



UNIVERSITÉ DE LILLE

DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2023/2025

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

**MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISÉES, PRÉVENTION ET
POLYPATHOLOGIES COURANTES EN SOINS PRIMAIRES**

Prise en soins des troubles psycho-comportementaux perturbateurs chez les patients
Alzheimer et maladies apparentées au sein d'un service de gériatrie aiguë de proximité.

**Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2025 à 11h50
A Lille (département facultaire de médecine
Henri Warembourg)
Par Topart Vincent**

JURY :

Président du jury :

Monsieur le Docteur Turpin Anthony

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur Nalin Cédric

Enseignant infirmier :

Madame Acoulon Gwladys

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS**

« Il faut commencer à perdre la mémoire, ne serait-ce que par brides, pour se rendre compte que cette mémoire est ce qui fait toute notre vie. Une vie sans mémoire ne serait pas une vie (...) Notre mémoire est notre cohérence, notre raison, notre sentiment, et même notre action. Sans elle, nous ne sommes rien (...). »

Luis Bunuel

Remerciements

Ce mémoire est l'aboutissement de deux années de formation. De deux années riches en apprentissage, en développement de connaissances et de compétences, mais aussi de remise en question.

Cette formation et ce mémoire n'auraient pu avoir lieu sans l'engagement de plusieurs personnes, à travers ces quelques mots, je tiens à les remercier.

Je tiens à remercier tout d'abord les membres du Jury de me faire l'honneur d'être présents à ma soutenance.

Je remercie mon directeur de mémoire, le Docteur Cédric Nalin, pour ses conseils précieux, sa disponibilité et son engagement. Merci de m'avoir soutenu dans ce projet.

Je souhaite remercier le Professeur Puisieux, ainsi que Madame Acoulon, Directrice des études, pour nous avoir formés en tant que futurs infirmiers en pratiques avancées. Un grand merci à Madame Marie-Eve Godeffroy pour sa bienveillance durant ces deux années de formation.

Je tiens à remercier les personnes qui ont participé à mes entretiens pour leur confiance et leur patience.

Un « Grand » merci à mes tuteurs de stages IPA Laurence Spina, Tordoit Aline, Bellantine Raton et en particulier à l'équipe administrative de la Maison Nord Santé de Glageon, mes « cinq tutrices », merci pour cet accueil chaleureux et bienveillant.

Je remercie mes collègues de promotion, le groupe du « Jeudi », nous avons partagé nos difficultés, nos doutes, mais aussi nos fous rires. Une attention particulière à mon collègue de route Charles, merci pour ton soutien et ton aide durant cette formation.

Je tiens tout particulièrement à remercier ma compagne Virginie, qui durant cette formation a partagé mes moments de doutes, de remises en question. Merci pour ton soutien, d'être présente à mes côtés chaque jour. C'est au cours de cette formation que notre petit prince est né, merci à toi Timéo et à toi Victoria pour votre patience pendant cette formation.

Je tiens à dédier ce travail à l'Homme qui était comme mon père et qui est parti trop tôt pendant cette formation.... A toi Patrick.

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	4
Glossaire	4
Avant-Propos	6
A/ CADRE CONCEPTUEL	9
INTRODUCTION	9
I La particularité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.	11
II Les troubles du comportements perturbateurs : les symptômes psycho-comportementaux...19	
III Le concept de « prendre soin ».	22
IV L'unité de gériatrie aiguë maillon indispensable de la filière gériatrique.....	23
QUESTION DE RECHERCHE	25
HYPOTHESES DE RECHERCHE	25
B/ METHODE	26
1.Choix du type d'étude	26
2. Population étudiée	26
3. Méthode de recrutement.....	26
4.Démarches administratives	27
5. Recueil de données	27
C/RESULTATS	29
1. Caractéristiques des échantillons	29
2. Thématiques.....	30
D/ ANALYSE DES RESULTATS	39
E/ DISCUSSION	41
1.Discussion autour des résultats	42
2.Les forces et les limites de l'étude.....	48
CONCLUSION	50
Bibliographie	51
Tables des matières	55
Annexes	58

Glossaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CSG : Court Séjour Gériatrique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IADL : Echelle Instrumentales des Activités de la Vie Courante

MAMA : Maladie d'Alzheimer et Maladies Apparentées.

MMSE : Mini-Mental-State.

MOCCA : Montreal Cognitive Assessment.

NPI : Inventaire Neuropsychiatrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo- Comportementale.

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

UVA : Unités de Vie Alzheimer

Avant-Propos

Infirmier au sein d'un service de gériatrie regroupant une unité de gériatrie aiguë et un service de réadaptation gériatrique depuis 2017, c'est naturellement que je me suis orienté vers la thématique gériatrique pour sujet de mon mémoire.

La gériatrie est une discipline complexe, en effet, elle prend en soins les patients âgés polypathologiques, pour la plupart dont l'âge dépasse les 75 ans. Il n'est donc pas rare de prendre en soins des patients dont les pathologies sont très diverses. C'est cette richesse qui m'a orienté vers cette discipline. La prise en soins globale de cette spécialité favorise de s'intéresser au versant pathologique, mais aussi aux autres dimensions, telles que le social, le culturel et bien d'autres. La prise en soin gériatrique est holistique à la personne soignée.

Les gens vivent plus longtemps, cette démographie se retrouve dans tous les pays. Actuellement, le nombre de personnes âgées est de l'ordre du milliard et aura doublé en 2050, avec un nombre de personnes âgées de 80 ans et plus qui aura triplé. Cette augmentation croissante du vieillissement est due notamment à la suite de la période « baby-boom », mais pas seulement, en effet les progrès de la médecine, mais aussi l'amélioration de la qualité de vie qui favorisent le maintien de l'autonomie et la volonté de rester au domicile le plus longtemps possible

Le vieillissement de la personne entraîne bien souvent des problèmes de santé. En gériatrie il existe trois « grands types de patients », le patient vigoureux qui n'a presque pas besoin de voir le médecin, car son état de santé ne nécessite pas de prise en soins particulière. Le patient pré-fragile qui nécessite une attention particulière afin d'éviter qu'il devienne très fragile ou dépendant [1]. Et le dernier nécessitant une prise en soins quotidienne pour les actes de la vie. Il existe un processus de réversibilité entre le patient fragile et le vigoureux, cependant ce phénomène n'est possible dans le sens dépendant à fragile.

Il est donc important de différencier le vieillissement normal de celui pathologique. Le vieillissement normal sur le plan cognitif consiste à un léger déclin de certaines fonctions cognitives telles que la mémoire, la vitesse de traitement des données. De nombreux domaines peuvent rester stables jusqu'à un certain âge. Le vieillissement pathologique, d'ordre cognitif, peut entraîner une altération de la mémoire, du langage, du comportement et il peut interférer considérablement dans la vie quotidienne des patients.

A travers le vieillissement de la personne âgée, il existe des pathologies de type neurocognitive telles que la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Ces pathologies semblent se majorer en lien avec le vieillissement de la population. Selon l'OMS « *en 2021, 57 millions de personnes dans le monde étaient atteintes de démences, avec chaque année près de 10 millions de nouveaux cas.* » [2]

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus courante de démence et serait à l'origine de 70% des cas. La démence est actuellement la septième cause de décès chez les personnes âgées dans le monde.

Au niveau national, la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est de l'ordre de 1,4 millions de personnes selon France Alzheimer, ce chiffre étant celui des patients diagnostiqués, car à ce jour il reste une part non négligeable de patients non diagnostiqués [3].

Face à ces enjeux nationaux, les politiques françaises ont mis en place des plans Alzheimer visant notamment à améliorer la prise en soins des patients en offrant d'autres ressources, notamment la création des filières gériatriques bien identifiées.

Ces filières gériatriques disposent de structures permettant une prise en soins spécifique dans un milieu architectural adapté à des patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs (comme par exemple les unités dédiées à la psychogériatrie dans les CHU, UCC dans les hôpitaux qui ont la chance d'en disposer, UHR et unités de vie adaptées dans les EHPAD). Cependant, ces structures adaptées sont souvent limitées en place et ne peuvent accueillir tous les patients d'un même territoire.

Dans « les petits hôpitaux » ne disposant que d'une seule unité de Court Séjour Gériatrique (CSG) ou de Soins Médicaux et de Réadaptation Gériatrique (SMRG), la prise en soins dans un même site architectural de patients souffrant de pathologies purement organiques et de patients souffrant de troubles neurocognitifs majeurs est la règle et laisse parfois place à des situations complexes.

L'exercice de ma profession m'a permis au sein du milieu de la gériatrie de m'enrichir professionnellement et personnellement.

Cependant, à travers mon exercice, certaines situations de soins m'ont semblé problématiques. Notamment dans « la gestion » des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, mais également des interactions entre les soignants autres patients.

En effet, le service dans lequel je travaille accueille une multitude de pathologies, des troubles neurocognitifs en passant par les troubles organiques proprement dits. Sans distinction, les patients sont accueillis dans le service de CSG.

Mon entrée en formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) a été pour moi une opportunité de progression dans le champ de mes compétences, mais aussi dans le rôle futur d'IPA que je pourrais avoir au sein de l'équipe soignante.

L'IPA ne semble pas être la solution à un manque de structure, mais il peut sûrement jouer un rôle dans l'amélioration de la prise en soins des patients souffrant des pathologies Alzheimer et maladies apparentées.

C'est sur quoi, j'ai choisi d'orienter mon travail de recherche de fin d'études sur l'amélioration de la prise en soins des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées au sein du service de CSG.

Ainsi, après avoir présenté dans un premier temps le contexte et défini la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, puis dans un second temps, en faisant un focus sur les troubles du comportement perturbateurs. Je traiterai dans un troisième temps le concept de prendre soin et terminerai par présenter le service de CSG.

A la suite de ce cadre conceptuel, la question de recherche suivante a été établie :

Comment optimiser la prise en soins des troubles du comportement perturbateurs chez les patients Alzheimer et maladies apparentées au sein d'un service de gériatrie aiguë.

Pour répondre à cette problématique et aux hypothèses, je développerai dans un premier temps le cadre conceptuel présenté ci-dessus en lien avec la recherche. Puis, dans un second temps, je présenterai la méthode utilisée et l'analyse, soit une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés. Et je terminerai mon travail par une proposition de discussion.

A/ CADRE CONCEPTUEL

INTRODUCTION

Dans le monde, on estime à 46 millions de cas de maladies neuro-évolutives, avec près de 5 millions de nouveaux cas chaque année [4]. La France n'en a pas moins touché, avec une estimation approchant près de 8% des Français de plus de 65 ans. [5]

La maladie d'Alzheimer touche en France environ 1 million de personnes, ce chiffre est à prendre avec du recul puisqu'il existe une sous-estimation de la pathologie, liée à un sous-diagnostic. Selon l'étude du professeur Audrey Gabelle, le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer serait autour de 2,5 millions de personnes en France. [6]

Face à cette démographie en constante évolution, les filières gériatriques se sont mises en place pour assurer la prise en charge des situations complexes. Dans le but de favoriser l'organisation de réseaux « autour de la personne âgées » et notamment des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA).

Elles ont pour but d'organiser les soins et de faire le lien entre la ville et l'hôpital, tout en favorisant l'orientation des personnes âgées vers les services adaptés.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées représentent la première cause de dépendance pour la personne âgée. La maladie d'Alzheimer entraîne une dégradation progressive et inévitable des fonctions cognitives, dans un premier temps, puis dans un second ou même temps peut entraîner des troubles du comportement. L'accueil des MAMA semble primordial et en plein expansion face au vieillissement de la population.

Au sein des hôpitaux de proximité, l'accueil des patients souffrant de MAMA est très fréquent au sein des services de CSG ou de SMR. Ces services ne sont pourtant pas forcément adaptés de manière architecturale à la prise en soins de ces patients, ou ne disposent pas de secteurs fermés proprement dits, contrairement aux unités de type UCC, UHR. Les places étant limitées au sein de ces services, les CSG doivent faire a une diversité de pathologies et mettre en place des stratégies pour assurer une prise en soins de qualité.

La cohabitation entre patients souffrant de pathologie purement « organique » et pathologie neurocognitive n'est pas évidente. L'accueil « d'une diversité » peut entraîner de nombreuses problématiques, notamment devant les troubles du comportement lié à la MAMA. Où les équipes soignantes doivent faire face à de nombreuses situations complexes comme la prise en soins des troubles perturbateurs de la MAMA.

C'est pourquoi nous allons dans ce mémoire nous interroger sur l'optimisation de la prise en soins chez les patients souffrant de la MAMA. Dans un contexte ou le service de Court

Séjour Gériatrique accueille différentes populations et pathologies, et ne dispose pas de service dédié à l'accueil de ces patients.

Afin de clarifier les notions et concepts, nous étudierons et définirons dans un premier temps la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, puis dans une seconde partie nous aborderons la notion de « prendre soins » et nous terminerons par parler des services de gériatrie.

I La particularité des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

1.1 Définir et comprendre la maladie d'Alzheimer et maladie apparentées.

1.1.1 De la démence aux troubles neurocognitifs.

Dans le langage courant on entend souvent le terme de démence pour parler des personnes atteintes de troubles neurocognitifs. La démence est un terme générique pour désigner « *un ensemble de symptômes qui touchent les fonctions cérébrales, il s'agit d'une condition chronique qui s'aggrave avec le temps et qui se caractérise souvent par un déclin de la mémoire, des changements physiques, mais aussi des changements d'humeur et de comportement.* » [7]

En 1994, l'OMS définit la démence comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou modifications de la personnalité* ».

