les conduites de refus sont des comportements dont il est important d'essayer de comprendre le sens lié à la personnalité singulière du patient , à sa démence , à son histoire de vie ; dans une perspective d'approche clinique relationnelle , il est important de comprendre la situation et les relations actuelles qui peuvent être la cause d'apparition ou de maintien des troubles du comportement ; n'oublions pas que le malade n'a pas la même perception de la réalité que nous.

Les troubles du comportement troublent les soignants /les aidants car ceux-ci font partie active et créative de cette relation ; s'engager dans une communication affective est primordial pour soutenir une PA en difficulté, d'autant plus une PA démente et troublée.

L'épuisement des soignants/aidants, est un phénomène insidieux qu'on doit rechercher en systématique par des groupes de parole , des formations , des plateformes de répit , des évaluations santé générale au moins une fois/an.

Les UCC -(Unité Cognitivo-Comportementale) ou les services de psycho-gériatrie, permettent une PEC spécifique pour tous les cas des SCPD difficiles à gérer à domicile, en milieu hospitalier ou en EHPAD .

L'hospitalisation en UCC permet souvent de mieux orienter le patient à la sortie , vers une structure adaptée à sa pathologie et à ses troubles du comportement (un service UVP, PASA ou UHR /USLD) et permet parfois un répit aux aidants principaux (familles , soignants) ; cette hospitalisation est bénéfique car elle permet de mieux comprendre les troubles du comportement de la PA et d'établir des stratégies de PEC qui seront , par la suite , utiles aux équipes de soins ou aux aidants proches .

La contention physique doit rester exceptionnelle, après l'évaluation du rapport "bénéfices/ risques" et réévaluée en équipe pluridisciplinaire, au départ tous les jours et cas par cas ; l'évaluation vise le retentissement physique et psychique sur la PA contentée.

3. Hypothèses et questions quand un projet PASA n'est pas possible / n'est pas accepté

Quand l'appel à projet PASA d'EHPAD des Ecureuils a été refusé, nous avons fait une évaluation pluridisciplinaire de cas "difficiles" par rapport à leur accompagnement au quotidien et surtout par rapport aux troubles du comportement tel : déambulation, agitation, agressivité physique et verbale, anxiété, crise d'angoisse, difficultés d'expression.

Avec l'aide du psychologue et les groupes de parole, on a estimé le stress du personnel et les difficultés rencontrées pour la PEC de ces résidents et des autres.

Une première version du projet Jonquilles à l'EHPAD "les Ecureuils" à démarré le 06/10/2014 ; nous avons défini deux petits groupes de 3 résidents accompagnés par un personnel formé avec la présence systématique d'une ASG ; la PEC totale (toilette, soins, activités, repas) s'éloignée sur 2 jours par semaine pour le premier groupe et un seul jour par semaine pour le deuxième group ; 3mois après, un troisième groupe est ajouté.

Le projet Jonquilles s'est avéré positif ce qui nous a montré que l'objectif , impérativement nécessaire , peut être atteint , ce qui nous a donné l'enthousiasme et les moyens de construire le deuxième projet , nettement amélioré et sur une organisation mieux définit.

Le projet Arc en Ciel à l'EHPAD de l'Arc , s'est construit plus clairement , en utilisant les points forts et plutôt les points faibles individualisés par l'expérience du projet Jonquilles ; en fait , un projet a aidé à définir et redéfinir l'autre en ce qui concerne conception , organisation et fonctionnement ; tous les axes ont été améliorés en tenant compte des évolutions de projets personnalisés('PP) des résidents participants , d'avancement en savoir-faire par rapport à la PEC et utilisation des outils d'évaluation et la capacité de résoudre les problèmes apparus sur le parcours .

Pour réussir à construire et à mettre en œuvre nous avons organisé des groupes de travail avec la participation de tous les intervenants - multidisciplinaires ; le travail a été réalisé sous le contrôle du comité qualité de deux EHPAD et du Médecin Coordonnateur (Dr Floarea Mogos Dana) et a regroupé le consensus ; l'évaluation , à 10 mois du premier projet mis en route , nous a permis de mutualiser les deux projets.

Les questions qui se posent et à qui les deux projets tentent à répondre sont :

***est ce que les projets, dans leur conception et déroulement peuvent répondre aux besoins individualisés pour la population accueillie et pour le personnel ?**

***est ce qu'une telle organisation peut remplacer un service PASA ?**

4. METHODE :

Pour organiser et mettre en place les deux projets « type PASA », on se sert de tous les données qu'on a rassemblé dans les deux appels à projet ; l'organisation et le fonctionnement de ces deux projets, ont eu comme modèle un service PASA (respect du cahier de charge)

On a défini **la population cible** : nos résidents ayant **des troubles cognitifs et psycho comportementaux modérés**, qui sont « perturbateurs » pour le travail d'équipe globale et pour les autres résidents

On a formalisé **la fille active** des résidents potentiels ainsi que le rythme de participation hebdomadaire pour les résidents individualisés dans des groupes quasi homogènes.

On a mis au centre d'organisation : **les professionnels qualifiés** (ASG /AMP) et on a construit une trame d'intervention du psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, animatrice et médecin coordonnateur ; nous avons cherché en systématique l'avis et la coopération du résident et sa famille par l'actualisation du PP.

On a choisi **les critères d'admission et de sortie** du programme, **les outils d'évaluation** d'entrée et d'étape, le **rythme des évaluations**.

Dans les deux EHPAD , on a identifié **les espaces dédiés** , par rapport au reste de la structure ainsi : en redéfinir l'utilisation des pièces, aux Ecureuils et sur une grande surface totalement réaménagée et reconditionnée , à l'Arc ; elles sont dotés d'une toilette/WC , une cuisine "thérapeutique" , une salle de soins informatisée et ou on peut consulter les PP des résidents ; un jardin parc à l'EHPAD des Ecureuil et un jardin terrasse appartenant à l'UVP à l'EHPAD de l'Arc.

