



Dépression du sujet âgé en EHPAD et thérapies non médicamenteuses : une mission pour l'infirmière coordinatrice

**Diplôme Universitaire d'Infirmier Référent et Coordinateur en EHPAD et
SSIAD**

Université Paris Descartes – Université de Paris

Année universitaire 2023

Mémoire réalisé par :

Angélique Raimant

Stéphanie Sallon

Nousshata Said

Audrey Héry

Directrice de mémoire : Mme Feuillebois Brigitte

SOMMAIRE

Préambule	1
Glossaire	2
Introduction	3
1. Problématique / questionnement professionnel	3
2. La dépression: une thématique grandissante en EHPAD	6
2.1) La dépression	6
2.2) Le diagnostic de dépression	8
2.3) La formation des soignants.....	9
2.4) Quelques exemples de thérapies non médicamenteuses en EHPAD	11
2.5) Le rôle de l’infirmière coordinatrice.....	12
3. Phase exploratoire	14
3.1) Argumentation du choix de l’enquête.....	14
3.2) Choix des lieux d’enquêtes	14
3.3) Choix de la population ciblée	14
3.4) Choix de l’outil d’enquête	14
3.5) Résultats des questionnaires	15
3.6) Analyse des questionnaires.....	23
Conclusion	25
Bibliographie	
Résumé / abstract	
Annexe	

Préambule.

Nous tenons à remercier toutes les personnes ayant pu apporter leur soutien dans ce mémoire de fin d'études au diplôme universitaire infirmier référent et coordinateur en EHPAD et SSIAD ainsi que le personnel soignant, médical et paramédical, participant à cette étude, dans toutes les démarches qui nous ont été nécessaires à cette recherche.

Nous remercions également, l'ensemble des collaborateurs de l'université de Paris Descartes, qui ont donné de leur temps et de leur patience afin de répondre aux différents questionnements sur ce travail, tout particulièrement à notre directrice de mémoire Mme Feuillebois qui nous a accordé tout le temps nécessaire afin d'éclaircir notre réflexion.

Enfin, nous accordons particulièrement un remerciement à nos familles, enfants et conjoints, pour la patience qu'ils nous ont accordé durant cette année universitaire.

Glossaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IFAS : Institut de formation aide soignant

IDEC : Infirmière Coordinatrice

TNM : Thérapies non médicamenteuses

Introduction

Nous commencerons par une phrase de Sigmund Freud (1856-1939), neurologue autrichien et fondateur de la psychanalyse, auteur de nombreux ouvrages, tout particulièrement dans son livre « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » de 1937 où il se penche sur la complexité de la prise en soin psychanalytique à l'âge avancé, il était alors lui-même âgé de 81 ans.

« Lorsque toutes les forces de l'âme sont tendues vers le même objectif, le succès est alors garanti »¹

Sigmund Freud, un des piliers de la prise en considération de la psychanalyse, mettait déjà en évidence, à cette époque, qu'il n'y a pas d'âge pour suivre une psychanalyse. Il est d'autant plus important de considérer l'être humain en tant que personne, de sa conception et jusqu'à la fin de sa vie ; son corps n'étant qu'une enveloppe corporelle et que l'intéressement et la complexité de l'être réside dans son intérieur psychique.

1. Problématique / questionnement professionnel

Nous avons pu établir par des expériences similaires, au cours de notre exercice professionnel, que la personne âgée ne semblait pas faire partie intégrante d'une prise en soins complète de processus de psychiatrie ou psychologique dans les établissements d'hébergement aux personnes âgées dépendantes.

Le constat étant que la prise en soins de nos aînés lors d'une entrée en EHPAD, résulte essentiellement dans un premier temps sur les capacités physiques de la personne et sur l'aspect médical et général de celle-ci.

La personne âgée entre en EHPAD, avec un traitement auquel celle-ci est habituée, et lorsque vous lui demandez pourquoi elle a un traitement anxiolytique, la plupart du temps, elle répond « J'ai déjà depuis longtemps ce traitement » ou encore « c'est pour dormir ».

¹ FREUD Sigmund, L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, 1937

Oui mais pourquoi ce traitement ? Avons-nous pu pousser l'entretien plus loin dans ses retranchements ?

Pourquoi un traitement de ce type est-il toujours en place sans orientation spécifique d'un spécialiste, le résident a-t-il déjà consulté ? a-t-il déjà été diagnostiqué ? L'état dépressif antérieur a-t-il été identifié ? Par qui, quand, comment et pourquoi ? Tant de questions nous sont apparues évidentes sur ce sujet.

Néanmoins, dans l'exigence actuelle de nos métiers, ce que nous apportons par nos missions d'infirmières coordinatrices répondent-elles à ces questions ?

Nous exerçons dans le cadre d'un référentiel infirmier et sous un code déontologique qui nous le rappelle relate un fait avéré :

« L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science. Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés. Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences et les moyens dont il dispose. L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite. »²

Cet article issu du code de déontologie infirmier nous montre bien que l'on se doit d'apporter des soins consciencieux, attentifs, en y dégageant un temps nécessaire afin de répondre au mieux au besoin du résident mais également de la pathologie associée.

Quelles sont nos compétences et les ressources dont nous disposons, à pouvoir changer cette prise en soin de l'état dépressif chez la personne âgée en EHPAD ?

Cela s'inscrit dans les habitudes de la personne. Devrions-nous se poser sur une réflexion de ce fait essentielle à une prise en soin de qualité ou devons-nous continuer à faire une réplique de sa prise en soins antérieure ?

² Article R4312-10, Section 2 : devoirs envers le patient, Code de la santé publique

Un sujet que nous avons pu observer. Le résident entre en EHPAD avec son traitement habituel du domicile. Il est vrai que lorsque nous nous penchons sur la prescription et que nous lui demandons pourquoi tel médicament, la réponse est souvent la même : « celui-là, je l'ai depuis toujours !! » ou encore « celui-là je le garde c'est pour dormir !! ».

Dans l'intérêt de l'adaptation du résident en EHPAD, il n'est pas rare également de ne pas lui enlever son traitement qu'il avait au domicile pour ne pas perturber ce dernier.

Dans cette visualisation du moment présent et par mesure de bienveillance envers le résident, manquons-nous de capacité à réfléchir pour changer les choses ? Pouvons-nous nous interroger afin de s'engager dans une démarche de soin plus complète dans les EHPAD ?

Notre savoir-faire et notre capacité à réfléchir autrement ont évolué durant nos années d'études et d'exercice professionnel. Par les connaissances et l'expérience acquise au cours de ces années, nous avons formulé des hypothèses sur l'évolution de cette prise en soin psychologique dans les EHPAD.

La bientraitance est un engagement de notre exercice professionnel et de notre savoir être. Cette bientraitance est basée sur un concept d'humanité, centrée avant tout sur la personne soignée. Nous avons choisi cette voie par conviction de vouloir aider dans la bientraitance ; c'est pour cette raison que nous avons décidé de porter ce travail de recherche sur la prise en soin en EHPAD des séniors.

Posons notre réflexion à trouver des axes d'amélioration sur les moyens que nous pourrions mettre en place en tant qu'infirmière coordinatrice, pour une prise en soins non médicamenteuse dans les troubles dépressifs en EHPAD ?

Bien que le sujet soit assez vaste et parfois peu centré sur les résidents en ehpad, nous avons pu trouver, dans diverses lectures et au regard de nos expériences professionnelles, la mise en lumière sur les bienfaits des thérapies non médicamenteuses du résident et également la baisse significative des risques iatrogènes sur la personne âgée.

2. La dépression : une thématique grandissante en EHPAD

Dans le cadre de notre formation au diplôme universitaire d'infirmière référente et coordinatrice en EHPAD et en SSIAD, nous avons pu partager nos expériences et notre questionnement professionnel par rapport aux situations que nous pouvons rencontrer en EHPAD.

Lors de nos échanges, nous avons pu constater que la dépression du sujet âgé revenait très souvent dans nos discussions. Nous avons pu tous remarquer que nous nous trouvons très souvent confrontés aux mêmes difficultés, le manque de diagnostic, de spécialistes et de prise en soins médicamenteuses et non médicamenteuses.