La terminologie a évolué au fil des siècles. En passant d'une représentation d'aliénation mentale, de perte d'esprit, à la démence « *mot bien dur* » [8], qui a évolué pour aujourd'hui se nommer à ce jour troubles neurocognitifs ou maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

A partir de ces définitions, on peut distinguer les troubles cognitifs dégénératifs, conséquence d'une dégénérescence de ces cellules nerveuses et les troubles cognitifs liés à un problème vasculaire, toxique ou traumatique.

Dans une étude Backchine et Habert,2007[9], reprennent les deux grands types de troubles neurocognitifs avec « *les démences dégénératives et les démences non dégénératives* », le tableau ci-dessous les présente.

Démences	maladie d'Alzheimer
dégénératives	Démence à corps de Lewy
	Démence frontotemporale
	Maladie de Parkinson
	Maladie de Huntington
	Aphasie primaire progressive
Démences non	Démence vasculaire (e.g., démence par infarctus)
dégénératives	Démence traumatique ou apparentée (e.g., traumatisme crânien)
	Démence infectieuse (e.g., maladie de Creutzfeldt-Jakob)
	Démence toxique et métabolique (e.g., alcoolisme chronique)

Figure 1 Classification des démences (d'après Backchine & Habert, 2007) [10]

1.1.2 La maladie d'Alzheimer.

1.1.2.1 Origine

C'est en 1907 que le psychiatre et neuropathologiste allemand Alois Alzheimer décrit la première fois la pathologie qui portera son nom. En effet, après avoir étudié le cas d'une patiente de 51 ans admise pour trouble de la mémoire, mutisme, désorientation et hallucinations et après avoir réalisé l'autopsie de la patiente décédée. Le médecin décrit alors deux lésions cérébrales : les plaques d'amyloïdes et les dégénérescences neurofibrillaires. [11]. C'est après cette première étude que des recherches vont se poursuivre pour qualifier ces troubles par la maladie d'Alzheimer

1.1.2.2 Anatomopathologie

Comme vu précédemment, la maladie d'Alzheimer se caractérise sur le plan neurologique par la présence de deux types de lésions. Elle se caractérise par une dégénérescence progressive des cellules nerveuses, avec comme explication l'accumulation de la protéine Tau devenue anormale dans la structure neuronale, sous forme de filaments pathologiques. Ainsi que par le dysfonctionnement de la protéine peptide bêta-amyloïde, dont le dépôt est responsable de la formation de plaques séniles.

L'évolution de la maladie se fait par une propagation de la protéine Tau dans toutes les zones du cerveau, initialement affectant l'hippocampe puis le cortex temporal, frontal, pariétal et les régions primaires (visuelle et ou motrices) pour toucher tout le cerveau. [12]

A ce jour, de nombreuses études reprennent cette physiologie pour essayer de trouver un médicament curable à cette maladie.

1.1.2.3 Les différents stades

La maladie d'Alzheimer est considérée comme une maladie insidieuse et d'installation progressive, en effet de l'apparition des premiers symptômes la maladie évolue. Son évolution est marquée par différents stades : le stade préclinique, pré-démontiel, démentiel et pour terminer le stade démentiel évolué.

Il nous a semblé important de lister les différents stades, pour mieux comprendre cette pathologie en lien avec la clinique.

-Le stade préclinique.

Cette phase progresse sur une période de 10 à 20 ans, c'est une phase qui est quasi indétectable pendant laquelle se forment progressivement des lésions, a ce stade, il n'existe pas de signe clinique. [13]

-Le stade pré-démontiel.

Cette deuxième étape se déroule sur une période d'environ 5 à 10 ans, pendant laquelle les premiers signes cliniques apparaissent [14], dans 75% des cas, ces troubles touchent la mémoire, notamment la mémoire épisodique, mémoire qui touche les faits récents. Les patients présentent des difficultés d'apprentissage pour retenir les nouvelles informations, ils oublient d'effectuer certaines tâches de les accomplir. Il peut exister parfois une modification de l'état émotionnel du patient. [15]. Ces troubles, restants légers, ils sont souvent compensés par le patient ou l'entourage et restent peu remarquables.

-Le stade démentiel.

Ce troisième stade s'étend sur une période de 3 à 10 ans, les troubles initiaux de la mémoire s'aggravent. Il perd peu à peu de l'autonomie et perd petit à petit la capacité à se prendre en charge. C'est à ce stade que l'on peut constater des manifestations cliniques différentes en fonction de l'évolution de la maladie.

On retrouve des troubles de la fonction exécutive et de l'orientation temporo-spatiale, du langage (aphasie, manque de mot, écholalies...), desgnosies (troubles de la reconnaissance des objets et parfois des personnes).

Il existe d'autres manifestations de types plutôt psycho-comportementaux, afin de ne pas être redondant dans une partie suivante, nous décidons de juste les nommer.

Il s'agit des manifestations dépressives, de l'apathie, mais aussi des troubles psychotiques (idée délirante), les déambulations, les troubles du sommeil, mais aussi des troubles des conduites élémentaires (troubles alimentaires, incontinence...) [16]

-La phase démentielle évoluée

Cette quatrième et dernière phase de la pathologie marque la perte complète de l'autonomie du patient, en effet le patient devient dans la plupart du temps incontinent, avec des difficultés pour s'alimenter. Les malades ont des difficultés sévères pour se déplacer et peuvent devenir grabataires.

C'est à ce stade qu'une aggravation de l'état de santé général du patient peut menacer son pronostic vital. [17]

1.1.3 les maladies apparentées.

Afin de clarifier les notions, il semble essentiel de parler des maladies apparentées, cependant, pour ne pas alourdir la lecture, nous avons décidé d'aborder ces notions de manière synthétique.

Dans le monde actuel, beaucoup de personnes ont déjà entendu parler de la maladie d'Alzheimer, cependant d'autres pathologies présentent les mêmes symptômes presque similaires, mais avec des mécanismes et manifestations et des traitements différents, ce sont les maladies apparentées.

La fondation Alzheimer les définit comme « *Toutes sont des maladies neuroévolutives pour lesquelles les patients présentent des troubles cognitifs et comportementaux associés à la présence de déficits anatomiques et fonctionnels de diverses régions du cerveau. Tous les patients souffrent d'une perte d'autonomie progressive. Toutes ces maladies se traduisent par l'accumulation anormale de certaines protéines dans le cerveau.* » [18]

Les maladies apparentées sont à ce jour de mieux en mieux diagnostiquées, cependant il existe encore une confusion dans le diagnostic d'où le sous-diagnostic de ces pathologies.

On peut citer comme autres pathologies la maladie à corps de Lewy, pathologie qui selon France Alzheimer, représente en France près de 250 00 personnes atteintes par cette maladie.

Un des symptômes les plus marqués est la présence de troubles cognitifs, contrairement à la maladie d'Alzheimer c'est plutôt l'attention et la concentration qui sont touchées au début de la maladie.

La maladie à corps de Lewy est marquée par la fluctuation de la cognition et du comportement

Contrairement aux autres troubles, les dégénérescences lobaires fronto-temporales (DFT) touchent des personnes plus jeunes ; l'âge de début de la maladie est de 60 ans, touchant une majorité d'hommes. [19]

Elle est marquée par une forte incidence génétique, avec dans 50% des cas, un parent du premier degré qui est porteur de la maladie. [20]

Cette pathologie peut être divisée en trois formes : La forme dite comportementale (qui touche les convenances sociales, une perte d'empathie, de l'agressivité.), une forme sémantique qui touche les concepts associés aux choses (difficultés pour comprendre les mots, reconnaître des objets...) et une aphasie primaire, qui correspond à une altération progressive de l'expression.

Une autre pathologie semble être en pleine expansion, il s'agit des démences vasculaires. Celle-ci est liée à une atteinte du réseau vasculaire cérébral. Selon le Dr Bugnicourt, la démence vasculaire est la deuxième cause de démence chez les personnes âgées, après Alzheimer [21] Elle se caractérise à la suite d'AVC ischémiques et ou hémorragiques, pour lui cette pathologie ne fait que croître.

Il existe d'autres maladies apparentées mais plus rares, nous les énumérons seulement. Comme la paralysie supra nucléaire progressive, la dégénérescence cortico-basale, l'encéphalopathie vasculaire, les démences alcooliques, le syndrome de l'aphasie primaire progressive et le syndrome de l'atrophie corticale postérieure.

1.2 Diagnostic

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est complexe et s'effectue en plusieurs phases. Il doit se faire selon un cadre pluridisciplinaire et doit suivre les recommandations de l'HAS de 2011 sur le diagnostic et la prise en charge.

L'évaluation initiale se fait bien souvent face à des modifications du comportement, ou à des troubles cognitifs. Les patients et les familles des patients se tournent vers le médecin généraliste, c'est pour la plupart du temps lui qui à travers des tests et l'examen, identifie les premiers symptômes.

L'entretien avec le médecin est le premier élément clé de la prise en soins, en effet c'est lui qui va par l'examen clinique écarter la présence d'une maladie organique qui pourrait perturber le diagnostic. Le médecin généraliste contrôlera l'état général du patient, avec l'aide notamment d'analyses afin de dépister des pathologies susceptibles d'entraver les fonctions cérébrales. [22]

Bien souvent, dans un premier temps, une évaluation cognitive est réalisée par le médecin, en utilisant le Mini Mental Status Examination (MMSE), test cognitif qui explore l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage de la mémoire, le calcul, l'attention mais aussi la praxie et le langage. [23]

Il existe d'autres tests, comme le test de rappel des 5 mots de Dubois, le test de l'Horloge ou enfin la MOCCA qui peuvent être utilisés pour compléter le bilan.

De plus, lors de l'examen le praticien pourra évaluer l'impact des troubles cognitifs dans la vie quotidienne, notamment grâce à des outils comme l'instrumental activité living (IADL). [24]

A la suite de ces premiers tests, le médecin généraliste pourra adresser le patient vers un centre mémoire de référence, ou lors d'une consultation gériatrique.

Lors de cette consultation, le gériatre sera en mesure de réaliser les examens cliniques et paracliniques qui permettront d'émettre l'hypothèse d'un diagnostic.

En effet, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer n'est certain qu'après une biopsie ou autopsie du cerveau, qui révélera ou non la présence des deux lésions vu précédemment, L'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation de la santé propose un diagnostic probable de la maladie d'Alzheimer sur :

- Un bilan neuropsychologique
- Une imagerie (imagerie à résonance magnétique de préférence)
- Une biologie
- L'histoire de la maladie.

En novembre 2024, le groupe de travail international IWG a réaffirmé le diagnostic de la maladie d'Alzheimer « *comme entité clinico- biologique, définie à la fois par la positivité de biomarqueurs de la pathologie et la présence de symptômes cliniques compatibles avec la maladie communs ou non* » [25]

Cependant, malgré les nouvelles technologies et les nouvelles recommandations, un patient sur deux n'est pas diagnostiqué et des diagnostics interviennent trop tard, car les signes sont souvent confondus avec des manifestations du vieillissement normal. [26]

1.3 Les traitement médicamenteux et non médicamenteux.

Actuellement, il n'existe pas de thérapeutique qui guérit la maladie d'Alzheimer, il existe des médicaments visant à réduire la progression de la maladie. Selon Sophie Van Pradelles « *La prise en charge des thérapeutiques de la maladie d'Alzheimer ne peut en aucun cas se résumer aux seuls médicaments* » [27], il est donc nécessaire d'avoir une approche à double sens.

1.3.1 Les traitements médicamenteux de la MAMA :

Depuis la découverte de la pathologie, le volume de connaissances n'a fait que croître et la prise en charge des patients s'est améliorée. Cependant, il n'existe pas encore à ce jour de traitements « miracle » pour guérir d'Alzheimer.

Malgré un travail des laboratoires et chercheurs du monde entier, le traitement de guérison complète n'existe pas.

L'une des pistes les plus explorées est un traitement d'immunothérapie, qui viserait le peptide bêta-amyloïde et la protéine Tau. La recherche actuelle s'oriente vers un traitement précoce, qui empêcherait la pathologie de se déclarer.

En France, il existe deux écoles, les médecins utilisant les traitements cholinergiques, malgré qu'ils ne soient plus remboursés par la sécurité sociale et les médecins utilisant plutôt d'autres

médicaments pour lutter contre les troubles du comportement. D'autres méthodes existent comme l'utilisation des traitements non médicamenteux.

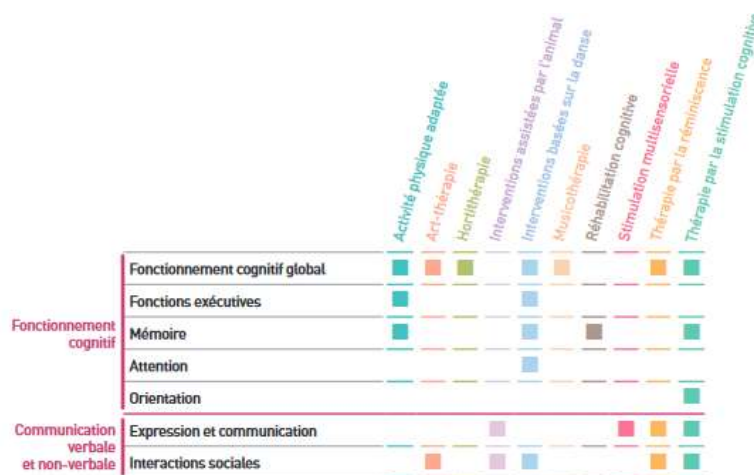
1.3.2 Les traitements non médicamenteux :

Depuis plusieurs années, les thérapies non médicamenteuses ont fait leur apparition pour améliorer les conditions de vie des patients mais aussi des aidants dans la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Il est donc à ce jour primordial d'associer la prescription médicamenteuse aux thérapies non médicamenteuses. Dans le but de réduire la fréquence et l'intensité des troubles.

