



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES



Université de Paris

La formation des soignants aux TNMP dans la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD

DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD :

- Docteur LADARRE Pascal

DU d'Infirmier(ière) Référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD :

- INCANA Floriane

- ROBIN Camille

Directeur de mémoire : Docteur RABAULT Maurice

Année universitaire 2023-2024

REMERCIEMENTS

▪
Nous tenions à remercier notre directeur de mémoire, le docteur RABAULT Maurice, pour sa bienveillance, ses conseils et sa disponibilité pour la réalisation de ce travail de fin d'études.

Nous remercions également l'équipe pédagogique de l'Université de PARIS ainsi que tous les professionnels de santé que nous avons pu rencontrer durant cette formation pour nous avoir transmis leurs savoirs et nourri notre réflexion.

Nous remercions enfin toutes les personnes, qui de près ou de loin, ont permis la réalisation de ce travail de recherche.

LEXIQUE

•
ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignante

ASH : Agent de Service Hotelier

CPF : Compte Personnel de Formation

CEP : Conseil en Evolution Professionnelle

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IDEC : Infirmière de Coordination

MEDCO : Médecin Coordonateur

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PEC : Prise En Charge

PVI : Projet de Vie Individualisé

TC : Trouble du Comportement

TM : Thérapie Médicamenteuse

TNMP : Thérapie Non Médicamenteuse Personnalisée

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UVP : Unité de Vie Protégée

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. La déambulation nocturne

1. Définition

2. Les causes

2.1 Les troubles du sommeil

2.2 Les besoins de base

2.3 Les douleurs

2.4 La vie antérieure

2.5 L'akathisie

3. Les conséquences négatives

3.1 Les chutes

3.2 Les fugues

3.3 La dénutrition et la déshydratation

3.4 Les réactions de l'entourage

4. Les conséquences positives

5. L'importance de la prise en soin des résidents déambulant la nuit

6. Les échelles d'évaluation

II. Les thérapies non médicamenteuses personnalisées

1. Définition

2. Les TNMP adaptées à la gestion de la déambulation nocturne

2.1 La méthode Montessori

2.2 La réorientation Thérapie

2.3 La thérapie multisensorielle

2.4 La thérapie par la réminiscence

2.5 La thérapie de validation

3. La méthodologie pour le choix des TNMP

4. L'utilisation conjointe des TNMP et des thérapies médicamenteuses
5. Les espaces aménagés en EHPAD
 - 5.1 Le PASA de jour
 - 5.2 Le PASA de nuit
 - 5.3 L'unité de vie protégée
 - 5.4 L'unité d'hébergement renforcée

III. La formation de l'équipe soignante aux TNMP

1. De la formation initiale au développement professionnel continu
2. Etat des lieux
 - 2.1 Choix de la phase exploratoire : le questionnaire
 - 2.2 Les résultats
 - 2.3 L'analyse des réponses
3. Les formations disponibles
4. Le trio IDEC, MedCo et psychologue dans la mise en oeuvre et le suivi des TNMP

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

RÉSUMÉ

ABSTRACT

ANNEXE(S)

.

INTRODUCTION

La formation suivie au sein de l'Université de Paris comprend la réalisation d'un mémoire collectif. Ce travail vise à approfondir notre réflexion autour d'une thématique choisie en commun et à renforcer nos compétences pour évoluer dans nos parcours futurs. Dense et instructive, la formation a été l'occasion de consolider nos atouts et de progresser sur certains points lacunaires au gré de l'acquisition continue de savoirs théoriques et pratiques. Ce travail de recherche valorise l'importance des phases de sélection et d'application des thérapies non médicamenteuses personnalisées dans la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD. Ce qui impose au préalable de bien définir cette notion de TNMP et de délimiter son champ d'intervention.

Le choix de notre sujet de mémoire de fin d'études découle de situations vécues. La prise en soin de la déambulation nocturne et le manque de formation sur les thérapies non médicamenteuses sont des problématiques communes à nos structures. Il nous paraît essentiel, tant sur le plan personnel que professionnel, d'accompagner les équipes à travers des formations, et de leur fournir les outils nécessaires pour intégrer ces approches dans leur pratique quotidienne. Il est tout aussi important de souligner le rôle essentiel de l'infirmière coordinatrice et du médecin coordinateur dans la mise en oeuvre et le suivi de ces interventions.

Le sujet traité amène également à s'interroger sur la complémentarité souhaitable entre les thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses dans la prise en soin de la déambulation nocturne. Pour apprécier ce degré de complémentarité, nous devons au préalable définir certains concepts : « déambulation nocturne », « thérapies médicamenteuses » et « thérapies non médicamenteuses personnalisées ». Il nous appartiendra ensuite d'illustrer les synergies potentielles entre elles pour éviter toute forme d'incompréhension voire de rejet prématuré d'un principe de complémentarité conditionnelle que soutient notre mémoire. A cet effet, nos recherches mettront en évidence la nécessité concomitante d'utiliser une échelle d'évaluation de la déambulation nocturne adaptée à l'état de santé du patient, et de consolider la formation continue des équipes soignantes aux thérapeutiques non médicamenteuses dans le double objectif de promouvoir leur généralisation dans leur pratique professionnelle ainsi que l'ancrage de cette discipline tout au long de leur parcours professionnel afin de devenir des « soignants experts » et/ou des référents aux TNMP.

I - LA DÉAMBULATION NOCTURNE

1. Définition

La déambulation correspond à un « comportement répétitif de marche et de déplacements incessants, non contrôlable et à risque pour le patient ». ¹ En effet, certains patients peuvent déambuler jusqu'à épuisement ce qui peut engendrer des conséquences importantes sur leur état de santé. Les chutes représentent un facteur de risque principal de la déambulation. Les patients en institution présente un risque de chute multiplié par trois par rapport aux patients vivant à domicile, soit quatre chutes par an².

Selon Denise STURBEL et Mariana CORTI, la déambulation est « un trouble du comportement fréquent dans les démences, peu étudié, mal défini. Elle correspond à un besoin répété, prolongé, parfois compulsif de marcher, avec ou sans but. Sa fréquence augmente avec la sévérité de la maladie ; elle est plus marquée en milieu institutionnel »³.

Il existe trois type de déambulation :

- « - La déambulation compulsive : la personne marche de façon linéaire, sans but, rien ne peut l'arrêter.
- La déambulation nocturne : liée à l'insomnie, la personne marche toute la nuit, se couche parfois dans un autre lit que le sien, ou s'endort sur un fauteuil.
- La déambulation exploratoire : la personne entre dans une pièce, salon ou chambre, et fouille dans les placards, s'approprie les objets qui se trouvent sur son passage.»⁴

2. Les causes

La maison d'édition française spécialisée dans les revues et les livres à caractère médical et scientifique, John Libbey Eurotexte (JLE)⁵ a répertorié plusieurs causes de la déambulation qui vont être listées et illustrées ci dessous.

¹ Gériologie : soins infirmiers aux personnes âgées, Christine Bartoli et Béatrice Bellamy, 2009.

² <https://www.espaceinfirmier.fr/media/f17/254167aa625f4a5b4094f5b21facb/articlesINM398.pdf>

³ [JLE - Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement - La déambulation chez les patients déments](#)

⁴ [La déambulation ou l'errance du malade - Wikidépendance \(wikidependance.fr\)](#)

⁵ https://www.jle.com/download/pnv-279446-11879-la_deambulation_chez_les_patients_déments-319372-u.pdf

2.1 Les troubles du sommeil

Une des causes de la déambulation décrite chez les personnes présentant des maladies neuro-dégénératives est le trouble du sommeil. C'est même un des premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer avec apparition progressive d'une inversion du rythme circadien, les personnes confondant petit à petit la nuit avec le jour.

Par ailleurs, de manière physiologique, la qualité et la quantité du sommeil se modifient avec l'âge. Les personnes âgées ont des périodes de sommeil nocturne moins importantes mais ont des temps de sieste plus importants la journée en raison de la fatigue, ce qui entraîne également des difficultés d'endormissement le soir et un besoin de déambulation pour pallier à l'ennui de la nuit en cas de troubles cognitivo-comportemental.

Bien souvent, le moment du coucher devient pour le résident une source d'angoisse et entraîne des agitations vespérales importantes. Les anglo-saxons parlent alors de « sundowning ».

2.2 Les besoins de base

Les résidents peuvent également déambuler la nuit lorsque leurs besoins de base ne sont pas assouvis, comme par exemple la faim, la soif ou l'envie d'uriner. Il est donc important de veiller à leur bonne alimentation lors des repas du soir et également de leur proposer si besoin une collation plaisir au coucher ou la nuit en cas de réveil, de laisser un verre d'eau posé systématiquement sur la table de nuit à portée de main et de laisser une veilleuse allumée dans les toilettes de la chambre pour que la personne âgée se repère la nuit en cas de lever.

2.3 Les douleurs

Les douleurs empêchant de s'endormir ou réveillant en pleine nuit sont fréquentes et souvent sous évaluées car les plaintes des PA présentant des troubles neuro-cognitifs ne sont pas exprimées verbalement. Les échelles d'évaluation de la douleur doivent être maîtrisées par le personnel de nuit et il faut en faire le retour au médecin traitant pour que celui-ci fasse un examen clinique à la recherche de la cause de la douleur car outre les troubles du sommeil avec déambulation, la douleur peut induire d'autres troubles du comportement.

2.4 La vie antérieure

La déambulation peut être due également à la vie antérieure et aux habitudes de vie du résident. En effet, les personnes qui travaillaient de nuit ont une horloge biologique interne entraînant des horaires de coucher et de lever qui leurs sont propres et qu'il ne convient pas d'essayer de modifier tellement ils sont ancrés dans l'individu. Certaines personnes se sont levées très tôt toute leur vie pour aller travailler, d'autres au contraire se couchaient tardivement et toutes garderont cette habitude.

2.5 L'akathisie

L'akathisie correspond à un « besoin impérieux de bouger ou de piétiner sur place de façon irrésistible et incessante, une forme particulière d'agitation psychomotrice ». ⁶

Elle peut être induite par la prise de traitement de type psychotropes et neuroleptiques. En effet, afin de pallier à certains troubles du comportement, les personnes âgées peuvent avoir recours à des traitement médicamenteux ayant des conséquences sur leur santé physique.

3. Les conséquences négatives

La maison d'édition John Libbey Eurotexte ⁷ vient également préciser les conséquences négatives que peut engendrer la déambulation nocturne.

3.1 Les chutes

La déambulation peut entraîner un risque de chute important. Le résident étant en constante activité de marche, peut finir par chuter et se blesser à cause de la fatigue accumulée et du manque de sommeil considérable. Ce risque peut également être lié au fait que les résidents peuvent s'entrechoquer en déambulant entraînant chute, plaies ou traumatismes (fractures, entorse, etc).

⁶ https://www.jle.com/download/pnv-279446-11879-la_deambulation_chez_les_patients_déments-319372-u.pdf

⁷ https://www.jle.com/download/pnv-279446-11879-la_deambulation_chez_les_patients_déments-319372-u.pdf

3.2 Les fugues

Lorsque la personne déambule, elle risque de fuguer de son domicile ou de l'institution. Ce risque est très important et est très anxiogène tant pour la famille que pour le personnel de santé car la gestion de la sécurité est très aléatoire.

De plus, si le résident est en institution, la responsabilité de l'établissement et du personnel est mise en cause. Il faut prévenir les familles et les forces de l'ordre si cela est nécessaire. Cela engendre des répercussions importantes notamment sur la qualité des relations de confiance des familles.

3.3 La dénutrition et la déshydratation

La dénutrition se caractérise comme « une carence en énergie et protéine, souvent accompagnée d'une carence en vitamine et oligo-élément ».

Un résident qui déambule toute la journée aura plus besoin d'apport nutritionnel puisqu'il réalise une activité physique intense. Le résident peut déambuler parfois jusqu'à l'épuisement total de son énergie et risque même la déshydratation.

De plus, certains résidents ont parfois du mal à rester assis lors des repas, ce qui entraîne des difficultés pour la prise alimentaire, et qui, à la longue, nuit à leur état nutritionnel. Il faut donc que les professionnels de santé soient particulièrement vigilants au niveau des apports nutritionnels mais également au niveau des apports hydriques afin de pallier cette perte pour ces personnes qui déambulent beaucoup.

Le manger main est une bonne réponse pour ces personnes qui ne peuvent pas rester assis longtemps devant une assiette en leur permettant de manger tout en déambulant.

