

## BIENTRAITANCE ET QUALITÉ DES SOINS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

P. THOMAS<sup>1</sup>, P. MISSOTTEN<sup>2</sup>, G. SQUELARD<sup>2</sup>, M. YLIEFF<sup>3</sup>, C. HAZIF-THOMAS<sup>4</sup>

1. GÉRONTOPSYCHIATRE, SHU PSYCHOGERIATRIE, CMRR, CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL 87025 LIMOGES CEDEX  
2. CHERCHEUR DOCTORANT, DÉPARTEMENT DE PERSONNE ET SOCIÉTÉ / PSYCHOLOGIE CLINIQUE DU VIEILLISSEMENT / GROUPE DE RECHERCHE QUALIDEM. ADRESSE ULG : BÂT. B33 PSYCHOLOGIE CLINIQUE DU VIEILLISSEMENT, BOULEVARD DU RECTORAT 3, 4000 LIÈGE BELGIQUE. 3. PROFESSEUR, UNITÉ DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE DU VIEILLISSEMENT, GROUPES DE RECHERCHE QUALIDEM ET INTERFACE, DÉPARTEMENT PERSONNE ET SOCIÉTÉ, UNIVERSITÉ DE LIÈGE BELGIQUE.  
4. GÉRONTOPSYCHIATRE. SERVICE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ ET PSYCHOGERIATRIE CHG 29300 QUIMPERLÉ.

RÉSUMÉ/ABSTRACT



La population âgée est un groupe particulièrement exposé à des risques de maladie, mais qui a souvent des difficultés pour accéder au système de soins, pour des raisons de localisation d'habitat, des facteurs économiques, un isolement social, des situations médicales complexes, ou d'autres raisons sociales ou familiales. La qualité de la prise en charge est essentielle pour évaluer en permanence les structures organisationnelles existantes tant pour le domicile que pour les institutions pour personnes âgées. Le soin interdisciplinaire et le soin centré sur la personne ont été utilisés pour promouvoir la qualité des soins en gériatrie depuis des années. Le soin centré sur la personne a fait partie de vastes programmes dans les pays anglo-saxons à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle pour imposer l'idée que les personnes atteintes de démence pouvaient bénéficier d'approches psychologiques, qu'elles n'étaient pas écartées des Droits de l'Homme et que l'on pouvait mettre en place pour elles des programmes alternatifs aux soins déshumanisants alors observés dans certains établissements. Ce type de programmes a été utilisé pour permettre l'accès aux formations académiques des soignants intervenant à domicile comme en établissement, mais aussi pour promouvoir l'éthique et la collaboration entre les professionnels de santé et les instituts de formation. Cet article explore les recommandations actuelles et pour le futur notamment dans deux pays, la France et la Belgique, pour le travail interdisciplinaire et le soin centré sur la personne, et il discute différents modèles de management par la qualité.

**MOTS CLÉS:** Personnes âgées – Démence – Système de santé – Qualité – Management.

### Beneficence and Quality of Care of Elderly

The geriatric population is as a group often at risk of disease and often experiencing limited access to health care system because of place of residence, economic factors, social isolation, complex medical illness, and other individual and familial factors. Quality is essential to continue examining existing organizational structures in homecare or institution for elderly. Interdisciplinary and person-centred cares have been utilized to trigger quality in geriatrics care for years. Person-centred care was part of a wide movement during the last decades of the 20th century that recognised that people with dementia could benefit from psychological approaches, that they had human rights and that they proposed a challenge to dehumanizing care practice which had not been seen previously. These programs have used diverse group of educational models to relate various health professions and community service agencies with academic institutions for training in care of the elderly and to address ethical issues training for the purpose of stimulating educational collaboration. This article explores present and for the future recommendations for interdisciplinary collaborations, discusses educational models on quality management especially in France and Belgium.

**KEY WORDS:** Elderly – Dementia – Health care system – Quality – Management.

« Je sombrais dans la dépression, adhérent à la croyance médicale d'un déclin inexorable dû à la démence. Et la dépression conduit tout droit à la pseudo-démence, car vous présentez davantage de symptômes que ne le laisserait craindre l'atteinte cérébrale. J'étais prise dans une spirale négative de désespoir et de pénibilité sinistre, qui ancrerait le processus dysfonctionnel. A côté de la dépression existaient quelques traits authentiques de la maladie démen-

tielle. » (Dancing with dementia. Christine Bryden)

La bientraitance et la qualité des soins sont au cœur des préoccupations actuelles des praticiens de la psychogériatrie et de la gériatrie, que les personnes prises en soin soient à domicile ou en établissement. La bientraitance dérive des notions de bienfaisance, de respect de la personne et de la justice, fondamentaux pour borner l'exercice de la recherche

médicale. La bienfaisance est définie dans le rapport Belmont de 1979, comme l'obligation pour les professionnels de la recherche de respecter deux règles générales (1) : ne pas faire de tort ; maximiser les avantages et minimiser les dommages possibles. Depuis plusieurs années, le réseau ALMA (ALlo MALtraiteance des personnes âgées; contact@alma-france.org) propose des centres, 18 actuellement en France, destinés non seulement à l'écoute des personnes

âgées en situation de maltraitance, mais aussi à l'écoute des témoins de maltraitance d'une personne âgée, des familles, des proches, des professionnels et des maltraitants. Deux associations s'occupent de lutter contre la maltraitance en Belgique, le Centre d'Aide aux Personnes Âgées Maltraitées (CAPAM; [www.capam.be](http://www.capam.be)) et le Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (Rifvel Belgique; <http://www.rifvel.be>). Cet article n'est pas centré sur la maltraitance dans les établissements s'occupant de personnes âgées. Nous présentons les problématiques du soin aux personnes âgées malades ou dépendantes en termes de complexité, et nous insisterons sur la nécessité de la mise en place des méthodologies de soins de qualité, soin interdisciplinaire et soin centré sur la personne, pour développer la bientraitance dans leur quotidien. Ces méthodologies de prise en charge ont été utilisées pour promouvoir la qualité des soins en gériatrie depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle pour imposer l'idée que les personnes atteintes de démence pouvaient bénéficier d'approches psychologiques, qu'elles n'étaient pas écartées des Droits de l'Homme et que l'on pouvait mettre en place pour elles des programmes alternatifs aux soins déshumanisants alors observés dans certains établissements. Ce type de programmes a été utilisé pour permettre l'accès aux formations académiques des soignants intervenant à domicile comme en établissement, mais aussi pour promouvoir l'éthique et la collaboration entre les professionnels de santé et les instituts de formation.