La fondation Médéric Alzheimer a publié à la suite de la stratégie nationale de santé 2018-2022 un guide pratique des « interventions non médicamenteuses et maladie d'Alzheimer, comprendre, connaître, mettre en œuvre » [28]

Selon l'ouvrage, « des experts français définissent les interventions non médicamenteuses comme une intervention psychologique, corporelle, nutritionnelle, numérique ou élémentaire sur une personne visant à prévenir, soigner ou guérir. Elle est personnalisée et intégrée. Elle se matérialise sous la forme d'un protocole, elle est publiée selon une méthodologie reconnue ayant évalué ses bénéfices et risques » [29]

Le schéma présenté ci-dessous est extrait du livret écrit par l'association Médéric. Il reprend quelques activités possibles. Et montre par activités le bénéfice des interventions sur le fonctionnement cognitif et la communication par exemple.



Ce tableau présente les différentes fonctions pour lesquelles les interventions présentées dans le guide ont montré scientifiquement des effets positifs.

[30]

Figure 2 issu des interventions non médicamenteuse, fondation Médéric Alzheimer p92

Ces deux types de « traitements » peuvent être mis en place à la suite du diagnostic de la maladie.

Afin d'éviter la pathologie on connaît dès à présent les facteurs protecteurs et non protecteurs de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

1.2.6 Facteurs de risques et facteurs protecteurs

Depuis la découverte de la pathologie, une multitude de facteurs ont été étudiés, pour tenter d'expliquer l'apparition de la maladie d'Alzheimer.

Ces études ont mis en évidence qu'il existait des facteurs protecteurs à la maladie qui permettaient de retarder ou de protéger de l'apparition de la maladie. A contrario, il existerait des facteurs de risque de développer la maladie ou des modes de vie qui exposeraient à la maladie.

La figure illustrée ci-dessous, a été proposée par Fratiglioni et al en 2004 [31], et résume bien les facteurs actuellement incriminés dans la survenue de la maladie d'Alzheimer

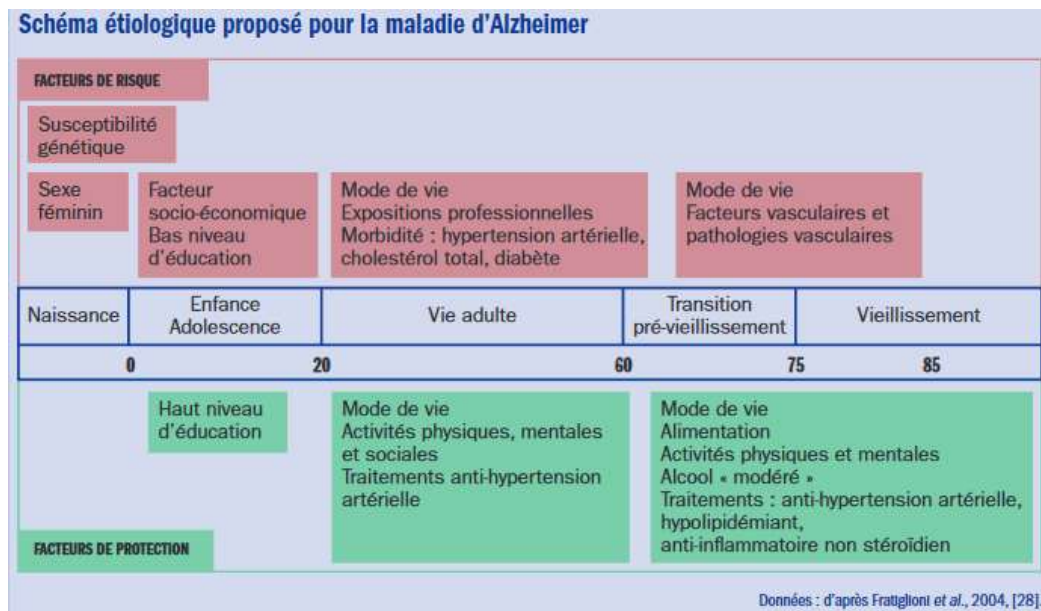


Figure 3 schéma issu de la maladie d'Alzheimer : facteurs de risque au diagnostic. C Helmer 2008

[31]

A ce jour, de nombreuses études se penchent sur l'impact du mode de vie pour prévenir le risque d'apparition des troubles cognitifs. On peut notamment parler de l'étude finlandaise FINGER, qui est une étude menée chez plus de 1000 participants d'âge moyen de 70 ans, étude

à long terme, puisqu'elle se termine en 2030, qui vise à montrer le bénéfice d'interventions multiples sur le mode de vie [32].

II Les troubles du comportements perturbateurs : les symptômes psycho-comportementaux.

2.1 Présentation et définition

L'étude des MAMA s'est longtemps focalisée sur le versant du déficit cognitif, pourtant il existe une autre caractéristique clinique de ces maladies avec la présence de symptômes psycho-comportementaux.

Les symptômes psycho-comportementaux peuvent se définir comme l'indique Ohnen S.H (2002) « *comme des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations, en référence aux normes culturelles communément admises.* » [33].

L'Association Psychogériatrique Internationale les définit comme : « *signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, définis comme les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements.* » [34].

Ces troubles psycho-comportementaux peuvent apparaître à tous stades de la maladie, et sont souvent évocateurs de l'évolution de la maladie.

Le schéma suivant nous donne une représentation de l'apparition des troubles en fonction de la maladie :

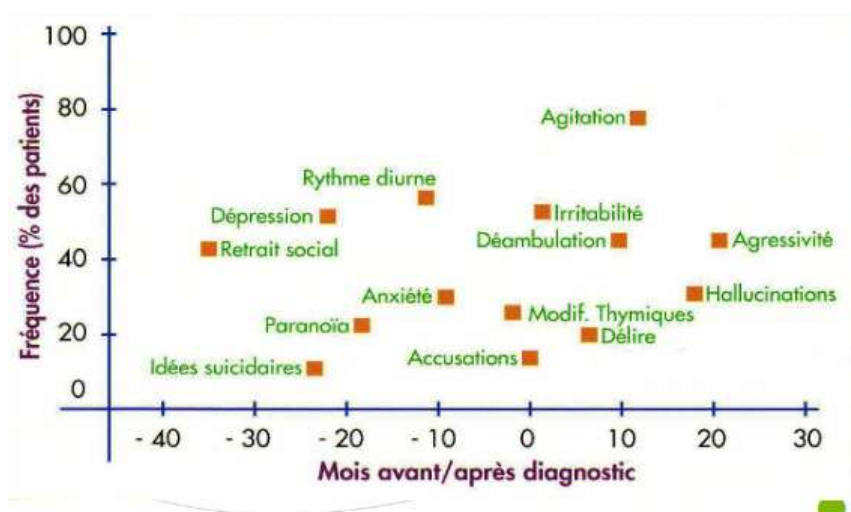


Figure 4 Schéma représentant la fréquence d'apparition des troubles en fonction des mois avant et après le diagnostic [35]

On peut donc s'apercevoir que les troubles touchent les différents stades de la maladie.

Il semble que les troubles psycho-comportementaux se distinguent entre les symptômes psychologiques et les troubles comportementaux. Afin de ne pas rentrer dans une énumération longue et fastidieuse des troubles du comportement, il semble judicieux de présenter la diversité des troubles selon le schéma suivant, qui a été repris de la conférence du Psychiatre Armin Von Guten, présenté lors d'une réunion annuelle de neuropsychologues en 2022 de façon synthétique.

Les principaux symptômes psychologiques rencontrés dans la maladie d'Alzheimer sont les troubles liés à la dépression, l'apathie, les délires... Les troubles du comportement sont marqués par l'errance, l'agitation et la désinhibition.

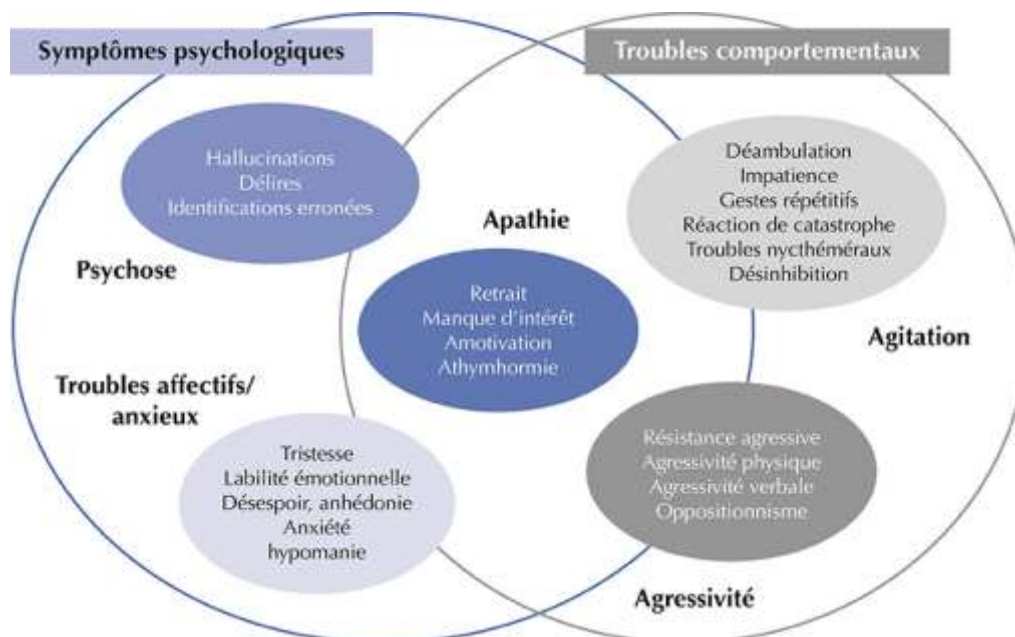


Figure 5 Schéma représentant les symptômes comportementaux et psychologiques associés aux stades débutants des démences [36]

En mai 2009, l'HAS a publié un livret de recommandations sur « la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » [37].

A travers cet outil, les auteurs donnent des informations sur les nouvelles recommandations de prise en soins, et notamment la démarche diagnostique.

2.2 Evaluation du trouble

Pour permettre d'identifier le trouble, son mode de survenue et son intensité, il existe plusieurs instruments de mesure ; l'outil de référence actuel est l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) [38]. Il recherche et quantifie en intensité et en fréquence 12 symptômes psychologiques et comportementaux. [Annexe 1]. Il existe d'autres outils, comme l'échelle de Cohen-Mansfield qui évalue l'intensité et la sévérité de l'agitation verbale ou gestuelle en fonction de l'agressivité.

Cependant, afin d'éviter une erreur de diagnostic, il est important de réaliser un examen clinique complet afin de ne pas passer à côté d'un syndrome confusionnel.

2.3 Le syndrome confusionnel

Selon un gériatre des Hospices civils de Lyon, le syndrome confusionnel correspond à une affection cérébrale aiguë qui se traduit par des troubles cognitifs et des troubles comportementaux et qui apparaît de façon brutale et avec évolution fluctuante en lien avec un facteur médical. [39]

Il est important de prendre en compte les facteurs de risque, la temporalité, mais aussi les nombreuses causes médicales qui peuvent engendrer une confusion. Il sera donc important de réaliser les examens spécialisés afin d'écartier les diagnostics de confusion dans la prise en soins des troubles psycho-comportementaux.

2.4 Prise en charge thérapeutique

Selon le guide de recommandations de bonne pratique de l'HAS de mai 2009[40], il est recommandé d'utiliser une méthode non médicamenteuse dans un premier temps face à la gestion des troubles du comportement. Afin d'éviter d'avoir recours au traitement médicamenteux.

Les interventions non médicamenteuses peuvent jouer sur la qualité de vie du patient, mais aussi du soignant et de son entourage ; ces interventions peuvent être nombreuses et variées comme vu précédemment.

Il est bien évident que face à une mise en danger du patient, mais aussi des soignants, le recours aux psychotropes peut être proposé, en dernier recours. Mais il doit être instauré en tenant compte des symptômes qui pourraient être somatiques ou iatrogènes.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont des maladies complexes, où de nombreux facteurs interviennent dans le développement de la maladie. Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart de ces pathologies entraînent des troubles cognitifs mais aussi des

troubles psycho-comportementaux. En tant que soignant il paraît nécessaire de prendre en soins ces patients de la meilleure des façons possibles.

III Le concept de « prendre soin ».

Virginia Henderson [41] a défini un concept de soins à partir d'une grille remplissant 14 besoins fondamentaux. Cependant la notion de soin reste complexe et entraîne une diversité de représentations. Les soins prodigués aujourd'hui à la personne âgée ne ressemblent en rien à la prise en soins du début de la médecine. Nous sommes donc passés d'une prise en soins répondant aux besoins fondamentaux à des soins prenant davantage en compte l'évolution sociétale.

3.1 « Du caring » au « prendre soin »

3.1.1 Le « caring »

C'est en 1970, que J.Watson évoque pour la première fois la notion de « caring ». Elle peut être définie comme « *une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention* » [42]. Ce terme anglo-saxon a été traduit en français comme le « prendre soin ».