Pour réussir à apaiser l'intensité de troubles du comportement et assurer le bon déroulement des activités dans un cadre plus calme et rassurant, on a pensé de partagé l'espace collectif avec des para-vannes ; ça peut donner la possibilité d'élargir la gamme des activités et en même temps d'offrir l'espace de déambulation dans un environnement rappelant « la maison ».

OBJECTIFS GENERAUX du PROJET :

*Améliorer l'accompagnement et le quotidien des résidents ayant des troubles cognitifs et des troubles des comportements modérés

*Limiter leur agitation et déambulation

*Améliorer la QV de ces résidents et des autres résidents

*Réduire le stress du personnel

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

*Préserver l'autonomie

*Travailler sur le bien-être

*Travailler sur l'estime de soi

*Apaiser les troubles du comportement

CRITERES D'ENTRE' :

*résidents d'un EHPAD ayant des troubles cognitifs et du comportement **modérés** (l'apathie y inclus), classés par groupes quasi homogènes ;

*les résidents doivent être mobiles, même s'ils sont en fauteuil roulant

*avec ou sans trouble du langage et /ou praxique

*étant dans un état stable de leur pathologie cognitive- comportementale et des comorbidités

CRITERES DE SORTIE :

A) définitive :

*refus du résident et/ou la famille

*grabatisation

*évolution dans le stade sévère de la maladie cognitive et/ou des troubles du comportement

B) provisoire :

*dégradation d'état de santé général ou épisode aigu/subaiguë, incompatible avec la participation dans les activités

*refus ponctuel du résident et/ou sa famille

*état « de crise » dans l'évolution de la maladie cognitive et /ou les troubles du comportement nécessitant l'isolement ou la PEC de spécialité

*non adaptation dans le groupe proposé ou incompatibilité avec le groupe (perturbateur du groupe)

LES EVALUATIONS-discutées en réunions pluridisciplinaires :

A) l'évaluation d'entrée :

*EGG-évaluation gériatrique globale ou chaque catégorie professionnelle fait son bilan et donne ses conclusions et ses recommandations ; individualiser les risques : de chute, dénutrition /escarres ; douleurs ; fausse route ; isolement social ; grabatisation ; risque de suicide

*PP- projet personnalisé, ayant à la base l'EGG ; individualiser les objectifs (soins et sociaux) et les actions à mettre en œuvre pour les atteindre

*échelle NPI-ES et EPADE -individualiser les troubles du comportement et le retentissement sur le personnel soignant (les résidents difficiles, perturbateurs) ; l'échelle d'agitation de Cohen -Mansfield , si le cas

*échelle EBS (Eating Behaviour Scale)-objectiver les troubles du comportement

*échelle ADL-évaluation de l'autonomie

B) le parcours : donner pour chaque résident participant un ou maximum deux objectifs bien définis, à travailler ; sur une traçabilité rigoureuse par résident et par activité

C) l'évaluation d'étape : tous les 3 mois

***pour les résidents participants :**

--participation et dysfonctionnement : par fiche individuelle et jour de participation

--réévaluation de l'autonomie (échelle ADL) et ré- quantifier NPI-ES ; comparaison par rapport à l'entrée

-- redéfinir la composition des groupes

***pour le personnel intervenant :**

--observations par rapport à la charge du travail

--observations par rapport à l'organisation et le fonctionnement des projets au quotidien ; vérifier les moyens existents et/ou encore nécessaires

--évaluer les dysfonctionnements, valoriser l'investissement ; ressentis

LES OUTILS utilisés pour les évaluations :

Toujours avec l'accord du résident, nous avons décidé d'utiliser des tests courts, qui ne favorisent pas l'augmentation de l'angoisse et évite la mise en échec ; ainsi que des tests qui peuvent être passés en équipe

Parmi tous les outils existants dans la littérature et dans la pratique, nous avons utilisé :

*le MMS tant qu'une évaluation globale de la mémoire ; fait par le psychologue et /ou partagé par l'ergothérapeute ; (on le pratique pas en dessous d'un score MMS 10/30 ; utilisation dans les deux EHPAD

*NPI-ES fait par le psychologue et une AS ; utilisation dans les deux EHPAD

*l'échelle d'agitation de Cohen –Mansfield , si le cas

*GDS (à un MMS en dessus 15/30 et personne capable à verbaliser) ou CORNELL (à un MMS en dessus de 14/30) ; utilisés à l'EPAD de l'Arc, ponctuellement

*l'échelle EPADE -utilisée dans les deux EHPAD et passation en réunions pluridisciplinaire pour les cas les plus difficiles à gérer

*l'échelle ADL fait par l'ergothérapeute et les AS ; on utilise en systématique que la 1ère partie parce que la 2ème partie regarde les actions de la VQ à domicile

*l'échelle EBS pour évaluation du comportement alimentaire (possibilité du résident de se nourrir seule, pendant la durée des repas ; possibilité de localiser la nourriture, utilisation correcte des couvercles ; absence de fausse route ; utilisée dans les deux EHPAD

LES FORMATIONS

*effectuées : ASG, AMP-par des AS

Textures modifiées, manger mains-par la cuisine, ASG, AMP

Humanitude -par tous les agents intervenants dans les projets (au moins 4 jours de formation /an en 2014 et 2015) ; dans le PE de deux EHPAD existe un engagement pour les pratiques Humanitude , en sachant que l'EHPAD "des Ecureuils" est en cours de labélisation

Aromathérapie -par les AS et psychologue

Participation à la présentation théorique et pratique de la technique du Clown Relationnel -par tous les intervenants dans les projets sur une durée de 2 jours

Stage pratique sur 1 semaine de travail dans un Accueil de Jour appartenant au réseau duquel on fait part (APA)

Stage pratique du médecin coordonnateur dans le service UCC

*envisagées :Stages pratiques des ASG, AMP, animatrices dans le service d'UCC

Stages pratiques des intervenants dans une structure PASA fonctionnant dans un EHPAD voisin