3.4 Liés aux réactions de l'entourage

La déambulation chez les personnes âgées peut entraîner de l'épuisement aussi bien au niveau de l'entourage quand celles-ci sont à domicile mais également des soignants lorsque la personne est en institution. En effet, il y a besoin d'une surveillance accrue des patients déambulant afin de les protéger de possible danger. Des conflits peuvent également avoir lieu entre les différents résidents déambulant puisque certains n'acceptent pas l'intrusion d'une tierce personne dans leurs chambres ou lorsque celle-ci touche à leurs affaires personnelles.

4. Les conséquences positives

La déambulation peut présenter des effets bénéfiques pour les résidents. Tout d'abord elle permet de maintenir une activité physique, ce qui permet au résident de maintenir un bon tonus musculaire. Elle favorise également les interactions sociales de jour comme de nuit (avec les familles, les autres résidents, le personnel soignant, etc.).

La Fondation Vaincre Alzheimer souligne également que « la déambulation ne fera de tort à personne. En effet, elle peut même avoir un effet calmant sur certains malades, si cela est sans risque pour elle »⁸

5. L'importance de la prise en soin des résidents déambulant la nuit

La prise en soin des personnes présentant des troubles du comportement, tels que la déambulation nocturne, est importante aux vues des nombreux risques qui existent afin de leur garantir une sécurité optimale et un bien-être.

Composée majoritairement de deux AS et une ASH, les équipes de nuit se retrouvent, très fréquemment, en difficulté dans la prise en soin des résidents déambulant la nuit, notamment si la structure ne dispose pas d'espaces aménagés. Cela peut provoquer chez eux une appréhension, du stress voire même de l'angoisse à venir au travail. Il est donc crucial d'accompagner les équipes de nuit via des formations internes et/ou externes sur les TM et les TNMP afin de leur donner le savoir et les outils nécessaires.

Des espaces aménagés existent pour prendre en soin les résidents présentant des troubles du comportements tels que les PASA de nuit, les unités de vie protégées et les unités d'hébergement renforcées. Certains EHPAD proposent également des accueil de nuit. Ces structures ont pour but d'offrir un espace sécurisé et organisé où le résident peut déambuler.

Des mesures préventives existent pour minimiser les risques encourus par les résidents. En effet, la Fondation Vaincre Alzheimer⁹ recommande d'offrir « un espace sécurisé et ordonné où il peut déambuler. Il faut donc enlever les tapis et autres obstacles sur lesquels le patient pourrait trébucher. Cela lui permettra de se déplacer sans risques » ; proposer au résident « une tâche répétitive à accomplir » ; sécuriser l'établissement « ajoutez des verrous à toutes les portes donnant sur l'extérieur » ; « installez des dispositifs de sécurité sur toutes les fenêtres » ; etc.

⁸ <https://www.vaincrealzheimer.org/avoir-un-proche-malade/gerer-les-troubles/deambulation/>

⁹ <https://www.vaincrealzheimer.org/avoir-un-proche-malade/gerer-les-troubles/deambulation/>

6. Les échelles d'évaluations

Diverses échelles d'évaluation existent pour évaluer de manière précise et objective la déambulation.

L'échelle NPI-ES¹⁰ qui permet de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des personnes souffrant de démences.

Cette échelle regroupe dix domaines comportementaux et deux variables neurovégétatives (cf annexe 2). Elle est réalisée grâce à un entretien avec un médecin ou un évaluateur externe et un membre de l'équipe soignante. Généralement, le patient n'est pas présent pendant cet entretien.

Lors de cette évaluation, les troubles du comportement du patient pris en soin vont être évoqués. Le but est alors de quantifier la fréquence, la gravité et le retentissement de ses troubles du comportement sur le patient afin d'optimiser la prise en soin. Pour ce qui est de la déambulation, il n'y a pas d'item précis mais on peut la classer dans l'item « comportement moteur aberrant ». Cependant, cette évaluation n'est pas assez précise dans l'évaluation de la déambulation.

L'échelle d'ALGASE¹¹ se compose de dix-neuf items et de trois sous-échelles : la marche persistante, l'orientation spatiale et le comportement de fugue. Cette échelle à été révisée depuis sa création, elle permet d'évaluer et d'observer le comportement du résident afin de réaliser une prise en soin optimale en respectant le bien-être et le confort du résident.

L'échelle l'EPADE¹² (échelle d'évaluation chez les Personnes Âgées, des symptômes et des syndromes déconcertants ; cf annexe 3). Cette échelle prend peu de temps à être réalisée en seulement quelques minutes. Elle comprend quatre grandes thématiques qui sont la violence et l'agressivité ; le refus/l'opposition, la passivité et l'aphasie ; paroles inquiétantes ou déconcertantes demandant présence et vigilance ; actes inquiétants ou déconcertants demandant présence et vigilance. Elle se présente sous format A4 avec la possibilité de plier en 4 la feuille, cette échelle est composée de mots universels qui sont visibles, permettant ainsi une évaluation rapide et efficace.

¹⁰ https://www.cmrr-nice.fr/doc/NPI_soignant_fr.pdf

¹¹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S162748301500029X>

¹² <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S162748301500029X>

II - LES THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES PERSONNALISÉES

1. Définition

Le concept de TNMP a été créé dans les années 2000 par le Dr Thierry BAUTRANT, médecin psychiatre spécialisé en gériopsychiatrie et spécialiste des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer.

Le Dr BAUTRANT part du principe que « ce n'est pas la TNM qui s'impose au résident et à son trouble, mais l'inverse »¹³.

La ou les TNMP doivent être le résultat de l'analyse du trouble du comportement défini et évalué, du symptôme sous-jacent, du projet de vie individualisé et des capacités restantes de la personne.

Essayer de donner un sens au trouble du comportement au travers de cette analyse minutieuse pour chaque résident permet de mettre en place un plan d'action personnalisé.

L'étude ETNA 3 à l'échelle européenne en 2012¹⁴, qui cherchait à évaluer l'efficacité de trois thérapies non médicamenteuses : la thérapie par réminiscence, la stimulation cognitive et la prise en charge individualisée adaptée au patient, a montré que seule la prise en charge individualisée a apporté un effet sur le ralentissement de la perte d'autonomie, retardant de 6 mois l'entrée en établissement, confirmant ainsi le bien fondé de la mise en place des TNMP.

2. Les TNMP adaptées à la gestion de la déambulation nocturne

Les troubles du comportement les plus perturbateurs ciblées par les PASA de nuit sont : le cri, la déambulation et l'agitation.

Selon le Dr BAUTRANT, il y a cinq TNMP à proposer qui sont : la méthode Montessori ; la méthode de resynchronisation ; la thérapie multi sensorielle ; la thérapie par la réminiscence ; la thérapie de validation. Ce dernier qualifie ces TNMP comme les plus apaisantes.

¹³ Dr Thierry Bautrant. Traiter autrement la maladie d'alzheimer. La thérapie non médicamenteuse personnalisée

¹⁴ Amieva H et al. Group and individual cognitive therapies in alzheimer disease: The ETNA 3 randomized trial. Int. Psychogeriatr 2016 Mai

2.1 La méthode montessori

Créée en 1907 par Maria Montessori, la pédagogie Montessori repose sur les principes de liberté et d'autonomie de l'enfant.

Dans les années 2000, le neuropsychologue américain Cameron Camp a eu l'idée d'adapter cette méthode aux personnes atteintes de pathologies neuro cognitives. Cette méthode permet d'avoir un autre regard sur le patient, non en fonction de ses déficits mais en fonction de ses compétences et de ses capacités restantes.

Cette méthode est donc basée sur les 12 principes Montessori qui sont :

- « - L'activité doit avoir un sens pour la personne, capter son intérêt ;
- Demander l'avis de la personne âgée ;
- Offrir du choix ;
- Parler moins et montrer plus ;
- Prendre en compte les capacités préservées ;
- S'adapter à la vitesse des personnes âgées ;
- Aménager l'environnement ;
- Donner à la personne un objet à manipuler, à tenir ;
- Toujours aller du plus simple au plus complexe ;
- Diviser les tâches en sous-étapes ;
- Terminer en demandant à la personne si elle a aimé cette activité et si elle voudrait la refaire ;
- Le but est l'engagement de la personne âgée dans l'activité, le plaisir qu'elle prend.»¹⁵

« L'idée [...] est de faire travailler la mémoire procédurale en faisant réaliser aux résidents des activités. Ainsi les capacités résiduelles sont préservées dans la mesure du possible et certains patients peuvent retrouver des gestes de la vie quotidienne qu'ils avaient l'habitude de faire mais que faute de pratique ils avaient oubliés »¹⁶.

Selon le Dr BAUTRANT, il est donc essentiel d'évaluer les capacités restantes : les capacités motrices (marcher, sauter, courir, porter, etc), les capacités cognitives (se souvenir des faits anciens, lire, compter, écrire, dessiner, colorier, etc), les capacités sensorielles (voir, entendre, sentir, goûter,

¹⁵ <https://montessori-easy.com>

¹⁶ Dr Colin Thierry -Dr Colin-Jacquet Pascale. DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD. Application en EHPAD des principes de la méthode Montessori pour améliorer la prise en charge des résidents atteints de troubles cognitifs. Ehpapad.org

toucher, etc) et les capacités sociales (répondre aux questions, s'exprimer, raconter, parler, se présenter, etc). On proposera ainsi des activités sans échecs, on favorisera l'autonomie, on renforcera l'estime de soi et la confiance en soi qui sont sources d'épanouissement.

Différents outils d'évaluation sont disponibles tels que :

- La MAS (Montessori Assessment System) qui comprend sept activités, à savoir : le lavage des mains ; la lecture et la discussion autour d'une histoire courte ; l'activité de catégorisation ; la motricité fine ; l'enfilage de vêtements ; la perception des couleurs et de la profondeur et l'utilisation d'un calendrier.
- Le Montessori Test de Lecture qui doit être systématiquement effectué pour déterminer la taille des polices lisibles par la personne âgée en veillant à choisir le style ARIAL en gras.

2.2 La réorientation thérapie

Dans la maladie d'Alzheimer, le rythme veille-sommeil est désorganisé. On constate une agitation vespérale (appelée sundowning) et nocturne.

Pour le Dr BAUTRANT, cette technique « consiste à renforcer les repères temporels et à lutter contre la désorganisation veille - sommeil et va permettre de diminuer les troubles qui lui sont associés ». Il conseille donc pour renforcer les repères « de donner les repas à heure fixe ; de donner en permanence des informations temporelles au résident ; de donner des rendez-vous à heure fixe ; de faire le lien avec le cycle jour-nuit ; d'accompagner la nuit par la préparation au sommeil grâce à la diffusion d'une musique qu'il aime particulièrement. »¹⁷.

Une horloge indiquant l'heure et un calendrier pour la date du jour servent également de support. Les écrans numériques avec affichage de l'année du mois, du jour et de l'heure sont tout à fait adaptés. Les dates et heures de rendez-vous ou d'activités affichées dans la chambre sont également des repères importants, la lecture étant une capacité longtemps préservée.

Le jour doit préparer la nuit, en proposant des activités stimulantes le matin à la lumière du jour, et des activités occupationnelles selon les préférences, en évitant les siestes trop longues, en proposant la luminothérapie, dans la mesure du possible, vers 18h qui consiste en une exposition à faible distance d'un mur d'illumination de 100 000 lux pendant au moins trente minutes si possible.

¹⁷ La pédagogie Montessori afin d'aider les personnes atteintes de la maladie d'alzheimer. Camille Dumas juin 2023. <https://pedagogiemontessori.fr>

Le coucher doit suivre un rite apaisant sur le mode de la réminiscence avec une musique douce choisie en diminuant progressivement l'intensité lumineuse de la chambre.

2.3 La thérapie multisensorielle

Elle consiste en une stimulation positive d'une partie ou de l'ensemble des cinq sens. Son objectif est d'apaiser en apportant le bien être.

La musicothérapie

Elle a été définie par Munro et Mount comme « l'utilisation intentionnelle des propriétés et du potentiel de la musique et de son impact sur l'être humain »¹⁸.

Elle réduit l'anxiété, la dépression, l'agitation. Apaisante, elle favorise l'endormissement.

L'aromathérapie

« Sur la base d'utilisation d'huiles essentielles, l'objectif de l'aromathérapie est d'améliorer la qualité de vie des patients déments et notamment de participer à la relaxation, l'amélioration du sommeil, la diminution des sensations de douleur, la réduction des symptômes dépressifs »¹⁹.

