

Résidence Béthanie
Prise en soins
neuropsychiatrique des
aînés

Le jeudi 24 septembre 2022



KORIAN

In caring hands

Eric Delbaue
Infirmier directeur

Menu

1. Différence entre psychogériatrie et neuropsychiatrie
2. Introduction et genèse du projet
3. Groupes cibles
4. Inclusion dans les réseaux et des circuits de soins
5. Procédure de transfert et admission
6. Prise en soins – quelques particularités
7. Besoins en personnel et formation
8. Conclusions

1. Différence entre psychogériatrie et neuropsychiatrie

Pas de combat sémantique, mais nombreux termes psychogériatrie, gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé, psychiatrie du vieillissement etc...(1)

Le problème de la dénomination n'est pas totalement résolu car chacun donne à ces différents termes des attributions et des sens différents.

La psychogériatrie : elle représente l'approche clinique des troubles psychiques d'un point de vue gériatrique, elle est donc plus liée au champ de la **maladie démentielle**. Elle est à mettre en parallèle avec la neurogériatrie, la cardiogériatrie, l'oncogériatrie, etc.

(1) Jaulin P. (2012), « Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom », L'Information psychiatrique ; 88 : 709-10

La neuropsychiatrie des aînés ou gérontopsychiatrie : elle désigne une psychiatrie centrée sur les pathologies mentales de la personne devenant âgée. Elle est à mettre en parallèle avec la pédo-psychiatrie .

Mais c'est finalement autour de la traduction du terme anglo-saxon **old age psychiatry** que le consensus le plus acceptable a été trouvé : la psychiatrie du sujet âgé (à l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent).

Psychogériatrie = troubles liés à la sénescence / au vieillissement

Neuropsychiatrie des aînés = troubles neurologiques ou psychiatriques souvent préexistants au vieillissement

2. Introduction et genèse du projet

Le 7 novembre 2016 – dernier avertissement AVIQ avant fermeture

Constat – types de patients au moment de la restructuration

Cumul de fragilités (physiques, psychiques, sociales).

9 lits CS

45 lits MRS

65 lits MRPA

*T = 119 lits dont 16 lits en Unité
Protégée*

3. Groupes cibles

Toute personne âgée en perte d'autonomie (momentanée ou définitive) nécessitant l'entrée en maison de repos et de soins, mais vivant avec une ou plusieurs pathologies neuropsychiatriques associées et/ ou des troubles du comportement majeurs imposant une prise en charge spécialisée.

1. Des troubles psychiatriques pour lesquels un diagnostic a été ou pourrait-
être posé sur base des groupes de pathologies du DSM IV ou de l'ICD 10-
CM. **Problématiques chroniques et stabilisées imposant toutefois un
accompagnement journalier.**
2. Des troubles neurologiques, cognitifs et démences associés ou non à un
tableau psychiatrique.
3. Des troubles du comportement (social ; sexuel ; violence) et mises en
danger de soi-même et/ ou d'autrui.
4. Un retard mental pouvant être dérangement dans une MR-MRS
conventionnelle.
5. Des assuétudes

Dans le concret :

- 56% un (ou plusieurs) diagnostic psychiatrique ;
- 28 % des assuétudes (alcool ; médicaments ; drogues) ;
- 22 % une forme de démence et/ou problème neurologique ;
- 16% des troubles du comportement ;

La majorité de nos résidents présentent un cumul de ces points.

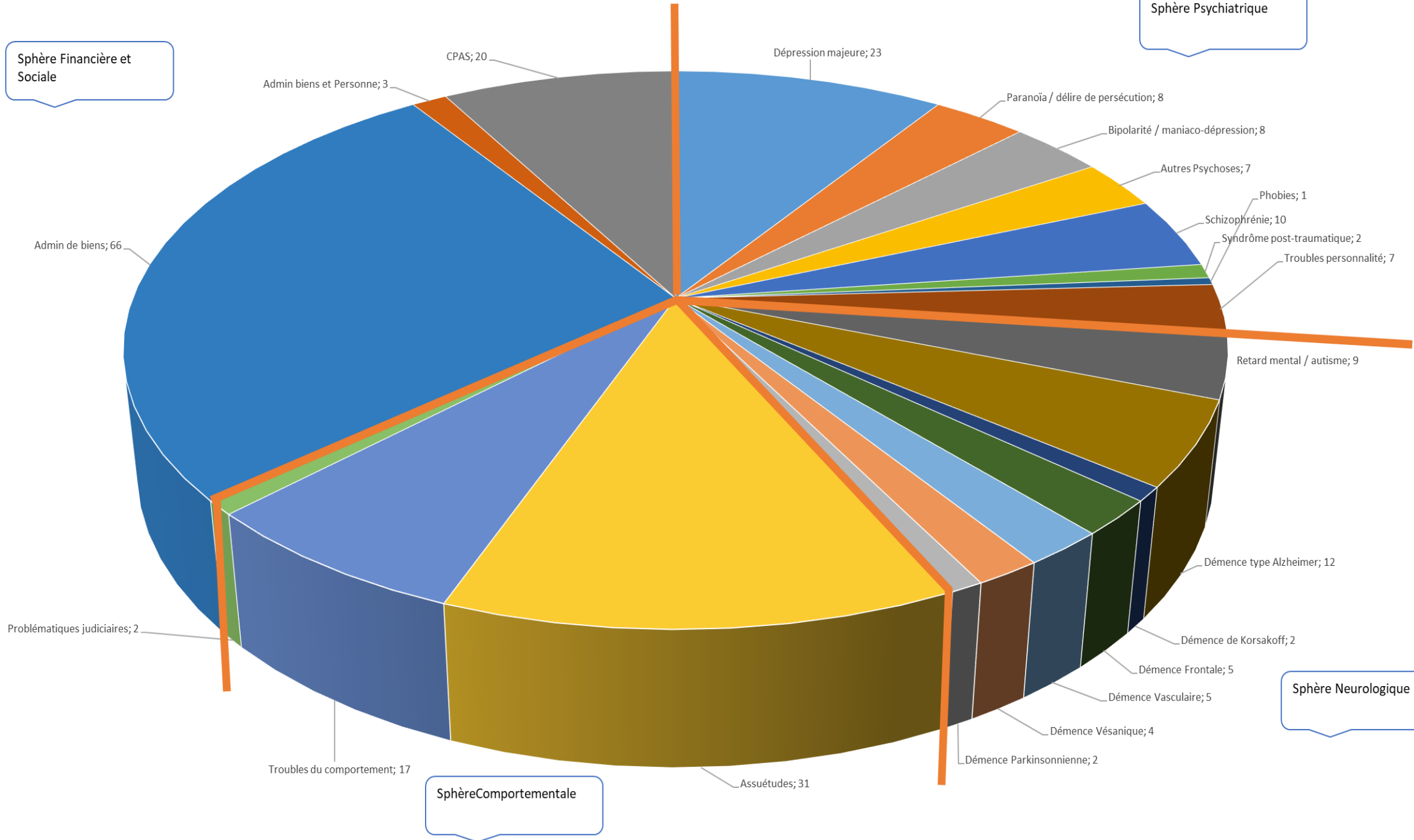
De plus, 90% sont sous administrateurs de biens (avocats) voire de biens et de la personne ; 40% émargent d'un CPAS.