Formation et séances thérapeutiques de sophrologie pour le personnel de deux EHPAD

LES INTERVENANTS EXTERNES /avec ou sans conventions signées :

*les équipes mobiles : Gériatrique (EMG) , Psychiatrique (EM Psy)

*l'UCC de CH Mulhouse

*les services de psycho-gériatrie (Hasenrhein)

*l'art thérapie

*le clown relationnel

*les visites des animaux

5. Description de nos deux projets « type PASA »-organisation et fonctionnement

5.1 Comparer la PEC d'un service PASA et la PEC « type PASA » de projets « Jonquilles et Arc en Ciel »

A) Le PASA est une structure intégrée à un EHPAD, qui prend en charge en journée, à tour de rôle parmi une fille active prédéfinie (d'au moins 20 postulants), au max 14 résidents souffrant de troubles modérés du comportement provoqués par une maladie Alzheimer ou apparentée. Le service est défini et règlementé dans la mesure N°16 du plan Alzheimer 2008-2012.

Il s'agit à travers ce service, de rétablir chez les PA atteintes de MA a, avec des troubles du comportement modérés, des relations et des activités motivantes, dans un cadre propice et de taille réduite

La mise en œuvre de ce type de structure comporte l'accueil dans la journée, 5 jours sur 7, des sujets hébergeant dans la maison, qu'ils soient hébergés dans une unité « classique » (HD ou HT) ou dans une unité Alzheimer, accompagnés par un personnel formé et en nombre suffisant (le personnel en équivalent temps plein, dédié au service : psychologue/psychomotricien, ergothérapeute, ASG, AMP, kinésithérapeute, animateur).

Les personnes susceptibles de bénéficier du PASA sont choisies en fonction de leurs besoins retrouvés dans leur PP, après l'évaluation de la fréquence, de la gravité et du retentissement des symptômes sur eux même, les voisins et l'équipe soignante ; à ce titre, les participants bénéficient d'un projet adapté de soins et d'un accompagnement individualisé dans le PP.

L'acceptation et la participation des familles et des proches, sont recherchés en systématique.

Un environnement architectural adapté et identifié est exigé.

B) Nos deux EHPAD sont placés à Mulhouse/Haut Rhin d'Alsace, intégrés dans le Réseau APA

Dans le premier établissement "Les Ecureuils" ayant 82 résidents, le projet baptisé "Jonquilles" a commencé en octobre 2014 avec une évaluation estimative à 3 mois et à 10 mois, sur la qualité de vie des résidents inclus ; 90% sont femmes ; le moyen d'âge est de 89 ans ; le GMP d'environ 686.

Le deuxième projet, nommé "Arc en Ciel" fonctionne depuis le mois de mai 2015 au sein d'EHPAD de l'Arc avec une capacité totale de 165 résidents (145 résidents en hébergement définitif-HD, 10 résidents en hébergement temporaire-HT et 10 résidents dans une unité de vie protégée-UVP) ; toujours la majorité est constituée de femmes et le moyen d'âge est de 85 ans ; le GMP d'environ 675.

La PEC spécifique s'étale sur 5 jours, de lundi au vendredi en suivant "des journées type" définies en équipe pluridisciplinaire ; les weekends, parce que le personnel est réduit et donc les activités sont allégées, on a renforcé la coopération des familles et des bénévoles

La population ciblée : les résidents de chaque EHPAD, présentant des troubles cognitifs et psycho-comportementaux modérés pour qui on a construit une PEC dans des petits groupes de maximum 5 personnes en tenant compte de capacités du résident à s'exprimer spontanément verbalement et ou par des gestes ou de la mimique, avoir une réaction émotionnelle témoignant un intérêt.

On a défini 3 types de groupes par rapport à la sévérité de la démence, les capacités cognitives restantes, le profil des troubles du comportement et les possibilités de stimulation, la qualité de leur réponse et intégration ; on a maintenu au centre de cette classification le PP (histoire de vie, habitudes, comorbidités ...), ainsi :

*le groupe 1ère classe : "réactif" avec des résidents ayant un MMS entre 20 et 25 et NPI-ES à 4

*le groupe 2ème classe : "moyen" avec des résidents ayant un MMS entre 15 et 20 et NPI-ES entre 2 et 4

*le groupe 3ème classe : "faible" avec des résidents ayant un MMS en dessous 15 avec une forte déambulation ou apathie importante

L'évaluation gérontologique global (EGG) et ensuite le projet personnalisé (PP) réalisés en équipe pluridisciplinaire ont évalué l'état cognitivo-comportemental des résidents qui se sont retrouvés sur les filles actives de deux projets.

Nous avons suivi les critères d'entrée et des sorties définis ainsi que le rythme d'évaluations et donc, au fil du temps les groupes ont été redéfinis plusieurs fois.

On a essayé d'avoir maximum des renseignements par rapport à la pathologie principale et les comorbidités , l'ordonnance en cours , les avis des spécialistes , les difficultés sensorielles(vue , ouïe) , l'histoire de vie , habitudes , relations familiales ; on se servie des dossiers médicaux de résidents , on a envoyé un questionnaire aux familles , on a demandé un avis d'EMG ou EMPsy ou UCC (si le cas et cas par cas); on a recherché dans tous les situations l'avis et la coopération des médecins traitants

On fait une grande attention à la prévention de la dénutrition en surveillant tous les mois le poids et tous les 3 mois l'albuminémie et CRP ; enrichissement protéique des plats , manger main , présenter les plats un par un , repas fractionnés sont à expérimenter cas par cas pour améliorer les apports nutritionnels

La rééducation des fonctions motrices(en groupe ou individuelle) aide à retrouver la maîtrise du corps et la possibilité de rapports harmonieux avec autrui étant en même temps le pilier principal pour la prévention des chutes

1. La fille active :

*l'EHPAD des Ecureuil : a compté au début 15 résidents duquel 9 résidents en participation active pour les premiers 10 mois ; tous les groupes (3 résidents par groupe) appartiennent à la 2ème classe dite "moyenne"