2.1) La dépression

Pour débiter nos recherches, nous trouvons judicieux de reprendre la définition de la dépression selon l'OMS :

« La dépression se distingue des sautes d'humeur habituelles et des réactions émotionnelles passagères face aux problèmes du quotidien" note l'OMS qui s'apparente davantage à ceux de la déprime. La "vraie" dépression est marquée par des symptômes qui s'installent et durent. »³

Au vu des problématiques rencontrées dans nos établissements, nous nous sommes intéressées à la prévalence de dépression du sujet âgé au sein des établissements médico-sociaux.

Dans le but d'approfondir nos recherches et nos connaissances sur le sujet, nous nous sommes penchées sur plusieurs publications.

Les publications, ouvrages ou recherches démontrent l'importance de la dépression chez le sujet âgé, comme l'exprime l'article du Docteur Thierry Gallarda du Service de psychiatrie de l'adulte âgé, au Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement à l'Hôpital Sainte-Anne de Paris.

« Au-delà de 65 ans, l'estimation du taux de prévalence des épisodes dépressifs majeurs apparaît inférieure à celle observée chez l'adulte d'âge moyen. Pourtant, certains indicateurs sont alarmants : en institution hospitalière, 20% des sujets âgés seraient déprimés ; en institution pour personnes âgées, la prévalence de la dépression avoisine 40% des résidents. De fait, aux premiers rangs des causes d'hébergement en institution, la perte d'autonomie,

³ <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-psycho-psychiatrie/2880249-symptome-depression/>

qu'elle soit liée à un handicap physique ou à un déclin intellectuel et l'isolement affectif sont puissamment dépressogènes (...) La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées. En population générale, à tous les âges de la vie, différentes études épidémiologiques en santé mentale ont mis en évidence une large prédominance des symptômes dépressifs sur celle des épisodes dépressifs caractérisés. »⁴

Suite à ces constats, comment pouvons-nous être assurés d'un diagnostic et d'une prise en soin adaptés des personnes âgées atteintes de dépression dans les établissements médico -sociaux ?

Certains supports et textes de lois ont été initiés pour aider les professionnels.

« La loi du 2 janvier 2002 rénovant les actions médicale et médico-sociale décline les différentes facettes des droits et libertés individuels qui doivent garantir à toutes personnes prises en charge. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit de nouveaux concepts tels que celui de « projet de vie » qui vaut désormais pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, en vertu de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Ces valeurs, principes et notions juridiques sont repris dans la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie, document qui doit être communiqué à chaque résident et affiché dans les établissements. »⁵

Nous pouvons toutes constater dans nos établissements un écart entre ce que demande la loi et les guides de bonnes pratiques et nos pratiques quotidiennes. En effet, lors de nos échanges et lors des stages réalisés pour notre formation, nous avons pu constater qu'en fonction de notre situation géographique, des différents types de structures, les moyens humains et les avis spécialistes étaient très différents d'un établissement à un autre. Certaines régions sont très impactées dans leur prise en soin par le désert médical. Les recommandations de bonnes pratiques sont un support pour les professionnels de santé pour assurer et respecter les droits des résidents. Le manque de spécialistes et aussi le manque de professionnels impactent fortement les prises en soin ; soit par manque de diagnostic de la part des spécialistes, soit par manque de moyens humains et aussi par manque de formation et de compétences des professionnels du terrain. Dans le cas de la dépression du sujet âgé, les infirmiers et les aides-

⁴ Article-3_Dépression-et-personnes-âgées.pdf (fondationpierredeniker.org), Docteur Thierry Gallarda

⁵ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

soignants expriment très simplement manquer de formation et de connaissances pour assurer une prise en soin adaptée. En effet, les soignants sont formés pour « prendre soin », un terme très spécifique qui reflète très souvent les soins de nursing, le savoir « faire », mais sont-ils formés et informés sur la dépression du sujet âgé, pathologie qui évolue depuis plusieurs années au sein de notre société. Est-ce que les soignants ont les connaissances sur la dépression, la connaissance des outils, pour assurer une prise en soin qui répond au besoin du résident ?

La difficulté chez la personne âgée est de passer outre les plaintes somatiques ou les troubles cognitifs. Devant tout trouble cognitif chez une personne âgée, les soignants doivent penser à l'éventualité d'un épisode dépressif responsable de la symptomatologie, afin d'adapter et d'orienter la prise en soin la plus adaptée. Le risque majeur est de traiter des symptômes sans traiter l'état dépressif. Tout épisode dépressif caractérisé chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire élevé.

2.2) Le diagnostic de dépression

Selon la synthèse de la recommandation de bonne pratique de l'HAS, « *le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique. La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS. Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche : le DSM-5.*

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- *être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;*
- *avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;*
- *induire une détresse significative »⁶*

Pour être caractérisé comme épisode dépressif, il faut la présence d'au moins 2 symptômes principaux (humeur dépressive, perte d'intérêt, perte d'énergie, ...) joint à au moins deux des autres symptômes (concentration et attention réduite, diminution de l'estime de soi, perte d'appétit, ...).

⁶ Synthèse de la recommandation de bonne pratique, épisode dépressif caractérisé de l'adulte, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017

Il est recommandé de « *qualifier la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 qui proposent 3 niveaux : léger, modéré ou sévère, selon le nombre et l'intensité des symptômes et le degré de dysfonctionnement du patient dans les activités sociales, professionnelles résultant de l'épisode dépressif* »⁷.

Les soignants ont un rôle très important et complémentaire avec le médecin ou les spécialistes. Les soignants vont pouvoir transmettre le moindre signe, changement de comportement du résident. Ils pourront repérer les signes d'une dépression comme la fatigue, le manque de vigueur et d'énergie, d'apathie, ... Au quotidien, ils vont repérer la perte d'appétit, d'envie, les troubles du sommeil avec des réveils fréquents et des difficultés à se lever le matin, parfois des douleurs physiques mais aussi morales avec une perte de l'estime de soi, un sentiment d'inutilité et des pensées souvent en lien avec la mort.

2.3) La formation des soignants

Durant leur formation les soignants sont guidés et formés grâce à un référentiel d'activités et de compétences.

Pour les aides-soignants :

La formation comporte 44 semaines de formation théorique et clinique soit 1 540 heures, se répartissant en 770 heures (22 semaines) de formation théorique et 770 heures (22 semaines) de formation clinique.

Le référentiel de compétences des aides-soignants est constitué de 5 blocs, qui sont évalués et acquis au cours des 10 mois de formation, par l'obtention du diplôme d'état d'aide-soignant.

« Bloc 1 : accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale

Bloc 2 : évaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration

Bloc 3 : information accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants

⁷ Synthèse de la recommandation de bonne pratique, épisode dépressif caractérisé de l'adulte, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017

Bloc 4 : entretien de l 'environnement immédiat de la personne et des matériels liées aux activités en tenant compte du lieu et des situation d 'intervention.

Bloc 5 : travail en équipe pluriprofessionnelle et des traitements des informations liées aux activités, à la qualité/gestion des risques. »⁸

Pour les infirmiers :

La formation se compose de 6 semestres de 20 semaines chacun équivalents à 4200 heures sur 3 ans répartis : 2100 heures de formation clinique et 2100 heures de formation théorique.

« Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'état ne substituent pas au cadre réglementaire. En effet un référentiel n'a pas pour vocation à déterminer les responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier et les compétences. Celles- ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique. »⁹

« Les compétences :

1 évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

2 concevoir et conduire un projet de soins infirmiers

3 accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

4 mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

5 initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

6 communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

7 analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle

8 rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

9 organiser et coordonner des interventions soignantes

⁸ <https://www.ifas-domea.fr/wp-content/uploads/2021/09/BLOC-1-Accompagnement-et-soins-de-la-personne-dans-les-activite%CC%81s-de-sa-vie-quotidienne-et-de-sa-vie-sociale-.pdf>

⁹ Extrait de l'annexe II du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, ministère de la santé et des sports

10 informer et former des professionnels et des personnes en formations »¹⁰

Le référentiel de formation du diplôme infirmier est constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités.