### **Complexité des problématiques des personnes âgées malades ou dépendantes**

Les problématiques des personnes âgées malades sont complexes, car souvent nombreuses et interagissant entre elles, tant au plan somatique que psychiatrique, et plus que pour les plus jeunes, se pose

plus ou moins rapidement des problèmes sociaux, ce dans un contexte économique difficile. Les personnes âgées et très âgées sont souvent fragilisées par plusieurs pathologies chroniques évoluant de concert et leur état peut se décompenser gravement après un traumatisme psycho-social, ou simplement une maladie aiguë. La démarche médicale qui consiste à prendre un problème après l'autre sans tenir compte des diverses interactions entre les pathologies, se heurte rapidement à un manque d'efficacité, ou parfois à des conséquences iatrogènes. Le soin gériatrique est nécessairement global, et dès l'instant où l'ensemble du tableau clinique, familial et social est complexe, ce qui est d'autant plus fréquent que la personne est davantage avancée en âge, il doit être interdisciplinaire.

### **Un défi éthique posé pour de nombreux pays pour développer de bonnes pratiques professionnelles dans les années à venir**

À l'échelle de la planète, le vieillissement démographique va conduire, en raison de l'incidence de la démence chez les plus âgés, à un doublement du nombre de malades ayant des troubles cognitifs d'ici 2040 (2). La démence est une source importante de dépendance et s'accompagne de multiples problèmes de santé et d'une altération de la qualité de vie du malade (3, 4), comme de ceux qui s'occupent de lui (5). Son coût pour la collectivité et les familles est considérable (6). L'aidant a souvent des problèmes de santé, surtout si le malade présente des troubles du comportement (7). De nombreuses inquiétudes pèsent donc actuellement sur les décideurs politiques, en France comme en Belgique sur les conséquences financières à venir. La prise en charge globale, interdisciplinaire n'est pas nécessairement plus coûteuse que les soins engagés pour traiter de façon juxtaposée les diverses pathologies. En effet, nous ne sommes pas avec cette approche dans une logique de l'addition. Le concept de prise en soins

bio-psycho-social selon le modèle cher à Engel (1980) débouche à la fois sur des soins respectueux du cadre holistique du malade, et d'autre part sur la prise en compte dans les soins de la dimension économie de santé (8). Il sous entend de sortir du modèle standardisé de la démence qui veut lier les déficits sociaux et exécutifs avec les résultats des tests neuropsychologiques, pour adopter un modèle enrichi, complexifié de la maladie (9, 10). La qualité des soins et la bientraitance ne sont donc pas synonymes d'augmentation des dépenses de santé.

Parmi les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Elias Zerhouni, jusqu'à une date récente du National Institute for Health (NIH) aux États-Unis, recommande le développement des principes interdisciplinaires dans les établissements de santé (11). Il propose 4 P pour la qualité de la médecine du futur, qui nécessairement devra être : Préventive, Prédicative, Personnalisée et Participative, l'usager devenant le co-auteur de son parcours de soin. Ceci suppose le développement d'une qualité du lien entre les professionnels et entre ceux-ci et les usagers.

### **Les actions proposées en France par le Secrétariat d'État, en vigueur dès 2009**

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) s'est penchée sur le sujet de la bientraitance et a publié en juillet 2008 des recommandations de bonnes pratiques dans les structures de soins accueillant en particulier des personnes âgées. L'agence précise ainsi de nouveau les grandes orientations recommandées aux structures visées à l'article 312.1 et à l'article 313.1.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

En France, la mise en œuvre d'une politique promouvant la bientraitance dans les établissements de santé a une ambition de traduire en actes deux textes récents porteurs concernant l'usager des services de soins : la loi n°2002.2 du 2 janvier 2002 réno-

→ vant l'action sociale et médico-sociale., et la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Madame Valérie Létard, Secrétaire d'État chargée de la Solidarité, a présenté le 16 octobre 2008 une suite de mesures en faveur de la bienveillance des personnes âgées accueillies en établissement. Prévenir la maltraitance est indispensable, et la presse nationale se fait écho de temps à autre de situations inacceptables de personnes âgées en établissement ou à domicile.

Pour combattre la maltraitance, il a été récemment décidé par les autorités gouvernementales d'augmenter les taux des contrôles-surprise dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de relancer le 3977, numéro d'appel dédié à la lutte contre la maltraitance (<http://discours.vie-publique.fr/notices/083003259.html>). Les actions se font dans un esprit d'ouverture et de confiance dans les professionnels. Chaque année, désormais, les établissements devront adresser à leurs tutelles un questionnaire élaboré sous la coordination de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Ce questionnaire comportera, notamment, des questions sur les formations dont ont bénéficié les membres du personnel en matière de bienveillance. Encouragement est donné à former les personnels aux techniques d'accompagnement personnalisées.

### **Modalités réglementaires de la démarche de qualité en établissements médico-sociaux en Europe.**

La France, la Belgique et d'autres pays d'Europe ont ratifié le 18 septembre 2008 la Convention sur la protection internationale des majeurs vulnérables conclue à La Haye le 13 janvier 2000 et qui prend effet au 1er janvier 2009. Le vieillissement des populations, l'augmentation corrélative

des maladies liées à l'altération des facultés intellectuelles, et la mobilité de ces populations s'étant amplifiés, il était devenu indispensable de mettre en œuvre des solutions permettant de garantir aux adultes vulnérables la protection de leurs droits individuels.

L'ensemble du secteur des établissements pour personnes âgées est strictement réglementé depuis la loi n°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. En introduisant un nouvel article dans la loi du 30 Juin 1975, la loi n°97-60 du 24 Janvier 1997 prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Cette convention Tripartite régit désormais le secteur des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées. Ces conventions doivent s'appuyer sur le cahier des charges publié au Journal Officiel du 27 avril 1999 (arrêté du 26 avril). L'objectif est la mise en œuvre au sein des établissements de démarches continues d'amélioration en matière de qualité, centrées sur la personne âgée et répondant à ses attentes et besoins. Pour les établissements médico-sociaux, ceci se traduit par l'utilisation de l'outil Angélique, qui permet l'évaluation de la qualité. Il a pour but notamment d'aider les établissements à réaliser un état des lieux initial, puis périodique, en identifiant leurs points forts et faibles au regard de la qualité et les objectifs d'amélioration nécessaires. Angélique signifie Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements. Se lancer dans l'aventure qualité demande un investissement de la part de tous les acteurs : personnes âgées, familles et professionnels. Pour que le projet soit réalisable il doit être mené pas à pas en s'appuyant sur des outils adaptés comme, par exemple la démarche "kalitiss" qui additionne aux savoir-faire d'un consultant une plate-forme multi-

média, accessible sur internet.