Selon l'auteur « le caring » est « *un ensemble de facteurs caratifs (opposition au terme curatifs) qui fondent une démarche soignante permettant de favoriser [...] le rétablissement ou le maintien de la santé [.....]* » [43] Il considère alors la personne dans sa globalité au sens physique, moral, social et spirituel

Cette définition est intéressante par rapport à notre sujet, en effet, elle prend en compte deux facteurs, le premier étant l'aspect curatif de notre métier qui englobe les soins plutôt techniques. Mais aussi dans un second temps, les facteurs « *caratifs* » qui correspondent aux soins plutôt relationnels et à l'attitude du soignant. Ce concept va être adapté en France et va se traduire par le « prendre soin »

3.1.2 « Le prendre soin »

Prendre en soins un patient fait partie intégrante du rôle de soignant, Walter Hesben donne une définition du prendre soin, et met en avant la dimension de celui-ci, et désigne le prendre soin comme « *désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une*

situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. [...] ».[44]

Selon l'auteur le prendre soin serait cette capacité à se rendre disponible pour l'autre. Il rajoute « *que prendre soin n'est pas seulement : médicaments, pansements, injections. Prendre soin n'est pas guérir mais être prêt à rencontrer l'autre, à l'accompagner au quotidien et à s'accompagner l'un l'autre... »[45]*

Le point de vue de W Heesben peut faire écho aux nouvelles recommandations de prise en soins des personnes atteintes de MAMA, dans la stratégie thérapeutique comme décrit précédemment.

IV L'unité de gériatrie aiguë maillon indispensable de la filière gériatrique.

4.1 Introduction

La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée de pouvoir avoir une prise en charge globale médico-psycho-sociale, en fonction de son lieu d'habitation. Elle a pour but de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé, prenant en compte son état de santé. [46]

Au sein de la filière gériatrique, le patient peut bénéficier d'une prise en soins complète et parfois complexe au sein d'hospitalisations programmées ou non programmées. Ces prises en soins peuvent se faire dans différents services, mais notamment dans les services de CSG.

4.2 Définition

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques, et de problèmes sociaux surajoutés.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

D'après cette définition, on comprend que le CSG est l'axe principal autour duquel la filière gériatrique peut s'articuler.

4.3 Fonction

L'unité de CSG répond à trois fonctions : assurer une hospitalisation directe ou après un passage aux urgences, assurer une période d'investigation ou d'équilibrage du traitement et enfin d'assurer l'orientation du patient adaptée.

Les unités de gériatrie disposent idéalement d'une équipe pluridisciplinaire permettant une prise en soins du patient dans sa globalité. Chaque professionnel, en fonction de sa formation, de sa sensibilité et de son expérience, contribue à bâtir un plan de soins riche et efficace.

A ce jour, même s'il existe une équipe pluridisciplinaire permettant une prise en soins de qualité, il existe bien souvent des situations complexes autour de la prise en soins des troubles du comportement liés à la MAMA.

Les CSG au sein des « petites structures » ne sont parfois pas adaptées en termes d'environnement architectural et ne disposent que peu de chambre simple par exemple. Contrairement aux structures universitaires ou aux centres hospitaliers de grande taille, qui disposent d'un éventail de services et de places, le CSG de proximité doit faire face à une variété de pathologies.

Le cadre théorique étant posé, il serait intéressant d'étudier les représentations et la prise en soin actuelle de la personne souffrant de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée au sein des services de gériatrie, en explorant ces éléments théoriques sur le terrain.

QUESTION DE RECHERCHE

Au regard de mon cadre théorique développé, la question de recherche suivante est dégagée :

Comment optimiser la prise en soins des troubles du comportement perturbateurs chez les patients Alzheimer et maladies apparentées au sein d'un service de gériatrie aiguë.

HYPOTHESES DE RECHERCHE

La réflexion autour de cette question de recherche m'amène à explorer les hypothèses suivantes :

-Il existerait un manque de connaissances et de formations de la part des soignants pour prendre en soins correctement les troubles psycho-comportementaux perturbateurs

-L'exercice de la pratique avancée au sein des services de gériatrie pourrait apporter une plus-value à la prise en soins des patients présentant une pathologie de type MAMA.

.

B/ METHODE

1.Choix du type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, exploratoire multicentrique menée par des entretiens individuels semi-directifs, facilitant l'expression et le ressenti de la personne.

Les entretiens se sont déroulés du mois de mars au mois d'avril 2025.

Les questions « brise-glace » ont été réalisées au début de l'entretien, en proposant des questions dans le but de connaître chaque profil des participants.

2. Population étudiée

Pour définir la taille de l'échantillon, le phénomène de suffisance des données a été respecté. En effet, la réalisation de neuf entretiens a été suffisante, mais la réalisation d'un dixième entretien a confirmé l'idée.

Il s'agit d'un échantillonnage ciblé sur des professionnels travaillant en gériatrie.

La population recrutée était des soignants travaillant au sein d'une unité de Court Séjour Gériatrique (CSG) ou ayant travaillé dans ce type de service.

L'étude est portée sur plusieurs types de professionnels, dans le but d'avoir une pluridisciplinarité comme la prise en soins gériatriques. L'étude permet alors un regard croisé des différents points de vue.

Les critères d'inclusion sont liés à l'âge, avec un âge supérieur à celui de la majorité, une expérience de 4 ans minimum dans un service UGA sans secteur fermé.

Les critères d'exclusion sont en lien avec la structure ou le lieu de travail du professionnel : sont exclus les hôpitaux bénéficiant d'un service adapté (UCC, UHR, UVA, EHPAD...) pour recevoir les patients Alzheimer.

3. Méthode de recrutement

Initialement, le recrutement devait être réalisé par mail diffusé par l'intermédiaire de cinq cadres de santé. Mais devant le manque de réponse, nous avons décidé de réaliser un recrutement en utilisant le contact par téléphone comme outils de communication afin de convier un rendez-vous sur la base du volontariat.

L'enquêteur est un infirmier étudiant en pratique avancée ayant reçu des apports théoriques concernant la recherche qualitative, au sein de la faculté de médecine de Lille.

4. Démarches administratives

Cette étude ne nécessitait pas la demande d'un accord du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Une demande au DPO (référence registre 2025-113) a été déposée conformément à la recommandation qui nous a été faite afin de protéger le recueil des données des professionnels interrogés.

5. Recueil de données

5.1 Lieu et matériel

Les entretiens ont été réalisés dans le lieu choisi par les participants. Le but étant de ne pas les mettre en difficulté face à un lieu inconnu. Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel.

Ces entretiens ont été enregistrés, à l'aide d'un dictaphone de la marque Philips®. Ils ont été retranscrits manuellement par l'enquêteur afin de devenir des verbatims.

Ces verbatims ont été rédigés de la manière la plus fidèle aux paroles des interrogés. Les moments de silence, de pause, les rires ou les moments de réflexion ont été relatés par l'utilisation de la ponctuation.

La retranscription veille à anonymiser les propos des participants, en utilisant les intitulés suivants E1, E2....

L'intégralité des verbatims se trouve sur le lien suivant et est accessible par les QR codes.

https://drive.google.com/file/d/1JfW0VXziSyJ_C8nuLQo13YbUa6uf_d8d/view?pli=1

[Annexe 2]

L'utilisation des entretiens semi-dirigés laisse libre place aux réponses et au récit de vie de la personne.

5.2 Consentement

Un formulaire de consentement de participation et de respect de l'anonymat a été créé. Il a été présenté et complété par chaque participant. Celui reprend le principe d'anonymat et de respect des données.

5.3 Le guide d'entretien

Le choix des entretiens s'est porté vers des entretiens semi-dirigés, menés à bien avec un guide d'entretien.

Nous avons volontairement choisi de ne pas faire évoluer les questions de base, mais plutôt d'avoir des questions des relances pour faire évoluer celui-ci. Le guide a été composé de 8 questions.

Les entretiens débutaient par une présentation de notre démarche et par des questions d'ordre socio-démographique. Ensuite, venait une phase de questions ouvertes sur la thématique choisie. Avec dans un premier temps une thématique sur les MAMA, puis sur la prise en soins et nous avons terminé par aborder le rôle de l'infirmier en pratique avancée. Le questionnaire se terminait par une question libre, laissant la place à toutes réponses.

5.4 Qualité de l'étude

La méthodologie respecte les critères de scientificité de la grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). [ANNEXE 3]

5.5 Méthode d'analyse

L'analyse utilisée est l'analyse phénoménologique interprétative. Le chercheur tente de donner un sens à l'expérience vécue par le participant. Les verbatims des participants sont encodés pour dégager des thèmes et repérer des connexions entre les différents thèmes émergents.

C/RESULTATS

1. Caractéristiques des échantillons

Dix entretiens ont été réalisés, soit dix interviews. La suffisance des données a été déclarée au huitième entretien, deux entretiens ont été réalisés pour la confirmer. La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes.

Les caractéristiques des participants ont été répertoriées dans le tableau ci-dessous :

Profession	Code anonymat /verbatim	Age	Sexe	Depuis quand exercez-vous	Lieu exercice
Cadre de santé	E1/ verbatim 1	52 ans	F	4 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
Cadré de santé puis formatrice IFSI	E2/ verbatim 2	47 ans	F	11 ans d'exercice en gériatrie	Expérience en service de gériatrie aigue
Géiatre	E3/ verbatim 3	53 ans	F	23 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
Géiatre	E4/ verbatim 4	42 ans	H	15 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
IDE	E5/ verbatim 5	32 ans	F	10 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
IDE	E6/ verbatim 6	37 ans	F	15ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
Aide-soignant	E7/ verbatim 7	43 ans	H	19 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
Assistante en soins gérontologique	E8/ verbatim 8	47 ans	F	27 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
Ergothérapeute	E9 / verbatim 9	48 ans	F	20 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue
Géiatre	E10/ verbatim 10	45ans	H	19 ans d'exercice en gériatrie	Service de gériatrie aigue

L'âge médian des participants était de 44,5 ans pour des participants âgés de 32 ans à 53 ans. L'échantillon comportait 7 femmes et 3 hommes travaillant au sein d'un service de gériatrie aiguë.

2. Thématiques

Les grandes thématiques émergentes dans les entretiens sont :

- Une connaissance insuffisante de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.
- Un manque de formation
- Un environnement non adapté
- Une prise en soins orientée sur les thérapeutiques médicamenteuses
- Une cohabitation complexe entre patients ayant des troubles neurocognitifs et patients ayant des troubles organiques
- Une méconnaissance des missions et du rôle de l'IPA.

Ces thèmes sont issus d'une analyse phénoménologique interprétative. Il s'agit de faire émerger des thèmes en s'appuyant sur les verbatims. Dans un second temps, l'analyse sera illustrée par des extraits d'entretiens.

2.1. Une connaissance insuffisante de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Lorsque nous interrogeons les soignants, la plupart semblent avoir une représentation basée sur un mélange de théorie et d'expérience au sujet de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

E1 : *« C'est une maladie qui provoque une grosse souffrance. Une grosse souffrance, pas forcément physique, elle arrive en second temps, mais une grosse souffrance psychologique, ... C'est une détérioration mentale euh... qui est irréversible... »*

E2 : *« C'est pour moi la maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, une altération des fonctions cognitives... irréversibles avec des pertes de fonctions... »*

E6 *« Ça dépend du stade.... Où en est-il ? il y a des personnes pour qui on a encore une communication »*

E7 *« C'est des personnes âgées ayant des troubles de la mémoire, du langage, une désorientation, parfois un trouble du comportement et du jugement ou raisonnement »*

E10 : *« Problème de santé publique, souffrance ... »*

E9 « *C'est une maladie dégénérative, évolutive* »

Les MAMA touchent les personnes âgées, mais semblent impacter aussi les proches, mais aussi les soignants.

E4 « *Alors, c'est une maladie neurodégénérative. Sur un long cours qui va impacter la personne âgée... c'est une maladie mal définie...[...] une maladie qui va être difficile à gérer aussi bien pour le patient que pour son entourage...* »

E5 « *C'est une maladie du vieillissement de plus en plus répandue, au départ les patients en souffrent et ensuite les familles et les proches.* »

E5 « *Déjà juste pour le fait d'évoquer des situations ou des prises en charge difficiles et avoir d'autres avis et conseils... ou d'avoir des réunions d'équipe sur la prise en soins en fonction de nos difficultés* »

E10 : « *Les autres causes... les causes mixtes, les causes toxiques et métaboliques.* »

2.2 Un manque de formation pour « gérer » les troubles du comportement.

2.2.1 Le manque de formation

Sur les dix professionnels interrogés, seulement trois avaient bénéficié de formations depuis leur diplôme. Pour deux d'entre eux la formation était un Diplôme universitaire en Gériatrie et pour la troisième un accès à la formation d'assistance en soins gériatriques. Tous les acteurs sont d'accord pour dire qu'il existe un manque de formation

E6 : « *Ça fait longtemps que je n'en ai pas eu c'est ce qui est dommage* »

E7 : « *Je ne pense pas avoir une formation suffisante pour les troubles psychocomportementaux* ».

E4 : « *Et même au niveau soignant, au niveau formation de la prise en soins d'une maladie d'Alzheimer, c'est compliqué [...] moi je lis beaucoup, donc c'est plutôt de la formation continue personnelle.* »

E7 « *Certains collègues ne sont pas assez formés, il existe un manque de formation et d'informations dans la prise en charge et la communication avec le patient dément.* »

E10 : « Non, non, mais pas du tout.... Alors là, non, non, mais pas du tout ! ...un manque flagrant... de formation »

E8 : « Il y a aussi un gros manque de formation de la part de certains soignants. »

E3 : « Et puis, après il y a la pratique du professionnel, ce n'est pas parce que l'on est en gériatrie que l'on sait faire... »

Lorsque les soignants sont interrogés sur leur parcours de formations, ils indiquent tous un manque de formation, d'informations pour avoir une prise en soins optimale. Certains soignants évoquent un problème de communication, d'autres pour pallier ce problème essaient de combler ce manque par la formation continue.

2.2.2 Un manque de repérage en équipe des situations à risques.

Le manque de formation est évoqué par tous les acteurs des entretiens, ce manque de connaissances peut induire selon certains à une forme de maltraitance dans le repérage des comportements à risques.

