



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE : 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 11 Juillet 2024 à Poitiers par

Till POUGNET

Intérêt de la prise en soins des patients atteints de maladies neurodégénératives par les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et retentissement sur les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre Jean SAULNIER

Membres : Monsieur le Professeur associé Pierrick ARCHAMBAULT
Madame la Docteure Marie GRUEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Paul MOREAU



A ma famille

A mes amis

*« On commence à vieillir quand on finit
d'apprendre »*

Proverbe Japonais



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGORD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCC Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



ReMERCIements

A mon Amour,

***Emilie**, merci pour tout, merci pour ton amour, merci pour ta patience, merci pour ton soutien, merci pour ta compréhension et ton intelligence à analyser et expliquer les situations.*

Merci d'être toujours à mes côtés et de m'accompagner dans cette aventure. Merci à toi et merci pour les sacrifices que tu as réalisés pour je puisse réaliser mes rêves.

A mes enfants,

*Mes chéris, **Auguste** et **Nina**, merci pour tout le bonheur que vous me donnez et votre joie de vivre. Vous êtes des soleils qui éclairez mon cœur. Je vous aime.*

A mes parents,

***Annik** et **Bruno**, merci pour votre amour et votre soutien indéfectible. Merci d'avoir aussi contribué à réaliser mon rêve et je sais, ce fut long. J'espère un jour pouvoir rendre à mes enfants cette belle éducation et tout cet amour que vous m'avez donné.*

A mes frères,

***Gwendal** et **Aliocha**, toujours là pour m'aider et me supporter, frères pleins de malice, qui m'ont permis de m'épanouir.*

***Dr Nicolas CORNAUD**, merci pour tous tes conseils et de m'avoir orienté vers ce beau périple.*

Merci à toute ma famille et tous mes amis qui m'ont accompagné dans ce voyage.

*Je remercie le **Pr Jean Pierre SAULNIER** qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

*Mes remerciements s'adressent également au **Pr Pierrick ARCHAMBAULT** qui nous fait l'honneur de mon travail. Puissiez-vous trouver ici l'expression de mon profond respect.*

***Dr Marie GRUEL**, merci pour tous les éclaircissements, votre connaissance et expérience que vous avez apporté à ce projet de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.*

***Dr Jean Paul MOREAU**, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir guidé en tant que directeur de thèse, pour votre patience, votre bienveillance et votre soutien.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
Chapitre I : Les Troubles Neurocognitifs, Maladie d'Alzheimer (MA) et maladies apparentées	4
1) Les Troubles Neurocognitifs	4
2) Les différents types de TNC :.....	5
2.1) Maladie d'Alzheimer (MA 60 à 80% des TNC).....	6
2.2) Les démences vasculaires (10 à 30% des TNC).....	6
2.3) Maladie à corps de Lewy diffus (5 à 10% des TNC)	7
2.4) Dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT, 2 à 5% des TNC)	7
Chapitre II : Les symptômes psycho-comportementaux des Démences (SPCD)	8
1) Origines et Etiologies des SPCD	8
2) Le retentissement des SPCD.	9
2.1) Pour les patients	9
2.2) Pour l'entourage.....	10
3) La prise en charge des démences et des SPCD.....	11
3.1) Les antidépresseurs.....	11
3.2) Les neuroleptiques	11
3.3) Les anxiolytiques	12
3.4) Les hypnotiques.....	12
3.5) Les anticholinestérasiques.....	13
Chapitre III : Les Approches Non médicamenteuses et Les PASA	13
1) Les Approches Non médicamenteuses	13
2) Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés : PASA.	14
2.1) Les personnes bénéficiant des PASA.....	14
2.2) Les critères de sélection des patients	15
2.3) Les activités proposées par les PASA	15
2.4) Les objectifs du PASA	15
2.5) L'environnement et l'architecture des PASA :	16
2.6) Les effets attendus des PASA sur les patients et les soignants :	16
Chapitre IV : Institution en France et condition de travail du personnel soignant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	17
1) Institution et maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée	17

2) Condition de travail du personnel soignant en EHPAD	18
HYPOTHESE ET OBJECTIFS	20
MATERIELS ET METHODES	22
1) Population étudiée :.....	22
2) Les critères d'inclusion et d'exclusion :.....	23
3) Définitions	23
4) Taille de l'effectif	23
5) Type d'étude.....	24
6) Critère de jugement principal.	24
7) Analyse Statistique.	24
8) Autorisation de recherche.....	25
RESULTATS	26
Partie I : Description de la population étudiée.....	26
Partie II : Résultats des différents objectifs :	26
1) Objectif principal avec effet du PASA sur le personnel de l'EHPAD	26
2) Objectifs secondaires.....	28
2.1) Temps et effort du quotidien.....	28
2.2) Effet du PASA sur les patients de l'EHPAD	30
2.3) Les syndromes Psycho-comportementaux.....	30
2.4) Les Psychotropes	31
2.5) Effet général du PASA sur les principales causes affectants les patients ayant une neurodégénérescence	32
3) Les syndromes psycho-comportementaux des déments (SPCD).....	33
4) Effet du PASA sur l'EHPAD.....	34
5) Les difficultés rencontrées depuis la constitution des PASA	34
DISCUSSION	36
Chapitre I : Population étudiée	36
Chapitre II : Objectifs secondaires	37
1) Temps et efforts du quotidien.....	37
2) Effet du PASA sur les patients de l'EHPAD	38
3) Les syndromes Psycho-comportementaux (SPCD)	39
4) Effet du PASA sur l'EHPAD	40
5) Les difficultés rencontrées depuis la constitution des PASA	40
Chapitre III : Les limites :.....	41
1) Biais de sélection	41

2) Biais de désirabilité sociale et d'acquiescement.....	42
3) Biais de non-réponse.....	42
4) Biais de formulation	42
<i>CONCLUSION</i>	43
<i>REFERENCES</i>	44
<i>BIBLIOGRAPHIQUES</i>	44
<i>RESUME et MOTS CLES</i>	47
<i>ANNEXES</i>	48
Questionnaires : SOIGNANT-EHPAD et MEDECIN-PASA.....	48

INTRODUCTION

Chapitre I : Les Troubles Neurocognitifs, Maladie d'Alzheimer (MA) et maladies apparentées

1) Les Troubles Neurocognitifs

Les Troubles Neurocognitifs (TNC), anciennement nommée démence, sont un sujet complexe et délicat, qui méritent une attention particulière et une compréhension approfondie. Ils se présentent comme un déclin progressif et irréversible d'une ou plusieurs fonctions cognitives (mémoire, attention, langage, gnosie, praxie, raisonnement, jugement...) et ou comportementales (personnalité, affects, régulation des conduites sociales...). Ce phénomène, qui touche principalement les personnes âgées, est un véritable défi pour notre société, tant sur le plan médical que social et humain par une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne et un déficit progressif de l'ensemble des fonctions cognitives acquis, qui se chronicise chez une personne ayant un état de conscience normal.

Les TNC sont un ensemble hétérogène de troubles, dont la plus connue est la maladie d'Alzheimer (MA). Elles sont le résultat de diverses affections et lésions cérébrales, et leur évolution varie d'un individu à l'autre. Elles ont un impact profond sur la vie des personnes qui en sont atteintes, ainsi que sur celle de leurs proches, bouleversant leur quotidien et leurs perspectives.

Leur diagnostic est souvent tardif du fait de son impact insidieux dans le temps. Il est établi au terme d'une évaluation cognitive longue, prenant en compte des éléments cliniques, neuropsychologiques, des critères d'imagerie et biologiques en se référant aux procédures de la Haute Autorité de Santé (HAS) [1].

En France, selon les estimations de l'Inserm, en 2015 on comptait environ 1,2 million de personnes atteintes de la MA ou de troubles apparentés. Estimées à 1,4 million en 2024, elles devraient atteindre 2,2 millions en 2040 [2], [3] ce qui en fait un enjeu majeur de santé public encadré par différent plan Alzheimer successif [4]. Le coût socio-économique de ces pathologies est massif. En effet, ce sont des soins chroniques très coûteux au domicile ou en institution [3], [5].

Sa morbidité est majeure avec une perte d'autonomie grandissante pour le patient et une souffrance pour les aidants. On estime le taux de survie en moyenne de 8 à 10 ans après la détection des premiers symptômes de la maladie [6].

2) Les différents types de TNC :

Les causes de TNC sont dominées par les maladies neurodégénératives (70 à 90% des démences) et surtout par la MA (soit 70% des TNC).

Le traitement de ces pathologies est actuellement purement symptomatique [7]. Son efficacité symptomatique, modeste, a été considérée comme insuffisante pour bénéficier de la solidarité nationale par la HAS (1er août 2018). Plus la maladie progresse, plus la prise en charge va se centrer sur le maintien de l'autonomie et la gestion des troubles du comportement.

Les troubles cognitifs sont hiérarchisés de léger à majeur. Les troubles légers correspondent à un déclin neurocognitif plus sévère que l'oubli normal lié au vieillissement, mais qui n'est pas aussi sévère que la démence, alors que les troubles majeurs sont caractérisés par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de l'individu.

Ils se distingue par trois phases évolutives

- La phase prédémentielle ou prodromale ; c'est le début de la phase symptomatique ;
- La phase d'état ou de démence (légère à sévère) ;
- La phase de démence très sévère.

Ces phases évolutives sont classées par le test MMSE (Mini Mental State Examination) qui permet d'effectuer un examen cognitif global et, en cas de démence, donne une indication sur sa sévérité mais ne permet pas de poser un diagnostic étiologique

2.1) Maladie d'Alzheimer (MA 60 à 80% des TNC)

La MA se caractérise par une détérioration progressive et insidieuse des fonctions cognitives et du comportement. Au début, les symptômes peuvent se manifester par des troubles de la mémoire épisodique récente ou de léger trouble du comportement. Cette amnésie antérograde indique une altération des processus d'encodage et de stockage de l'information, ce qui altère la récupération d'informations nouvelles. La récupération des souvenirs personnels, autobiographiques est également déficitaire, dans un second temps.

Au fil du temps, la dégradation se caractérise par une meilleure préservation des souvenirs anciens, tandis que la mémoire sémantique ; qui concerne les mots, les connaissances sur le monde et sur soi ; est précocement perturbée. Cela se traduit par des manques du phrasé, un discours vague, des paraphasies et une diminution du vocabulaire. La mémoire de travail, (à court terme) qui permet de stocker et manipuler des informations pendant une courte durée (quelques secondes) en vue de les utiliser pour accomplir une tâche est également altérée dès les premiers stades de la maladie.

L'atteinte des fonctions exécutives est très variable d'un individu à l'autre. Elles interviennent lors de la réalisation de tâches complexes, inhabituelles et nécessitant l'élaboration de stratégies, l'utilisation de connaissances antérieures, l'inhibition de réponses non pertinentes ou encore la planification d'étapes d'une action dirigée vers un but. Il semblerait qu'il existe une atteinte de ces fonctions dès un stade pré-déméntiel.

Au fur et à mesure que la maladie progresse, un syndrome aphaso-apraxo-agnosique se constitue, affectant l'ensemble des fonctions cognitives et entraînant une dépendance majeure.

À un stade très avancé, des troubles moteurs, des myoclonies et des crises convulsives peuvent survenir. L'évolution de la maladie est continue et progressive, avec une durée de vie moyenne de 8 à 9 ans.

2.2) Les démences vasculaires (10 à 30% des TNC)

Ces TNC sont acquis par des lésions vasculaires via l'atteinte des petites artères (HTA, diabète et autres facteurs de risque cardio-vasculaire) générant des lacunes de la substance blanche. Leur sommation aboutit à un trouble neurocognitif ou à une démence dite

«vasculaire» d'apparition insidieuse. La maladie des petites artères est souvent associée à une atteinte neurodégénérative de type Alzheimer. La nature et la sévérité des symptômes dépendront également de la localisation et de l'étendue des lésions vasculaires. Des facteurs tels que l'âge, le sexe et la « réserve cognitive » ont également leur importance.