En Suisse, un dispositif comparable à Angélique existe depuis la Loi d'Aide aux Personnes Recourant à l'Action Médico-Sociale du 24 janvier 2006. Pour obtenir une autorisation d'exploiter ou de continuer d'exploiter, un home non médicalisé on doit répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- Remplir les conditions prévues par le règlement relatives à la qualité de la prise en charge ;
- Conclure un contrat type d'hébergement avec le bénéficiaire, dont les modalités sont fixées par le règlement ;
- Être dirigé par une ou des personnes justifiant de connaissances professionnelles reconnues suffisantes par le département ;
- Disposer du personnel qualifié pour assumer l'encadrement et l'animation ;
- Passer une convention tarifaire avec le département. Ce dernier a notamment pour mission d'assurer le contrôle de la gestion et la surveillance via la Coordination interservices des visites en établissements médico-sociaux (CIVEMS).

De nombreuses personnes âgées françaises, ainsi que de nombreuses personnes jeunes handicapées, sont hébergées en Belgique dans des établissements médico-sociaux. Dans un rapport présenté à l'Assemblée Nationale en novembre 2008 par Cécile Gallez ([www.lamaisondelaautonomie.com/dmdocuments/rapport%20gallez.pdf](http://www.lamaisondelaautonomie.com/dmdocuments/rapport%20gallez.pdf)), Député du Nord et Maire de Saint-Saulve, il est rappelé que les maisons de retraites belges sont dans l'ensemble plus petites, plus médicalisées, plus encadrées et plus souples, et qu'elles accompagnent davantage qu'en France la personne tout au long de son parcours. La taille des structures serait plus petite avec une moyenne de 46 lits par établissement contre 60 lits en France ce qui conférerait à la Belgique un caractère d'attractivité plus important en raison de l'aspect plus convivial et plus chaleureux de

son hébergement. Le coût de l'hébergement en Belgique est légèrement moins élevé qu'en France et ce, malgré la suppression des aides habituellement versées en France du type de Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'Aide personnalisée au logement (APL). L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) a été créée par un décret du 6 avril 1995. Il s'agit d'un organisme public placé sous la tutelle du Ministre wallon de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances, chargé de mener à bien la politique wallonne en matière d'intégration des personnes handicapées. Elle agréé, contrôle et subventionne les services qui accueillent, hébergent, emploient, forment, conseillent et accompagnent les personnes handicapées. Le secteur simplement autorisé dit « article 29 » (décret n° 76-838 du 25 août 1976), manque de cependant de contrôle.

## Maltraitance et prévention de l'épuisement des aidants

Un soir d'avril 2008, sur Antenne 2, David Pujadas a présenté une émission, « Les Infiltrés ». Une journaliste avait discrètement intégré une maison de retraite en se faisant passer pour une employée... Dans la peau d'une stagiaire aide-soignante, équipée d'une micro caméra cachée, elle avait pu filmer tout ce qu'elle avait vu et entendu. Les téléspectateurs avaient pu ainsi constater le non-respect des règles d'hygiène, l'absence de soin, les injures, les menaces, les erreurs médicales... dans une maison de retraite française.

Comment bien traiter ? Eviter la maltraitance, la dépister, la dénoncer ne suffit pas. La qualité des soins ne se décrète pas mais s'élabore au sein d'équipes motivées. La maltraitance est souvent le fait de familles angoissées, débordées et épuisées, d'équipes soignantes incapables de répondre aux besoins des malades,

parce que non spécifiquement formées, faute de crédits, de formateurs ou de temps disponible pour se rendre aux formations, ou en nombre insuffisant au chevet des patients. Un trouble du comportement chez un malade dément n'est pas seulement lié à un déclin cognitif. Il est porteur de sens pour un malade qui ne peut s'exprimer autrement et qui cherche à se faire comprendre. Il peut donc être regardé comme le stigmate de l'intolérance et de l'inaptitude de l'entourage à répondre à ses besoins. Avant tout, il faut donc prendre soin des aidants. Le stress dû aux soins (5), la planification de la journée trop serrée, les moyens humains, matériels ou financiers étant souvent insuffisants, nombre d'aidants formels ou informels expriment une souffrance de ne pas avoir davantage d'espace pour la relation avec les malades, à ne pas pouvoir être plus efficace dans leur travail, volontiers qualifié par eux comme de mauvaise qualité. Pourtant la motivation à s'occuper des personnes âgées, contrairement aux truismes, ne manque pas (12).

### Le syndrome de burn-out

Le burn-out des personnels travaillant en psychogériatrie et en gériatrie est ainsi fréquent, chez les médecins comme chez les soignants (13, 14). En effet, le burn-out apparaît particulièrement dans les professions qui demandent d'avoir une vocation et où la réussite de l'action dépend essentiellement de ses capacités relationnelles, mais qui exposent au stress, aux contraintes et aux frustrations.

Souvent l'aidant familial ou le soignant en institution sont seuls pour faire face à de nombreuses difficultés au quotidien. A côté de la non protection de soi liée à une surmotivation (15), s'ajoute souvent une non protection de la hiérarchie : la langue de bois est la seule réponse aux problèmes lorsqu'ils sont exposés. Le burn-out est un processus parfois contagieux. L'épuisement dans un service ou dans une famille ne se limite pas forcément à une seule personne. Les contraintes du malade,

le lourd contexte s'appliquent à plusieurs intervenants. Il est aussi contagieux à différents segments du fonctionnement de la personne atteinte, ne se limitant pas au seul domaine du travail. La personne se désinvestit des segments où elle donnait pourtant le meilleur d'elle-même. Le processus envahit peu à peu tous les domaines de vie. La personne concernée devient irritable et s'aigrit. Elle perd tout accès à la compassion avec les malades, elle est déshumanisée dans ses propos, comme sidérée dans sa vie émotionnelle. Sa courtoisie vis-à-vis de ses collègues n'est qu'un souvenir, car elle est devenue cassante, sèche dans ses relations, profondément pessimiste et démotivée dans sa vie professionnelle ou personnelle, se mésestimant elle-même. De façon stéréotypée, le burn out évolue en quatre étapes (16). Après une période plus ou moins longue d'enthousiasme idéaliste, on observe une stagnation dans la motivation, vient ensuite une période de frustration où le désengagement, le désintérêt au travail et la négligence dans les soins ont une part, et venant clore ce cycle, l'apathie, non sans une certaine indifférence voir un cynisme par rapport à ce qui motivait l'enthousiasme initial. Faute d'une vigilance et d'un soutien suffisant de ses collègues et de sa hiérarchie. La personne concernée peut s'exposer au risque suicidaire ou à ses équivalents comme par exemple les addictions (17, 18). Outre une prise en charge médicamenteuse antidépressive, le burn-out nécessite pour la personne concernée une démarche personnelle psychothérapique.

