



# Quelles sont les bénéfices d'une Prise en charge des troubles cognitivo-psycho-comportementaux au sein du Pôle d'Activités et des Soins Adaptés (PASA) dans un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Dr Zanajohary Razafindrainibe (médecin responsable de L'EHPAD, Séverine Ebran (ASG), Céline Deveaux-Baray (ASG), Pascaline Pasquier (ASG), Sonia Bourg (Psychomotricienne) et Charlotte Fortin (Neuropsychologue)

## INTRODUCTION

Elaborée dans le cadre du projet de vie du résident, l'équipe médico-soignante (après avis du médecin), lorsque celui-ci répond aux critères d'admissibilité (patients atteints d'une démence de type Alzheimer (DTA) ou apparentée, ayant des troubles psycho-comportementaux) est sous la responsabilité administrative de la directrice de l'établissement.

**Le PASA de LILLEBONNE** a été mis en fonction en 2013, ouvert du lundi au vendredi de 9h à 16h30.  
File active : 20 résidents dans l'année, 12 résidents par jour, ayant des troubles cognitifs de léger à sévère, et des troubles psycho-comportementaux suffisants pour être éligible à une entrée sur le PASA.

Une équipe pluridisciplinaire (Médecin coordonnateur, IDE, Assistante de Soins Gériatriques, Educateur sportif, Psychomotricienne, Psychologue, Neuropsychologue) est au **« centre des habitudes de vie et des attentes »** de chaque résident.

## PROBLEMATIQUE

Montrer les effets bénéfiques d'une prise en charge au sein du PASA selon les Recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) : utilisation de techniques non-médicamenteuses pour pallier à la prise de traitement de psychotropes sur les troubles psycho-comportementaux.

## RESULTATS

### Vignette Clinique Mme F.

Mme F., est une femme de 79 ans, présente une maladie d'Alzheimer diagnostiquée et un syndrome dépressif.  
Examen des fonctions cognitives (MMS = 20/30, léger) : franche désorientation temporo-spatiale, trouble en mémoire épisodique antéro et rétrograde, atteinte lexico-sémantique, dysfonctionnement exécutif et instrumentales.  
Dans le service, elle semblait être en retrait, sa voisine de chambre avait une certaine ascendance sur elle. **NPI-ES = anxiété (4x1)2, apathie (4x1)2**  
Au PASA : Recueil de vie et PCI réalisés par une ASG.  
Projet d'activités et de soins mis en place.

#### Traitements : Psychotropes

Démarche de prise en charge	Evolution du comportement
<ul style="list-style-type: none"> <li>Respect du rythme de vie</li> <li>Valoriser et renforcer l'estime de soi</li> <li>Prendre des initiatives et exprime ses choix</li> <li>Créer du lien social avec les autres bénéficiaires</li> <li>Garder sa mobilité</li> <li>Ralentir le désapprentissage cognitif.</li> </ul>	<p><b>Profil cognitif</b> : majoration de ses troubles (orientation temporo-spatiale (DTS), en mémoire épisodique antérograde).</p> <p><b>MMS = 15/30 (stade modéré).</b></p> <p><b>Psycho-comportementale</b> : Augmentation de ses troubles avec présence de nouvelles observations cliniques ; Retentissement sur la charge de travail des équipes à diminuée.</p> <p><b>NPI-ES = Dépression (2x1)1, Anxiété (3x1)1, Apathie (4x1)1, Irritabilité (4x3)2.</b></p> <p>• <b>Traitements: PAS de changement, psychotropes</b></p>

### Vignette Clinique Mme H.

Mme H., est une femme de 88 ans présente une démence mixte non diagnostiquée.  
Examen des fonctions cognitives (MMS = 10/30, modéré-sévère) : franche désorientation temporo-spatiale, trouble en mémoire épisodique antéro et rétrograde, atteinte lexico-sémantique, dysfonctionnement exécutif et instrumentales.

Dans le service, elle semblait être en demande vis-à-vis du personnel soignant, et pouvait présenter une agitation verbale en l'absence de son époux. **NPI-ES = Agitation (4x2)4, Anxiété (4x2)4, Irritabilité (2x1)3, Trouble du sommeil (1x2)1**

Recueil de vie, évaluation de Base réalisée par une ASG.  
Projet d'activités et de soins mis en place.

#### Traitements : Psychotropes

Démarche de prise en charge	Evolution du comportement
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apporter un sentiment d'apaisement, canaliser ses angoisses : répondre à ses attentes et demandes</li> <li>Ralentir le désapprentissage</li> <li>Maintien de l'autonomie, de la continence</li> </ul>	<p><b>Psycho-comportementale</b> : Diminution de ses troubles avec présence d'une nouvelle observation clinique (jalousie envers son mari); Retentissement sur la charge de travail des équipes à diminuée.</p> <p><b>NPI-ES = Idées délirantes (2x2)1, Agitation (4x1)3, Anxiété (3x1)12.</b></p> <p>• <b>Traitements: ARRET des psychotropes</b></p>

### Vignette Clinique Mme L.

Mme L., est une femme de 87 ans présente une maladie d'Alzheimer diagnostiquée.  
Examen des fonctions cognitives (MMS = 14/30, modéré) : franche désorientation temporo-spatiale, trouble en mémoire épisodique antéro et rétrograde, atteinte lexico-sémantique, dysfonctionnement exécutif et instrumentales.