2.3) Maladie à corps de Lewy diffus (5 à 10% des TNC)

Autre atteinte neurovégétative, les maladies à corps de Lewy et maladie de Parkinson appartiendraient au même groupe, celui des « Lewy Bodies Spectrum ». L'affection peut se présenter initialement comme une MA ou comme une maladie de Parkinson avec une prise en charge thérapeutique qui est souvent un mélange de celles des deux. Elle est marquée par l'existence d'hallucinations (visuelles ou auditives) et de troubles psychiatriques (dépression sévère, troubles psychotiques), souvent inauguraux ou précoces dans l'évolution de la maladie auxquels se surajoutent des fluctuations cognitives avec une confusion mentale chronique à minima.

2.4) Dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT, 2 à 5% des TNC)

Les DLFT sont un groupe de maladies neurodégénératives qui ont pour point commun l'atteinte progressive des lobes frontaux et temporaux. Elles se manifestent par des changements progressifs du comportement, une dysfonction exécutive et des troubles du langage. La plus courante est la DLFT comportementale. Les symptômes comprennent des changements de personnalité et de comportement, tels que l'apathie, la perte d'empathie, la désinhibition, la compulsivité et les troubles alimentaires.

Il existe d'autres formes cliniques : la démence sémantique affectant le langage (aphasie primaire progressive non fluente), des atteintes plus sévères sur les troubles du comportement (agressivité, l'impulsivité et comportements répétitifs), des atrophies corticales postérieures (atteinte visuel), des dégénérescences cortico-basales (troubles moteurs tels que la rigidité, la lenteur et trouble de la coordination).

On y retrouvera principalement une perte des convenances sociales, un trouble du contrôle des conduites personnelles, une perte de l'intérêt pour les autres, des troubles des fonctions exécutives et une anosognosie.

Chapitre II : Les symptômes psycho-comportementaux des Démences (SPCD)

Anciennement considérés comme symptômes psychiatriques, les symptômes psycho-comportementaux des démences (SPCD) regroupent l'ensemble des symptômes dits « non cognitifs » des troubles du comportement

On y retrouve deux classes : les symptômes psychologiques (dépression, apathie, anxiété, délire, hallucination, trouble du sommeil) et les symptômes comportementaux (déambulation, fuite, cris, plaintes, agressivité, agitation)

Ces symptômes induisent un surcoût sur le plan médico-économique. Ils sont responsables de la surconsommation médicamenteuse des patients comme des aidants principaux, de la majoration de la perte d'autonomie ainsi que de l'augmentation des hospitalisations [8], [9], [10], [11].

1) Origines et Etiologies des SPCD

La cognition est un processus complexe qui nous permet de percevoir et de comprendre notre environnement. Elle se développe et s'enrichit tout au long de notre vie grâce à nos connaissances et à nos expériences personnelles. Cependant, chez les personnes atteintes de TNC, cette capacité à se remémorer le passé et à utiliser cette expérience pour s'adapter à l'environnement présent est altérée.

Les personnes atteintes peuvent percevoir leur environnement de manière déformée ou incomplète, en raison de leur mémoire dégradée et de leur difficulté à traiter les informations. Cette situation peut être source de stress et d'anxiété pour le patient, qui peut réagir de manière inappropriée ou excessive. Les hurlements ou les gestes déplacés sont souvent des manifestations de cette détresse, mais ils peuvent être mal interprétés par l'entourage comme des troubles du comportement.

Cette situation peut créer un cercle vicieux, où l'anxiété du patient et de l'aidant se renforcent mutuellement. Il est donc essentiel de comprendre que les réactions du patient sont souvent des manifestations de sa détresse et de sa difficulté à s'adapter à l'environnement. Une

approche centrée sur la personne et sur ses besoins spécifiques peut aider à réduire l'anxiété et à améliorer la qualité de vie du patient et de l'aidant.

C'est pourquoi, devant tout changement de comportement chez un patient ayant une MA ou maladies apparentées, il y'a probablement une cause sous-jacente à rechercher (somatiques, psychiatriques, facteurs déclenchants, facteurs prédisposants et les facteurs).

2) Le retentissement des SPCD.

Le retentissement des symptômes psycho-comportementaux des TNC est majeur, que cela soit pour le malade, sa famille et les aidants. Ils peuvent être annonciateurs d'une maladie neurodégénérative avant même l'identification de trouble mnésique. Afin de les repérer, on pourra s'aider de différentes échelles (NPI, BEHAVE-AD, ECD GRECO...).

2.1) Pour les patients

Les troubles du comportement entraînent des répercussions sur de nombreux aspects de la vie, allant de l'aggravation des troubles cognitifs, jusqu'à l'hospitalisation voire le décès du patient.

On sait que l'augmentation des SPCD est corrélée à l'évolution de l'atteinte cognitive et donc un impact négatif sur la qualité de vie, la fonctionnalité et l'évolution de la maladie. Par exemple, une étude publiée dans la revue *Neurology* en 2016 a révélé que les personnes atteintes de la MA qui présentaient des SPCD avaient une accumulation plus rapide de protéines bêta-amyloïdes dans le cerveau, ce qui est un signe de la progression neurodégénérative [12], [13], [14], [15].

Cette perte d'autonomie pose également un problème de dispensation médicamenteuse, avec une surcharge des ordonnances augmentant le risque de iatrogénie et les sources d'erreurs.

2.2) Pour l'entourage.

On peut déduire qu'il apparait évident que les personnes atteintes de troubles cognitifs avec SPCD représentent une réelle charge physique et psychologique pour les aidants :

- Charge de temps d'accompagnement à domicile du malade,
- Charge émotionnelle ressentie liée au sentiment de détresse induit par l'état de son proche malade.

En outre, les aidants se retrouvent seuls, isolés et démunis par méconnaissance des solutions de prise en charge envisageables. Ce fardeau semble plus lié à la présence de SPCD qu'aux altérations cognitives elles-mêmes.

En effet, différentes études montrent que la présence d'un ou deux SPCD engendre une surcharge de soins à domicile de la part des aidants. Les aidants naturels qui s'occupent de personnes atteintes de TNC avec des SPCD ont tendance à consacrer environ 21 heures par semaine aux soins, comparativement à environ 15 heures par semaine pour les aidants qui s'occupent de personnes atteintes sans SPCD [16].

Cependant, une autre étude publiée dans la revue *International Psychogeriatrics* en 2019 a révélé que les aidants naturels qui s'occupent de personnes présentant des SPCD graves peuvent consacrer jusqu'à 40 heures par semaine aux soins, soit l'équivalent d'un emploi à temps plein [17].

En France, selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2019, environ quatre aidants sur dix déclarent consacrer plus de 20 heures par semaine aux soins, et environ un aidant sur dix déclarait consacrer plus de 40 heures par semaine aux soins [18]. En plus de cette surcharge de travail, cela occasionne chez l'aidant stress, anxiété, troubles du sommeil et dépression [19], [20].

De manière globale les symptômes causant le plus de détresse chez l'aidant sont les idées délirantes, la dépression, l'insomnie, l'agitation et ce d'autant plus que le déclin cognitif est important

La détresse psychologique, le stress et la dépression, sont responsables d'une importante consommation médicamenteuse, d'un épuisement et parfois de décompensation de pathologies chroniques des aidants, par négligence de leur propre état de santé. Ceci est

souvent à l'origine de placements en urgence de patients déments, dans des situations dramatiques, avec toutes les perturbations qui en résultent.

3) La prise en charge des démences et des SPCD

La perte des principales fonctions cognitives et de l'autonomie demande une vigilance constante et quotidienne nécessitant des adaptations au domicile voire un placement en institution lorsque les aidants sont épuisés. Les SPCD et leurs traitements symptomatiques sont également responsables d'un surcoût important lié aux nombreuses hospitalisations, dont la iatrogénie est l'une des principales causes [3], [5].

Aujourd'hui, il n'existe pas de traitement curatif de la MA et des maladies apparentées. Selon les recommandations de la HAS de 2018 [21], les traitements, qu'ils soient pharmacologiques ou non pharmacologiques, ont pour but de préserver les fonctions cognitives et de gérer les troubles du comportement.

Les psychotropes sont utilisés lorsque les techniques de soins appropriées sont insuffisantes, avec altération du fonctionnement du patient et mise en danger de lui-même et de son entourage.

3.1) Les antidépresseurs

En cas d'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé d'utiliser un antidépresseur sans effet cholinergique (les tricycliques sont donc à éliminer).

Dans les quatre principales maladies dégénératives cérébrales, la balance semble profiter aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS).

3.2) Les neuroleptiques

Ils sont actifs sur les signes psychotiques ainsi que sur l'agressivité et l'agitation qui en découlent.

Malheureusement, en raison d'une morbi-mortalité (cardiaque, neurovasculaire, agitation...) beaucoup plus importante leur usage chez les patients âgés avec des TNC est déconseillé. En cas d'absolue nécessité (échec des autres mesures ou en cas d'urgence), leur

usage doit être réfléchi et adapté au cas par cas en fonction des antécédents et des troubles présentés par le patient. Ils devront être utilisés à la plus petite dose efficace et le moins longtemps possible.

Le choix s'orientera vers les antipsychotiques atypiques, rispéridone et olanzapine. Elles ont montré un bénéfice par rapport aux neuroleptiques classiques comme l'halopéridol, avec une meilleure réduction de l'agressivité.

Néanmoins, leurs effets délétères sur les fonctions cognitives, le risque cardiovasculaire ou le risque de syndrome malin les réservent aux seuls symptômes psychotiques.

La rispéridone serait surtout efficace sur l'agressivité et les hallucinations, alors que l'olanzapine le serait plus sur les manifestations psychotiques à type de délire. En cas d'agitation importante, on peut discuter le recours au tiapride, seul neuroleptique classique non-anticholinergique.

L'utilisation des neuroleptiques est formellement contre indiquée dans les démences à corps de Lewy en raison d'un risque important d'aggravation clinique, et dans les maladies Parkinsoniennes à cause d'une majoration importante du syndrome extrapyramidal sauf pour la quétiapine et la clozapine.

3.3) Les anxiolytiques

Ils sont normalement limités aux situations de crise et utilisés sur de courtes durées en attendant la correction des causes des angoisses (somatiques, relationnelles, psychologiques, iatrogéniques...).

Il faut privilégier les molécules à demi-vie courte (telle que l'oxazépam) avec un risque secondaire d'agitations paradoxales, de sédation, d'accentuation des troubles mnésiques, de favoriser des chutes et un syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal...

Les antihistaminiques de type hydroxyzine ou alimémazine doivent être évités du fait de leur effet anticholinergique.

3.4) Les hypnotiques

Leur prescription suit les mêmes recommandations que celle des anxiolytiques : usage de courte durée, à dose minimale efficace et réévaluation régulière. Leur utilisation doit être

précédée de la mise en place de règles d'hygiène de vie simples, et de la prise en charge des autres troubles du comportement pouvant affecter le sommeil.

A noter un risque d'hallucinations hypnagogiques, voire diurne chez les patients traités par zolpidem.

3.5) Les anticholinestérasiques

L'indication actuelle se limite aux phases légères à modérément de la MA. La prescription est réalisée obligatoirement par un neurologue, un psychiatre ou un gériatre. Leur efficacité symptomatique, modeste, a été considérée comme insuffisante pour bénéficier de la solidarité nationale par la HAS qui a recommandé un déremboursement total pour l'ensemble de ces molécules en 2018.

Quatre molécules (génériquée) par voie orale ont reçu l'AMM en France. Trois d'entre elles sont des anticholinestérasiques centraux (ils augmentent la biodisponibilité de l'acétylcholine dans le cerveau) : le donépézil, la rivastigmine et la galantamine. L'autre, la mémantine, est un antagoniste des récepteurs NMDA du glutamate. Les essais thérapeutiques montrent que le déclin cognitif est légèrement moins marqué chez les patients traités. Le traitement améliorerait aussi certains troubles comportementaux notamment les hallucinations dans les maladies à corps de Lewis.

En résumé, il n'existe pas de traitement spécifique de la MA et troubles apparentés. Il sera privilégié une approche symptomatique et préventive. Les approches non médicamenteuses doivent être proposées en première intention, dans le but de gérer au mieux les symptômes psycho-comportementaux et de limiter le déclin cognitif.