### L'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est une démarche groupale autour d'un thème commun permettant la prise en charge d'une problématique complexe. Elle suppose une rencontre entre praticiens de disciplines distinctes mais où chacun conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. Idéalement des réunions doivent se faire en présence du malade, ou de la personne de confiance s'il ne peut s'exprimer, pour

→ définir et discuter avec lui du parcours de soin. La base de la méthode est le dialogue, l'échange et l'élaboration d'interactions entre les intervenants. L'interdisciplinarité est une nécessité aujourd'hui. Faute de son développement, le risque est grand de voir le malade chosifié, ramené à un diagnostic, à un numéro de chambre ou à un protocole de prise en charge, la démarche humaniste se cantonnant alors à la langue de bois. Les nouvelles modalités de prise en charge dans les établissements, avec par exemple, en France, la T2A (la tarification à l'acte), ne valorisant pas les soins des malades chroniques vont aggraver cette situation.

L'interdisciplinarité se différencie de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité (19). La multidisciplinarité est une simple juxtaposition de points de vue d'experts différents, qui restent en quelque sorte sur des voies parallèles. L'avis du cardiologue, s'ajoute à l'avis du neurologue, et le médecin généraliste ne s'en détache pas. La transdisciplinarité désigne un savoir qui parcourt diverses sciences sans se soucier des frontières. Le travail de mise en commun, de synthèse vise à déterminer le plus petit dénominateur commun. L'opinion minoritaire a ici toute sa place. L'intérêt de la démarche transdisciplinaire, est qu'elle peut prendre en compte des réalités a priori opposées, sans nécessairement imposer un choix. La logique du tiers inclus est que deux propositions contradictoires peuvent être vraies en même temps (20). Ceci suppose la mise en évidence dans la démarche de concertation, d'existence de niveaux de réalité et de perception différentes, souvent bien appréhendés par la variété des intervenants dans le soin et leur élaboration en vue d'une démarche de soins.

Le travail interdisciplinaire vise à répondre à une question, à résoudre un problème, à expliquer quelque chose qui est trop vaste et trop complexe pour être pris en compte de façon adaptée par une seule discipline ou une seule personne (21). Il s'appuie sur l'acceptation d'une humi-

Souplesse de caractère et dans les changements de perspective au fur et à mesure que le sentier se démasque

Patience : ne pas se précipiter sur la solution immédiate

Résilience pour tenir le coup lorsqu'on est seul(e) à défendre un point de vue

Préférer la diversité et savoir enrichir la complexité

Ouverture d'esprit et intérêt pour les autres

Savoir prendre des risques

"Thick skin" : avoir la couenne épaisse pour résister à l'opinion de ceux qui ne sont pas d'accord avec vous et exprimer complètement son opinion

Tableau 1 : Qualités nécessaires à développer dans l'équipe interdisciplinaire.

lité théorique chez tous les membres intervenant auprès d'un malade. Chacun doit comprendre que ses apports, ne reflètent qu'une partie de la réalité, et celle-ci est relative, fluctuante... Le processus prend en compte la complexité des situations. Le tableau 1 présente les qualités nécessaires à développer par les membres d'une équipe interdisciplinaire.

La démarche interdisciplinaire implique l'apprentissage d'un changement et de l'amélioration permanente de la qualité des soins dans l'équipe. Les certitudes définitives et la compartimentation des soins trop souvent en vigueur ne sont plus que prudemment avancées et l'équipe doit faire avec un certain flou des limites des situations rencontrées, des changements de perspectives de soins sur un même malade au cours du temps et doit apprendre à gérer sa propre perplexité. De nouvelles méthodes de travail sont à acquérir : le contrôle, la maîtrise et l'expertise doivent laisser place aux dialogues, aux interactions entre professionnels et avec le malade et sa famille, et à la négociation. La démarche interdisciplinaire n'est pas réservée aux établissements. Elle est possible en ambulatoire. Une voie d'avenir est ouverte avec le « Guided Care » développé récemment aux États-Unis pour le soin des problèmes complexes des personnes âgées et leur famille à domicile (22). Une évaluation de l'impact positif de cette méthode sur la qualité de vie des personnes âgées polyopathologiques vivant à domicile a été récem-

ment faite (23). Le Guided Care est un service de soins adaptés, coordonnés, continus, centrés sur la personne, répondants à des besoins objectifs, médicaux ou sociaux pour les malades avec des pathologies chroniques. Ceci suppose une méthodologie de recueil de données, de développement du plan de soins et d'évaluation de la qualité de son application. L'ensemble de la démarche est informatisée et est sous la responsabilité d'une infirmière spécialisée dans la coordination des soins, mais ne faisant elle-même pas de soins.

### Efficacité des démarches de soins de qualité centrés sur la personne

La qualité passe par des soins centrés sur la personne, dont un schéma, VIPS (Very Important PersonS, en anglais), est donné par l'équipe de Bradford (Tableau 2). VIPS sont les initiales des points d'entrée de la démarche de qualité : V pour Valoriser la personne et Validation des émotions (art thérapie, notamment musique); I = Traiter la personne comme un(e) Individu(e), abordant ses problèmes médicaux et psychiatriques de façon globale; P pour adaptation des soins aux Perspectives d'un(e) bénéficiaire d'un service et S = Soutien psychosocial, respectueux du cadre holistique. La validation est un processus d'entrée en relation particulièrement important pour le bien être de la personne âgée. La validation suppose une authenticité de la part des soignants et des aidants, une liberté d'expression par

rapport à eux-mêmes, de bonnes capacités de reformulation (12, 24). Valider, c'est reconnaître les émotions d'une personne, c'est lui dire que ses émotions sont vraies. Au contraire, ne pas reconnaître les émotions, c'est nier la personne et prendre le risque de réactions comportementales, en particulier lorsqu'existent des problèmes cognitifs, faute d'un accueil et d'un minimum de compassion (25). La validation permet de bâtir un état intérieur favorable à la communication : le bien être. Le soutien psychosocial implique une approche compassionnelle du malade, et une démarche systémique du côté de ses proches. Nombre de patients déments sont en bute avec des conflits familiaux que leur état ne permet plus d'élaborer. Ils sont une source de repli sur soi, comme pour épargner l'économie familiale, essentielle pour eux. La thérapeutique par résolution de problème a toute sa place dans la panoplie des soins à proposer pour soutenir les aidants à domicile et prévenir l'institutionnalisation (26).

La recherche du bien être pour minimiser les troubles cognitifs des malades ayant des troubles cognitifs est ancienne (27). La même équipe a développé une méthodologie de soins centrés sur la personne appelé «Dementia Care Mapping», qui inclut la disponibilité psychologique du malade à participer aux activités ou à accepter les soins (28, 29). Le Dementia Care Mapping est une démarche centrée sur la personne et une auto-évaluation du travail d'équipe avec l'aide d'un ou de plusieurs membres ayant reçu une formation spécifique (mapper). Les moments optimaux des activités et de soins sont repérés par le mapper en fonction des disponibilités psychologiques du malade et de son bien être. Les définitions des standards de qualité et l'analyse des observations se fondent sur les indices d'observation de ce bien être. Une mise à disposition des observations est proposée à l'équipe et discutée en réunion interdisciplinaire.

