



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

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

MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Étude qualitative sur le vécu expérientiel de professionnels confrontés aux troubles
psycho-comportementaux en EHPAD

Présenté et soutenu publiquement le 5 septembre 2025 à 10H
A Lille (département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Christine PERCHAT

MEMBRES DU JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Enseignant infirmier : Madame Gwladys ACOULON

Directeur de mémoire : Monsieur Joël CHARBIT

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au président du jury, Monsieur le Professeur François Puisieux,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame Gwladys Acoulon, Directrice des études IPADE, enseignante infirmière,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury et de juger mon travail. Merci pour votre contribution à faire évoluer notre profession, ainsi que votre souci pour la qualité de la formation menant au diplôme d'Etat d'Infirmière en Pratique Avancée.

A mon directeur de mémoire, Monsieur Joël Charbit,

Je vous remercie très profondément de vous être proposé pour la direction de ce mémoire à un moment où je me suis retrouvée sans directeur de mémoire et à un mois de rendre mon travail. Je vous remercie de la confiance accordée, de votre bienveillance, de votre disponibilité, de vos conseils et vos explications qui m'ont permis de poursuivre le travail déjà débuté et de pouvoir l'améliorer.

A l'université de Lille,

Au secrétariat pédagogique des études paramédicales,

Je tiens à remercier Madame Marie-Ève Godeffroy pour son accompagnement, sa bienveillance, sa disponibilité et sa gentillesse durant ces deux années d'études, soucieuse du bien être des étudiants et du bon déroulement de la formation.

A tous les enseignant(e)s et intervenant(e)s,

Je vous remercie pour la qualité des cours et des interventions durant ces deux années d'études. Merci aux infirmier(e)s en Pratique Avancée d'être venu(e)s présenter leur activité et de nous encourager dans nos projets.

A Madame Christine Wiels, professeur d'anglais, pour son dévouement, sa bonne humeur et sa patience.

A mes camarades de promotion Julie, Fanny, Claire, Élise, Cécile pour votre bienveillance, vos encouragements dans les moments difficiles, merci pour votre confiance.

Aux professionnels médicaux et paramédicaux du service d'endocrinologie du Centre Hospitalier de Béthune,

Je remercie le Dr Lemaire, médecin chef du service d'endocrinologie, ainsi que l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux pour leur accueil et leur encadrement lors de mon stage de première année.

Aux professionnels médicaux et paramédicaux du service de psychiatrie du Centre Hospitalier de Somain, Madame Remmery, Directrice du Centre Hospitalier de Somain, Monsieur Venant, Directeur des Soins Infirmiers, Madame Brongniard, Cadre Supérieur socio-éducatif, Assistante de pôle de psychiatrie.

Je remercie les différentes directions du Centre Hospitalier de Somain d'avoir accepté la réalisation de mon stage de deuxième année sur leur bel établissement.

Je remercie le Dr Derache médecin chef du service de psychiatrie de m'avoir permis de réaliser mon stage de deuxième année au sein des CMP de Somain, Auberchicourt et Orchies ainsi qu'au sein de l'équipe mobile de réhabilitation psycho sociale.

Je remercie tous les professionnels pour leur accueil et de la confiance accordée.

Et je remercie très sincèrement Myrtille Delbassée et Grégory Dehaut, infirmiers en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, pour leur investissement, l'encadrement, la bienveillance, et leur soutien sans qui le stage n'aurait pu se réaliser comme il l'a pu l'être, merci à vous deux du fond du cœur.

Je remercie Danièle Palubinska qui m'a accueillie quelques journées au sein de l'EHPAD Somania afin de me faire découvrir ses missions en tant qu'infirmière en pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires.

Au Dispositif d'Appui à la Coordination Lille-Sud Est Douaisis,

Je remercie le Directeur Monsieur Charley Lecomte, Madame Camille Delplace, Directrice Adjointe, et l'ensemble des professionnels du Dispositif d'Appui à la Coordination Lille Sud Est Douaisis de m'avoir accueillie au sein de leur équipe.

A la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale,

Je remercie toute l'équipe de la cellule d'aide méthodologique pour le temps accordé et les précieux conseils.

Au Centre Hospitalier de DOUAI,

Je remercie les différentes directions ainsi que Madame Langrenez Leila, Cadre Supérieure de Santé, de m'avoir accordé le droit d'effectuer ce master pendant ces deux années et de sa confiance.

Merci à vous Docteur Berteloot, Chef de service de gériatrie, Président de CME et médecin référent sur l'équipe mobile de psychogériatrie extra hospitalière inter EHPAD, pour votre grande confiance et votre engagement pour l'évolution de la gériatrie au sein de notre bel hôpital et au delà des murs.

Merci à vous Docteur Dervaux, chef de pôle de la gériatrie, pour votre confiance et vos encouragements bienveillants.

Merci à mes collègues Émilie, Manon, Caroline, Anne-Sophie, Mathilde, Marie, Christopher pour leur soutien et leurs nombreux encouragements tout au long de ces deux années, merci à vous je vous adore, merci à Manon de s'être si bien occupée de l'équipe mobile pendant mon

absence, cela a été compliqué pour moi de lâcher "le bébé" au début de la formation.

Aux professionnels qui ont répondu présents pour les entretiens,

Je vous remercie énormément pour votre investissement sans lequel ce mémoire n'aurait pu être ce qu'il est aujourd'hui, merci à vous pour votre disponibilité, votre confiance et pour votre travail au quotidien qui n'est pas toujours simple, mais au combien indispensable pour nos aînés, merci pour eux. J'espère avoir su délivrer vos messages à travers ce mémoire, qu'ils puissent raisonner en chacun de nous, pour poursuivre l'évolution de notre système de santé afin d'améliorer nos prises en soin, en matière d'accompagnement des résidents atteints de troubles neuro-évolutifs et de troubles psychiatriques.

Aux personnes qui auront contribué à la relecture de ce mémoire,

Merci à vous tous, pour votre bienveillance et votre soutien.

Enfin à ma famille,

Merci à mon époux Alain, pour ses encouragements et de m'avoir permis de me concentrer sur mes études pendant ces deux années et de m'avoir laissé réaliser un challenge de plus dans ma vie, je pense que ce sera le dernier, ces deux années ont été très éprouvantes pour la famille. Promis nous partirons en vacances en amoureux au mois de septembre après la soutenance tant attendue.

Merci à vous les enfants Amélie et Maxime, Sébastien, Clémence, Juliette pour vos nombreux encouragements, votre soutien, votre aide, la colocation à Lille avec Clémence pendant ces deux années, la naissance de ma première petite fille Charlie lors de ma deuxième année qui nous apporte beaucoup de bonheur au quotidien et dont je suis très fière, je vais enfin pouvoir lui accorder plus de temps.

GLOSSAIRE

AMP : Aide Médico Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la performance

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CDD : Contrat à Durée Déterminé

CMP : Centre Médico Psychologique

CRT : Centre de Ressources Territorial

DLFT : Démence Lobaire Fronto Temporale

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

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESMS : Établissement Sanitaire et Médico social

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

IDEC : Infirmière diplômée d'Etat Coordinatrice

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

NPI : Inventaire Neuro Psychiatrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UVA : Unité de Vie Alzheimer

UVP : Unité de Vie Protégée

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	1
INTRODUCTION.....	4
1. LE VIEILLISSEMENT ET SA PRISE EN CHARGE.....	4
2. APERÇU DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS ET PSYCHIATRIQUES DES RESIDENTS.....	10
3. LES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX EN EHPAD.....	15
4. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS EN EHPAD.....	16
METHODE.....	18
1. TYPE D'ETUDE.....	18
2. L'ÉCHANTILLONNAGE.....	20
3. LA METHODE DE RECRUTEMENT.....	21
4. L'ENQUÊTE PAR ENTRETIENS.....	22
RESULTATS ET ANALYSE.....	23
1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION.....	23
2. ANALYSE DES DONNEES.....	24
DISCUSSION.....	35
1. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE.....	35
2. CONFRONTATION DES DONNEES A LA LITTERATURE.....	36
3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	44
4. PERSPECTIVES.....	45
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES MATIERES	
ANNEXES	

AVANT-PROPOS

La France se place aujourd'hui parmi les pays à faible mortalité aux âges élevés. Le nombre et la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population augmente. D'ici 2050, la population mondiale de personnes âgées aura plus que doublée pour atteindre 2,1 milliards, une personne sur cinq en 2050 aura 60 ans et plus(1).

Les données épidémiologiques montrent que la majorité des personnes vieillissent dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie : Seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et une personne de plus de 85 ans sur 5. L'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans. Néanmoins, la survenue de maladies chroniques invalidantes liées au vieillissement de la population comme les cancers, les pathologies ou facteurs de risques cardiovasculaires, les maladies mentales ainsi que les maladies neurodégénératives est également un phénomène en augmentation et peut entraîner des états de dépendance(2).

C'est pourquoi aujourd'hui de nombreuses dispositions ont été prises pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, de nombreuses associations d'aide à domicile ont vu le jour, et plus récemment la création des Centres de Ressources Territoriaux pour les personnes âgées proposant des solutions d'accompagnement permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles. D'autres dispositifs comme l'Hospitalisation à Domicile permet également à des personnes de rester chez elles et de retarder l'entrée en institution (3).

Cependant, d'autres personnes âgées présentant des situations cliniques complexes n'ont pas d'autre choix que d'intégrer des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De ce fait, le médecin coordonnateur, les médecins traitants et tous les professionnels sont de plus en plus confrontés à la complexité et l'intrication des pathologies des résidents. Pour répondre à ces situations, le Plan Solidarité Grand Age associé à la réforme des EHPAD et la mobilisation des acteurs professionnels permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées au sein des établissements. Ainsi la formation, le partenariat avec les structures sanitaires, la coopération entre tous les acteurs

sont devenus indispensables.

Je travaille depuis 9 ans sur l'équipe mobile de psychogériatrie extra hospitalière inter EHPAD du Centre Hospitalier de DOUAI. L'équipe intervient sur le lieu de vie des résidents, afin de proposer des recommandations suite à une demande formulée par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur, concernant des troubles psycho-comportementaux (appelés aussi troubles du comportement dans la littérature, les deux termes seront utilisés dans le mémoire et considérés comme synonymes afin d'éviter les répétitions) apparaissant très souvent dans le cadre d'une maladie neurocognitive.

Parfois, l'intrication de plusieurs troubles fait qu'il est difficile de savoir lequel à ce moment précis s'exprime. Il n'est pas rare de croiser une personne ayant des troubles neurocognitifs sévères et présentant un syndrome dépressif. Cette personne est agitée et refuse les soins, quel trouble s'exprime à cet instant ? Le trouble neurocognitif ou le trouble psychiatrique ? Les propositions d'accompagnement seront différentes.

Effectivement, l'état de santé des résidents en EHPAD nécessite aujourd'hui des soins accrus, avec une prise en soin adaptée face aux troubles rencontrés au sein des établissements. Ces pathologies neurocognitives et ces troubles psychiatriques ont un impact sur la qualité relationnelle de la prise en soin. Elles exposent les professionnels de ces structures à une charge physique et psychologique importante.

Malgré l'aide apportée par notre équipe et l'équipe de psychiatrie, les professionnels ne semblent pas toujours satisfaits de la prise en soin et réclament d'être plus entendus, soutenus et accompagnés dans le parcours de vie des résidents dont ils ont la charge et pour lesquels ils peuvent selon leurs dires se sentir démunis face à certaines situations du quotidien.

C'est dans ce contexte, que je pose une première question : Comment les professionnels de santé des EHPAD gèrent, seuls ou en collaboration, la prise en soin des résidents ayant des troubles psycho-comportementaux ?

Pour répondre à cette question de recherche, je développerai dans un premier temps le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit ma recherche (des chiffres viendront illustrer mes propos, ils concerneront d'une part la population générale et d'autre part la population en EHPAD, ce qui vous sera précisé dans les différentes parties). Puis dans une seconde partie, je développerai la méthodologie de l'étude, soit une étude qualitative basée sur l'analyse thématique inductive d'entretiens. Après avoir exposé les résultats de cette enquête, je terminerai par une proposition de discussion.

INTRODUCTION

1. LE VIEILLISSEMENT ET SA PRISE EN CHARGE

1.1 Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est une tendance forte dans l'Union Européenne, et son accélération a fait l'objet de mesures et d'études. Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12 % à 22 % (4). La population française devrait continuer de vieillir d'ici un demi-siècle(5).

En décembre 2019, 730000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, plus de 80% d'entre eux résident en EHPAD. Les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes, ils ont en moyenne 82 ans et 5 mois, les femmes ont en moyenne 87 ans et 6 mois(6).

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillent les résidents les plus âgés : la moitié des personnes accueillies dans ces établissements ont 88 ans ou plus et seuls 18% ont moins de 80 ans.

Leurs résidents sont par ailleurs de plus en plus dépendants : 85% en 2019 sont en perte d'autonomie, et plus de la moitié des résidents d'EHPAD sont considérés comme très dépendants.

Neuf résidents sur dix de moins de 70 ans souffrent de trouble de la cohérence et 43% des moins de 70 ans vivant en EHPAD sont très dépendants.

Concernant les pathologies, 261000 résidents ont une maladie neurodégénérative en décembre 2019 soit plus d'un tiers des personnes accueillies dont 233000 dans les EHPAD soit 40% des personnes accueillies. Pour autant, en EHPAD, seuls 14% des résidents sont accueilli(e)s dans une unité spécifique pour personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée(6).

Les personnes âgées sont particulièrement sujettes aux risques de troubles dépressifs et autres troubles de santé mentale. Selon les chiffres de l'OMS : 8 à 20 % des personnes âgées et 37 % de celles qui reçoivent des soins souffrent de dépression.

Avec le vieillissement de la population, l'ensemble des pathologies liées à l'âge augmentent, y compris celles concernant la santé mentale. Parallèlement, les profils des personnes âgées susceptibles d'entrer en EHPAD se modifient et englobent désormais un nombre croissant de personnes souffrant :

- de troubles psychiatriques chroniques au long cours : trouble schizophrénique, trouble bipolaire, addictions ;
- de troubles psychiatriques apparus à l'âge tardif : épisode dépressif caractérisé, trouble bipolaire, trouble délirant persistant, troubles anxieux ;
- d'affections cérébrales neurodégénératives ou neuro-vasculaires(7).