Chapitre III : Les Approches Non médicamenteuses et Les PASA

1) Les Approches Non médicamenteuses

Toujours selon les recommandations de la HAS de 2018 [21] , il existe de multiples approches qui ont un impact sur les troubles cognitifs et les SPCD. Elles ont toutes pour

objectif de prévenir, prendre en charge, réduire voire éliminer les accès de comportements problématiques afin de diminuer le recours aux traitements médicamenteux [22], [23]. Elles doivent essayer de s'adapter à la personnalité à l'histoire de chaque patient.

On pourra y retrouver les jardins thérapeutiques, la méthode Snoezelen, la musicothérapie, l'aromathérapie, la phytothérapie la stimulation psychosociale, cognitive et motrice...

La formation de l'entourage familial et professionnel, constitue sûrement l'élément central de la prise en charge. L'éducation doit se faire par des professionnelles avec l'apprentissage de la communication et de l'approche du malade [21].

Aujourd'hui, la Fédération des Centres Mémoire (FCM) travail sur des nouvelles recommandations de détection et prise en charge de patient atteint de MA et trouble apparenté par des approches non médicamenteuse et pharmacologiques.

2) Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés : PASA.

Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont été créés en France dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012 [4]. Ce plan, lancé par le gouvernement français en 2008, visait à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de la MA ou de troubles apparentés.

Les PASA sont des unités spécialisées seulement accessibles au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). En décembre 2021, on comptait 1 921 Pôles d'activité et de soins adaptés [24].

La capacité d'accueil est de 14 personnes maximums sous surveillance au minimum d'un binôme de soignants formés à l'utilisation des outils d'évaluation, aux techniques d'observation et d'analyse des comportements, aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladies apparentées [25].

2.1) Les personnes bénéficiant des PASA

Les PASA, ou Pôles d'Activités et de Soins Adaptés, sont destinés aux résidents de l'EHPAD présentant des troubles du comportement légers à modérés. Ces perturbations altèrent la qualité de vie de la personne concernée, mais également celle des autres résidents.

Au cours de la journée, les PASA proposent des activités individuelles ou collectives visant à maintenir ou à réhabiliter les capacités fonctionnelles et cognitives restantes, à stimuler les fonctions sensorielles et à préserver le lien social. Un programme d'activités est élaboré par le médecin coordonnateur de l'EHPAD, en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire.

2.2) Les critères de sélection des patients

La participation d'un résident au sein d'un PASA est basée sur son volontariat. Elle est assurée par des professionnels formés à l'utilisation d'outils d'évaluation, aux techniques d'observation et d'analyse des comportements, ainsi qu'aux méthodes de communication et de prise en charge adaptées.

Le recrutement s'appuie également sur l'utilisation de diverses échelles d'évaluation de la dépendance et du comportement (test et échelles MMSE, MOCA, NPI, AGGIR ect disponible gratuitement sur internet). Les PASA accueillent des personnes présentant des profils hétérogènes, ce qui peut favoriser une dynamique de groupe stimulante.

2.3) Les activités proposées par les PASA

Elles ont pour objectif de :

- Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles, grâce à des activités telles que l'ergothérapie, la cuisine ou les activités physiques adaptées ;
- Préserver ou améliorer les fonctions cognitives, à travers des activités de stimulation cognitive, des ateliers mémoire ou du jardinage thérapeutique ;
- Stimuler les fonctions sensorielles, par le biais d'activités d'art-thérapie, de musicothérapie ou de stimulation sensorielle ;
- Maintenir les liens sociaux et familiaux, en proposant des repas, des sorties ou des activités de groupe.

2.4) Les objectifs du PASA

La finalité du PASA est d'améliorer les troubles du comportement modérés liés à la MA et aux maladies apparentées. Cet accompagnement thérapeutique individuel et collectif

visé à limiter le recours aux psychotropes et aux neuroleptiques, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'accompagnement doit être régulièrement évalué et adapté aux besoins de la personne, et les informations doivent être synthétisées et transmises dans un dossier personnalisé afin d'avoir la meilleure traçabilité de l'évolution de la pathologie et les adaptations nécessaires à anticiper.

2.5) L'environnement et l'architecture des PASA :

L'environnement architectural des PASA est conçu pour soutenir le projet de soins et d'activités adaptées. Il offre un espace confortable, rassurant et stimulant, favorisant la vie sociale et l'autonomie des résidents. Des espaces dédiés aux activités thérapeutiques et de groupe sont essentiels.

L'environnement répond aux besoins de confort, de réassurance, d'orientation et d'autonomie, tout en limitant la déambulation. Les espaces comprennent des zones de convivialité et de vie sociale, des espaces d'activités et de soins, et un espace extérieur pour le jardinage et les promenades, accessible librement aux résidents.

2.6) Les effets attendus des PASA sur les patients et les soignants :

Le PASA présente une utilité multiple :

Pour les patients [26], [27], [28], [29], il vise à :

- Réduire les troubles du comportement et psychiatriques ;
- Limiter l'utilisation des contentions chimiques
- Agir sur les symptômes d'hyperactivité, les idées délirantes et l'anxiété ;
- Stabilise ou ralentit l'évolution des TNC.

Pour le personnel soignant, il permet :

- Une répartition plus équilibrée de la charge de travail entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des résidents [30]. ;
- Un meilleur ressenti émotionnel et une prévention de l'épuisement professionnel, grâce à un soutien et un accompagnement renforcé dans leur pratique [31, 27] ;
- Une amélioration de la gestion des situations de crise ;

- Un répit pour les équipes en prenant en charge un résident perturbateur, ce qui contribue à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du secteur médico-social.

Chapitre IV : Institution en France et condition de travail du personnel soignant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

1) Institution et maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée

Au fil de l'élaboration de cette thèse, il s'est avéré plutôt ardu de recueillir des données précises concernant les EHPAD. En effet, certaines informations reposent sur des projections mathématiques établies par les instituts gouvernementaux des pays concernés. Il est important de souligner que ces chiffres sont des estimations et peuvent présenter de légères variations en fonction des sources et des méthodes de calcul utilisées.

En 2019, la France dénombrait environ 7 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), accueillant quelque 690 000 résidents. Depuis lors, ce chiffre a connu une croissance annuelle de 1 à 2 % [32], [33], [34].

Selon les prévisions de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour 2024, environ 10 % des 7,6 millions de personnes âgées de plus de 75 ans devraient résider en EHPAD, soit environ 760 000 personnes [32]. Cette perspective laisse entrevoir un manque potentiel de 50 000 à 70 000 places en EHPAD, bien qu'il n'existe actuellement aucune donnée précise à ce sujet.

Malgré le nombre insuffisant de places en EHPAD, la France se distingue comme étant le pays champion de l'Union Européenne en termes de nombre de structures sur son territoire national et de places par habitant.

À titre de comparaison, l'Allemagne, le pays le plus peuplé d'Europe avec ses 84 millions d'habitants, compte 9,4 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus, soit environ 11,3 % de sa population totale. Pourtant, son taux d'occupation en EHPAD n'était que de 4,1 % en 2021, pour environ 7000 établissements de type EHPAD [35], [36], [37].

Bien que le nombre de PASA augmente chaque année, il reste encore des progrès à faire pour répondre à la demande croissante. En décembre 2021, on estimait que 26% des EHPAD en France disposaient d'un PASA [24], soit environ 22 400 places au maximum. Cependant, la CNSA et la DRESS ont estimé ce chiffre à 21% ([38], [39]), ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour améliorer l'accès aux soins adaptés pour les personnes âgées dépendantes.

Malgré les efforts déployés, les places disponibles demeurent insuffisantes pour répondre à tous les besoins et à tous les niveaux. Le nombre de places reste considérablement inférieur aux exigences réelles.

Selon une estimation de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2022, il serait nécessaire de doubler le nombre de structures d'ici 2025 pour satisfaire les besoins. Effectivement, la majorité des résidents des EHPAD sont aujourd'hui atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et cette proportion ne cessera de croître dans les années à venir [24]. De plus, une grande partie du territoire reste non couverte, ce qui entraîne d'importantes listes d'attente.

2) Condition de travail du personnel soignant en EHPAD

En parallèle de l'augmentation annuelle du nombre de personnes atteintes de TNC en EHPAD, on constate aussi une augmentation de la formation des soignants. Cependant, les structures ont du mal à recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs. La disparité entre les moyens alloués et l'accroissement des personnes souffrant de troubles psycho-comportementaux entraîne une charge de travail accrue pour les soignants, impactant ainsi la qualité de leur travail [40].

Les conditions de travail du personnel soignant en EHPAD ont été au cœur de nombreuses études et rapports ces dernières années en France. Les résultats ont révélé de multiples problèmes de prise en charge, de conditions de vie et de maltraitements des patients et du personnel.

De nombreuses fois, il a été prouvé que les effectifs en personnel soignant étaient souvent insuffisants pour répondre aux besoins des résidents en EHPAD. Selon un rapport de la Cour des comptes publié en 2021, le taux d'encadrement dans les EHPAD en France est en

moyenne de 0,6 agent par résident, soit inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, estimée à 0,8 agent par résident.

Le manque de soignants impose un rythme de travail plus soutenu pour le reste du personnel, avec des répercussions sur les horaires de travail, souvent irréguliers et contraignants, et sur les salaires et les perspectives d'évolution professionnelle, peu attractifs en EHPAD. Les formations initiales et continues pour les soignants en EHPAD sont également souvent insuffisantes pour répondre aux besoins spécifiques des résidents âgés et dépendants, en particulier ceux atteints de troubles cognitifs lié à une neurodégénérescence.

Cette situation entraîne une surcharge de travail, un stress et une baisse de la qualité des soins, avec des répercussions sur les patients et sur la vie personnelle et familiale des soignants, ainsi que sur leur santé physique et mentale [41], [42], [43].

En résumé, la prise en charge des patients atteint d'une maladie d'Alzheimer et maladies apparentées devrait se compliquer dans les années à venir par le manque de structures, de personnel et de financement. Il est nécessaire d'engager une transformation globale de tous les EHPAD pour les adapter à l'arrivée significative de personnes atteintes de TNC, de renforcer le nombre de personnel soignant, notamment des ASG (jour et la nuit), de renforcer et réévaluer les aides, de doubler le nombre de PASA (et autres unité) dans le cadre de la nouvelle feuille de route des Maladies neuro dégénératives et assouplir leur fonctionnement [24]

HYPOTHESE ET OBJECTIFS

Les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) développés au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les personnes souffrant de Trouble Neurocognitif (TNC) pouvant être atteintes par des symptômes psycho-comportementaux liés aux démences (SPCD).

Ces structures permettent d'améliorer ces troubles du comportement (psychiatriques, agitation, irritabilité, idées délirantes, anxiété...) et de diminuer l'utilisation des traitements symptomatiques (psychotropes) par un accueil et des activités thérapeutiques individuelles et collective adaptées. Ces activités peuvent contribuer à ralentir temporairement la perte de certaines capacités cognitives et fonctionnelles, mais elles n'empêchent pas la progression globale de la maladie.

Également, les PASA nécessitent un personnel formé en capacité de gérer les patients atteints de Maladie d'Alzheimer (MA) et de maladies apparentées. Ceci par des approches thérapeutiques non médicamenteuses, une communication adaptée, une gestion des troubles du comportement, un accompagnement des aidants pour assurer la qualité des soins et des activités proposés par le PASA.

En outre, quelques études semblent suggérer qu'il pourrait y avoir également un effet miroir bénéfique des PASA sur les autres résidents de l'EHPAD. On note également un retentissement positif de la charge de travail du personnel soignant avec un meilleur ressenti émotionnel de leur action soignante.

Cependant, il n'existe pas d'études ou de données objectives qui évaluent encore l'impact des PASA sur la répercussion des conditions de travail du personnel soignant en EHPAD.

Ainsi, à travers cette thèse, notre objectif a été d'analyser le retentissement des PASA sur la charge de travail du personnel travaillant en EHPAD mais aussi leurs retentissements sur les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Il est également intéressant d'observer l'amélioration des troubles du comportement, qui rayonne ensuite sur l'ensemble des résidents.