*l'EHPAD de l'Arc a compté 18 résidents (hébergés dans l'UVP ou dans les étages), duquel 13 résidents en participation active sur les premiers 6 mois ; 3 résidents dans le groupe 1ère classe "réactifs" ; deux groupes à 5 résidents 2ème classe "moyenne"

Nous avons gardé en UVP , 8 résidents côtés 3ème classe "faible" , qui présentent une forte déambulation et une très faible et courte participation aux activités

2. L'ampleur et la classification des troubles du comportement ont été mesurés par l'échelle NPI-ES entre 2 et 4, avec une fréquence d'expression d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent ; on a recherché en systématique la dépression et l'angoisse (échelles GDS ou Cornell) et pour quelques résidents perturbateurs, on a bénéficié des hospitalisations d'évaluation dans les services d'UCC ou Psychogériatrie ; pour d'autres on a demandé l'intervention d'EMG ou d'EMPsy.

3. Les résidents élus sont mobiles, c'est à dire capables de se déplacer seul, y compris dans le fauteuil roulant.

4. Les troubles du comportement n'ont pas eu une cause organique (Syndrome confusionnel, fécalome, globe vésical, décompensation d'une pathologie chronique ou l'apparition d'une intercurrence) ; tous ces résidents ont été considérés perturbateurs pour le personnel soignant et les autres résidents.

5. On a essayé de constituer des groupes homogènes par rapport aux capacités, affinité, troubles du comportement, même l'intérêt autour d'une activité ; les groupes se sont constitués au fil du premiers 3 mois en restant toujours ouverts à 1 ou 2 personnes de plus ; au fil des évaluations, les groupes ont changé leur composition.

6. On a essayé de maintenir le même personnel pour un groupe et de ritualiser des différents pratiques telles : les éphémérides, la cuisine, les activités stimulatrices cognitives, la gym douce.

7. Les participants actifs ont bénéficié une fois par mois de l'atelier de l'art thérapie (intervenant extérieur) et d'animation animale au but de remplacer leur mémoire cognitive perdue avec une mémoire émotionnelle, qui ressent, qui se souvient des perceptions positives ; dans l'EHPAD de l'Arc , on a même acheté et installé , un lapin.

La gym douce et l'atelier "schéma corporelle" avec une fréquence de 2 fois/semaine (intervention du kinésithérapeute et ergothérapeute), ainsi que la PEC individuelle ont montré leur bénéfice sur le sommeil, maintien de l'autonomie fonctionnelle et diminution du SPCD.

8. On a individualisé le personnel intervenant et la trame d'intervention sur un planning horaire et des tâches précises.

Parce que tout le personnel intervenant a été formé Humanitude, on travaille en respectant les 5 principes de la philosophie et le rythme du résident.

9. La présence du médecin coordonnateur pendant les transmissions hebdomadaires et les visites d'évaluation, a rassuré les équipes et a donné la possibilité d'un temps précieux d'échange et de prise des décisions.

10. La journée type a été définie pour chaque groupe en restant néanmoins flexible par rapport à l'état quotidien, capacités de participation fluctuantes, l'adhésion des participants.

L'accueil, le matin, représente un moment primordial car ce premier contact conditionne l'adhésion au long des activités proposées; le personnel totalement disponible, aimable, souriant et empathique met le groupe dans un rituel apaisant: autour de la table, en prenant à la volonté un verre d'eau, en papotant et en fouillant le journal; bonne adhésion et plaisir pour l'horoscope et la rubrique météo.

On a utilisé l'Aromathérapie en systématique dans l'EHPAD des Ecureuils et pour les résidents faisant partie du projet Jonquilles pour apaiser l'agitation et pour les troubles du sommeil; sur la liste des huiles apaisantes on a choisi: lavande, orange, litsée citronné, ylang-ylang; les huiles sont dispersés par des diffuseurs dans l'atmosphère de chambres ou la salle Jonquilles; ponctuellement, pour les résidents les plus agités, on a utilisé des rollers avec de mélange de 12 huiles essentielles appliqués sur les poignets.

Une fois/mois, une équipe de l'Art Thérapie mulhousienne intervient pendant une matinée avec des thèmes créatives et stimulatrices; tous les 3 mois une exposition médiatisée anime l'établissement et renforce l'estime de soi de tous les participants.

Au travers d'activités créatives, cuisine, jardinage, l'expression peut avoir différentes formes, qu'elles soient verbales, gestuelles, artistiques ou thérapeutiques.

Dans les ateliers mémoire ou réminiscence, les exercices proposés doivent viser à pallier les difficultés d'expression (l'importance de l'expression dans la vie personnelle /relationnelle / professionnelle).

Le repas, un moment important de la journée se veut en même temps un moment de plaisir et un « médicament » (prévention dénutrition); le rapport à l'alimentation est différent d'un résident à l'autre et associe des troubles du comportement alimentaire et avec ça, la dénutrition; pour prévenir la dénutrition, on utilise les textures modifiées, le "manger main" et l'enrichissement alimentaire protéique; on utilise également les compléments hyper protéinés.

Les repas thérapeutiques sont instaurés 2 fois/semaine à l'EHPAD des Ecureuils et tous les jours à l'EHPAD de l'Arc; on prépare un dessert selon une recette simple, discutée autour de la table; la préparation, à tour de rôle, se déroule avec l'accord des participants, au calme, tout doucement; si un résident est ou devient agité, se lève et déambule, il est laissé faire; quelques minutes après, on essaye lui capter du nouveau l'attention; les soignants mangent ensemble avec les participants dans le but de les stimuler.

Certains se lèvent régulièrement et vont à d'autres...sans raison apparente ce qui perturbe le déroulement du repas et monte l'animosité; c'est délicat à gérer pour les équipes soignantes mais nous avons mis en place de diverses stratégies telles: laisser ces personnes à déambuler avec leur petit sandwich dans la main, service de repas en chambre ou même une sécuridrap le temps de repas (décidé en équipe et prescrit par le médecin coordonnateur).