1.2 Le vieillissement vu par la société

En fonction de la société dans laquelle nous vivons, la place des anciens change, le statut de la vieillesse a connu une évolution ces dernières décennies. *«les évolutions de la société ont amené à une forme de dévalorisation de leur position à la fois familiale et sociale, de manière plus générale»*(8) .

En occident, la discrimination envers les personnes âgées prédomine. Les plus jeunes jugent les personnes âgées d'inutiles et de dépassées. Elles subissent donc un rejet de la part de la société occidentale(9).

Le grand âge nous renvoie en miroir l'image de notre devenir, ceci constitue un des facteurs de l'âgisme. Le rôle des plus âgés est un rôle de transmission de connaissance de l'histoire et de protection. Mais aujourd'hui, les parents âgés ne bénéficient plus de l'assistance de leurs enfants et n'assurent plus leur rôle de protection et de transmission vis à vis de leurs petits enfants. L'âgisme est directement en lien avec la détérioration du corps visible en particulier dans l'affaissement du tissu cutané, l'apparence physique et la dépendance(6).

Après avoir abordé le vieillissement dans la société, nous allons étudier ce que les politiques publiques mettent en place pour que ce vieillissement se passe dans de bonnes conditions

sociales et économiques.

1.3 Les politiques de santé face au vieillissement

L'assemblée générale des Nations Unies a proclamé 2020-2030 "décennie du vieillissement en bonne santé" et a demandé à l'OMS de prendre la tête de sa mise en œuvre. La décennie du vieillissement en bonne santé est une collaboration mondiale réunissant les pouvoirs publics, la société civile, les institutions internationales, les professionnels, les milieux universitaires, les médias et le secteur privé afin de mener pendant 10 ans une action concertée, mobilisatrice et collaborative à l'appui des vies plus longues et en meilleure santé. La décennie du vieillissement en bonne santé vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés grâce à une action collective dans quatre domaines : changer notre façon de penser, de ressentir et d'agir en fonction de l'âge et face à l'âgisme ; renforcer les communautés de manière à favoriser les capacités des personnes âgées ; fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux personnes âgées ; et fournir aux personnes âgées qui en ont besoin l'accès à des soins de longue durée de qualité(4).

Ainsi, la Loi du 8 avril 2024 portant des mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, comprend différentes mesures pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou handicapées, mieux signaler les maltraitances et faciliter le travail des aides à domicile. Des dispositions sur les EHPAD et l'habitat inclusif complètent le dispositif(10).

Alors que certains vieilliront en bonne santé, d'autres verront leur santé se dégrader en raison de maladies dégénératives, psychiatriques, invalidantes, et devront pour différentes raisons intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.4 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil de jour,

permanent ou temporaire en chambre. Ils s'adressent à des personnes généralement âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Toutefois, dans certains cas et sous dérogation, ces mêmes établissements peuvent accueillir des résidents plus jeunes. Ces dérogations peuvent notamment être accordées aux personnes en situation de handicap par le Conseil départemental et avec l'accord de la Maison Départementale des Personnes Handicapées(11).

Leurs missions sont :

- d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables
- de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin(12).

Les EHPAD proposent :

- des prestations hôtelières,
- des animations et des activités,
- un accompagnement de la perte d'autonomie,
- une prise en charge des soins médicaux et paramédicaux au quotidien (12).

Ils comportent des services ou unités pour répondre aux troubles psycho-comportementaux rencontrés dans certaines pathologies neurocognitives et psychiatriques.

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés : ce sont des espaces aménagés pour être rassurants et confortables au sein des EHPAD. Ils sont destinés à accueillir durant la journée des résidents ayant des troubles psycho-comportementaux modérés. Ils proposent des activités individuelles ou collectives, l'objectif étant d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents notamment pour faire diminuer les troubles psycho-comportementaux.

Les unités de vie protégée (UVP) : elles hébergent des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée qui présentent des troubles modérés du comportement. L'équipe soignante est formée spécifiquement à l'accompagnement et à la prise en soin de ces troubles. Ces unités sont généralement des services de petite taille situés

au sein d'un EHPAD. Elles ont une capacité d'accueil de 10 à 20 résidents. Les chambres y sont réparties autour d'une salle commune qui permet, dans un même lieu, de partager les repas et les activités collectives. Leur architecture est conçue pour permettre la déambulation des résidents en toute sécurité, sans se perdre. La vie en petit groupe est plus adaptée et plus facile pour les résidents.

Les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) offrent un hébergement à des résidents présentant des troubles psycho-comportementaux sévères qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie ainsi que celle des autres résidents de l'EHPAD. Ces unités accueillent une quinzaine de personnes en moyenne et sont implantées au sein de l'EHPAD. Les UHR ne sont pas présentes dans tous les EHPAD. Ces unités proposent sur un même lieu, l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives. Le passage en UHR a pour objectif de trouver des réponses adaptées quelles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses pour atténuer les troubles des personnes hébergées. La conception de l'unité vise à favoriser un environnement convivial de façon à protéger le bien être émotionnel et réduire l'agitation et l'agressivité des résidents, favoriser l'orientation et la déambulation dans un cadre sécurisé, et prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sur-stimulations sensorielles pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux(12).

Par ailleurs, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux explique que dans les lois et règlements relatifs aux personnes âgées, la notion de projet de vie est utilisée dans une logique institutionnelle, au sens du projet d'établissement, projet d'animation, ou de projet architectural. Un projet de soins est élaboré par le médecin coordonnateur et suivi par l'équipe soignante, il fait partie du projet de vie de l'institution. L'arrêté du 26 avril 1999, et son arrêté modificatif du 13 août 2004 relatif aux EHPAD mentionne un projet «personnalisé» pour chaque résident présentant une détérioration intellectuelle afin de déterminer les activités visant à maintenir ses capacités relationnelles. Ce texte précise que la qualité de la prise en charge repose sur le respect de la personne et ses choix et de ses attentes, pour l'aider à conserver un degré maximal d'autonomie sociale,

physique et psychique, et ce à travers une transparence du fonctionnement de chaque institution et le respect des règles déontologiques et éthiques(13). La liberté de choix de la personne, le respect de ses attentes ou le rôle de son entourage sont plus précisément définis par différentes chartes éthiques comme la Charte des droits et libertés de la personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance(14).

Depuis quelques années les EHPAD souffrent de leur image, les médias font part de cas de maltraitances et de dysfonctionnements de façon quotidienne.

1.4.1 Les EHPAD d'aujourd'hui

Un rapport du Sénat de 2024 dresse un tableau dégradé sur la situation des EHPAD. Crise financière, pénurie de personnels, maltraitance y sont fréquemment mentionnés. Cette crise des EHPAD est le résultat de plusieurs facteurs. Tout d'abord une crise des ressources humaines : un recrutement difficile et des difficultés de fidélisation du personnel. Le métier d'aide-soignant(e), est l'un de ceux pour lesquels les tensions sur le marché du travail s'accroissent, en lien avec une image dégradée des établissements dans les médias ainsi que la surcharge toujours plus importante de travail, incitent les professionnels à désertir ce secteur ou à ne pas s'y orienter. Des rémunérations basses et le manque de perspectives d'évolution de carrière jouent également en défaveur de l'attractivité du secteur. Des métiers pénibles caractérisés par une forte sinistralité, qui semble corrélée au manque de personnel. Des contraintes physiques importantes qui ne sont pas toujours tempérées par du matériel et des formations adaptées ((15).

Les EHPAD ont vu leur population changer ces dernières années avec un alourdissement des prises en soin, qu'elles soient les pathologies ou les troubles rencontrés dans ces établissements.

2. APERCU DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS ET PSYCHIATRIQUES DES RESIDENTS

2.1 Les troubles neurocognitifs

2.1.1 La maladie d'Alzheimer

Elle affecte progressivement et insidieusement les fonctions cognitives de l'individu (mémoire, langage, raisonnement, apprentissage, résolution de problème, prise de décision, perception, attention) aboutissant à une perte de l'autonomie. Les symptômes cliniques sont considérés comme étant liés à l'altération neuronale qui touche principalement l'hippocampe siège de la mémoire et les aires néo corticales. La maladie d'Alzheimer est caractérisée par une évolution lente de l'atteinte neuronale puis en conséquence par l'apparition secondaire et par l'aggravation progressive des symptômes. Ainsi, différents stades de la maladie sont décrits en fonction de l'apparition des symptômes, leur importance et leur impact sur la vie quotidienne. Elle est la plus fréquente des maladies neurodégénératives avec un million de malades(16).

2.1.2 Les troubles neurocognitifs vasculaires

Ils représentent la deuxième cause des troubles neurocognitifs après la maladie d'Alzheimer dans les pays occidentaux. Leur prévalence est estimée à 1,6% des sujets de plus de 65 ans, soit 3 fois moins que la maladie d'Alzheimer et augmente avec l'âge. Le diagnostic est difficile d'une part par la diversité des lésions et de l'autre, par leur association avec la maladie d'Alzheimer (17).

2.1.3 La démence à corps de LEWY

Elle présente de nombreux symptômes qui sont difficiles à prendre en charge en EHPAD. Entre 5 et 15% de tous les cas de troubles cognitifs irréversibles, avec une perte progressive des capacités mnésiques, langagières, l'altération du raisonnement et d'autres fonctions cognitives telles le calcul, la mémoire à court terme, le manque du mot. Une anxiété et une dépression peuvent apparaître, s'y associent des hallucinations visuelles. Il y a la présence d'une intolérance aux neuroleptiques compliquant la prise en charge médicamenteuse (18).

2.1.4 La dégénérescence lobaire fronto temporale (DLFT)

C'est une maladie neurodégénérative cognitive et comportementale, 10 à 20000 patients en sont atteints en France. Elle représente la deuxième cause de démence dégénérative après la maladie d'Alzheimer chez le sujet de moins de 65 ans. La maladie se manifeste par des troubles du comportement, une modification de la personnalité, des troubles émotionnels et du langage. Les premiers symptômes apparaissent en général entre 50 et 65 ans, la maladie touche autant les hommes que les femmes. Les symptômes sont causés par un dysfonctionnement des régions frontales et temporales du cerveau. Ces régions sont impliquées dans des fonctions aussi diverses que le contrôle de nos comportements, la motivation, la prise d'initiative, le contrôle des émotions, le langage. Les lésions observées dans les lobes frontaux et temporaux sont constituées par l'accumulation de protéines anormales dans les cellules nerveuses, cela provoque la mort de ces cellules et l'atrophie des régions frontales et temporales. La DLFT se manifeste par des modifications du comportement et de la personnalité, la présence de troubles cognitifs et de trouble du langage. Les symptômes les plus fréquents sont une apathie, des modifications du comportement alimentaire, une perte des convenances sociales et des comportements désinhibés comme une familiarité inappropriée(19).

2.1.5 Le syndrome de Wernicke-Korsakoff

Le syndrome de Wernicke-Korsakoff est une maladie neurodégénérative causée par une grave carence en vitamine B1 qui endommage certaines régions du cerveau de façon irréversible. Le syndrome affecte les hommes âgés de 45 à 65 ans. Le syndrome entraîne des troubles de la vision, de l'équilibre et du mouvement. Parmi les principaux symptômes nous retrouvons la confusion, la difficulté à marcher, les problèmes de coordination et d'équilibre, les mouvements involontaires des yeux. Le syndrome affecte la mémoire à court terme, la difficulté à acquérir de nouvelles informations ou aptitudes. Nous pouvons retrouver la présence d'hallucinations ou encore des comportements et discours répétitifs. Les principales difficultés rencontrées sont l'anosognosie de la personne, l'apathie, un état dépressif et une dépendance à l'alcool(20).

La pathologie neurocognitive n'est pas la seule à être rencontrée au sein des institutions, des résidents souffrants de troubles psychiatriques débutants ou vieilliss y résident aussi.

2.2 les troubles psychiatriques

En France, les troubles psychiatriques touchent un individu sur 5, soit 12 millions de personnes. La prévalence des troubles psychiatriques en consultation de médecine générale est élevée. Dans le monde, 300 millions de personnes souffrent d'un épisode dépressif caractérisé, 60 millions de personnes souffrent d'un trouble bipolaire et 23 millions de personnes souffrent d'une schizophrénie. Les troubles psychiatriques sont au 3e rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Ils sont souvent sources de handicap et altèrent la qualité de vie des individus ainsi que celle de leurs proches. Les troubles psychiatriques représentent une cause majeure de handicap et sont associés à une mortalité élevée. L'espérance de vie d'un patient souffrant de trouble psychiatrique sévère est de 20% inférieure à celle constatée en population générale.

La psychiatrie du sujet âgé s'intéresse aux symptômes psycho-comportementaux des démences et à l'ensemble des troubles psychiatriques de la personne âgée à partir de 65 ans.

Deux types de résidents sont rencontrés avec des troubles psychiatriques :

- les sujets avec troubles vieillissants ayant développés des troubles dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte comme la schizophrénie et le trouble bipolaire.
- les sujets qui développent une pathologie psychiatrique à un âge avancé comme les formes tardives de schizophrénie ou les épisodes dépressif caractérisés(21).

D'après l'OMS, les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de mortalité du sujet âgé et l'étude Esprit en 2006 a relevé une grande fréquence de troubles mentaux chez les personnes âgées de plus de 65 ans. 85% des personnes accueillies en institution présentent une affection neuropsychiatrique. La clinique du trouble dépressif caractérisé chez les personnes vieillissantes prend une dimension somatique au premier plan avec plaintes corporelles, une symptomatologie hypocondriaque et une tristesse minimisée. De même que des symptômes psychotiques avec des délires d'empoisonnement ou de persécution. Les troubles cognitifs entraînent des comportements de pseudodémence. De plus, le trouble dépressif caractérisé peut être accompagnée d'idées de mort voir de suicide.(22)

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées induisent une augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Les principaux troubles psychiques du sujet âgé sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. L'épisode dépressif caractérisé est un trouble fréquent, il varie de 1 à 4% chez le sujet âgé de plus de 65 ans, il est associé à davantage d'altérations cognitives et à un risque plus élevé d'évolution vers une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Il est marqué par la présence d'une diminution pathologique de l'humeur avec des perturbations psychoaffectives, psychomotrices et physiologiques.