E2 : « en espérant que la formation fasse comprendre, conscience de la vulnérabilité des personnes âgées. Le gros problème pour moi en gériatrie aujourd'hui c'est la maltraitance.... [...] Maltraitance au sens où on a du mal à identifier les problèmes de santé, on a des difficultés à identifier »

E4 : « Comment canaliser un patient qui avait des éléments ou troubles cognitifs apparentés, s'il y a eu un épisode d'agressivité, que lui dire, que lui répondre, les soignants ne sont pas forcément formés à cela... »

Un des soignants interrogés propose de réaliser des réunions d'équipe pour pouvoir travailler en équipe sur les stratégies de prise en soins en fonction des difficultés des soignants.

E5 : « Déjà juste pour le fait d'évoquer des situations ou des prises en charge difficiles et avoir d'autres avis et conseils... ou d'avoir des réunions d'équipe sur la prise en soins en fonction de nos difficultés »

Il semble que le manque de formation pose problème dans la prise en soins, mais l'environnement actuel ne semble pas être en faveur de cette prise en soins.

2.3 Un environnement non adapté à la MAMA.

2.3.1 Une architecture non adaptée

Les interrogés révèlent que les services actuels de CSG ne semblent pas être adaptés à la prise en soins des MAMA.

E1 : *« le problème c'est qu'en fait notre institution elle n'est pas adaptée à ce type de personnalité, pense que c'est à nous l'institution de s'adapter et d'arriver à créer dans des petits hôpitaux ou dans des unités de gériatrie aiguë d'arriver à créer une chambre simple ou deux adaptée »*

E2 : *« Je dirais que plutôt non, déjà dans l'environnement, c'est plutôt anxiogène avec une prise en charge qui n'est pas optimale selon moi en France et en plus bien souvent les patients sont installés en chambre double... »*

E3 : *« L'environnement n'est pas forcément adapté à tout ce qui est psychothérapie, avoir des couloirs de déambulation adaptés, tout ce qui est toucher, massage, des choses comme ça ».*

E6 : *« On n'a pas de service vraiment fermé, par rapport parce que Ben euh.... Quand tu as tes patients qui n'ont pas de troubles maladie d'Alzheimer et puis euh qu'on a nos patients déambulant qui viennent dans les chambres, on n'a pas de secteur fermé »*

E7 *« La prise en charge n'est pour moi pas adaptée dans les services de gériatrie. La plupart du temps, ces personnes sont mélangées aux autres patients dans le service. Cela est en règle générale source de conflit avec les patients, mais aussi avec les familles qui ne comprennent pas le comportement du patient »*

E8 : *« Ils n'ont plus de repère et sont régulièrement confus car il y a beaucoup de stimuli autour d'eux. La prise en soins idéale serait d'avoir une petite unité avec des locaux adaptés pour la déambulation.... Et des espaces extérieurs sécurisés, pouvoir respecter les habitudes de vie de nos patients »*

E9 *« Il faudrait qu'il y ait un endroit sécurisé pour eux, où ils puissent déambuler sans gêner les autres personnes et les autres patients »*

2.3.2 Un manque de personnel récurrent

Plusieurs soignants mettent en avant un manque de personnel récurrent qui pénalise la prise en soins.

E5 « *Oui parfois, nous avons des ASG dans le service qui font des activités parfois avec les patients, mais elles sont souvent mises au nursing alors du coup on n'a pas d'activités* »

E6 « *On essaye de toujours faire au mieux car on n'a pas toujours les effectifs qui vont avec...pour dire d'accompagner au mieux nos déambulants et nos soins* ».

E8 : « *Au quotidien c'est compliqué.... Surtout quand tu as des soins à prodiguer...* »

2.4 La stratégie de prise en soins

Les entretiens réalisés semblent mettre en avant que la prise en soins actuelle est orientée dans un premier temps vers une prise en soins médicamenteuse.

2.4.1 Une gériatrie vers une orientation médicamenteuse

E1 : « *On est amené à parfois utiliser des choses qu'il ne faudrait pas.... Type contention chimique ou physique* »

E2 : « *Je pense que c'est aussi le fait que les patients soient aigus, on est plus tourné vers les médicaments...une philosophie de prise en charge* »

E10 : « *[...] On n'a pas le temps d'avoir une prise en charge humaine et non médicamenteuse...quoi*

Un patient qui s'agite par exemple... on ne prend pas le temps de s'asseoir, de l'écouter... c'est comme un patient qui est anxieux, on préfère lui donner du Xanax ou un Seresta en urgence »

2.4.2 Une sous-utilisation des techniques non médicamenteuses

E6 « *Euh...la brute comme ça je ne vois pas.... Des médicaments ?* »

E9 : « *Des animations, des choses comme ça, il n'y a pas assez d'accompagnement, il n'y a pas assez... Après, c'est un manque de personnel aussi.* »

E10 : « *La prise des traitements prend peu de temps, on utilise peu la prise en charge non médicamenteuse par manque de temps, d'effectif et de formation je pense... »*

2.4.3 Une non-utilisation des moyens de prévention des troubles du comportement.

E7 : « *Bah.... Il n'y a pas grand-chose de mis en place, quelques ateliers mémoire et encore.... Quand on est en nombre..... le manque de personnel je pense y est pour quelque chose »*

E2 : « *Je pense que la maladie à corps de Lewy et Alzheimer est sous-diagnostiquée. Et on n'a pas énormément de moyens non médicamenteux pour bien les prendre en charge. ».*

E4 : « *L'aromathérapie, je sais que dans des services ils ont mis en place des protocoles spécifiques en fonction de l'agitation avec des huiles... à mettre en place à certaines heures et moments et peu utiliser... »*

2.4.4 Une prise en soins qui doit respecter la dignité et les droits du patient.

E5 : « *Le fait qu'au sein du service les contentions soient très fortement limitées je trouve cela très bien et en accord avec les valeurs soignantes de bienveillance, respect et humanité. »*

E3 : « *On doit respecter la liberté de chacun, et la liberté aussi des patients qui se sont dérangés, de déambuler, donc c'est compliqué de trouver un compromis. Après on évite la contention au maximum »*

2.4.5 Une prise en soins pluridisciplinaire incluant les proches.

E5 : « *La prise en charge pluridisciplinaire est pour moi très importante. Passer le relais avec certains patients ; décaler les soins ... Faire participer les proches. Mais ce n'est pas toujours le cas et ce n'est pas évident... »*

Ces différentes stratégies de soins font face à une cohabitation entre patients qui pose problème.

2.5 Une cohabitation complexe entre patients ayant des troubles neurocognitifs et patients ayant des troubles organiques

Tous les soignants sont unanimes sur le fait que la cohabitation entre patients ayant des troubles neurocognitifs et patients souffrant de pathologies de type organique est complexe et source de conflits. Par rapport à la situation, aux familles mais aussi en rapport au soignant.

E1 : *« Il y a des soucis puisque en fait vous avez à la fois des gens qui sont sans esprit entre guillemets et qui ont parfois de grosses pathologies organiques qui ont besoin en majorité de repos de repos .Vous avez l'élément entre guillemets perturbateur qui est le patient Alzheimer et qui va venir, ben .. Déranger, entre guillemets rompre la tranquillité du voisin, il a oublié qu'il n'était pas chez lui »*

E2 : *« La cohabitation ne se passe pas bien. Je pense que les gens qui n'ont pas de troubles cognitifs se projettent, donc ça leur fait peur déjà... Et puis c'est gênant quand on est malade, d'être gêné par les déambulants*

La ...en ce moment on a un monsieur qui est ingérable, tant pour l'équipe que pour les autres patients, il n'y a pas de solution..... »

E4 *« Le souci actuellement est le souci de cohabitation. En effet, euh.... On peut avoir un patient classique avec quelqu'un qui a la maladie d'Alzheimer, ... Avec un dément donc au niveau de la cohabitation, ça peut être compliqué. »*

E5 *« Lorsqu'ils rentrent dans les chambres et touchent les affaires des autres patients... la plupart du temps les gens sont compréhensibles mais parfois cela peut être compliqué. »*

E7 *« Comme je te disais en général, c'est source de conflit entre les patients, mais aussi avec les soignants, et surtout la nuit... ce n'est pas toujours évident ».*

E10 : *« La cohabitation est difficile, euh... alors pour le patient, pour l'entourage et pour les soignants »*

Au cours de l'échange, nous avons pu apercevoir que les professionnels ne semblent pas être sensibilisés aux missions et rôles de l'IPA

2.6 L'IPA un nouvel acteur de soin

2.6.1 Représentation

Les personnes interrogées semblent avoir des représentations assez variées de l'IPA

E1 : « *C'est le couteau suisse entre l'infirmière basique et le docteur* »

E3 : « *Pour moi ..., c'est un assistant médical, C'est quelqu'un avec qui je me vois discuter des thérapeutiques en fonction de l'évolution clinique sur des pathologies chroniques.* »

E7 « *Pour moi c'est un infirmier hautement qualifié pour faire des diagnostics et des renouvellements de prescription médicamenteuse.* »

E8 « *Un infirmier avec des compétences plus larges* »

E6 « *C'est un peu abstrait pour moi* »

E2 : « *Il a un champ de compétences élargi qui permet de suppléer à un certain manquement médical en termes de disponibilité* ».

E10 : « *Je trouve que c'est un allié, un associé dans la prise en charge.* »

2.6.2 Méconnaissance des missions

E8 : « *[...] Après je ne connais pas le référentiel de l'IPA* »

E3 : « *C'est quelqu'un avec qui je me vois discuter des thérapeutiques en fonction de l'évolution clinique sur des pathologies chroniques.* »

2.6.3 L'IPA, un nouveau regard sur la prise en soins et le travail en équipe

E4 : « *Il ne va pas avoir tendance à augmenter les anxiolytiques et neuroleptiques, mais plus avoir le temps d'observer le patient ..., de discuter avec l'équipe et de réfléchir à une présence en soin optimale.* »

E2 : « *Pour l'accompagnement des familles, il y a besoin quand même beaucoup d'écoute, et aussi il a un rôle à jouer avec l'équipe je pense.... Quelque chose que l'IPA peut faire, écoute du patient et puis écoute de la famille.*

Je pense que l'IPA a toute sa place dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, que ce soit pour les patients, pour les aidants, pour les soignants professionnels aussi. »

E3 : « *Alors, l'IPA, c'est quelqu'un qui a une expertise c'est un soutien pour les équipes* »

E2 : « *Dans le sens c'est un infirmier, c'est un peu un pair, on parle le même langage, on vient de la même corporation c'est une plus-value. Bah... oui, si son expertise est gériatrique, dans ce cas-là il peut être ressource et aidant pour l'équipe pour certaines situations complexes de prise en charge* »

E4 : « Je pense que le regard du soignant en étant IPA.... Il peut être complémentaire au regard du médecin libéral. »

2.6.4L'IPA un nouvel acteur dans la rupture de soins

E1 : « C'est quelqu'un qui est complémentaire dans un parcours patient c'est quelqu'un qui évite la rupture dans la continuité. Je trouve qu'en fait nos personnes âgées qui arrivent il faudrait que sur leur parcours de soins même dans leur maison de santé ils aient été vus une fois par an IPA »

E10 : « C'est cette prise en charge non médicamenteuse qui peut déjà passer par un accompagnement social, la mise en place d'aide, tout ça Pour moi c'est pour l'IPA. »

E5 « Pour moi c'est un nouvel acteur qui peut avoir une place primordiale dans les prises en soins. Qui peut combler le manque de médecins et permettre un suivi régulier des personnes et au final, sauver des vies. Les déserts médicaux sont une catastrophe pour moi. »

D/ ANALYSE DES RESULTATS

Pour rappel, l'objectif de l'étude était de démontrer que la prise en soins actuelle des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées n'était pas optimale au sein même des CSG ne présentant pas d'unité spécialisée au sein de leur établissement.

Afin de répondre à cette problématique, les hypothèses suivantes ont été posées :

- Il existerait un manque de connaissances et de formations de la part des soignants pour prendre en soins correctement les troubles psycho-comportementaux perturbateurs
- L'exercice de la pratique avancée au sein des services de gériatrie pourrait apporter une plus-value à la prise en soins des patients présentant une pathologie de type MAMA

Suite aux différentes interviews réalisées, nous sommes en mesure de dire que l'hypothèse de départ est validée : chaque interrogé a évoqué un manque de formation impactant sa prise en soins.

En effet, il semblerait que pour chaque professionnel, leur formation initiale ne suffirait pas à prendre en soins correctement les patients atteints de MAMA. Pour la majorité des interrogés, une formation continue serait judicieuse pour faire évoluer les pratiques, et notamment pour apprendre à gérer les comportements à risques et de ce fait constitue un levier essentiel.

Parmi les conséquences d'un manque de formation qui ont été évoquées lors des entretiens :

- Un risque de maltraitance involontaire, avec parfois des difficultés de communication et d'adaptation aux soins
- Un sentiment d'impuissance face à des situations complexes de prise en soins.

Face à ces problématiques, certains soignants évoquent le fait que les solutions pourraient être mises en place, notamment au travers le travail d'équipe et la prise en soins pluridisciplinaire. Afin de travailler et de discuter en équipe sur les stratégies de soins à élaborer.

La majorité des participants évoque des lieux non adaptés, avec peu d'espace dédié à l'accueil de patients présentant des troubles à type de maladie d'Alzheimer et apparentées. De plus, une problématique du manque de temps de personnel est un des freins les plus souvent rapportés par les professionnels. Le manque de moyens, de disponibilité, le manque de chambre simple semblent être des sources de tensions dans les unités gériatriques.

