



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année :2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES, PREVENTION COURANTE
ET POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES

**LE REPERAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU SUJET AGE EN
EHPAD/USLD : ETATS DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES
DES SOIGNANTS DU CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS**

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 14h00

A Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Caroline DUCROCQ

MEMBRES DU JURY :

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Docteur Paul CHAUVET

Enseignante infirmière :

Madame Gwladys ACOULON

Directrice de mémoire :

Madame le Docteur Stéphanie GLORIA

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Président du jury, Monsieur le Docteur Paul CHAUVET, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame Gwladys ACOULON, je vous remercie de votre investissement et votre détermination à faire évoluer la profession d'Infirmière en Pratique Avancée.

A ma Directrice de mémoire, Madame le Docteur Stéphanie GLORIA, sans qui je n'aurai pas pu réaliser ce mémoire. Je te remercie pour tes conseils, ta bienveillance et pour m'avoir accompagné jusqu'au bout de cette aventure.

A l'université de Lille,

A Monsieur le professeur François PUISIEUX, responsable universitaire de la formation. Je vous remercie pour votre engagement.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique, merci pour la richesse et la qualité des enseignements.

À Madame GODDEFROY, je vous remercie pour votre patience à toute épreuve et vos encouragements permanents.

A la F2RSM Psy ,

A Madame le Docteur Vincent et l'ensemble de l'équipe, je vous remercie pour votre accompagnement tout au long de ce mémoire.

A Monsieur le Docteur Bilal Majed,
Je te remercie pour ton investissement et ton écoute.

A vous les filles,

Annah, Fabienne, Christine, les Emilie, Julie, Angéla, je vous remercie d'avoir été à mes côtés pendant ces deux années, qu'elle chance j'ai eu de croiser votre chemin. Des rencontres qui offrent des moments d'échanges si précieux.

À toi ma Caro,

La vie est faite de belles rencontres et tu en fait partie, merci pour ton soutien sans faille et nos moments de fous rires.

A toi Stéphanie,

Je te remercie de n'avoir jamais douté de moi et d'être le meilleur des binômes.

À Mes amis et ma famille,

Maman, Marie Claire, Mathilde, Jean François, Jan, Damien, Jimmy et tant d'autres !
Je vous remercie de votre aide si précieuse et de votre soutien quotidien.

A Camille, ma fille

Merci d'avoir su m'encourager dans les moments difficiles et de m'aimer comme je suis.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	A
SOMMAIRE	C
GLOSSAIRE.....	E
I. INTRODUCTION.....	1
1. Le vieillissement de la population, un défi pour la société.....	4
1.1 Données démographiques	4
1.2 Des modes de vie adaptés au vieillissement.	5
2. La santé mentale en établissement.....	7
2.1 Santé et santé mentale.....	7
2.2 La souffrance psychique, spécificité chez le sujet âgé.....	8
2.3 La dépression et les idées suicidaires.....	10
3. Repérage de la souffrance psychique en EHPAD et USLD.....	11
3.1 Les signes précoces.....	11
3.2 Les facteurs de risque	12
3.3 Les outils de repérage et les protocoles du Centre Hospitalier d'Arras	13
4. Contexte de l'étude.....	15
5. Les objectifs de l'étude.....	15
II. MATERIEL ET METHODE	16
1. Méthode.....	16
2. Traitement des données	17
III. ANALYSES ET RESULTATS	18
1. Analyses descriptives univariées	18
2. Analyses comparatives et bivariées.....	29
IV DISCUSSION	33
1. Principaux résultats	33
2. Forces et limites de l'étude	37
2.1 Force de l'étude.....	37
2.2 Biais de sélection	37

2.3 Biais de classement	37
3. Perspective et place de l'IPA	38
3.1 Rôle de l'IPA dans la prévention de la souffrance psychique	38
3.2 Place de l'IPA dans le repérage précoce et la mise en place d'une prise en soin	39
V.CONCLUSION	42
TABLE DES ILLUSTRATIONS	D
ANNEXES	G
ANNEXE 1 : Questionnaire	G
BIBLIOGRAPHIE	M

GLOSSAIRE

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements Sociaux et Médicaux sociaux

ARS : Agence régionale de la Santé

CHA : Centre Hospitalier d'Arras

CMP : Centre Médico Psychologique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECPA : Echelle Comportementale pour Personne âgée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

F2RSM Psy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Haut de France

GDS : Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques IPA : Infirmière en Pratique Avancée

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NPI/ES : Neuropsychiatric Inventory-version Equipe Soignante

UE : Union Européenne

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

I. INTRODUCTION

Le vieillissement est un processus naturel au cours duquel le corps et l'esprit subissent des changements. Il affecte différents prismes de l'individu, sa santé physique, psychique, sa mémoire, sa mobilité, son apparence et bien d'autres facettes. Différents facteurs, tels que la génétique, le mode de vie et l'environnement influent la façon dont la personne avance dans l'âge.

Vieillir sous-tend de subir des altérations progressives, pouvant favoriser l'émergence ou l'aggravation de fragilités chez l'individu au fil du temps, notamment chez les personnes avec des pathologies chroniques auxquelles s'associent diverses comorbidités qui accroissent sa vulnérabilité. Ceci implique des changements inévitables avec parfois la nécessité d'une orientation de la personne dans des structures propices à son accompagnement.

Quitter son domicile, renoncer à sa vie passée, s'éloigner du conjoint, dépendre de « l'Autre », sont autant de facteurs qui contribuent à de grands bouleversements psychiques et psychologiques chez la personne vieillissante. [1].

L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de longue durée (USLD) survient le plus souvent dans l'urgence, dans un contexte de perte d'autonomie, de besoin d'accompagnement, de contraintes et de non-dits ou le maintien à domicile est qualifié de difficile ou impossible. Une personne âgée intègre plus rarement une structure de sa propre initiative. Les situations où les personnes sont préparées et pleinement impliquées à la décision pour l'entrée en institution sont encore peu fréquentes. [2].

La transition vers un nouvel environnement plus adapté aux besoins de la personne âgée fragile est souvent stressante, éprouvante, anxiogène et peut avoir un impact sur la santé globale de l'individu, notamment sur le plan émotionnel, avec des risques accrus d'isolement et de dépression.

« Je le trouve plus triste que d'habitude. », « Il a encore été agressif aujourd'hui. », « Elle a refusé ses traitements, cela devient récurrent. », « Il a pleuré ce matin pendant la toilette et ce

n'est pas la première fois cette semaine. », « Elle dit qu'elle a mal au ventre c'est comme tous les jours. », « Depuis qu'il est entré, il ne mange pas beaucoup », sont des informations rapportées par les équipes soignantes lors des transmissions, ou par les proches des résidents.

Infirmière depuis vingt ans, coordinatrice depuis presque dix ans au sein de structures de soins accueillant des personnes âgées, je constate de façon récurrente que l'arrivée en institution demeure un moment singulier, mais qui n'en reste pas moins une période difficile pour la personne accueillie et son entourage. Toute l'équipe soignante travaille à accueillir de la meilleure façon l'entrée de la personne âgée.

Souvent, dans les services et unités de soins, nous sommes confrontés à des patients et résidents qui perdent, de manière variable, leur intérêt pour les interactions et les relations sociales. Je me suis aperçue que cette souffrance psychique était présente dans les structures d'hébergement pour personnes âgées et que beaucoup de situations complexes sont banalisées. Tout au long de mes deux années d'étude en pratique avancée, j'ai pu renforcer cette observation en adoptant un regard et une approche différente de ma pratique quotidienne.

Peu d'investigations sont réalisées sur ce sujet. Les évaluations effectuées par le personnel sont rares et les outils mis à disposition sont méconnus ou sous utilisés. De plus, de nombreux soignants sont en difficultés avec la prise en soin de personne présentant une souffrance psychique. La mise en place de démarches s'instaure tardivement à l'issue du repérage de signes marqués dans le temps, de syndrome dépressif majeur ou lors de propos suicidaires. C'est dans ce contexte que les soignants font appel aux équipes spécialisées du Centre Médico-Psychologique (CMP), au psychologue, au gériatre- psychiatre.

L'objectif premier de mon travail sera de réaliser une étude, un état des lieux des connaissances en matière de souffrance psychique de la personne âgée auprès des infirmières et des aides-soignantes travaillant au sein des EHPAD et de USLD du Centre Hospitalier d'Arras.

Dans un second temps, la recherche effectuée a pour vocation de contribuer à améliorer le repérage de la souffrance par les professionnels.

Dans ma troisième partie, je décrirai la méthodologie mise en place pour mener cette étude et présenterai les résultats obtenus ainsi que leurs analyses.

J'aborderai l'importance du repérage précoce, proposerai des actions à mettre en place pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées ainsi que la nécessité de la guidance des équipes soignantes dans cette démarche.

Pour terminer, j'ouvrirai sur les potentialités relatives à la présence d'une infirmière en pratique avancée (IPA) au sein des établissements accueillant des personnes âgées, quant aux rôles et aux missions qui peuvent lui être attribuées.

1. Le vieillissement de la population, un défi pour la société

1.1 Données démographiques

D'après les estimations de l'Organisation des Nations Unies (ONU), en 2023 la population mondiale était d'environ huit milliards de personnes. Elle devrait atteindre neuf milliards d'habitants en 2037. [3].

D'ici 2050, la population va continuer de s'accroître mais à un taux inférieur à celui des décennies précédentes. C'est le vieillissement démographique et l'allongement de l'espérance de vie qui seront la tendance prépondérante.

Selon l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), « les Nations Unies prévoient d'ici 2050 le doublement des personnes âgées (65 ans et plus) dans le monde, passant de 700 millions à 1.5 milliard d'individus. » [4].

Une personne âgée est très souvent définie comme une personne avancée en âge, présentant les caractéristiques physiologiques et sociales associées à la vieillesse selon les normes et les valeurs et représentations sociales.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « une personne est considérée comme âgée à partir de 60 ans ». [5] Cependant, les problématiques du vieillissement : « pathologies, perte d'autonomie, entrée en dépendance concernent relativement peu les personnes de 60 à 70 ans. ».

Selon l'institut nationale de la statistique et des études économiques (INSEE), l'entrée dans la vieillesse ne se réfère pas à l'âge mais plutôt à un état d'incapacité fonctionnelle et de dépendance. [6].

Actuellement, l'Union Européenne (UE) compte plus de soixante-dix millions de personnes âgées de 60 ans ou plus, soit environ une personne sur cinq.

Les plus de 65 ans représentent un cinquième de la population française en 2020 et ils représenteront en 2040 un quart de la population. [7].

En France, le vieillissement de la population s'accroît depuis 2011 avec l'arrivée de la génération des baby-boomers, née juste après la Seconde Guerre mondiale ; elle devient celle des papy boomers qui auront quatre-vingt-cinq ans en 2030.

Au cours des dix prochaines années, le nombre des français, âgés de 75 à 84 ans, va augmenter de presque 40 %, passant de 4,1 millions à 6,1 millions. La décennie suivante verra une explosion la population des plus de 85 ans avec une augmentation de 50%. [8].

En parallèle, l'espérance de vie à la naissance en France a considérablement augmenté. En 2022, elle se situe autour de 79 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes ; contre respectivement 68 et 76 ans en 1970. Les français ont donc gagné dix années d'espérance de vie. [9].

Dans un contexte démographique marqué par le vieillissement de la population, les années de vie gagnées s'accompagnent souvent de pathologies chroniques, de fragilité et de vulnérabilité. Autant de facteurs pouvant impacter le bien-être de la personne, la rendant plus sensible aux dommages physiques, psychologiques, sociaux et ainsi concourir significativement à une perte d'autonomie, pouvant aboutir à un état de dépendance plus ou moins important nécessitant une prise en soins spécifique et une orientation dans des établissements de soins adaptés aux personnes âgées.

Selon une enquête de la DRESS, en janvier 2020, « 90% des personnes déclarent être entrées en institution, EHPAD et USLD, suite à leur état de santé ou l'avancée en âge. » [10].

1.2 Des modes de vie adaptés au vieillissement.

En France, fin 2019, 730 000 personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 10 % des personnes de 75 ans ou plus.

Il existe de nombreuses solutions d'hébergement et différents types d'établissements pour accueillir les personnes âgées :

- **Les Familles d'accueil agréées** s'occupent de personnes âgées dépendantes à leur domicile ;
- **Les Établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA)**, structures non médicalisées qui hébergent des personnes âgées en perte légère d'autonomie ;
- **Les Résidences autonomes**, logements individuels regroupés avec des services collectifs pour les personnes encore autonomes ;
- **Les Établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** accueillent des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie avec la présence de soignants 24h/24 ;
- **Les Unités de soins de longue durée (USLD)**, rattachées aux hôpitaux, accueillent des personnes âgées très dépendantes et nécessitant une présence médicale constante.

L'orientation des personnes âgées se fait en fonction du degré de dépendance, des souhaits et/ou des besoins, de la nécessité ou non d'une surveillance constante et du projet de vie.

L'entrée en institution induit un changement d'environnement, facteur favorisant l'apparition de troubles émotionnels et psychiques.

Selon le ministère de la santé et de la prévention, « L'état psychologique de l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées est en moyenne moins bon que celui des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile. D'après l'enquête CARE de la DREES réalisée en 2015 et 2016, cet écart s'explique en partie par le fait que la dégradation de l'état de santé de ces personnes est la cause majeure de l'entrée en établissement. Parmi les seniors de plus de 75 ans, 56 % des résidents d'établissements déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année ». [12]

L'entrée en EHPAD ou en USLD entraîne des changements pour la personne soignée : un nouveau lieu de vie, avec la perte des repères, la nécessité de devoir s'adapter et s'intégrer dans un nouvel environnement.

Elle est souvent liée à une perte d'autonomie et d'indépendance avec une vie plus réglementée au sein d'un établissement et parfois subie comme une contrainte.

Il en résulte des changements dans les habitudes de vie quotidiennes, avec en fonction de l'état de santé, des soins médicaux réguliers, un rythme imposé, sans oublier le coût financier important d'un hébergement qui engendre parfois des frais pour les enfants.

Bien que l'entrée en établissement permette d'obtenir des soins adaptés, elle représente une étape difficile dans le parcours de la personne vieillissante, nécessitant une attention particulière, un accompagnement psychologique et social.

2. La santé mentale en établissement

2.1 Santé et santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité** ». « **Être en bonne santé n'est pas seulement ne pas avoir de maladie ou d'infirmité, mais c'est ressentir un bien-être physique, mental et social** ».

La santé physique est essentielle au bien-être général. Il est aussi important de considérer la santé mentale qui joue un rôle fondamental dans la qualité de vie et l'équilibre global de l'individu.