Le repas finit avec la dégustation du dessert réalisé pendant l'atelier cuisine thérapeutique, en valorisant le travail de tous les participants; c'est un moment de partage entre résidents et professionnels pour dépasser l'image de soins donnés

11. L'aménagement de l'environnement a constitué une de nos priorités car toute la littérature de spécialité l'associe à une amélioration de bien-être des résidents déments et du personnel.

L'impact bénéfique sur certains troubles du comportement, tels que les conduites aberrantes, l'apathie et les hallucinations a développé le projet de restructuration et d'aménagement architectural en collaboration avec la Fondation Méderic'Alzheimer dans l'EHPAD de l'Arc sur la période 2013-2015.

On a obtenu un environnement sûr et rassurant, favorisant l'orientation et le maintien d'autonomie , respectant l'intimité mais stimulant et améliorant la socialisation ; les espaces communs ont été meublés style 1960 et "comme à la maison".

Types d'ateliers proposés:

*Atelier créatif : dessin, découpage, modelage, puzzle, photos, lecture, poésie, mime...

*Atelier autour des sens : vue, toucher; ouïe, odorat, goût

*Atelier autour de la coordination

*Atelier habitude de vie

*Atelier du souvenir

*Atelier mémoire : stimuler les capacités cognitives restantes

*Atelier bien-être

*Atelier cuisine

*Atelier reminiscence

*Atelier jardinage

*Utilisation des enregistrements "Voix d'Or" (jeux sonores, bruits quotidiens et domestiques, musique retro et danse classique, sages réflexions , contes et fables , jeux de mots et d'expression et leur signification -"facteur , ou va tu ?")

*stimulation physique, la gym douce (thérapie de groupe) ou la marche, la promenade , la bicyclette ergométrique

*deux interventions Clown Relationnel dans l'établissement "des Ecureuils" , le 28 avril et le 22 juin 2015 , par 2 "clowns relationnels " expérimentés (Jacqueline Rivet et Nathalie Depire) sous l'encadrement de Françoise Camus (une de fondatrice de la méthode)

*les sorties : pic nick , au marché , cafétéria

5.2 Présentation du projet Jonquilles et évaluation à 10 mois de fonctionnement

Début du projet : début octobre 2015

Mode de fonctionnement pendant 10 mois : octobre 2014 –juillet 2015 ; après, la pérennisation

--pendant les premiers 3 mois, 2 groupes de 3 résidents : le 1^{er} groupe ayant les activités, 2 jours / semaine, tous les lundis et vendredis ; le 2^{ème} groupe ayant les activités 1 fois/semaine, tous les mercredis

--en commençant du janvier 2015, on a ajouté un 3^{ème} groupe, toujours de 3 personnes, 2 fois/semaine , tous les mardis et jeudis

--la PEC journalière est faite par 1 ASG ;

--participation du psychologue, de l'animatrice et du kinésithérapeute par activité spécifique ; la psychologue est référent de l'aromathérapie et l'animatrice est formée en Validation

--le lieu d'emplacement : une petite salle d'environ 14 m2, fermée et dédiée (aménagée) au 3ème étage ; petites possibilités pour la cuisine thérapeutique

-- les évaluations à 3 mois (en décembre 2014) et à 10 mois (en juillet 2015), en réunions pluridisciplinaire pilotées par le médecin Co

***points forts**

--des groupe homogènes ; PEC par la même soignante ce qui constitue un bon repère

--surveillance détaillée et rigoureuse de tous les participants

--apaisement des troubles du comportement

--soulagement des équipes de soins et des autres résidents

--une baisse des hospitalisation en urgence psychiatrique

***points faibles :**

--la psychologue 0,5 ETP et la kinésithérapeute 0,4 ETP

--pas d'ergothérapeute

--le temps du médecin coordonnateur à 30% (3 demi-journées)

--personnel insuffisant -équivalent à 3 ETP(2 ASG et 1 AMP)

--manque d'une vraie cuisine thérapeutique et déficit en espace dédié (l'environnement déficitaire)

***le nouveau cadre de fonctionnement :**

--le rythme des évaluations : tous les 2 mois avec un compte rendu par rapport à l'organisation et au fonctionnement

--introduction des synthèses évaluatives de résidents participants par rapport au parcours dans le projet, tous les 3 mois ou autant que nécessaire

--réévaluation du PP tous les 6 mois

--1 ASG et 1 AMP en formation -équivalent à 0,6 ETP

--la psychologue et la kinésithérapeute font une PEC individuelle et des bilans (d'entrée et d'étape)

--réorganisation de l'espace dédié avec une mise à disposition d'une 2ème salle adaptée aux ateliers de coordination, de bien-être et activité physique

5.3 Présentation du projet « Arc en Ciel » :

Le projet "Arc en Ciel" est né ayant à la base l'expérience du projet "Jonquilles" et la mise en utilisation d'une grande surface au 4ème étage , rénovée en totalité ;l'espace comporte 10 chambres et un salon /salle à manger , commune d'environ 60 m2 , toute vitrée vers une terrasse extérieure étalée sur 3 points cardinaux ; une luminosité naturelle exceptionnelle dosée par des stores et rideaux ; tout autour sont placés la cuisine thérapeutique complètement équipée , la toilette /WC , plusieurs pièces dédiées aux activités en petits groupes , pour des soins ou exercices physiques en groupe ou individuel.

Au même étage, est installée depuis fin 2012, une unité de vie protégée (fermée) -UVP accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou apparentée avec des troubles du comportement divers (en particulier la déambulation et le risque de fugue); ce service compte 10 résidents.

L'accès au 4ème étage se fait par 2 ascenseurs et une escalier, tous sous digicode ; une attention importante a été portée sur la sécurisation d'espace ainsi que sur la décoration et la choix d'utilisation des divers salles.