La prévalence des troubles anxieux est évaluée à plus de 10% chez le sujet âgé, le trouble anxieux généralisé et les phobies étant les plus fréquents. La prévalence des troubles bipolaires est d'environ 1% chez les sujets de plus de 60 ans. La présentation clinique diffère peu de celle de l'adulte jeune. Dans 15 à 20% des cas le trouble est diagnostiqué après 55 ans. Le trouble psychotique vieillit comme la schizophrénie n'est pas rare chez le sujet âgé de plus de 65 ans, du fait de l'allongement de l'espérance de vie. La prévalence de la schizophrénie dans la population âgée est tout de même inférieure à celle retrouvée dans la population adulte jeune (0,6% versus 1%) qui est expliquée par un taux de mortalité prématurée avant 65 ans, deux à trois fois plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale. La schizophrénie tardive (début après 40 ans) et très tardive (début après 60 ans) se distinguent par une prédominance féminine, avec davantage d'hallucinations quelles soient visuelles, cénesthésiques ou olfactives ainsi que par des idées délirantes de persécution, une moindre présence de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs.

Les troubles délirants persistants sont fréquents chez le sujet âgé, ils se distinguent de la schizophrénie par la présence isolée d'idées délirantes sans symptômes de désorganisation, ni de symptômes négatifs(21).

Des troubles addictifs peuvent être parfois retrouvés chez les sujets âgés entrant en institution, ils sont très souvent en lien avec des consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes(21).

Les entrées en EHPAD des personnes ayant un trouble psychiatrique ont été amplifiées par la réduction du nombre de lits d'hospitalisation et le mouvement de désinstitutionalisation dans le secteur de la psychiatrie (circulaire du 15 mars 1960) ainsi que par la Loi du 11/02/2005

pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui pose le principe selon lequel « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté ».

L'adaptation à un nouvel établissement est une étape souvent difficile, dite à risque car difficultés de prise de repères temporaux et spatiaux pour le résident, contacts avec le personnel, avec les autres résidents et des difficultés liées aux contraintes de l'établissement.

Les problèmes de rejets sont réels et à anticiper avec la nécessité d'une présence forte de l'équipe de secteur à même de répondre rapidement et de faire le relais avec l'intrahospitalier afin de rassurer le personnel soignant, les autres résidents et les familles en cas de difficultés.

Sur le plan clinique, l'émoussement des symptômes psychotiques n'est pas toujours la règle et les altérations cognitives sont fréquentes. Les résidents sont valides mais non autonomes pour certains actes de la vie quotidienne et leurs comportements individuels et sociaux sont parfois en décalage par rapport aux autres résidents. La stigmatisation liée au trouble psychiatrique reste présente que ce soit du point de vue des autres résidents, des familles mais aussi des soignants (23).

Les troubles de personnalité sont mal connus chez le sujet âgé mais leur prévalence dans la population générale est estimée entre 10 et 20%. Les troubles de la personnalité altèrent significativement la santé mentale, physique et la qualité de vie au cours du vieillissement. Un risque accru de dépression, de suicide, de troubles cognitifs et d'isolement social est retrouvé chez les personnes âgées.

La prise en charge des troubles de personnalité chez le sujet âgé est complexe et s'explique en partie par la difficulté du diagnostic(24).

Puisqu'il est important pour ce travail de cerner les enjeux des troubles psycho-comportementaux des personnes âgées en EHPAD, il est important d'aborder leur spécificités.

3.LES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX EN EHPAD

L'une des principales causes d'entrée en EHPAD est la perte d'autonomie et surtout la survenue de troubles psycho-comportementaux qui sont devenus difficilement gérables au domicile. Ces troubles apparaissent au cours de l'évolution de maladies neurocognitives et des troubles psychiatriques qu'ils soient anciens ou débutants (12).

Ces troubles psycho-comportementaux sont présents chez plus de 80% des patients avec une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Les altérations les plus fréquentes et souvent les plus précoces sont les symptômes dits de retrait comme l'apathie et les symptômes dépressifs. Leur prévalence respective dans les démences est estimée à environ 50%. Les symptômes psychotiques comme les idées délirantes et les hallucinations sont également fréquents et sont souvent d'apparition plus tardive au cours des troubles neurocognitifs majeurs. Les autres symptômes psycho-comportementaux sont :

- l'agitation et l'agressivité
- l'anxiété
- l'euphorie
- la désinhibition
- les comportements moteurs aberrants
- les troubles du sommeil
- les troubles de l'appétit(21).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la prise en charge des troubles psycho-comportementaux dits « perturbateurs » chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée, en les définissant précisément comme : *« des comportements, attitudes ou expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui, qui peuvent être observés au cours de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des maladies apparentées.*

Ce sont des symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes :

- *ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées;*
- *ils signalent le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du*

patient ;

- *ils sont souvent fluctuants en intensité ou épisodiques;*
- *ils sont interdépendants, souvent associés ;*
- *ils peuvent être précédés par des changements minimes de comportement.*

Ils peuvent avoir des conséquences importantes en termes de :

- *qualité de vie et adaptation des patients à leur environnement;*
- *qualité de la prise en charge, exposant au risque de maltraitance ou de négligence;*
- *pronostic fonctionnel de la maladie ;*
- *prescription médicamenteuse inappropriée ;*
- *risque accru d'hospitalisation et d'entrée en institution ;*
- *qualité de vie et état de santé physique et psychique des aidants. » (25).*

Selon plusieurs modèles théoriques, une grande partie des troubles psycho-comportementaux peuvent être prévenus car, ils ne sont pas uniquement des symptômes neuropsychologiques liés à la pathologie, mais aussi causés, ou du moins aggravés, par l'environnement architectural et social. À ces approches qui combinent des facteurs physiologiques, environnementaux, psychosociaux des pathologies démentielles dans une perspective systématique, sont associés des modes d'intervention non-médicamenteux, centrés sur la personne. On ne peut choisir un traitement adapté qu'en connaissant l'étiologie des troubles psycho-comportementaux (26).

Comme exposé dans les paragraphes précédents, la population en EHPAD est plus âgée, plus dépendante et souffre plus de maladies neurocognitives. De ce fait, la charge de travail est augmentée et l'accompagnement est personnalisé par une approche centrée sur le résident, et adaptée à ses besoins et à ses souhaits.

4. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS EN EHPAD

Ces changements dans les profils des résidents accueillis en EHPAD entraînent un accroissement de la charge mentale subie par les professionnels soignants, à plus forte raison lorsque ces spécificités ne sont pas prises en compte dans l'organisation de l'établissement ou la formation des professionnels.

Ainsi, les difficultés d'exercice liées aux risques occasionnés par les troubles neurocognitifs notamment, mais aussi par le handicap ou les addictions, sont ainsi clairement identifiées par les professionnels. *"Quitter l'établissement, se perdre, errer, se blesser ou chuter : la fuite du résident dément est un stress permanent pour le professionnel soignant"*. La violence, verbale comme physique, est également un risque présent à l'esprit des professionnels, d'autant plus perturbant qu'un mauvais réflexe en réponse à une situation de violence peut être assimilé à une forme de maltraitance.

De ce fait, les échanges limités avec les résidents déments, malgré la possibilité de développer des modes de communication non verbale, sont une difficulté d'exercice spécifique. Qui plus est, le manque de temps est constamment rappelé par les professionnels pour expliquer l'impossibilité d'employer ces modes de communication alternatifs.

De plus, concernant les publics très spécifiques dont les troubles psychiatriques, les professionnels mettent en avant leur sentiment, de ne pas disposer de la formation adéquate pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ces publics, et garantir une intégration dans le collectif, qui ne soit préjudiciable, ni à la personne ni aux autres résidents. Ainsi, la grande dépendance physique des résidents aujourd'hui en institution, implique une aide au transfert importante par les soignants. Certains risques professionnels sont retrouvés comme des lésions au dos, cou, bras, épaules liées aux manutentions manuelles qui représentent près des 2/3 des accidents du travail ou bien des troubles musculo-squelettiques, des chutes et glissades dues aux nombreux déplacements sur de longues distances et sur plusieurs étages(27).

De ce fait, la charge émotionnelle est conséquente face à l'accompagnement en fin de vie, à l'agressivité, à la violence verbale et physique des résidents ayant un trouble neurocognitif, à l'altération de la relation à autrui. Il y a aussi, de la frustration ressentie par les soignants face à l'augmentation des tâches de soins, de nursing, d'hygiène de base, des tâches administratives, de la technicisation du travail au détriment du travail relationnel(27).

La charge émotionnelle au travail peut être définie comme étant le fardeau, le poids des états subjectifs intenses que vit une personne étant donné ses rôles au travail, ses missions, les choses ou les personnes dont elle a la responsabilité au travail. La forme de charge émotionnelle à laquelle nous nous intéressons particulièrement est celle que qualifie

Hellemans de charge émotionnelle spécifique, puisqu'elle découle du fait que la nature même du travail des soignants demande une forte implication émotionnelle. Ces travailleurs sont en effet fréquemment confrontés aux émotions des personnes qu'ils accompagnent ce qui fait en sorte que pour accomplir leur travail, ils doivent utiliser leur propre émotivité.

Cette charge émotionnelle est donc en partie attribuable à la nature même du travail, un travail du prendre soin, mais elle peut être exacerbée par des conditions de travail qui l'amplifient (exemple: l'incapacité de répondre aux exigences éthiques de la profession), le soignant n'arrivant plus à réaliser adéquatement le travail qu'il devrait d'emblée effectuer (le travail prescrit) et encore moins de le faire à la hauteur de ses propres attentes(28).

Afin de répondre à la question de recherche, dont je rappelle l'intitulé "Comment les professionnels de santé des EHPAD gèrent, seuls ou en collaboration, la prise en soin des résidents ayant des troubles psycho-comportementaux ? " j'entre donc dans une démarche de recherche, dans un mouvement «d'aller vers» les personnes concernées par l'objet de ma recherche, soit le vécu des professionnels de santé face aux troubles psycho-comportementaux présentés par la population accueillie.

Ce mouvement «d'aller vers» me permettra de comprendre ce qui est vécu par les professionnels. Dans cette démarche de recherche je considère ces derniers comme des "co-chercheurs". Par conséquent, je décide d'écrire la suite de mon travail de recherche par le "nous" de modestie.

METHODE

1.TYPE D'ETUDE

L'enquête exploratoire que nous allons mener nous positionne dans une démarche de recherche qualitative. Ainsi, nous nous engageons et acceptons, en donnant la parole aux professionnels de santé d'être surpris par une réalité qui peut être autre que notre vécu expérientiel, elle nous permettra donc de nous décentrer de notre pratique pour en découvrir d'autres.

La compréhension de leurs visions nous permettra d'envisager comment intervenir au vu des

réalités qui nous sont communiquées et partagées et de proposer des pistes de travail entant qu'Infirmière en Pratique Avancée (IPA). Nous avons conscience qu'il y a des éléments sur lesquels nous pourrions intervenir et d'autres pour lesquels notre intervention sera impossible. C'est pourquoi, les pistes de travail ne sont pas à envisager comme une solution, mais plutôt comme des interventions dans une co-construction IPA-équipe visant l'amélioration des pratiques.

Étant donné la nature exploratoire de l'étude, nous avons adopté une démarche inductive qui va nous permettre de recueillir des données empiriques que nous allons ensuite analyser, ce qui nous permettra de proposer des pistes d'interprétation rigoureuses.

1.1 Analyse thématique inductive

L'analyse thématique a comme objectif le repérage et l'inventaire des thèmes présents dans le corpus d'analyse en lien avec la question de recherche. Il s'agit le plus souvent de décrire les représentations ou les perceptions de personnes ayant en commun un phénomène. Le recrutement a lieu dans une population en lien avec le domaine à étudier. L'échantillonnage sera raisonné, réfléchi, pour obtenir la plus grande variété possible de caractéristiques de la population concernée, afin de diversifier le plus possible les données recueillies.

L'analyse des données se procède en trois étapes : La création de codes descriptifs à partir des entretiens, du discours des participants; le regroupement de codes ouverts pour résumer et les assembler en éléments plus interprétés, des rubriques, cette étape est appelée thématisation du texte.

La thématisation dans l'analyse thématique d'après Braun & Clarke : un thème n'est pas simplement un sujet abordé. C'est une idée centrale, une interprétation de ce que les données révèlent en lien avec notre question de recherche. Un thème ne se trouve pas, il se construit à partir des codes. Un thème est une idée forte issue de plusieurs extraits d'entretiens. Il aide à répondre à la question "Que disent les données, en profondeur, sur ce que je cherche à comprendre ? "

Un bon thème :

- Ne résume pas simplement ce qui est dit;
- Fait émerger une action, une émotion, une valeur, un processus ou une tension;
- Est cohérent : les extraits qui le composent racontent quelque chose de similaire;
- Fournit une compréhension, pas seulement une description.

1.2 La posture du chercheur

Cabaret (2014) suggère trois éléments incontournables dans une démarche de recherche inductive, et plus largement dans une recherche qualitative, que nous reprendrons à notre compte. Le premier élément est l'élucidation qui, pour l'auteur, peut se définir comme «une mise en lumière progressive de la démarche sans parvenir à une clarification totale». Vient ensuite la prudence, c'est à dire «une certaine modestie dans les conclusions posées, étant donné l'incertitude inhérente au travail de terrain». Le troisième élément étant le doute se manifestant par *«des interrogations à plusieurs étapes clés de la recherche : la formulation de la question initiale, le choix des terrains de recherche, la construction d'un protocole de recueil de données, les lectures à sélectionner. Pour toutes ces étapes, le chercheur vit des périodes de réflexion, d'hésitation, de questionnement, de délibération avec des personnes ressources, de décision et de positionnement»*.

2. L'ECHANTILLONNAGE

La finalité étant de comprendre la gestion des troubles du comportement en EHPAD par les professionnels de santé, nous avons ainsi identifié cinq catégories d'acteurs incontournables pour le traitement de notre question de recherche.

En premier lieu parmi ces acteurs clés se situe, selon nous, le **médecin coordonnateur** et **l'Infirmière Coordinatrice** (IDEC) car les lieux de vie tels les EHPAD nécessitent une coordination des différentes activités qui s'y déroulent et des professionnels qui les réalisent. Par cette coordination ils essaient de rendre fluides les parcours de soin et les parcours de vie pouvant se déterminer dans ces structures. Ils sont donc régulièrement informés des situations complexes en lien avec des troubles du comportement et vont décider de la conduite à tenir. Pour cela ils ne sont pas seuls, ils travaillent en équipe avec des **infirmiers(ères)**, des **aides-**

soignants(es) et/ou des aides médico-psychologiques (AMP) présents dans le quotidien des résidents.