L'OMS précise également que la santé mentale est « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté.* » La santé mentale de chaque individu est influencée par des caractéristiques génétiques, par une aptitude à faire face aux défis de la vie, par la capacité de prendre des décisions, d'éprouver du bonheur et à interagir de façon positive avec les autres. Elle varie également en fonction des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux. C'est une recherche permanente d'un équilibre qui peut être perturbé par de nouveaux événements de vie. [13]

Toute atteinte à ces prérequis génère un ou plusieurs dysfonctionnements qui concourent à l'apparition d'une souffrance psychique plus ou moins importante et plus ou moins bien tolérée.

2.2 La souffrance psychique, spécificité chez le sujet âgé

La souffrance se réfère à un état de douleur physique ou psychologique. C'est un terme large incluant les formes de détresse, de malaise ou de douleur, qu'elles soient d'ordre émotionnel, physique, ou même spirituel. Selon l'OMS, « *La souffrance est un état prolongé de douleur physique ou morale* ».

« La souffrance qualifie un être qui supporte, endure ou subit une douleur physique et morale, un état de mal-être, c'est-à-dire un sentiment de non-adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence douloureuse ». [14]

Le psychique se rapporte à ce qui est lié à l'esprit, à la psyché ou à l'activité mentale. Cela englobe les aspects de la pensée, des émotions, de la perception et de la cognition d'une personne. Ainsi, la souffrance psychique concerne les troubles, les douleurs ou les difficultés qui affectent la santé mentale d'une personne.

D'après Michèle Gaillard Bosson, psychologue clinicienne, la souffrance psychique est liée aux émotions. [15].

« Elle peut s'appeler dépression, angoisse, anxiété, sentiment de solitude, tristesse, mélancolie, désespoir, sentiment de vide, d'abandon, de rejet, ... Elle est quelquefois tellement envahissante qu'elle empêche de vivre, de travailler, d'avoir des relations harmonieuses. Elle peut se manifester de différentes manières : lassitude, fatigue, stress, burnout, pleurs, agressivité, comportement violent, absence de désir de toute sorte, insomnie, anorexie, troubles obsessionnels compulsifs, phobies, addiction à un comportement, à un produit, tentative de suicide, fatalisme, ... Elle peut aussi se transformer en symptômes corporels, en maladies ».

La souffrance psychique peut donc être définie comme un état de mal-être profond dépassant celui ordinaire, un désarroi émotionnel qui empêche la personne de vivre pleinement. Elle serait reconnaissable suivant certaines caractéristiques :

- Une expérience subjective intense et difficilement racontable, [16]
- Une souffrance en lien avec des facteurs environnementaux, sociaux, psychologiques favorisant mais n'est pas une pathologie mentale,

- Une manifestation souvent par des symptômes psychiques ou somatiques, une impression d'impossibilité ou d'opposition, voire de refus.

La compréhension de la souffrance psychique est complexe et peut être abordée autour de différentes réflexions.

- La médecine, aborde la souffrance psychique en lien avec la santé, en étudiant les troubles mentaux et émotionnels.
- La psychologie, la réflexion se fait plutôt sur l'amélioration du bien-être mental.
- L'approche philosophique explore les questions essentielles et éthiques liées à la souffrance psychique. La réflexion peut se faire autour de la nature et la signification de la souffrance psychique.
- Le regard sociologique porte sur les facteurs influençant la souffrance psychique tels que les inégalités sociales, environnementales et culturelles, au niveau collectif.

La souffrance psychique est également observée, analysée dans de nombreux autres domaines comme l'anthropologie, la théologie, l'éducation...

Elle a pour particularité le fait de pouvoir se manifester différemment selon l'âge de la personne et l'état de santé de la personne et elle est très présente à l'entrée en EHPAD ou USLD.

Chez les plus jeunes, elle est souvent en lien avec des addictions, des troubles du comportement alimentaire, des troubles anxieux et dépressifs avec des risques importants de comportements d'autodestruction et de tentatives d'autolyse. Elle peut être associée à des troubles de la personnalité. [17]

Chez la personne âgée, elle est davantage en rapport avec une perte d'autonomie, à un isolement social et aux deuils. L'avancée en âge provoque souvent une fragilité du corps et de l'esprit, une apparition de pathologies qui viennent peu à peu affecter la qualité de vie et impacte la santé mentale.

Un état de vulnérabilité accrue est caractérisé par une diminution de la résilience physiologique et une baisse de la capacité d'adaptation pour faire face aux situations de stress, aux changements.

Afin de limiter les conséquences et l'impact que peut avoir la souffrance psychique, il semble essentiel de pouvoir l'identifier et la repérer précocement.

2.3 La dépression et les idées suicidaires

En France, la situation des personnes souffrant de troubles psychiques est préoccupante, avec une augmentation constante de soins pour différents troubles tels que l'anxiété, la dépression, les psycho traumatismes et les addictions.

Selon, La Haute Autorité de Santé (HAS), « En 2007,13% des plus de 65 ans et 18% des plus de 85 ans se sont vus prescrire régulièrement des antidépresseurs ». [18]

Selon, l'OMS « une personne sur quatre est touchée par un trouble psychique au cours de sa vie. »

L'Agence Régionale de la Santé (ARS) des Hauts de France met en évidence que les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics sont tardifs. Une attention particulière est nécessaire pour les populations les plus à risque, notamment les jeunes, les personnes âgées, les personnes vulnérables. Elle confirme son souhait d'améliorer la qualité des soins en voulant « favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic et prise en charge » dans la révision du schéma régional de santé. [19]

L'anxiété et la dépression sont des signes de souffrance psychique mais il peut y avoir souffrance psychique sans forcément que ces signes soient présents. [20]

La souffrance psychique et la dépression sont deux états de santé distincts malgré le fait qu'ils soient liés.

La souffrance psychique est un terme large englobant les détresses émotionnelles, tandis que la dépression est caractérisée par une humeur dépressive persistante et répondant à des symptômes spécifiques de différentes intensités. Les critères diagnostiques sont définis dans les manuels de référence comme le DSM-5. [21]

Lorsque la dépression s'exacerbe et que le sentiment de détresse devient accablant, le risque de pensées suicidaires augmente considérablement.

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, les personnes âgées sont particulièrement vulnérables aux comportements suicidaires, « en France en 2010, 28% des décès par suicide sont des personnes âgées de plus de 65 ans et 31% en 2016. » Des études épidémiologiques révèlent que 90% des suicides des aînés sont associés à des troubles psychiatriques, principalement la dépression.

Selon l'ANESM, « la dépression récurrente est le facteur le plus fortement associé au suicide de la personne âgée. » [22].

La souffrance psychique de la personne âgée est banalisée et cette réalité constitue un enjeu de santé publique. Le repérage précoce de ces signes est primordial pour réduire les risques de dépression et les risques suicidaires.

3. Repérage de la souffrance psychique en EHPAD et USLD

3.1 Les signes précoces

La souffrance psychique ne peut pas être diagnostiquée directement mais elle peut être détectée et évaluée à travers différents signes observables.

Pouvant avoir plusieurs composantes, qui varient d'une personne à une autre, émotionnellement intense, la souffrance psychique s'accompagne le plus souvent de signes tels que la tristesse ou l'angoisse.

Elle peut se manifester par un isolement social, un repli sur soi, des comportements d'évitement ou parfois une dépendance à certains médicaments, drogue et/ou addictions.

La souffrance psychique peut se traduire également par des troubles fonctionnels, des douleurs physiques, des plaintes somatiques, des troubles du sommeil. L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a établi des recommandations et une fiche de repérage des signes de souffrances psychiques que j'ai synthétisé dans le tableau ci-dessous (tableau 1). [23]

Les signes de la souffrance psychique qui doivent alerter les soignants	Les signes qui se prolongent dans le temps...
<ul style="list-style-type: none"> • Découragement, perte de plaisir et d'envie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angoisse.
<ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'estime de soi, repli sur soi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de tristesse, pleurs.
<ul style="list-style-type: none"> • Désintérêt, perte de lien avec l'entourage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'inutilité.
<ul style="list-style-type: none"> • Perte visible de poids, perte d'appétit ou au contraire prise de poids importante, boulimie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de ne pas être écouté.
<ul style="list-style-type: none"> • Négligence de son apparence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etat dépressif.
<ul style="list-style-type: none"> • Désinvestissement pour les objets personnels, mauvais entretien du logement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envie de mourir.
<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise observation du traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles du sommeil.
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation excessive d'alcool. 	

TABLEAU 1: SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE SOURCE DE L'ANESM

Ces différents éléments évoqués dans le tableau ci-dessus peuvent être décelés individuellement ou se combiner les uns aux autres. L'intensité peut varier en fonction du contexte et de la personne. Les signaux d'alerte les plus souvent aperçus sont l'anxiété et la tristesse de l'humeur. Cependant, leur absence ne veut pas dire que la personne ne ressent pas la souffrance psychique.

Ces signes peuvent être subtils, facilement confondus et banalisés avec des symptômes du vieillissement normal, ce qui rend important la manière de les aborder et de les reconnaître.

3.2 Les facteurs de risque

Selon Cyril Hazif-Thomas (2013) : « Elle naît au contact de la réalité que doivent affronter les aînés dans leur parcours de vie : deuils, renoncements nécessaires liés à la perte affective, altération de la qualité de vie... » [24]

La souffrance psychique chez la personne âgée en EHPAD ou en USLD est multifactorielle, elle implique des interactions entre les facteurs sociaux, environnementaux, personnels et culturels. La perte d'autonomie, les douleurs non soulagées, liées à une maladie chronique ou l'aggravation d'une maladie, entraînent un sentiment de frustration et de dévalorisation.

La perte de contact avec la famille, les amis, peut conduire à un sentiment de solitude et un isolement social.

Les évènements de vie traumatisants, la perte d'un ami, d'un membre de sa famille, d'un animal peut entraîner une tristesse extrême et déclencher un épisode dépressif.

Les nouvelles conditions de vie dans un environnement méconnu entraînent une perte de repères, une rupture des habitudes de vie et provoquer du stress et de l'angoisse.

L'entrée en institution qui représente un changement majeur de cadre de vie, est un facteur de risque important de souffrance psychique chez la personne âgée. Il est donc essentiel de repérer ces facteurs de risque et de mettre en place un accompagnement pluridisciplinaire adapté pour optimiser la prise en soin.

3.3 Les outils de repérage et les protocoles du Centre Hospitalier d'Arras

Dans le domaine des soins, il est difficile de mesurer la souffrance psychique, de la quantifier et de l'observer.

C'est un état de mal être propre à chacun. Il dépend en grande partie de la capacité de la personne à reconnaître, exprimer et à verbaliser ses émotions.

Les sciences infirmières accordent une grande importance à l'identification de la souffrance psychique chez les résidents. Les infirmières doivent être attentives aux signes d'alerte et aux facteurs augmentant la vulnérabilité de la personne. Elles sont aussi tenues d'être capables d'utiliser les outils d'évaluation de la souffrance psychique et de participer à l'orientation vers une prise en soins adaptée et individualisée.

La complexité et la subjectivité de la souffrance psychique m'interrogent. Comment la rendre plus concrète, plus détectable pour garantir la qualité de la prise en soin ? Plusieurs données doivent être prises en compte pour adapter l'évaluation en fonction de l'âge, du type de trouble psychique, de la capacité cognitive et la communication de la personne.

Différentes échelles existent pour l'évaluation des troubles psychiques, certaines sont spécifiques à la dépression, d'autres vont cibler les troubles de l'humeur ou l'anxiété. Elles peuvent être remplies directement par le résident ou être réalisées par un soignant (psychologue, médecin, infirmier).

La GDS à 30 items : L'échelle de dépression gériatrique la plus connue et sans doute la plus utilisée. Elle évalue l'état psycho-affectif du résident. Elle peut être complétée par le résident ou le soignant. Le sujet doit répondre à trente items par oui ou par non (auto-questionnaire). Des items indiquent la présence de dépression si le sujet donne une réponse positive. [25]

GDS à 15 items : version abrégée de la GDS à trente items. [26]

La mini-GDS à 4 items : une version courte à quatre items a été également élaborée. Elle peut être facilement utilisée. Pour répondre, le résident doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent. [27]

L'échelle de dépression de Hamilton : L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes ; y compris les personnes âgées. Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi. [28]

L'échelle d'évaluation de Cornell : est un outil validé pour évaluer la dépression chez les personnes âgées avec des troubles neurocognitifs. [29]

Le NPI/ES : utilisée face à des patients dont les troubles du comportement sont au premier plan, on peut utiliser cette grille d'évaluation qui permet de cerner la place qu'occupe l'anxiété et les troubles de l'humeur chez le résident. On mesure, par le biais d'un questionnaire, la fréquence et la gravité d'un trouble et le retentissement sur les soignants. C'est l'échelle qui est régulièrement utilisée au sein de l'UHR. [30]

4. Contexte de l'étude

Le repérage de la souffrance psychique est marqué d'une préoccupation croissante de la santé mentale dans les établissements accueillant des personnes âgées. Les soignants, en première ligne pour observer et partager quotidiennement avec les résidents, jouent un rôle fondamental dans l'identification, l'évaluation et la gestion des troubles psychiques.

Au sein des services du Centre Hospitalier d'Arras le risque suicidaire a fait l'objet de protocoles et de formations des soignants, mais il n'existe pas de protocole sur le repérage de la souffrance psychique.

Des synthèses pluridisciplinaires sont réalisées en USLD une fois par semaine en présence du médecin, de l'infirmière coordinatrice, de l'infirmière, de l'aide-soignante, de l'animatrice, de la diététicienne et de l'équipe de rééducation.

En EHPAD, des temps d'échanges et les projets d'accompagnements personnalisés sont réalisés mais il est plus difficile d'organiser des réunions pluridisciplinaires avec les médecins traitants qui ont peu de temps.

De plus, ils ne sont pas toujours suffisamment formés pour détecter de façon efficace les signes de souffrance psychique. Dans nos structures, les suivis sont réalisés lorsque les signes sont déjà très marqués et avancés dans le temps. Le médecin est informé et déclenche la demande d'évaluation par le Centre Médico Psychologique (CMP) ou oriente vers le service des Urgences, si besoin. Peu ou pas d'évaluation sont réalisées en amont de manière systématique.

A partir de ce constat, mon questionnement émerge : comment les soignants du Centre Hospitalier d'Arras réalisent le repérage de la souffrance psychique du résident en EHPAD et en USLD ?

5. Les objectifs de l'étude

Je constate que malgré les recommandations en vigueur, et les nombreux signes et facteurs à surveiller, la détection de la souffrance psychique reste complexe.

L'objectif de l'étude est d'évaluer les connaissances des soignants concernant la souffrance psychique du sujet âgé en EHPAD ou en USLD, ainsi qu'examiner les méthodes de repérage et de prise en soins de cette souffrance psychique.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Méthode

L'étude est réalisée auprès de l'ensemble des infirmières, aides-soignantes, aides-médico-psychologiques, assistantes de soins en gérontologie, les faisant fonction aides-soignantes, des EHPAD et USLD du Centre Hospitalier d'Arras (Tableau 2).