L'architecture, la fonctionnalité et la décoration du 4ème étage ont été conceptualisés pendant une formation de 3 mois tenue par la Fondation Mederic'Alzheimer ; en concertation avec toute équipe formée ainsi, on a décidée de choisir un style comme dans les maisons d'années 1970-1980, pouvant rappeler aux nos résidents "leur chez soi".

Dans les nouvelles chambres on a décidé d'admettre des résidents ayant des troubles cognitifs et du comportement légers à modérés, mais qui ne se caractérisent pas forcément par la déambulation et le risque de fugue

Le personnel dédié au projet se compose de 9 ETP / 2ASG/2AMP/3AS/2ASL. On ajoute 1 IDE à 0,3 ETP.

Le manque de disponibilité et de formation des professionnels par rapport à l'analyse comportementale et la PEC d'une large variété de SCPD nous a orientés vers des formations spécifiques pour le personnel soignant ainsi que pour le psychologue et ergothérapeute ; ces formations ont été complétées avec des stages dans l'UCC et l'Accueil de jour (APA)-.

Les participants aux stages : le médecin coordonnateur, le cadre de santé et les ASG/AMP.

Grace aux formations et aux stages effectués, on expérimente de différents techniques de communication en gardant comme un fil rouge la philosophie et l'approche Humanitude.

La fille active est estimée à 18 résidents, ce qui représente 11,6 % de la population du site.

Les profils de résidents ont délimité deux pôles au 4ème étage de la résidence : d'une côté est placé l'UVP et de l'autre côté, l'aile "Arc en Ciel" ; l'organisation et le fonctionnement sont mutualisés.

Les activités en UVP sont plus basées sur le confort, le bien-être de la personne , l'image de soi et la distraction.

Les activités côté Arc en Ciel visent plus, la stimulation, la mémoire , la dextérité, la motricité ,le maintien d'autonomie.

L'étage bénéficie d'un jardin placé sur un grande terrasse en "L" qui ouvre un large éventail d'activités : planter , entretenir , arroser , récolter ; c'est un lieu qui donne possibilité aux expériences sensorielles en mobilisant tous les sens : ouïe, odorat , toucher, vue , gout et réveille la mémoire ; il embellit aussi le cadre de vie.

Environ 11h, à l'Arc c'est toujours la cuisine thérapeutique : on choisit une recette simple (par exemple d'un gâteau de leur jeunesse) ; on discute cette recette et on demande l'avis des personnes qui ont envie de participer effectif ; celles qui ne veulent pas ou sont pas assez réactives restent en observatrices ; la préparation du dessert doit être partagé et ludique dont la finalité augmente l'estime de soi.

L'autre évènement stratégique de la journée est constitué par le repas qu'on désire nourrissant et favorisant le plaisir de manger ; le repas a aussi une connotation thérapeutique dans le sens où le personnel qui déjeune en compagnie des résidents peut faire des observations par rapport à l'attitude pour la nourriture et les voisins , les pratiques , les menus adaptés (haché , mixé , manger main) , SCPD pendant le repas.

La maison compte une centaine de Bénévoles qui eux même animent beaucoup des activités au sein d'établissement; certains participants au projet "Arc en ciel" bénéficie de "la chorale" ,la vidéothèque , le thé dansant , les rencontres intergénérationnelles.

Début du projet : mai 2015

Mode de fonctionnement et évaluation pendant les premiers 5 mois :

--début assez difficile car l'environnement n'était pas organisé en totalité et le personnel était encore en formation ou stage; mois de juillet et août sont mois des vacances; la période canicule d'environ 3 semaines a changé les priorités

--néanmoins, on a constitué les groupes et au fil de 4 mois ,on a construit les PP de tous les participants ; on a réactualisé aussi les PP de résidents hébergés dans l'UVP .

--en commençant du mois de septembre, on fonctionne conforme la journée type "étalon" avec les particularités décrites en dessus

***points forts**

--l'environnement neuf, spacieux , lumineux , offrant nombreuses possibilités pour des divers utilisations

--un personnel limite suffisant : 9 ETP dont 2 ASG et 2 AMP

--présence du psychologue à 1 ETP, ergothérapeute à 1 ETP , kinésithérapeute à 0,6 ETP , animatrice à 1 ETP , médecin coordonnateur à 0,7ETP

--les PP à jour

***points faibles**

--le personnel encore en cours de formation ; une équipe en cours de s'harmoniser

--un gros travail à faire auprès des familles pour les faire comprendre l'intérêt et la bienveillance d'accompagnement en Humanitude

--les activités et les taches journalières ne sont pas encore ritualisées

***le nouveau cadre de fonctionnement :**

--le rythme des évaluations : tous les 2 mois avec un compte rendu par rapport à l'organisation et au fonctionnement

--introduction des synthèses évaluatives de résidents participants par rapport au parcours dans le projet, tous les 3 mois ou autant que nécessaire

--réévaluation du PP tous les 6 mois

Journée type du projet « type PASA »

8h30 - 9h30 : toilette ou douche thérapeutique pour 2 résidents /ou toilette évaluative /capture sensorielle

*Maintien de l'autonomie

*Instant de bien-être avec pratique de l'effleurage du corps

*Toucher et redécouvrir les parties du corps

*Travail sur les odeurs: savons, crèmes...

*instaurer un climat de confiance entre le résident et le soignant

9h30 - 10h : accueil du groupe dans la salle du 3ème étage (dédiée) autour d'une boisson

*Temps d'adaptation

*Temps de mise en confiance

*Temps d'échange entre les personnes

*Lecture des titres du journal et commentaires ; horoscope et commentaires ludiques autour de

10h-11h30: activités thérapeutiques stimulantes

*Travail sur la mémoire

*Repères temporo-spacieux

*Ateliers créatifs

Changement d'activités fréquentes : toutes les 15mn pour capter l'attention

11h30-13h: repas thérapeutique, maintien de la participation du groupe à partir de gestes simples du quotidien

*Préparer la table

*Repas convivial avec échange sur le repas, les goûts...