Cette enquête sur les PASA a permis de :

- Prouver une amélioration de la charge de travail du personnel de l'EHPAD
- Mettre en évidence une amélioration des interactions sociales et de l'attention des patients pris en soins par les PASA
- Montrer une diminution des SPCD
- Confirmer une baisse de l'utilisation des psychotropes
- Prouver l'intérêt de développer les PASA sur le territoire national.

MATERIELS ET METHODES

1) Population étudiée :

Nous avons souhaité interroger une large représentation du personnel travaillant en EHPAD ayant des PASA soit :

- Les médecins coordonnateurs en charge des PASA
- Les directeurs d'EHPAD
- Les psychologues
- Les psychomotriciens, ergothérapeutes, Kinésithérapeutes
- Les infirmiers
- Les aides-soignants
- Les animateurs (ASG, AMP¹, etc)

Pour ce faire, nous avons décidé de contacter un à un l'ensemble des EHPAD ayant un PASA par courriel via la liste départemental des EHPAD mise à disposition sur le site du ministère des personnes âgées [44]. Un total de 2047 mails a été envoyé pour 1643 adresses électroniques valident.

Département par département (101 territoires), nous avons activé le filtre ; PASA. Les adresses génériques ont été mise à disposition par le site sous l'apparition « contact » de chaque établissement. Les courriels avec les questionnaires anonymes ont été envoyé en cliquant sur les « contacts » de chaque EPHAD ayant un PASA renforçant l'anonymisation. Il a été à l'appréciation des établissements de diffuser les questionnaires à leurs personnels.

Également, il a été rappelé aux établissements, que s'ils le souhaitent ou non, ils peuvent ou non diffuser les questionnaires à leurs employés. Puis les personnes sollicitées par leur établissement seront libres de répondre ou non.

¹ AMP devenu Accompagnants Educatif et Social depuis 2016

2) Les critères d'inclusion et d'exclusion :

- Les critères d'inclusion étaient : Tous les EHPAD ayant un PASA inscrit par le site du ministère des personnes âgées sur le territoires métropolitain et ultra-marin, privés ou publics
- Les critères d'exclusions étaient :
 - Les EHPAD n'ayant pas de PASA
 - Les EHPAD ayant un PASA non actif
 - Les réponses aux questionnaires rompant l'anonymat
 - Les questionnaires incomplets

3) Définitions

Dans le courriel d'adressage, afin de limiter les biais de confusion, nous avons bien précisé que l'étude se portait sur L'EHPAD pour le personnel soignant et le PASA pour les médecins.

4) Taille de l'effectif

La taille de l'échantillon interrogé s'est faite naturellement par le nombre de personnes répondant à l'enquête travaillant en EHPAD possédant un PASA. Les réponses sont arrivées progressivement de la période du 01/04/2024, dates d'ouverture de l'enquête au 14/06/2024, date de fermeture de l'enquête.

Les questions sont directes afin d'éviter une formulation orientée avec soit des réponses binaire ou à choix multiples dans le but d'obtenir des réponses objectives.

Nous avons collecté les réponses complètes de l'ensemble du territoire de 239 EHPAD incluant 51 médecins.

5) Type d'étude.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale.

Pour ce faire nous avons conçu deux questionnaires anonymes (Annexes) :

- Un questionnaire s'adressant au médecin coordonnateur appelé « MEDECIN-PASA coordonnateur » comprenant 8 questions principales composées de cinq QCM, une QRU et deux libres d'expression.
- Un questionnaire s'adressant aux autres corps de métier appelé « SOIGNANT-EHPAD » comprenant 11 questions principales dont 8 avec des QCM, une QRU et deux libre d'expression.

L'enquête était accompagnée d'une notice explicative et de la fiche d'information du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Le recueil des données a été réalisé manuellement au fur à mesure de la réception des réponses grâce à un document tableur Microsoft EXCEL®, permettant une analyse anonyme et objective des résultats.

Sur les deux mois et deux semaines, des relances hebdomadaires ont été effectuées afin de récolter le maximum de données avec la précision de ne pas répondre pour les personnes ayant déjà rempli le questionnaire auparavant.

6) Critère de jugement principal.

Analyser le retentissement des PASA sur la charge de travail du personnel travaillant en EHPAD. Il correspond à la question du questionnaire Soignant de l'EHPAD :

« *Avez-vous constaté une amélioration de la charge de votre travail ?* »

7) Analyse Statistique.

L'analyse descriptive réalisée sur le site *sample-size.net* nous a permis en approchant une loi binomiale vers une loi normale de calculer les intervalles de confiance (IC) avec un risque alpha de 5%. L'analyse comparative des caractéristiques entre la population impactée

et non impactée a été réalisée sur le site *BiostaTGV* et le logiciel de statistique *GraphPad PRISM.10* ® pour les tests de Chi2, Anova et T-test de student suivant les effectifs.

8) Autorisation de recherche.

La DPO (Data Protection officer) de la Faculté de Poitiers a validé les questionnaires qui n'ont pas eu besoin d'être soumis aux RGPD du fait de leurs caractères anonymes.

Les questionnaires anonymes ont été soumis aux participants par :

- Un courriel contenant les questionnaires Word en format questionnaire
- Un lien informatique vers un compte Google Forms® reprenant à l'identique le questionnaire Word dont les paramètres maintiennent l'anonymisation

RESULTATS

Partie I : Description de la population étudiée

En 60 jours, 384 questionnaires ont été recueillis (326 SOIGNANT-EHPAD et 58 MEDECIN-PASA) ; 26 questionnaires n'ont cependant pas pu être exploités du fait de la rupture d'anonymat ou de réponses incomplètes ce qui ramène à 358 dossiers comptabilisés (307 pour les soignants et 51 pour les Médecins).

Cela représente 197 EHPAD pour le personnel soignant, 51 pour les médecins dont 9 en commun :

Médecins	51	100 %
Infirmiers (IDE)	39	12,7 %
Aides-Soignants (AS)	69	22,5 %
Psychologue (Psy)	48	15,6 %
Kinésithérapeutes et Ergothérapeutes	20	6,5 %
Assistants de Soins en Gériatrie (ASG)	46	15,9 %
Aide Médico-Psychologique (AMP)	15	4,9 %
Direction	32	10,4 %
Infirmier de coordination (IDEC)	38	12,4 %

A partir de ces différentes professions, nous les avons soit analysées en groupe soit séparément afin d'extraire les réponses statistiques de nos différents objectifs.

Partie II : Résultats des différents objectifs :

1) Objectif principal avec effet du PASA sur le personnel de l'EHPAD

A la réponse du questionnaire SOIGNANT-EHPAD qui nous permettait d'obtenir le résultat du critère principal : « *Avez-vous constaté une amélioration de votre charge de travail ?* »

46.7 % du personnel interrogé a répondu "Oui", avec un IC95= [41.1-52.3]

Cette réponse représente la composition totale de l'ensemble du personnel non soignant et soignant travaillant dans l'EHPAD et n'inclut pas les médecins.

Nous avons affiné notre étude en constituant un groupe composé des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), des Aides-Soignants (AS) et des Assistants de Soins en Gériatrie (ASG). Ces trois professions, par leur corps de métiers, réalisent les soins médicaux, les soins d'hygiène et l'animation pour les résidents. A la réponse à la même question, *avez-vous constaté une amélioration de votre charge de travail ?* on constate une augmentation des réponses positives (Tableau 2).

Tableau 2 : Amélioration de votre charge de travail selon différentes professions		
Personnel	Oui	Intervalle de confiance
Infirmiers Diplômé d'Etat (IDE)	40,5 %	IC95=[23,9-57,1]
Aides-Soignants (AS)	59,2 %	IC95=[45,7-72,8]
Assistant de soins en gériatrie (ASG)	79,0%	IC95=[66,4-91,7]

Nous avons réalisé une analyse comparative sur l'amélioration ou non des conditions de travail pour ces trois sous-groupes. Les caractéristiques comparées étaient la qualité du travail seul ou en équipe, le ressenti au travail, l'envie de venir, la qualité de l'action de soignant, la considération générale et la lourdeur physique au quotidien. Après réalisation d'un test du Chi-2 (χ^2), il en ressort une significativité pour l'ensemble des paramètres étudiés (Tableau 3)

On voit qu'il existe aussi des disparités en fonction des professions notamment sur les notions de récupération de la fatigue et des temps de repos (respectivement 27,0% et 21,6% pour les IDE et 60,4% et 62,7% pour les ASG).

Tableau 3 : Amélioration des conditions de travail en général			
Amélioration	IDE	AS	ASG
Votre charge de travail	40,5 % IC95=[23,9-57,1]	59,2 % IC95=[45,7-72,8]	79,0% IC95=[66,4-91,7]
De la qualité de votre travail	48,6% IC95=[31,7-65,5]	75,9% IC95=[64,1-87,7]	95,3% IC95=[88,7-100,0]
De la qualité du travail en équipe	62,1% IC95=[45,7-78,5]	75,9% IC95=[64,1-87,7]	74,4% IC95=[60,8-88,0]
Du ressenti au travail	64,8% IC95=[48,7-81]	75,9% IC95=[64,1-87,7]	95,3% IC95=[88,7-100,0]
De l'envie de venir au travail	35,1% IC95=[19,0-51,2]	66,6% IC95=[53,6-79,6]	93,0% IC95=[85,0-100,0]

Suite Tableau 3 : Amélioration des conditions de travail en général			
Amélioration	IDE	AS	ASG
De votre action de soignant	81% IC95=[67,8-94,3]	85% IC95=[75,4-94,9]	100% IC95=[100-100]
De la considération générale	32,4% IC95=[16,6-48,2]	55,5% IC95=[41,8-69,2]	69,7% IC95=[55,4-84,0]
De la lourdeur physique au quotidien	29,7% IC95=[14,2-45,1]	61,1% IC95=[47,6-74,5]	79,0% IC95=[66,4-91,7]
De la fatigue	27,0% IC95=[12,0-42,0]	50,0% IC95=[36,6-63,7]	60,4% IC95=[45,2-75,6]
De la récupération physique pendant les repos	21,6% IC95=[7,7-35,5]	53,7% IC95=[39,9-67,4]	69,7% IC95=[55,4-84,0]
De la récupération psychique pendant les repos	24,3% IC95=[9,8-38,8]	46,3% IC95=[32,5-60,0]	62,7% IC95=[47,7-77,8]
χ^2	P < 0.0001	P < 0.0001	P < 0.0001

Toutefois, dans un ordre successif, même si les IDE semblent plus impactés par l'ampleur des tâches à accomplir, que les AS que les ASG, on note une amélioration des conditions de travail en général.

2) Objectifs secondaires

2.1) Temps et effort du quotidien

Toujours sur l'analyse de ces trois groupes, quand on regarde les critères de gain de temps (sur les soins d'hygiène, sur les changes de vêtement, sur les durées des repas, sur la répétition des consignes, Tableau 4) et sur la Diminution des efforts (sur les rangements des chambres, sur l'entretien des chambres et pour les soins d'hygiène, Tableau 5) on note une nette amélioration générale sur la durée des gestes du quotidien (Tableau 4) et un progrès sur l'entretien et l'hygiène hebdomadaire (Tableau 5).