La stimulation gustative

Une collation plaisir au coucher ou la nuit apporte un sentiment de bien être et d'apaisement favorable à l'endormissement.

L'espace Snoezelen

« Développé dans les années 1970 par deux jeunes Hollandais, le terme Snoezelen est la contraction de Snuffelen (renifler, sentir) et de Doezen (sommoler), que l'on pourrait traduire autour de la notion d'exploration sensorielle et de détente et plaisir »²⁰.

Il s'agit d'une salle dédiée, équipée de divers dispositifs : diffuseurs d'arômes, jeux de lumières, canapés, musique douce, textures variées, etc. Chaque élément est soigneusement choisi pour créer une atmosphère enveloppante et rassurante en relation avec le projet de vie du résident. On fait appel aux cinq sens : l'odorat, la vue, le toucher, le goût et l'ouïe.

La séance se fait de préférence en présence d'un professionnel formé au concept et connaissant les préférences de la personne.

¹⁸ Munro S, Mount B, CAN Med Assoc J 1978 « Music therapy in palliative care.

¹⁹ Maladie d'alzheimer et apparentées: PEC des troubles du comportement perturbateurs. HAS Recommandation des bonnes pratiques. 2009.

²⁰ <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>

L'importance de la bonne connaissance du projet de vie individualisé est indispensable pour stimuler positivement les sens et ainsi permettre les contacts nécessaires au bien-être et à l'épanouissement.

2.4 La thérapie par la réminiscence

Cette technique est basée sur l'évocation des souvenirs anciens et positifs du patient.

« Sur le plan cognitif, la mémoire des événements et des souvenirs anciens est relativement intacte [...]. Les événements remontant à l'enfance peuvent être rappelés tandis que les événements très récents sont oubliés »²¹.

Différents outils et/ou supports peuvent être utilisés : les albums photos, les chansons de jeunesse, les objets personnels, etc. Il est important d'impliquer les familles pour étayer au maximum le projet de vie individualisé et pour apporter des souvenirs (photos, objets, etc) qui ont beaucoup compté pour la personne.

« La réminiscence implique aussi un traitement émotionnel. Les souvenirs ont souvent des associations positives ou négatives »²². Elle stimule le langage pour décrire, raconter et expliquer. Elle agit également en apaisant la personne présentant des troubles de l'humeur, agitation et irritabilité.

2.5 La thérapie de validation

Naomi FEIL, une psychologue américaine, a élaboré entre 1963 et 1980 une méthode destinée à favoriser la communication avec les personnes âgées désorientées. Elle décrit quatre phases qui correspondent à des profils psycho-comportementaux distincts, à savoir :

« La mal-orientation où la personne demeure orientée dans le temps et dans l'espace, utilise correctement le langage mais aurait tendance à nier ses pertes ;

. La confusion temporelle où la personne présente une désorientation temporo-spatiale et interpersonnelle, mais utiliserait encore correctement le langage ;

. Le mouvement répétitif où la personne remplacerait le langage parlé par des mouvements et des sons ;

. L'état végétatif où la personne garderait le plus souvent les yeux fermés et bougerait à peine, mais, malgré ce repli sur elle-même, resterait sensible aux sons, aux odeurs et au toucher. »²³.

²¹ Fondation Médéric Alzheimer -Intervention non médicamenteuse et maladie d'Alzheimer. Comprendre, connaître et mettre en œuvre. Guide pratique 2021.

²² Fondation Médéric Alzheimer -Intervention non médicamenteuse et maladie d'Alzheimer. Comprendre, connaître et mettre en œuvre. Guide pratique 2021

²³ Cairn.info /revue gérontologique-et-société1-2008

Constat emprunté à Erik ERIKSON, Naomi FEIL « part du constat que certaines personnes âgées cherchent à accomplir des tâches parfois inachevées qui ressurgissent dans leur esprit à un âge avancé, dans le but ultime de mourir serein. »²⁴.

Selon Erik ERIKSON : ceux qui leur vie durant arrivent à affronter avec succès leurs épreuves pourraient compter atteindre une forme d'accomplissement et de sérénité, les autres étant voués au désespoir, faute d'un bilan acceptable »²⁵.

Selon le Dr BAUTRANT : « Les personnes dépendantes démentes ressentent des émotions comme la joie, la tristesse, la colère, la peur qui ne correspondent pas obligatoirement au moment présent mais à des événements vécus il y a longtemps »²⁶.

Au cours des trois premières phases, avec leurs capacités diminuées, les personnes âgées vont refaire par bribes décousues cette visite du passé pour tenter de résoudre des tâches non résolues. Mais ces personnes très âgées ne peuvent gérer seules leurs émotions qui les envahissent et dont elles perdent peu à peu le contrôle. Sans une écoute attentive que propose la validation, elles vont évoluer vers la quatrième phase c'est-à-dire l'état végétatif.

« Les étapes de la validation :

- 1 - Se centrer [...] sur soi pour se libérer de toutes nos préoccupations ;
- 2 - Observer [...] l'état émotionnel de la personne ;
- 3 - Trouver la distance appropriée ;
- 4- Se mettre en empathie [...] permet de ressentir en partie les émotions de l'autre et lui permet de se sentir compris ;
- 5- Utiliser des techniques verbales ou non verbales adéquates ;
- 6- Terminer la rencontre sur une note positive [...] afin de faciliter les échanges ultérieurs »²⁷.

En ayant une attitude empathique avec le patient, en évitant d'entrer en confrontation ou de le raisonner, le soignant crée un lien de confiance, réduit l'anxiété et l'agitation et renforce le sentiment d'identité.

²⁴ Dr Thierry Bautrant. Traiter autrement la maladie d'alzheimer. La thérapie non médicamenteuse personnalisée

²⁵ Erik Erikson. The life cycle completed - Extended version - New York ww Norton and co, 1997

²⁶ Dr Thierry Bautrant. Traiter autrement la maladie d'alzheimer. La thérapie non médicamenteuse personnalisée

²⁷ Vivre Alzheimer.fr / Validation -naomi-Feil

3. La méthodologie pour le choix des TNMP

C'est une véritable enquête minutieuse qui doit être effectuée en équipe pour déterminer la ou les causes du trouble du sommeil et de la déambulation. (après avoir éliminé une cause somatique) en évaluant les facteurs environnementaux, les facteurs propres à la personne et ceux propres à la maladie avec en fil rouge le projet de vie individualisé de la personne.

À partir de son projet de vie individualisé, l'équipe met à plat la personnalité du résident, ses goûts et ses affinités. À partir de ces éléments, il faut essayer de donner un sens à ce trouble. Les capacités restantes sont évaluées selon la méthode Montessori. À l'issue de cette réunion, il sera mis en œuvre une ou des TNMP qui seront adaptées et personnalisées à ce résident.

Le Dr BAUTRANT préconise des réunions hebdomadaires en présence de toute l'équipe soignante afin de relever le ou les troubles du comportement de chaque résident, de les relier avec le symptôme psychiatrique (anxiété, dépression, etc) qui en est la cause sous-jacente. La désignation d'un référent TNMP est importante pour le bon suivi de la mise en œuvre de la thérapie choisie en équipe.

L'analyse du trouble peut être évaluée par la méthode QQQQCP et doit permettre de répondre aux questions suivantes : Qui ; Quoi ; Où ; Quand ; Comment. Le Dr BAUTRANT précise qu'il faut rechercher si il y a un événement favorisant ou calmant ; la durée du trouble ; donner du sens à ce trouble (possible lien avec l'histoire de vie).

4. L'utilisation conjointe des TNMP et des thérapies médicamenteuses

Régulièrement, tous les médecins intervenant dans des EHPAD sont confrontés à des demandes de la part de soignants de traitements pour apaiser des patients présentant des troubles du comportement, essentiellement pour des patients agressifs ou très opposants, ou bien des patients qui crient ou déambulent le jour et/ou la nuit.

Les réponses à ces problèmes sont la plupart du temps de type médicamenteuses avec prescriptions de somnifères ou d'anxiolytiques et très (trop) souvent de neuroleptiques. Même si beaucoup de prescriptions présentent la mention en « si besoin » et/ou « si agitation », on se rends compte que les « si besoin » évoluent très vite en « systématique », « traitement de fond », et que les camisoles chimiques se mettent en place progressivement sans remise en question à chaque renouvellement d'ordonnance, car le médecin n'est pas forcément informé de la fréquence de délivrance effective des traitements.

Par manque de formation sur les thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses, on se retrouve alors dans des situations où les résidents sont polymédicamentés avec moult effets secondaires et conséquences catastrophiques, avec un risque d'accidents et de décès forcément accru.

Les traitements médicamenteux introduits pour traiter les troubles du comportement ou du moins pour en diminuer l'importance sont appelés psychotropes. Sans vouloir les énumérer un par un car ce n'est pas le sujet de ce mémoire, on les regroupe en cinq classes : les anxiolytiques ; les antidépresseurs ; les hypnotiques ; les antipsychotiques et les régulateurs de l'humeur.

On connaît la longue liste des effets indésirables de ces traitements tels que la somnolence avec un risque de chute accrue, notamment chez les personnes âgées qui y sont particulièrement sensibles même à petites doses.

Ils ont malgré tout leurs places dans la prise en soin des troubles du comportement. Il est important d'en suivre les recommandations, en cherchant la posologie la plus faible tout en étant efficace, et en respectant la durée préconisée.

La recherche systématique d'effets iatrogènes doit être effectuée régulièrement en faisant notamment attention aux effets paradoxaux de certaines molécules.

La réactualisation mensuelle, la réévaluation de ces prescriptions est indispensable pour trouver la juste posologie et/ou pour envisager un arrêt de prescription.

Les TNMP n'ont quant à elles aucun effet indésirable. Elles peuvent être mises en œuvre systématiquement mais doivent être réévaluées régulièrement au cours des réunions hebdomadaires en fonction de l'évolution de la maladie et de la dépendance. Les bénéfices attendus des TNMP sont multiples tant pour les personnes âgées que pour les soignants et pour les familles.

L'utilisation conjointe des TM et TNMP, adaptées à la subjectivité du patient et à sa situation clinique, rendra la TM plus efficace car il tiendra compte de son individualité et du ressenti de ses troubles, et il améliorera son adhésion et son implication dans le processus du soin. Bien que la nature de ces deux concepts diffère par leur degré d'ancrage scientifique, ils ne sont pas pour autant antagonistes. Leur complémentarité est possible. Toutes cette complémentarité potentielle est souvent incomprise voire rejetée. La complémentarité doit être recherchée sans objectif de substitution ou de remise en cause de la prédominance établie des thérapies médicamenteuses. Chacune des deux méthodes obéit à sa propre séquence dans le processus de soins, tout en poursuivant la même finalité : la prise en soin des troubles du comportement, et ici de la déambulation nocturne.

Dès lors, toute analyse comparative établie dans une perspective d'opposition doit être d'emblée rejetée.

5. Les espaces aménagés en EHPAD

5.1 Le PASA de jour

C'est un espace dédié conçu pour accueillir toute la journée, repas inclus, des personnes présentant des troubles du comportement modérés, avec un personnel encadrant formé, proposant des activités stimulantes sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives. Les activités sont stimulantes sur le plan cognitif (lecture, coloriage, memory, etc), sur le plan sensoriel (musique, cuisine, jardinage, etc) et sur le plan physique (marche, gymnastique douce) et doivent être thérapeutiques en veillant à choisir pour chacun les activités en fonction de leur projet de vie et décidées lors des réunions d'équipe.

L'objectif est bien sûr la stimulation des capacités restantes, la préservation de l'autonomie, l'amélioration de la qualité de vie des résidents et une estime de soi rehaussée et au final la diminution des troubles du comportement.

5.2 Le PASA de nuit

Encore trop peu étendus sur le territoire Français, les PASA de nuit sont des espaces dédiés, aménagés pour être sécurisants et apaisants pour la prise en soin des résidents présentant des TC nocturnes. Ils sont ouverts de 19h30 à 5h30, idéalement 365 jours sur 365 (minimum 300 jours). Un soignant formé spécifiquement aux TNMP est chargé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées. Il connaît les résidents et met en œuvre les TNMP les plus apaisantes pour eux. Bien souvent ce soignant travaille en pyjama pour évoquer la nuit et le sommeil en accord avec la méthode de resynchronisation.

« Les résidents éligibles doivent être évalués par le NPI-ES avec une cotation Fréquence X Gravité supérieure ou égale à 4 et un retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant supérieure à 2. »²⁸.