*Débarrassage

*Vaisselle et rangement

13h-13h30 : temps de repos

*Musique douce

*Aromathérapie

*Accompagner les résidents qui le souhaitent pour une sieste en chambre

13h30-14h : Rangement de la salle, nettoyage

*Transmissions PSI

14h-14h30 : pause

14h30-15h: activités thérapeutiques physiques

*Gym douce, équilibre, jeux de balles, repères spatiaux...

15h -15h30: activités thérapeutiques relaxantes /activités selon souhaits :

*chants, musique...

*Partage du gouter en commun

*Echanges autour de la journée

*Raccompagner les résidents en chambre

Présentation des cas

Mme S Maria – âge : 87 ans

Recueil des données /dossier personnel :

--entrée en EHPAD LE 15/09/2014

--motif d'admission : maintien difficile à domicile par rapport à sa démence avec des troubles du comportement (agitation, agressivité verbale et même physique, déambulation diurne et nocturne ; sa fille qui est l'aidant principal a fait une tentative de suicide par l'épuisement physique et psychique.

--de son histoire de vie, on retient le fait que pendant la guerre , elle a été enrôlée dans l'armée Allemagne ; aime la broderie , le jardinage , le calcul mathématique , tous qui concerne de la précision.

--poids 78 kg et taille 1,47 : obésité stade 2

--continente partielle ; marche seule, lentement, avec une canne ou en fauteuil roulant pour les grandes distances ; gonarthrose bilatéral

MMS=15/30 NPI-ES=5

1ère participation le 08/10/2014

--très négative, n'a rien voulu faire, agressive envers l'AS et les autres résidents

--retour en chambre avec le psychologue vers 10h30

--est revenue pour le repas : a bien mangé

--a accepté un massage des mains et une manucure en début d'après midi

Pendant 1 mois et demi, ses participations ont été petit à petit plus relaxées et actives

Pendant la sortie à la cafétéria pour **le repas du 10/11/2014** :

--elle s'est montré émerveillée de la décoration, enchantée se promener dans la galerie et étonnée pour le principe du self service

Participation du 26/11/2014 :

--elle est venu facilement et disait reconnaitre les lieux et même quelque autres participantes avec qui elle discutait, parfois en alsacien

--la participation était déjà volontiers ; elle disait trouver ça drôle et avec humour

--après atelier mémoire, elle a fait la remarque que c'est bien de garder la mémoire

Participation du 29/11/2014 :

--réticente pour venir , mais pas opposante , début difficile d'intégration

--après stimulation de l'ASG et de voisines, elle a participé aux activités par mimétisme

--remarque : bonne participation dès qu'il s'agit des chiffres

--bonne participation avec l'atelier souvenir

--participation au repas thérapeutique : aime faire la vaisselle

Depuis le mois de janvier, elle reste agitée et déambule en dehors des activités, mais elle n'est plus agressive ; est très rare opposante, parfois avec une participation minimale -en spectatrice , mange bien et a un sommeil plutôt calme ; le médecin traitant a diminué les doses de loxapac ; l'évaluation à 1 an de participation dans le projet Jonquilles , 3 fois/semaine , montre une évolution très favorable et stable(le MMS a monté à 17/30 et NPI-ES est à 2)

Mme S. Maria est contente de participer, attend les jours des activités, les rencontres avec les autres participants

5 . RETOMBÉES POTENTIELLE

Tant que médecin Coordonnateur, je fais partie de l'équipe qui gère ces projets , de la conception à l'évaluation et je suis bien intéressée par les résultats attendus et obtenus pour plusieurs raisons :

*pour les résidents visés : de trouver une solution non médicamenteuse d'apaiser leur troubles du comportement, préserver l'autonomie et les fonctions supérieures restantes , travailler sur leur bien-être et l'estime de soi ;une telle prise en charge spécifique peut réduire le risque de dénutrition et de chute ; réduire les hospitalisations en urgences de résidents déments avec des troubles du comportements

*pour l'équipe : diminuer le stress de la PEC de résidents perturbateurs, optimiser les soins en tant que qualité et temps pour ces résidents et les autres ; valoriser les connaissances (formations) et le savoir-faire (stages dans des UCC)pour soulager la lourdeur au travail et prévenir la maltraitance

* pour les familles : soulager les soucis, les fardeaux , expérimenter une coopération au but de les faire comprendre la pathologie de leur proches et les redonner la satisfaction

*améliorer la qualité de vie des autres résidents

6 . Conclusions

Les deux projets "type PASA " se sont nés d'une nécessité : une PEC mieux adaptée pour nos résidents atteints de troubles cognitivo-comportementaux modérés au sein de nos deux EHPAD pour améliorer la qualité de vie de ces résidents « perturbateurs » en leur offrant **une place de sujet** ; également, de soutenir le travail des professionnels en leur offrant les outils et les techniques nécessaires pour « le savoir-faire ».

Pour arriver à un accompagnement spécifique, c'est à mettre en place une évaluation des troubles cognitivo-comportementaux de nos résidents "perturbateurs"; l'évaluation est fait par le médecin coordonnateur, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire (l'équipe soignante , le psychologue et les paramédicaux).

Une recherche du consentement de la personne et l'adhésion de la famille, ainsi que l'avis du médecin traitant et /ou des spécialistes s'imposent pour construire le PP(objectifs et actions).

Les modalités d'accompagnement appropriées faisant l'objet d'un suivi (évaluation et réévaluation) ont à la base l'EKG et des outils bien définis ; les informations et les analyses sont réfléchis en équipe pluridisciplinaire pendant les réunions de transmissions et de synthèses ; toutes les données sont formalisées dans le dossier(papier et informatique) du résident.

L'âge moyen d'entrée en institution , étant de plus en plus élevée (plus de 85 ans) , fait que 4 résidents sur 5 , ont des troubles cognitifs ; la moitié d'entre eux a des troubles psychomotrices , alimentaires , troubles du sommeil ou une dépression importante.