Ces limites compromettent la capacité à anticiper les troubles du comportement chez les patients, et à identifier leurs causes possibles (douleur, surcharge sensorielle, inconfort...) Au cours de l'interview, seulement 30% des interrogés évoquent des soins liés à la prévention d'apparition des troubles, c'est-à-dire une stratégie orientée vers la prévention et les soins non médicamenteux.

Aucun des interrogés n'a évoqué la grille NPI, pour évaluer les troubles du comportement, ou d'analyse en vue de prévenir les troubles. Ce phénomène peut être rattaché à la notion de manque de formation.

Il semblerait que malgré les nouvelles recommandations de l'HAS (2019), la prise en soins reste dominée par l'approche médicamenteuse en première intention.

Les interrogés semblent tous unanimes sur la limitation de la contention dans le but de respecter la dignité et les droits du patient.

Cependant, certains soignants regrettent que la prise en soins pluridisciplinaire n'inclue que très peu les familles et les aidants.

A travers les différentes interviews, tous les soignants ont évoqué une cohabitation conflictuelle entre les divers profils des patients.

En effet, les limites de la formation des soignants, l'architecture du service pas forcément adaptée à la personne impacte le climat de travail. La difficulté liée à la prise en soins des comportements perturbateurs impact la charge émotionnelle du soignant, mais crée aussi chez le patient n'ayant pas de troubles cognitifs une peur, une incompréhension face à ces comportements.

Une des soignantes interrogées évoque que parfois, il est « compliqué de discuter avec les familles liées aux patients déambulant », ce témoignage monte bien la complexité à laquelle les soignants font face.

Concernant l'infirmier en pratique avancée, la majorité des soignants a une image « floue » des missions et du rôle de l'IPA. Ce « couteau suisse » comme l'évoquait l'une des soignantes, laisse entrevoir un nouveau potentiel au sein des équipes soignantes. Certains l'évoquent comme une ressource, un nouveau coordinateur de soins, un pair. L'IPA est vu par la majorité des interrogés comme un nouvel acteur, ayant une connaissance clinique et théorique et qui pourra avoir une place particulière au sein de l'équipe, en termes de temps, d'écoute et d'échange. Que ce soit avec les soignants, mais aussi avec les familles et aidants mais surtout avec le patient.

Néanmoins, l'IPA devra clarifier son rôle et ses missions au sein des équipes, afin de ne pas dépasser son champ de compétences.

Cette idée semble valider partiellement notre deuxième hypothèse, dans le sens où l'IPA semble apporter un nouveau regard sur la prise en soins de la personne soignée, et ici dans notre étude aux MAMA. Toutefois, nous émettons une réserve sur le fait que les soignants ont une

vision « floue » des missions et du rôle de l'IPA, ce qui pourrait créer une vision erronée des compétences de cette nouvelle profession.

D'autre part, les soignants interrogés ne connaissent pas réellement le métier d'IPA, car pour le moment, ils n'ont travaillé qu'avec des étudiants en pratique avancée et leur vision peut être erronée face à une collaboration quotidienne.

Les résultats des entretiens mettent en évidence un écart persistant entre les besoins spécifiques des patients MAMA et les moyens humains, matériels et organisationnels disponibles. Cet écart avantage une prise en soins souvent centrée sur l'urgence comportementale et médicamenteuse au détriment de l'approche globale et relationnelle.

L'IPA semble être perçu par ses compétences et son leadership clinique comme un nouvel acteur qui va apporter de nouvelles solutions au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour améliorer la prise en soins.

E/ DISCUSSION

Pour rappel, le choix a été fait de réaliser des entretiens semi-dirigés auprès des professionnels de santé travaillant au sein d'unité de Court Séjour Gériatrique. Dix entretiens au total ont été réalisés auprès de divers acteurs des services de gériatrie. Durant des entretiens, des thèmes communs ont été abordés.

Au total, les entretiens ont fait apparaître six thématiques, reformulées en fonction des entretiens et de l'analyse :

- Une représentation lacunaire de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées chez les soignants
- Une formation insuffisante qui crée des difficultés dans la prise en soins.
- Un environnement de soins inadapté sur le plan de l'architecture, de l'effectif et avec les autres patients.
- Une prise en soins centrée sur les thérapeutiques.
- Un respect de la dignité de la personne et du respect de ses droits.
- Une méconnaissance des missions et du rôle de l'IPA, mais un bénéfice de sa présence envisagé.

1. Discussion autour des résultats

1.1 Une représentation lacunaire de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées chez les soignants

Dans notre étude, les professionnels de santé donnent une représentation globale et variée de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. En effet, chaque représentation se fait en fonction du parcours professionnel mais aussi au travers de ses connaissances acquises lors des formations initiales.

En règle générale, la population interrogée se représente la pathologie telle qu'elle apparaît à un stade avancé. Les représentations énoncées sont centrées sur l'aspect déficitaire de la maladie avec comme principale notion la perte cognitive, mais aussi la dépendance. Cette vision est peu orientée vers l'approche des capacités qu'il faudrait préserver surtout en début de pathologie

Cette vision plutôt dévalorisante renvoie aux travaux de Kitwood [47] qui dénonce une « culture de déclin » dans les soins réalisés auprès de la personne ayant des troubles neurocognitifs. Souvent centrée sur les symptômes et non sur la prise en soins globale de la personne, elle est généralement reprise dans le langage courant.

Cette représentation des personnes atteintes de la MAMA est celle qui domine la presse ou les médias. Dans une étude sur les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, Claire Scodellaro,[48] sociologue, repère l'idée selon laquelle les représentations participent sans doute aux comportements de déni face à ces troubles et à la peur du diagnostic. Par peur d'avoir d'être « étiqueté comme Alzheimer » et de ce fait être associé à un ensemble de pertes (de contrôle, d'identité ou de dignité...).

Cette idée fait écho avec un entretien d'une gériatre qui évoque « *le manque de diagnostics en soins primaires* ». En effet, tout comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, il existe un « sous-diagnostic » de la maladie. Cette notion peut faire le lien avec la formation des professionnels.

1.2 Une formation insuffisante qui crée des difficultés dans la prise en soins.

Lors de nos entretiens, chaque soignant a évoqué un manque de formation face à la prise en soins des troubles perturbateurs chez les MAMA. Malgré le fait que certains soient formés par des diplômes universitaires ou ayant réalisé une formation spécifique à la gériatrie. Un besoin de formation continue pour améliorer les pratiques semble nécessaire.

Certains soignants ont évoqué le fait qu'il existe un manque de communication adapté de certains nouveaux soignants, d'autres semblent peu formés pour faire de la prévention avant la situation de crise.

Dans nos entretiens, une soignante a bien résumé la problématique en évoquant « *en espérant que la formation fasse comprendre la conscience de la vulnérabilité des personnes âgées* ». (E3), de plus elle rajoute que pour elle « *Le gros problème pour moi en gériatrie aujourd'hui c'est la maltraitance...Maltraitance au sens où on a du mal à identifier les problèmes de santé, on a des difficultés ou à identifier les besoins des patients* ». (E3)

A travers cette citation, on comprend bien que le manque de formation peut entraîner, par défaut de repérage et d'anticipation des comportements à risques ou de pratiques inadaptées, une maltraitance plutôt institutionnelle.

Selon le psychiatre et psychothérapeute Stanislaw Tomckiewicz, la violence institutionnelle peut s'entendre comme « *toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure* »[49].

La commission de lutte contre la maltraitance et de la promotion de la santé donne en 2021 une définition plus récente : « *Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux et/ou à sa santé, et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soins ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, institutionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle.* »[50]

Pour éviter d'en arriver là, il semble que la formation continue soit une option non négligeable dans l'amélioration de la prise en soins de la personne atteinte de MAMA. En effet, certaines formations offrent un large éventail de possibilités avec des formations socles afin de maîtriser les fondamentaux de la pathologie, mais aussi des formations complètes pour accompagner les professionnels dans la prise en soins au quotidien. Toutes ces formations ont pour but de prévenir et de repérer les situations à risques.

Il est important de ne pas banaliser la communication entre le soignant et le soignée, base de la relation de soin. Elle est essentielle pour garantir la qualité des soins, la sécurité des patients mais aussi la relation de soin.

Cette communication est un concept qui fait le lien avec le « prendre soin » développé précédemment, elle sera la base des échanges dans cette relation.

1.3 Un environnement de soins inadapté sur le plan architectural, au niveau des effectifs et avec les autres patients.

Les récits de nos entretiens mettent en évidence que les services de gériatrie et notamment le service de Court Séjour Gériatrique ne sont pas forcément adaptés à la personne ayant des troubles de type MAMA.

L'absence d'unité dédiée est sécurisée en fait l'un des points les plus cités au cours de nos entretiens. L'architecture actuelle ne semble pas adaptée à la prise en soins des patients Alzheimer et des maladies apparentées, du fait de la présence de chambres doubles, mais aussi sur la non-présence de matériels adaptés.

On peut supposer que cet environnement crée une stimulation excessive responsable en partie des troubles du comportement. Dans le sens où les patients sont en manque de repères, dans un endroit qui ne leur est pas familier.

Une étude rémoise [51] menée au sein d'un service de gériatrie du CHU de Reims s'est penchée sur le sujet de l'adaptation des services de CSG. Ils ont créé une unité de 10 lits prenant en charge des patients atteints de syndrome démentiel ou troubles associés. Cette étude rétrospective met en évidence un bénéfice de la prise en soins spécifique et une diminution des troubles perturbateurs.

Les auteurs évoquent que « *L'environnement spatial et temporel doit être adapté au patient afin qu'il le perçoive comme sécurisant et rassurant, et puisse bénéficier des aides, des soins et du soutien affectif nécessaires* »[52] en référence aux recommandations de l'HAS de 2009.

Ces nouvelles unités aiguës sont en développement en France, et sont basées sur le même modèle à savoir :

- une petite unité
- un effectif spécifique à l'unité, formé à la prise en soins (avec des DU du type Alzheimerologie et syndromes apparentés
- une architecture adaptée, avec des chambres isolées phoniquement, un espace de vie, une signalétique particulière permettant une orientation pour les patients, un éclairage adapté...)

L'auteur souligne que ce type de structure est un maillon manquant de la filière gériatrique actuelle. Ce dispositif pourrait permettre d'éviter les conflits avec les autres patients comme évoqué dans nos entretiens.

Il va de soi qu'actuel le milieu hospitalier connaît des problèmes liés au manque de personnel. Cependant si on en croit l'étude, un effectif en conséquence serait bénéfique pour la prise en soins du patient.

1.4 Une prise en soins centré sur les thérapeutiques.

Au décours de nos entretiens, la majorité des soignants évoque d'un premier abord une prise en soins « médicamenteuse ». Il évoque même parfois avoir recours « *aux contentions chimiques* » pour gérer les situations à risques ou l'agitation.

Il semble que la prise en soins non médicamenteuse n'est que très peu utilisée au sein des services. Après étude des entretiens, il semblerait que la sous-utilisation de ces techniques serait due à un manque de temps, de formation mais aussi à une culture professionnelle qui va dans ce sens.

Une soignante évoque le fait que « *c'est aussi un peu une philosophie de prise en charge et qu'on n'a peut-être pas dans le service* » (E4).

Pourtant certains soignants évoquent le fait que l'utilisation des pratiques non médicamenteuses serait avantageuse, car elle ne provoque pas d'effet secondaire.

Les interventions non médicamenteuses ont pour objectifs de maintenir ou d'améliorer les capacités cognitives, physiques et psychologiques, et ainsi de manière globale, améliorer la qualité de vie des patients et des proches. Plusieurs études dans la littérature mettent en avant les bienfaits sur le patient et notamment sur la prévention des troubles du comportement.

La prévention des troubles du comportement ne semble pas être dans cette étude une priorité. La culture du soin actuel s'oriente vers une prise en soins de l'urgence, liée au comportement perturbateur. C'est peut-être pourquoi aucun soignant n'évoque de grille ou d'outils visant à prévenir les troubles du comportement, comme pourrait l'être la grille NPI.

Pourtant, sans s'en rendre compte et sans l'évoquer les soignants utilisent tout de même des outils à orientation non médicamenteuse notamment par l'utilisation de la communication verbale et non verbale. Martine Mazoyer définit la communication « *comme une conduite sociale visant à transmettre un message par la parole mais aussi par les gestes, les attitudes ou des mimiques* » [53].

La communication permet donc de maintenir un lien relationnel même lorsque les capacités cognitives diminuent. De plus, l'utilisation d'une communication adaptée peut réduire les troubles du comportement comme l'agitation, l'agressivité.

Dans cet esprit, il convient d'adapter son langage pour valoriser la personne, mais aussi les proches des patients.

La prise en soins actuelle semble être obsolète, face aux nouvelles recommandations actuelles de gérontologie, qui s'orientent vers une approche globale, personnalisée et non médicamenteuse dans les traitements psycho-comportementaux. [54]

1.5 Un respect de la dignité de la personne et du respect de ses droits.

Au cours des entretiens, la notion de droit du patient et de respect de la dignité a été évoquée par plusieurs soignants. Cette notion était pour nous inattendue dans un tel sujet. Mais après réflexion, cette volonté de la part des soignants de respecter les droits du patient s'inscrit dans « l'approche du prendre soin ».

Ou malgré les difficultés de temps, de manque de personnel, les soignants dénoncent l'usage de la contention physique comme non adéquate avec leurs valeurs. Il souhaite promouvoir une relation plus humaine et plus respectueuse du rythme de chacun en fonction des contraintes du service.

La bienveillance semble être une valeur particulière que chaque soignant tient tout particulièrement à préserver malgré une réalité de terrain difficile. Comme le confirme une des soignantes « *Le fait qu'au sein du service les contentions soient très fortement limitées je trouve cela très bien et en accord avec les valeurs soignantes de bienveillance, respect de l'humanité* » (E5).