Les apports en psychiatrie comptent 225 heures sur les 3 ans (comprenant les cours magistraux, les travaux dirigés et les travaux pratiques).

La dépression fait partie des apports de la psychiatrie pour les formations aide-soignante et infirmière ; un apport souvent global et peu approfondi en théorie. Les notions de dépression sont plus souvent abordées lors de la formation clinique sur les lieux de stage.

Les étudiants peuvent ainsi découvrir les différents degrés de la dépression, ainsi que les outils à la disposition des soignants pour aider le médecin à diagnostiquer ou à mettre en place un projet individuel de prise en soin.

Lors de nos échanges entre professionnels, nous pouvons déjà remarquer que nous avons été formés à des années différentes et dans des conditions différentes, mais nous arrivons au constat : nous avons dû nous informer et nous former au cours de nos activités, les notions apportées au sein des IFSI et des IFAS sont restreintes pour permettre de repérer, d'évaluer et de prendre en soin des personnes âgées atteintes de dépression.

2.4) Quelques exemples de thérapies non médicamenteuses

Voici quelques exemples de soins non médicamenteux proposés en EHPAD. Ces soins sont réalisés par les soignants et nécessitent au préalable une formation.

- Le concept snoezelen :

C'est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, tout cela afin de recréer une ambiance agréable. Le but est de favoriser l'initiation motrice, la communication (verbale et non verbale), stimuler la mémoire sensorielle et émotionnelle.

Les bénéfices constatés sont multiples : renforcement du schéma corporel, diminution des douleurs, diminution de certains troubles du comportement (agressivité, ...), ...¹¹

¹⁰ Annexe I: Référentiel d'activités (portfolio-infirmier.fr)

¹¹ http://www.halte-pouce.fr/uploads/documents/brochure_snoezelen_Mme_Gourin_Soledad.pdf

- L'art thérapie :

L'art-thérapie est une forme de psychothérapie utilisant la création artistique (dessin, peinture, ...) afin de faire le lien avec son intérieur (sentiments, rêves, inconscient, ...) et de l'exprimer. Elle est surtout pour les personnes ayant de la difficulté à exprimer ce qu'ils ressentent par la communication verbale, afin d'améliorer la confiance en soi.¹²

- Le toucher relationnel

Aussi connu sous le nom de toucher thérapeutique, le toucher relationnel est une technique utilisée pour réduire les angoisses ou les moments de tensions chez une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Il contribue à soulager la douleur physique mais également morale.¹³

- Les animations « flash »

Les animations « Flash » sont des animations qui ne durent pas plus de 15 minutes. Ces animations ont des thématiques : actualités, musique, relaxation, ... L'objectif de ces animations « flash » est de diminuer les troubles du comportement.¹⁴

2.5) Le rôle de l'infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice a un rôle très important mais surtout central par rapport à la dépression du sujet âgé et par rapport aux équipes pluridisciplinaires.

En effet, l'infirmière coordinatrice doit s'assurer régulièrement que tous les professionnels soignants ont bien toutes les connaissances et doit même permettre des rappels réguliers sur les pratiques et les évaluations par rapport à la dépression du sujet âgé. En effet, nous pouvons constater que le pourcentage de personnes âgées atteint de dépression augmente avec le temps et l'espérance de vie.

¹² http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art_therapie_th

¹³ <http://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/le-toucher-une-approche-relationnelle>

¹⁴ <https://www.anisen.fr/actualites/recommandations-animations-flash-ehpad/>

L'infirmière coordinatrice doit permettre à l'équipe pluridisciplinaire d'avoir un recueil de données riche dès l'entrée du résident en institution. Pour cela, il est utile d'impliquer les soignants et les professionnels gravitant autour du résident au moment des visites de préadmission et au moment de l'entrée du résident avec un protocole d'accueil à jour et actualisé dès que nécessaire.

L'infirmière coordinatrice a pour mission de s'assurer que le résident est pris en soin dans sa globalité. Elle doit s'entourer de tous les professionnels pour établir un diagnostic riche et complet. Elle doit également s'assurer de la coordination de tous les professionnels et de la transmission des informations entre tous les professionnels, par le biais de staff par exemple. L'infirmière coordinatrice doit être en capacité de repérer qu'il peut manquer un maillon dans la continuité des soins et doit trouver les ressources pour répondre à la problématique.

L'infirmière coordinatrice doit utiliser le réseau de proximité, pour permettre aux équipes d'avoir une aide dans le diagnostic ou dans la prise en soin. Par exemple, dans le cas précis de la dépression du sujet âgé, elle pourra faire appel à l'équipe mobile en géro-psycho-geriatrie du sujet âgé, qui sera ressource pour le résident et pour les équipes pour les guider dans la prise en soin. L'IDEC pourra également faire appel à la télé expertise pour un avis ou un soutien dans une prise en soin.

L'IDEC doit s'assurer, dans le cadre du plan de formation annuel, que les infirmiers et aides-soignants bénéficient des formations pour compléter ou enrichir leur connaissances et compétences acquises lors de leur formation initiale. Certains seront même intéressés pour se spécialiser dans le domaine des soins non médicamenteux et deviendront des personnes ressources pour les équipes.

L'IDEC, en collaboration avec le médecin coordonnateur, doit proposer des formations en interne qui peuvent porter sur les outils d'évaluation existants pour la dépression du sujet âgé. Les informations en interne doivent être diffusées régulièrement pour permettre une nouvelle dynamique sur les prises en soin. Les réflexes des soignants doivent évoluer en même temps que la population accueillie en EHPAD, la dépression étant une pathologie de plus en plus présente dans les établissements médico-sociaux. Le diagnostic et le traitement ne doivent pas être à la seule responsabilité du médecin et du traitement médicamenteux. L'infirmière doit s'assurer des connaissances des aides-soignants par rapport au sujet et valoriser les actions des soignants mises en place.

Toutes ces recherches nous ont permis d'élaborer notre outil afin de réaliser la phase exploratoire pour étayer notre problématique.

3. Phase exploratoire

3.1) Argumentation du choix de l'enquête

Pour tenter de répondre à notre question de départ « quels sont les moyens pour une prise en soin non médicamenteuse de la dépression du sujet âgé en EHPAD et quelle est la place de l'IDEC ? », nous avons décidé d'aller enquêter auprès des équipes sur le terrain afin de déterminer les moyens nécessaires et de trouver quels sont les leviers dont dispose l'IDEC afin d'optimiser cette prise en soin.

3.2) Choix des lieux d'enquêtes

Nous avons choisi des EHPAD qu'ils soient privés ou publics. Nous avons distribué 415 questionnaires dans nos établissements respectifs puis dans les établissements de notre région ; sachant que nous venons toutes les 4 d'une région différente.

Nous avons remis les questionnaires directement auprès des professionnels en se rendant sur place et en les récupérant directement après remplissage.

3.3) Choix de la population ciblée

Nos questionnaires étaient à destination des infirmières coordinatrices, des infirmières diplômées d'état, des aides-soignantes, des agents de services hospitaliers liés aux soins. Nous avons laissé la possibilité à d'autres catégories de personnels liés aux soins de répondre aux questionnaires. Nous avons donc des rééducateurs et un médecin coordinateur qui ont répondu.