Dans le service, elle pouvait avoir des périodes d'impulsivité (dans son rapport aux autres, sensible à son environnement) **NPI-ES = dépression (1x1)1, anxiété (3x1)2**  
Recueil de vie, évaluation de Base réalisée par une ASG.  
Projet d'activités et de soins mis en place.

#### Traitements : Psychotropes

Démarche de prise en charge	Evolution du comportement
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopter des techniques de communication, stimuler le langage</li> <li>Proposer des activités pour maintenir ses capacités fonctionnelles (jardinage, actes de la vie quotidienne...), éviter l'ennui</li> <li>Diminuer les frustrations, valoriser afin d'atténuer son ressenti négatif face à l'évolution de sa pathologie : environnement stable, calme, interlocuteur rassurant</li> </ul>	<p><b>Profil cognitif</b> : majoration de ses troubles (orientation temporo-spatiale (DTS), en mémoire épisodique antérograde, fonctions exécutives et de son atteinte centrale en mémoire sémantique).</p> <p><b>MMS = 8/30 (stade modéré-sévère).</b></p> <p><b>Psycho-comportementale</b> : Augmentation de ses troubles avec présence de nouvelles observations cliniques ; Retentissement sur la charge de travail des équipes à diminuée.</p> <p><b>NPI-ES = Anxiété (3x1)1, Apathie (2x1)1, Comportement moteur aberrant (4x1)2, trouble du sommeil (2x1)3 et de l'appétit (4x1)0.</b></p> <p>• <b>Traitements : ARRET des Psychotropes</b></p>

## RESULTATS POUR L'ENSEMBLE DES RESIDENTS QUI INTEGRENT LE PASA

### Sur le plan cognitif :

**MMS** = - 14 personnes : performances restant stables ou évolution positive. - 6 personnes : évolution déficitaire avec une majoration des troubles.

**Evaluation de Base (mesure d'Interaction et de la Cognition)** = - 16 restent stables ou presque. - 4 ont fortement diminués (perte de 20/50 pts).

### Sur le plan psycho-comportemental :

**NPI-ES** = - 13 personnes : restent stables ou on retrouve une évolution positive. - 7 personnes présentent une majoration de leurs troubles avec la présence de comportement perturbateur, non présent à leur entrée. Toutefois, le score Retentissement sur l'activité professionnel du soignant est non significatif.

### Traitements :

Dans l'ensemble les Psychotropes ont été arrêtés ou réduits.

## CONCLUSION

### Les troubles psycho-comportementaux et l'évolution déficitaire de la cognition ont une origine multifactorielle :

- Complication d'une pathologie dementielle, notamment de DTA.
- Impact médical (traitements, examens complémentaires), psycho-social (conflits existentiels, antérieurs non résolus, décès...), pathologies multiples.
- Dysfonctionnement cognitif (perte des détails des souvenirs autobiographiques, DTS, altération du raisonnement, etc.) peut conduire à un jugement erroné de son environnement => Apparition de comportement de type idée délirante, etc.
- Hétérogénéité des personnes présente à la journée; avec un déclin cognitif allant de léger à grave. Parfois, le comportement de certain résident (agitation physique et verbale, hyperactivité dans les actes du quotidien peut conduire à de l'irritabilité, voire de l'agressivité verbale de la part des autres bénéficiaires. => Peut vivre cela comme un rejet social (Microsociété, Référence à soi, Identité).

Certains résidents bénéficient pleinement de leur prise en charge – éléments que l'on retrouve dans l'unité de vie :

- Activités proposées restent adaptées, bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire. Doit s'ADAPTER au résident => Propose un projet d'activités et de soins qui n'est jamais figé.
- A un stade avancé, les objectifs ne seront pas les mêmes : apporter un Sentiment de bien-être et une Sensation de liberté à la personne (en choisissant pour elle, en fonction de ce qu'on aura appris lors du recueil de l'histoire vie et des renseignements apportés par la famille, ainsi que les expériences vécues au quotidien à ses côtés) afin de diminuer l'apparition de troubles psycho-comportementaux.

Ateliers mémoires, réminiscence  
= RALENTIR le désapprentissage cognitif



Atelier Jardinage, Cuisine, Préparer le couverts  
= VALORISER LES CAPACITES PRESERVEES aux travers d'ateliers dans les actes quotidiens



Atelier Créativité, Chants et écoute musicale  
= VALORISER, PARTAGER



Atelier multi-sensoriels, massage et relaxation - Esthétique  
= ENVELOPPE PSYCHIQUE



Prévention des chutes, Motricité fine, Repères espace-temps  
= PREVENTION et MAINTIEN de l'Autonomie



Jeux de société — Jeux d'antan  
= Lutter contre l'ennui, trouver du plaisir.



Sorties culturelles et participation aux manifestations organisées par la ville  
= PARTICIPER A LA VIE SOCIALE, Maintien du lien entre le niveau individuel et collectif, lutter contre la stigmatisation négative.



Rencontres intergénérationnelles et des Familles  
= MAINTIEN DE LA CONTINUITE FAMILIALE, lutter contre le sentiment de culpabilité associée aux troubles.