Ce positionnement éthique rejoint les principes de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante [54], qui rappelle que les patients ont les mêmes droits et devoirs, même s'ils présentent des troubles cognitifs.

1.6 Une méconnaissance des missions et du rôle de l'IPA, mais un bénéfice de sa présence envisagé.

Lors de nos entretiens, nous avons pu constater que la majorité des soignants reconnaissent ne pas savoir reconnaître le rôle et les missions de l'IPA. Mais il semble que tous les professionnels portent un intérêt face à la venue de ce nouveau professionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Certains donnent l'image de l'IPA comme une ressource, comme « *un pair* » qui pourra faire l'interface entre le médecin et l'équipe soignante. D'autres soignant voient en l'IPA une ressource pour l'équipe, la famille, mais aussi comme un nouvel acteur qui pourra contribuer à l'amélioration de la prise en soins des patients, mas aussi d'accompagner les familles dans la coordination du parcours du patient.

D'autres soignants se représentent l'IPA comme un acteur qui pourra éviter la rupture de parcours de soins et prévenir celle-ci.

La vision des professionnelles sur la pratique avancée semble apporter une plus-value dans le parcours du patient. En France, la pratique avancée semble en pleine expansion mais reste méconnue dans le rôle et les missions. Contrairement aux pays anglo-saxons [55] où la pratique avancée a déjà fait ses preuves sur l'efficacité de la prise en soins.

Le déploiement de la pratique avancée au sein des services de gériatries semble évident en lien avec les pathologies chroniques.

C'est dans ce contexte que l'IPA devra par l'utilisation de son leadership amener a des changements dans la prise en soin des patients et dans les représentations des équipes soignantes.

D'après Rachel Cubas-Wilkinson, « *le leadership transformateur joue un rôle crucial dans la création d'un environnement où le changement est considéré comme une voie vers l'amélioration.* », Cette vision nous montre bien que le leadership peut jouer un rôle dans l'amélioration des soins.

L'IPA pourrait ainsi par l'utilisation de son savoir et de ses compétences jouer un rôle dans l'accompagnement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

L'expertise clinique pourrait accompagner les équipes de soins dans la mise en place de protocoles visant à participer à la démedicalisation de certaines situations et sera un acteur essentiel de la collaboration interprofessionnelle. Et de ce fait sera un acteur de la promotion de la santé.

Il pourrait intervenir dans la culture de prévention des situations à risques, réaliser auprès des équipes et ainsi jouer un rôle de formateur interne au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Et ainsi proposer une collaboration entre équipe soignante et médecins pour apporter une amélioration des soins.

Ainsi, il semble que je peux affirmer que le manque de formation de la part des soignants pourrait limiter l'optimisation de la prise en soins face aux troubles psycho-comportementaux chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée.

Concernant ma deuxième hypothèse, j'émet une réserve que le fait que l'arrivée de l'IPA au sein des services de gériatrie semble avoir une plus-value sur la prévention des troubles psycho-comportementaux et sur la possibilité d'être un levier stratégique pour renforcer la qualité des soins, car dans l'étude aucun IPA ne faisait partie de l'équipe soignante.

2. Les forces et les limites de l'étude

2.1 Force de l'étude

La singularité de cette étude en fait une force. En effet, il existe à ce jour peu d'études comparatives sur la prise en soins des troubles perturbateurs au sein des CSG.

La méthode utilisée pour cette étude qualitative a permis de faciliter l'expression des personnes interviewées et de donner un sens à leurs expériences. La prise en compte dans les verbatims des éléments non verbaux a enrichi les données et tenant compte des émotions des professionnels.

Un échantillonnage avec plusieurs acteurs de santé nous est apparu essentiel dans une prise en soins pluridisciplinaire.

Ces résultats peuvent entrevoir une amélioration de la prise en soins de la personne ayant des troubles cognitifs. Ils renforcent aussi l'intérêt d'une approche pluridisciplinaire, dont l'infirmier en pratique avancée serait un acteur essentiel.

2.2 Limite de l'étude

Il pourrait exister un biais lié au fait que nous connaissions professionnellement ou personnellement tous les interrogés de cette étude.

Un deuxième biais peut être lié à l'enquêteur, étant inexpérimenté, certaines données non verbales, concernant la gestuelle et les mimiques faciales des enquêteurs, n'ont pas été retranscrites dans leur totalité.

Le recueil de données, les retranscriptions, l'analyse des données et leur codage ont été réalisés par l'enquêteur dans leur totalité. Il peut donc exister un biais d'interprétation car il y a une absence de triangulation.

Le manque de temps pour effectuer cette étude ne m'a pas permis de la mener de manière approfondie. De plus, devant la multitude de ressources concernant la pathologie traitée, il a fallu faire des choix dans l'approche théorique. Parallèlement la taille et la qualité des entretiens restent discutables.

Il existait également le biais de mon interprétation, du fait de mon expérience en gériatrie et l'acquisition de nouvelles connaissances en formation en pratique avancée.

Nous aurions voulu réaliser des entretiens auprès de soignants canadiens afin d'avoir un comparatif sur les pratiques en France. Cependant, n'ayant pas eu de réponse positive de leur part, nous avons décidé d'abandonner l'idée.

2.3 Perspective de l'étude

Pour la recherche, il serait intéressant de poursuivre et d'approfondir cette étude qualitative auprès d'autres services de gériatrie accueillant eux aussi des patients présentant des troubles du comportement.

De plus, il serait intéressant de réaliser une étude comparative entre la prise en soins après une formation spécialisée et la prise en soins actuelle.

Il semble judicieux de réaliser cette même étude dans quelques années, afin de voir si l'implantation des IPA au sein des services de CSG change quelque chose dans la manière de prendre en soins les patients.

De même, il pourrait être judicieux d'utiliser la méthode du focus groupe afin de recueillir ce que souhaiteraient les professions pour améliorer leur prise en soins, ce qui pourrait engendrer des protocoles de soins en adéquation avec les besoins de l'équipe mais aussi des patients.

Pour la pratique, il me semble que l'IPA a une place de support dans le parcours du patient et dans la coordination du parcours du patient atteint de MAMA.

Au-delà de l'amélioration de la qualité des soins, l'IPA pourrait par son leadership clinique améliorer les pratiques et être une ressource supplémentaire auprès de l'équipe de soins.

En soins primaires, l'IPA semble avoir toute sa place dans une démarche de prévention et de diagnostic des troubles cognitifs. Il pourra de ce fait assurer un rôle de soutien auprès du patient mais aussi des aidants.

Pour ma part, cette recherche m'a permis une meilleure compréhension de la prise en soins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Elle m'a permis de me projeter dans mon futur rôle en tant qu'IPA auprès de l'équipe soignante mais aussi auprès des familles et des aidants. Ce premier travail de recherche a été pour moi une découverte enrichissante personnellement et professionnellement.

CONCLUSION

La prise en soins des troubles psycho-comportementaux chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée en gériatrie représente un enjeu majeur sur le plan de la santé publique, humain mais aussi clinique et éthique.

Ces comportements sont souvent déstabilisants pour l'équipe soignante mais aussi pour les proches des patients. Il nécessite une prise en soins globale et de qualité.

Ce mémoire, à travers une étude qualitative menée auprès de professionnels travaillant au sein d'unité de Court Séjour Gériatrique, met en lumière de nombreux freins à la prise en soins adaptée. En effet, il a été démontré que l'approche des soins était souvent centrée sur une réponse immédiate qu'offre l'utilisation des thérapeutiques. Au détriment de la prévention qui utiliserait plutôt une orientation non médicamenteuse.

Les entretiens révèlent un manque de formation des professionnels de santé sur les troubles psycho-comportementaux. Cette insuffisance pédagogique est aggravée par des conditions structurelles peu favorables à la prise en soins.

Cette étude met en évidence qu'il serait judicieux de repenser les unités gériatriques en privilégiant des unités de « taille humaine », mais aussi d'orienter la prise en soins vers l'utilisation des actions non thérapeutiques, tout en formant les soignants.

Malgré ce contexte, les professionnels de santé semblent exprimer une forte volonté de respecter la dignité et les droits des patients, mais se retrouvent en difficulté pour traduire ces valeurs dans les actes, faute de moyen.

Dans ce contexte, l'infirmier en pratique avancée apparaît comme un acteur stratégique, pilier de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire. Du fait de sa formation approfondie, de son expertise clinique, du nouveau regard qu'il porte sur la prise en soins.

Par son leadership clinique, il pourra être acteur de la formation continue des autres soignants, en accompagnant les projets de service et en renforçant la coordination du parcours de la filière gériatrique. Il pourra dans un contexte hospitalier apporter des solutions à l'équipe soignante mais aussi aux aidants. Et pourra être un acteur des soins primaires en réalisant des actes de prévention et de coordination dans un système de santé en constante évolution.

Bibliographie

- [1] Cours IPA Professeur Puisieux 2025 « les fragilités gériatriques ».
- [2] <https://www.who.int/fr/newsroom/factsheets/detail/dementia#:~:text=Principaux%20faits,10%20millions%20de%20nouveaux%20cas>.
- [3] Gilski J., Helfrich B.(2003), «Il est temps de renverser la vapeur», Les cahiers médico-économiques, supplément de caisse en direct, n°8, 11.INSERM (2007), Maladie d'Alzheimer : Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux, Paris : Editions INSERM
- [4] Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Sczufca M; Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005 Dec 17;366(9503):2112-7.
- [5] <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/quelques-chiffres>
- [6] Gabelle et al., J Prev Alzheimers Dis, 2023
- [7] <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/demence.html>
- [8] R.MOULIAS, M-P HERVY, C.OLLIVET, D.MISCHLICH, 2005, Alzheimer et maladies apparentées : traiter,soigner et accompagner au quotidien, Edition Masson p.10
- [9] <https://www.em-consulte.com/article/64402/classification-des-demences-aspects-nosologiques>
- [10] Classification des démences d'après Backchine & Habert, 2007
- [11] <https://www.vaincrealzheimer.org/la-maladie/decouverte>
- [12] Cuzin E.. (2000), « Démences et maladie d'Alzheimer », FMC hebdo La revue
- [13] Amieva H., Le Goff M., Millet X., Orgogozo J-M., Pérès K., Berberger-Gateau P.,Jacqmin-Gadda H. et Dartigues J-F (2008) « Prodromal Alzheimer's disease: Successive emergence of the clinical symptoms », Annals of Neurology, Volume 64, Issue 5, 492-498.

- [14] Dartigues J-F, Alperovitch A. (2004), « Apport de l'épidémiologie à l'étude de la démence in : Alzheimer : un état des lieux », Dementia mai-juin-juillet, 75-79.
- [15] Micas M. (2006), Comment vivre avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, Paris : Josette Lyon
- [16] Micas M. (2006), Comment vivre avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, Paris : Josette Lyon
- [17] Kamami Y-V. (2002), Peut-on aujourd'hui prévenir et traiter la Maladie d'Alzheimer ? Paris : Editions du Dauphin
- [18]<https://www.fondation-alzheimer.org/maladie-dalzheimer-et-maladies-apparentees-mieux-les-differencier-pour-mieux-les-comprendre-et-les-soigner>
- [19]<https://www.francealzheimer.org/comprendrelamaladie/lesmaladiesapparentees/degenerescences-lobaires-fronto-temporales>
- [20] Défontaines B., (2004), Les démences, classification, clinique, physiopathologie et traitements, Paris : Éditions Med-Line
- [21] <https://www.deuxiemeavis.fr/pathologie/demence-vasculaire>
- [22] Balardy L. Voisin T., Vellas B.,(2004) « Prise en charge du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, in : Alzheimer : un état des lieux », Dementia mai-juin-juillet, 91-97.
- [23] Szekely C., Ouvrard F. (2004), Réponses à vos questions sur la maladie d'Alzheimer, Paris : Solar.
- [24] Cours IPA Professeur Puisieux 2025 « les fragilités gériatriques ».
- [25] Dubois B, Villain N, Schneider L, et al. Alzheimer Disease as a Clinical-Biological Construct-An International Working Group Recommendation. JAMA Neurol 2024;81:1304-1311. doi:10.1001/jamaneurol.2024.3770
- [26] La maladie d'Alzheimer : des facteurs de risque au diagnostic Catherine Helmer adsp n°65 décembre 2008
- [27] Maladie d'Alzheimer :les médicaments et le suivi, S Van Pradelles, volume 2 p9, septembre 2006.
- [28] <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/wp-content/uploads/2023/03/2021-guide-interventions-non-medicamenteuses-fr.pdf>

- [29] Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., & Borella, E. (2019). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia: A review. *European Psychologist*, 24(3), 257–277.
- [30] Interventions non médicamenteuses et maladie Alzheimer, comprendre, connaître, mettre en œuvre, guide pratique, living lab, fondation Médéric Alzheimer p92
- [31] La maladie d'Alzheimer : facteurs de risque au diagnostic, Catherine Helmer, adsp n°65 décembre 2008.
- [32] Site World Wide Fingers – Alzheimer's Association
- [33] Ohnen SH. Troubles psychocomportementaux du sujet âgé : aspects cliniques, neurologie, psychiatrie, gériatrie, année 2, juillet/août 2002.
- [34] <https://www.gerpennes.be/ma-commune/services-administratifs/plan-de-cohesion-sociale-1/gerer-les-troubles-cognitifs-au-quotidien/les-troubles-cognitifs/troubles-cognitifs.pdf>
- [35] https://topmu.ca/wp-content/uploads/2019/04/troubles_psychocompt.pdf
- [36] Symptômes comportementaux et psychologiques associés aux stades débutants des démences volume 15, numéro 1, janvier-février 2023.
- [37] https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/200907/alzheimer_troubles_comportement_perturbateurs_synthese.pdf
- [38] Symtomes psychocomportementaux de la démence dans la maladie d'alzheimer, michel benoit, philippe robert, la revue du praticien ed 2005 p3.
- [39] <https://www.chu-lyon.fr/syndrome-confusionnel>
- [40] Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées prise en charge des troubles du comportement perturbateurs, synthèse des recommandations de bonne pratique, mai 2009, p2
- [41] Virginia Henderson était une infirmière américaine. Elle a, pour caractériser le rôle de l'infirmière, défini quatorze besoins fondamentaux faisant partie des courants de pensée infirmiers de 1947
- [42] VIGIL-RIPOCHE, Marie-André. Concept de prendre soin et soin, care et caring, disponible dans le livre Les concepts en sciences infirmières. 2009. p244.