3.4) Choix de l'outil d'enquête

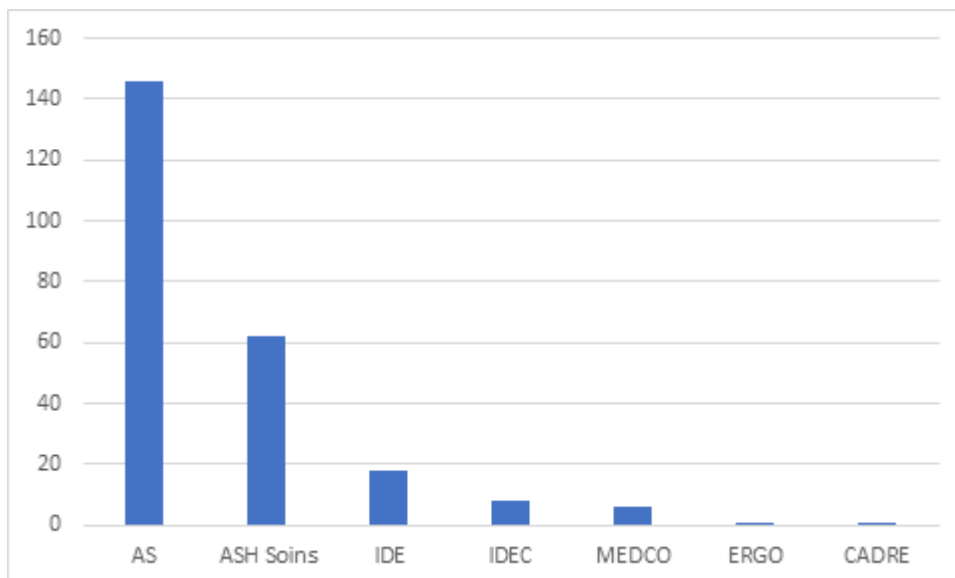
Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire. Cela nous a permis d'obtenir des données quantitatives chiffrées pour alimenter notre réflexion. De plus, nous y avons inclus des questions ouvertes afin de connaître l'opinion des personnes interrogées.

Sur 415 questionnaires distribués, nous en avons récolté 242 complétés. Nous avons distribué nos questionnaires de juin à août 2023. Nous aurions pu récupérer plus de questionnaires remplis mais durant cette période, beaucoup de remplaçants ou d'intérimaires sont présents sur nos structures et n'ont pas souhaité le compléter.

3.5) Résultats des questionnaires

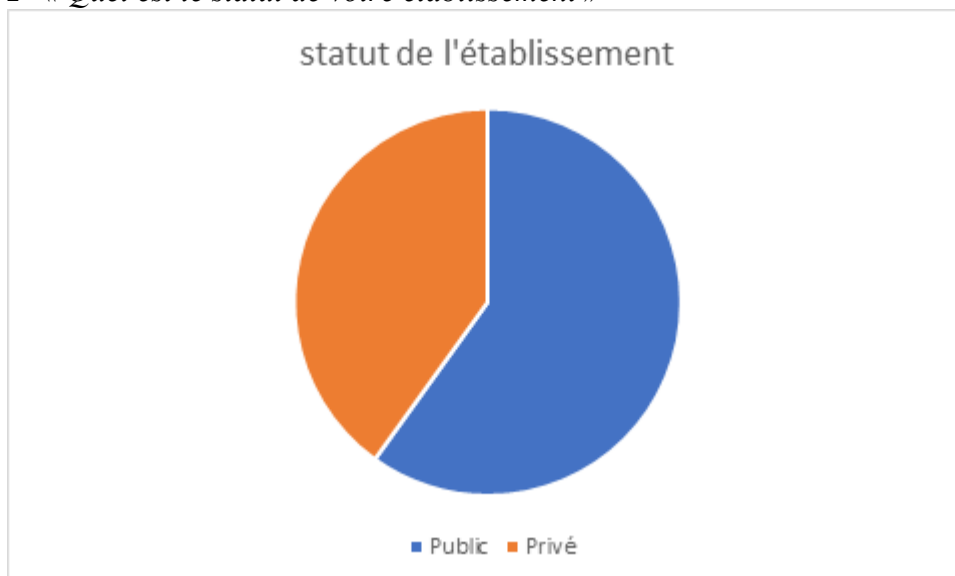
Sur 415 questionnaires distribués, 242 ont renseignés.

1° « vous êtes »



Le questionnaire est majoritairement rempli par des aides-soignantes, cela peut s'expliquer car la fonction des aides-soignantes représente la plus grosse part des effectifs para médicaux en EHPAD.

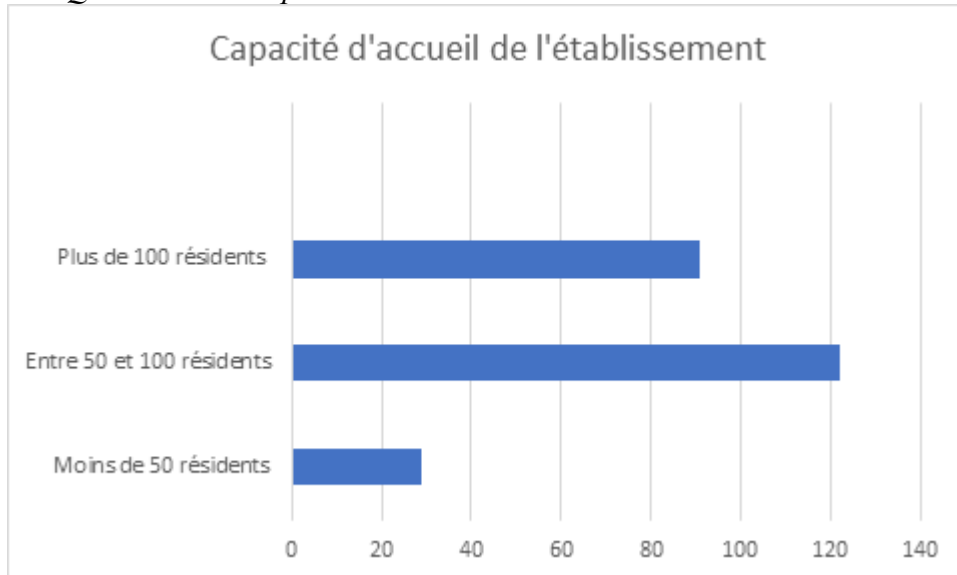
2° « Quel est le statut de votre établissement »



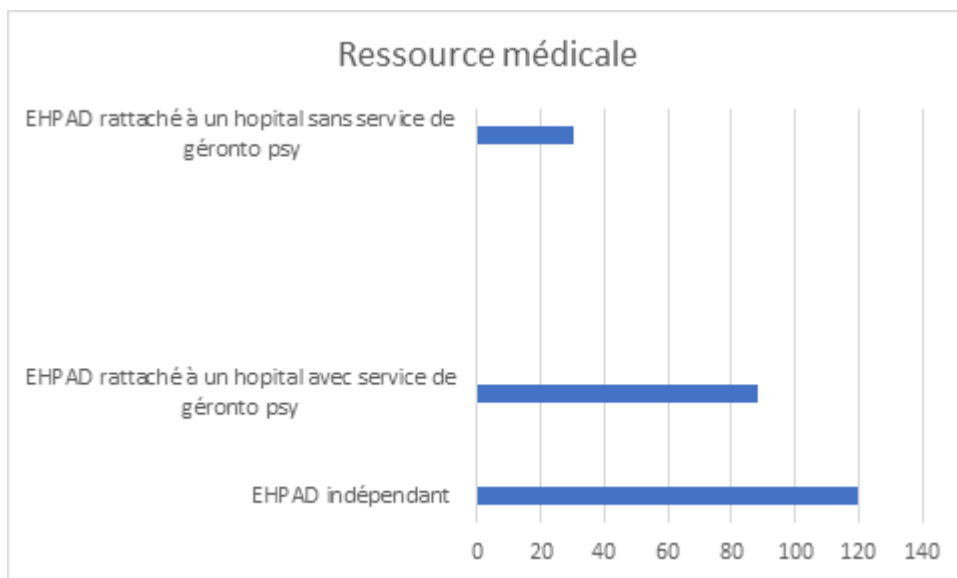
Remarque : Sur environ 7400 établissements en France 45% sont des EHPAD publics.¹⁵