Le PASA de nuit « a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie et de la PEC des TC perturbateurs nocturnes pour l'ensemble des résidents dans le respect de la singularité »²⁹.

À titre expérimental depuis fin 2020, les PASA de nuit sont présents dans vingt-un EHPAD de la région PACA, et depuis 2023 dans d'autres régions, leur généralisation est envisagée.

²⁸ ARS PACA Avis d'appel à candidature. Mise en place expérimentale de PASA de nuit en EHPAD. 2020

²⁹ ARS PACA Avis d'appel à candidature. Mise en place expérimentale de PASA de nuit en EHPAD. 2020

5.3 L'unité de vie protégée

C'est une unité de vie au sein d'un ehpad qui permet d'accueillir dans un environnement sécurisé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées déambulantes et/ou nécessitant une surveillance rapprochée dans le but d'assurer leur sécurité. Il s'agit d'une unité fermée qui offre un cadre de vie rassurant dans des locaux spécialement aménagés (portes sécurisées), avec un espace de déambulation contenant ainsi qu'un espace extérieur de type jardin.

Avec peu de résidents (maximum 25), avec un personnel en nombre suffisant spécialement formé aux troubles du comportement et aux TNMP, la prise en charge spécialisée et personnalisée offre une meilleure qualité de vie à ces résidents.

Les activités proposées tiennent compte des projets de vie de chaque personne et sont à but thérapeutiques en stimulant les fonctions cognitives, sensorielles, sociales et physiques.

La préservation de l'autonomie par la stimulation aux actes de la vie quotidienne permet une diminution des symptômes psycho-comportementaux.

5.4 L'unité d'hébergement renforcée en EHPAD

Pour un accueil de jour et de nuit de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté, à un stade avancé, présentant des troubles du comportement sévères (hallucinations, agressivité, désinhibition, etc), capables de se déplacer seul (même en fauteuil roulant), sans syndrome confusionnel, et avec leur accord ou plus souvent celui du tuteur. Avec un environnement adapté, sécurisant et sécurisé, c'est un secteur fermé.

Comme pour les UVP, le personnel est spécialement formé et comprend un médecin coordonnateur ; des infirmières ; des assistants de soins en gérontologie (aide soignante) ; un ergothérapeute ou un psychomotricien et un psychologue qui intervient auprès des résidents.

Les activités sont également présent, à visée thérapeutique, pour maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des personnes âgées³⁰.

³⁰ capretraite.fr

III - La formation de l'équipe soignante aux TNMP

1. De la formation initiale au développement professionnel continu

Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières de Christine PAILLARD définit le processus de formation comme : « la transformation de l'individu (acquisition de connaissances, adoption de nouveaux contenus de pensée, de nouveaux principes de jugement, de nouveaux modes d'action). La formation professionnelle est articulée sur deux mouvements : l'individualisation et la construction d'une profession »³¹. Ce processus permet l'acquisition de compétences, améliorant ainsi l'efficacité des pratiques professionnelles, dans un cadre individuel et collectif.

La formation initiale correspond à la formation de base qui précède l'entrée sur le marché du travail. La formation continue, quant à elle, est le processus d'acquisition de connaissances et de compétences lors de l'exercice d'une profession.

Au regard de leur consécration scientifique croissante, il semble indispensable de renforcer l'enseignement des thérapeutiques non médicamenteuses lors de la formation initiale, qui constitue le socle d'apprentissage des techniques et des savoirs fondamentaux. De cette façon, l'étudiant pourrait, le plus tôt possible, acquérir le maximum de connaissances sur les thérapeutiques non médicamenteuses pour les utiliser plus fréquemment et à bon escient durant la phase initiale de leur pratique professionnelle. De surcroît, il pourrait ensuite partager ses expériences avec les autres soignants qui enrichiraient à leur tour leur pratique professionnelle.

Cette formation initiale se prolonge ensuite tout au long de la vie professionnelle du soignant à travers une formation continue qu'on appelle désormais le « développement professionnel continu » (DPC) ou « formation tout au long de la vie » (FTLV).

³¹ PAILLARD (C), 2018, Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Noisy-le-grand : Setes 4ème édition, p192

L'Agence Régionale de Santé (ARS) définit le développement professionnel continu comme « une obligation individuelle, qui s'impose aux professions de santé inscrites dans le code de la santé publique. Il a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »³².

Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières, édité par Christine PAILLARD, définit la notion de formation tout au long de la vie comme « un apprentissage déclenché à tout moment de la carrière d'un individu dont l'objectif est d'améliorer ses connaissances, son savoir-faire, savoir-être, et viser des qualifications supplémentaires »³³. Au terme de « formation continue » s'est en effet substituée la notion de « développement professionnel continu ». Celui-ci a pour « objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques »³⁴. Mis en place en 2009, et applicable depuis 2013 avant d'être réformé en profondeur en 2016, il constitue désormais « une obligation pour tout professionnel de santé qui doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques »³⁵. La réforme opérée en 2016 est venue centrer le DPC sur le processus de prise en charge du patient afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Outre le perfectionnement professionnel, le DPC vise un épanouissement personnel du personnel soignant (confiance et estime de soi).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en avril 2011 un rapport d'orientation qui indique que la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses est encouragée « par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes »³⁶. Reconnaisant explicitement leur complémentarité avec les thérapeutiques médicamenteuses, ce rapport recommande d'envisager « les situations dans lesquelles une thérapeutique non médicamenteuse (...) est prescrite en association avec un traitement médicamenteux »³⁷. Toutefois, ce document subordonne la reconnaissance des thérapeutiques non médicamenteuses au fait qu'elles soient utilisées dans le cadre de méthodes agréées.

³² <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/developpement-professionnel-continu-dpc>

³³ PAILLARD (C), 2018, Dictionnaire des concepts en sciences infirmières, Noisy-le-grand, Setes : 4ème édition, p193

³⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>

³⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>

³⁶ https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201106developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf p5

³⁷ https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201106/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf p6

La consécration exponentielle des méthodes non médicamenteuses dans le champ scientifique ouvre donc la voie à une meilleure intégration de ces thérapeutiques dans le cadre du DPC, afin que les professionnels les comprennent mieux et les utilisent ensuite davantage dans leur pratique professionnelle. Le DPC permettrait d'une part de corriger les représentations parfois erronées et les réticences des soignants à propos de l'usage de ces thérapeutiques, et d'autre part, de leur permettre d'être sensibilisés aux techniques existantes pour mieux les expliquer ensuite aux patients. L'adhésion et l'implication du patient dans le processus de soins sont la clé de réussite de tout traitement, qu'il soit médicamenteux ou pas. Or, cette vulgarisation et cet engagement volontaire du patient imposent au préalable que les TNMP soient admises et assimilées par les professionnels de santé.

Cette évolution devra s'accompagner d'une formation renforcée du personnel. Car c'est très probablement leur manque de formation initiale qui favorise leur sous-utilisation et les perceptions erronées, ainsi que le désintérêt ultérieur durant leur vie active. Cette formation approfondie permettrait de lutter contre cette incompréhension voire leur rejet injustifié dans leur pratique professionnelle. Outre les compétences partagées avec le milieu médical, le cadre réglementaire reconnaît aux soignants un certain rôle propre dans le processus de soin. La complémentarité de ces deux thérapeutiques pourrait déboucher sur ce que Stéphanie TRÄGER a qualifié de « médecine intégrative »³⁸. L'intégration ne signifierait pas ici absorption, mais plutôt l'existence d'une complémentarité.

2. Etat des lieux

2.1 Choix de la phase exploratoire : le questionnaire

Notre choix s'est porté sur l'élaboration d'un questionnaire³⁹, offrant une meilleure accessibilité et permettant d'avoir un plus grand nombre de participants afin que notre enquête soit la plus significative et représentative possible.

Ce questionnaire s'adresse aux professionnels de santé exerçant en EHPAD. Nous l'avons partagé sur plusieurs établissements. Ses objectifs sont de connaître et d'identifier les besoins des soignants dans la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD, d'évaluer l'emploi réel des TNMP dans leur pratique actuelle et de connaître leurs besoins réels en formation dans ce domaine.

³⁸ <http://lenouveaucancerologue.com/wp-content/uploads/2018/06/Intégration-des-thérapies-complémentaires-dans-la-médecine-conventionnelle-rôle-des-soins-de-support-.pdf>

³⁹ <https://forms.gle/iRTBbMptweeyNMcp6>

2.2 Les résultats

Le questionnaire a été diffusé pendant plusieurs semaines au sein de plusieurs EHPAD situés en Vaucluse, dans la région parisienne mais également sur toute la France (LILLE, ANGOULEME) et a obtenu un total de 126 réponses (cf annexe 2). Il semble important, dans un premier temps, de ventiler la catégorie des professionnels interrogés. La majorité des réponses provient des infirmières (en soin général, coordinatrice, référent - 66 réponses) et des aides-soignants (jour et nuit - 22 réponses). Nous avons obtenu trois réponses de médecins coordonnateurs. Ce chiffre est satisfaisant dans la mesure où il y a souvent un médecin coordonnateur par structure, et parfois même il n'y en a pas. Les autres réponses obtenues proviennent de directeurs ; d'accompagnants éducatifs et sociaux ; d'aidants médico- psychologiques; d'enseignants en activité physique adapté ; d'ergothérapeutes ; de formatrices et de cadres de santé ; d'infirmières mobiles d'hygiène ; de psychologues et de psychométriciennes.

Les résultats du questionnaire mettent en évidence que les troubles du comportement en EHPAD représentent 75% des prises en soin des équipes soignantes. Parmi les troubles du comportement, la déambulation nocturne fait partie des problématiques rencontrées par les équipes à 97,6%, notamment par les équipes de nuit à 91,5%, et plus précisément lors du changement des équipes jour et nuit. 81,3% des soignants déclarent utiliser les TNMP dans leur pratique quotidienne pour la prise en soin des TC : 68,9% par la thérapie par médiation ; 61,5% par la réorientation thérapie ; 45,9% par la réminiscence thérapie ; 39,3% par l'utilisation d'espaces multisensoriels.

La majorité, soit 55,4%, des professionnels de santé, estime être capable d'identifier la cause du TC et de choisir la TNMP appropriée contre 44,6%. 48% des soignants utilisent souvent les TNMP dans leur pratique quotidienne pour la prise en soin des TC. Toutefois, force est de constater que 63,4% des soignants se limitent encore à ne recourir qu'aux seules thérapies médicamenteuses dans la prise en soin des TC. Ce constat est regrettable. 56,1% des équipes soignantes ont reçu une formation aux TC contre 43,9%. Pour la formation dédiée spécifiquement aux TNMP : seulement 26,6% d'entre elles déclarent en avoir été bénéficiaires. Ces formations sont animées en grande majorité par des intervenants externes, et encore trop peu par les IDEC et les MedCo. 92,7% des soignants souhaiteraient avoir des formations supplémentaires sur l'usage des TNMP pour traiter les TC. Si l'on ramène ce chiffre aux 91% des soignants qui ont déclaré ne pas avoir de référent aux TNMP au sein de leur structure, il est clairement identifié ici un besoin réel de formation dans ce domaine. A noter également, que 77% d'entre eux indiquent ne pas avoir eu de réunion pluridisciplinaire sur les TNMP pour la prise en soin des TC.

Certains établissements disposent de PASA de jour (56,5%), de PASA de jour et de nuit (13,5%), d'UVP (58,7%) et certaines structures ne disposent pas de PASA (29,4%). 83,7% des soignants pensent qu'un PASA de nuit serait bénéfique pour la prise en soin de la déambulation nocturne. 89,4% des soignants pensent qu'une UVP serait bénéfique pour la prise en soin de la déambulation nocturne.