Le personnel inclus est présent au quotidien autour des personnes institutionnalisées et régulièrement impliqué dans la prise en soin du résident. Les infirmières et aides-soignantes absentes (arrêt maladie, congés maternité, accident de travail, vacances, en disponibilité) sur la période de diffusion du questionnaire n'ont pas été incluses.

Les autres membres du personnel soignant, médical, paramédical, et les familles sont exclus.

Etablissements d'accueil	Infirmières	Aides-soignantes et autres fonctions
EHPAD Le Clos de Dainville	11	65
EHPAD Pierre Brunet	4	32
EHPAD Pierre Bolle	4	38
USLD les champs Bel Air	20	57

TABLEAU 2 : REPARTITION DES INFIRMIERES ET AIDES-SOIGNANTES EN EHPAD ET USLD.

Cette étude est une est une étude quantitative monocentrique.

La diffusion du questionnaire a débuté le 22 mars 2024, la première relance a été effectuée le 29 mars 2024 et la seconde le 5 avril 2024. La clôture a eu lieu le 12 avril 2024.

Pour réaliser le travail de recherche, je me suis appuyée sur les recommandations de l'ANESM en concertation avec la F2RSM et l'équipe de recherche du CHA. Je me suis également référée aux signes évoqués sur la fiche repère établie.

Il comprend dix-neuf questions à choix multiples ou texte libre. Le questionnaire complet est joint en annexe. Il a été diffusé au sein des structures d'hébergement pour personnes âgées du Centre Hospitalier d'Arras.

Les structures du CHA sont les suivantes :

L'EHPAD Pierre Brunet comprend quarante-quatre lits dont quinze lits en unité de vie Alzheimer (UVA).

L'EHPAD Pierre Bolle composé de quatre-vingt lits avec dix lits dédiés à l'UVA.

Le Clos de Dainville compte cents cinquante lits incluant quinze lits en unité d'hébergement renforcée (UHR).

Le Centre Hospitalier d'Arras doté de cent dix lits en USLD sur la Résidence des Longchamps.

Le questionnaire a été diffusé par lien informatisé et sécurisé.

Le questionnaire a été mis en forme sur le logiciel Goupile de la F2RSM et envoyé sur les boites mail des services après accord de la direction, de la cadre supérieure du département lieux de vie-hébergement ainsi que les cadres des EHPAD et de l'USLD du Centre Hospitalier d'Arras. Dix-neuf questions ont été posées, souvent à choix multiples afin de faciliter la réalisation, l'accessibilité à tous les soignants et optimiser le nombre de questionnaires complétés.

Des critères non reconnus dans les recommandations de l'ANESM sur le repérage de la souffrance psychique ont été ajoutés afin d'évaluer les connaissances des soignants.

2. Traitement des données

Les données ont été stockées sur le serveur sécurisé de Nextcloud hébergé à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et en Santé Mentale (F2RSM Psy) des Hauts de France. L'analyse statistique des données a été réalisée en collaboration avec la F2RSM Psy.

Une analyse descriptive univariée a été effectuée puis une analyse bivariée à partir des données recueillies.

III. ANALYSES ET RESULTATS

1. Analyses descriptives univariées

Données sociodémographiques (question de 1 à 6)

Sur deux cent vingt personnes potentiellement interrogeables, cent douze questionnaires ont été complétés, soit un taux de participation de plus de la moitié (50,91%). La majorité de la population étudiée était constituée de femmes (91%) avec une moyenne d'âge se rapprochant de la quarantaine, la médiane étant de trente-huit ans (Tableau 3).

La population cible est plutôt hétérogène en ce qui concerne l'âge ; la plus jeune ayant vingt ans et la plus âgée cinquante-neuf ans. Les quatre cinquièmes (79.5%) des soignants ayant répondu au questionnaire étaient des aides-soignantes ou professions apparentées (AMP, ASG). Près des deux tiers exerçaient leur activité professionnelle (59%) en EHPAD et avaient une ancienneté d'une dizaine d'année.

Un tiers des personnes interrogées ont répondu avoir exercé dans le secteur de la santé mentale au cours de leur carrière.

Sd : standard déviation (écart type)

	nombre de soignants	(%)
Sexe		
Homme	10	8,9
Femme	102	91,1
Age , moy (sd) Min:20; Max:59; Médiane:38	38,4	9,8
Profession		
Aide soignantes et autres catégories	89	79,5
Infirmières	23	20,5
Service		
EHPAD	69	58,9
USLD	43	41,1
Expérience auprès de personnes âgées en institution; moy(sd) Min:1; Max:30; Médiane:10	11	6,9
Exercice en psychiatrie		
Oui	36	32,1
Non	76	67,9

TABLEAU 3: DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Formation des soignants (question 7)

Ce travail de recherche a mis en évidence que moins d'un cinquième des soignants (17.9%) ont été formés au repérage de la souffrance psychique et onze d'entre eux ont travaillé en santé mentale (Figure 1).

Sur quarante-six aides-soignantes en USLD et soixante-neuf en EHPAD, seize ont été formées au repérage de la souffrance psychique.

En ce qui concerne les vingt-trois infirmières, seulement une infirmière sur six (n=4 ;13%) a été formée au repérage.

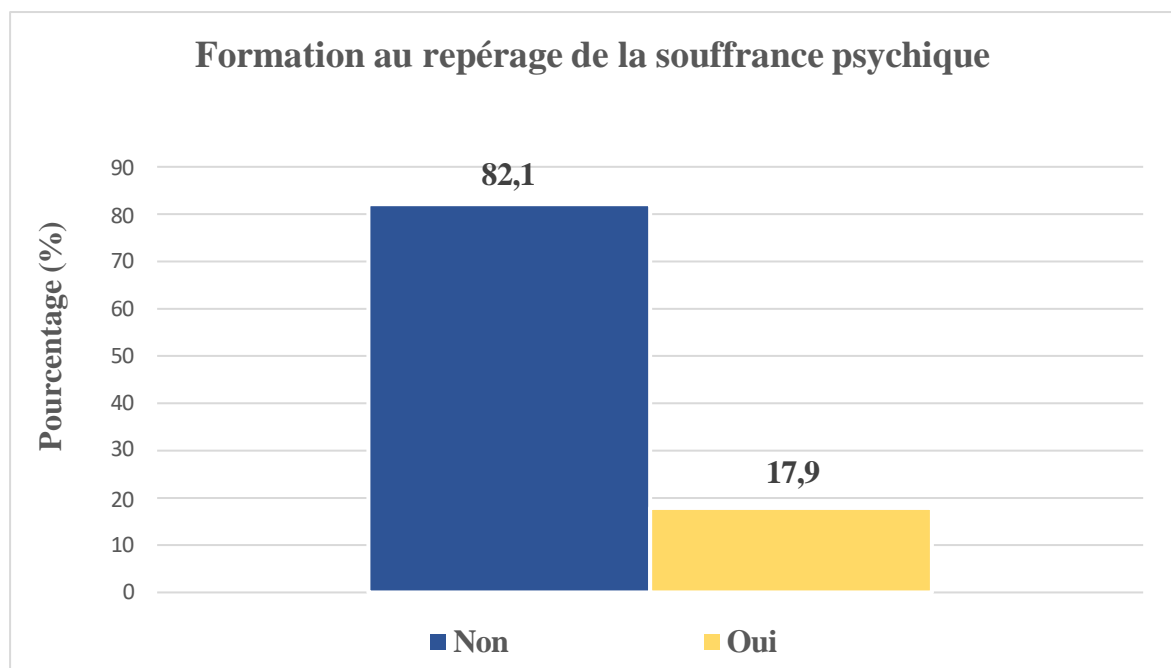


FIGURE 1: FORMATION AU REPERAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU RESIDENT

Définition de la souffrance psychique (question 8)

Pour définir la souffrance psychique, quatre cinquièmes des soignants (environ 80%) ont identifié, le plus souvent, les éléments tels que la détresse émotionnelle, la souffrance morale et l'anxiété.

Les items qui relèvent de la détérioration de la santé mentale (dépression, angoisse, anxiété) ont été choisis par deux tiers des soignants (Tableau 4).

Les critères d'identification non mentionnés par les recommandations : hypersensibilité, incapacité d'adaptation, faiblesse, ont été désignés par environ la moitié des participants.

Définition de la souffrance psychique		
<i>(Plusieurs réponses possibles)</i>		
Items proposés	Nombre de soignants	(%)
Détresse émotionnelle	91	(81.2)
Souffrance morale	90	(80.4)
Anxiété	86	(76.8)
Angoisse	78	(69.6)
Dépression	77	(68.8)
Tristesse	64	(57.1)
Sentiment de solitude	63	(56.2)
Troubles du comportement	63	(56.2)
Sentiment de vide	62	(55.4)
Désespoir	61	(54.5)
Trouble de santé mentale	53	(47.3)

TABLEAU 4: LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LE RESIDENT

Fréquence de la souffrance psychique (question 9)

Plus des quatre cinquièmes (n=91;81.2%) des soignants ont déclaré être souvent ou toujours confronté à la souffrance psychique (Figure 2).

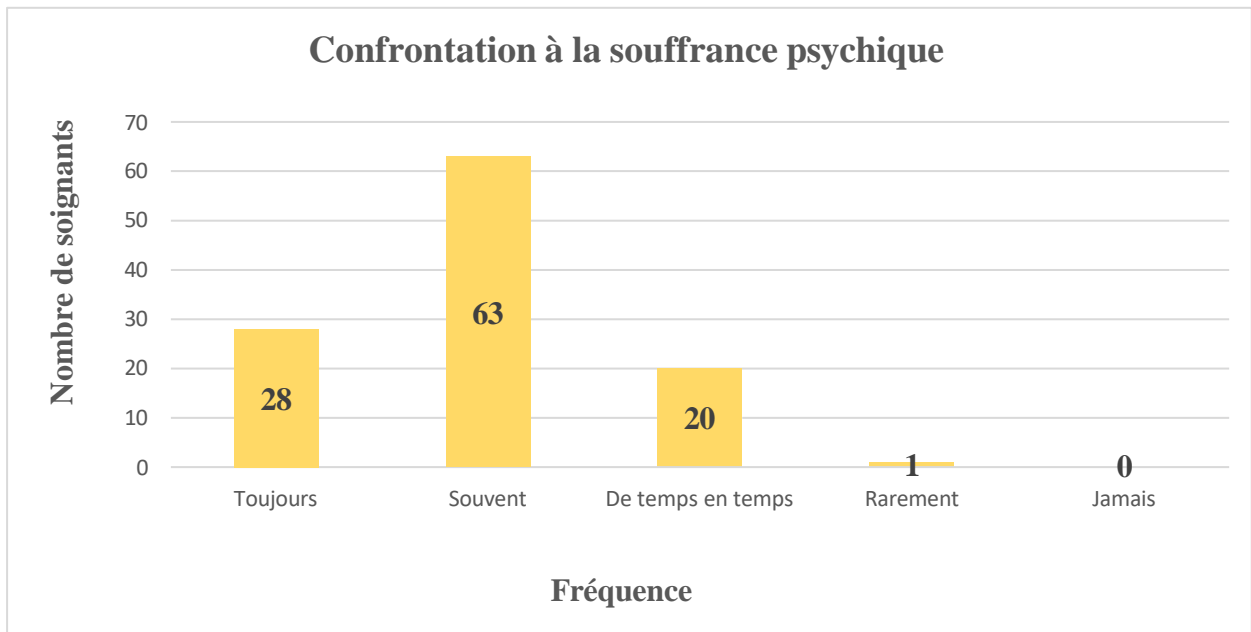


FIGURE 2: FREQUENCE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE EN EHPAD ET USLD

Difficultés des soignants face à la souffrance psychique du résident (question 10)

Les deux tiers des soignants interrogés (66.1%) ont rapporté être en difficulté avec la prise en soin du résident présentant une souffrance psychique (Figure 3).

Sur les soixante-quatorze soignants en difficultés, quinze étaient des infirmières et cinquante-neuf des aides-soignantes. Dans chaque catégorie professionnelle, il y avait autant de soignants en difficultés soit environ soixante-cinq pourcents.

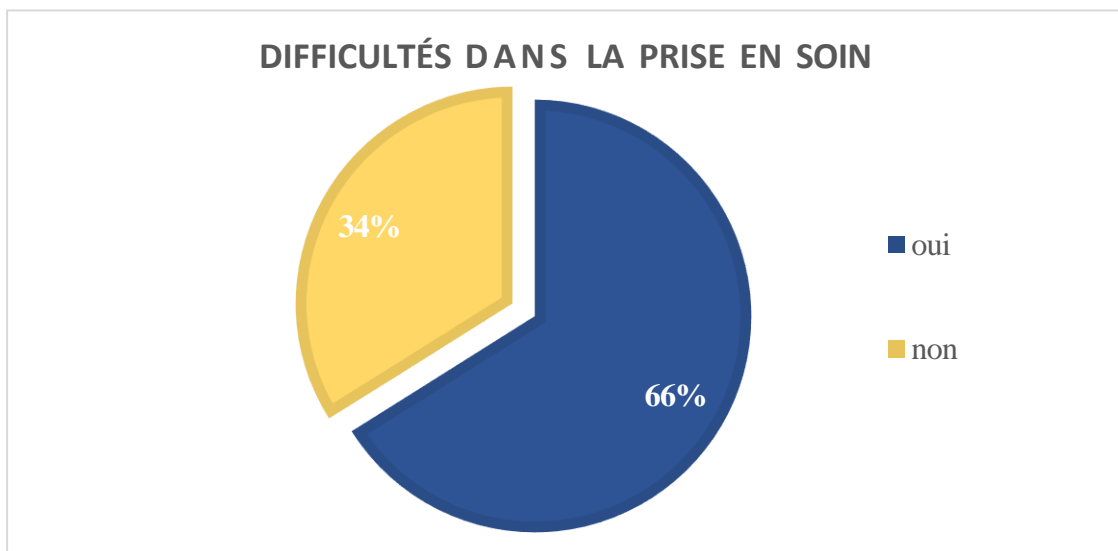


FIGURE 3: DIFFICULTES DU SOIGNANT DEVANT UN RESIDENT EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le soignant et les facteurs favorisant la souffrance psychique (question 11)

Lorsque les soignants interrogés devaient choisir cinq facteurs favorisant la souffrance psychique, ils ont sélectionné prioritairement : l'isolement social (82.1%), la perte des liens familiaux (72.3%), la perte d'autonomie (71.4%), le changement dans l'environnement de vie (62.5%) et enfin le sentiment de solitude (50.9%).

Les facteurs tels que la douleur non soulagée (39.3%), les deuils (31.2%), l'annonce d'une maladie (29.5%) ont été évoqués en éléments favorisant que par un tiers des soignants.

La maltraitance est le dernier facteur recueilli et proposé par environ un soignant sur cinq (Figure4).