¹⁵ Panorama 2020 des EHPAD () () - Conseil dépendance

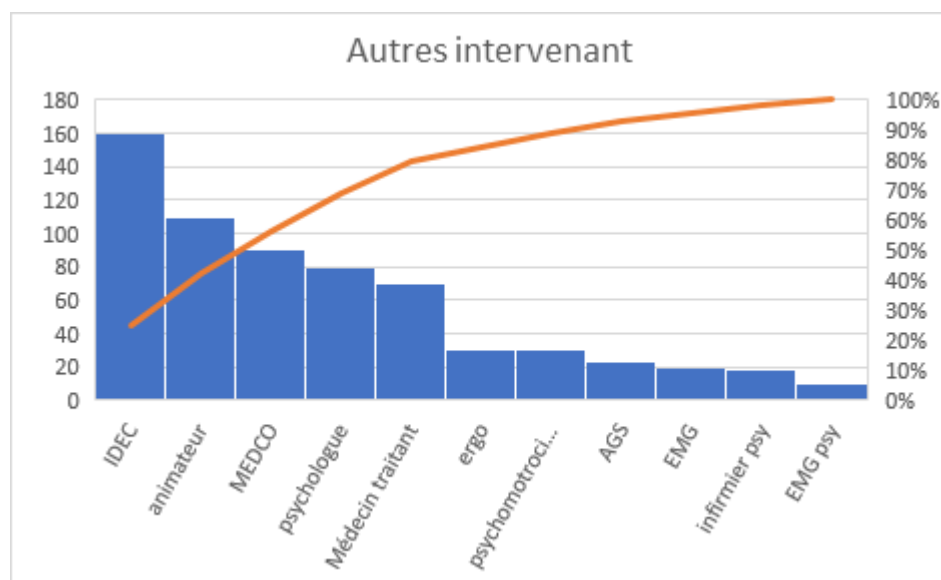
3° « *Quel est votre capacité d'accueil* »



4° « *Votre établissement est-il ?* »

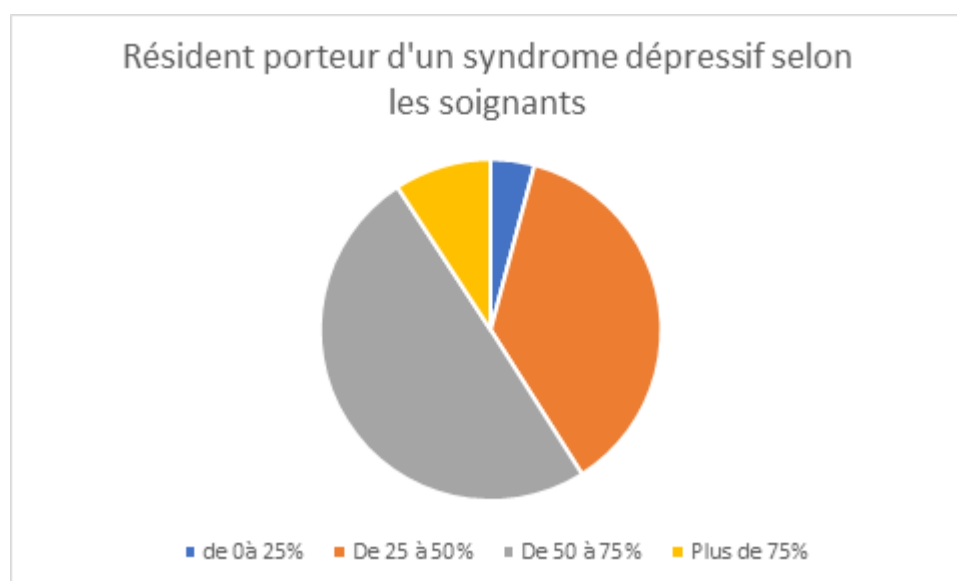


5° « Dans votre établissement, quels professionnels interviennent ? »



Le champ pluri disciplinaire, il s'agit d'interroger les soignantes pour savoir si elles arrivent à identifier les différents acteurs qui interviennent dans l'EHPAD, ces intervenants ont un lien direct ou indirect avec la prise en soins des résidents dépressifs.

6° « Parmi vos résidents, quelle est selon vous la proportion de résidents avec un syndrome dépressif ? »

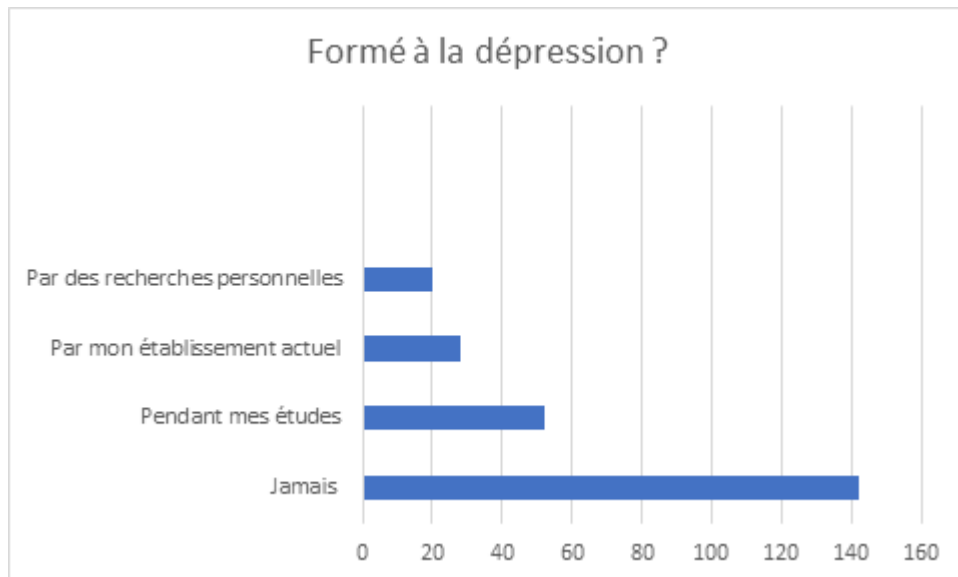


Les résultats montrent et nous confortent dans notre réflexion sur le fait que la dépression des résidents est un sujet majeur, en effet pour 33 % des soignants interrogés au moins 1 résident

sur 4 serait porteur d'un syndrome dépressif, pour 44 % des soignants interrogés au moins 1 résident sur deux serait porteur d'un syndrome dépressif.

Nous avons donc poussé notre réflexion sur l'accompagnement des résidents, les soignants sont-ils formés et informés des différentes démarches d'accompagnement du sujet dépressif.

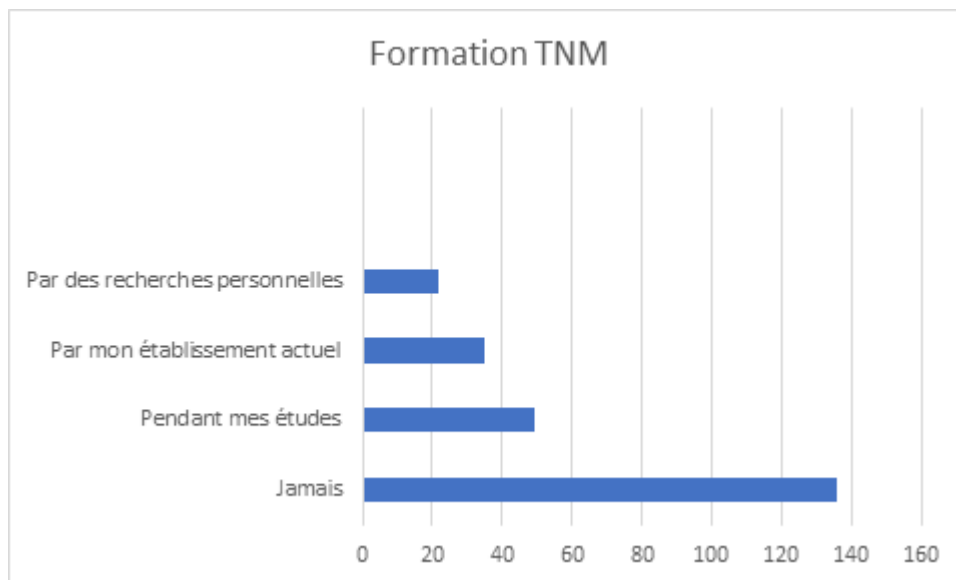
7° « Avez-vous eu une formation sur la dépression du sujet âgé ? »



La réponse met en évidence le manque de formation des soignants.

Notre question suivante est plus précise, elle interroge les soignants sur la prise en soins non médicamenteuse de la dépression du sujet âgé.