Gain de temps	IDE	AS	ASG
Sur les soins d'hygiène	16,2% IC95=[3,7-28,6]	40,7% IC95=[27,2-54,2]	30,2% IC95=[15,9-44,5]
Sur les changes de vêtement	13,5% IC95=[1,9-25,0]	37,4% IC95=[23,7-50,3]	30,2% IC95=[15,9-44,5]
Sur les durées des repas	56,7% IC95=[40,1-73,5]	68,5% IC95=[55,7-81,3]	81,4% IC95=[69,2-93,5]
Sur la répétition des consignes	54,4% IC95=[37,2-70,9]	61,1% I IC95=[47,6-74,5]	67,4% IC95=[52,8-82,0]

Diminution des efforts :	IDE	AS	ASG
Sur les rangements des chambres	24,3% IC95=[9,8-38,8]	25,9% IC95=[13,8-38,0]	32,5% IC95=[17,9-47,1]
Sur l'entretien des chambres	29,7% IC95=[14,2-45,1]	27,7% IC95=[15,4-40,1]	25,5% IC95=[11,9-39,1]
Pour les soins d'hygiènes	29,7% IC95=[14,2-45,1]	42,5% IC95=[28,9-56,2]	32,5% IC95=[17,9-47,1]

En outre, lorsqu'on réalise une analyse de la variance (Anova) de ces trois groupes sur les composantes gain de temps sur les gestes du quotidien (Figure 1) et diminution des efforts d'entretien et d'hygiène du quotidien (Figure 2), le test révèle une amélioration des activités courantes sauf sur les soins d'hygiène et les changes de vêtement pour les IDE (Figure 1) et une plus grande hétérogénéité de résultats concernant l'allègement des corvées hospitalières liées à la propreté des chambres. Les réponses sont moins significatives mais avec un effet positif surtout pour les AS et ASG (Figure 2)

A noter que l'on retrouve une diminution significative sur les efforts de soins d'hygiène pour les trois fonctions (figure 2).

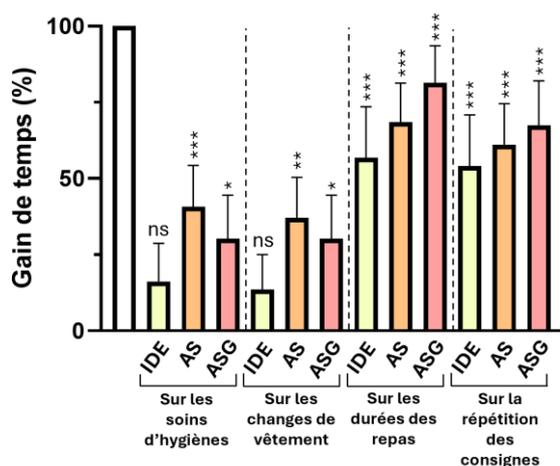


Figure 1 : Gain de temps sur les gestes du quotidien

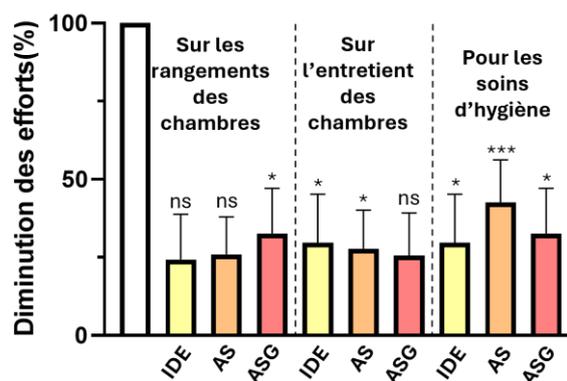


Figure 2 : Diminution des efforts d'entretien et d'hygiène du quotidien

Cependant, en ce qui a trait aux rangements et entretien des chambres, on ne retrouve pas de diminution significative, sauf pour les ASG, même si on peut noter une tendance à l'amélioration pour les autres groupes dans ce domaine.

2.2) Effet du PASA sur les patients de l'EHPAD

Toujours à partir du questionnaire SOIGNANT-EHPAD, en incluant les Aides Médico-psychologiques (AMP) et les Psychologues pour notre sondage au sujet des activités en collectivités, on peut apprécier, de la part des patients, une très large amélioration de l'écoute des consignes, du tempérament individuel ou en groupe des résidents et des diminutions de sollicitations envers le personnel soignant (Tableau 6).

En effet, après analyse intra groupe (T-Test) sur les activités et interactions sociales des résidents, on note une amélioration significative de l'écoute des consignes avec des patients calmes individuellement ou en groupe, ce qui réduit les sollicitations du personnel (Tableau 3).

Les patients :	IDE	AS	ASG	AMP	Psychologue
Écoutent mieux les consignes	83% IC95=[71,3-96,2]	77,7% IC95=[66,3-89,2]	93,0% IC95=[85,0-101,0]	84,2% IC95=[61,9-107,3]	86,7% IC95=[76,3-96,9]
Sont plus calmes	86,4% IC95=[74,9-98,0]	88,8% IC95=[80,2-97,55]	95,33% IC95=[88,7-101,9]	92,3% IC95=[75,5-109,1]	97,7% IC95=[93,3-102,3]
Sont plus calmes lors des activités de groupes	86,4% IC95=[74,9-98,0]	88,8% IC95=[80,2-97,55]	97,6% IC95=[92,9-102,4]	92,3% IC95=[75,5-109,1]	93,3% IC95=[85,7-100,9]
Sollicitent moins le personnel	54% IC95=[37,2-70,9]	62,9% IC95=[49,6-76,2]	76,7% IC95=[63,5-89,9]	69,2% IC95=[40,2-98,2]	82,2% IC95=[70,6-93,8]
T-Test	P=0,0026	P=0,0005	P < 0,0001	P = 0,0079	P < 0,0001

2.3) Les syndromes Psycho-comportementaux

Également, toujours sur ce même groupe interrogé, à partir d'un test de comparaison Chi-2 (χ^2), on note une réduction drastique des troubles du comportement hétéro-agressifs, des déambulations et une diminution notable des sentiments d'anxiété. Cependant pour les AS et les AMP, cette diminution des syndromes SPCD n'est pas suffisante pour être ressentie comme bénéfique sur leur charge de travail (Tableau 7).

Tableau 7 : Syndromes Psycho-Comportementaux					
Diminution Des comportements	IDE	AS	ASG	AMP	Psy
D'agressivité verbale	78,3% IC95=[64,4-92,2]	70,3% IC95=[57,7- 82,9]	95,5% IC95=[88,7-101,9]	76,9% IC95=[50,4-103,4]	91,1% IC95=[82,4-99,7]
D'agressivité motrice	75,6% IC95=[61,1-90,1]	64,8% IC95=[51,6-77,9]	83,7% IC95=[72,2-95,2]	76,9% IC95=[50,4-103,4]	82,2% IC95=[70,6-93,8]
De déambulation	54,0% IC95=[37,2-70,9]	64,8% IC95=[51,6-77,9]	83,7% IC95=[72,2-95,2]	84,6% IC95=[61,9-107,3]	77,7% IC95=[65,1-90,4]
Associés au sommeil	48,6% IC95=[31,7-65,5]	53,7% IC95=[39,9-67,4]	58,1% IC95=[42,7-73,5]	61,5% IC95=[30,9-92,14]	62,2% IC95=[47,4-76,9]
Anxieux	59,4% IC95=[42,8-76,0]	68,5% IC95=[55,7-81,3]	95,3% IC95=[88,7-101,9]	92,3% IC95=[75,5-109,1]	100% IC95=[100-100]
A risque	51,3% IC95=[34,4-68,2]	50% IC95=[36,2-63,7]	76,7% IC95=[63,5-89,9]	76,9% IC95=[50,4-103,4]	64,4% IC95=[49,9-78,9]
Aberrants (Intrusion, inattention)	56,7% IC95=[40,0-73,5]	61,1% IC95=[47,6-74,5]	81,4% IC95=[69,2-93,5]	69,2% IC95=[40,2-98,2]	71,1% IC95=[57,3-84,8]
χ^2	P = 0,045	P=0,250	P = 0,0032	P = 0,68	P < 0,0001

2.4) Les Psychotropes

En s'intéressant aux questionnaire PASA-MEDECIN, après analyse Anova, on note une diminution significative de l'utilisation des psychotropes (Tableau 8).

Chez les patients avec des TNC inscrits au PASA cette baisse de médicament est observée jusqu'à 36% de réduction des Anxiolytiques, 31% des Antidépresseurs et 31.9% des Neuroleptiques, principales classes de médicaments utilisés dans les SPCD.

De plus on retrouve une baisse d'utilisation des autres psychoactifs (24.3% en moins d'hypnotiques, Tableau 3).

Cependant, il n'y a pas de baisse pour la famille des antiépileptiques (Tableau 8).

Tableau 8 : Les Psychotropes		
Diminution des	Moyenne	Anova
Anxiolytiques	36,11% IC95=[30,8-41,3]	P < 0,0001
Hypnotiques	24,3% IC95=[17,4-31,4]	P < 0,0001
Antidépresseurs	24,3% IC95=[18,0-30,5]	P < 0,0001
Neuroleptiques	31,9% IC95=[25,6-38,2]	P < 0,0001
Antiépileptiques	7,6% IC95=[3,0-12,2]	P = 0,1635

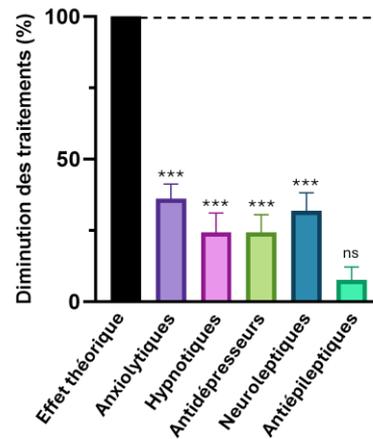


Figure 3 : Diminution des psychotropes chez les patients déments

2.5) Effet général du PASA sur les principales causes affectants les patients ayant une neurodégénérescence

En continuant à partir du questionnaire PASA-MEDECIN, on observe chez les patients bénéficiant du PASA une amélioration des troubles locomoteurs (42.3%) et des chutes (37.5%) ainsi qu'une baisse des troubles psychologiques avec une nette amélioration des syndromes confusionnels (40.2%), des troubles neurocognitifs (41.6%) et de l'appétit (42.3%, Tableau 9). L'ensemble de ces résultats semble aller dans le même sens que la baisse des décompensations de pathologie chronique et des hospitalisations.

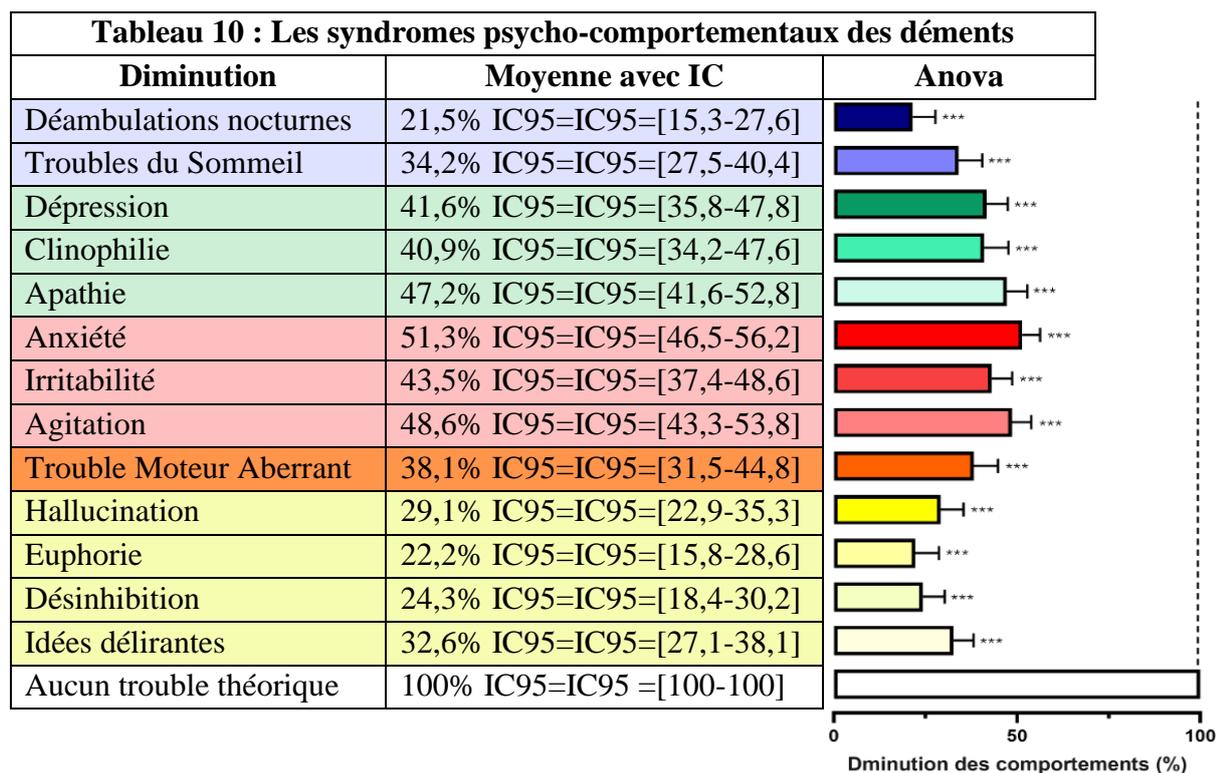
Tableau 9 : principales affections impactant les patients avec TNC	
Baisse	Moyenne
Des décompensations de pathologie chronique	31,3% IC95=[31,3-35,3]
Des hospitalisations	21,5% IC95=[14,7-28,2]
Des troubles confusionnels	40,2% IC95=[33,9-46,5]
Des troubles neurocognitifs	41,6% IC95=[35,5-47,8]
De la perte de poids	34,8% IC95=[34,8-48,4]
Des chutes	37,5% IC95=[30,9-44,0]
Amélioration	
Locomotrice	42,3% IC95=[36,1-48,5]
De l'appétit	42,3% IC95=[45,4-57,3]
χ^2	P = 0,0074