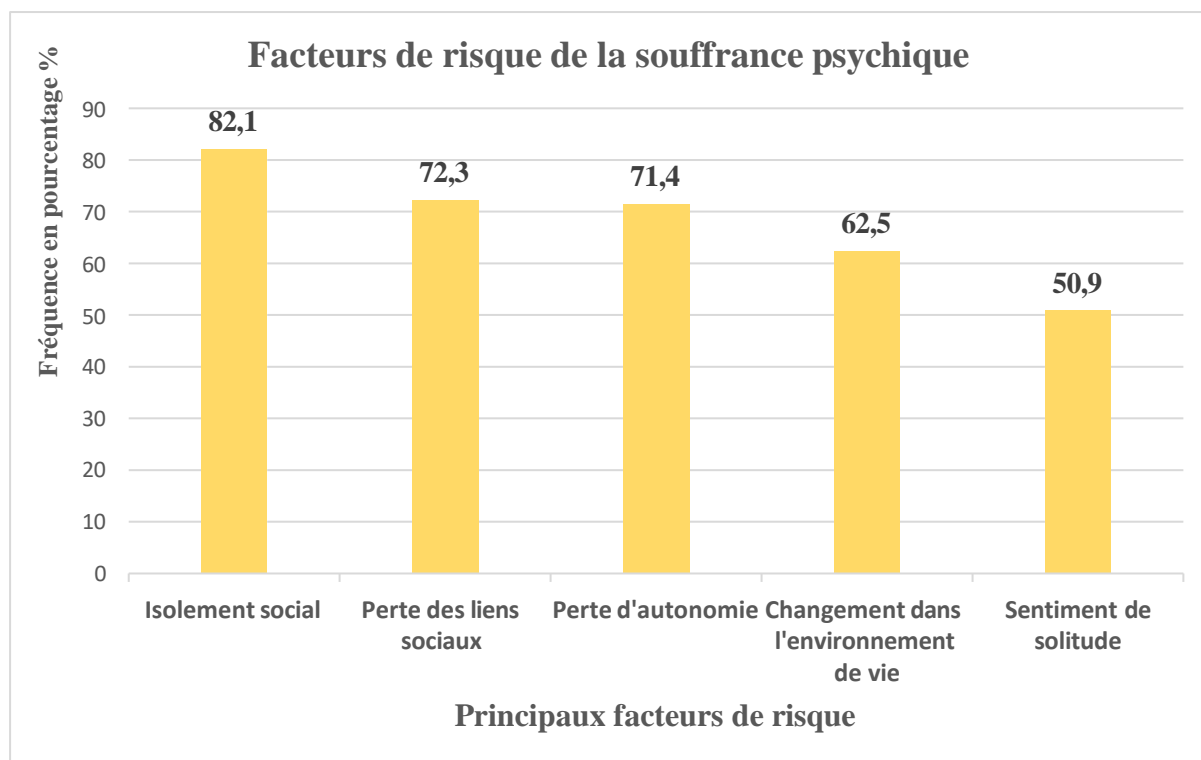


FIGURE 4: LES CINQ PRINCIPAUX FACTEURS FAVORISANT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Signes de souffrance psychique (question 12)

Les cinq principaux signes qui ont été sélectionnés par les cents douze soignants portaient sur la perte de plaisir et d'envie (67.9%), la baisse de l'estime de soi (59.8%), l'état dépressif (58%), l'envie de mourir (53.6%) et les troubles du sommeil (51.8%). Plus de la moitié, même parfois les trois quarts des soignants, ont priorisé ces signes (Figure 5).

L'observation des autres signes qui se réfèrent aux comportements et manifestations associés à la souffrance psychique ont été beaucoup moins reconnus par les soignants. Les plaintes somatiques ont été mentionnées par un soignant sur six (n=20 ;17.6%) et la mauvaise observance thérapeutique n'a été citée que par un soignant sur vingt-deux (n=5 ;4.5%).

Les signes moins sélectionnés, tels que la perte d'appétit (33.9%), les plaintes somatiques (17.9%) et la mauvaise observance thérapeutique (4.5%) sont probablement moins perçus comme des signes directement liés à la souffrance psychique.

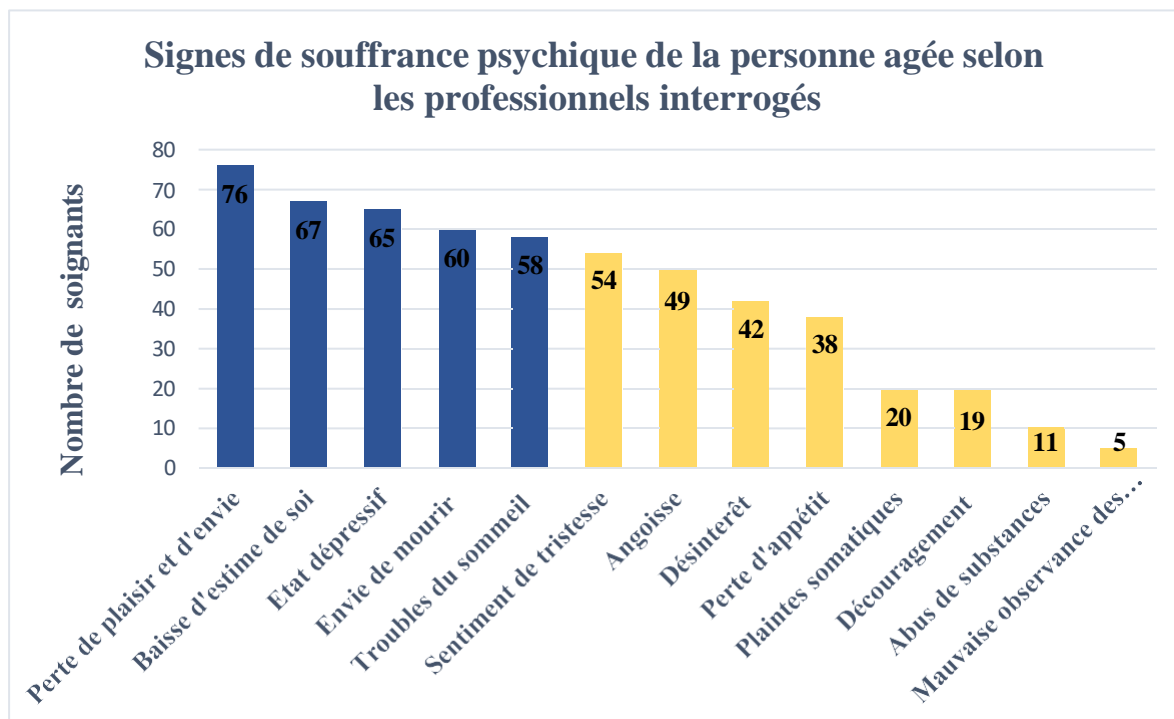


FIGURE 5: LES DIFFERENTS SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE (CHOIX DE CINQ PRINCIPAUX ITEMS)

Existence de protocole (question13)

Sur la présence de protocoles dans le service, les trois quarts des soignants ont répondu qu'il n'en existe pas (28%) ou qu'ils n'en n'ont pas connaissance (46%). En d'autres termes cela signifie que dix-sept infirmières et soixante-sept aides-soignantes n'en utiliseraient pas (Figure 6).

Les résultats obtenus ont montré que parmi le quart des soignants ayant déclaré connaître les protocoles, il y a peu de différence entre les infirmières (26.1%) et les aides-soignantes (24.7%).

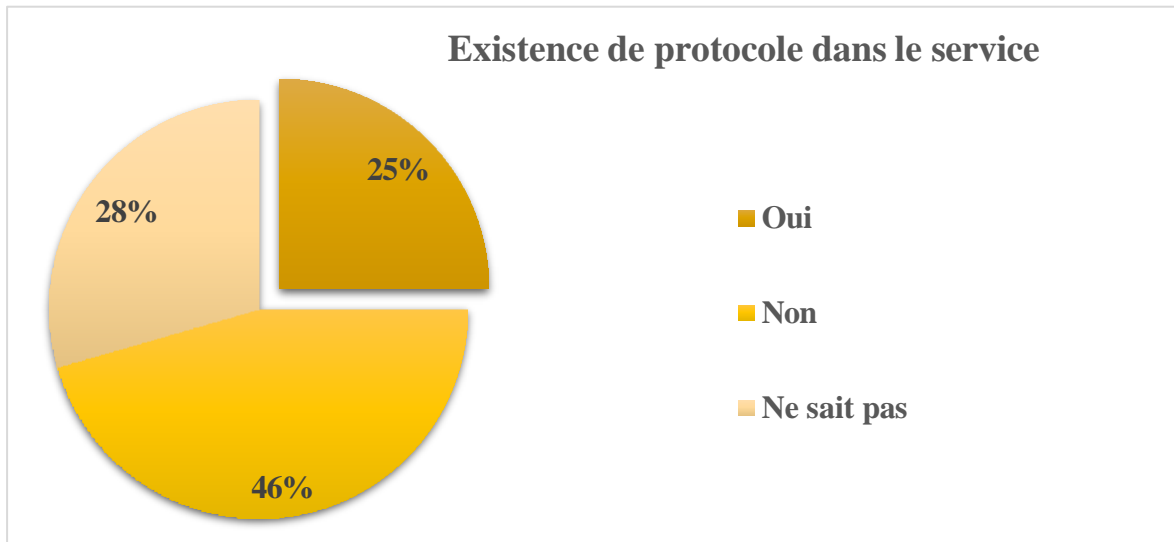


FIGURE 6: CONNAISSANCE DES PROTOCOLES EN CAS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Souffrance psychique repérée (question14)

Les soignants ayant constaté une souffrance psychique chez la personne âgée ont déclaré presque toujours réaliser une transmission (95%). Cependant, moins de la moitié des professionnels ont indiqué qu'il y avait un échange sur le repérage de cette souffrance psychique en réunion pluridisciplinaire. Trente soignants ont dit réalisé un entretien avec le résident (Figure7).

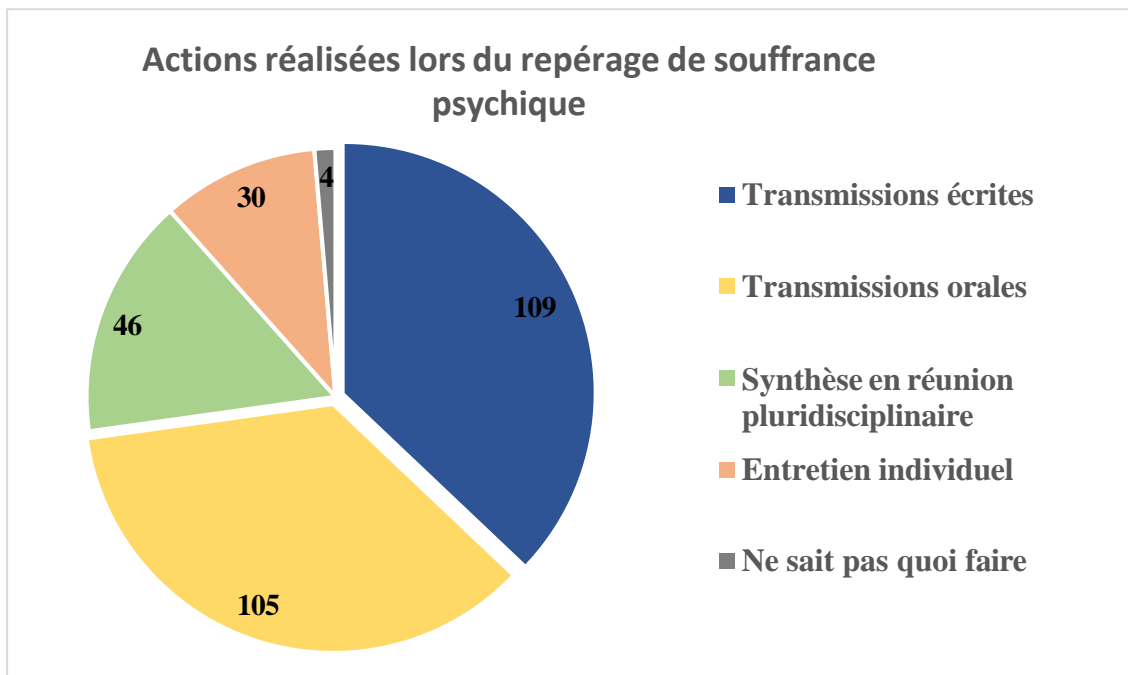


FIGURE 7: ACTIONS DES SOIGNANTS LORSQU'ILS REPERENT DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU RESIDENT (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES)

Evaluation de la sévérité de la souffrance psychique du résident (question 15)

Pour la majorité des soignants (79.5%) l'évaluation de la sévérité de la souffrance psychique s'effectue par les observations du comportement (Figure 8).

Moins d'un tiers (32.1%) utiliseraient des outils d'évaluations.

Un sixième des soignants (5.3%) ont répondu ne pas savoir comment évaluer le degré de sévérité de la souffrance psychique du résident.

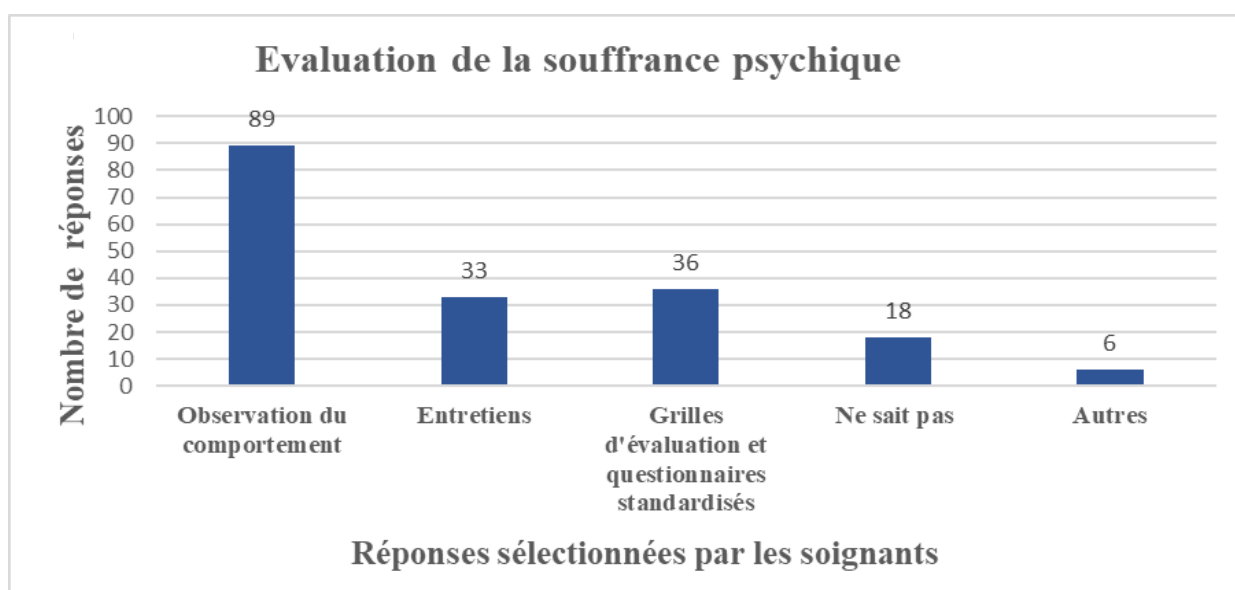


FIGURE 8 : EVALUATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE CHEZ LE RESIDENT (PLUSIEURS REponses POSSIBLES)

Le soignant face à l'évaluation de la souffrance psychique (question 16 et 17)

Plus de la moitié des soignants (63%) ont indiqué que l'évaluation de la souffrance psychique variait d'une personne à une autre (Figure 9).