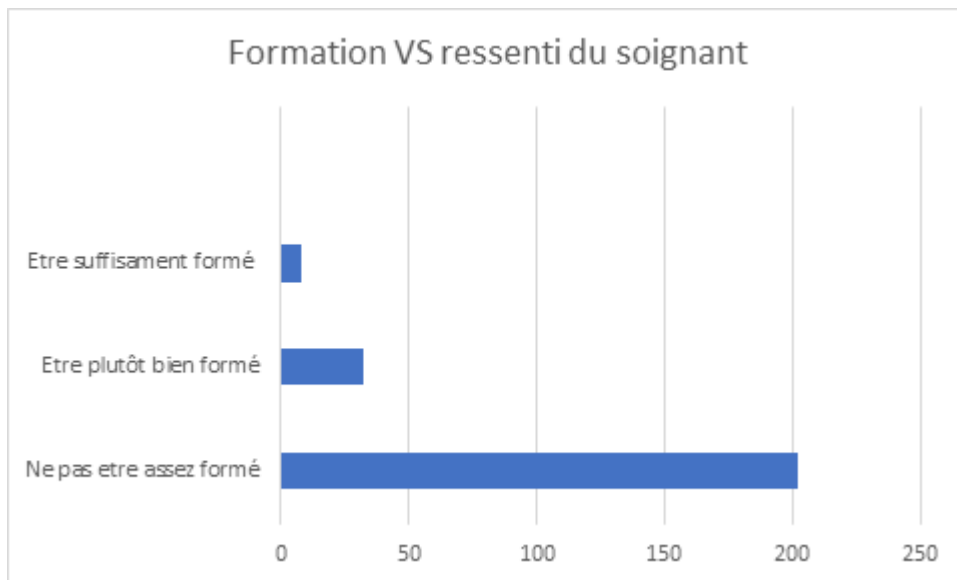
8° « Avez-vous eu une formation sur la prise en soin non médicamenteuse de la dépression du sujet âgé ? »



La réponse des soignants met en évidence qu'ils ne se sentent pas suffisamment formés de façon générale à la dépression du sujet âgé, elle met également en évidence le sentiment d'un manque de formation concernant les possibilités de prise en soins, notamment les thérapies non médicamenteuses.

Dans la suite de nos questions, nous cherchons à savoir si les soignants formés aux thérapies non médicamenteuses le sont suffisamment selon eux, et comment arrivent-ils à le mettre en pratique.

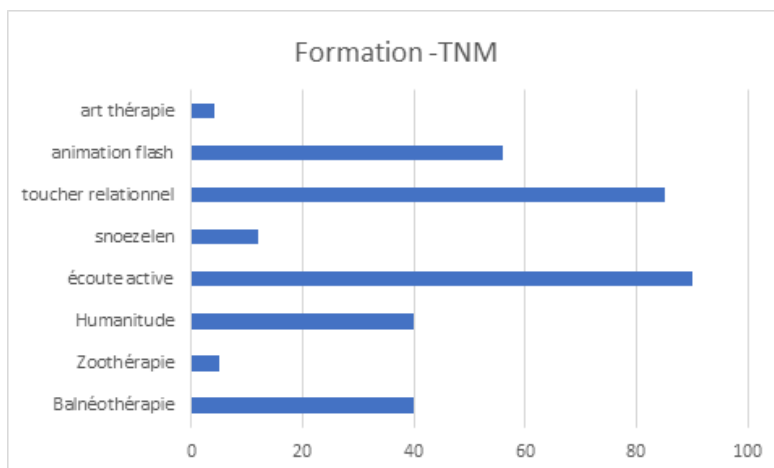
9° « Sur la prise en soin non médicamenteuse des résidents dépressifs en ehpad, vous diriez : »



Ici les réponses vont dans le même sens, les soignants ont, pour la plupart, le sentiment de ne pas être assez formé, de par leur formation initiale, mais également par les formations dispensées par les établissements.

Dans la suite de notre questionnaire nous avons fait le choix de mettre des questions ouvertes afin d'identifier les thérapies non médicamenteuses les plus connues et les plus utilisées par les soignants.

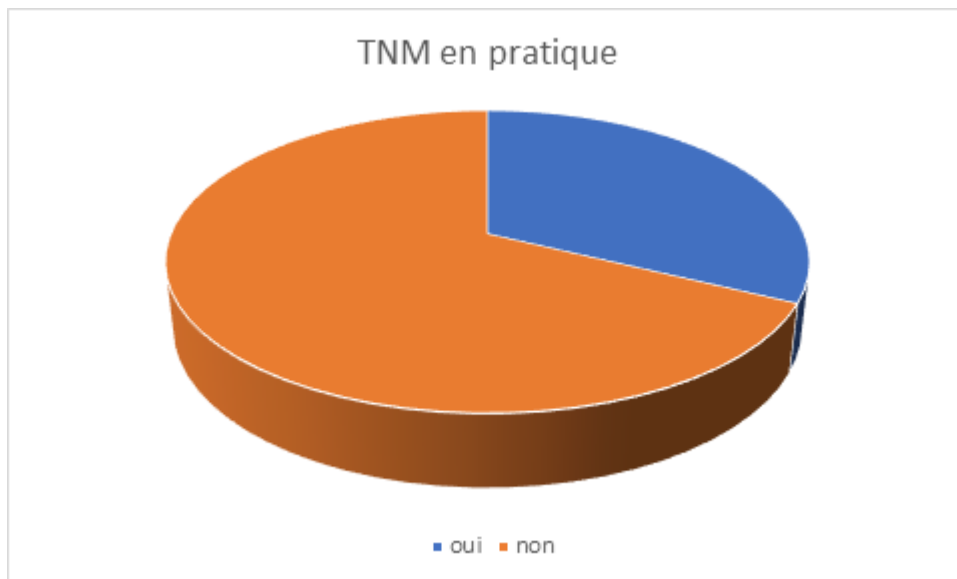
10 °« Etes-vous formé à une thérapie ou approche non médicamenteuse ? »



Contrairement à leur réponse précédente, on peut observer que les soignants sont nombreux à être formés. En effet, plusieurs soignants ont cité plusieurs thérapies non médicamenteuses, tout en ayant répondu ne pas être formé aux questions précédentes.

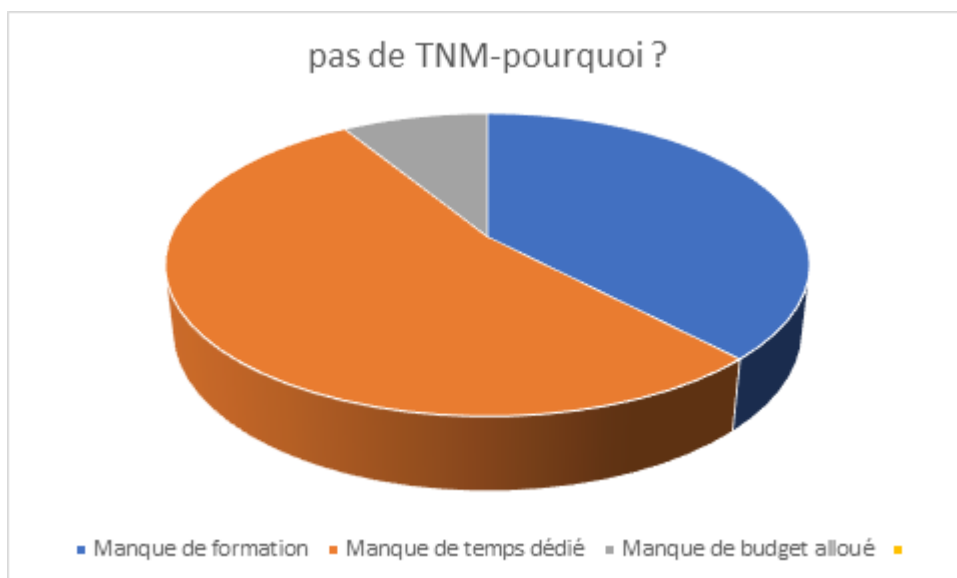
Il s'agit maintenant de savoir si celles-ci sont mises en place.

11 °« Intervenez-vous auprès des résidents dépressifs pour mettre en place cette thérapie non médicamenteuse »



Une grande majorité des soignants ayant répondu non, il est intéressant dans connaître la cause.