2.3 L'analyse des réponses

Les troubles du comportement en EHPAD représentent un enjeu majeur. Cela représente 3/4 des prises en soin. Le vieillissement démographique va accentuer ce taux au cours des prochaines décennies. La déambulation constitue une problématique rencontrée par les équipes de jour et notamment par les équipes de nuit. Les nuits en EHPAD sont « peuplées de ceux qui ne dorment pas, de ceux qui dorment de façon séquentielle, de ceux qui ont peur, de ceux qui s'angoissent, de ceux qui viennent voir ce qui se passe en dehors de leur chambre, de ceux qui pensent que c'est le temps de la journée, de ce qui souffrent dans leur lit, de ceux qui ont besoin d'aide parce qu'ils sont souillés, de ceux qui tombent, de ceux qui crient, de ceux qui ont faim, de ceux qui veillent, travaillent, soignent... La nuit est un extrait de ce qui se joue le jour. La nuit est un concentré de ce qui est éprouvant. La nuit, la vie continue, moins diluée, moins accompagnée, enveloppée de nuit et de solitude. »⁴⁰. La nuit, dans la plupart des structures, il n'y pas d'infirmier présent (uniquement des infirmiers d'astreinte, joignable à distance). Il est primordial d'identifier les problématiques et les besoins des équipes de nuit afin de les accompagner via des formations et des réunions nocturnes. Il serait même intéressant de proposer aux équipes de nuit de participer aux réunions de jour afin de partager leurs difficultés rencontrées mais également d'entendre celles des équipes de jour et aussi de découvrir les résidents de jour afin de mieux les connaître.

Des espaces aménagés existent pour la prise en soin de ces troubles tels que les PASA, les UVP, les UHR. Le Dr BAUTRANT, médecin expert pour l'ARS et pilote expert du dispositif PASA de nuit en EHPAD pour l'ARS PACA, développe la mise en place d'espaces aménagés la nuit pour la prise en soin des TC.

Les soignants sont pour la plupart formés aux TC mais trop peu savent les prendre en soin par une thérapie non médicamenteuse. En effet, face aux TC, les IDE ont davantage recours aux TM

⁴⁰ <https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-119?lang=fr>

administrées sous prescription médicale. Il existe encore trop peu de formation sur les TNMP : quelles sont-elles ; comment les utiliser de façon appropriée et pour qui ? L'IDEC et le MedCo, acteurs clés dans la mise en oeuvre et le suivi des TNMP, sont encore trop peu présents dans les temps de formation.

3. Les formations disponibles

Chaque année sont publiés les catalogues des formations continues. On y retrouve des formations où les thérapeutiques non médicamenteuses y sont développées : « initiation aux gestes et au toucher en relation de soin »⁴¹ ; « thérapies non médicamenteuses : les fondamentaux »⁴² ; les différentes thérapies psycho-sociales (exemple : Montessori) ; les TNMP dans la prise en soin de la douleur ; l'hypnose ; l'approche corporelle ; etc.

Il existe des formations internes, obligatoires ou non, proposées par les établissements. Ces formations sont, pour la plupart, animées par des intervenants internes (psychologue, IDEC, MedCo) selon les besoins des prises de soin de l'établissement, lequel peut également recourir le cas échéant à des intervenants externes. Les professionnels de santé peuvent également participer aux formations dispensées par des intervenants externes en dehors de l'établissement même.

Ces temps de formations peuvent s'organiser sous forme d'échanges, de débats en lien avec les prises en soin difficiles rencontrées; ou sous forme d'ateliers de mise en situation qui demeurent le procédé d'apprentissage le plus attractif et instructif pour les soignants.

De plus en plus d'établissements de santé offrent des formations en e-learning. Les soignants disposent d'un temps dédié sur leur temps de travail pour suivre ces formations. En fonction de la nature des difficultés rencontrées, ils peuvent suivre ces formations avec l'infirmière coordinatrice et/ou le médecin coordonnateur.

Les professionnels de santé peuvent également engager une démarche de formation continue de leur propre initiative, ou en exprimer le besoin lors des entretiens annuels avec leur supérieur hiérarchique.

En fonction des demandes et des besoins des soignants face aux problématiques identifiées au sein de leur établissement, l'infirmière coordinatrice et/ou le médecin coordonnateur peuvent étudier toute demande formulée en faveur d'une formation sur mesure.

Ces formations peuvent être gratuites ou payantes, mais finançables grâce à des financements extérieurs (CPF, CEP, PÔLE EMPLOI, etc) ou par l'employeur.

⁴¹ <https://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/2024/05/catalogue-2025web.pdf>

⁴² <https://www.grieps.fr/produit/therapies-non-medicamenteuses-tnm-les-fondamentaux/>

La formation des soignants aux TNMP vise « à traiter ou soulager certains symptômes, améliorer la qualité de vie, et favoriser un état de bien-être général » ; « aborder les différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses » ; « prévenir et traiter les troubles psycho-comportementaux : utiliser les soins thérapeutiques non médicamenteux pour gérer les troubles comportementaux et émotionnels » ; « intégrer les TNM dans la politique de prévention de l'établissement » ; « promouvoir le projet d'accompagnement du résident grâce aux TNM : Utiliser les thérapies non médicamenteuses pour soutenir et améliorer le projet d'accompagnement du résident »⁴³. Les TNMP visent à accompagner les résidents dans une démarche globale de bienfaisance et de bientraitance.

4. Le trio IDEC, MedCo et psychologue dans la mise en oeuvre et le suivi des TNMP

L'infirmière coordinatrice, le médecin coordonateur et la psychologue jouent un rôle central dans la mise en oeuvre et la suivi des TNMP. Leurs missions reposent sur « l'encadrement de l'équipe et la qualité des soins, chacun dans sa fonction et ses missions afin de construire et mener la prise en charge des résidents »⁴⁴. Les directeurs des établissements doivent également adhérer pleinement au projet pour en assurer une mise en oeuvre efficace, tout en s'alignant sur les temps de formations et de réunions proposées.

Certains d'entre nous ont eu l'opportunité de rencontrer le Docteur Thierry BAUTRANT, fondateur de « la Méthode TNMP »⁴⁵ lors d'un séminaire à PARIS. Au cours de cette journée, il a détaillé les différentes thérapies non médicamenteuses avec de nombreux exemples de cas pratiques. Il précise, pour les plus curieux, avoir publié un livre⁴⁶ dans lequel il détaille les effets bénéfiques des TNMP dans les troubles du comportement. En effet, les soignants peuvent observer une baisse des troubles du comportement ainsi qu'une diminution de la consommation de thérapie médicamenteuse telle que des psychotropes chez les résidents présentant des TC ; une mise en sens de leur travail avec une meilleure connaissance et approche du résident ; et pour les aidants, une meilleure compréhension des troubles, leur permettant ainsi d'établir une relation et un accompagnement apaisés. La Docteur

⁴³ www.actionfirst.fr/formation/catalogue

⁴⁴ 2024.02.02 DU IRCO MCO Trio FB

⁴⁵ <https://docteur-thierry-bautrant.fr>

⁴⁶ Traiter autrement la maladie d'Alzheimer: La Thérapie Non Médicamenteuse Personnalisée (T.N.M.P.)

BAUTRANT préconise la réalisation de réunions hebdomadaires pour assurer la mise en oeuvre et le suivi des TNMP, qui sont désormais une recommandation nationale.

Monsieur LEDOUBLEE Grégory, cadre de santé au CHU de CAEN, définit une réunion comme une « action de réunir des personnes en un lieu à une fin déterminée »⁴⁷. Il nous amène à s'interroger sur l'importance de cibler les participants et les pré-requis (qui, quand, où, durée, dire quoi, compte-rendu, fiche d'émargement, partie logistique) indispensables. Selon ce dernier, les réunions pluridisciplinaires visent à valoriser le travail en équipe, à décider en équipe, à assurer la qualité dans les prises en soins et permettent d'être mise en avant dans les contrôles qualités mais à condition d'avoir des fiches d'émargement et compte rendu.

D'une durée de quarante-cinq minutes chacune, les réunions hebdomadaires sont animées par la psychologue, en présence des infirmiers, des aides-soignants que le docteur BAUTRANT qualifie de « soignants experts », et du binôme IDEC et MedCo pour le bon déroulement des réunions. La psychologue donne le savoir théorique aux soignants (acculturation). Par exemple pour différencier l'apathie (manque de motivation) et la dépression (manque d'envie). Le Docteur BAUTRANT préconise d'aborder trois à quatre résidents lors de chaque réunion. Les échanges portent sur plusieurs facteurs tels que les troubles observés par les équipes, leur temporalité, où, les facteurs favorisants, les facteurs calmants, etc. Il décompose ce temps de réunion en trois étapes clés : la méthode diagnostic avec l'identification des symptômes, rechercher la cause du trouble c'est-à-dire la cause déclenchante avec l'importance d'éliminer une cause organique, et enfin le choix de la TNMP. Ce dernier insiste sur l'importance de la traçabilité (émargements) et des comptes rendus via la création d'un tableau de suivi/d'indicateurs permettant le suivi et l'évaluation de l'efficacité de la TNMP choisie.

De plus, le Docteur BAUTRANT évoque l'importance de repenser l'environnement des résidents présentant des TC. Par exemple, plusieurs établissements ont créé des repères avec la lumière, la musiques, les vêtements (équipe de nuit en tenue de pyjama) lors du changement d'équipe jour et nuit. La Haute Autorité de Santé précise que la prévention des TC doit « reposer sur une stratégie développée et adaptée à chaque patient. Les actions générales de prévention concernent : l'information et le soutien aux aidants naturels ; la formation des professionnels ; l'environnement du patient, qui doit être le plus adapté possible à son état »⁴⁸.

⁴⁷ Cours formation DU IDEC M. LEDOUBLEE : LES RÉUNIONS

⁴⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs

Enfin, Le Docteur BAUTRANT invite les professionnels de santé à garder à l'esprit la notion de « CHA » qu'il définit par Capacité restante, Histoire de vie et Affinité. Les aides-soignantes possèdent un rôle clé dans la prise en soin des résidents présentant des TC car elles sont au plus proches d'eux et sont les mieux placées pour identifier les troubles lors de leur prise en soin. C'est pour cette raison que le docteur BAUTRANT qualifie les aides soignantes de « soignant expert ». Elles connaissent le résident dans leur globalité. Elles sont également les mieux positionnées pour évaluer l'efficacité d'une TNMP mise en place. Leur non-verbal lors des réunions est également très important à observer et à rechercher. Il est primordial de les accompagner et de leur faire prendre conscience qu'elles jouent un rôle important dans la prise en soin des résidents présentant un TC. Les réunions hebdomadaires ont également pour but de partager les expériences de chacun et de capitaliser afin d'adopter la meilleure stratégie pour le résident et de désigner des référents TNMP, de préférence des aides-soignantes.

Par le biais des réunions qu'ils impulsent et encadrent, l'IDEC, le MedCo et la psychologue jouent donc un rôle crucial dans la mise en oeuvre et le suivi des TNMP.

CONCLUSION

Le thème de ce travail de recherche portait sur la nécessité d'une meilleure formation des soignants aux TNMP en vue de leur usage accru dans la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD.

D'une manière générale, les TNMP reçoivent depuis plusieurs années une consécration scientifique croissante. Il est désormais communément admis que leur usage dans les prises en soin est salubre, en complémentarité (et non pas en substitution) avec les thérapies médicamenteuses.

Ce qui nous amène à nous interroger en l'occurrence ici sur leur usage dans les cas de déambulation nocturne fréquemment observés dans les EHPAD et souvent liés à des troubles somatiques du patient. Les déambulations nocturnes peuvent occasionner des risques divers avec une gravité variable (fugues, dénutrition, déshydratation voire chutes). La déambulation nocturne relève des troubles du comportement (TC). Leur fréquence est accentuée en EHPAD, en raison du tissu musculaire et neurologique dégénératif des résidents et de leur âge avancé. Un risque accru de déambulation a été plus particulièrement identifié en période nocturne au sein de ces établissements.

Toute prise en soin impose donc au préalable une évaluation objective de la déambulation grâce au recours à divers outils (des échelles d'évaluation de divers ordres). Ce mémoire soutient l'importance d'introduire les TNMP dans le cadre du traitement des TC. Cinq TNMP propices à la gestion et au traitement des troubles du comportement, dont fait partie la déambulation nocturne, ont ainsi été identifiés. Il s'agit de la méthode Montessori, de la méthode de réorientation thérapie, des thérapies multisensorielles, de la thérapie par la réminiscence et de la thérapie de validation.

L'introduction des TNMP, judicieusement sélectionnés, se singularise par l'absence d'effet indésirable contrairement aux TM qui peuvent générer des effets secondaires ou indésirables (en cas de posologie inappropriée notamment), en particulier en cas d'administration de psychotropes. Les TNMP peuvent même contribuer à réduire voire arrêter la prescription de psychotropes.