[43] WATSON, Jean. Le Caring : philosophie et science des soins infirmiers. Traduction française sous la direction de BONNET Josiane. 1998. p21.

[44] HESBEEN Walter. Op.cit. p8

[45] Texte sur le « Prendre soin », paru dans la revue Présences de Lyon en Avril 1995, d'après P. Morel- Vulliez. Présent dans le livre de Walter HESBEEN, Prendre soin à l'hôpital, p180.

[46] CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques p.3.

[47] KITWOOD, T. and K. BREDIN, Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. Ageing and Society, 12: 269-287,1992

[48] Représentations sociales de la maladie d'Alzheimer Une revue de la littérature. C Scodellaro adsp n°65 décembre 2008

[49] Michele Créoff, les maltraitances institutionnelles dans adsp n°32 juin 200 p52

[50] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045133802

[51] Une unité de soins aigus pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés : l'expérience rémoise R. Mahmoudi , M. Dramé , I. Morrone , C. Talbot , F. Blanchard , J.L. Novella NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie Volume 12, Issue 71, October 2012, Pages 230 236

<https://www.sciencedirect.com.ressourceselectroniques.univlille.fr/science/article/pii/S1627483012001122>

[52] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs

53 Fiche 1 .La communication dans les soins par Martine Mazoyer edition Vuilber 2023 p 209-211

[54] https://www.has-sante.fr/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_819687

[55] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf

[56] Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil Malmaison: Lamarre

Tables des matières

Remerciements	3
Sommaire	4
Glossaire	4
Avant-Propos	6
A/ CADRE CONCEPTUEL	9
INTRODUCTION	9
I La particularité des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées.	11
1.1 Définir et comprendre la maladie d’Alzheimer et maladie apparentées.	11
1.1.1 De la démence aux troubles neurocognitifs.	11
1.1.2 La maladie d’Alzheimer.	12
1.1.2.1 Origine.....	12
1.1.2.2 Anatomopathologie	12
1.1.2.3 Les différents stades	13
-Le stade préclinique.	13
-Le stade pré-déméntiel.	13
-Le stade déméntiel.	13
-La phase déméntielle évolué	13
1.1.3 les maladies apparentées.	14
1.2 Diagnostic.....	15
1.3 Les traitement médicamenteux et non médicamenteux.....	16
1.3.1 Les traitements médicamenteux de la MAMA :	16
1.3.2 Les traitements non médicamenteux :	17
1.2.6 Facteurs de risques et facteurs protecteurs	18
II Les troubles du comportements perturbateurs : les symptômes psycho-comportementaux...	19
2.1 Présentation et définition.....	19
2.2 Evaluation du trouble	21
2.3 Le syndrome confusionnel.....	21
2.4 Prise en charge thérapeutique	21
III Le concept de « prendre soin »	22
3.1 « Du caring » au « prendre soin ».....	22
3.1.1 Le « caring ».....	22

3.1.2 « Le prendre soin »	22
IV L'unité de gériatrie aiguë maillon indispensable de la filière gériatrique.....	23
4.1 Introduction.....	23
4.2 Définition.....	23
4.3 Fonction.....	24
QUESTION DE RECHERCHE.....	25
HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	25
B/ METHODE.....	26
1.Choix du type d'étude	26
2. Population étudiée	26
3. Méthode de recrutement	26
4.Démarches administratives.....	27
5. Recueil de données	27
5.1 Lieu et matériel	27
5.2 Consentement.....	27
5.3 Le guide d'entretien	28
5.4 Qualité de l'étude.....	28
5.5 Méthode d'analyse.....	28
C/RESULTATS	29
1. Caractéristiques des échantillons.....	29
2. Thématiques.....	30
2.1. Une connaissance insuffisante de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.	30
2.2 Un manque de formation pour « gérer » les troubles du comportement.	31
2.2.1Le manque de formation.....	31
2.2.2 Un manque de repérage en équipe des situations à risques.....	32
2.3 Un environnement non adapté à la MAMA.....	33
2.3.1 Une architecture non adaptée	33
2.3.2 Un manque de personnel récurrent.....	34
2.4 La stratégie de prise en soins.....	34
2.4.1 Une gériatrie vers une orientation médicamenteuse.....	34
2.4.2 Une sous-utilisation des techniques non médicamenteuses	34
2.4.3 Une non-utilisation des moyens de prévention des troubles du comportement. .	35
2.4.4 Une prise en soins qui doit respecter la dignité et les droits du patient.	35
2.4.5 Une prise en soins pluridisciplinaire incluant les proches.	35

2.5 Une cohabitation complexe entre patients ayant des troubles neurocognitifs et patients ayant des troubles organiques	36
2.6 L'IPA un nouvel acteur de soin	36
2.6.1 Représentation.....	36
2.6.2 Méconnaissance des missions	37
2.6.3 L'IPA, un nouveau regard sur la prise en soins et le travail en équipe	37
2.6.4 L'IPA un nouvel acteur dans la rupture de soins	38
D/ ANALYSE DES RESULTATS.....	39
E/ DISCUSSION.....	41
1. Discussion autour des résultats	42
1.1 Une représentation lacunaire de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées chez les soignants.....	42
1.2 Une formation insuffisante qui crée des difficultés dans la prise en soins.	43
1.3 Un environnement de soins inadapté sur le plan architectural, au niveau des effectifs et avec les autres patients.	44
1.4 Une prise en soins centré sur les thérapeutiques.	45
1.5 Un respect de la dignité de la personne et du respect de ses droits.	46
1.6 Une méconnaissance des missions et du rôle de l'IPA, mais un bénéfice de sa présence envisagé.	46
2. Les forces et les limites de l'étude	48
2.1 Force de l'étude.....	48
2.2 Limite de l'étude.....	48
2.3 Perspective de l'étude	49
CONCLUSION.....	50
Bibliographie	51
Tables des matières	55
Annexes	58
Annexe 2 : Lettre d'information aux professionnels.....	II
Annexe 5 : Verbatims.....	V
Annexe 6 : Grille COREQ	VI

Annexes

Annexe 1 :.....	I
Annexe 2.....	II
Annexe 3.....	III
Annexe 4.....	IV
Annexe 5.....	V
Annexe 6.....	VI

ANNEXE 1 : Inventaire neuropsychiatrique (NPI)



Items	NA	Absent	Gravité	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Comportement moteur	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Sommeil	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3	0 1 2 3 4 5
Score total			/ 36	/ 60

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/08r07_memo_maladie_alzheimer_troubles_comportement_npi_reduit_npi-r_2013-02-26_14-59-15_289.pdf

Annexe 2 : Lettre d'information aux professionnels

Bonjour, je m'appelle Topart Vincent je suis infirmier étudiant en pratique avancée.

Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur le thème de la gériatrie Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la prise en soins des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez travailler en service de gériatrie aiguë depuis au moins 4 ans.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2025-113.au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

En vous remerciant par avance
Bien cordialement
Topart Vincent

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse vincent.topart.etu@univ-lille.fr.

Annexe 3 : Récépissé de déclaration DPO.



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUÉMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais : dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Ducez 59000 - LILLE	Code NAP : 85422 Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Objet : Prise en soins des troubles psycho-comportementaux perturbateurs chez les patients Alzheimer et maladie apparentés au sein d'un service de gériatrie aigüe de proximité
Référence Registre DPO : 2025-113
Responsable scientifique : M. Cédric WALIN Interlocuteur : M. Vincent TOPART

Fait à Lille,

Le 22 mai 2025

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4 : Grille d'entretien

Profils :

Age	Sexe	Profession	Depuis quand exercez-vous	Lieu exercice

Questions :

Quelle est votre représentation de la maladie d'Alzheimer ? Les maladies apparentées ?

Que pensez-vous de la prise en soins actuelle de la personne ayant une maladie d'Alzheimer et maladie apparentées au sein des services de gériatrie ?

Quelle serait pour vous la prise en soins idéale de la personne soignée souffrant de ces troubles ?

Pensez-vous avoir bénéficié de formation suffisante pour appréhender les troubles psycho-comportementaux perturbateurs ?

Comment se passe la cohabitation entre patients non dément et patient ayant des troubles neurocognitifs ?

Quels dispositifs sont mis en place au sein de votre établissement pour optimiser la prise en soins des personnes Alzheimer et maladie apparentées ?

Comment vous représentez vous un infirmier en pratique avancée (IPA)?

L'IPA pourrait-il avoir à votre avis un rôle important dans la prise en soins de la maladie d'Alzheimer, et selon vous de quelle manière ?

Annexe 5 : Verbatims

L'intégralité des verbatims est accessible à partir de ce lien ou par le QR code suivant :

https://drive.google.com/file/d/1JfW0VXziSyJ_C8nuLQo13YbUa6uf_d8d/view?pli=1



Annexe 6 : Grille COREQ

Numéro	Item	Guides questions/ Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
Topart Vincent	Enquêteur	Quel(s) auteurs a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Validation master 2 IPA	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
Initiation à la recherche	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme
Novice	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
Oui	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
Statut au moment de l'interview	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
EIPA en deuxième année.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
IMRAD	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
Sélection des participants		
Diffusion de sms et ou mail et lettre déposée dans les structures	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?
Dix	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
Zéro	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
Au sein de trois unités de CSG	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
Professionnels de santé intervenants en CSG	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil de données		

Oui	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
Non	Entretien répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
Audio sur dictaphone	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
Oui	Note de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Entre 8 et 20 min	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse des résultats		
Analyse des données		
Une	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
Oui	Description de l'arbre du codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
Word	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
Oui	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? chaque citation était-elle identifiée ?
Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

<p>Auteur : Topart Vincent</p> <p>Date de soutenance : Mardi 1 Juillet 2025</p> <p>Titre du mémoire : Prise en soins des troubles psycho-comportementaux perturbateurs chez les patients Alzheimer et maladies apparentées au sein d'un service de gériatrie aiguë de proximité.</p> <p>Mots-clés : Prise en soins, gériatrie, maladie Alzheimer et apparentées, troubles psycho-comportementaux perturbateurs, service de gériatrie.</p>	<p>Author : Topart Vincent</p> <p>Thesis defense date : Tuesday, July 1, 2025</p> <p>Title : Care of disruptive psycho-behavioral disorders in patients with Alzheimer's and related diseases in a local acute geriatric service</p> <p>Key words : Care, geriatrics, Alzheimer's disease and related diseases, disruptive psycho-behavioral disorders, geriatric service.</p>
<p>Résumé :</p> <p>Contexte : La prise en soins des troubles psycho-comportementaux chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées en service de gériatrie aiguë constitue un enjeu majeur tant sur le plan de la santé publique que les plans humain et clinique.</p> <p>Objectif : L'objectif de cette étude est d'explorer l'amélioration de la prise en soins des troubles psycho-comportementaux perturbateurs chez les patients Alzheimer et maladies apparentées au sein d'un service de gériatrie aiguë de proximité.</p> <p>Méthode : La méthode utilisée est une étude quantitative basées sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès de professionnels de santé exerçant au sein des services de gériatries aiguës dans des « petites structures »</p> <p>Résultats : Il semble que le manque de formation et l'architecture peu favorable ne favorisent pas la prise en soins optimale des troubles psycho-comportementaux chez les MAMA. Le rôle et les missions de l'IPA restent méconnus auprès des soignants, pourtant ce nouveau métier représente une place particulière au sein de l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Conclusion : Ce travail met en lumière les défis majeurs rencontrés dans la prise en soins des MAMA au sein des services hospitaliers, le manque de formation, l'inadéquation de l'environnement et d'une approche centrée sur l'utilisation des médicaments. L'IPA représente un nouvel acteur pour améliorer cette prise en soins, notamment grâce à son leadership.</p> <p>Directeur de Mémoire : Dr Nalin Cédric</p>	<p>Summary:</p> <p>Context : Managing behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease or related disorders is a major challenge in acute geriatric care. This issue is of critical importance not only from a public health perspective but also on human and clinical levels.</p> <p>Objective: The objective of this study is to explore ways to improve the management of disruptive behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's disease and related disorders within a local acute geriatric care unit.</p> <p>Method: The method used is a quantitative study based on semi-structured individual interviews with healthcare professionals working in acute geriatric units within small healthcare facilities.</p> <p>Results: It appears that the lack of training and the unsuitable architectural design hinder the optimal management of behavioral and psychological symptoms in patients with Alzheimer's and related disorders. The role and responsibilities of the Advanced Practice Nurse (APN) remain poorly understood among healthcare staff, even though this new profession holds a unique and valuable position within the multidisciplinary team.</p> <p>Conclusion: This work highlights the major challenges faced in the care of patients with MAMA within hospital services, particularly the lack of training, the inadequacy of the environment, and a care approach overly centered on medication use. The Advanced Practice Nurse (APN) represents a new key player in improving this care, notably through their leadership. Let me know if you'd like the acronym MAMA explained or adapted for an English-speaking audience.</p> <p>Dissertation Director: Dr. Nalin Cédric</p>