****

**AAP Droits des usagers de la santé**

**"Aide-moi à faire seul" :**

**Respecter les droits et le travail**

**Maison des Sources de Confolens**

**ANNEXE 3 : Evaluation et suivi**

* Evaluation des pratiques
* NPI-ES de l’unité sécurisée
* Suivi des consommations de psychotropes

***Evaluation des pratiques***

L’application de la méthode Montessori, la formation, des agents a apporté une **philosophie** différente au sein de la Maison des Sources. Désormais, le personnel ne voit plus les habitants comme un « objet de soins » mais comme une personne avec des droits, une personne libre d’exprimer ses choix.

Les comités sont le reflet de la co-décision, la co-construction, et bien évidemment de l’implication des habitants associés au personnel et aux familles qui le souhaitent.

Ce questionnaire a été élaboré par l’organisme de formation AG et D en collaboration avec le Centre Hospitalier de Confolens. A l’attention du personnel, ce questionnaire est anonyme et il comprend sept items :

* À mon niveau : dans quelle mesure vous appliquez les principes suivants dans les interactions avec les habitants
* Voir les habitants autrement
* Du choix et du contrôle
* Comportement réactionnel
* Adaptée à l’environnement
* Des activités adaptées
* Soins

Chaque item correspond à un score et ramené à un score total qui doit tendre vers le score optimum défini.

Dans les soins

Activités adaptées

Adapter l’environnement

Face au comportement

Du choix et du contrôle

Voir les habitants

A mon niveau

Dans les soins

Activités adaptées

Adapter l’environnement

Face au comportement

Du choix et du contrôle

Voir les habitants

A mon niveau

Nous constatons que l’écart entre le score optimum et le score réalisé sur 27 soignants de mai à octobre 2018 diminue. Le résultat tend vers une amélioration significative des pratiques :

* Les soignants voient le résident comme un habitant (cf. point 2 du tableau),
* L’environnement est adapté à l’habitant (cf. point 5),
* Le choix du résident est recherché en priorité (cf. point 3).

***NPI-ES de l’unité sécurisée***

1. **Retentissement sur le comportement**
* **Des troubles du comportement se modifiant au refuge d’Aloïs**

Le refuge d’Aloïs est une unité fermée qui accueille 12 habitants présentant une maladie de la mémoire (stade modéré à sévère) ayant des troubles du comportement. Selon le cahier des charges des « Unités Spécifiques Alzheimer en EHPAD et prise en charge des troubles sévères du comportement - Réflexion sur les critères de définition et missions Gérontopôle ; Hôpitaux de Toulouse - Août 2008 », une unité « dédiée » est un lieu sécurisé par un digicode afin de protéger les habitants désorientés dans l’espace. En effet, les maladies de la mémoire altèrent souvent cette capacité et par conséquent, les malades peuvent se perdre à l’extérieur et parfois décéder.

Afin d’évaluer objectivement la présence des comportements troublants, nous avons utilisé un test validé par le CMRR de Nice (Centre Mémoire de Ressources et de Recherches) qui se nomme le NPI-ES (Neuro Psychiatric Inventory - Equipe Soignante). Ce test a un double intérêt. Le but de l’Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence. Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution. Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s’entretenir avec un membre de l’équipe (par exemple, dans le cadre d’une recherche ou d’une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l’équipe soignante. Comme dans le NPI, 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives (sommeil et appétit) sont pris en compte dans le NPI-ES. Le NPI-ES se base sur les réponses d’un membre de l’équipe soignante impliqué dans la prise en charge du patient. L’entretien ou l’évaluation est conduit de préférence en l’absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence. Il a un deuxième intérêt, celui d’évaluer la charge de travail des équipes soignante, dans le cadre d’apparition de comportements troublants.

Le score total au NPI-ES peut être calculé en additionnant tous les scores aux dix premiers domaines. L’ensemble des scores aux 12 domaines peut aussi être calculé dans des circonstances spéciales comme lorsque les signes neurovégétatifs s’avèrent particulièrement importants. En recherche clinique, il existe plusieurs scores (cut off) possible. En pratique clinique les éléments les plus pertinents à retenir sont :

- **le score fréquence x Gravité pour chaque domaine (un score supérieur à 2 est pathologique), c’est ce que nous avons décidé de retenir pour notre évaluation.**

Nous avons fait deux évaluations, la première en mars (avant l’application de la méthode), la seconde en septembre. Parallèlement, il est à noter qu’il y a une baisse des traitements médicamenteux (neuroleptiques, antidépresseurs et anxiolytiques) tant sur le plan de la fréquence d’administration que sur le dosage des molécules.