Une récente étude internationale publiée dans une revue médicale

ÉLÉMENT	CE QUI EST AMÉLIORABLE	OK	BON	EXCELLENT
Valorisation				
Individu				
Perspective				
Soutien				

Tableau 2 : Auto évaluation en équipe de la démarche VIPS

prestigieuse a été publiée sur le Dementia Care Mapping (30, 31). Après randomisation trois bras ont été définis en maison de retraite : soins standards, soins centrés sur la personne, et Dementia Care Mapping. Cette dernière méthode de soin a permis de montrer des résultats significatifs au plan statistique : amélioration objective de la qualité des soins chez les patients déments, diminution à court et moyen terme de certains troubles du comportement (Figure 1), agitation et agressivité, quand d'autres n'étaient pas concernés (Troubles moteurs). Le Care Mapping permet de plus d'entretenir un haut niveau de bien être chez les résidents. Il diminue les coûts de prise en charge, les chutes sont moins nombreuses chez les malades et la consommation d'an-

tipsychotiques et de benzodiazépines moindre. Les risques physiques pour le personnel sont diminués.

### Bâtir ensemble la maison de la qualité

La démarche de qualité et de son amélioration est entrée dans les faits dans les établissements de santé, par exemple en France grâce à leur « certification » tous les 5 ans par la Haute Autorité de Santé. Les outils validés d'évaluation de la qualité de vie des malades chez les déments (annexe 1) sont disponibles (32, 33). Bâtir ensemble la maison de la qualité pour les personnes âgées ne s'improvise pas. Les attitudes disqualifiantes des personnes âgées démentes observées dans certains services ou établissements, qui constituent la psychologie sociale

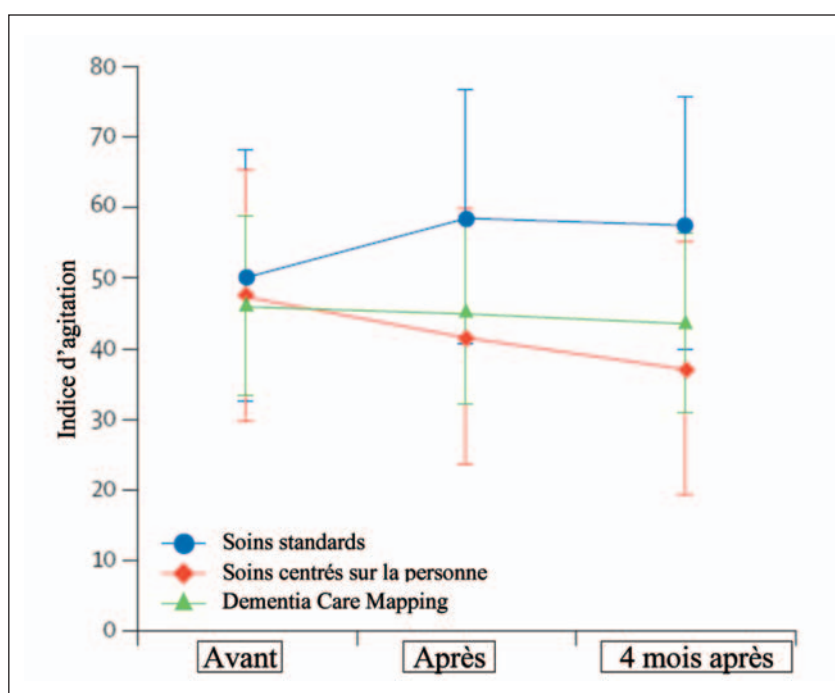


Figure 1 : Niveaux d'agitation selon les méthodes de soins, soins standards, soins centrés sur la personne, et Dementia Care Mapping.

→ délétère (Malignant Social Psychology) ne résulte pas d'une attitude perverse de ceux qui travaillent auprès de personnes âgées, mais d'un défaut de culture d'entreprise, d'une insuffisance d'élaboration de la culture commune (34). L'attitude des structures dirigeantes et des collègues à l'encontre des personnels s'occupant de personnes démentes ou handicapées est importante (34). Comment demander des soignants ou des médecins de valoriser les personnes qu'ils prennent en charge s'ils se sentent méprisés par la communauté qui les entoure ? Pour valoriser la personne fragile, il convient dans un premier temps de repérer et d'éliminer les pratiques discriminatoires éventuelles. Les personnes démentes ont-elles bien les mêmes droits que les autres personnes, ceci indépendamment de l'aide supplémentaire que la pathologie induit ? Dans un deuxième temps, il faudra mettre en place les éléments pour qu'elles se sentent à l'aise dans le milieu de vie qui est le leur. Bâtir ensemble la maison de la qualité nécessite outre la formation de personnel, des plages horaires disponibles pour la démarche interdisciplinaire et des soins centrés sur la personne, un engagement de l'équipe managériale pour soutenir la méthode et les équipes, définir les priorités et les exposer clairement. Le cloisonnement administration, médecin, soignant, famille, malade ne tient pas devant les défis éthiques qui s'ouvrent en début de ce siècle. La figure 2 présente l'édifice de la qualité lorsqu'il est prêt à recevoir ses visiteurs, tous ceux qui sont concernés par le soin. Il n'y a pas de soins de qualité sans définition préalable, en équipe, de la philosophie des soins, sans un accord sur les valeurs et les buts partagés par tous les intervenants. La confiance doit régner pour que la démarche interdisciplinaire ait un essor. Les données pertinentes pour les décisions doivent être rigoureusement tirées de faits matériels, d'observations psychologiques, soignantes et médicales. L'équipe doit ainsi tomber d'accord sur les index de qualité qu'il convient de suivre.