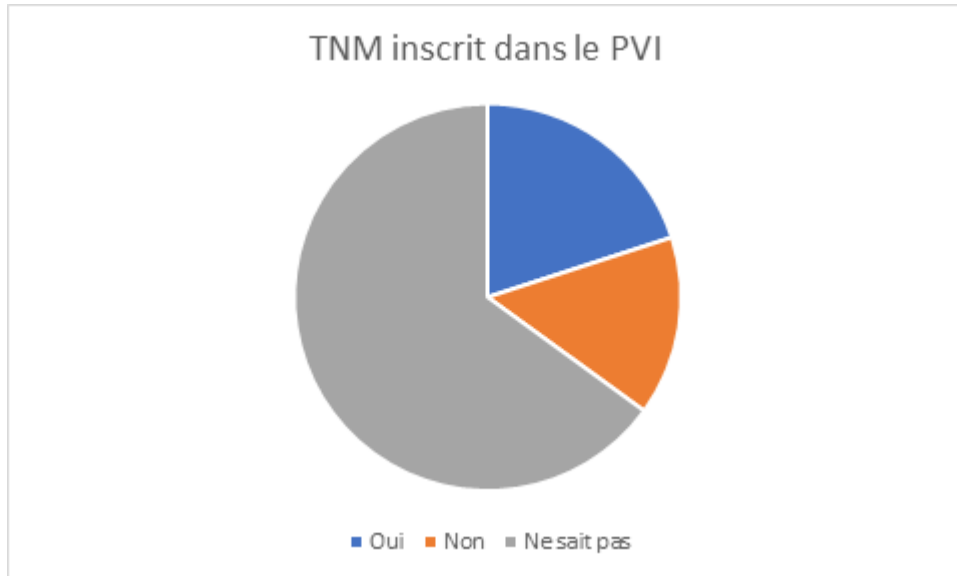
12 °« Pour quelle(s) raison n'utilisez-vous pas ces prises en soin non médicamenteuse »



Le manque de formation est une fois de plus mis en avant, mais on retrouve également le manque de temps dédié.

Une fois ce constat fait, nous tentons de savoir si les soignants ont une connaissance de la traçabilité des thérapies non médicamenteuses dans le projet de vie du résident.

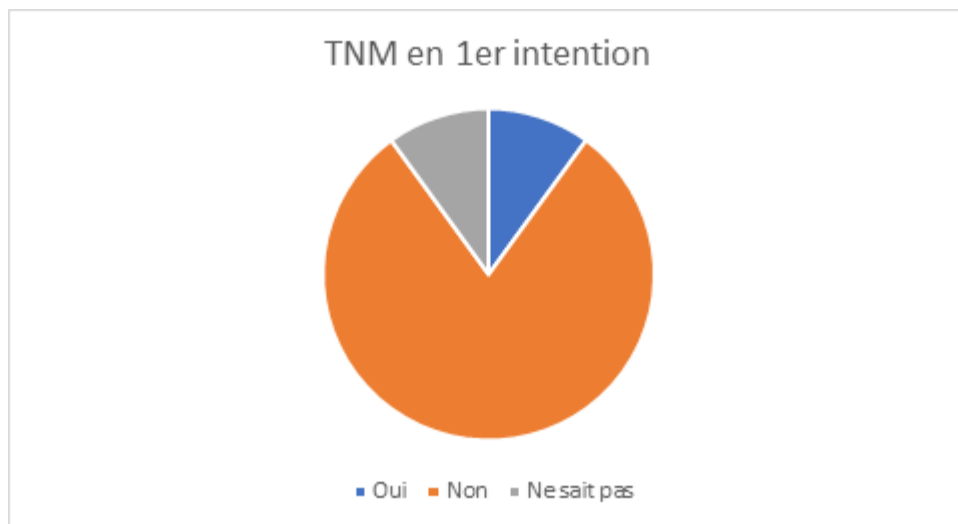
13° « Les thérapies non médicamenteuses utilisées sont-elles notées dans le projet de vie individualisé résident ? »



Environ 65% des soignant ne savent pas que les TNM doivent être inscrits dans le projet de vie du résident, environ 15 % des soignants pensent que les TNM de doivent pas être inscrits dans le projet de vie du résident, ces chiffres peuvent être révélateur d'un manque de formation et d'information donné au soignant.

Pour finir nous voulons savoir si les résidents dépressifs bénéficient des TNM en première intention.

14° « Dans votre établissement, les résidents dépressifs bénéficient-ils en première intention d'une prise en soin non médicamenteuse ? »



Un nombre significatif de soignants exprime que les thérapies non médicamenteuses sont encore très peu utilisées, et même quand les TNM sont mises en place, elles sont rarement appliquées en première intention.

Réponse globale à la question 15 :

« Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles la prise en soins non médicamenteuse n'est pas majoritairement utilisée en première intention ? »

La première réponse qui revient est la méconnaissance de ces traitements. Vient ensuite le fait d'instaurer très rapidement des traitements médicamenteux, ou de les poursuivre sans réelle réévaluation, les soignants mettent également en avant le manque de personnel et le manque de sensibilité des médecins aux thérapies non médicamenteuses.

3.6) Analyse des questionnaires

On constate que la majorité des EHPAD ont une capacité d'accueil de plus de 50 lits, Ils ne disposent pas tous des mêmes ressources en matière de prise en soin du sujet âgé, que ce soit l'accès à un service de géronto-psychiatrie, la sollicitation de la filière gériatrique, ...

Néanmoins, la plupart des EHPAD disposent d'un nombre d'intervenants significatifs, qui peuvent devenir les acteurs principaux dans l'application des thérapies non médicamenteuses.

L'IDEC, en se positionnant comme chef d'orchestre de l'équipe paramédicale, a un rôle moteur pour l'impulsion de la mise en place des TNM dans l'établissement.

Sur ce sujet, le premier objectif est de faire connaître ces thérapies qui restent encore très méconnues, en réalisant des sensibilisations auprès des équipes, en collaboration avec le médecin coordinateur. Un grand nombre de personnes interrogées ont répondu ne pas connaître ou ne pas être formé au TNM.

Nous remarquons que trois de ces thérapies non médicamenteuses sont connues et appliquées:

- l'écoute active
- le toucher relationnel
- les animations flash

Il s'agit alors de sensibiliser les soignants à continuer d'appliquer les TNM, en les traçant dans les transmissions ciblées, en les incluant dans le projet de vie individualisé du résident, ...

Il est également du rôle de l'IDEC d'inclure l'équipe pluridisciplinaire à ce projet notamment en incluant la psychologue, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, le médecin coordinateur, ... lors de réunions d'équipes, et impulser ensemble cette nouvelle dynamique de soins.

Conclusion

Par ce travail de recherche, nous pouvons constater qu'il existe de nombreux facteurs impliquant une prise en soins non globale de l'état dépressif chez la personne âgée en ehpad: le manque de temps dédié, le manque de formation initiale et durant son exercice professionnel ou encore la mauvaise connaissance de l'état dépressif.

Nous avons également fait un constat sur le manque de temps mis en évidence par le rendu des questionnaires. Très peu de questionnaires nous ont été retournés par rapport au nombre distribué par ce manque de temps. Cela n'a pas été étudié dans cette recherche mais ce manque de temps impacte également la mise en place d'actions par l'infirmière coordinatrice.

Un élément nous a également interpellé : le fait de ne pas avoir suffisamment de connaissances sur l'état dépressif et d'autant plus sur le repérage de l'état dépressif des résidents. Il est donc essentiel en tant qu'infirmière coordinatrice de mettre en place un plan d'actions afin de prendre en soin de façon optimale le résident.

Le temps des recherches étant limité, nous n'avons pu mettre en lumière tous les freins à l'introduction de thérapies non médicamenteuses en première intention.

Néanmoins, en nous positionnant dans notre rôle d'IDEC, le rôle de formation et de mise à disposition d'outils d'aide au diagnostic paraît important. Il faut également réussir à orienter les demandes de formations des professionnels sur les thérapies non médicamenteuses. Nous pourrions également continuer notre questionnement sur l'agencement de nos EHPAD et de centrer notre objectif sur les bienfaits des thérapies non médicamenteuses et leur impact sur le comportement du résident.