6) Les syndromes psycho-comportementaux des déments (SPCD)

En extrayant les réponses du questionnaire MEDECIN-PASA sur l'analyse des syndromes psycho-comportementaux via un test Anova, on constate une amélioration significative des agitations psychomotrices, notamment une réduction importante de l'anxiété (51,3%), de l'agitation (48,6%) et de la dépression (41,6%), symptômes prépondérants et déclenchant des agitations psychomotrices (Tableau 10).

À propos des troubles du sommeil (34.2%) et des déambulations nocturnes (21.5%), le PASA a un effet positif sur les patients atteints de TNC mais cet effet n'est pas suffisant (Tableau 10).

De même, sur les troubles hallucinatoires (29.1%) et frontaux (Euphorie 22.2%, Désinhibition 24.3% et idées délirantes 32.6%), la réduction est significative mais reste moins marquée que sur les troubles psychologiques et psychiatriques (Tableau 10).



7) Effet du PASA sur l'EHPAD

En plus de générer chez les patients atteint de démence une amélioration des SPCD avec comme enchaînement une diminution des psychotropes et une amélioration des conditions de travail du personnel soignant, les PASA entraînent indirectement un effet bénéfique sur l'ensemble de l'EHPAD notamment sur les patients (Camembert 1) avec un taux de réponses positives de 83%, une réassurance des proches des patients malades de 91% (Camembert 2) et une attractivité de l'EHPAD auprès de l'extérieur de 89% (Camembert 3).



L'ensemble de ces données suggère que la prise en charge des patients malade par un PASA est ressentie comme bénéfique par l'ensemble des personnes extérieurs à cette structure.

8) Les difficultés rencontrées depuis la constitution des PASA

L'arrivée des PASA, comme toute nouvelle structure a apporté des bienfaits mais aussi des inconvénients, Sur l'ensemble du personnel interrogé par le biais du questionnaire SOIGNANT-EHPAD, on retrouve des difficultés de :

- Planification d'équipe,
- De gestion de personnel,
- D'environnement
- De relation inter-structure.

L'histogramme des difficultés (Figure 4) rencontrées depuis la constitution du PASA pointe surtout un défaut d'organisation (64,3%), de personnel (53,7%) et d'architecture (34,3%) selon les sondés.

Les problèmes de personnel et de structure impactent la gestion d'équipe, Il semble cependant que les difficultés de relation entre différents établissements ne soient pas significatives et n'impactent pas le personnel soignant (Figure 4),

Toutefois, les PASA, en très grande majorité, ont permis un recrutement de personnel pouvant contribuer à l'amélioration de la prise en charge des résidents de l'EHPAD (figure 6),

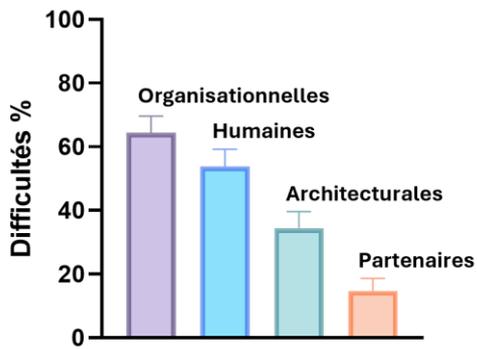
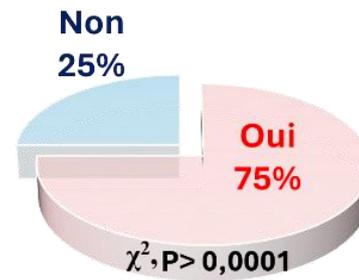


Figure 4 : histogramme des difficultés depuis la constitution du PASA



Le PASA a-t-il permis l'ouverture de postes ?

DISCUSSION

Chapitre I : Population étudiée

Initialement, nous avons pris en compte, en dehors des médecins, l'ensemble des réponses de différents acteurs constituant l'EHPAD (et le PASA) du questionnaire SOIGNANTS-EHPAD pour maximiser le nombre de réponses à la question ***avez-vous constaté une amélioration de votre charge de travail ?***

46,7 % des 307 personnes interrogées a répondu que les PASA ont amélioré leur charge de travail au quotidien.

A la base, la question s'est voulue large avec une réponse fermée (Oui ou Non) pour que les interrogés apprécient de façon subjective, et de manière synthétique, une amélioration de leur journée sur le plan psychique, physique et environnemental.

Même si le résultat est significatif, il intègre des employés dont les composantes intellectuelles, corporelles et le milieu vont changer en fonction des tâches auxquelles leur corps de métier les voue. Ainsi, par exemple, les réponses des Directeurs d'établissement, kinésithérapeutes et ergothérapeutes n'ont pas été comptabilisées quant aux questions concernant les soins d'hygiène.

C'est pourquoi, nous nous sommes surtout intéressés dans un deuxième temps aux IDE, AS et ASG car ce sont elles qui principalement réalisent les soins d'hygiène, de toilettes (notamment les AS et ASG), la dispensation de médicaments avec surveillance de la prise (notamment les IDE) et qui organisent en partie la journée des résidents (Animation, collectivités, repas).

En interrogeant ce pôle de soignants sur la même question « ***avez-vous constaté une amélioration de votre charge de travail ?*** » les résultats sont aussi significatifs avec une augmentation des réponses positives en fonction des professions (par ordre IDE 40%, AS 59% et ASG 79%, Tableau 2).

Ces chiffres sont aussi supérieurs à ceux de l'article *la revue "Soins. Cadre"*. Selon cette étude de 2018 qui a interrogé 43 professionnels de santé (AS et IDE), ceux d'entre eux

travaillant dans des établissements proposant un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ont une satisfaction professionnelle supérieure de 13% à celle de leurs collègues exerçant dans des établissements sans PASA. Cette augmentation de la satisfaction professionnelle est attribuée à une réduction de la charge de travail et à un sentiment d'accomplissement en contribuant à l'amélioration de la qualité de vie des patients [45].

Les trois composantes, psychique, physique et environnementale ont été explorées, par la suite, individuellement dans les objectifs secondaires.

Chapitre II : Objectifs secondaires

1) Temps et efforts du quotidien

De même, pour le groupe IDE, AS et ASG, quand on examine les composantes (Tableau 3) :

- Psychique : on observe une amélioration significative de l'envie de venir au travail, de l'action bénéfique de soignant et la récupération mentale pendant les repos.
- Environnementale : il y a une plus-value sur la qualité de travail seul, en équipe, de la considération générale et du ressenti au travail.
- De la charge physique : il y'a également un bénéfice en lien avec un soulagement quant à la lourdeur physique au quotidien, la fatigue et la récupération physique pendant les temps de repos.

Cette amélioration des conditions de travail semble être favorisée par la possibilité de proposer des activités thérapeutiques adaptées aux besoins et aux capacités des résidents correspondant mieux à leur bien-être et leur autonomie. Collaborer avec les autres professionnels de santé et les familles des résidents, contribue également à une prise en charge personnalisée, de qualité, qui valorise leur travail auprès des résidents, des familles et des autres professionnels de santé.

En outre, toujours à partir de ce même groupe, on note un gain de temps sur les gestes du quotidien, sur la durée des repas, l'écoute des consignes et une diminution des efforts sur les soins d'hygiène du quotidien. Ceci sous-entend une amélioration de l'autonomie chez des

patients dépendants (Tableaux 4, et figure 1 et 2) et une amélioration de la qualité de vie des patients. En effet, le PASA vise à améliorer le bien-être des patients en leur proposant des activités thérapeutiques adaptées à leurs besoins et à leurs capacités. Les études ont montré que les patients qui bénéficient d'un PASA ont une amélioration de leur qualité de vie de 19% [46] [47]. Cette amélioration de la qualité de vie des patients se traduit par un allègement de la charge de travail pour les professionnels de santé, car les patients sont plus autonomes et nécessitent moins d'assistance. Dans cette thèse nous confirmons ce gain d'autonomie qui s'exprime par une optimisation du temps et des efforts quotidiens qui étaient alloués aux résidents (allant de 20 % à 80% selon les items et les professions).

2) Effet du PASA sur les patients de l'EHPAD

Au fil de cette investigation, nous avons pu mettre en avant une amélioration des interactions sociales et de l'attention (Tableau 6) des patients atteints de TNC.

En effet, en incluant les professions AMP et psychologue aux groupes IDE, AS et ASG, on voit sur ce champ d'étude, un perfectionnement de l'attention et de l'écoute, et cela, à l'ensemble de chaque métier qui a répondu à l'enquête (Allant de 50 à 90% d'amélioration Tableaux 6)

Ces améliorations peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs :

- La participation à des activités thérapeutiques adaptées aux besoins et aux capacités des patients, qui favorisent le maintien de leurs capacités cognitives et physiques, ainsi que leur bien-être émotionnel.
- La socialisation avec les autres patients et le personnel soignant, qui contribue à réduire l'isolement et la solitude.
- La prise en charge personnalisée et l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, qui permettent de maintenir l'autonomie et la dignité des patients.

Par ces actions, les patients semblent avoir un ralentissement de leurs déclin neurocognitifs [46], [48].

3) Les syndromes Psycho-comportementaux (SPCD)

Les SPCD sont fréquents chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et peuvent être source de stress et de surcharge de travail pour les professionnels de santé. Les études ont montré que les patients qui bénéficient d'un PASA ont une réduction de 28% des troubles du comportement [46], [47].

De même, cette thèse confirme une amélioration significative des SPCD avec surtout une diminution des comportements hétéro-agressif (sur le plan physique et verbal) et une baisse des déambulations (de 50% pour les IDE à 90% pour les Psychologues pour l'ensemble des troubles). Cette diminution SPCD permet ainsi, aux professionnels de santé, de se concentrer sur d'autres aspects de la prise en charge des patients.

Cette réduction est aussi confirmée par le groupe MEDECIN-PASA (Tableau 10) qui voit une diminution significative des syndromes anxieux (51%), d'agitation (48%) et de dépression (41%)

Ces données peuvent s'expliquer par une stimulation cognitive et sensorielle qui peut aider à réduire l'agitation, l'anxiété et la dépression, souvent à l'origine des SPCD. Cela passe par la socialisation en interagissant avec d'autres personnes atteintes de la même maladie ou de troubles similaires, ce qui réduit le sentiment de solitude et d'isolement, la routine régulière au sein de la structure peut aider à réduire la confusion et la désorientation ainsi qu'un personnel formé à gérer les SPCD chez les patients atteints de la MA ou de troubles apparentés. Cette formation peut aider à prévenir les agitations psychomotrices en identifiant les déclencheurs potentiels et en mettant en place des stratégies pour les éviter.