Les soixante-dix soignants qui ont répondu que l'évaluation était différente devaient justifier leur réponse en fournissant une explication à leur choix.

Pour la majorité des soignants (75.7%) l'évaluation est différente parce qu'elle doit être individualisée en fonction des pathologies, de l'âge, du degré de dépendance, de l'histoire de la personne et de la sévérité de la souffrance psychique. Six soignants ont indiqué que l'évaluation

était différente en fonction de leur ressenti. Un septième des soignants (10%) ne sais pas justifier la réponse.

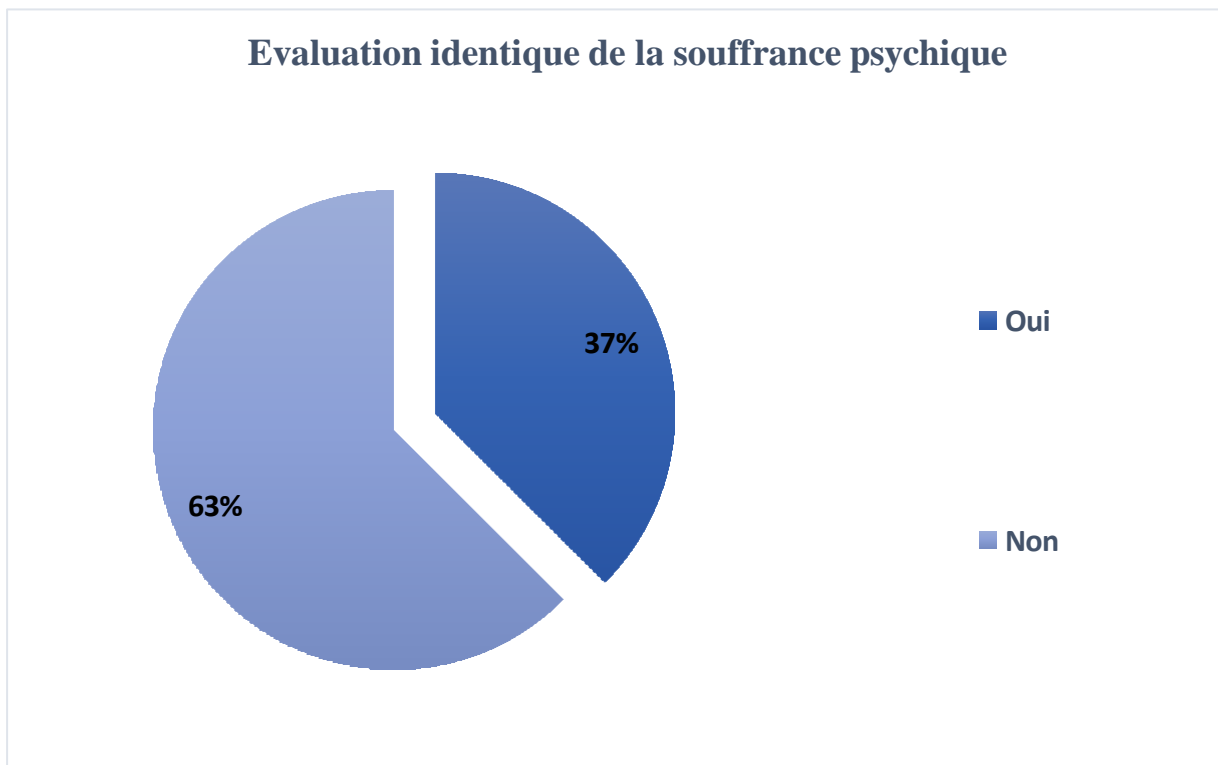


FIGURE 9: DISTINCTION DANS L’EVALUATION DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Méthodes d’évaluation utilisées par les soignants (question 18)

Un quart des soignants (26,8%) ont déclaré réaliser un entretien avec la personne soignée présentant de la souffrance psychique (Figure 10).

Le passage ou l’orientation vers une équipe spécialisée dans l’accompagnement psychologique des personnes soignées n’a été évoqué que par six soignants sur cent douze (5.3%).

Le résultat des échelles d’évaluation est peu significatif par rapport à l’ensemble des soignants ayant répondu aux questionnaires.

Il n’y a que douze soignants (16.3%) qui utiliseraient un outil de repérage. Les infirmières (n=3) et aides-soignantes(n=9) ayant recours aux échelles d’évaluation n’utiliseraient pas les mêmes. Les échelles du repérage de la dépression et du risque suicidaire ont été mentionnées de manière équivalente (n=3 ;8.3%)

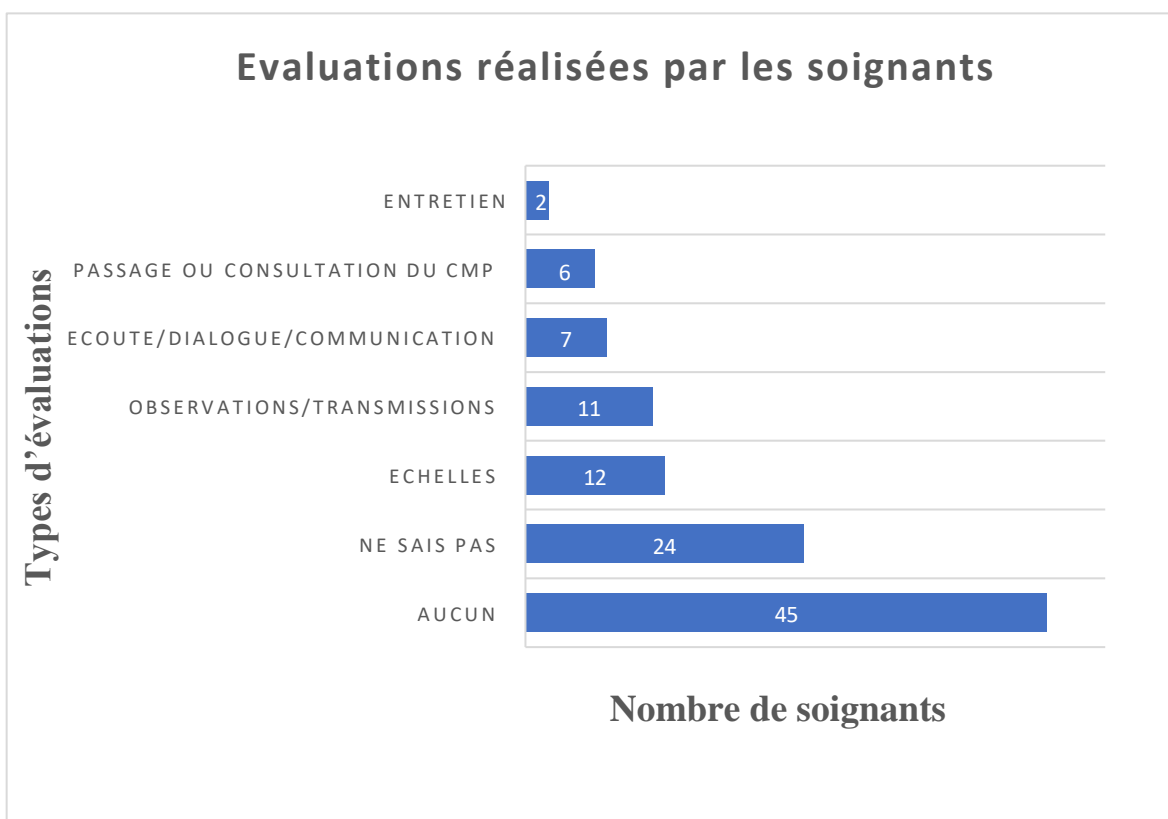


FIGURE 10: TYPES D'ÉVALUATION RÉALISÉES PAR LES SOIGNANTS

Difficultés rencontrées par le soignant dans le repérage de la souffrance psychique

(question 18, plusieurs réponses possibles)

Pour la majorité des soignants (86.6%), le principal obstacle dans l'identification de la souffrance psychique serait le manque de formation. Pour les trois quarts des soignants le manque de personnel et le manque de temps sont des sources importantes de difficultés.

Les difficultés telles que le manque de moyen (38.4%) et le manque d'échanges pluridisciplinaires (35.7%) sont moins souvent perçues par les soignants, n'étant mentionnés que par un tiers d'entre eux (Figure 11).

L'absence de poursuite de prise en soin est moins significative par rapport à d'autres problèmes identifiés.

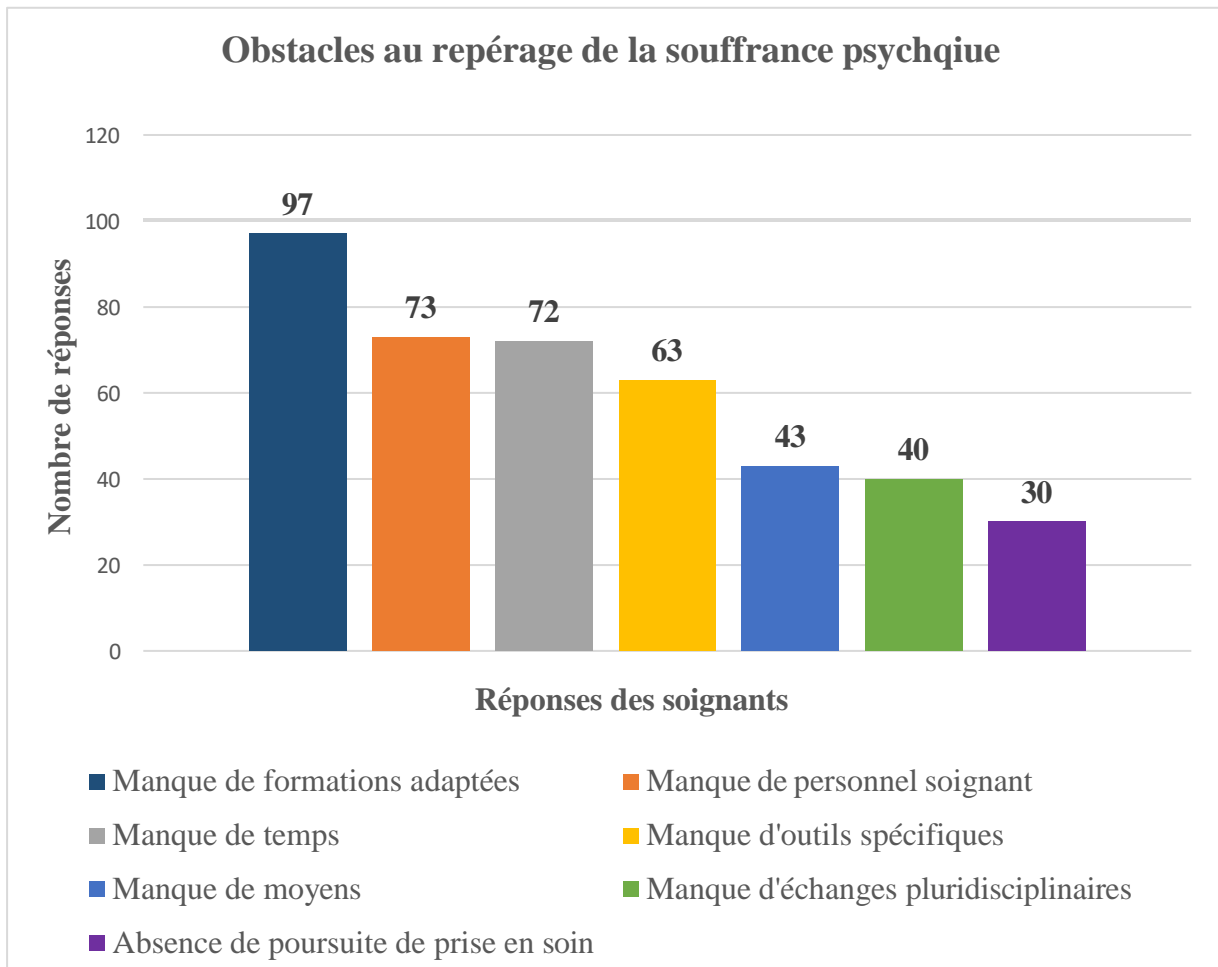


FIGURE 11: LES DIFFERENTS OBSTACLES RENCONTRES AU REPERAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DU RESIDENT

Propositions des soignants (question 19)

La dernière question était ouverte, permettant aux soignants de s'exprimer sur les moyens d'améliorer la qualité de prise en soin de la souffrance psychique. Pour plus de la moitié des soignants (57,4%) la proposition de formations et d'outils d'évaluation a été mise en avant. Les autres propositions mettaient l'accent sur l'écoute, sur les échanges pluridisciplinaires et le suivi du CMP, ainsi que la présence régulière de la psychologue, chacune proposée dans environ quinze pourcents des cas.

Afin d'approfondir les données recueillies il semblait important de croiser ces données pour fournir une perspective plus approfondie de la situation.

2. Analyses comparatives et bivariées.

Dans l'analyse comparative des signes de souffrance psychique, les signes les plus fréquemment repérés par les soignants sont les signes émotionnels et comportementaux.

Les éléments identifiés en majorité sont : la perte de plaisir et d'envie pour plus des deux tiers des infirmières (73.9%) et des aides-soignantes (66.3%) et la baisse d'estime de soi pour plus de la moitié des soignants ayant répondu (Tableau 5).

On constate que hormis l'envie de mourir qui a été moins cités pour les infirmières, les soignants ont priorisé les mêmes signes.

N : nombre de soignants par catégorie

	Aides-soignantes N = 89	Infirmières N = 23
Signes de la souffrance psychique n (%)		
Perte de plaisir et d'envie	57 (66.3)	17 (73.9)
Baisse d'estime de soi	52 (60.5)	13 (56.5)
Etat dépressif	51 (59.3)	12 (52.2)
Envie de mourir	49 (57.0)	8 (34.8)
Troubles du sommeil	42 (48.8)	14 (60.9)
Sentiment de tristesse	41 (47.7)	13 (56.5)
Angoisse	38 (44.2)	8 (34.8)
Désintérêt	35 (40.7)	7 (30.4)
Perte d'appétit	26 (30.2)	12 (52.2)
Plaintes somatiques	12 (14.0)	7 (30.4)
Découragement	15 (17.4)	4 (17.4)
Abus de substances	10 (11.6)	1 (4.3)
Mauvaise observance des traitements	3 (3.5)	2 (8.7)

TABLEAU 5: ANALYSE COMPARATIVE DES SIGNES DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ENTRE LES DIFFERENTES CATEGORIES PROFESSIONNELLES

Professionnels formés ou non au repérage

Pour mieux appréhender la prise en soin de la personne présentant de la souffrance psychique, le profil des soignants ayant été formés ou non formés au repérage de la souffrance psychique

ont été confrontés, afin d'évaluer l'impact de la formation sur le repérage de la souffrance psychique (Tableau 6).