De plus, l'objet de recherche portant sur la gestion des troubles du comportement, nous ne pouvons faire l'impasse d'un professionnel de santé dont son exercice professionnel permet la compréhension du fonctionnement humain, nous pensons ici **au psychologue**.

Les EHPAD étant les lieux ciblés dans la problématique, ils sont par conséquent les lieux d'enquêtes ciblées. Pour autant, nous décidons de chercher un EHPAD dans lequel les 5 professionnels choisis y sont regroupés, sachant que tous les EHPAD ne sont pourvus de l'ensemble des professionnels identifiés.

Étant donné que l'étude se déroule sur un site unique, les critères d'inclusion et d'exclusion sont simples. Sont inclus dans l'étude les professionnels qui exercent les métiers cités ci-dessus dans cet établissement. Nous excluons de l'étude les personnes stagiaires.

Notre public cible étant déterminé, nous pouvons expliciter comment nous les avons sollicité.

3. LA METHODE DE RECRUTEMENT

Afin d'éviter de mener l'enquête dans une structure que nous connaissons déjà, où nous entretenons des liens avec les professionnels, nous choisissons d'envoyer un mail le 12 février 2025 à la directrice d'un établissement hors du secteur dans lequel nous intervenons, afin de nous laisser surprendre par d'autres réalités. Cela permettant de découvrir ce qui se passe ailleurs.

N'ayant eu aucune réponse après un mois d'attente malgré les relances téléphoniques nous décidons de solliciter des établissements dont nous savons qu'ils regroupent le public cible. Pour ce faire, nous suivons les règles de procédures d'autorisation dans le respect des liens hiérarchiques existants soit les directeurs d'établissements et les cadres de santé et/ou IDEC. De plus, chaque professionnel ciblé est sollicité par mail pour obtention de l'autorisation d'être interviewé.

Nous retenons le premier établissement ayant répondu par mail dans les 24H suivant la

sollicitation. Aussi, en plus de l'autorisation il nous propose une date rapide ainsi que l'organisation de la passation des entretiens.

Nous savons auprès de qui nous allons recueillir les données empiriques, il nous faut préciser par quel outil nous allons les interviewer.

4. L'ENQUÊTE PAR ENTRETIENS

Après un entretien exploratoire, nous avons retenu la méthode de l'entretien libre car ce dernier par ses caractéristiques permet à partir d'une question de laisser la liberté à l'interviewé de pouvoir discourir dans sa propre pensée.

Toutefois, nous gardons à l'esprit que les interviewés, surtout dans une démarche compréhensive, ont le souci de vouloir coller à ce que le chercheur cherche à travers son enquête. Nous touchons là un point d'attention pour le chercheur dans la manière dont il va mener l'entretien. Cet outil de collecte de données permet de recueillir l'expérience vécue autour d'une rencontre individuelle et singulière.

4.1 Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au sein d'un EHPAD privé, dans un bureau fermé pour 4 professionnels et un entretien s'est déroulé au sein de l'unité de vie protégée. Ils se sont passés sur une matinée entre 9H et 12H. Ils se sont enchaînés les uns après les autres, les professionnels s'étant organisés avant mon arrivée. Il a fallu faire un choix de passage pour les entretiens, celui ci a été déterminé par l'emploi du temps de chacun ce matin là. Il leur a été dit que les entretiens seraient anonymisés. Ils m'ont tous donné leur accord oral pour l'enregistrement des entretiens qui ont été enregistrés et retranscrits sur un logiciel word mot pour mot de façon anonyme. L'enregistrement des conversations s'est fait à l'aide d'un téléphone ayant un dictaphone comme application. Les enregistrements ont été supprimés après retranscription.

L'entretien débute par une brève introduction, afin d'obtenir plus de renseignements sur la personne (âge, ancienneté dans le service, année du diplôme), dans le but de mettre à l'aise les

professionnels pour faciliter ainsi l'expression et amorcer la discussion. Ceci sera suivi d'une question inaugurale large dans le but de connaître leur expérience face aux troubles du comportement en EHPAD. Cette question permettra d'ouvrir le dialogue autour de leur pensée, et pourra éventuellement mener à d'autres thèmes non abordés dans le cadre conceptuel.

La question étant : « **Pouvez-vous me raconter votre expérience auprès de résidents ayant des troubles du comportement ?** »

La question est pensée de manière qu'elle puisse laisser la personne nous apporter les éléments de réponse par rapport à la finalité de l'enquête. Des relances ouvertes ont été utilisées.

Une fois que l'outil de l'enquête est réalisé, une fois que nous avons recueilli les entretiens nous allons les analyser.

Cette technique d'entretien semble avoir favorisée l'expression des personnes rencontrées, celles-ci se sont livrées sur leur ressenti d'une façon très franche et sans détour, nous avons pu mettre en évidence une forte charge émotionnelle que je n'avais pas perçue jusqu'à maintenant dans le cadre professionnel.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION

L'étude a été réalisée auprès de cinq professionnels. La présentation des différents participants est résumée dans le tableau ci-dessous.

Numéro d'entretien	Fonction	sexe	Durée des entretiens
Entretien 1	Psychologue	Féminin	20'59
Entretien 2	Médecin coordonnateur	masculin	18'25
Entretien 3	Infirmière coordinatrice	Féminin	37'46
Entretien 4	Aide-médico psychologique	Féminin	14'32
Entretien 5	Infirmière	Féminin	13'

Les données relatives à l'âge et au diplôme ne sont pas présentées dans ce tableau afin d'éviter que les personnes rencontrées puissent être identifiées. La moyenne d'âge des professionnels interviewés est de 45 ans. La moyenne de leur expérience professionnelle en EHPAD est de 11 ans.

2. ANALYSE DES DONNEES

2.1 Travailler ensemble au cœur de la prise en soin des troubles du comportement

Les entretiens révèlent que l'interdisciplinarité est indispensable dans la prise en soin des troubles du comportement, les professionnels ne doivent pas travailler seuls de leur côté mais unir leurs compétences dans l'intérêt du résident dont ils ont la charge afin de proposer un rétablissement rapide et serein.

2.1.1 Les troubles du comportement, croiser les informations et les regards pour optimiser leurs prises en charge.

Les participants à l'étude soulignent que pour prendre en charge les troubles du comportement, il est nécessaire de travailler en équipe. En effet, l'identification de la cause du trouble du comportement concerne tous les soignants qui accompagnent le patient. De plus, les temps d'échanges en équipe permettent à chacun d'exprimer son point de vue et d'apporter des propositions. C'est ainsi que la psychologue nous explique, à propos des troubles du comportement, que :

« c'est vraiment une réflexion institutionnelle voilà avec les équipes pluriprofessionnelles sur voilà il y a des troubles du comportement mais qu'est-ce qu'on en fait, comment on peut essayer de les limiter ou de mieux les appréhender » [Entretien n° 1 – Psychologue]

L'identification de la cause n'est pas une chose aisée. Les soignants mettent en évidence la nécessité de réaliser une analyse. Pour analyser la cause, il est important selon eux de connaître l'histoire de vie du résident, de connaître sa personnalité, sa maladie ainsi que ses habitudes, c'est aussi observer et rechercher ce qui a changé dans sa façon d'être, et ainsi de pouvoir faire des liens. L'infirmière coordinatrice explique à ce sujet :

« Il faut surtout partir d'une bonne analyse parfois on n'a pas toujours les explications et c'est en fonction de ce que la personne a vécu, les expériences, de tout ce qui lui est arrivé dans la vie, tout remonte, pas dans le bon ordre et puis plus dans le bon contexte. Il y a des choses sur lesquelles on ne pourra pas forcément agir, pour le résident » [Entretien n° 3 – Infirmière Coordinatrice]

2.1.2 Les services spécialisés, une demande pas toujours satisfaite

Selon les participants à l'étude, parfois un avis extérieur à l'EHPAD est nécessaire, et de ce fait, des équipes ou structures spécialisées sont sollicitées. La notion de temps est importante pour les soignants. Ils se sentent parfois démunis après avoir essayé différentes approches et en voyant le résident en souffrance. L'absence de réponse, le refus des demandes ou une réponse tardive compromettent l'accompagnement du résident. Selon l'infirmière :

« Ben ce n'est pas 6 mois après, si pendant 6 mois tu as réussi tu ne vas pas les envoyer là que c'est stabilisé quand on demande, c'est que voilà on a essayé pleins de choses même des traitements et que c'est compliqué ce n'est pas dans 10 ans qu'on a besoin c'est là dans les 15 jours 3 semaines je veux dire. » [Entretien n°5 – Infirmière]

Par ailleurs, les soignants mettent en évidence une lourdeur administrative en ce qui concerne la prise en charge par le secteur psychiatrique. En effet, il n'y a pas d'interlocuteur direct comme pour le secteur gériatrique, les demandes sont faites par fax et traitées dans un deuxième temps. Le médecin coordonnateur nous explique :

« Il y a beaucoup de déceptions dans la prise en charge, c'est compliqué d'abord il faut faire un mot, qu'ils y répondent, première évaluation après on voit si le psychiatre doit intervenir, c'est cette espèce de redondance si vous voulez ce qui n'est pas le cas si j'ai un problème gériatrique aujourd'hui j'ai le numéro du gériatre de garde je l'appelle il me donne la réponse on trouve la solution tout de suite ça c'est de la médecine ça. Après, euh ce que je viens de vous dire on dirait qu'on est dans la bureaucratie, on veut faire changer une loi, on passe par machin on a l'impression que c'est ce qui rend la psychiatrie inaccessible. »

[Entretien n°2 — Médecin coordonnateur]

Enfin, les soignants peuvent à certains moments ressentir un manque d'intérêt ou de considération voir de soutien. Certaines prises en charge sont compliquées avec des intrications de pathologies, des personnes trop jeunes pour la gériatrie mais trop « démentes » pour la psychiatrie ou la neurologie, chacun se renvoient le résident laissant les soignants dans la difficulté et seuls, avec des situations vécues parfois négativement avec les urgences comme l'explique le médecin coordonnateur :

« C'est parfois le souci qu'on a rencontré, c'est d'envoyer des résidents comme ça qui nous posaient problème aux urgences parce qu'on ne s'en sortait absolument pas, et de ne pas être comment dirais-je entendu. C'est-à-dire on vous renvoie un petit mot comme quoi il ne va pas trop mal reprenez le euh ça été difficile aussi pour les équipes, il y en a un qui est parti en UHR, parce qu'il avait des couteaux, des machins etc. à un moment donné les équipes se disent qu'est-ce qu'il va se passer on l'envoie aux urgences et là aussi ils nous le renvoient le jour même alors que le mot est fait en expliquant la situation etc. encore une fois c'est mettre en avant cette difficulté d'être soutenu et du coup encore une fois d'essayer d'éviter ces dossiers-là quoi mais ce qui n'est pas normal » [Entretien n°2 — Médecin coordonnateur]

2.1.3 Le manque de soignants impacte l'organisation d'une unité de vie

Les enquêté.e.s font remarquer leurs difficultés de proposer une prise en charge adaptée. En effet, les EHPAD aujourd'hui font face à un turnover important. Les professionnels formés ne sont pas toujours présents. De plus, les EHPAD font face à un absentéisme régulier, de ce fait, il est difficile de programmer quotidiennement des activités pour les résidents comme ils le voudraient. L'infirmière coordinatrice nous explique :

« Il faudrait qu'on puisse mettre en place vraiment avec les personnes qui ont de gros

troubles du comportement, un planning vraiment fixe, mais c'est tellement compliqué parce que ben par rapport aux absences du personnel, les personnes formées ne sont pas forcément toujours en poste. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

2.1.4 Les crises : une peur des soignants renforcée par le sentiment de solitude

Les enquêté.e.s font remarquer que les troubles du comportement de certains résidents leur font peur. Les troubles du comportement présents lors des soins mais aussi lors des repas, des animations, lors de moments entre résidents peuvent provoquer une peur. La psychologue nous explique les conséquences que peut provoquer cette peur :

« On a des résidents avec des démences à corps de Lewy qui sont vraiment avec une symptomatologie délirante, des hallucinations. Ces résidents-là font peur à d'autres résidents, ils font peur à certains membres de l'équipe, ça peut venir alimenter aussi le mal être de l'équipe et l'épuisement de l'équipe, quand on a peur d'un résident, quand on a peur de le prendre en soin, et bien le résident je pense qu'il le sent et en fait on est dans un cercle vicieux. Ça va majorer aussi ses troubles du comportement et puis des gens qui sont relativement jeunes aussi cette dame je crois qu'elle a 72 ans qui est arrivée dernièrement chez nous »
[Entretien n°1 — Psychologue]

De plus, les soignantes insistent sur le fait que la solitude complique la gestion de ces moments de crise. Le médecin coordonnateur est un appui indispensable pour les équipes mais il n'est pas présent tout le temps. Certaines prises en soin sont complexes, elles augmentent la charge de travail et peuvent mettre en difficulté les équipes et en danger les résidents eux-mêmes ou les autres résidents. L'infirmière coordinatrice nous explique le ressenti des soignantes à ce moment précis :

« Elles attendent d'avoir une réponse tout de suite, voilà elles sont seules à gérer ou pas forcément bien accompagnées et puis après il y a tout le monde qui monte forcément donc ce n'est pas facile. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

2.1.5 Les interventions non médicamenteuses : une approche qui requiert du temps et un savoir être

Selon les participants à l'étude, il leur est difficile de gérer la temporalité du trouble. Les soignants doivent prendre soin du résident ayant des troubles du comportement et utiliser les interventions non médicamenteuses en première intention. Un relais est possible par l'équipe suivante en cas de refus de soin du résident, les soignants parlent d'adaptation, l'aide médico-psychologique nous fait part de son expérience personnelle :

« Je reviens une heure, deux heures plus tard et si je vois que ça fonctionne pas après il y a l'équipe de l'AM qui peut prendre le relais aussi. Ce n'est pas parce que c'est tout de suite la toilette qu'on la fait tout de suite en fait. On s'adapte au résident. » [Entretien n°4— Aide médico psychologique]

Par ailleurs, les interventions non médicamenteuses doivent être adaptées au résident et à son trouble. Les soignants parlent d'interventions personnalisées. Pour certains, elles calmeront, pour d'autres, elles canaliseront une crise ou permettront d'occuper leur attention. L'infirmière qui intervient très régulièrement au sein de l'unité de vie Alzheimer nous explique:

« Quand il y a des troubles du comportement, il faut vraiment les occuper comme après sinon ils se focalisent sur les crises pour un rien ça monte, pour un petit truc, des fois aux unités ils s'énervent "elle m'a bousculée la chaise" et là ça part, mais je pense que les équipes gèrent assez bien sur les activités, ils arrivent quand même à les canaliser, en les prenant et les faisant s'asseoir, en leur disant "on va s'occuper de ça ou euh". » [Entretien n°3— Infirmière]

2.1.6 Les interventions médicamenteuses : des expériences et des connaissances à acquérir pour une utilisation raisonnée et adaptée

Les enquêtés font remarquer que des traitements existent mais qu'ils ne sont pas utilisés en première intention. En effet, ils sont pourvoyeurs d'effets indésirables chez le sujet âgé, les soignants parlent de iatrogénie médicamenteuse et nous expriment le fait de ne pas toujours être à l'aise ou suffisamment formés à l'utilisation de médicaments spécifiques comme peut nous le confier l'infirmière :

« Quels effets vont avoir les traitements sur la pathologie, sur le résident et les effets négatifs aussi. Et du coup voilà je pense que oui c'est un sujet ou on devrait être un peu plus formé. » [Entretien n°5— Infirmière]

2.2 Les établissements, lieu d'accueil d'une hétérogénéité de résidents avec des besoins importants

Les établissements ont vu leur population tendre vers moins d'autonomie et de ce fait alourdir la charge de travail des soignants, des résidents avec différents profils aux besoins importants et à la fois différents, accueillis dans des unités d'accueil classique.