De même, les PASA permettent à minima d'éviter l'augmentation des psychotropes [49] voire d'en diminuer un peu l'usage [50]. Notre étude suit ce sens car les données calculées montrent une baisse significative d'au moins 20% des différents psychotropes (Tableau 8 et figure 3) avec une amélioration des SPCD chez les patients bénéficiant du PASA (Tableau 10).

Les PASA offrent une alternative thérapeutique non médicamenteuse pour gérer les troubles du comportement et l'agitation chez les résidents d'EHPAD. En réduisant la consommation de psychotropes, cela contribue à améliorer la qualité de vie, l'autonomie et la sécurité notamment sur les facteurs favorisant les chutes (réduction de 37%, Tableau 9).

4) Effet du PASA sur l'EHPAD

Chez toutes les personnes interrogées, globalement, le PASA a un effet bénéfique sur les autres patients de l'EHPAD (83% de oui, camembert1) probablement en contribuant à créer une atmosphère plus calme et plus apaisante, en favorisant les interactions sociales, en offrant des opportunités pour participer à des activités adaptées et en améliorant la qualité de soins dans l'ensemble de l'établissement.

Ceci permet d'avoir un effet positif sur les proches et les aidants (91% camembert 2). En effet, les PASA leur offrent un répit en améliorant la relation familiale ou amicale, en leur permettant de participer à des activités et de se former doucement à une éducation d'aides contribuant ainsi aussi à l'attractivité de l'établissement (89% de Oui, camembert3). Tout ceci permet une prise en charge adaptée et stimulante pour les personnes atteintes de la MA ou de troubles apparentés, ce qui améliore l'image et la réputation de l'établissement, et en fidélisant les résidents et leur famille.

5) Les difficultés rencontrées depuis la constitution des PASA

En incluant les réponses des deux questionnaires, soit l'entièreté des personnes ayant répondu à notre enquête, les principales difficultés rencontrées sont d'abord humaines puis structurelles.

A partir de l'histogramme (figure 4) on voit une nette difficulté sur l'organisation du PASA et la gestion des ressources humaines. En effet dans les commentaires libres il ressort surtout un problème de gestion du temps d'ouverture du PASA : ils fonctionnent majoritairement de jour, avec des horaires et des journées d'ouverture dépendant de la présence du personnel soignant ce qui entraîne des jours sans PASA.

Malgré un recrutement favorable (75% camembert 4), il apparaît pour beaucoup d'interrogés un manque flagrant de professionnels pour faire fonctionner le plus possible le pôle d'activité et de soins adaptés, avec parfois des soignants en carence de formation pour la gestion des SPCD.

Ceci impacte la coordination avec les autres professionnels de santé. Elle peut s'avérer difficile, notamment en raison de la complexité de l'organisation des soins et de la nécessité de prendre en compte les besoins et les contraintes de chaque professionnel. Puis, peut se

surajouter la perte progressive de la continuité des soins avec un arrêt de suivi par manque de personnel (psychologue, médecin coordinateur, ASG...)

L'autre problématique est d'ordre structurelle et financière.

En effet certains pôles commencent à dater et nécessitent des rénovations plus adaptées aux patients avec un aménagement d'environnement (jardin, cuisine, salle d'activités...), et l'augmentation du nombre de places disponibles (les PASA, ne tournent pas tous avec 14 résidents)

Nous devons également considérer la problématique du financement pour permettre d'étoffer les activités au sein de la structure et de favoriser le recrutement de personnel.

Les PASA sont financés par l'Assurance maladie, mais le montant de ce financement peut varier en fonction de plusieurs critères, tels que le nombre de places disponibles ou le taux d'encadrement. Cependant, le financement des PASA peut s'avérer insuffisant, notamment en raison du coût élevé des activités proposées et de la nécessité de disposer d'un personnel qualifié et formé.

Idéalement un PASA, c'est 7 jours sur 7, 24h sur 24, ce qui de fait, nécessite un personnel adapté en nombre avec les actions thérapeutiques médicamenteuses ou non associées. Il existe des PASA de nuit mais leur nombre reste faible (5% des PASA, [51]) au sein de PASA déjà en sous-effectif au niveau national.

Chapitre III : Les limites :

1) Biais de sélection

Nous avons essayé de distribuer le questionnaire de la façon la plus aléatoire possible (tous les EHPAD de France ayant un PASA) pour limiter le nombre de réponses à minima ou maxima par structure pour le personnel soignant afin d'éviter de constituer des groupes de réponses plus importante selon les centres (sous-représentés ou surreprésentés).

2) Biais de désirabilité sociale et d'acquiescement

Les répondants peuvent être tentés de donner des réponses qu'ils pensaient être socialement acceptables ou souhaitables, plutôt que de répondre honnêtement. Cela peut conduire à des résultats biaisés et peu fiables. L'anonymat du questionnaire et le nombre important de réponses nous ont permis de diminuer ce biais.

3) Biais de non-réponse

Toutes les réponses étaient obligatoires. Les questionnaires papiers non complets n'ont pas été pris en compte.

4) Biais de formulation

La façon dont les questions sont formulées peut influencer les réponses des participants. Nous avons essayé de limiter les ambiguïtés par des questions directes. Le choix du format numérique plutôt que papier nous a permis d'obtenir des réponses lisibles concernant les mentions "autres" avec expression libre, et ainsi de les exploiter.

CONCLUSION

En conclusion, notre étude a révélé que les PASA ont un impact positif significatif sur la charge de travail des soignants en EHPAD. En effet, 46.7% des 307 professionnels interrogés ont constaté une amélioration de leur charge de travail grâce aux PASA. Nous avons également observé que les IDE, AS et ASG sont les plus concernés par cette amélioration, avec des taux respectifs de 40%, 59% et 79%.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de l'étude de la revue "Soins. Cadre" de 2018, qui a montré que les professionnels de santé travaillant dans des établissements proposant un PASA ont une satisfaction professionnelle supérieure de 13% à celle de leurs collègues exerçant dans des établissements sans PASA.

En outre, nous avons constaté que les PASA ont également un impact positif sur les patients de l'EHPAD, en améliorant leurs interactions sociales et leur attention. Les professionnels de santé ont également noté une diminution des troubles du comportement et une baisse d'utilisation des psychotropes chez les patients bénéficiant du PASA, ce qui a un impact direct sur la qualité de vie des patients et des soignants.

Enfin, notre étude a montré que les PASA ont un effet bénéfique sur l'ensemble de l'EHPAD, en contribuant à créer une atmosphère plus calme et apaisante, en offrant des opportunités pour participer à des activités adaptées et en améliorant la qualité de soins dans l'ensemble de l'établissement.

Cependant, nous avons également identifié des difficultés rencontrées depuis la constitution des PASA, notamment en ce qui concerne l'organisation et la gestion des ressources humaines. Il est donc important de prendre en compte ces difficultés et de travailler à les surmonter pour garantir la pérennité et l'efficacité des PASA dans les EHPAD.

Il apparaît évident, tout comme le suggère fortement le rapport de l'IGAS de 2022 [24], qu'il est nécessaire de promouvoir la création d'unités pour ces patients afin de faire face rapidement à l'augmentation de la population souffrant de MA et de maladies apparentées. Théoriquement, il faudrait un PASA par EHPAD.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] HAS, «Dépistage de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées,» [En ligne].
- [2] «OMS,» [En ligne]. Available: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- [3] «INSERM,» [En ligne]. Available: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/maladie-alzheimer>.
- [4] Gouvernement.fr, « Plan Alzheimer 2024 : une extension et une actualisation du Plan Alzheimer 2018-2022,» [En ligne].
- [5] «France Alzheimer,» [En ligne]. Available: : <https://www.francealzheimer.org/>.
- [6] Xu W, «Survival in people with dementia: a systematic review and meta-analysis.,» *British Journal of Psychiatry*, n° % 1207(3), 193-201. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153329, 2015.
- [7] «CEN Neurologie,» [En ligne]. Available: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/confusion-troubles-cognitifs-d%C3%A9mence>.
- [8] «Alzheimer's Association,» [En ligne].
- [9] «Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes),» [En ligne].
- [10] «Revue Alzheimer's & Dementia,» [En ligne].
- [11] «Revue The Lance Psychiatry,» [En ligne].
- [12] «Alzheimer's Association,» <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/symptoms/behavioral-symptoms>. [En ligne].
- [13] «National Institute on Aging,» <https://www.nia.nih.gov/health/managing-behavioral-symptoms-dementia>. [En ligne].
- [14] «Revue Neurology,» [En ligne]. Available: https://n.neurology.org/content/86/10_Supplement/S51.
- [15] «Revue The Lancet Neurology,» [En ligne]. Available: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(17\)30369-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(17)30369-3/fulltext).
- [16] «Alzheimer's Association,» [En ligne]. Available: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/challenging-behaviors>.
- [17] «Revue International Psychogeriatrics,» [En ligne]. Available: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/abs/caregiver-burden-in-alzheimers-disease-and-frontotemporal-dementia-a-comparative-study/69B9361198C6555E8428632B3B053C6F>.
- [18] «Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA),» [En ligne]. Available: <https://www.cnsa.fr/documentation/les-aidants-en-2019-un-engagement-intense-au-quotidien>.
- [19] «Alzheimer's Association,» [En ligne]. Available: <https://www.alz.org/help-support/caregiving/stages-behaviors/challenging-behaviors>.
- [20] «Revue Gerontologist,» [En ligne]. Available:

- [tps://academic.oup.com/gerontologist/article/58/5/865/4999191](https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/5/865/4999191). .
- [21] HAS, «Alzheimer : Les travaux de la HAS,» 2018. [En ligne]. Available: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2851666/fr/alzheimer-les-travaux-de-la-has.
- [22] «The Lancet,» [En ligne]. Available: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30425-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30425-7/fulltext).
- [23] «HAS,» [En ligne]. Available: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822891/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-approche-non-medicamenteuse).
- [24] IGAS, «Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives,» n° % 1 N°2021-104R, 2022.
- [25] «HAS,» [En ligne]. Available: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_pasa_16x24.pdf.
- [26] T. GRENAILLE, «Impact de la prise en charge PASA sur les troubles du comportement des déments :,» Université Limoge, Limoge, 2016.
- [27] «Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : quelle efficacité ?,» ARS nouvelle aquitaine, 2018.
- [28] G. HUYGHE, «Pôles d' Activités et de Soins:: état des lieux de leurs fonctionnement et impact en Région Auvergne Rhone-Alpes,» ARS Auvergne Rhone-Alpes, 2023.
- [29] Rolland Y, «Impact of a therapeutic day-care center on behavioral disorders and psychotropic drug use in nursing home residents with dementia.,» *Am Med Dir Assoc*, n° % 120(3):238-243. doi:10.1016/j.jamda.2018.10.022, 2019.
- [30] Verbeek JH, « Interventions for addressing problematic behaviors in dementia: an overview of systematic reviews.,» *PLoS One*, n° % 19(1). doi:10.1371/journal.pone.0085917, 2019.
- [31] Hutchinson A, «Staff experiences of managing behaviour that challenges in dementia: a systematic review and thematic synthesis.,» *nt J Geriatr Psychiatry*, n° % 131(11):1161-1172. doi:10.1002/gps.4515, 2016.
- [32] «Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques,» [En ligne]. Available: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.
- [33] «Institut nationale de la statistique et des études économique,» [En ligne]. Available: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012690#tableau-TCRD_067_tab1_departements.
- [34] «Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie,» [En ligne]. Available: <https://www.cnsa.fr>.
- [35] « CBRE entreprise CB Richard Ellis,» [En ligne]. Available: <https://www.cbre.fr/fr-fr/research-and-reports/Etude-EHPAD-2021>.
- [36] «Destatis,» Federal Statistical Office of Germany , [En ligne]. Available: https://www.destatis.de/EN/Home/_node.html.
- [37] «Ocde,» Organisation de coopération et de développement économiques, [En ligne]. Available: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEA_RLD.
- [38] «CNSA,» [En ligne]. Available: <https://www.cnsa.fr/les-acteurs/les-professionnels/les-pasa-et-les-uhr>.
- [39] «DRESS,» [En ligne]. Available: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/DREES-Etudes-et-Resultats-1178.pdf>.
- [40] V. Castanet, Les fossoyeurs, 26/01/2022.
- [41] MMIECF. Députées, «ASSEMBLÉE NATIONALE: Rapport d'information n°769,» [En ligne]. Available: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion->

soc/115b0769_rapport-information#.