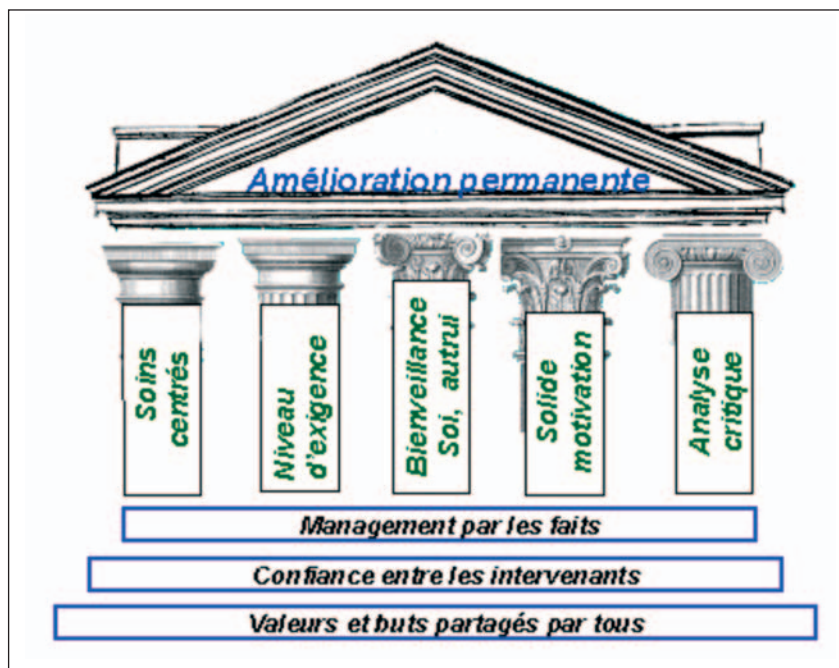


Figure 2 : L'édifice de la qualité.

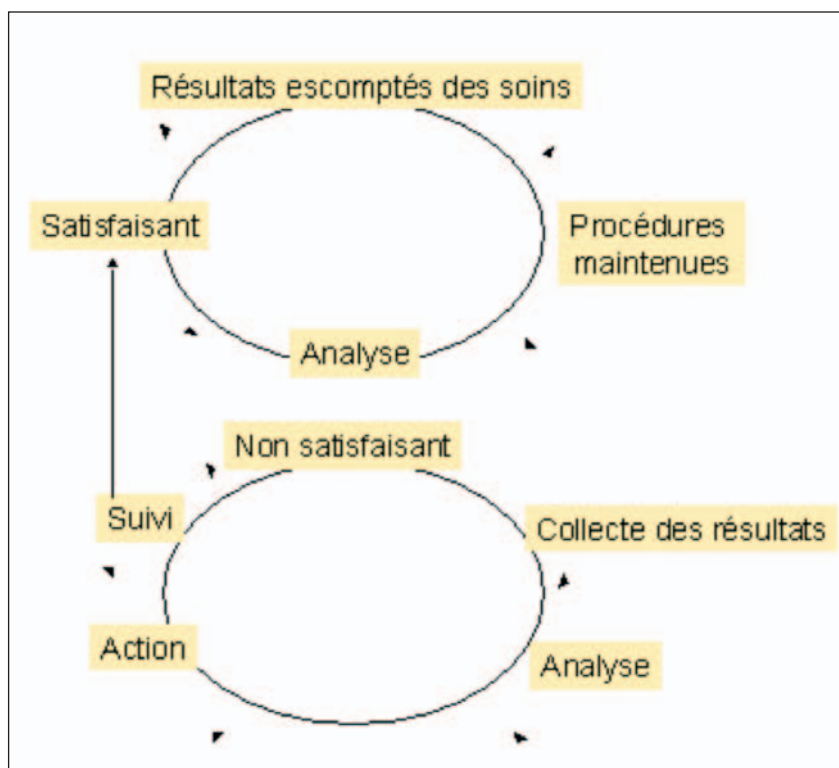


Figure 3 : Les cycles de la qualité selon Anderson.

Cinq piliers soutiennent l'amélioration permanente de la qualité : les soins centrés sur la personne, l'exigence de qualité par tous, la rigueur critique des analyses, l'entretien de la motivation du personnel, et la bienveillance pour le patient, pour sa famille, mais aussi pour ses collègues et pour soi-même.

La figure 3 présente une méthode simple de vérification de l'efficacité sur le terrain de la démarche de qualité. Celle-ci est, comme la qualité centrée sur le malade et sa satisfaction, et non simplement sur des indices de respect de normes ou de protocoles d'établissement (35). La démarche proposée par Anderson

est de maintenir ou de réajuster la démarche de qualité en fonction des index de qualité relevés par l'équipe. Cette analyse peut paraître aisée, mais toute la difficulté de sa mise en œuvre dans chaque unité de soins tient au choix des index pertinents de la qualité : nombre de chutes, nombre de malades se plaignant de douleurs, nombre d'infections nosocomiales, arrêt de travail du personnel soignant, plaintes ou satisfactions des familles, etc. Ils ne peuvent être trop nombreux, sauf à saturer le personnel de paperasserie. Ces index sont relevés régulièrement et de façon exhaustive par une personne référente. Une

réunion interdisciplinaire permet la mise en commun des données de chaque unité de soin index par index, par les référents, permettant un management par la qualité (Total Quality Management) [36, 37]. Les divers écarts par rapport à ce qui est attendu, permettent d'ajuster les soins.

## Conclusions

La qualité est un des enjeux pour les soins de demain, notamment en gériatrie et en psychogériatrie, tant à domicile qu'en institution [4, 38]. Rappelons qu'une mauvaise qualité

de vie du malade conduit à une mauvaise qualité de vie chez les aidants, et qu'une mauvaise qualité de vie a un coût financier, en terme de bien-être et de santé pour l'aidant comme pour le malade [5]. La qualité des soins passe par l'acquisition de méthodes par les interventions, c'est à dire des formations et une volonté de travailler dans ce domaine. La bienveillance du malade et de tous ceux qui sont à son chevet est une déclinaison de cette volonté. Si la bienveillance est centrée sur le bien-être du malade, elle ne peut mettre de côté le bien-être des soignants et des aidants. ■