L'analyse permet d'identifier que les soignants qui ont suivi une formation sur le repérage de la souffrance psychique sont en moyenne âgés de cinq ans plus (moy=43.9) que les soignants non formés (moy=37.3). Sur vingt soignants formés au repérage de la souffrance psychique, quatre étaient des infirmières et seize des aides-soignantes.

Sur les quatre-vingt-douze soignants non formés, soixante-treize étaient des aide soignantes et dix-neuf des infirmières.

Les professionnels ayant exercé en psychiatrie représentaient plus de la moitié des soignants (55%) ayant eu une formation au repérage de souffrance. Plus de la moitié des soignants (60%) formés au repérage et les deux tiers non formés (67.4%) sont en difficultés lors de la prise en soin du résident présentant une souffrance psychique.

Dans le repérage de signes de souffrance psychique, que le personnel soit formé ou non, la différence est peu significative car les trois principaux signes évoqués sont les mêmes, seul l'ordre de priorisation des signes est différent.

	Professionnels formés au repérage N = 20	Professionnels non formés au repérage N = 92
Age, moy (sd)	43.9 (9.8)	37.3 (9.5)
Profession, n (%)		
Aides-soignantes	16 (82.6)	73 (79.3)
Infirmières	4 (23)	19 (20.7)
Exercice en psychiatrie, n (%)	11 (55.0)	25 (27.2)
Difficultés lors de la prise en soins, n (%)	12 (60.0)	62 (67.4)
Signes de la souffrance psychique n (%)		
Perte de plaisir et d'envie	13 (65.0)	63 (68.5)
Baisse d'estime de soi	16 (80.0)	51 (55.4)
Etat dépressif	15 (75.0)	50 (54.3)

TABLEAU 6: PROFESSIONNELS FORMES OU NON AU REPERAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Les difficultés de prise en soins rencontrées par les professionnels

Trois quarts des soignants sont en difficultés avec la prise en soin du résident présentant une souffrance psychique. Les résultats ont montré que les soignants n'étant pas en difficultés avec le repérage ont une tendance à être plus jeune de trois ans par rapport aux autres.

Sur les trente-six soignants ayant exercés en santé mentale, quatre sont des infirmières et trente-deux sont des aides-soignantes. Presque les deux tiers (62.5%) d'entre eux expriment être en difficulté dans la prise en soin du résident en souffrance psychique et un tiers (30.6%) sont formés au repérage de la souffrance psychique (tableau 7).

La majorité des infirmières et aides-soignantes ayant travaillé dans un secteur de psychiatrie ont défini la souffrance psychique avec pour éléments principaux la souffrance morale (86.1%), la détresse émotionnelle (80,6%) et l'anxiété (77.8%).

Certains critères non représentatifs de la souffrance psychique ont été moins choisis, tels que l'incapacité d'adaptation (33.3%) et la faiblesse (22.2%). Cependant, l'hypersensibilité, caractéristique de la personnalité et non signe de souffrance psychique, a été choisie par plus d'un tiers des soignants (38.4%) dont presque la moitié a travaillé en santé mentale.

Pour presque la totalité de ces soignants (n=33 ;91.7%) l'isolement social et la perte des liens familiaux (n=28 ;77.8%) sont les facteurs de risque prioritaires de la souffrance psychique chez le résident.

	Professionnels en difficulté lors de la prise en soins N = 74	Professionnels non en difficulté lors de la prise en soins N = 38	<i>P</i>
Age, moy (sd)	39.6 (9.8)	36.2 (9.8)	0.112
Profession, n (%)			1
Aide-soignante	59 (79.7)	30 (79)	
Infirmière	15 (20.3)	8 (21)	
Exercice en psychiatrie, n (%)	20 (27.0)	16 (42.1)	0.160
Formation, n (%)	12 (16.2)	8 (21.1)	0.710
Existence de protocoles dans le service, n (%)			0.270
Oui	19 (25.7)	9 (23.7)	
Non	25 (33.8)	8 (21.1)	
Ne sait pas	30 (40.5)	21 (55.3)	
*Résultats significatifs			

TABLEAU 7: PROFESSIONNELS EN DIFFICULTES LORS DE LA PRISE EN SOINS PAR RAPPORT A LEUR EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET LEUR FORMATION.

Professionnels exerçant en EHPAD et en USLD

Selon les résultats, les deux tiers des professionnels exerçant en EHPAD (62.2%) ont déclaré être un peu moins en difficultés face à la souffrance psychique du résident que les soignants travaillant en USLD (70%).

Plus des deux tiers des soignants exerçant en EHPAD (69.8%) et presque quatre-vingt-dix pourcents des soignants exerçant en USLD ont dit être souvent voire toujours confronter à la souffrance psychique. Dans l'ensemble, il semblerait que les soignants soient plus souvent face à la souffrance psychique en USLD (Tableau 8).

Un cinquième des soignants exerçants en USLD sont informés de l'existence de protocole contre presque un tiers en EHPAD.

	Professionnels exerçant en EHPAD N = 53		Professionnels exerçant en USLD N = 46		<i>P</i>
Difficultés lors de la prise en soins, n (%)	33	(62.2)	32	(70.0)	0.672
Formation, n (%)	10	(18.8)	6	(13.0)	0.580
Confrontation à la souffrance psychique, n (%)					0.084
Toujours	9	(17)	12	(26.1)	
Souvent	28	(52.8)	29	(63.0)	
De temps en temps	15	(27.7)	5	(10.9)	
Rarement	0	(0.0)	0	(0.0)	
Jamais	0	(0.0)	0	(0.0)	
Existence de protocoles dans le service, n (%)					0.357
Oui	15	(27.7)	9	(19.6)	
Non	12	(22.2)	16	(34.8)	
Ne sait pas	25	(46.3)	21	(45.7)	
*Résultats significatifs					

TABLEAU 8: DISTINCTION ENTRE LES DIFFERENTS LIEUX D'EXERCICE

IV DISCUSSION

1. Principaux résultats

Il est important de prendre en compte plusieurs aspects qui peuvent nous éclairer sur le choix des soignants face aux différents items retenus pour définir la souffrance psychique. La majorité des soignants ont choisi d'identifier la souffrance psychique en priorisant la détresse émotionnelle, la souffrance morale et l'anxiété ce qui conduit à dire que pour la plupart des soignants ces éléments sont reconnus comme les manifestations majeures de la souffrance psychique. Cela peut être dû à la nature souvent intense, durable et observable de ces éléments dans les pratiques quotidiennes. La détérioration de la santé mentale avec des troubles tels que la dépression et l'angoisse sont aussi des indicateurs clé ce qui signifie que les soignants sont sensibles aux signes chroniques de la souffrance psychique. Les fortes similitudes dans le choix des critères de définition par les soignants sont en accord avec les différents critères reconnus par la littérature. [31]

Les éléments de définitions de la souffrance psychique tels que l'angoisse, la perte d'appétit, pertinents dans le repérage de la souffrance psychique du résident, sont moins privilégiés par les soignants.

Le fait que certains soignants aient choisi des critères non reconnus pour définir la souffrance psychique, montre que malgré un large consensus sur les éléments principaux de cette définition, il demeure des divergences d'évaluation. Ces choix suggèrent qu'il est difficile d'obtenir l'unanimité parmi les soignants et que certains d'entre eux se basent sur des critères non valides.

La perception clinique et l'expérience professionnelle jouent un rôle significatif dans la compréhension de la souffrance psychique. Mais la connaissance plus théorique c'est-à-dire connaître les aspects spécifiques de la souffrance psychique chez le sujet âgé permettra de choisir en équipe les stratégies de soutien efficaces et les actions pour harmoniser les pratiques des soignants.

Une définition claire et partagée facilite la communication entre les soignants, les résidents et leurs familles, assurant une meilleure coordination.

La reconnaissance de la souffrance psychique favorisera un environnement plus sécurisé et apaisant pour le résident et sa famille.

Selon le journal de Thérapie Comportementale « il existe une forte prévalence des comorbidités entre la dépression, l'anxiété chez les personnes ayant des douleurs chroniques. » [32].

Les soignants peuvent avoir des biais qui les amènent à privilégier certains signes par rapport à d'autres. En effet les plaintes somatiques chez les personnes âgées sont souvent attribuées à des pathologies préexistantes souvent chroniques, au vieillissement, ce qui peut rendre difficile leur reconnaissance en tant que signes de souffrance psychique.

Les résidents peuvent être réticents à parler de leur souffrance psychique en raison de la stigmatisation ou de la difficulté à exprimer leurs émotions. Ils peuvent plus facilement se plaindre de symptômes physiques, ce qui peut ne pas être perçu comme un signe de souffrance psychique.

Le refus de suivre son traitement, l'abus de substances sont moins souvent reconnus comme des réponses à la souffrance psychique. Cela peut suggérer une déficience dans la reconnaissance des indicateurs moins systématiques de souffrance psychique.

Concernant les facteurs de risque de souffrance psychique : l'isolement social, la perte des liens familiaux et le sentiment de solitude sont les principaux facteurs de risque identifiés par le personnel soignant. Les soignants semblent percevoir cette perte de liens comme des éléments prioritaires de souffrance psychique, probablement parce qu'ils observent régulièrement les effets délétères de la solitude et de l'isolement chez les résidents. De même, le changement de l'environnement de vie et la perte d'autonomie sont des facteurs de risque significatifs pour les soignants. En effet, intégrer un établissement de soin, devenir dépendant de l'Autre sont des éléments extrêmement perturbants pour le résident. « Chez le sujet âgé, la notion d'habiter un espace nécessite de le réfléchir en lien avec la question de la perte d'autonomie, car ses possibilités d'investissement et d'occupation de cet espace sont de fait modifiées, voire limitées, par rapport à ce qu'il a pu connaître antérieurement. » [33]

La perte d'autonomie limitant les déplacements et les interactions sociales, le changement dans l'environnement de vie et la solitude peuvent entraîner un isolement social des personnes âgées.

Lutter contre ces facteurs de risque est essentiel pour préserver la santé psychique, le bien-être et l'intégration sociale. [34]

La douleur non soulagée, les deuils et l'annonce d'une maladie semblent être des éléments moins représentatifs pour les soignants, peut-être parce que ces facteurs sont moins présents dans le quotidien du résident ou présent antérieurement. Il en va de même pour la maltraitance qui n'est que très peu mentionnée. La maltraitance peut être sous-estimée en raison de la nature souvent cachée et la difficulté de l'identifier. Selon Daniel B.Kaplan « Dans le monde une personne âgée de 60 ans et plus est victime de maltraitance. ». Les personnes victimes de violence psychologique, peuvent adopter un attitude passive, se replier sur eux-mêmes, ressentir de l'anxiété ou sombrer dans la dépression. [35]

Concernant la fréquence des résultats de cette étude mettent en évidence, que les soignants sont très souvent confrontés à la souffrance psychique du résident et qu'ils expriment des difficultés de prise en soin. Les soignants qui travaillent en USLD disent être plus souvent confronter à la souffrance psychique. Ceci peut être mis en rapport aux résidents qui ont une prise en soin complexe avec des soins lourds et souvent une dépendance plus importante.

Malgré la fréquence importante de la souffrance psychique évoquée par les soignants, trois quarts des personnes ayant complété le questionnaire ne connaissent pas l'existence de procédures en cas de souffrance psychique. Par contre plus des deux tiers (66.1%) expriment être en difficulté lors de la prise en soin d'un résident présentant une souffrance psychique. En effet, malgré le fait que la majorité des soignants se sentent démunis face à des résidents en souffrance, ils ne sont pas suffisamment informés sur les démarches à suivre pour y faire face. Il n'y a que vingt-huit soignants sur cent douze qui ont une information sur les protocoles alors que plus des trois quarts (81.2%) des soignants déclarent être confrontés souvent (56.2%), ou toujours (25%) à la souffrance psychique du résident en institution. Bien que formés, les soignants ayant exercé en psychiatrie expriment également des difficultés. Ils sont en capacité de repérer, mais il existe des spécificités du sujet âgé. Il s'avère qu'un seul soignant formé au repérage de la souffrance psychique chez le résident utilise une échelle d'évaluation, l'Echelle Comportementale pour Personne âgée (ECPA). Les outils d'évaluation de la douleur peuvent aider à détecter des manifestations somatiques de la souffrance psychique, mais ils ne remplacent pas les échelles spécifiques pour la souffrance psychique validées.

La quasi-totalité des soignants informe par le biais de transmissions de la souffrance psychique du résident. Cependant plus d'un tiers des soignants indiquent que ces informations ne sont pas rapportées à l'ensemble de l'équipe, ce qui suggère un manque de communication. Cela peut entraîner le morcellement de la prise en soin et un manque de coordination entre les différents intervenants.

Bien que des entretiens soient réalisés, il est nécessaire de connaître la qualité de ceux-ci. Sont-ils faits de la même manière ? Un repérage et une évaluation sont-ils réalisés ? De plus, quelles actions sont menées suite à ces transmissions et ces entretiens ?

Les résultats révèlent des difficultés rencontrées dans le repérage de la souffrance psychique ainsi que les solutions suggérées par les soignants.

Ils expriment en grande majorité un besoin de sensibilisation, de formation pour les aider dans leur pratique quotidienne. Ils souhaitent disposer d'outils standardisés ou des échelles spécifiques qui soient rapides et faciles à utiliser, afin d'influencer leur capacité à fournir un repérage optimal.

L'enquête réalisée auprès des infirmières et aides-soignantes des EHPAD et de l'USLD du CHA a mis en évidence que plus de quatre-vingt pourcents des soignants ne sont pas formés au repérage de la souffrance psychique du résident. Les deux tiers des soignants évoquent un besoin de formation adaptée au repérage de la souffrance psychique et aux outils d'évaluation du sujet âgé.

Sur vingt soignants formés au repérage, deux ne se sont pas exprimés mais sur les dix-huit autres soignants, plus de la moitié (61%) souhaitent aussi une formation car ils éprouvent des difficultés dans la prise en soin du résident ayant une souffrance psychique.

Une autre piste proposée serait de structurer et coordonner les échanges pour repérer et prendre en soin la souffrance psychique. Améliorer la communication pourrait permettre d'alerter et être plus rapide dans l'accompagnement des résidents. La mise en place de temps d'échanges, de synthèses pluridisciplinaires dans chacune des structures pourrait contribuer à une meilleure coordination des soins.

Être sensibilisé, formé, et disposé d'outils partagés permet d'optimiser le temps du soignant.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Force de l'étude

Avec plus de cinquante pourcents de questionnaires complétés, cette étude permet de faire un premier état des lieux représentatif sur les pratiques actuelles des soignants. L'adoption d'une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles des soignants dans le repérage de la souffrance psychique des personnes âgées en EHPAD et USLD s'inscrit dans une réflexion approfondie et propose des solutions concrètes pour améliorer la continuité et la qualité de la prise en soin de résident.