2.2.1 Accueil en EHPAD de résidents avec une maladie spécifique: Entre hésitation et appréhension

Selon les participants à l'étude, le manque d'accompagnement de certaines spécialités n'encourage pas les institutions à prendre certains résidents aux pathologies spécifiques. Les soignants sont confrontés régulièrement lors de situations problématiques à un manque de recours pour les aider dans les prises en charge et se sentent seuls. Ils se retrouvent en difficulté et de ce fait ne trouvent comme unique solution de prendre très peu de patients jeunes avec des pathologies spécifiques. Comme l'explique l'infirmière coordinatrice :

« On regarde toujours dans les dossiers tu vois, les dossiers d'entrée ben, psy tu évites, si ce sont des korsakoffs jeunes et bien tu ne prends pas non plus parce malgré qu'on a des unités fermées, on en a un au début qui passait au-dessus. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

De plus, les structures ne sont pas adaptées pour accueillir des personnes jeunes. Les besoins et attentes ne sont pas les mêmes que les résidents plus âgés et plus dépendants physiquement. Tout le personnel n'est pas formé et il n'y a pas d'éducateurs pour accompagner ces populations jeunes. Le médecin coordonnateur se pose la question de la possibilité dans l'avenir de créer de nouvelles unités avec un personnel dédié et formé:

« Est-ce qu'il ne faudrait pas un peu regrouper ces gens-là. L'idée n'est pas de les parquer ce n'est pas ça, c'est de nouveau avoir des gens dont les compétences sont suffisamment importantes pour les prendre en charge, ce n'est pas s'en débarrasser, c'est peut-être qu'on n'a pas nous, les compétences pour faire face à ces situations complexes et euh est ce qu'il ne faudrait pas organiser un petit peu des unités alcool ou korsakoff. » [Entretien n°2 — Médecin coordonnateur]

2.2.2 Des hébergements inadaptés hors des unités de vie

Alzheimer

Selon les enquêté.e.s de plus en plus de résidents avec des troubles du comportement sont dans les unités classiques. Ce fait pose aux enquêté.e.s des difficultés particulières dans la gestion quotidienne. Toutes les personnes avec des troubles cognitifs ne sont en effet pas en unité de vie Alzheimer, car malgré la maladie, les troubles ne contre indiquent pas leur présence en unité de vie ouverte ou parfois par manque de place. L'une des enquêtées met bien en avant les contraintes liées à cette situation :

« les psys sont avec tout le monde beaucoup plus jeunes que les autres enfin plus en forme physiquement avec de gros troubles aussi et qui demandent beaucoup d'attention du personnel, cette mixité elle n'est pas évidente. » [Entretien n° 3– Infirmière Coordinatrice]

Les participants à l'enquête font également remarquer que certains troubles sont plus difficiles à gérer que d'autres. En effet, des troubles comme la fugue ou l'agressivité rendent la prise en soin difficile pour les soignants avec des retentissements aussi bien sur les résidents rendant la cohabitation complexe mais aussi sur les familles lors de leur venue. La psychologue nous dit ainsi :

« On a différents profils pour lesquels on va retrouver des troubles du comportement plus ou moins importants. Donc c'est sûr quand dans une unité ou à un étage se cumulent comme ça plusieurs résidents avec des profils très différents, mais avec beaucoup de troubles du comportement, ce n'est pas toujours facile pour les équipes. » [Entretien n° 1 – Psychologue]

Enfin, l'hétérogénéité de la population a également un impact sur la mise en place de l'activité animation. En effet, les besoins en animation ou activités des résidents suivant leur âge ainsi que leur pathologie et le stade de la maladie par exemple dans la maladie neurocognitive ne seront pas identiques, de plus additionné à un manque d'animateurs cela a pour conséquence, que tous les résidents ne peuvent bénéficier de cette possibilité. Selon l'infirmière coordinatrice :

« Il faudrait une soignante en plus qui ferait que de l'animation pour les résidents qui ont des troubles et après il faudrait l'animatrice pour les résidents bien, même si physiquement un petit peu, tu vois il faudrait en fonction de, et puis à côté il faudrait un éducateur pour les personnes handicapées, jeunes. » [Entretien n° 3 – Infirmière Coordinatrice]

2.2.3 Travailler au sein d'une UVA, c'est s'adapter aux particularités des résidents

Les unités de vie Alzheimer accueillent des résidents ayant des troubles neurocognitifs évolués avec des troubles du comportement. Ils nécessitent un accompagnement accru ainsi que des activités quotidiennes par du personnel formé aux interventions non médicamenteuses, l'infirmière nous explique que :

« Les unités Alzheimer accueillent généralement des personnes qui ont l'Alzheimer ou des troubles qui mettent en danger, qui ne peuvent pas sortir. » [Entretien n°5 – Infirmière]

De plus, les soignants savent que les résidents auront besoin d'un temps d'adaptation. Ce temps sera probablement long du fait de leur pathologie et qu'il n'est pas rare que ces résidents ne comprennent pas le départ ou l'absence de leur proche et de ce fait qu'ils majoraient leurs troubles. L'infirmière nous fait part de son constat de terrain:

« On a des résidents dès que la famille part ils sont en crise, comme ça leur rappelle des souvenirs d'avant ou trop d'excitations sur le moment et après ils sont en crise et c'est vrai que c'est compliqué ça de gérer après et je pense que les familles ont du mal à côté de voir leur proche comme ça » [Entretien n°5 – Infirmière]

2.2.4 Le travail en EHPAD a un réel impact sur la santé mentale des soignants

Les enquêté.e.s font remarquer qu'ils travaillent très souvent dans l'urgence. Du fait d'un manque de temps, de mauvaises conditions de travail liées à un manque de formation et à un turnover important, les soignants se sentent insatisfaits, ils disent manquer de temps pour les familles. Selon l'infirmière coordinatrice:

« Comme il manque des infirmières on a une infirmière référente en UV mais bon quand on est là qu'une matinée et que tu es toute seule comme infirmière tu ne peux pas faire les soins et t'occuper d'autre chose donc on fait des choses toujours dans l'urgence et tu n'as pas le temps toujours de penser à la famille de dire "on va leur dire" » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

Par ailleurs, la charge de travail est de plus en plus lourde. Les résidents arrivant aujourd'hui en institution sont beaucoup plus dépendants, le nombre de professionnels reste inchangé, les soignants peuvent se sentir frustrés de ne pas pouvoir travailler dans de bonnes conditions ou lors d'échec dans leur prise en soin. Selon la psychologue :

« Les soignants se sentent frustrés quand ils n'arrivent pas à s'occuper de tous les résidents en unité de vie car trop accaparés par des cas difficiles. » [Entretien n°1 — Psychologue]

2.3 Les proches aidants et la maladie en institution

Les familles font partie prenante de l'accompagnement du résident et ont toute leur place, parfois il est difficile pour eux de trouver leur place, place qu'ils ont occupé avant l'institutionnalisation de leurs parents.

2.3.1 Faire face à la souffrance des familles : entre déni et méconnaissance de la maladie de leur proche

Les enquêté.e.s font remarquer qu'ils doivent faire face à la difficulté des familles confrontées à la maladie de leur proche. Les familles sont souvent inquiètes, elles peuvent ressentir de la peur pour leurs proches ainsi que des angoisses face au comportement des autres résidents. Elles peuvent parfois se faire insulter par des résidents ayant des troubles du comportement. L'infirmière coordinatrice nous explique :

« Après les autres familles quand ils viennent en visite assistent à l'agressivité de certains et c'est très choquant et ils ont peur pour leur parent forcément surtout si il est plus âgé et ça aussi "qu'est-ce que vous faite pour les protéger ?" Donc après c'est aussi leur expliquer, et ce qu'on met en place. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

Enfin, les soignants font face aussi à la méconnaissance ou le déni des familles face à la maladie dont souffre leur proche. Les prises en charge lors de trouble du comportement ne

sont pas toujours comprises par la famille qui pense que la présence de soignants à elle seule peut résoudre les crises ou parfois elles n'ont pas intégré que leur proche était atteint d'une pathologie neurocognitive. L'infirmière coordinatrice explique :

« Et puis, il y a beaucoup de familles qui sont dans le déni de la pathologie de base, dans le déni ou alors dans la mauvaise connaissance. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

2.3.2 Regard et attentes des familles sur la prise en soin de leur proche en institution

Selon les participants à l'étude, l'image que se font les familles de l'EHPAD est discordante de la réalité de terrain. Les familles n'ont pas conscience des problématiques que vivent les EHPAD aujourd'hui, c'est à dire le manque de personnels, l'hétérogénéité de la population, le manque de formation des soignants, ainsi que l'augmentation des troubles du comportement chez des résidents qui sont de plus en plus dépendants. L'infirmière coordinatrice nous fait part de ses constatations de terrain :

« C'est l'image même des familles, ils voient des résidents qui sont là très dégradés donc ils n'ont pas non plus en image, en représentation, eux ils sont encore maison de retraite mais ça n'existe plus ça, couler ses jours tranquilles ce n'est pas du tout en EHPAD, et des personnes dégradées ben oui à qui tu dois donner à manger, qui ne font plus rien, c'est l'image, c'est l'EHPAD. Et à côté, tu as ceux qui font du sport, qui font des choses, qui sont à poils...c'est choquant je comprends mais les gens n'ont pas aussi une bonne représentation quand on dit en EHPAD il faut faire ça, il faut proposer mais venez, vous verrez le public qu'on a ce n'est pas possible, ce n'est pas possible. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

2.4. Les formations comme vecteur d'un savoir pour un accompagnement adapté

Les formations sont indispensables à tout professionnel pour mener à bien ses missions d'accompagnement en institution auprès de résidents de plus en plus dépendants, avec des pathologies chroniques invalidantes nécessitant une prise en soin bio psycho sociale.

2.4.1 Les formations : Entre acquisition de connaissances et non restitution sur le terrain

Les enquêté.e.s font remarquer que des formations leur sont données mais elles ne sont pas

utilisées par tous. Les formations dispensées ne sont pas exploitées, utilisées par manque de motivation ou d'intérêt, d'absentéisme ou de difficulté de mise en pratique. Selon la psychologue elles ne sont pas utilisées dans le quotidien des soignants :

« Il y a des formations là-dessus, des formations internes qui sont proposées. On a pour la plupart aussi été formé, les trois quart du personnel ont été formés à la méthode Montessori, qui doit nous amener aussi à une réflexion différente, et à ce que l'on peut proposer aussi aux résidents pour essayer de canaliser certains troubles du comportement. Mais au final, dans le quotidien ce n'est pas toujours ce qui vient en premier comme idée. » [Entretien n°1 — Psychologue]

2.4.2 Former les professionnels soignants et non soignants en partant de la réalité de terrain

Selon les participants à l'étude, tous les soignants n'ont pas accès aux formations pour différentes raisons comme par exemple les contrats à durée déterminée. Pourtant tous les soignants sont confrontés aux troubles du comportement et peuvent se trouver en difficulté face à un résident violent et majorer les troubles par manque de compétences lors de l'accompagnement des résidents. L'infirmière coordinatrice explique la difficulté des soignants sur le terrain :

« Elles n'ont pas eu tous les outils, elles font leur expérience sur le tas mais en étant parfois maladroites et puis en accentuant les troubles du comportement aussi parce qu'elles n'apportent pas les bonnes réponses. » [Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

Par ailleurs, les formations initiales ne préparent pas à la prise en charge des troubles du comportement. L'infirmière nous explique qu'elle a appris sur le terrain ce qu'était la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement associés ainsi que leurs traitements et elle considère que les écoles ne préparent pas suffisamment aux troubles du comportement :

« Je pense que je n'ai pas été formée comme il le faudrait. Je pense qu'à l'école ils ne nous apprennent pas assez de choses sur les troubles du comportement. » [Entretien n°5 — Infirmière]

De plus, les soignants voient un intérêt à former ou à sensibiliser le personnel non soignant.