Leur sélection repose sur une enquête approfondie portant sur les éléments physiques et physiologiques du patient, mais aussi sur les facteurs environnementaux et ceux propres à la personne visée et à son projet de vie. La mise en œuvre des TNMP dans le traitement des TC est assujettie à la tenue de réunions régulières (hebdomadaires) permettant d'assurer un suivi régulier, d'évaluer l'efficacité des traitements et de les ajuster le cas échéant. Ces réunions doivent associer les équipes soignantes (notamment les infirmiers et les aides-soignants) qui sont placées au cœur du système de santé découlant de leur proximité relationnelle quotidienne avec les patients.

A travers des questionnaires établis dans le cadre de ce travail de recherche, les équipes soignantes jugent que la formation dispensée sur les TNMP est trop insuffisante dans le cadre de la formation initiale. Ce qui explique en partie les réticences voire les représentations erronées qui entravent leur usage au quotidien. De surcroît, elles ont exprimé un besoin réel de formation dans ce domaine tant dans le cadre de leur formation initiale que dans celui de leur développement professionnel continu (terme qui est venu suppléer le concept de formation continue afin de prendre davantage en compte l'épanouissement personnel du personnel soignant en termes de confiance et d'estime de soi). Les formations, lorsqu'elles existent, sont encore trop souvent le fait d'intervenants externes aux établissements médicaux. Dans ce domaine, il est certain que les IDEC et les MedCo ont un rôle essentiel à jouer en raison de la dimension formative intrinsèque à leurs fonctions respectives mais aussi de leur positionnement central dans la chaîne de commandement. Au regard de leurs missions d'impulsion et d'encadrement, notamment dans la conduite des réunions hebdomadaires dont la tenue est essentielle pour garantir la réussite de toute prise en soin, ils incarnent en effet le meilleur vecteur de transmission pour promouvoir la vulgarisation des TNMP et pour favoriser leur usage et leur ancrage dans la pratique professionnelle des équipes soignantes.

Circonscrire présentement au cas d'usage des TNMP dans la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD, notre mémoire invite à nous interroger sur leur généralisation dans un cadre plus large avec comme corollaire, la nécessité d'une formation accrue des équipes soignantes sur cette thématique durant leur cursus initial et tout au long de leur vie professionnelle.

RÉSUMÉ

Les auteurs s'interrogent ici sur une problématique couramment rencontrée dans leur pratique professionnelle, à savoir la prise en soin de la déambulation nocturne en EHPAD à travers l'utilisation des thérapies non médicamenteuses personnalisées.

La phase conceptuelle repose d'une part sur l'importance cruciale de mener une enquête approfondie lors de réunion hebdomadaire afin d'identifier la symptomatologie des troubles du comportements qui fonde ensuite le choix de la thérapie, et d'autre part sur la nécessité de sensibiliser dès la formation initiale les étudiants aux thérapeutiques non médicamenteuses. Leur usage reste encore trop limité aujourd'hui en raison de représentations parfois erronées ou incomplètes des soignants dans ce domaine, ou d'un manque supposé de fiabilité pourtant démenti par une consécration scientifique croissante.

Ce travail conduit également les auteurs à réfléchir sur la possibilité d'un usage complémentaire entre les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans la prise en soin des troubles du comportement.

Les lectures qui ont enrichi la réflexion des auteurs, leurs ont enfin permis de retenir l'hypothèse de recherche selon laquelle si durant sa formation initiale, l'étudiant est davantage rompu aux thérapeutiques non médicamenteuses, alors cette sensibilisation favorisera leur usage plus efficient dans la prise en soin des troubles du comportement ainsi qu'une demande accrue de développement professionnel continu dans ce domaine.

ABSTRACT

In this article, the authors examine a problem commonly encountered in their professional practice, namely the management of nocturnal wandering in EHPAD through the use of personalized non-medicinal therapies.

The conceptual phase is based, on the one hand, on the crucial importance of conducting an in-depth survey during weekly meetings to identify the symptomatology of behavioral disorders, which then forms the basis for the choice of therapy, and, on the other hand, on the need to make students aware of non-drug therapies right from their initial training. Their use is still too limited today, due to the sometimes erroneous or incomplete representations of caregivers in this field, or to a supposed lack of reliability that is belied by growing scientific recognition.

This work also leads the authors to reflect on the possibility of complementary use between drug and non-drug therapies in the care of behavioral disorders.

The readings that have enriched the authors' thinking have enabled them to retain the research hypothesis that if, during their initial training, students are more familiar with non-drug therapies, then this awareness will encourage their more efficient use in the care of behavioral disorders, as well as an increased demand for continuing professional development in this field.

ANNEXE 1 – L'échelle de déambulation

Echelle révisée de déambulation d'Algase – Soins de longue durée

Elodie MARTIN, Nathalia BIESSY-DALBE, Jean-Michel ALBARET, Donna L. ALGASE

Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse - 133, rte de Narbonne - 31062 Toulouse cedex 9

Nom:.....

Date:.....

Pour chacune des propositions suivantes, entourez le chiffre qui correspond le mieux au comportement de votre patient au cours de la semaine écoulée

1 - Le patient présente une diminution de la marche spontanée

- 1 - ne marche jamais seul sauf si on l'y incite
- 2 - marche le minimum, par exemple pour aller à la salle de bain
- 3 - marche moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - marche autant ou plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

2 - Le patient se perd

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

3 - Le patient marche de son propre chef

- 1 - seulement s'il est incité
- 2 - occasionnellement durant la journée
- 3 - fréquemment durant la journée
- 4 - presque constamment durant la journée

4 - Le patient tente de quitter son service

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

5 - Le patient ne peut pas localiser la salle de bain sans aide

- 1 - ne nécessite pas d'aide
- 2 - nécessite parfois de l'aide
- 3 - nécessite souvent de l'aide
- 4 - nécessite toujours de l'aide

6 - Le patient ne peut pas localiser la salle à manger sans aide

- 1 - ne nécessite pas d'aide
- 2 - nécessite parfois de l'aide
- 3 - nécessite souvent de l'aide
- 4 - nécessite toujours de l'aide

7 - Le patient s'enfuit

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

8 - Le patient rentre dans des zones non autorisées

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

9 - Le patient marche sans répit

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

10 - Le patient va et vient

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

11 - Le patient ne peut pas localiser sa propre chambre sans aide

- 1 - ne nécessite pas d'aide
- 2 - nécessite parfois de l'aide
- 3 - nécessite souvent de l'aide
- 4 - nécessite toujours de l'aide

12 - Le patient marche entre le petit déjeuner et le repas du midi

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

13 - Le patient marche entre le midi et le repas du soir

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

14 - Le patient marche entre le repas du soir et le coucher

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

15 - Le patient retourne dans son service après l'avoir quitté sans s'en apercevoir

- 1 - jamais
- 2 - une seule fois
- 3 - plus d'une fois mais pas souvent
- 4 - souvent

16 - Le patient marche entre le lever et le petit déjeuner

- 1 - jamais
- 2 - moins que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 3 - autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 4 - plus que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités

17 - Le patient marche sans but

- 1 - il a toujours un but ou une destination identifiable
- 2 - il a souvent un but ou une destination identifiable
- 3 - il a quelquefois un but ou une destination identifiable
- 4 - il n'a jamais un but ou une destination identifiable

18 - Pendant qu'il marche seul, le patient se cogne contre des obstacles ou contre d'autres patients

- 1 - jamais
- 2 - à certaines occasions
- 3 - régulièrement mais pas quotidiennement
- 4 - quotidiennement

19 - Le patient présente une augmentation de la marche spontanée

- 1 - marche environ autant que les autres patients du même âge et ayant les mêmes capacités
- 2 - marche beaucoup plus que la moyenne mais s'assoit par périodes
- 3 - marche beaucoup plus que la moyenne et s'assoit rarement
- 4 - marche beaucoup plus que la moyenne et ne s'assoit jamais

Marche persistante : items n° 1, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 19
 Comportement de fugue : items n° 4, 7, 8, 15
 Désorientation spatiale : items n° 2, 5, 6, 11, 17, 18

SCORES	MP (9 items)	CF (4 items)	DS (6 items)
Scores par sous échelle	/36	/16	/24
Moyenne par sous échelle (score/nbre items)	/4	/4	/4
Score total (MP + CF+ DS)	/76		
Moyenne totale	/4		

MP= marche persistante ; CF= comportement de fugue ; DS= désorientation spatiale

Sous-échelles	N	Moyenne (écart type)
Marche persistante /4	Non déambulants	50 1.79 (0.45)
	Déambulants	50 3.17 (0.60)
Comportement de fugue /4	Non déambulants	50 1.08 (0.34)
	Déambulants	50 2.16 (0.73)
Désorientation spatiale /4	Non déambulants	50 2.07 (1.01)
	Déambulants	50 2.93 (0.80)
Moyenne totale /4	Non déambulants	50 1.74 (0.39)
	Déambulants	50 2.89 (0.52)

Moyenne et écart-type de chaque sous-échelle pour les sujets déambulants et non déambulants (différence significative à $p < 0.01$).

NPIES

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	

EPADE Cotation (1 à 3 mn)	Échelle d'évaluation, chez les Personnes Âgées, des symptômes et des syndromes DÉconcertants PGI-DSS PsychoGeriatric Inventory of Disconcerting Symptoms and Syndromes (with risk of emotional exhaustion)
-------------------------------------	--

Consignes. La cotation a lieu avec un gardien du temps qui donne le top départ et le top de fin, un secrétaire qui entoure les cases et un lecteur (auto-désignation).
Le score retenu est le plus élevé observé = métaphore de la marée : la hauteur de marée la plus haute fait décider de la hauteur de la digue.
Plus les signes sont sévères, plus la cotation est rapide, du temps gagné pour la discussion qui a lieu après la cotation.

- 1 Remettre une feuille d'évaluation à chaque participant pour qu'il puisse suivre facilement la cotation.
- 2 Choisir ensemble la période qui va être évaluée (ex : les 7 derniers jours ou la période depuis l'entrée).
- 3 Lire à voix haute le libellé des cases, en allant du plus sévère vers le moins sévère.
- 4 Arrêter la lecture et encercler le score dès qu'un participant reconnaît un symptôme (dire oui main levée).

NOM (ou initiale): H F

PRÉNOM (ou initiale) :

Date de naissance :

Date du jour :

Période évaluée :

Durée de la cotation :

Paraphes des soignants présents à l'évaluation :

VIOLENCES déconcertantes Crainte et peur d'être agressé avec le REGARD				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Regard de haine ou mimique de fureur	Regard de colère ou mimique de colère	Regard noir ou mimique grimaçante	Regard hostile ou mimique hostile	Regard normal et mimique normale
avec la VOIX				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Hurllements	Cris	Gémissement ou ronchonnement ou grognement	Voix hostile	Voix normale
avec les PAROLES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Menaces	Accusations ou insultes avec personnalisation de l'insulte	Insultes sans personnalisation de l'insulte	Réprouches ou disqualifications	Absence d'agression verbale
avec les GESTES				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Attaque des personnes avec danger réel (morsure, coup de poing)	Attaque des personnes sans danger réel (agrippe, griffe, gifle, crachats)	Geste de menace sur les personnes (index levé, poing serré)	Renverse, jette au sol, détruit ou vole les objets (poche de stomie...)	Absence d'agression physique

REFUS déconcertants (refus, opposition, passivité, apathie) Impuissance, embarras et culpabilité de ne pas arriver à faire accepter une proposition de la COMMUNICATION				
Paroles spontanées, réponses aux questions et communication non verbale				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Communication impossible (pseudocoma)	Communication limitée au minimum avec les yeux	Communication obtenue avec négociation	Se met à parler avec quelques paroles simples	Communique et parle de façon habituelle
de la MOBILISATION Mobilisation au lit, position assise, station debout, marche				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mobilisation impossible (pas de lever, grabatisation)	Mobilisation limitée au minimum avec passage du lit au fauteuil	Mobilisation obtenue avec négociation et aide physique	Se met à se déplacer avec quelques paroles simples	Se déplace et se laisse mobiliser de façon habituelle
de l'ALIMENTATION Aliments et boissons				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Alimentation et boisson impossibles (risque vital)	Alimentation et boisson limitées au minimum (recrache)	Alimentation et boisson obtenues avec négociation et aide physique	Se met à manger et boire avec quelques paroles simples	Mange et boit de façon habituelle
des SOINS Soins d'hygiène, toilette, bains, soins infirmiers, prise des médicaments et constantes, animations				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Soins impossibles (risque vital)	Soins limités au minimum	Soins obtenus avec négociation et aide physique	Se met à accepter les soins avec quelques paroles simples	Les soins sont effectués de façon habituelle