Le retour d'expérience s'avère positif pour les résidents et leurs familles ,qui apprécient leur PEC dans un contexte apaisant ; également pour les professionnels par rapport à la lourdeur du travail et leur motivation.

Les différents ateliers pratiqués facilitent l'expression et la resocialisation Les conditions à réunir se construisent autour d'animations ou se croisent la rencontre d'autrui, le plaisir d'entreprendre ensemble , de communiquer et de se sentir utile afin de retrouver des moments de plaisir.

Offrir des activités simples, concrètes , adaptées à leur compétence , répétitives , de courte durée (concentration baisse) , des sorties en extérieur , représente un travail de conception et d'adaptation pour l'équipe qui PEC un type de groupe .

Tous ces actes ont pour objectif de renforcer la confiance des résidents, leur estime de soi , d'éveiller leurs désirs et de stimuler leur appétit pour la vie .

Se consacrer aux résidents par petits groupes donne la possibilité de capter leur attention (restreinte à 15-20 minutes), leur regard , leur confiance .

Développer la culture de PEC au rythme du résident, ritualiser les activités , tenir compte de capacités sensorielles , d'adhésion aux projets par goût /souvenir /habitudes -PP; maintenir les mêmes animateurs de groupe , c'est maintenir des repères .

On cherche avoir un diagnostic plus détaillé en ce qui concerne l'étiologie de la démence et le type de SCPD , en grand le profil du postulant ; l'apport du médecin traitant en ce qui concerne un dossier médical complet est primordial ; on utilise souvent la CS qu'on demande aux équipes mobiles gériatrique et psychiatrique : conclusions et recommandations ; ou c'était le cas , on bénéficie des hospitalisations dans l'UCC ou le service de psychogériatrie.

Le PP ayant à la base l'EGG , est construit et partagé en réunion pluridisciplinaire ou on définit les besoins spécifiques et les réponses adaptées à chaque cas ; nous essayons de préciser 1-2 objectifs à atteindre et la PEC individualisée pour réaliser les objectifs proposés; dans la même optique , nous donnons des délais de temps à travailler en dessus et la manière de réévaluation du cas.

Créer des groupes homogènes car ces personnes sont particulièrement sensibles à l'influence extérieure, toute situation générant un stress pouvant aggraver très rapidement leur comportement.

Même si le service n'est pas PASA , en pratiquant un accompagnement pendant la journée "type PASA" , le personnel doit être formé , soutenu et avec une bonne adhésion au projet.

Le travail de ce mémoire a le but de vous convaincre que à ce jour à cause d'âge très avancé d'entrée en institution , avec une grande représentation des pathologies cognitivo-comportementales ,tous les EHPAD se retrouvent dans la situation d'avoir besoin des accompagnements spécifiques : UVP, PASA ou USLD.

Réussir à un appel à projet PASA c'est l'idéal , mais quand n'est pas le cas , on peut s'organiser et fonctionner sur un modèle "type PASA " pour construire une PEC au mieux des résidents "perturbateurs" et soulager le travail des équipes.

A la fin, qui compte ,c'est la qualité de vie de tous les acteurs !

7 . Bibliographie

Recommandations HAS

- Maladie Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et PEC 2011
- Recommandations de pratique cliniques sur les modalités de sédation des troubles psychologiques et comportementaux dans les situations difficiles, et sur la PEC des troubles psychologiques et comportementaux
- Diagnostic et PEC de la maladie Alzheimer et des maladies apparentées / mars 2008

Plan Alzheimer 2008-2012, voir les mesures 1 ; 15 ; 16

- Mesure 1 et 16 : développement des accueils temporaire, PASA (pôles d'activités et de soins adaptés , UHR (unités d'hébergement renforcé
- Mesure 15 par rapport à la PEC des troubles psychologiques et comportementaux

ANESM : recommandations de bonnes pratiques professionnelles

- l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social
- la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale accueillant des personnes atteintes de maladie Alzheimer ou apparentée

Recommandations F CMRR –Fédération Nationale des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche : Diagnostic et prise en charge de la maladie Alzheimer et des pathologies apparentées

Le Congrès National des Unités de Soins, d'évolution et de la prise en charge Alzheimer ; Paris -décembre 2014 ; Dr Hélène Villars –« sur la qualité de vie des personnes âgées atteintes de la Maladie Alzheimer et apparentées »

La Fondation Médeéric Alzheimer

Avis consultatif pour l'aménagement de l'UVP de l'EHPAD de l'Arc Mulhouse

Avis consultatif d'équipe Eval'zheimer par rapport à l'accompagnement des résidents hébergeant dans l'UVP de l'EHPAD de l'Arc ; cycle de formation théorique et pratique 2013

La Revue francophone de Gériatrie et de Gériatrie

N° 201/202 janvier-février 2014 : "rôle du psychologue spécialisé dans la prise en charge de la personne âgée

N° 205 mai 2014 : "contention physique passive ; évaluation régionale des pratiques en EHPAD en 2011"

N° 207 septembre 2014 : 13e Congrès National des Professionnels de la Gériatrie/ 30,31 mars et 1er avril 2014

N° 211/212 janvier/février 2015 "Les troubles du comportement : animation d'un accompagnement thérapeutique"

N° 214 avril 2015 "Comportements troublants et troublés: origines et conséquences"

Dr Charazac -Soigner la maladie d'Alzheimer -édition 2009

8. Mots clé : Maladie Alzheimer, troubles cognitifs , troubles du comportement , PASA

9. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 – NPI-ED

Annexe 2 –Echelle EPADE

Annexe 3 – Projet Animation Arc en Ciel/Planning activités type Arc en Ciel

Projet Animation UVP/Planning activités UVP

Annexe 4 - Arbre décisionnel pour le diagnostic d'une démence(HAS)

Annexe 5 –Echelle d'agitation de Cohen –Mansfield(HAS)

Annexe 6 –Fiche de suivi des activités(2) /Rapport de participation(2) pour Mme S. Maria

Annexe 7 – Photographies pendant les activités