2.2 Biais de sélection

L'étude porte sur la moitié de la population susceptible de répondre.

Un même répondant peut compléter plusieurs fois le questionnaire, l'information a été donnée à l'orale et non écrite. Les soignants peuvent en discuter entre eux et refaire un questionnaire.

Puisque c'est un questionnaire à choix multiples les personnes interrogées peuvent être amenées à répondre favorablement aux questions. L'alternative aurait été de faire des entretiens individuels semi directif, qui auraient pu mettre en évidence les actions concrètes et des données plus fiables, ceci afin d'avoir une robustesse des résultats.

2.3 Biais de classement

La limitation du nombre de réponses est un biais de classement.

Je ne peux pas généraliser mes résultats à d'autres soignants.

Il serait important d'identifier les protocoles utilisés par les soignants afin de dresser un état des lieux précis de leurs connaissances et de mieux cibler les besoins en formation.

3. Perspective et place de l'IPA

« Tout au long de son histoire, le but fondamental de la profession infirmière s'est défini autour de l'action du prendre soin, afin d'améliorer la santé et le bien-être du patient, tout en créant un environnement sain, lui permettant de maintenir cet état. L'introduction des rôles de pratique infirmière avancée constitue l'une des solutions envisagées pour permettre l'amélioration continue des soins aux patients dans un contexte d'augmentation des pathologies chroniques comme les troubles de l'humeur. L'élargissement de leur champ de pratique, leur expertise et leurs compétences constituent une valeur ajoutée dans la qualité des soins. ». (Meleis, 2012). L'ANESM met en avant l'importance de reconnaître et de traiter la souffrance psychique chez les personnes âgées, soulignant le risque suicidaire dans cette population.

Les recommandations sont basées sur la prévention, l'identification, le repérage précoce de la souffrance psychique (signes et facteurs), d'une prise en charge pluridisciplinaire et la gestion des crises suicidaires. [30]

3.1 Rôle de l'IPA dans la prévention de la souffrance psychique

Il est important d'instaurer un climat de confiance dès les premières rencontres avec le résident en prenant compte des habitudes de vie, des facteurs sociaux, environnementaux et culturels de la personne âgée. Ceci afin de créer des conditions d'accueil adaptées aux attentes et aux besoins du résident. L'IPA joue un rôle dans ce processus en menant une évaluation holistique du résident, en identifiant les informations pertinentes pour une approche personnalisée. Elle encourage également l'implication des personnes âgées et de leurs aidants dans le processus de soin. Le dialogue entre le résident, le personnel soignant et sa famille est un point essentiel pour favoriser les échanges. Cela implique un regard et une écoute attentive.

En accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, l'IPA pourra conduire un entretien pour réaliser une anamnèse, un recueil des antécédents médicaux, une évaluation des facteurs sociaux, environnementaux, tout en tenant compte des aspects psychologiques du résident. Ceci afin de mettre en œuvre un plan de soins personnalisé.

Elle peut également coordonner avec d'autres professionnels de santé et les soignants afin d'assurer une prise en soin cohérente et centrée sur le résident, renfonçant ainsi la relation de confiance. L'IPA peut mener des actions préventives qui impliquent la mise en place de mesure et de pratiques pour anticiper, atténuer ou éviter des problèmes potentiels. Cela comprends des évaluations régulières, une surveillance et des ajustements progressifs personnalisés visant à réduire les risques. [36]

3.2 Place de l'IPA dans le repérage précoce et la mise en place d'une prise en soin

L'IPA pourrait mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique pour améliorer la prise en soin du résident et son parcours.

En effet lors de mes deux années de formation, pendant les stages, j'ai pu acquérir des compétences essentielles dans le repérage de la souffrance psychique, développer mes connaissances dans l'utilisation des outils d'évaluations et participer à la sensibilisation des équipes sur le repérage de celle-ci.

Ce qui me permet d'envisager l'IPA comme un atout important dans l'accompagnement des équipes, l'amélioration des pratiques professionnelles et le développement des compétences de tous les acteurs gravitant autour de la personne âgée.

En effet L'IPA peut avoir un rôle important d'information, de formation et de supervision des équipes en EHPAD et en USLD.

Elle peut collaborer avec les autres professionnels de santé pour développer des protocoles détaillés et clairs sur la prise en soin de la souffrance psychique.

Elle peut s'assurer que les procédures seront fondées sur les dernières recherches cliniques. Par des temps d'échanges réguliers, des formations brèves, de l'éducation thérapeutique auprès des résidents, l'IPA peut apporter ses connaissances et ses compétences au sein des équipes et s'assurer de la coordination de tous les intervenants.

Elle pourrait aussi avoir un rôle de conseil, d'éducation et d'accompagnement des familles dans le repérage de la souffrance psychique.

Elle peut animer des temps de formation réguliers et courts d'échanges avec les infirmières et les aides-soignantes lorsqu'ils rencontrent des situations de souffrance psychique et maintenir à jour les connaissances des soignants en faisant des rappels fréquents. Il est important d'évaluer régulièrement la connaissance des soignants pour remédier aux difficultés rencontrées.

Les formations doivent inclure des modules spécifiques sur les signes moins évidents mais tout aussi pertinent dans le repérage. Encourager les soignants à considérer l'ensemble des signes, peut permettre une évaluation plus complète et une prise en soin plus précoce.

L'IPA aura aussi pour mission de surveiller l'état de santé global du résident en ajustant les traitements et les interventions si nécessaire.

Il sera aussi essentiel que l'IPA soit attentive aux résidents vivants avec des pathologies chroniques, en examinant de près les répercussions de ces pathologies sur le bien-être et adapter la prise en soins.

Elle aura un rôle d'alerte auprès du médecin en cas de signes de souffrance psychique afin d'orienter le résident vers les professionnels de santé du CMP ou l'équipe de psychogériatrie du centre hospitalier d'Arras qui pourront l'accompagner. Garante de la coordination entre les équipes et elle assurera la réévaluation régulière de la santé mentale afin d'assurer un suivi régulier.

Elle peut aussi avoir un rôle d'écoute et de soutien auprès des soignants qui sont en difficulté dans ce genre de situation et les aider à gérer leur propre stress pour maintenir une qualité de soin la plus optimale possible.

Il est important de prendre en compte les différentes perspectives de la santé mentale et de pouvoir distinguer une personne soignée qui est déprimée et ou anxieuse, ou si elle présente des signes de souffrance psychique isolés afin d'optimiser la prise en soin individualisée et spécifique. Ceci en respectant le parcours de soins.

L'évaluation de ces signes peut se faire par des entretiens, une observation du comportement et des échelles d'évaluations adaptées aux différents troubles psychiques.

En tant que future IPA au sein des EHPAD et de l'USLD du Centre Hospitalier d'Arras, je pourrai veiller à l'organisation de sessions de formation régulières pour sensibiliser les soignants aux signes et facteurs de risque de la souffrance psychique chez les résidents. En intégrant par exemple, des ateliers sur la prévention et la détection précoce de la souffrance psychique.

Sensibiliser les soignants à l'importance des relations avec les résidents afin de percevoir et de donner un sens à la souffrance psychique. A travers les relations avec les soignants, la famille, les autres résidents, les résidents pourraient partager leurs expériences, leurs émotions et recevoir un soutien. La connaissance des représentations de la souffrance psychique permet une compréhension de cette expérience complexe. (Lionel Dany, Anne Dormieux, Francette Futo, Roger Favre).[37]

Des petits groupes de parole pourraient être instaurés afin de donner aux résidents l'occasion de s'exprimer.

Afin de repérer efficacement les indicateurs de souffrance psychique, je pourrai accompagner les soignants à utiliser les outils standardisés d'évaluation et veiller à la réévaluation.

Ces outils pourraient être intégrés dans l'évaluation initiale et dans le suivi régulier des résidents. Nous pourrions également réfléchir avec les soignants à la création d'un outil simple d'utilisation.

Lors de réunions pluridisciplinaires, j'accompagnerai les équipes soignantes dans la prise en soin de la souffrance psychique en veillant à la bonne utilisation des outils et en assurant la coordination entre les différents intervenants.

Consacrer un temps d'échange sur le ressenti des soignants permettrait de reconnaître leur difficulté et de renforcer la résilience de l'équipe.

En tant qu'IPA, je pourrai organiser des séances d'éducation et de sensibilisation à la souffrance psychique auprès des familles et des résidents.

Ces solutions peuvent permettre de renforcer le repérage de la souffrance psychique, de le réduire et d'améliorer le bien-être des résidents, ainsi que celui du personnel soignant.

V.CONCLUSION

Avant une entrée en structure d'hébergement, la personne accueillie devrait aborder sa nouvelle vie en toute connaissance de cause, en y étant préparé et, ce, afin d'adhérer au mieux et d'être partie prenante du projet. Un temps d'adaptation est nécessaire et doit être la clef de voute de l'accompagnement afin d'éviter de générer de la souffrance.

Le personnel soignant veille à accompagner le résident avec une prise en soin individualisée et optimale. Toutefois, le manque de formation au repérage de la souffrance psychique le place face à des situations de détresse émotionnelle sans être pleinement apte à identifier et recueillir ces symptômes.

En ce sens, suite à l'étude menée et aux pistes de réflexion émergentes, la pratique avancée peut avoir comme axes de travail de contribuer à l'amélioration de la prévention de la souffrance psychique et de promouvoir le repérage de celle-ci. Ainsi, le travail de l'IPA permettra une amélioration de la qualité de prise en soin des personnes âgées entrant en établissement, un renforcement de leur suivi et une veille au travers d'un regard doté d'une certaine expertise.

Afin de permettre une amélioration de la prise en compte de la souffrance psychique, un second axe de travail réside dans la collaboration et la communication entre les professionnels de santé et l'entourage de la personne. Les perspectives de la personne accompagnée exprimées par l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale et issues de la famille permettent d'affiner les besoins du résident tout en élaborant des soins personnalisés. L'analyse des éléments repérés en examinant attentivement les signaux, les indicateurs ou les indices identifiés dans le contexte de la souffrance psychique permettent d'assurer une prise en soin optimale. Il apparaîtrait pertinent d'intégrer la systématisation du repérage de la souffrance psychique dans la prise en soin globale des résidents.

L'IPA peut jouer un rôle important dans le repérage et la détection précoce des signes de souffrance psychique chez la personne âgée. Cela consistera à effectuer des évaluations approfondies, régulières et holistiques de l'état de santé, tout en prenant en compte différents aspects, qu'ils soient : physiques, psychologiques, émotionnels, culturels et sociaux afin de faciliter le repérage.

En sus, l'IPA peut collaborer avec les autres professionnels de santé afin de mettre en place un accompagnement individualisé en élaborant des stratégies d'intervention adaptées au contexte spécifique des résidents, facilitant ainsi les interactions sociales afin de créer un environnement favorable au bien-être. L'éducation des patients, des aidants, des proches, des soignants sur les signes de souffrance psychique et les ressources disponibles font partie intégrante de son rôle. Ceci peut se faire en mettant en place des interventions préventives, thérapeutiques adaptées et une sensibilisation sur la santé mentale. Une approche attentive et adaptée à chaque individu est essentielle dans ces situations.

L'IPA assurera un suivi régulier des résidents et adaptera les interventions en fonction de l'évolution de leur état de santé physique et mentale.

In fine, à mon sens, le premier axe de travail de l'IPA résidera dans la prévention de la souffrance psychique avant même qu'elle ne soit détectée afin d'endiguer le processus. Elle ne devra pas se cantonner à la partie curative, autour de l'accompagnement du résident, de sa famille et des soignants.

Il s'agira de s'appuyer sur une doctrine issue du plus ancien ouvrage de médecine chinoise traditionnelle, le Huangdi Nei Jing, selon laquelle, « *Le sage n'attend pas que les hommes soient malades pour les soigner, il les guide quand ils sont en bonne santé.* »

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1: Signes de souffrance psychique source de l'Anesm.....	12
Tableau 2 : répartition des infirmières et aides-soignantes en EHPAD et USLD.....	16
Tableau 3: Données sociodémographiques.....	18
Tableau 4:La souffrance psychique chez le résident.....	20
Tableau 5:Analyse comparative des signes de souffrance psychique entre les différentes catégories professionnelles	29
Tableau 6:professionnels formés ou non au repérage de la souffrance psychique.....	30
Tableau 7:Professionnels en difficultés lors de la prise en soins par rapport à leur expérience professionnelle et leur formation.	31
Tableau 8:distinction entre les différents lieux d'exercice	32
Figure 1:formation au repérage de la souffrance psychique du résident	19
Figure 2: Fréquence de la souffrance psychique en EHPAD et USLD.....	21
Figure 3:difficultés du soignant devant un résident en souffrance psychique.....	21
Figure 4:les cinq principaux facteurs favorisant la souffrance psychique.....	22
Figure 5:Les différents signes de souffrance psychique (choix de cinq principaux items).....	23
Figure 6:connaissance des protocoles en cas de souffrance psychique	24
Figure 7:actions des soignants lorsqu'ils repèrent des signes de souffrance psychique du résident (plusieurs réponses possibles).....	24
Figure 8 :Evaluation de la souffrance psychique chez le résident (plusieurs réponses possibles)	25
Figure 9:distinction dans l'évaluation de la souffrance psychique.....	26
Figure 10:types d'évaluation réalisées par les soignants	27
Figure 11:les différents obstacles rencontrés au repérage de la souffrance psychique du résident	28

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	A
SOMMAIRE	C
GLOSSAIRE.....	E
I. INTRODUCTION.....	1
1. Le vieillissement de la population, un défi pour la société.....	4
1.1 Données démographiques	4
1.2 Des modes de vie adaptés au vieillissement.	5
2. La santé mentale en établissement.....	7
2.1 Santé et santé mentale.....	7
2.2 La souffrance psychique, spécificité chez le sujet âgé.....	8
2.3 La dépression et les idées suicidaires.....	10
3. Repérage de la souffrance psychique en EHPAD et USLD.....	11
3.1 Les signes précoces.....	11
3.2 Les facteurs de risque	12
3.3 Les outils de repérage et les protocoles du centre hospitalier d'Arras.....	13
4. Contexte de l'étude.....	15
5. Les objectifs de l'étude.....	15
II. MATERIEL ET METHODE	16
1. Méthode.....	16
2. Traitement des données	17
III. ANALYSES ET RESULTATS	18
1. Analyses descriptives univariées	18
2. Analyses comparatives et bivariées.....	29
IV DISCUSSION	33
1. Principaux résultats	33
2. Forces et limites de l'étude	37

2.1 Force de l'étude.....	37
2.2 Biais de sélection	37
2.3 Biais de classement	37
3. Perspective et place de l'IPA	38
3.1 Rôle de l'IPA dans la prévention de la souffrance psychique	38
3.2 Place de l'IPA dans le repérage précoce et la mise en place d'une prise en soin	39
V.CONCLUSION	42
TABLE DES ILLUSTRATIONS	D
ANNEXES	G
ANNEXE 1 : Questionnaire	G
BIBLIOGRAPHIE	M

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

Bonjour,

Infirmière depuis 19 ans au sein Centre Hospitalier d'Arras et plus particulièrement en EHPAD et USLD, je suis Madame DUCROCQ Caroline, actuellement en deuxième année de formation en pratique avancée.