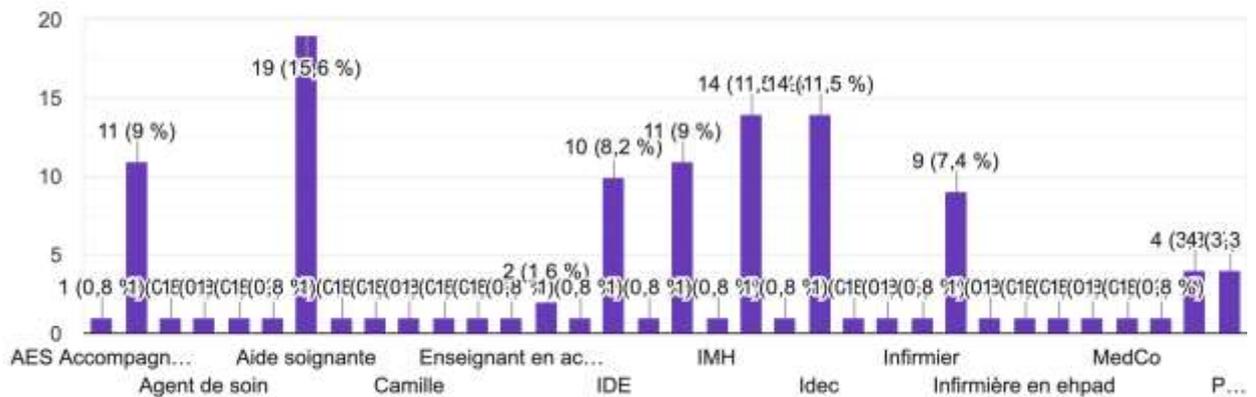
PAROLES déconcertantes Inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance				
ORDRES, DEMANDES ou PAROLES SANS OBJET répétées en excès				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Ordres ou exigences contradictoires sans réponse possible	Demandes incessantes ne pouvant pas être satisfaites	Paroles ou mots répétés en boucle (écholalie)	Paroles en quantité excessive (parle trop, logorrhée)	Paroles en quantité habituelle
PAROLES ANXIEUSES, plaintes corporelles et APPELS à l'aide				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec crise d'angoisse	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appels fréquents	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles avec appel épisodique	Paroles anxieuses ou plaintes corporelles sans appel	Absence de parole anxieuse ou de plainte corporelle
PAROLES DÉPRESSIVES sur la vie et sur la mort				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Tentative de suicide ou comportement équivalent	Paroles exprimant un projet de se suicider « Je vais me suicider »	Paroles exprimant un désir de mort « Je veux mourir »	Paroles expr. une perte du désir de vivre « Je ne veux plus vivre »	Paroles habituelles sur la vie et sur la mort
PAROLES à côté de la REALITE, délire, hallucination, mensonge, fabulation				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Paroles délirantes ou hallucinations avec passage à l'acte	Paroles délirantes ou hallucinations sans passage à l'acte (certitude)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (probabilité)	Paroles délirantes ou hallucinations ou mensonges ou fabulations (possibilité)	Absence de parole délirante, d'hallucination de mensonge de fabulation

ACTES déconcertants Inquiétude et anxiété anticipatoire nécessitant présence et vigilance				
ACTES et perte de contrôle de la sphère locomotrice GLOBALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Disparitions ("Tugues"), automutilations (doigt écrasé, chutes au sol)	Déambulation avec intrusions dans les chambres	Déambulation avec suivi à la trace des soignants	Agitation (bouge les bras ou les jambes, tourne en rond)	Comportement locomoteur habituel
ACTES et perte de contrôle de la sphère alimentaire et ORALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Mange des choses toxiques ou non comestibles (ex : produit ménager)	Mange des choses dégoûtantes (ex : excréments)	Mange trop et trop vite avec risque de fausses routes (glotonnerie)	Mange trop (boulimie)	Comportement oral habituel
ACTES et perte de contrôle des sphères URINAIRE et ANALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Etaie ses excréments	Défécatons inadaptées ou refus inadapté des protections	Mictions inadaptées constantes	Mictions inadaptées par épisodes	Fonctions sphinctériennes habituelles
ACTES et perte de contrôle de la sphère sexuelle et GÉNITALE				
très fort = 4	fort = 3	moyen = 2	léger = 1	absent = 0
Agression sexuelle sur personne vulnérable ou masturbation traumatique	Contacts à caractère sexuel inadaptés (attouchements sexuels)	Gestes à caractère sexuel inadaptés (exhibition, masturbation en public)	Propositions à caractère sexuel, érotisation, préoccupations sexuelles envahissantes	Vie sexuelle sans particularités

ANNEXE 4 – LES RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

Quel poste occupez-vous ?

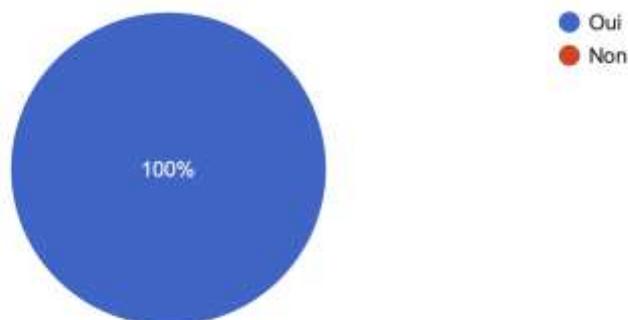
122 réponses



Avez-vous des résidents présentant des troubles du comportement au sein de votre EHPAD ?

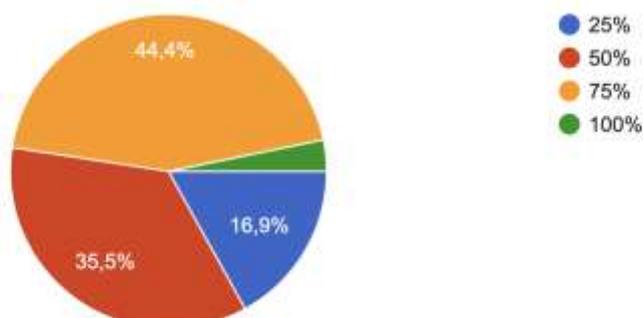
Anxiété, phobie, hallucination, déambulation anxieu...f, d'identification, d'humeur, de syndrome frontal

124 réponses



A quel pourcentage estimez-vous la prévalence des troubles du comportement au sein de votre EHPAD ?

124 réponses



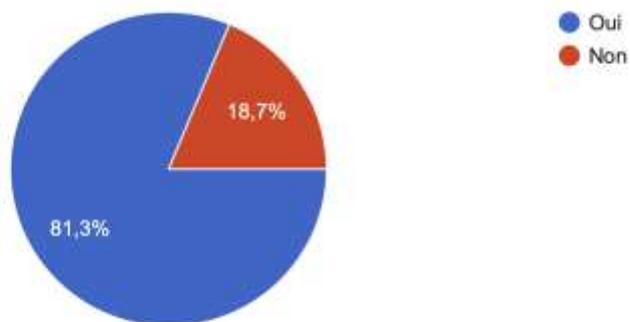
La déambulation nocturne fait-elle partie des troubles du comportement présents au sein de votre structure ?

124 réponses



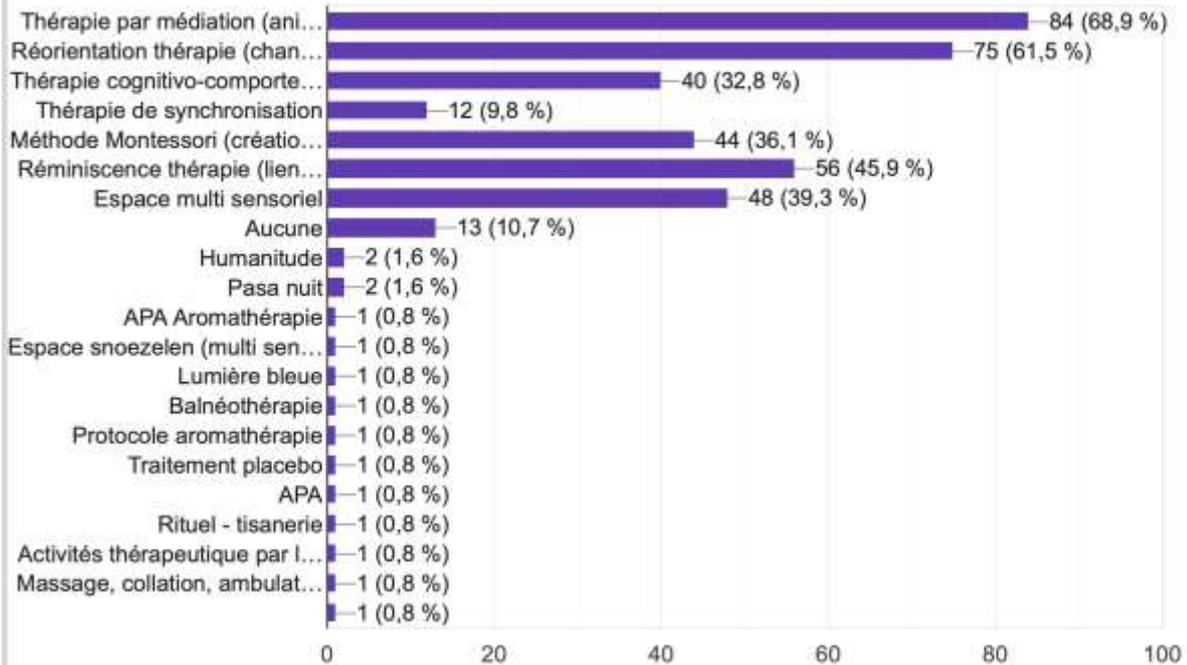
Utilisez-vous les thérapies non médicamenteuses personnalisées (TNMP) dans la prise en soin des troubles du comportement ?

123 réponses



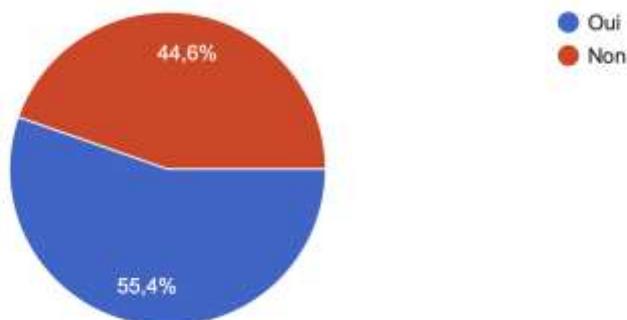
Quelles thérapies non médicamenteuses utilisez-vous dans votre pratique quotidienne en EHPAD ?

122 réponses



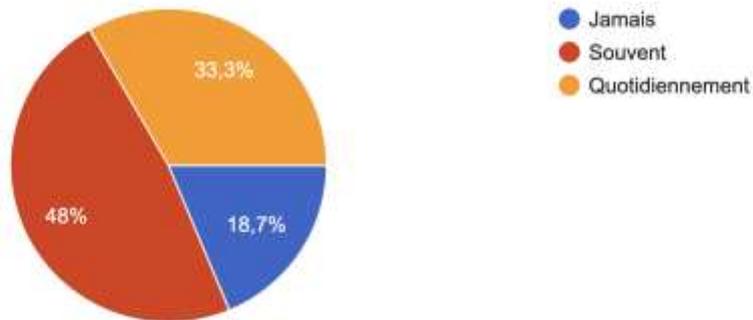
Savez-vous identifier la cause d'un trouble du comportement et choisir la thérapie non médicamenteuse appropriée ?

121 réponses



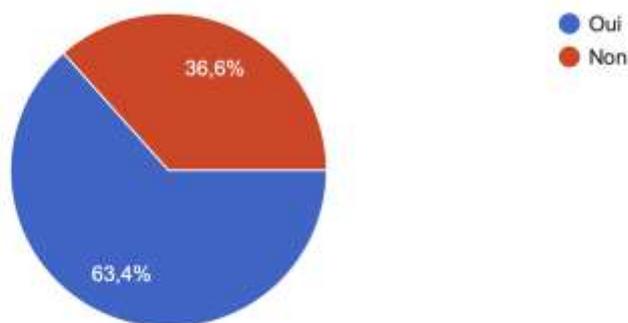
A quelle fréquence utilisez-vous les TNMP dans la prise en soin des troubles du comportement ?