## RÉFÉRENCES

- [1] BELMONT. Report. Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Report of the National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research. Chapter C: "Basic Ethical Principles", § Beneficence. <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>. 1979.
- [2] ZIEGLER-GRAHAM K, BROOKMEYER R, JOHNSON E, ARRIGHI HM. Worldwide variation in the doubling time of Alzheimer's disease incidence rates. *Alzheimers Dement*. 2008;4(5):316-23.
- [3] CURRAN GM, SULLIVAN G, WILLIAMS K, HAN X, ALLEE E, KOTRLA KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emerg Med*. 2008;8:17.
- [4] MISSOTTEN P, YLIEFF M, DI NOTTE D, et AL. Quality of life in dementia: a 2-year follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(12):1201-7.
- [5] THOMAS P, LALLOUE F, PREUX PM, et AL. Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(1):50-6.
- [5] HEYMSFIELD S, WANG Z, VISSER M, GALLAGHER D, PIERSON JR. Techniques used in the measurement of body composition: an overview with emphasis on bioelectrical impedance analysis. *Am J Clin Nutr*. 1996;64:478-84.
- [7] THOMAS P, INGRAND P, LALLOUE F, et AL. Reasons of informal caregivers for institutionalizing dementia patients previously living at home: the Pixel study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(2):127-35.
- [8] LEUCHT S, PITSCHER-WALZ G, ENGEL RR, KISSLING W. Amisulpride, an unusual "atypical" antipsychotic: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Psychiatry*. 2002;159(2):180-90.
- [9] ADAMS T. Kitwood's approach to dementia and dementia care: a critical but appreciative review. *J Adv Nurs*. 1996;23(5):948-53.
- [10] KITWOOD T, BREDIN K. Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing Soc*. 1992;12:269-87.
- [11] ZERHOUNI E. En France, la bureaucratie annule la responsabilité réelle. *Sciences et Avenir*. <http://sciencesetavenir.observatoire.parution.com/hebdo/parution/p746/articles/a397311-.html>. 2009;476.
- [12] THOMAS P. Le vécu des soins au quotidien par les aidants à domicile de personnes âgées. *Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatrie*. 2009(151):14-9.
- [13] FEARON M, DONALDSON C, BURNS A, TARRIER N. Intimacy as a determinant of expressed emotion in carers of people with Alzheimer's disease. *Psychol Med*. 1998;28(5):1085-90.
- [14] CROSATO KE, LEIPERT B. Rural women caregivers in Canada. *Rural Remote Health*. 2006;6(2):520.
- [15] KOOPMANSCHAP MA, VAN EXEL NJ, VAN DEN BOS GA, VAN DEN BERG B, BROUWER WB. The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy*. 2004;68(3):309-20.
- [16] DELBROUK M. Le burn-out des soignants. *de Boeck éditeur*. 2004:101-202.
- [17] BURNS L, TEESSON M, O'NEILL K. The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*. 2005;100(6):787-96.
- [18] KAPLAN CD, HUSCH JA, BIELEMAN B. The prevention of stimulant misuse. *Addiction*. 1994;89(11):1517-21.
- [19] CHOI BC, PAK AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 3. Discipline, inter-discipline distance, and selection of discipline. *Clin Invest Med*. 2008;31(1):E41-8.
- [20] KORZYBSKI A. Collected writings International Non-Aristotelian Library. Englewood, NJ. 1990.
- [21] KLEIN JT. Evaluation of interdisciplinary and transdisciplinary research: a literature review. *Am J Prev Med*. 2008;35(2 Suppl):S116-23.
- [22] WOLFF JL, RAND-GIOVANNETTI E, PALMER S, ET AL. Caregiving and Chronic Care: The Guided Care Program for Families and Friends. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009.
- [23] ALIOTTA SL, GRIEVE K, GIDDENS JF, ET AL. Guided care: a new frontier for adults with chronic conditions. *Prof Case Manag*. 2008;13(3):151-8; quiz 159-60.
- [24] FEIL N. Validation therapy. *Geriatr Nurs*. 1992;13(3):129-33.
- [25] NEAL M, BRIGGS M. Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(3):CD001394.
- [26] BANERJEE S, MURRAY J, FOLEY B, ATKINS L, SCHNEIDER J, MANN A. Predictors of institutionalisation in people with dementia. *J Neural Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(9):1315-6.
- [27] TARDIEU A. Manuel de pathologie et de clinique médicale. *Germer Baillière*. Paris. 1848:501.
- [28] MILLAR I. Dementia care mapping. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1995;2(5):322-3.
- [29] WILLIAMS J, REES J. The use of 'dementia care mapping' as a method of evaluating care received by patients with dementia—an initiative to improve quality of life. *J Adv Nurs*. 1997;25(2):316-23.
- [30] BALLARD C, AARSLAND D. Person-centred care and care mapping in demen-





## RÉFÉRENCES

tia. *Lancet Neurol.* 2009;8(4):302-3.

(31) CHENOWETH L, KING MT, JEON YH, et AL. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol.* 2009;8(4):317-25.

(32) DI NOTTE D, YLIEFF M, FONTAINE O. Qualité de vie et personnes démentes (interim report). *Qualidem.* 2000.

(33) SMALL GW, RABINS PV, BARRY PP, et AL. Diagnosis and treatment of Alzheimer

disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *Jama.* 1997;278(16):1363-71.

(34) BROOKER D. Person-centred dementia care. *Jessica Kingley Publishers.* London. 2007.

(35) ANDERSON BG, NOYCE JA. Clinical indicators and their role in quality management. *Aust Clin Rev.* 1992;12(1):15-21.

(36) MORLEY JE, FLAHERTY JH, THOMAS

DR. Geriatricians, continuous quality improvement, and improved care for older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(9):M809-12.

(37) FLAHERTY JH, MCBRIDE M, MARZOUK S, et AL. Decreasing hospitalization rates for older home care patients with symptoms of depression. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(1):31-8.

(38) MISSOTTEN P, SQUELARD G, YLIEFF M, et AL. Relationship between quality of life and cognitive decline in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2008;25(6):564-72.

### ANNEXE 1. ALZHEIMER DISEASE RELATED QUALITY OF LIFE™ ADRQL™ (30).

*Adaptation par Di Notte, Ylieff & Schuerch (29). La cotation se fait en mesurant le pourcentage des réponses correspondant à une bonne qualité de vie, pour la grille complète et pour ses sous-items. L'utilisation de la grille de Rabin est soumise à un copyright.*

#### LIRE LES INSTRUCTIONS SUIVANTES AU SUJET

Avant de vous présenter le questionnaire de qualité de vie, je vais vous lire les consignes.

- La qualité de vie signifie « comment quelqu'un se sent dans différents domaines de sa vie ». Pour se renseigner sur leur qualité de vie on demande habituellement aux sujets de répondre à des questions les concernant. En raison des effets de la démence, il est difficile de demander aux personnes souffrant de cette maladie de répondre à des questions sur leur vie. Ce questionnaire a donc été développé de telle façon qu'il puisse être complété par quelqu'un qui passe du temps et prend soin d'une personne atteinte de démence.
- Il y a plusieurs domaines qui qualifient la qualité de vie d'une personne. Je décrirai brièvement chacun de ces domaines et ensuite lirai les affirmations correspondantes. Quand je lirai celles-ci, pensez à Mme/M./Melle ..... Si vous trouvez que l'affirmation décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines, répondez, s.v.p. « d'accord ». Si vous êtes en désaccord parce que la déclaration ne décrit pas Mme/M./Melle ....., répondez, s.v.p. « pas d'accord ».
- Laissez-moi vous donner un exemple. Il est possible que je lise la phrase suivante, « Il/elle ne répond pas à son propre nom ». Si cet exemple décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines, vous devez dire « d'accord ». Si l'exemple « Il/elle ne répond pas à son propre nom » ne le/la décrit pas au cours des 2 dernières semaines, vous devez répondre « pas d'accord ». Avez-vous des questions ?
- Je vais maintenant commencer le questionnaire. Dites-le-moi si vous voulez que je parle plus fort, que je ralentisse, que je répète une phrase ou que j'arrête pour que vous puissiez penser à l'exemple. Faites-moi savoir aussi si vous voulez que je vous lise à nouveau les consignes.