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude en santé, je réalise une enquête sur « le repérage de la souffrance psychique de la personne âgée institutionnalisée ». Ce questionnaire de recherche est anonyme et contribuera à l'élaboration de mon mémoire. Cette étude est à destination du personnel soignant (IDE et AS, ASG, AMP, FF AS) des EHPAD et de l'USLD du Centre Hospitalier d'Arras.

Les données recueillies seront conservées dans le logiciel Goupile, géré par la fédération de recherche en santé mentale (F2RSM), située à Saint André les Lille.

Ce questionnaire vous prendra dix minutes. Personne n'est pas dans l'obligation d'y répondre.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Êtes-vous ...

- Homme
- Femme
- Non binaire

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre profession ?

- Infirmier(e)
- Aide-soignant(e)
- Assistant(e) de soins en gérontologie

- Faisant fonction aide-soignant(e)
- Aide médico-psychologique

Dans quel service exercez-vous ?

- EHPAD
- USLD
- UHR
- UVA

Depuis combien d'années travaillez-vous auprès des personnes âgées en institution ?

Avez-vous exercé dans d'autres services ?

OuiNon

Avez-vous reçu une formation sur le repérage de la souffrance psychique ou sur une thématique en lien avec la santé mentale du résident /patient ?

OuiNon

Selon vous, la souffrance psychique, c'est :

- Une souffrance morale
- Une hypersensibilité
- Une anxiété
- Une faiblesse
- Une détresse émotionnelle
- Une angoisse
- Des troubles du comportement (agressivité, irritabilité)
- Une dépression
- Un sentiment de solitude
- Un trouble de la santé mentale
- Une tristesse

- Une incapacité d'adaptation
- Le désespoir
- Un sentiment de vide
- En lien avec une pathologie psychiatrique
- Autre

Dans votre exercice professionnel, à quelle fréquence êtes-vous confrontés à la souffrance psychique des résidents / patients

- Jamais
- Rarement
- De temps en temps
- Souvent
- Toujours

Etes-vous en difficulté lors de la prise en soin d'une personne âgée en souffrance psychique ?
OuiNon

Parmi les facteurs ci-dessous, sélectionnez 5 facteurs qui favorisent l'apparition de la souffrance psychique de la personne âgée :

- L'isolement social
- Un sentiment de solitude
- Les deuils
- La perte des liens familiaux
- La maltraitance
- Les changements dans l'environnement de vie
- Un problème de santé chronique
- La perte d'autonomie
- L'annonce d'une maladie ou aggravation d'une maladie
- La douleur non soulagée

- Les évènements de vie traumatisants
- Autres

Sélectionner 5 signes de souffrance psychique :

- Le découragement
- La perte de plaisir et d'envie
- Les troubles du sommeil
- La baisse de l'estime de soi, repli sur soi
- Le désintérêt, la perte de lien avec l'entourage
- L'envie de mourir
- La perte d'appétit ou au contraire prise de poids importante
- Les plaintes somatiques
- L'angoisse
- Un sentiment de tristesse, pleurs
- Un état dépressif
- L'abus de substances (alcool, drogue, médicaments)
- La mauvaise observance des traitements
- Autres

Dans votre service, existe-t-il des protocoles ou des procédures mises en place lors de la détection de signes de souffrance psychique ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Lors d'un soin, vous remarquez des signes de souffrance psychique. Que faites-vous ?

- Entretien individuel
- Transmissions écrites
- Transmissions orales
- Synthèse en réunion pluridisciplinaire
- Il existe un protocole et je le suis
- Je ne sais pas quoi faire
- Je ne fais rien

Comment évaluez-vous la sévérité de la souffrance psychique chez le résident / patient ?

- Questionnaires standardisés
- Grilles d'évaluation
- Entretiens
- Observations du comportement
- Aucun
- Je ne sais pas
- Autres

L'évaluation de la souffrance psychique se fait de la même façon pour chaque résident / patient ?

OuiNon

Quels outils d'évaluation utilisez-vous actuellement pour identifier les signes de souffrance psychique de la personne âgée en institution ?

Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées dans le repérage de la souffrance psychique ?

- Manque de temps
- Manque de personnel soignant
- Manque d'échanges pluridisciplinaires
- Manque de formation adaptée
- Manque de moyens
- Manque d'outils spécifiques
- Absence de poursuite de la prise en charge
- Autres

BIBLIOGRAPHIE

[1] Isabelle Donnio. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Dans *Gérontologie et société* [En ligne]. 2005/1;28(112):73-92.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-1-page-73.htm>

[2] Martine Dorange. Entrée en institution et paroles de vieux [En ligne]. Dans *gérontologie et société*. 2005/1;28(112) :123-139.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-1-page-123.htm>

[3] Disponible : <https://www.worldometers.info/fr/population-mondiale/>

[4] Institut Nationale d'Etudes Démographiques. Le vieillissement de la Population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés [En ligne]. 15sept 2021

Disponible : <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-sE28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpés/>

[5] Pierre-Henri Bréchat, Thomas Vogel, Alain Bérard, Jean Lonsdorfer, Georges Kaltenbach, Marc Berthel. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? Dans *Santé Publique* [En ligne]. 2008/5;20: 475- 487.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-5-page-475.htm>

[6] L'INSEE. Espérance de vie / Espérance de vie à la naissance / Espérance de vie à 60 ans [En ligne]. 2021/1.

Disponible : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1>

[7] Commission Européenne. Politique de vieillissement [En ligne].

Disponible : https://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/intro_fr.htm

[8] INSEE. Tableaux de l'économie française [En ligne]. 2020/2.

Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>

[9] INSEE. Espérance de vie à la naissance [En ligne].2024/1.

Disponible : https://www.insee.fr/fr/outilinteractif/5367857/details/40_SOC/44_EGF/44A_figure1

[10] Drees. La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et leurs proches [En ligne].2011(18)

Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dss18.pdf>

[11] Drees. Etudes et résultats. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes [En ligne].2022/7;(1237)

Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

[12] Drees. Etudes et résultats. Un tiers des personnes âgées vivants en établissement sont dans un état psychologique dégradé [En ligne].2020/1;(1141)

Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1141.pdf>

[13] Cyril Hazif-Thomas. Santé mentale : renforcer notre action [En ligne].2013/5 :11-12.

Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

[14] Emmanuelle Gilloots. Souffrance et douleur. Dans Gestalt [En ligne].2006/1(30) :23-

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-1-page-23.htm>

[15] Michèle Gaillard Bosson. Qu'est-ce que la souffrance psychique [En ligne].

Disponible : <https://www.psy-gaillard-bosson.fr/qu-est-ce-que-la-souffrance-psychique>

[16] Michèle-Bertrand. La douleur psychique comme passage et transition [En ligne].2016

Disponible : <https://www.spp.asso.fr/textes/la-douleur-psychique-comme-passage-et-transition/>

[17] Jean-Pierre Benoit, Marie Rose Moro. Évolution des états limites de l'adolescence à l'âge adulte. Dans L'information psychiatrique [En ligne]. Février 2016;92:137-142.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique.htm>

[18] HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. Programme 2007-2010. Bilan d'étape. 2008.

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/psychotropes_2008_depression_131008.pdf

[19] ARS Hauts de France. Objectif général 4, favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge. Dans projet régional de santé Hauts de France [En ligne]. 2023/7 :29-33.

Disponible : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/111928/download?inline>

[20] Wissam El-Hage, Anna Beyeler, Inserm. Quand l'anxiété devient pathologique. Dans Troubles anxieux [En ligne]. 2 mars 2021.

Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>

[21] Haute Autorité de Santé. Définition de l'EDC selon le DSM-5. Dans La cinquième version du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux [En ligne]. Mai 2013.

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf

[22] Jean Roche. Facteurs associés aux risques suicidaires. Dans analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées [En ligne]. Avril 2014 :22p.

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_de_la_litterature_rbpp_souffrance_psychique_pa_mai_2014.pdf

[23] Haute Autorité de Santé. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Dans la prise en compte de la souffrance psychique chez la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. [En ligne]. 2014 :66p.

Disponible : [Fiche repère Souffrance psychique VOLET RESI AUT Décembre 2016.pdf \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/fiche_repere_souffrance_psychique_volet_resi_aut_decembre_2016.pdf)

[24] Cyril Hazif-Thomas. La souffrance psychique du sujet âgé. Dans revue Soins gérontologie [En ligne]. 28 mai 2013; 18(101) 11-12.

Disponible : <https://www.em-consulte.com/article/812222/la-souffrance-psychique-du-sujet-age>

[25] Echelle GDS 30 items.

Disponible : <http://www.sgca.fr/outils/gds30.pdf>

[26] Echelle GDS 15 items.

Disponible : [echelle-depression-geriatrique-gds_f.pdf \(addictions-et-vieillesse.com\)](http://www.addictions-et-vieillesse.com/echelle-depression-geriatrique-gds_f.pdf)

[27] La mini GDS a 4 items.

Disponible : <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/Mini-GDS-ou-GDS-4-items.pdf>

[28] Max Hamilton [Internet]. 1959.

Disponible : <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>

[29] Echelle de dépression de Cornell. 1988.

Disponible : <https://family-medicine.ca/images/Cornell-Scale-FR.pdf>

[30] Echelle NPI/ES.

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

[31] Haute Autorité de santé. Le repérage précoce des signes de souffrance psychique. Dans prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgées : prévention, repérage, accompagnement [En ligne]. 2014 : 28-30.

Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836264/fr/anesm-agees-souffrance-physique-chap-2

[32] Animata O'Reilly. La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique. Dans le Journal des Thérapies comportementales [En ligne] ; Nov 2011 ; 21(4) : 126-131.

Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1155170411001042>

[33] Anne Ferrari. Habitat es espace psychique chez le sujet âgé. Dans le Journal du psychologue [En ligne].2007/7;(250) :47-50.

Disponible :<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007-7-page-47.htm>

[34] Haute Autorité de santé. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement. Dans recommandations de bonnes pratiques professionnelles.2014 :19-20.

Disponible :https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnemet

[35] Daniel B.Kaplan.Présentation de la maltraitance des personnes âgées ;Dans Elder Abuse (Institut national américain sur le vieillissement [En ligne]. Avril 2023.

Disponible :[https://www-La santé des personnes âgées - Manuels MSD pour le grand public \(msdmanuals.com\)](https://www-La_santé_des_personnes_âgées_-_Manuels_MSD_pour_le_grand_public_(msdmanuals.com))

[36] Mise à jour le 31 mai 2024 juillet 2018. [En ligne].

Disponible :https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

[37] Lionel Dany, Anne Dormieux, Francette Futo, Roger Favre. La souffrance : représentations et enjeux. Dans recherche en soins infirmiers[En ligne].2006/1;(84):91-104.

Disponible :<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-91.htm>

Auteure : DUCROCQ Caroline

Soutenance le : 24 juin 2024

Titre du mémoire : Souffrance psychique de la personne âgée en institution : intérêt d'une prévention et d'un repérage précoce pour optimiser le parcours de soin du résidents/patient.

Mots-Clés : personne âgée, institution, souffrance psychique, prévention, repérage, parcours de soin

Résumé

Contexte : Vieillir sous-tend de subir des altérations successives, pouvant favoriser l'émergence ou l'aggravation de fragilités. L'évolution des pathologies chroniques souvent associées aux comorbidités accroît la vulnérabilité chez le sujet âgé. Ceci implique parfois la nécessité d'une orientation dans des structures propices à l'accompagnement.

L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de longue durée (USLD) survient le plus souvent dans un contexte de perte d'autonomie, de nécessité, d'urgence et de non-dits car le maintien à domicile semble difficile, voire impossible.

La perte du domicile, le renoncement, le deuil d'une vie choisie, l'éloignement du conjoint, la dépendance à l'autre, sont autant de facteurs qui contribuent à de grands bouleversements psychiques chez la personne âgée. La transition vers un environnement plus adapté est souvent stressante et anxiogène, et peut avoir un impact sur la santé globale de l'individu. Et notamment sur sa santé mentale.

Méthode : cette étude quantitative, monocentrique basée sur le repérage de la souffrance psychique, consiste à faire un état des lieux des connaissances et des pratiques soignantes au sein des EHPAD et USLD du Centre Hospitalier d'Arras.

Résultats : Les soignants sont fréquemment confrontés à la souffrance psychique et éprouvent des difficultés. Cependant, cette étude révèle qu'il existe un manque de formation et d'évaluation chez les soignants pour le repérage précoce de la souffrance psychique des résidents.

Discussion et conclusion : l'introduction d'une infirmière en pratique avancée (IPA) permettrait un accompagnement des équipes dans la prévention et l'identification de la souffrance psychique de la personne âgée en institution grâce à une évaluation précoce des premiers signes, un relai avec les équipes spécialisées et une collaboration pluridisciplinaire. Un partenariat avec une IPA de santé mentale pourrait permettre d'optimiser le parcours de soin des personnes âgées présentant une souffrance psychique.

Title : The Mental Distress of Elderly People in Institutions : Importance of Prevention and Early Identification to optimize the healthcare pathway of Residents/Patients.

Keys words : ederly people,institution,mental distress, prevention, identification,heathcare pathway

Abstract :

Background : ageing implies undergoing successive alterations, which can promote the emergence of worsening of vulnerabilities. The progress of chronic conditions often linked to concomitant pathologies increases the vulnerability of elderly people. This sometimes implies the need for guidance towards facilities fitting support. Entering a nursing home or a long-term care unit often occurs in a context of loss of autonomy, necessity, urgency, and unspoken thinks because maintaining independence at home appears challenging, if not impossible.

The loss of one's home, renunciation, mourning a chosen life, separation from a spouse, dependence on many are all factors contributing to significant psychological upheavals for the ederly.

Method : This monocentric quantitative study based on the detection of psychological distress aims to asses the knowlegde and caregiving pratices among healthcare workers in the nursing homes and the longterm care unit at Arras Hospital center.

Expected results : Healthcare workers frequently encounter psychological distress and face challenges. However, this study reveals a lack of training and assessment among caregivers for the early detection of resident's psychological distress.

Discussion and conclusion : The introduction of an Advanced Praticice Nurse could be a support for teams in preventing and identifying the mental distress of ederly people in institutions, through early assessment of initial signs, bridges with specialized teams and multidisciplinary collaboration. Partnering with an Advanced Praticice Nurse in mental health could optimize the healthcare for elderly people experiencing mental distress in such an environment.

Directrice de mémoire : Docteur Gloria Stéphanie