Comparativement à mars 2018, nous pouvons observer **une nette diminution** des troubles du comportement : **SCORE TOTAL Fréquence \* Gravité (12 points maxi par habitants) (11 habitants). Score mini = 0 ; score maxi = 132 pour chaque trouble du comportement**

 - **Les troubles du sommeil** ont **disparu** : score de 16 à 0 : **baisse de 100%**

- **Les troubles de l’appétit** : score de 69 à 24 : **baisse de 65%**

**- Les idées délirantes** : score de 32 à 22 : **baisse de 45%**

 - **L’euphorie** : score de 22 à 16 : **baisse de 37%**

- **L’agitation et l’agressivité** : score de 94 à 64 : **baisse de 32%**

 Les troubles du comportement qui présentent **une légère diminution** sont :

**- L’anxiété** : score de 36 à 34 : **baisse de 6%**

**- Les hallucinations** : score de 36 à 32 : **baisse de 12%**

**- L’irritabilité, instabilité de l’humeur** : score de 65 à 54 : **baisse de 17%**

**- L’apathie** : score de 78 à 59 : **baisse de 24 %**

Enfin, les troubles du comportement qui présentent **une légère augmentation** sont :

**- La dépression a légèrement augmenté**: score de 26 à 35 (augmentation de 25 %). Concernant cet item, le nouvel habitant présentait un syndrome dépressif (avant son entrée), ce qui peut expliquer cette augmentation, en partie. Une habitante présente un syndrome dépressif (peut-être en lien avec sa maladie cancéreuse qui évolue).

**- Les comportements aberrants**: score de 90 à 97 (augmentation de 7%). Cette augmentation peut s’expliquer par la levée de certains traitements médicamenteux et la nette diminution de l’apathie.

**- La désinhibition**: score de 30 à 34 (augmentation de 11%).

En résumé, l’application de la méthode Montessori a des effets bénéfiques sur les troubles du comportement. **9 comportements troublants sur 12 évalués** **sont atténués** (voire inexistants pour les troubles du sommeil). Si l’on part du principe que les comportements troublants sont une façon de communiquer un mal-être des habitants face à des pratiques soignants non adaptées, de ce fait leur diminution, voire leur disparition, tend à démontrer que la méthode Montessori est un moyen de favoriser l’expression et de respecter le choix des habitants.

1. **Retentissement sur les pratiques soignantes**
* **Evolution et retentissement sur les pratiques soignantes**

A cet effet, un audit a été réalisé sur les pratiques soignantes à destination des agents, ainsi qu’un questionnaire sur la satisfaction des habitants de leurs lieux de vie.

Le score de retentissement sur les activités professionnelles est **calculé séparément** **en additionnant chacun des sous-scores retentissement de chacun des 10 (ou 12)** domaines comportementaux.

***Score = échelle de 0 à 5 points \*nombre d’habitants (12). Score mini = 0 score maxi = 60***

**R = Retentissement** : évaluation de la charge de travail psychologique de l’équipe face à la présence des 12 troubles du comportement. Par exemple, le fait que l’habitant soit agité va demander au soignant de différer le soin et d’agir en fonction de l’attitude du résident. Autre exemple, le fait qu’un habitant soit apathique va demander plus de stimulations de la part du soignant. Ces actions ont un coût attentionnel voire psychologique pour le professionnel ; c’est ce que mesure cet item.

Nous avons fait deux évaluations, la première en mars (avant l’application de la méthode), la seconde en septembre.

Globalement, le retentissement des équipes reste en dessous de la **moyenne (inférieur à 30 points**).

1)Nous pouvons observer une **baisse de ce retentissement en lien avec la baisse d’intensité de troubles du comportement pour :**

* + Les troubles du sommeil qui ont disparu, de ce fait, le **retentissement de l’équipe est nul**.
	+ De même que pour les troubles de l’appétit (score en mars = 13 ; score en septembre = 8),
* L’apathie (score en mars = 25 ; score en septembre = 16),
* L’irritabilité (score en mars = 30 ; score en septembre = 24),
* L’agressivité (score mars = 40 ; score septembre = 31),
* Les idées délirantes (score mars = 13 ; score septembre = 8) pour lesquels le retentissement de l’équipe connait une baisse significative en lien avec la baisse d’apparition de ces troubles.

2) **Le retentissement reste identique** pour :

* + L’anxiété et la dépression (score = 13), malgré une augmentation de la présence de ce trouble.
	+ De plus, malgré l’augmentation des comportements moteurs aberrants (marche incessante) au sein du service, l’équipe n’éprouve pas plus de charge psychologique (R Mars = 33 ; R septembre= 30).