123 réponses



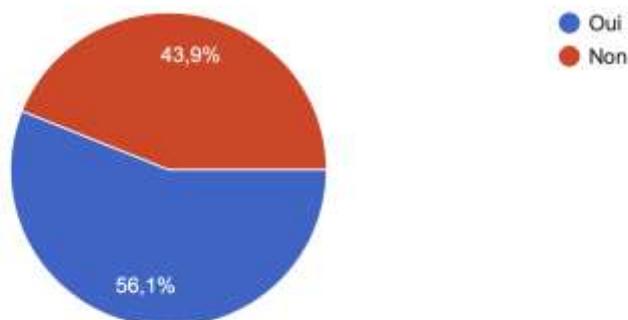
Avez-vous plus souvent recours aux thérapies médicamenteuses qu'aux thérapies non médicamenteuses pour gérer les troubles du comportement des résidents ?

123 réponses



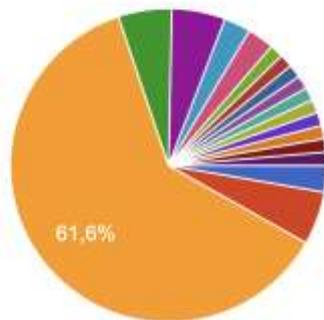
Avez vous bénéficié d'une formation sur les troubles du comportement ?

123 réponses



Si oui, par qui ?

73 réponses

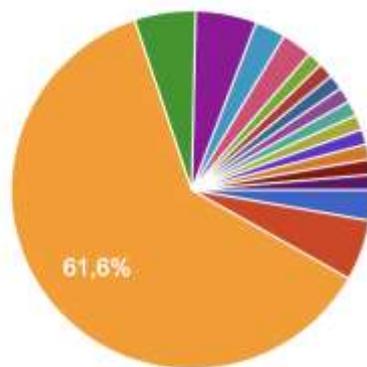


- IDEC
- MedCo
- Intervenant(s) extérieur(s)
- Du
- Psychologue
- Formation initiale
- Formation externe

▲ 1/3 ▼

Si oui, par qui ?

73 réponses

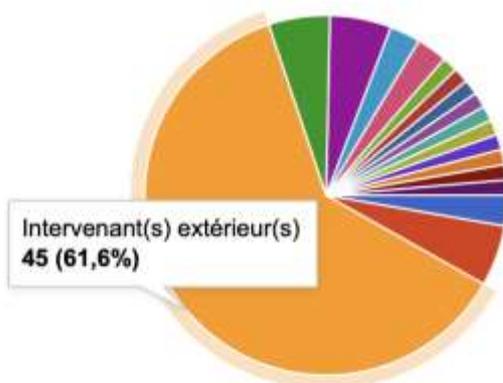


- Formation ASG / snoezelen / ...
- Personne
- Pendant les cours + stages
- Xp antérieur Aphp
- École
- Formation initiale ifsi
- Formation ASG- lecture- form...
- Étude

▲ 2/3 ▼

Si oui, par qui ?

73 réponses

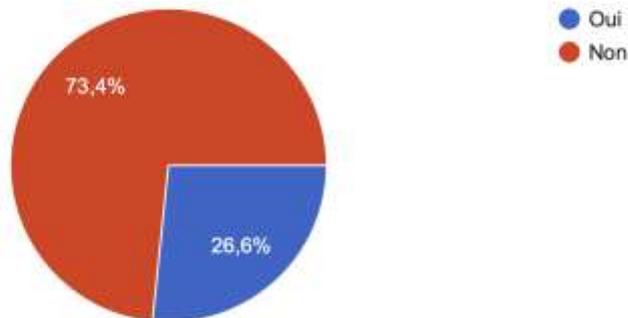


- Médecin co/ IDEC/
Psychologue/ Formation
humanité

▲ 3/3 ▼

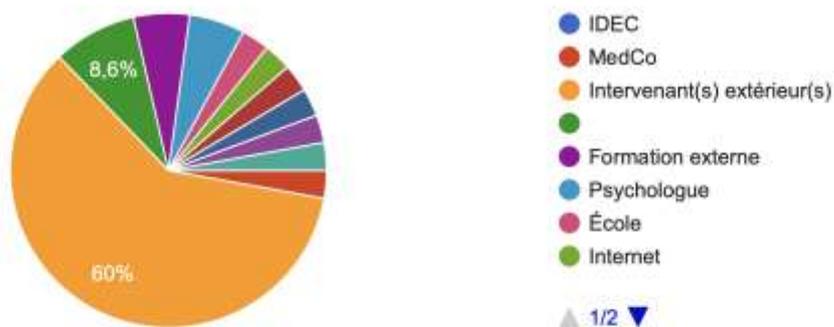
Avez vous bénéficié d'une formation sur les TNMP ?

124 réponses



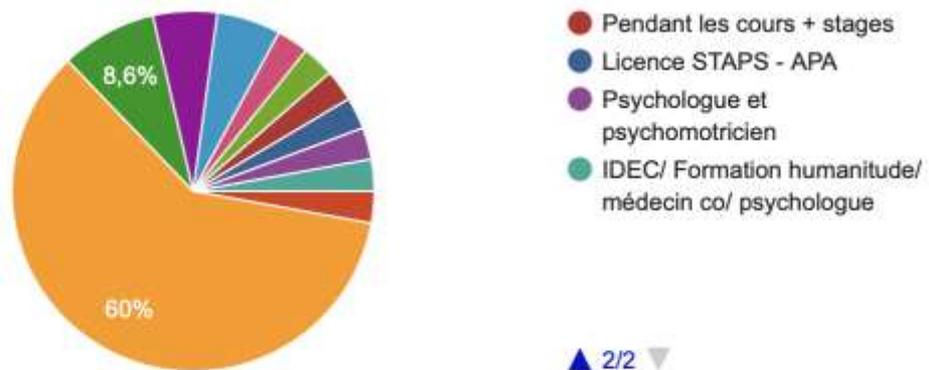
Si oui, par qui ?

35 réponses



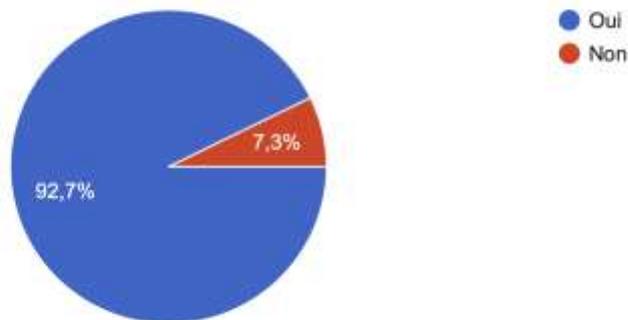
Si oui, par qui ?

35 réponses



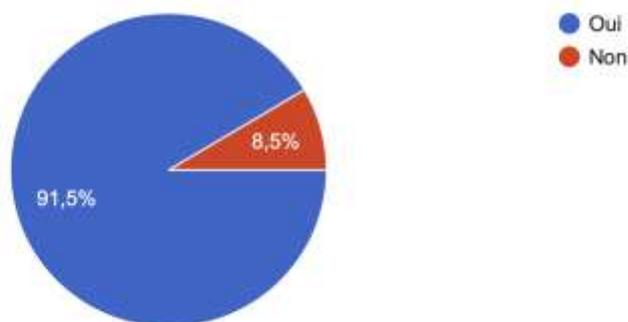
Auriez-vous souhaité disposer de formations supplémentaires sur la gestion des troubles du comportement et l'utilisation des thérapies non médicamenteuses ?

124 réponses



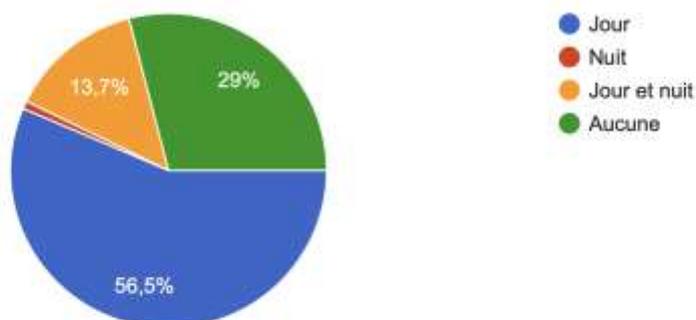
Les équipes de nuit rencontrent-elles des difficultés dans la prise en soin des résidents présentant des troubles du comportement tel que la déambulation ?

117 réponses



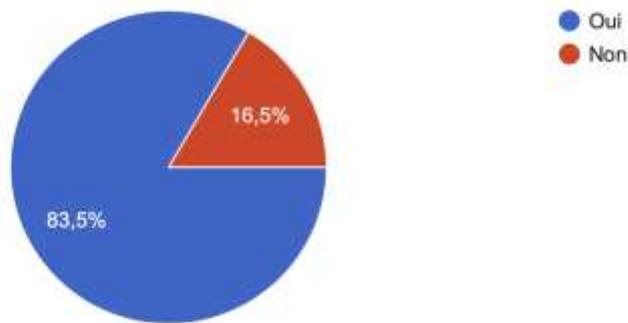
Votre EHPAD dispose t-il d'une unité de pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de jour et/ou de nuit ?

124 réponses



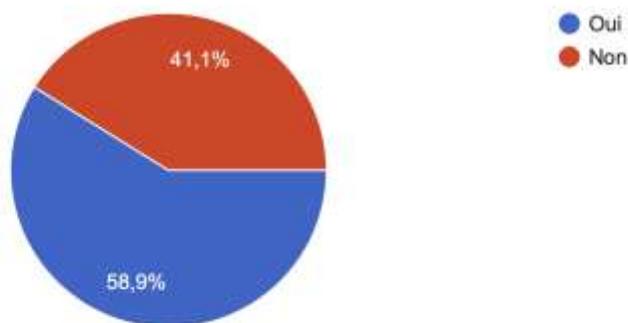
Pensez-vous qu'un PASA de nuit serait bénéfique pour la prise en soin des résidents déambulant la nuit ?

121 réponses



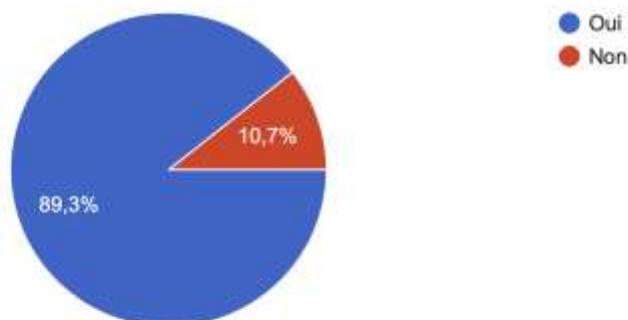
Votre EHPAD dispose t-il d'une unité de vie protégée (UVP) ?

124 réponses



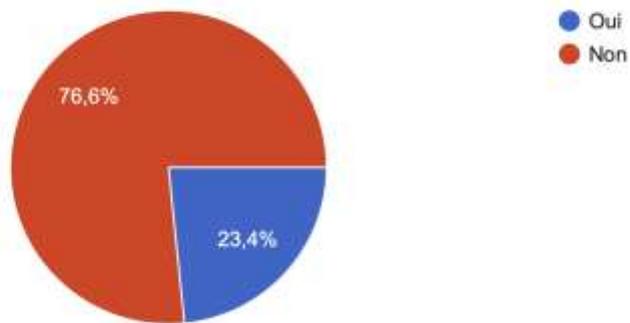
Pensez-vous qu'une UVP serait bénéfique dans la prise en soin des résidents déambulant la nuit ?

122 réponses



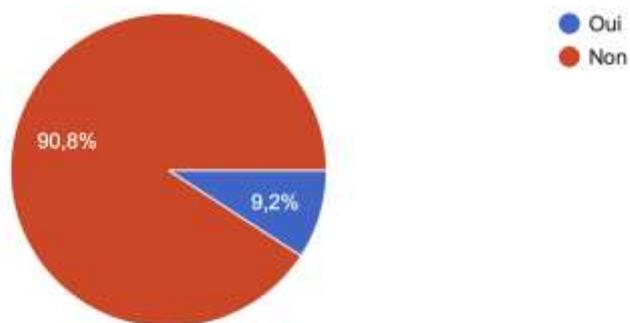
Organisez-vous et/ou bénéficiez-vous de réunions hebdomadaires sur les TNMP pour la prise en soin des résidents présentant des troubles du comportement ?

124 réponses



Avez-vous au sein de votre EHPAD un référent aux TNMP ?

120 réponses



Etes vous satisfait(e) de ce questionnaire ?

123 réponses