- [42] C. d. comptes, «LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD,» [En ligne]. Available: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>.
- [43] DRESS, «L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA),» 2024. [En ligne]. Available: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>.
- [44] «Pour les personnes âgées.gouv,» [En ligne]. Available: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/departements>.
- [45] «l'impact du PASA sur la satisfaction professionnelle des aides-soignants et des infirmiers travaillant dans un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)». *Soins.cadres*.
- [46] «Impact des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) sur les troubles du comportement et la qualité de vie des résidents d'EHPAD",» *Gérontologie et société*, 2015.
- [47] «Cairn.info,» [En ligne]. Available: <https://www.cairn.info/revue-soins-cadre-2018-3-page-18.htm>.
- [48] «Efficacité du pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) sur les fonction cognitives des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés,» *Annales Médico-psychologiques*, 2017.
- [49] C. Schang, «Impact de l'inclusion en PASA sur la prescription de psychotropes : étude avant/après par analyse de dossiers médicaux de patients vivant en EHPAD dans la région PACA,» Aix-Marseille Université, 2016.
- [50] Dupont V, «Impact des PASA sur les troubles du comportement et la consommation de psychotropes des résidents Alzheimer d'EHPAD,» *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, vol. 14(2), pp. 149-156, 2016.
- [51] (FNADEPA), «Enquête sur les PASA de nuit en EHPAD,» [En ligne]. Available: <https://www.fnadepa.fr/wp-content/uploads/2019/11/Enqu%C3%AAte-PASA-de-nuit-FNADEPA-novembre-2019.pdf>.

RESUME et MOTS CLES

Les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) développés au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des dispositifs d'accompagnement spécifiques pour les personnes souffrant de Trouble Neurocognitif (TNC) pouvant être atteintes par des symptômes psycho-comportementaux lié aux démences (SPCD).

Ces structures permettent d'améliorer ces troubles du comportement (psychiatriques, agitation, irritabilité, idées délirantes, anxiété...) et de diminuer l'utilisation des traitements symptomatiques (psychotropes) par un accueil et des activités thérapeutiques individuelles et collective adaptées. Ces activités peuvent contribuer à ralentir temporairement la perte de certaines capacités cognitives et fonctionnelles, mais elles n'empêchent pas la progression globale de la maladie.

Quelques études semblent suggérer qu'il pourrait y avoir également un effet miroir bénéfique des PASA sur les autres résidents de l'EHPAD et avoir un retentissement positif sur les conditions de travail du personnel soignant. Cependant, il n'existe pas d'études ou de données objectives qui évaluent encore l'impact des PASA sur la répercussion des conditions de travail du personnel soignant en EHPAD.

Ici, à travers cette étude transversale, à la question « *avez-vous constaté une amélioration de votre charge de travail depuis que le PASA existe ?* » 46,7 % des 307 personnes interrogées travaillant dans les l'EHPAD a répondu que les PASA ont amélioré leur charge de travail au quotidien. Ce progrès s'est fait ressentir notamment chez les professionnels qui réalisent les soins d'hygiène de toilettes et qui organisent en partie la journée des résidents (Infirmiers 40%, Aides-Soignants 59%, et Assistants de Soins en Gériatrie 79%).

Chez les patients atteints de TNC, cet effet positif se traduit par une diminution des SPCD, un ralentissement du déclin cognitifs, une amélioration des interactions sociales et une diminution de l'utilisation de psychotrope.

Ainsi, cet effet positif des PASA permet une amélioration significative du temps de travail et des efforts du quotidien du personnel soignant, bénéfique sur l'ensemble de l'EHPAD, en contribuant à créer une atmosphère plus calme, en offrant des opportunités pour participer à des activités adaptées et en améliorant la qualité de soins dans l'ensemble de l'établissement.

Avec notre enquête, il apparait nécessaire de promouvoir la création des PASA pour les patients souffrant de Maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées avec idéalement un PASA par EHPAD.

Mots clés : Maladie d'Alzheimer et maladie apparentées, Démence, Troubles du comportement, Pôle d'activité et de soins adaptés, Psychotropes, Condition et charge de travail, Recrutements, Financements, Améliorations

ANNEXES

Questionnaires : SOIGNANT-EHPAD et MEDECIN-PASA



PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) Questionnaire SOIGNANT-EHPAD

Les **PASA** sont des structures en **EHPAD** qui proposent des activités thérapeutiques en journée dont l'objectif est de **réhabiliter** les **capacités fonctionnelles et cognitives** de patients atteints de **maladies démentielles**.

Les **PASA** permettent un **ralentissement du déclin neuropsychomoteur** ainsi **qu'une diminution de la prise de médicament**.

Ainsi, les **PASA** pourraient aussi **améliorer la qualité de travail du personnel soignant** des **EHPAD**.

Ce questionnaire a pour but de mettre en avant l'impact des PASA sur l'évolution des conditions de travail du personnel travaillant au sein des EHPAD et des patients qui en bénéficient

Questionnaire à destination du personnel de l'EHPAD :

- Quelle est votre fonction ?
 - AS : Aide-Soignant (-e)
 - IDE : Infirmier (-ière) Diplômé (-e) d'Etat
 - Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Animateur/-trice
 - Psychologue, Psychomotricien(-ne)
 - Direction
 - Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
- Connaissez-vous les PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) ?
 oui non
- Avez-vous l'impression que le PASA rend l'EHPAD plus attractif ?
 oui non
- Avez-vous l'impression que le PASA a un effet positif pour les proches et les aidants ?
 oui non



Depuis que le PASA est constitué, sur l'EHPAD, avez-vous constaté un gain de temps sur :

- Les soins d'Hygiène ?
 oui non
- Les changements de vêtements (Habillage, déshabillage) ?
 oui non
- Les durées de restauration (des repas) ?
 oui non
- La répétition des consignes (compréhension) ?
 oui non



Avez-vous constaté une diminution de vos efforts :

- Sur les rangements des chambres (Habits dérangés, objets déplacés...) ?
 oui non
- Sur l'entretien des chambres (les chambres sont moins souillées, débris alimentaires ou autres...) ?
 oui non
- Pour les soins d'Hygiène ?
 oui non



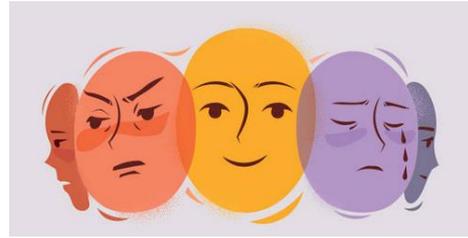
Avez-vous constaté un progrès :

- Sur la coopération des patients (écoutent mieux les consignes) ?
 oui non
- Du tempérament individuel des patients (plus calme) ?
 oui non
- Du tempérament des patients lors des activités de groupes (plus calmes) ?
 oui non
- Des patients qui sollicitent moins le personnel ?
 oui non



Avez-vous constaté une diminution des comportements :

- D'agressivité verbale (cris, injures, insultes, réflexions...) ?
 oui non
- D'agressivité motrice (Gestes agressifs envers autrui, comportements inappropriés, refus d'écouter) ?
 oui non
- Aberrants (immobilisme, intrusion dans les autres chambres, distraction excessive...) ?
 oui non
- De déambulation ?
 oui non
- Associé au sommeil ?
 oui non
- Anxieux ?
 oui non
- A risques (Patients se mettant en danger) ?
 oui non



Depuis que le PASA existe, avez-vous constaté un effet positif des patients bénéficiant du PASA sur les autres résidents de l'EHPAD ?

- oui
- non

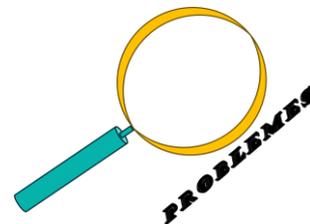
En ce qui vous concerne, avez-vous constaté une amélioration :

- De la qualité de votre travail ?
 oui non
- De la qualité du travail en équipe ?
 oui non
- De votre ressenti au travail ?
 oui non
- De votre envie de venir au travail ?
 oui non
- De votre action thérapeutique (accompagnement et soins) ?
 oui non
- De la considération générale que l'on vous porte ?
 oui non
- De votre charge de travail ?
 oui non
- De la lourdeur physique au quotidien ?
 oui non
- De la fatigue ?
 oui non
- De la récupération physique pendant vos repos ?
 oui non
- De la récupération psychique pendant vos repos ?
 oui non



Depuis la constitution du PASA, avez-vous rencontré des difficultés au sein de l'EHPAD :

- Sur le plan organisationnel
 oui non
- Sur le plan des ressources Humaines
 oui non
- Sur le plan Architectural
 oui non
- Sur le plan des partenaires
 oui non



Le PASA à t-il permis d'ouvrir des postes sur votre EHPAD ?

- oui
- non
- au contraire

Qu'aimeriez-vous mettre en place pour améliorer le fonctionnement du PASA (veuillez à ne pas rompre l'anonymat sinon la question ne sera pas prise en compte) ?

- Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.





PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) Questionnaire MEDECIN-PASA

Les **PASA** sont des structures en **EHPAD** qui proposent des activités thérapeutiques en journée dont l'objectif est de **réhabiliter** les **capacités fonctionnelles et cognitives** de patients atteints de **maladies démentielles** ainsi **qu'une diminution de la prise de médicaments**.

Les **PASA**, directement et indirectement, pourraient aussi **améliorer la qualité de travail du personnel soignant** des **EHPAD**.

Ce questionnaire a pour but de mettre en avant l'impact des PASA sur l'évolution des conditions de travail du personnel travaillant au sein des EHPAD et des patients qui en bénéficient

Pour les patients bénéficiant du PASA, avez-vous constaté :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Une diminution de décompensation de pathologie chronique ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Une diminution des hospitalisations ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Un regain de l'appétit ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Une diminution des chutes ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous | <ul style="list-style-type: none"> • Une diminution des troubles confusionnels ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Un ralentissement des troubles neurocognitifs ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Une diminution de la perte de poids ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Une amélioration locomotrice ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous |
|--|---|

Depuis que le PASA existe, avez-vous constater un effet positif des patients bénéficiant du PASA sur les autres résidents de l'EHPAD

oui

non

Pour les patients des PASA, avez-vous pu constater une diminution de prescription des :

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Des Anxiolytiques ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Des Hypnotiques ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous | <ul style="list-style-type: none"> • Des Neuroleptiques ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous • Des antiépileptiques ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous | <ul style="list-style-type: none"> • Des Antidépresseurs ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> non, pour aucun résident <input type="checkbox"/> oui, pour quelques-uns <input type="checkbox"/> oui, pour beaucoup <input type="checkbox"/> oui, pour tous |
|--|--|---|





En parallèle à la réduction des médicaments, sur l'évolution des troubles, avez-vous constaté une diminution :

- Des idées délirantes ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des agitations ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- De l'euphorie ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des hallucinations ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des dépressions ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- De l'apathie ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- De la clinophilie ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- De l'anxiété ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- De la désinhibition ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- De l'irritabilité ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des comportements moteurs aberrants ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des troubles du sommeil ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous

Pour les patients du PASA, avez-vous pu constater une diminution :

- Des problèmes de déambulation nocturne ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des contentions physiques ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous
- Des contentions chimiques ?
 - non, pour aucun résident
 - oui, pour quelques-uns
 - oui, pour beaucoup
 - oui, pour tous

Depuis la constitution du PASA, avez-vous rencontré des difficultés au sein de l'EHPAD :

- Sur le plan organisationnel
 - oui non
- Sur le plan des ressources Humaines
 - oui non
- Sur le plan Architectural
 - oui non
- Sur le plan des partenaires
 - oui non

Qu'aimeriez-vous mettre en place pour améliorer le fonctionnement du PASA (veuillez à ne pas rompre l'anonymat sinon la question ne sera pas prise en compte) ?

- Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