Il nous paraît également essentiel que les traitements, médicamenteux ou non, doivent être mis en place avec l'avis du médecin, en concertation avec le personnel soignant : aide-soignant, infirmier, rééducateurs, ... afin de pouvoir recenser les observations de chacun.

Il est nécessaire de prendre toutes les données et antécédents de la personne âgée afin de pouvoir avoir une réflexion pluriprofessionnelle sur sa prise en soin dans la globalité. En tant qu'infirmière coordinatrice, nous devons également cibler cet objectif majeur de formation des équipes en intégrant cela aux plannings des professionnels. Il semble également important d'optimiser la préadmission et les premières semaines du résident au sein de l'ehpad afin de pouvoir compléter notre recueil d'informations.

L'infirmière coordinatrice a pour mission de s'assurer de la continuité et de la qualité du parcours de la personne soignée mais également de communiquer les informations claires et précises pour assurer une coordination de soins pour chacune des parties prenantes au projet de soins. Dans son rôle d'écoute et d'orientation du personnel soignant, il est essentiel d'apporter une réflexion sur les attentes du personnel également et sur leur ressenti face à la prise en soins des personnes âgées dépressifs.

Pour terminer, nous pouvons également s'interroger sur la facilité d'utilisation des différents outils dans le repérage de l'état dépressif pour les infirmières.

Résumé

Au travers de ce mémoire, nous nous sommes orientés sur la prise en soins de nos résidents sur le plan non médicamenteux et dans le rôle de l'infirmière coordinatrice sur ce sujet.

Il s'avère que dans notre exercice professionnel, il a été identifié la problématique suivante : comment pouvons-nous prendre en soin dans sa globalité une personne âgée dépressive, dès l'entrée en établissement de soins, en privilégiant l'approche non médicamenteuse et comment l'IDEC peut-elle être le moteur à sa mise en place ?

Nous avons décidé d'étudier cette problématique afin de tenter de répondre à un état de plus en plus fréquent chez la personne âgée avec les nombreuses thérapeutiques mises en place, en lien avec les multiples pathologies du sujet âgé et les risques iatrogéniques qui en découlent.

Pour la phase exploratoire, les questionnaires remis au personnel nous ont permis d'avoir des données chiffrées sans trop leur prendre de temps sur leur temps de travail ; en ayant en tête la tension présente dans les établissements de santé. Suite à cela, nous avons pu cibler une méconnaissance de la pathologie par le personnel soignant, essentiellement par manque de formation.

En tant qu'infirmières coordinatrices, il nous paraît essentiel de nous positionner sur l'encadrement des professionnels dans la formation et dans la mise à disposition d'outils pour les soignants et de veiller à la qualité du recueil d'informations sur le temps de la pré admission et des premières semaines d'admission. Il semble également intéressant d'envisager la possibilité d'intégrer dans le plan de soins de nos établissements les thérapies non médicamenteuses au cours des prochaines années.

Abstract

Through this thesis, we focus on the care of our residents on the non-pharmaceutical plan and in the role of the coordinating nurse on this subject.

It turns out that in our professional practice, the following problem was identified. How can we take care of a depressed elderly person as a whole, from the moment they enter the healthcare facility, by favoring the non-drug approach and how can IDEC be the driving force behind its implementation ?

We decided to study this problem in order to try to respond to an increasingly frequent condition in the elderly with the many therapies put in place, in connection with the multiple pathologies of the elderly and the iatrogenic risks that result.

For the exploratory phase, the questionnaires given to the staff allowed us to have quantified data without taking too much time from them on their working time ; keeping in mind the tension present in health facilities. Following this, we were able to target a lack of knowledge of the pathology by the nursing staff, mainly due to lack of training.

As coordinating nurses, it seems essential to us to position ourselves on the supervision of professionals in the training and in the provision of tools for caregivers and to ensure the quality of the collection of information on the time of preadmission and the first weeks of admission. It also seems interesting to consider the possibility of integrating non-drug therapies in the care plan of our institutions in the coming years.

Bibliographie

FREUD Sigmund, L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, 1937

Article R4312-10, Section 2 : devoirs envers le patient, Code de la santé publique

<https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-psycho-psychiatrie/2880249-symptome-depression/>

Article-3_Dépression-et-personnes-âgées.pdf (fondationpierredeniker.org), Docteur Thierry Gallarda

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Synthèse de la recommandation de bonne pratique, épisode dépressif caractérisé de l'adulte, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017

<https://www.ifas-domea.fr/wp-content/uploads/2021/09/BLOC-1-Accompagnement-et-soins-de-la-personne-dans-les-activite%CC%81s-de-sa-vie-quotidienne-et-de-sa-vie-sociale-.pdf>

Extrait de l'annexe II du ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, ministère de la santé et des sports

Annexe I: Référentiel d'activités (portfolio-infirmier.fr)

http://www.halte-pouce.fr/upload/documents/brochure_snoezelen_Mme_Gourin_Soledad.pdf

http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=art_therapie_th

<http://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsinfirmier/le-toucher-une-approche-relationnelle>

<https://www.anisen.fr/actualites/recommandations-animations-flash-ehpad/>

Panorama 2020 des EHPAD () () - Conseil dépendance

Annexe : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

Vous êtes :

- AS
- ASH soins – auxiliaire de vie
- IDE
- Autre :

1) Quel est le statut de votre établissement ?

- Public
- Privé à but non lucratif
- Privé à but lucratif

2) Quelle est votre capacité d'accueil ?

- Moins de 50 résidents
- Entre 50 et 100 résidents
- Plus de 100 résidents

3) Votre établissement est-il :

- Un ehpad indépendant ?
- Un ehpad rattaché à un hôpital avec un service de géronto-psychiatrie ?
- Un ehpad rattaché à un hôpital sans service de géronto-psychiatrie ?

4) Dans votre établissement, quels professionnels interviennent ? (Plusieurs réponses possibles)

- IDEC
- ASG
- Médecin coordinateur
- Médecin traitant
- Cadre de santé – cadre socio-éducatif
- Psychologue
- Psychiatre
- animateur
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Infirmier psy
- Équipe mobile de gériatrie
- Équipe mobile de Psychiatre du sujet âgé
- Autre :

- 5) Parmi vos résidents, quelle est selon vous la proportion de résidents avec un syndrome dépressif ?
- De 0 à 25%
 - De 25 à 50%
 - De 50% à 75%
 - Plus de 75%
- 6) Avez-vous eu une formation sur la dépression du sujet âgé ? (Choix multiples)
- Jamais
 - Pendant mes études
 - Par mon établissement actuel (en interne ou en externe)
 - Par des recherches personnelles
 - Autre :.....
- 7) Avez-vous eu une formation sur la prise en soin non médicamenteuse de la dépression du sujet âgé ?(Choix multiples)
- Jamais
 - Pendant mes études
 - Par mon établissement actuel (en interne ou en externe)
 - Par des recherches personnelles
 - Autre :.....
- 8) Sur la prise en soin non médicamenteuse des résidents dépressifs en ehpad, vous diriez :
- Ne pas être assez formé
 - Être plutôt bien formé
 - Être suffisamment formé
- 9) Etes-vous formé à une thérapie ou approche non médicamenteuse ?
- Oui : laquelle ?.....
 - Non, pourquoi ?...
- 10) Intervenez-vous auprès des résidents dépressifs pour mettre en place cette thérapie non médicamenteuse ?
- Oui : à quelle fréquence et quelle durée ?.....
 - Non
- 11) Pour quelle(s) raison(s) n'utilisez-vous pas ces prises en soin non médicamenteuses ?
- Manque de formation
 - Manque de temps dédié
 - Manque de budget alloué (matériel, ...)
 - Autres :

12) Les thérapies non médicamenteuses utilisées sont-elles notées dans le projet de vie individualisé du résident ?

- Oui
- Non

13) A quelle fréquence sont-elles réévaluées ?

14) Dans votre établissement, les résidents dépressifs bénéficient-ils en première intention d'une prise en soin non médicamenteuse ?

- Oui
- Non : pourquoi ?.....

15) Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles la prise en soin non médicamenteuse n'est pas majoritairement utilisée en première intention ?