Ils sont nombreux à graviter autour des résidents et par manque de connaissance ils peuvent induire ou renforcer un trouble du comportement par leurs paroles ou leurs gestes ou parfois en avoir peur et refuser leur aide aux soignants. L'infirmière coordinatrice explique la nécessité de les former ayant été témoin à plusieurs reprises de comportements inadaptés de ces personnes envers les résidents :

« On forme beaucoup les soignants, mais tu as à côté beaucoup de personnes qui gravitent, tu as les cadres de vie, tu as les techniciens de maintenance et parfois les bénévoles, ces gens-là sont parfois maladroits parce qu'ils vont dire "bah vous savez pourquoi vous le faites pas ?" voilà tu vois, ils ne se rendent pas compte parce que la personne physiquement semble bien alors que dans la tête tu n'as plus rien ils ne comprennent pas pour eux bah elle se fout de nous elle ne veut pas faire ses tartines ! Donc ils sont maladroits, ils ont des paroles, donc c'est important qu'ils aient des connaissances pour éviter des fois de déclencher des crises. »

[Entretien n°3 — Infirmière coordinatrice]

Enfin, les formations doivent prendre en compte la réalité de terrain. En effet, entre la théorie et la pratique parfois il y a un fossé, d'où la nécessité dans les formations d'étudier des cas cliniques relevant du terrain afin d'aider le soignant à se projeter, et de ce fait, il pourra mieux appliquer ses connaissances acquises en formation une fois revenu sur son établissement. Le médecin coordonnateur explique la difficulté de mise en pratique des formations sur le terrain :

« Parce que même formés ça reste difficile pour eux, parce que ça reste, chaque cas est différent donc on a beau essayer dans une formation de donner des exemples, je veux dire le résident qui va arriver ça sera encore autrement, c'est pas mathématique, mais effectivement euh une formation de base, envisager des cas pratiques en disant "vous vous souvenez de madame untel comment on a réussi à le résoudre comme ça" on part d'un cas théorique et puis après on voit avec un résident actuellement présent comment on peut mieux faire avancer les choses en disant on y est arrivé comme cela en essayant après de diffuser un peu ces petits moyens qui nous permettent d'apaiser la personne. » [Entretien n°2 — Médecin coordonnateur]

DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

L'enquête fait apparaître les avantages, mais également les difficultés que pose le travail en

commun dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux en EHPAD. Si celui-ci est jugé absolument central dans la gestion des résidents et l'organisation du soin dans ces structures, il peut largement souffrir de facteurs tels que le manque de personnel, le manque de réseau avec les partenaires ou sa méconnaissance.

Par ailleurs, l'accueil des résidents présentant des troubles psycho-comportementaux est rendu plus complexe par le manque de structures adaptées, ce qui a pour conséquence une grande hétérogénéité de population prise en charge dans un environnement qui peut ne pas être adapté. En découle non seulement un malaise possible pour les résidents et leurs familles, mais également une certaine impuissance des équipes face à des situations "ingérables", qui peuvent mener à une forme de stigmatisation des résidents les plus difficiles à "gérer".

Enfin, la pénurie de personnels soignants, le manque de formation et un travail qui est caractérisé avant tout par l'urgence peuvent considérablement dégrader les relations entre les soignants, les résidents et leurs familles.

2. CONFRONTATION DES DONNEES A LA LITTERATURE

2.1 Le travail pluridisciplinaire : atouts et obstacles

La littérature confirme l'importance du travail en commun en EHPAD. la Haute Autorité de Santé (HAS), souligne que le travail en équipe multidisciplinaire est essentiel pour la sécurité des patients, compte tenu de l'augmentation de la complexité des soins, des comorbidités, et de la pénurie de main d'oeuvre. Cette approche améliore la coordination des soins, optimise l'utilisation des services de santé et renforce la communication interprofessionnelle. Pour les équipes, elle génère une meilleure satisfaction au travail, des rôles plus clairs et un bien être accru (29). Dans la littérature, nous retrouvons plusieurs sources qui évoquent l'importance du travail en commun en EHPAD. On peut tout d'abord citer Aude Parmantier Adjointe de Direction en EHPAD, qui précise la nécessité pour l'encadrement de faire le lien entre les différentes disciplines pour permettre la coopération de tous les acteurs et encourager une dynamique collective(30). Une troisième source évoque le travail en pluridisciplinarité

comme le fait que l'on ne peut prendre en soin seul des personnes, et que différents regards et caractères sont indispensables pour une prise en soin car chaque personne est unique(31). Il apparaît donc, que sur ce point, la littérature scientifique confirme les résultats de l'enquête(32).

Dès lors, il semble important tant qu'IPA de favoriser la participation de tous les professionnels gravitant autour du résident dans l'évaluation et l'analyse des troubles et la réflexion sur la façon de prendre en soin le résident. Il est important que celle-ci implique tous les soignants en valorisant le rôle de chacun et de leur expliquer la nécessité de faire remonter toutes les informations utiles pour mieux comprendre et appréhender les troubles du comportement, ainsi que la nécessité de tracer ce qu'ils observent, constatent, entendent afin de regrouper les informations et de proposer une prise en soin adaptée. Tous les regards sont importants et écouter les soignants c'est aussi valoriser leur travail et leur donner l'envie de s'impliquer. Le travail en commun concerne aussi l'IPA qui a besoin de tous les professionnels pour comprendre la situation et mieux cerner les difficultés vécues aussi bien pour les soignants, le résident ou la famille.

2.2 Les difficultés de coordination externe

Si mon enquête a montré que ce travail en commun est central, elle a également identifié une série de freins qui le rendent plus complexe et plus précaire. Il peut s'agir, par exemple, de situations dans lesquelles un soignant ne sait pas quel professionnel contacter pour obtenir une aide dans la prise en soin des troubles psycho-comportementaux pour des résidents handicapés vieillissants, psychiatriques ou ayant une maladie liée à l'alcool. Ils reprochent de ne pas avoir d'interlocuteurs privilégiés lors des demandes afin d'avoir une réponse plus rapide et une prise en soin adaptée au résident et à sa pathologie.

En effet, selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance qui en explique les causes : le travail en équipe pluridisciplinaire en EHPAD fait face à une hétérogénéité des besoins et attentes des personnes. Dès lors, il peut souffrir d'un manque d'interconnaissances entre les acteurs œuvrant parfois auprès d'un même public, être influencé par les réformes successives

et la complexification réglementaire, ou encore le manque de visibilité et de lisibilité des dispositifs existants(33). Par ailleurs, nous retrouvons des réflexions similaires dans une deuxième source. Dans son mémoire de fin d'étude sur les spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD où elle a interrogé des soignants, Adeline Godart indique ainsi, que la continuité des soins n'est pas assurée entre le secteur de la psychiatrie et leur établissement. L'un des soignants souligne que les rendez vous externes sont assez longs et dit qu'il faudrait l'intervention en EHPAD d'un psychiatre en plus d'un infirmier. Les professionnels soulèvent donc un problème de coordination entre les équipes psychiatriques de secteur et les établissements médico-sociaux. En effet, toujours selon la même source, 87% du pôle soignant estime manquer de soutien de la part des équipes psychiatriques pour la prise en soin des résidents psychotiques(34).

Il pourrait être important, tant qu'IPA, de poursuivre, encourager, privilégier ce travail d'équipe au sein des EHPAD mais aussi, et ce sera peut être là que notre rôle sera le plus valorisant, avec les partenaires extérieurs aux EHPAD. Notamment le secteur de psychiatrie et les urgences. Notre rôle de coordination a toute sa place dans la création et l'entretien du réseau de partenaires de santé afin de pouvoir réduire le temps entre la demande des EHPAD et la réponse des partenaires.

2.3 L'hétérogénéité des populations : un défi complexe

L'hétérogénéité de la population accueillie en EHPAD et les difficultés liées à la prise en soin de ces populations aux attentes et aux besoins différents dans des unités non spécifiques font également l'objet de mentions dans la littérature.

On la retrouve par exemple chez Jovelet, qui souligne que ces patients ayant des pathologies différentes sont amenés à cohabiter, des personnes qui ne se seraient pas fréquentées dans la vie «d'avant» *"sujets simplement vieux et polypathologiques ou ayant des troubles cognitifs principalement porteurs de la maladie d'Alzheimer ayant des troubles modérés à majeurs, sujets plus jeunes mais «abîmés» par l'alcool, psychotiques, handicapés psychiques âgés issus pour la plupart d'hôpitaux psychiatriques"*. Ces structures accueillent aussi dès l'âge de

60 ans les handicapés mentaux, physiques ou sensoriels, les sujets en précarité sociale, sans domicile et quelques anciens détenus(35).

Une autre étude montre que le comportement individuel et social des patients atteints de schizophrénie est en décalage par rapport aux autres résidents et la stigmatisation liée à la pathologie psychiatrique reste présente, que ce soit du point de vue des autres résidents, des familles mais aussi des soignants. Toujours selon Merceron, la mise en place d'un projet de vie spécifique et adapté peut favoriser l'intégration et l'adaptation du patient schizophrène en EHPAD mais cela suppose une certaine adaptabilité de l'équipe de soins. La vie au quotidien dans les structures se complique parfois de réticences, voire de craintes, de retards de prise en charge, de conduites inadaptées et implique une vigilance particulière et un investissement considérable des soignants(36).

Dès lors, il semble important que l'IPA puisse intervenir auprès des soignants pour les sensibiliser, les former et les accompagner. L'IPA pourrait aussi éventuellement accompagner les résidents en anticipant l'entrée et en étant là en appui dans les premiers mois pour faciliter l'intégration de part et d'autre, en faisant le lien entre le lieu de vie avant l'institutionnalisation et l'EHPAD. Une dernière étude évoque les représentations des patient.e.s atteints de troubles psychiques par les soignants en EHPAD. D'après Adeline Godart dans son étude auprès de soignants en EHPAD, dans le cas particulier du résident psychotique, trois propositions reviennent le plus: ils peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service, ils peuvent être agressifs et violents, ils nécessitent beaucoup de temps et d'attention. Cette source mentionne également que 39% des professionnels sont réticents à leur entrée en EHPAD. Pour la grande majorité, ils l'expliquent du fait que les EHPAD sont des structures peu adaptées notamment en raison du manque de personnel, de l'absence de formation pour assurer un encadrement adéquat, d'un manque d'activités et d'animations adaptées aux troubles des résidents psychotiques, l'existence de relations difficiles entre les résidents vieillissants et les résidents psychotiques. La prise en soin de ces patients peut donc entrer en contradiction avec l'idée que l'EHPAD doit rester un lieu paisible. La difficulté de cohabitation entre les résidents psychotiques et les «autres»

résidents a été confirmée par 69,5% des soignants(34).

Dès lors il semble important que l'IPA prenne conscience des problématiques que les EHPAD ont en ce qui concerne l'accueil de tous ces résidents sur un même lieu avec des attentes et besoins différents. Des formations de différents formats peuvent être proposées aux soignants et des conseils de prises en soins au quotidien peuvent être discutés avec des partenaires de la psychiatrie et du handicap pour améliorer la prise en charge en EHPAD.

2.4 Impact sur les professionnels et relations familiales

L'enquête a montré que les contraintes que font poser sur les professionnels, l'absentéisme et l'urgence dans laquelle travaillent les professionnels du fait de leur faible nombre ont un impact négatif sur la relation avec les familles des résidents.

Ce résultat est enrichi et prolongé par plusieurs études. L'une d'elle met en évidence certains facteurs organisationnels à leur insatisfaction que les soignants d'EHPAD ont cité dans l'enquête et d'autres qu'ils n'ont pas évoqué : l'insuffisance du travail d'équipe, l'exposition à la violence, la pénibilité physique du travail, la rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et l'épuisement émotionnel sont particulièrement relevés (37). D'après cette même étude, 60% des EHPAD expriment des difficultés d'accompagnement. Les raisons invoquées sont des besoins de présence plus importants, un manque de connaissance sur les différents handicaps et l'absence de formations adaptées. Le personnel soignant est déstabilisé par les troubles du comportement, les problèmes de communication, la violence et l'association des troubles psychiques aux troubles cognitifs. Ils rapportent également la difficulté à faire appel à un psychiatre sur le secteur (28). L'activité des soignants se focalise sur la gestion du temps plutôt que sur les soins. Au final, la qualité du travail est altérée, et le travail perd de son sens en sacrifiant son principal objectif. Ces contraintes ont des incidences sur l'activité et ses buts, mais également sur la qualité du travail de soins, de telle sorte que les soignants éprouvent le sentiment de ne pas parvenir à réaliser le travail qu'ils devraient réaliser(38). Les conséquences sur l'activité de ces marges de manœuvres limitées sont loin d'être négligeables. Occupés par leurs tâches, les soignants demeurent incessamment

préoccupés par le temps, il s'agit surtout d'écarter le risque d'un dépassement des horaires, la plupart des tâches sont généralement réalisées « vite », et l'engagement auprès des personnes est volontairement diminué en terme de temps(38).

On retrouve également dans les travaux menés sur ce sujet l'attention portée aux effets de la gestion des patients présentant des troubles psycho-comportementaux sur la santé mentale des soignants, entraînant un mal être au travail, de l'absentéisme. Selon Aude Parmantier Adjointe de Direction en EHPAD, le personnel dénoncerait la pénibilité au travail et la perte de sens et l'amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel. Cette étude met en avant l'importance de l'impact en parlant d'usure professionnelle, de turnover ainsi que d'absentéisme. Ces signes de souffrance amènent à une démotivation, à un manque de cohésion, de coopération qui ne sont pas favorables à la qualité de l'accompagnement des résidents et à la bientraitance telle promue par la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale(30).

Les soignants exercent une profession difficile, responsable de départ anticipé. Alors que les besoins augmentent, en France, l'étude «promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au travail» avait pour objectif de mettre en lumière les facteurs responsables et pouvoir établir des axes d'amélioration. Elle fait partie de l'Etude Européenne Next (39). Pour exemple, le risque de burn-out ou de changer de service, ou de profession, était corrélé à l'exposition à la violence. Une autre étude enrichit ces résultats en expliquant que la prise en charge de la dépendance, des troubles psycho-comportementaux, des états d'agitation, nécessite une formation dans le domaine des soins et techniques de soins, mais aussi des connaissances psychologiques et sociales sur l'environnement des personnes âgées. Les troubles psycho-comportementaux sont identifiés comme un facteur de stress, et génèrent des difficultés pour des soins de qualités (40). Ils ont un impact sur la santé des soignants, le burn-out et leur capacité de travail. Les comportements les plus pourvoyeurs de stress sont l'agressivité, le trouble dépressif, l'apathie(41). Parallèlement, des conditions de travail génératrices de stress s'associent à une prévalence plus élevée des troubles du comportement (42). Dans la littérature nous retrouvons des données sur les conséquences des nombreuses

restructurations hospitalières et la pénurie de soignants, les tâches se multiplient et se complexifient menant à une augmentation et une intensification de la charge de travail. Ils regrettent du fait de leur surcharge de travail d'être dans l'incapacité d'effectuer des actes relationnels de qualité(43). Les troubles du comportement sont associés à une institutionnalisation accélérée et leurs conséquences sur le fonctionnement du patient sont considérables. Ils sont, de plus, responsables d'une part importante de la souffrance des patients et de leurs aidants(44).