#### A. CES AFFIRMATIONS CONCERNENT LE FAIT D'ÊTRE EN RELATION OU ENTOURÉ D'AUTRES PERSONNES.

Après chaque exemple, répondez, s.v.p. « d'accord » si l'exemple décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines ou répondez « pas d'accord » si ce n'est pas le cas. (L'examineur doit inscrire « X » dans la colonne appropriée)

	D'accord	Pas d'accord
1. Il/Elle sourit ou rit quand il/elle est entouré(e) d'autres personnes		
2. Il/Elle n'accorde pas d'attention à la présence des autres		
3. Il/Elle veut rester près d'autres personnes		
4. Il/Elle cherche le contact des autres en saluant ou se joignant aux conversations		
5. Il/Elle parle aux autres		
6. Il/Elle touche ou permet des contacts tels que poignée de main, étreinte, baiser, tapotement (par exemple tape sur l'épaule)		
7. Il/Elle peut être réconforté(e) ou rassuré(e) par les autres		
8. Il/Elle ne sent pas à l'aise avec des étrangers ou des gens qu'il/elle ne reconnaît pas		
9. Il/Elle réagit avec plaisir face aux animaux domestiques ou enfants		
10. Il/Elle parle aux gens au téléphone		
11. Il/Elle devient s'énerve ou se fâche quand il/elle est approché(e) par une autre personne		
12. Il/Elle pousse, agrippe ou frappe les gens		

**B. CES AFFIRMATIONS CONCERNENT L'IDENTITÉ PARTICULIÈRE D'UNE PERSONNE ET SES RELATIONS IMPORTANTES**

Après chaque exemple, répondez, s.v.p. « d'accord » si l'exemple décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines ou répondez « pas d'accord » si ce n'est pas le cas. (L'examineur doit inscrire « X » dans la colonne appropriée)

	D'accord	Pas d'accord
1. Il/Elle parle ou continue à faire des choses liées à son ancien travail ou anciennes activités quotidiennes		
2. Il/Elle est conscient(e) de sa place dans la famille telle qu'un époux/épouse, parent ou grand parent.		
3. Il/Elle fait ou indique ses choix dans des activités quotidiennes routinières telles que : quoi manger, quoi porter (vêtement) ou où s'asseoir		
4. Il/Elle est contrarié(e) par des limites personnelles telles qu'oublier, perte d'objets ou confusion dans des endroits familiaux		
5. Il/Elle montre un intérêt pour des événements, des endroits ou des habitudes de son passé comme les vieux amis, les anciens lieux de résidence, l'église ou la prière		
6. Il/Elle ne répond pas à son propre nom		
7. Il/Elle n'exprime plus des croyances ou positions qu'il/elle a toujours tenu		
8. Il/Elle indique « oui » ou « non » par des gestes, en parlant ou en faisant signe de la tête		

**C. CES AFFIRMATIONS CONCERNENT DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS PRÉSENTS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES**

Après chaque exemple, répondez, s.v.p. « d'accord » si l'exemple décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines ou répondez « pas d'accord » si ce n'est pas le cas. (L'examineur doit inscrire « X » dans la colonne appropriée)

	D'accord	Pas d'accord
1. Il/Elle sourit, rit ou est de bonne humeur		
2. Il/Elle serre, tord ou tortille ses mains		
3. Il/Elle lance, frappe, donne des coups de pied ou donne des coups violents aux objets		
4. Il/Elle crie, hurle, jure ou porte des accusations		
5. Il/Elle s'enferme ou se barricade dans sa chambre, maison ou son appartement.		
6. Il/Elle est irritable ou se met facilement en colère		
7. Il/Elle dit qu'il/elle veut mourir		
8. Il/Elle pleure, se lamente ou fait la moue		
9. Il/Elle montre un grand plaisir		
10. Il/Elle est agité(e) et tendu(e), ou répète des actions comme se balancer, déambuler ou frapper les murs violemment		
11. Il/Elle s'oppose à l'aide de différentes façon lors de l'habillage, du repas, bain ou en refusant de bouger		
12. Il/Elle s'accroche ou suit des gens		
13. Il/Elle semble content(e) ou satisfait(e)		
14. Il/Elle parle de « se sentir malade », « avoir mal » ou « avoir froid »		
15. Elle fait preuve d'un sens de l'humour		

→



**D. CES AFFIRMATIONS CONCERNENT LES ACTIVITÉS HABITUELLES AU COURS DE DEUX DERNIÈRES SEMAINES**

Après chaque exemple, répondez, s.v.p. « d'accord » si l'exemple décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines ou répondez « pas d'accord » si ce n'est pas le cas. (L'examineur doit inscrire « X » dans la colonne appropriée)

	D'accord	Pas d'accord
1. Il/Elle aime faire des activités seul(e) tel qu'écouter de la musique ou regarder la télé		
2. Il/Elle ne prend pas part à des activités qu'il/elle aimait bien même quand on l'y encourage		
3. Il/Elle s'assied calmement et semble apprécier l'activité des autres même quand il/elle n'y participe pas activement		
4. Il/Elle ne montre aucun signe de plaisir ou d'amusement quand il/elle participe à des loisirs ou activités récréatives		
5. Il/Elle somnole ou ne fait rien la plupart du temps		

**E. LES DERNIÈRES AFFIRMATIONS CONCERNENT LE COMPORTEMENT D'UNE PERSONNE DANS SON LIEU DE VIE**

Après chaque exemple, répondez, s.v.p. « d'accord » si l'exemple décrit Mme/M./Melle ..... au cours des 2 dernières semaines ou répondez « pas d'accord » si ce n'est pas le cas. (L'examineur doit inscrire « X » dans la colonne appropriée)

	D'accord	Pas d'accord
1. Il/Elle éprouve du plaisir ou est calmé(e) par les objets personnels et ce qui lui appartient		
2. Il/Elle parle de sentiment d'insécurité ou dit que ses biens ne sont pas en sécurité		
3. Il/Elle est énervé(e) ou troublé(e) quand elle se trouve dans des endroits autres que où il/elle vit		
4. Il/Elle fait des tentatives répétées pour partir		
5. Il/Elle est énervé(e) ou troublé(e) dans son lieu de vie		
6. Il/Elle est à l'aise à circuler chez lui/elle		
7. Il/Elle dit qu'il/elle parle de quitter ou de retourner à la maison		

**CECI CONCLUT LE QUESTIONNAIRE. MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE AIDE**