3) **Le retentissement augmente légèrement** mais reste < à 20 points lorsque les habitants présentent :

* Des hallucinations (score mars = 8 ; score septembre = 12),
* Une désinhibition (mars = 10 ; score septembre = 15)
	+ Une euphorie (score = 6 ; score septembre = 8)

En résumé, le retentissement des équipes par rapport à la charge de travail psychologique a baissé de façon significative avec l’atténuation de la majorité des troubles du comportement, et reste stable pour les autres items. La méthode Montessori a peut-être permis aux équipes de s’approprier des outils qui influent positivement sur leur charge de travail psychologique.

Puis **la formation massive a permis d’apporter une philosophie/une culture au sein de la Maison des Sources. Cela a entrainé une modification de la perception et des pratiques soignantes. La méthode fut appliquée, ce qui entraina la création de comités. Par conséquent, l’expression des droits du résident est favorisée, le résident est devenu un habitant.**

1. **Retentissement sur les choix du résident**
* **Développement significatif de l’autonomie des résidents**

La culture Montessori a permis **d’accroitre significativement l’autonomie** des résidents. Nous prenons en considération les capacités du résident et il **garde la liberté de choisir** son mode de vie en fonction de ses capacités physiques et mentales. Nous pouvons d’ailleurs le constater avec la gestion des piluliers : sur 120 résidents, 14% gèrent à ce jour leurs piluliers, contre 4% avant l’application de la méthode Montessori.

* **Diminution du nombre de résidents dénutris**

De plus, parmi les indicateurs, nous avons mesuré l’impact sur la nutrition des résidents. En effet, en EHPAD, mais aussi en fonction des pathologies et de l’âge, beaucoup d’habitants souffrent de dénutrition. Avant l’application de la méthode Montessori, sur 45 habitants, 38% étaient diagnostiqués comme dénutris, 6 mois après 22% sont dénutris**. Par le biais des comités**, notamment le comité des menus**, le résident s’implique**, il est **associé aux choix** des menus, à l’évaluation de la qualité et du service de la restauration. Par conséquent, une réponse est apportée aux attentes du résident, son appétit se développe, nous constatons une évolution positive de l’Indice de Masse Corporelle du résident (L'indice de masse de corporelle est un indice permettant d’évaluer les risques pour la santé liés au [surpoids](http://www.doctissimo.fr/html/nutrition/poids/obesite_niv2.htm) ou à la maigreur).

* **Modification du mode d’administration des traitements**

En institution, un constat est fait régulièrement, en cas de difficulté à l’administration de traitement, les médicaments sont écrasés et parfois mélangés à l’alimentation pour faciliter l’administration. D’ailleurs avant l’application de la Méthode Montessori, 20% des résidents avaient le traitement prescrit écrasé pour administration. Six mois plus tard, 13% seulement avait le traitement écrasé. Outre la meilleure efficacité du traitement, l’influence sur le goût des aliments et sur l’appétit, il s’agit avant tout de **rendre le résident partenaire à part entière** de sa prise en soins en adaptant la prise médicamenteuse.

**La Maison des Sources est un village au sein duquel le résident est un habitant citoyen qui exerce pleinement ses droits, qui conserve la liberté de communiquer et de participer à la vie de la société.**

***Suivi des consommations de psychotropes***

Un impact est noté sur certains traitements prescrits chez les habitants de la Maison des Sources.

Sur les 60 dossiers étudiés, 24 dossiers d’habitants avaient eu des changements de thérapeutiques depuis avril 2018 : 40% ont eu une modification de leurs traitements psychotiques, avec arrêt dans 78% des cas, diminution de posologies dans 22% des cas.

Nous avons relevé :

* Une diminution du nombre d’habitants sous anxiolytiques de 12% (traitement prescrit pour combattre l’anxiété et le stress). Sur 120 résidents, 48% étaient sous anxiolytique, 6 mois après : 36% sont sous anxiolytiques.
* Une baisse des habitants sous antidépresseurs de 7% (prescrits pour soulager les symptômes de la dépression se caractérisant par de la tristesse et un ralentissement moteur) passant de 35% à 28% du nombre de résidents sous antidépresseur.
* Une baisse de 6% du nombre d’habitants sous somnifères (traitement prescrit en cas de trouble du sommeil, de l’endormissement et du maintien du sommeil). Ces évolutions sont le signe que l’habitant a **une vie sociale remplie**, qu’il conserve des activités, qu’il développe des centres d’intérêts, ce qui le valorise et peut **diminuer la sensation parfois d’inutilité**. Il **participe volontairement** à des activités qui lui **permettent l’expression des aspirations** de chacun.