Concernant le poids de cette dynamique sur la relation avec les familles, on peut tout d'abord souligner que de nombreuses études montrent la centralité de cette relation dans la réduction des conflits et du stress professionnel(45) (46). Les proches peuvent en effet apporter beaucoup à l'équipe soignante. Ils connaissent le résident, son histoire, son rythme de vie, ses activités. Parfois ils se sont même occupés de lui avant son institutionnalisation et savent comment réagir face à quelques troubles psycho-comportementaux. Les soignants également pourraient apporter à la famille, en partageant leurs connaissances sur la pathologie, son évolution et en les rassurant sur la qualité de la prise en soin en leur absence. Or, devant l'omniprésence des soignants dans la prise en soin de leur proche, les familles peuvent avoir peur de prendre des initiatives ou de mal faire. Il serait intéressant de les faire participer aux soins ou aux animations ce qui leur permettrait de retrouver un rôle et aux soignants d'avoir une aide précieuse.(32) L'entrée en institution est un choc pour le résident mais également pour sa famille qui perd en quelque sorte son rôle de soignant. Elle peut parfois d'ailleurs se sentir exclue par le personnel soignant qui reprend ce rôle. Elle peut alors être très critique sur la qualité des soins dispensés ce qui peut entraîner des difficultés dans la relation famille soignants voire des conflits. Une meilleure communication entre la famille et les soignants est donc nécessaire(47). Dès lors, il semble important que l'IPA puisse intervenir auprès des familles sur des moments informels ou bien proposer des consultations aux aidants familiaux pour un soutien psychologique et une explication de la maladie de leur proche.

2.5 L'enjeu de la formation

L'importance de la formation, relevée dans l'enquête, est également discutée dans la

littérature consacrée à la prise en charge des patients présentant un handicap ou des troubles psycho-comportementaux. Le sentiment d'incompétence devant une situation, peut ainsi mettre les professionnels en difficulté, et induire un décalage entre l'idée qu'ils avaient de l'exercice de leur métier dans le domaine de la gériatrie et sa réalité. Ces éléments constituent une constellation de risques d'épuisement professionnel, qui se manifestent sous la forme d'une fragilisation à la fois physiologique et psychologique des professionnels, liée à la façon dont ils vivent leurs situations de travail.(48)

Le travail auprès de malades Alzheimer peut conduire à l'épuisement professionnel qui se traduit d'ailleurs comme le versus de ces valeurs : la perte du sens au travail. Les conséquences de l'épuisement se font sentir entraînant une passivité dans l'exercice du métier citée comme une forme de renoncement à progresser, à apporter sa contribution personnelle ou à témoigner de sa singularité. Pour que la formation puisse prendre soin des professionnels qui accompagnent des malades Alzheimer et afin que la qualité de vie de ceux-ci ne soit pas dangereusement mise à l'épreuve, elle doit associer aux connaissances dites théoriques, tout un travail sur les comportements, les représentations et l'éthique de situation.(48)

Dans notre enquête, les soignants mettent en évidence le besoin d'une réponse rapide à leur demande, une solution presque immédiate, solution adaptée à la situation, au lieu et à la personne mais aussi à eux soignants afin qu'ils puissent poursuivre leur travail dans de bonnes conditions. Dans la littérature une étude confirme ce résultat et indique qu'il est nécessaire d'y apporter des améliorations. Cette étude précise que les professionnels sont en attente de solutions adaptatives pour contenir agressivité et fugues, d'un travail permettant de reconsidérer le retentissement sur soi de ces situations professionnelles d'un système de compréhension de la personne. L'étude établit plusieurs constats et en premier lieu celui du manque d'articulation entre les formations et les projets des institutions. Cet aspect signe l'incapacité de nombreuses actions de formation à modifier durablement les comportements et l'institution.(48) Il serait grand temps que désormais les formations initiales intègrent pleinement cette problématique. Cela permettrait de libérer un financement dédié actuellement à des actions de première approche pour des formations plus axées sur les

pratiques.(48)

Il semble important que l'IPA puisse mettre en place des formations pour mieux sensibiliser, informer et former sur les pathologies rencontrées sur les établissements mais aussi sur les techniques médicamenteuses et non médicamenteuses afin de favoriser et encourager leur mise en place comme le suggère les recommandations de la Haute Autorité de Santé, ou dans le cas des techniques médicamenteuses, expliquer les bénéfices/risques à leur utilisation très largement demandées par les soignants lors de la présence des troubles psycho-comportementaux.

3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

3.1 Les forces

La méthode utilisée pour cette étude qualitative est de type exploratoire et a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens individuels. Cette méthode a permis de faciliter l'expression des personnes interviewées et de relever leurs expériences auprès des résidents en EHPAD.

Nous avons fait le choix de prendre cinq acteurs clés différents que sont le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, la psychologue, l'infirmière et l'AMP dans un même établissement.

La question posée lors des entretiens est bien comprise de tous et permet des données riches avec plusieurs thèmes abordés. Les réponses permettent de répondre à la question de recherche et nous permet donc de connaître ce qui était attendu : le vécu des soignants et leur gestion des troubles du comportement seuls ou en collaboration.

Le croisement des regards des professionnels de santé des EHPAD est une plus-value au travail de recherche.

3.2 Les limites

L'étude a été réalisée uniquement sur un établissement. Il se peut qu'il y ait l'existence de ces difficultés voir d'autres problématiques dans les autres établissements qui n'auraient pas été citées lors des entretiens comme par exemple la pénurie de médecins généralistes, tout est lié en fonction de leurs ressources internes et externes.

4. LES PERSPECTIVES

Les perspectives que peuvent suggérer cette étude, seront abordées du point de vue de la recherche, de la pratique et de la clinique.

4.1 Pour la recherche

L'enquête met en évidence que les formations reçues par les soignants ne sont pas toujours exploitées, les soignants émettent des hypothèses comme le manque de motivation, ou que les formations ne sont pas adaptées à la réalité de terrain. Pour ma part, je donnais déjà des formations, et au vu de l'enquête je serais amenée à poursuivre ces formations en abordant de nouveaux thèmes de travail. J'ai pu observer lors de mes interventions en EHPAD, des professionnels qui n'avaient pas utilisés les conseils donnés en formation concernant le repérage et l'évaluation de la crise suicidaire chez le résident âgé en institution par exemple. Rechercher les freins et les limites à l'utilisation des compétences apprises en formation, et de connaître leurs besoins, pourrait être une piste d'étude de recherche afin d'adapter les formations et de les interroger lors de cette étude sur la nécessité d'un accompagnement sur le terrain après la formation.

4.2 Pour la pratique professionnelle

Être IPA sur une équipe mobile de psychogériatrie est encore peu exploré à ce jour, les champs de compétences de l'IPA rejoignent les besoins spécifiques d'une équipe mobile extrahospitalière inter EHPAD. Nous pouvons citer la coordination du parcours de vie, la

formation des pairs, la collaboration pluriprofessionnelle, l'éducation thérapeutique du patient, l'expertise et l'accompagnement du patient, des soignants et des familles, le leadership, la consultation et la prise de décision éthique.(49)

Au vu de la difficulté de prise en charge du secteur psychiatrique pour certains résidents pour les raisons que les professionnels nous ont explicité, l'IPA a toute sa place pour :

- Prendre les patients en relais de consultation et de suivi en collaboration avec le psychiatre référent et la psychiatrie de secteur pour des patients ciblés. Ainsi que pour d'éventuelles nouvelles demandes, pour des évaluations et pour une coordination avec le secteur psychiatrique et gériatrique (exemple : le trouble dépressif caractérisé chez le sujet âgé).
- Encourager et former les équipes au repérage et à l'évaluation du trouble dépressif caractérisé, sous diagnostiqué en EHPAD et pourvoyeur de crise suicidaire.
- La poursuite des formations au repérage et à l'évaluation de la crise suicidaire chez le résident autant que formatrice.
- Proposer aux soignants des sensibilisations/formations aux troubles psychiatriques.
- Travailler davantage avec les partenaires de la psychiatrie pour créer un réseau et faciliter les échanges. C'est aussi pouvoir mettre mes compétences au service de la psychiatrie pour la prise en soin des patient.e.s vieillissant.e.s qu'ils accompagnent.
- Réaliser de la prévention: la prévention primaire à partir du repérage précoce des facteurs de risque des troubles psychiatriques, la prévention secondaire par le dépistage, l'évaluation, l'aide au diagnostic et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques et la prévention tertiaire en prévenant les récides et les complications en proposant un suivi.
- Proposer des séances d'éducation thérapeutique aux résidents ayant un trouble psychiatrique afin d'améliorer la conscience du trouble, l'observance thérapeutique et favoriser les stratégies d'ajustement du résident face à la maladie.

Au vu des difficultés concernant la prise en soin des troubles du comportement, l'IPA

peut accompagner les équipes dans l'analyse de pratique, dans la formation et la sensibilisation, la participation aux réflexions éthiques, et aux évaluations des pratiques professionnelles. Le soutien aux aidants peut se faire sous forme de consultations en partenariat avec les associations, la plateforme des aidants et les EHPAD. Auprès des patients, la réalisation d'ateliers d'éducation thérapeutique sur les troubles du sommeil, l'anxiété, les troubles de l'humeur peuvent être proposés. Ainsi que la réalisation de consultations de prévention, de repérage, d'évaluation, d'analyse fonctionnelle du comportement et de traitement des troubles du comportement, des consultations de suivi centrées sur la clinique, et la gestion de problème somatique pour une prise en charge holistique. Notre rôle étant de prendre en soin dans sa globalité le résident.

4.3 Pour la clinique

Être IPA sur l'équipe mobile de psychogériatrie c'est pouvoir proposer de nouvelles compétences au service des résidents et de leurs proches, ainsi qu'aux professionnels. C'est pouvoir optimiser la prise en soin et améliorer l'accompagnement. Les compétences envisagées seront en lien avec le décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (50):

- L'évaluation des patients ayant des situations complexes psychiatriques et/ou gériatriques,
- La collaboration avec l'équipe soignante et interdisciplinaire de l'EHPAD,
- Effectuer le suivi des personnes non suivi par la psychiatrie de secteur,
- Élaborer et mettre en œuvre un processus de consultation infirmière,
- Élaboration de formations flash, et d'autres formations sur la maladie Alzheimer, les troubles psycho-comportementaux, les troubles psychiatriques,
- Réalisation ou actualisation de protocole de prévention ou de prise en charge des troubles du comportement, de la souffrance psychique du sujet âgé,
- Porter une réflexion éthique sur des situations complexes en EHPAD,
- 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,

- Rôle de conseils, d'éducation et d'accompagnement des familles dans le repérage de la souffrance psychique,
- Sessions de formations régulières.
- Améliorer la prise en charge précoce des troubles psychiatriques des personnes âgées et éviter les hospitalisations
- Éviter les ruptures de parcours, limiter les passages aux urgences et réduire le nombre de réhospitalisations
- Accompagner la montée en compétences des équipes de soins en EHPAD

CONCLUSION

Les troubles psycho-comportementaux sont le quotidien des professionnels en EHPAD, ils occasionnent une augmentation de la charge de travail, ils sont corrélés à l'augmentation des résidents ayant des pathologies neurocognitives et psychiatriques. Leur gestion est complexe et nécessite un investissement de tous les professionnels de l'EHPAD au quotidien avec parfois l'avis d'équipes spécialisées voir de transferts vers d'autres services spécialisés.

L'enquête met en évidence un manque de formation initiale mettant en difficulté les nouveaux diplômés, mais aussi un manque de formation continue pour les remplaçants, qui doivent prendre en soin des résidents avec des pathologies neurocognitives, psychiatriques et neurologiques nécessitant un savoir faire et un savoir être. D'autres sont formés mais n'utilisent pas leurs savoirs acquis.

Cette enquête a été riche en réponses concernant le vécu expérientiel des professionnels d'EHPAD et met en lumière toutes les difficultés du prendre soin aujourd'hui dans nos institutions. Il reste beaucoup de chemin à parcourir, il y a des problématiques que nous ne pourrons résoudre et d'autres que nous tenterons d'améliorer par un travail en interdisciplinarité afin de continuer notre mission de prendre soin auprès de nos aînés touchés par la maladie.

Un travail et une meilleure coordination avec le secteur psychiatrique semble plus qu'indispensable dans le repérage, l'évaluation et l'aide au diagnostic et à la prise en soin des troubles psycho-comportementaux dans le cadre de maladie neurocognitive et/ou psychiatrique où parfois on ne sait pas laquelle des deux pathologies s'exprime, et ce dans l'intérêt du résident, des soignants et des familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) [Internet]. [cité 18 août 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
2. Adultes et avancée en âge [Internet]. [cité 4 août 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
3. Faciliter le choix de vieillir à domicile | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2022 [cité 4 août 2025]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/faciliter-le-choix-de-vieillir-domicile>
4. Vieillissement et santé [Internet]. [cité 18 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
5. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Projections - Evolution de la population - France - Les chiffres. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/evolution-population/projections/>
6. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 15 août 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
7. Parcours de soins en gériopsychiatrie grâce à la télémédecine | Inicea [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/actualites/parcours-soins-gerontopsychiatrie-telemedecine>
8. La vieillesse, miroir de notre société et de la famille contemporaine [Internet]. [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: https://www.alternatives-non-violentes.org/Revue/Numeros/162_Bien_vieillir_c_est_possible/La_vieillesse_miroir_de_notre_societe_de_la_famill
9. loctopusweb. Vieillir dans les sociétés modernes : valorisation ou discrimination ? [Internet]. L'Octopus Journal. 2021 [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://loctopusjournal.fr/2021/12/14/vieillir-dans-les-societes-modernes-valorisation-ou-discrimination/>
10. LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie (1). 2024-317 avr 8, 2024.
11. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/728-000-residents-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes>
12. Les EHPAD [Internet]. 2025 [cité 2 août 2025]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/vivre-dans-un-ehpad/les->

différents-etablissements-medicalises/les-ehpad

13. 2.analyse_documentaire_qdevie_ehpad_accueil_et_pp_version_site-2.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/2.analyse_documentaire_qdevie_ehpad_accueil_et_pp_version_site-2.pdf
14. charte_2007_affiche-2.chrome
extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf
15. Sénat [Internet]. [cité 15 août 2025]. Situation des Ehpad. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r23-778/r23-778.html>
16. Qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer ? [Internet]. Alzheimer-recherche. [cité 2 août 2025]. Disponible sur: <https://alzheimer-recherche.org/quest-ce-que-la-maladie-dalzheimer/>
17. Mackowiak MA. Démences vasculaires. La Presse Médicale. 1 juill 2010;39(7):799- 806.<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498210002137>
18. Deboves P, Palazzolo J, Courgeon M. Soignants en EHPAD et démence à corps de Lewy : la souffrance de ne plus rien pouvoir faire. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 avr 2017;17(98):118- 24.
19. Les dégénérescences fronto-temporales (DFT) | Institut du Cerveau [Internet]. [cité 2 août 2025]. Disponible sur: https://institutducerveau.org/fiches-maladies/degenerescences-fronto-temporales-dft?gad_campaignid=19718939964&gad_source=1&gbraid=0AAAAADvb-OuhMm268b6sGO_OnsFpOdUZU&gclid=Cj0KCQjw5ubABhDIARIsAHMighaArcYBSDiKLCsfojYnNUTeMaOB8yOdsoNxkoKUpOioTff0WMRAjjoaAjRZEALw_wcB
20. Les démences alcooliques [Internet]. France Alzheimer. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: <https://www.francealzheimer.org/comprendre-la-maladie/les-maladies-apparentees/les-demences-alcooliques/>
21. référentiel de psychiatrie et addictologie 2021 - Recherche Google [Internet]. [cité 17 août 2025]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=r%C3%A9f%C3%A9rentiel+de+psychiatrie+et+addictologie+2021&ca_esv=638a8857656ffa19&rlz=1C1CHBF_frFR1082FR1083&sxsrf=AE3TifPloenk3bZ69hgRETtrtTKjqk4HbA%3A1755450852142&ei=5A2iaNq-CNKJkdUP7s3vyA4&oq=r%C3%A9f%C3%A9rentiel+de+psychiatrie+et+de%27add&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcniAinLDqWbDqXJlbnRpZWwgZGUgcHN5Y2hpYXRyaWUgZXQgZGUnYWRRkKgiIATIGEAAyFhgeMgYQABGwGB4yBhAAGBYHjIIEAAyGAQYogQyCBAAGKIEGikFSOOkAVCCHFiGZXACeAGQAQCYAW6gAYUXqgEEMzUuMrgBACgBAPgBAZgCJ6AC7xmoAhTCAgcQlXgnGOoCwglQEAAyAxi0AhjqAhiPAdgBACICEBAuGAMYtAIY6giYjwHYAQHCAgoQlxiABBgnGloFwgIEECMYJ8ICCxAuGIAEGLEDGIMBwgIKEAAyGAQYQxiKBcICCxAAGIAEGLEDGIMBwgIIEAAyGAQYsQPCAg4QABiABBixAxiDARIKBcICBxAjGccYyQLCagUQABiABMICBRAuGIAEWgIIEAAyFhgKGB7CagUQABjvBZgDifEFATOYxNyRy3q6BgYIARABGAqSBwQzNC41oAe3mgKyBwQzMi41uAfEGclHCTItMjEuMTcuMcgHvQl&scient=gws-wiz-serp

22. Kuhnel ML, Iraki IE, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 juin 2010;10(57):111- 5.
23. Tourtauchaux R, Legrand G, Jalenques I. Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD et objectifs de prise en charge par l'équipe de psychiatrie de secteur ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 mai 2012;170(4):283- 5.
24. Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement : diagnostic, évolution, et prise en charge. L'Encéphale. 1 oct 2013;39(5):374- 82.
25. alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf [Internet]. [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf
26. Lebert F, Blanquart G. Troubles du comportement chez un dément. EMC - Médecine. 1 déc 2004;1(6):520- 5.
27. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles>
28. LA CHARGE ÉMOTIONNELLE DES SOIGNANTS | Avril 2023 | CHU de Québec-Université Laval [Internet]. [cité 2 août 2025]. Disponible sur: <https://www.chudequebec.ca/a-propos-de-nous/publications/revues-en-ligne/spiritualite-sante/dossiers/la-souffrance-des-soignants-sources-et-pistes-de-s/la-charge-emotionnelle-des-soignants.aspx>
29. cours_module_4.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf
30. Parmantier A. Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD. Projectics / Proyéctica / Projectique. 17 mars 2022;(HS):179- 203.
31. Brajeul M. Le travail en équipe pluridisciplinaire en établissement sanitaire, social et médico-social. 2017; chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/dessms/Maria%20BRAJEUL.pdf
32. Blanc G. Ressenti du personnel soignant face aux troubles du comportement en EHPAD. 2018; <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02953655v1>
33. MedicoSocComprendrepourAgirMieux. <https://www.anap.fr/s/article/numerique-publication-1895>
34. Adeline G. Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_ILIS/2018/LILU_SMIS_2018_078.pdf

35. penser l'ehpad et son devenir georges Jovelet - Recherche Google [Internet]. [cité 2 juill 2025]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=penser+l%27ehpad+et+son+devenir+georges+Jovelet&rlz=1C1CHBF_frFR1082FR1083&oq=penser+l%27ehpad+et+son+devenir+georges+Jovelet&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABjvBTIKCAIQABiABBiiBDIKCAMQABiABBiiBNIBCjMxMTM2ajBqMTWoAgiwAgHxBZVDdut6mKW3&sourceid=chrome&ie=UTF-8
36. Tourtaux R, Vaille-Perret E, Pontonnier AL, Jalenques I. Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD : quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 août 2009;167(6):467- 70.
37. Arnaudeau S, Berdoulat É, Poulet C. Professional exhaustion among caregivers in nursing homes raises the perception of residents' aggressiveness and poor quality of caregiver-resident relationship. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. mars 2021;19(1):93- 101.
38. Raybois M. Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants. Psychologie du Travail et des Organisations. 1 janv 2014;20(1):91- 104.
39. Estryn-Behar M, le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P. Comportements de santé du personnel soignant: Résultats de l'étude européenne Presst-Next. La Presse Médicale. 1 oct 2006;35(10, Part 1):1435- 46.
40. Cherry B, Ashcraft A, Owen D. Perceptions of Job Satisfaction and the Regulatory Environment Among Nurse Aides and Charge Nurses in Long-Term Care. Geriatric Nursing. 1 mai 2007;28(3):183- 92.
41. Brodaty H, Draper B, Low LF. Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. Journal of Advanced Nursing. 2003;44(6):583- 90.
42. Edvardsson D, Sandman PO, Nay R, Karlsson S. Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. Int Psychogeriatr. août 2008;20(4):764- 76.
43. Aubry F. Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec. Formation emploi. 13 nov 2012;119(3):47- 63.
44. Robert PH, Deudon A, Maubourguet N, Leone E, Gervais X, Brocker P, et al. Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 avr 2009;167(3):215- 8.
45. Lachaize T. L'injonction paradoxale. de la famille du résident en ehpad : entre désir de liberté, stimulation et surveillance. Cliniques. 19 sept 2022;24(2):43- 56.
46. Pillemer K, Suitor JJ, Henderson CR, Meador R, Schultz L, Robison J, et al. A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. Gerontologist. avr 2003;43 Spec No 2:96- 106.
47. Thomas P, Hazif-Thomas C. Prendre le risque d'investir les familles, une école de vie pour les soignants. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 oct 2015;15(89):290- 7.

48. Amyot JJ. Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD. *Gérontologie et société*. 1 sept 2009;32128129(1):273- 83.
49. LE MÉTIER [Internet]. UNIPA. [cité 2 août 2025]. Disponible sur: <https://unipa.fr/le-metier/>
50. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0164 du 19/07/2018 [Internet]. [cité 2 août 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=3m3Uc5wFaulOOFWXk79HNR4APX7KalcLgYeuznhj5Z>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....1

INTRODUCTION.....4

1.LE VIEILLISSEMENT ET SA PRISE EN CHARGE.....4

1.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.....4

1.2 LE VIEILLISSEMENT VU PAR LA SOCIETE.....5

1.3 LES POLITIQUES DE SANTE FACE AU VIEILLISSEMENT.....6

1.4 LES ETABLISSEMENTS D' HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES.....6

1.4.1 Les EHPAD d'aujourd'hui.....9

2.APERCU DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS ET PSYCHIATRIQUES DES RESIDENTS.....10

2.1 LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS.....10

2.1.1 La maladie d'Alzheimer.....10

2.1.2 Les troubles neurocognitifs vasculaires.....10

2.1.3 La démence à Corps de LEWY.....10

2.1.4 La dégénérescence lobaire fronto temporale.....10

2.1.5 Le syndrome de Wernicke-Korsakoff.....11

2.2 LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....12

3.LES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX EN EHPAD.....15

4.LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SOIGNANTS EN EHPAD.....16

METHODE.....18

1. TYPE D'ETUDE.....18

1.1 ANALYSE THEMATIQUE INDUCTIVE.....19

1.2 LA POSTURE DU CHERCHEUR.....20

2. L'ÉCHANTILLONNAGE.....20

3. LA METHODE DE RECRUTEMENT.....21

4. L'ENQUÊTE PAR ENTRETIEN.....22

4.1 REALISATION DES ENTRETIENS.....	22
RESULTATS ET ANALYSE.....	23
1. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION.....	23
2. ANALYSE DES DONNEES.....	24
2.1 TRAVAILLER ENSEMBLE AU COEUR DE LA PRISE EN SOIN DES TROUBLES DU COMPORTEMENT.....	24
2.1.1 Les troubles psycho-comportementaux, croiser les informations et les regards pour optimiser leur prise en charge.....	24
2.1.2 Les services spécialisés, une demande pas toujours satisfaite.....	25
2.1.3 Le manque de soignants impacte l'organisation d'une unité de vie.....	26
2.1.4 Les crises : une peur des soignants renforcée par le sentiment de solitude.....	27
2.1.5 Les interventions non médicamenteuses : une approche qui requiert du temps et un savoir être.....	27
2.1.6 Les interventions médicamenteuses : des expériences et des connaissances à acquérir pour une utilisation raisonnée et adaptée.....	28
2.2 LES ETABLISSEMENTS, LIEU D'ACCUEIL D'UNE HETEROGENEITE DE RESIDENTS AVEC DES BESOINS IMPORTANTS.....	29
2.2.1 Accueil en EHPAD de résidents avec une maladie spécifique : entre hésitation et appréhension.....	29
2.2.2 Des hébergements inadaptés hors des unités de vie Alzheimer.....	30
2.2.3 Travailler au sein d'un UVA, c'est s'adapter aux particularités des résidents.....	31
2.2.4 Le travail en EHPAD à un réel impact sur la santé mentale des soignants.....	31
2.3 LES PROCHES AIDANTS ET LA MALADIE EN INSTITUTION.....	32
2.3.1 Faire face à la souffrance des familles : entre déni et méconnaissance de la maladie de leur proche.....	32

2.3.2 Regards et attentes des familles sur la prise en soin de leur proche en institution.....	33
2.4 LES FORMATIONS COMME VECTEUR D'UN SAVOIR POUR UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE.....	33
2.4.1 Les formations : acquisition de connaissances et non restitution sur le terrain.....	33
2.4.2 Former les professionnels soignants et non soignants en partant de la réalité de terrain.....	34
DISCUSSION.....	35
1. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE.....	35
2. CONFRONTATION DES DONNEES A LA LITERATURE.....	35
2.1 LE TRAVAIL PLURIDISCIPLINAIRE : ATOUTS ET OBSTACLES.....	36
2.2 LES DIFFICULTES DE COORDINATION EXTERNE.....	37
2.3 L'HETEROGENEITE DES POPULATIONS : UN DEFI COMPLEXE.....	38
2.4 IMPACT SUR LES PROFESSIONNELS ET RELATIONS FAMILIALES.....	40
2.5 L'ENJEU DE LA FORMATION.....	42
3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	44
3.1 LES FORCES.....	44
3.2 LES LIMITES.....	45
4. PERSPECTIVES.....	45
4.1 LES PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE.....	45
4.2 LES PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	45
4.3 LES PERSPECTIVES POUR LA CLINIQUE.....	47
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE	
LISTE DES TABLEAUX	
ANNEXES	
Annexe 1 : retranscription des verbatims	

ANNEXE

Annexe 1 : Retranscription des verbatims

Les 5 entretiens ont été retranscrits en mot à mot en intégralité et sont accessibles via le QR-Code ci-joint :



Titre du mémoire : Étude qualitative sur le vécu expérimentiel de professionnels confrontés aux troubles psycho-comportementaux en EHPAD

Mots clés : vécu, expérience, professionnels, troubles psycho-comportementaux, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

RESUME

Introduction: la population accueillie en EHPAD est de plus en plus âgée, dépendante avec des pathologies neurologiques, psychiatriques et neurocognitives à un stade modéré à sévère. Ces pathologies sont responsables de troubles psycho-comportementaux au quotidien rendant la prise en soin très complexe pour les professionnels.

Méthode : Étude qualitative, exploratoire sous la forme d'entretiens libres à partir d'une question et exploitation des verbatims par une analyse thématique inductive.

Résultats-Analyse : Nécessité d'un travail en pluridisciplinarité pour la gestion des troubles, les soignants se sentent seuls et pas suffisamment soutenus par les services ou les équipes spécialisées. Les troubles impactent la santé mentale des soignants et sont responsables d'absentéisme. Ils se sentent insuffisamment formés, et manque de temps pour accompagner les familles.

Discussion : L'IPA peut travailler la coordination avec les partenaires extérieures afin de faciliter les prises en charge. Elle peut accompagner les soignants sur le terrain et par des formations et proposer un accompagnement aux familles.

Title : Qualitative study on the experiential experience of professionals confronted with psychobehavioral disorders in residential care for dependent elderly people.

Key words : .Experience, experiential, professionals, psychobehavioral disorders, residential care for dependent elderly.

ABSTRACT

Blackground: The population welcomed in residential care for dependent elderly is increasingly older, dependent, with neurological, psychiatric and neurocognitive pathologies at a moderate to severe stage. These pathologies are responsible for daily psycho behavioral disorders making care very complex for professionnals.

Method:Qualitative, exploratory study in the form of free interviews based on a question ans use of verbatim statements through inductive thematic analysis.

Results-Analysis:Need for multidisciplinary work for the management of disorders, caregivers feel alone and not sufficiently supported by specialized services or teams, these disorders impact the mental health of caregivers and are responsible for absenteeism, they feel insufficiently trained and lack the time to support families.

Discussion:The nurse in practice advanced can work on coordination with external partners to facilitate care. It can support caregivers in the field and through training, and offer support to families.

Directeur de mémoire : Joël CHARBIT