Enfin, 37 de nos résidents sont des hommes et 62 sont des femmes, avec un âge moyen de 71 ans (65 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes).

Situation juillet 2021 / 99 résidents présents

Sphère Financière et Sociale

Sphère Psychiatrique



Sphère Comportementale

Sphère Neurologique

4. Inclusion dans les réseaux et des circuits de soins

Convention avec la Clinique du Beau Vallon avec inclusion d'une liaison via leur équipe SPAD. Lien de fonctionnement avec les autres prestataires hospitaliers de la RW (St Martin Dave ; Psy St Luc et CHRN; Silva Medical ...)

Résinam du Réseau Santé Namur (réseau 107); Psynam ; Geronam ; réseaux WAB et Phénix Namur ; Un-Pass dans l'Impasse

Services sociaux de Namur dont le CPAS, mais aussi le DUS (dispositif d'urgence sociale), et l'abris de nuit.

Rôle de logement d'urgence et de transit pour la Ville et la Province.

Lien fonctionnel MRS avec la Clinique Ste Elisabeth / Namur et la plateforme palliative de Namur (ASPPN)

5. Procédure de transfert et admission

Les demandes d'entrée urgentes (transfert dans les 24 /48 h) sont toujours refusées. Si la situation comportementale est dépassée, il est primordial de prévoir une admission hospitalière préalable.

Toutes nos admissions se font via une **concertation pluridisciplinaire** le jeudi, mais une réunion « à minima » peut se faire à d'autres moments.

Les admissions tiennent donc compte d'un avis de la direction, du médecin co, de l'infirmière en chef, des psychologues et du service social.

Pour que cet avis puisse avoir lieu, nous avons besoin :

1. Diagnostic (somatique / psychologique) et dossier médical complet
2. Liste des antécédents médicaux
3. Bilans des hospitalisations précédentes
4. Résumé du jour du médecin traitant ET de l'infirmier en chef
5. Echelle de Katz et si possible MMSE
6. Administrateur de biens/de la personne et/ou contacts
7. Besoin d'une aile sécurisée ?
8. Les raisons du changement d'institution – le délai.
9. Troubles du comportement présents ? Si oui, lesquels ? Depuis quand ? Si récents, quel est le déclencheur ?
10. Traitement médicamenteux à jour + idéalement médication pour 48h minimum à fournir à l'entrée
11. Histoire de vie (fume ? assuétudes ? etc)
12. Troubles de la déglutition ?

13. Choix du résident : il ne peut y avoir d'admission sans accord du résident / patient ou décision d'un **administrateur de la personne**

(participation en cours à une étude sur l'Ethique des MRS avec Université de Namur)

Petit rappel simplifié :

- Patient autonome
- Patient aidé par sa famille dans sa gestion
- Décision de justice de Paix : administrateur des biens
- Décision de justice de Paix : administrateur des biens et de la personne
- Décision de justice de Paix : mise en observation (rapport circonstancié médecin + risque pour soi ou les autres) > hospitalisation
- Décision de justice Pénale: internement

Les critères d'admission et de sortie particuliers à l'Unité Protégée sont :

1. Les personnes ayant un diagnostic de démence avec catégorie D ou non qui présentent des problèmes de sortie à l'insu et / ou d'insécurité pour elle-même ou les autres
2. Les personnes présentant une démence vésanique
3. Les personnes ayant des troubles du comportement majeurs

6. Prise en soins – quelques particularités

Prise en soins holistique du patient (Holistique : qui s'intéresse à son objet dans sa globalité).

Soit dans les axes

- Somatiques comme dans toutes les mrs
- Neuropsychologiques
- Sociaux

>histoire de vie

>Montessori

>Vie communautaire dans la résidence

>Vie affective et vie familiale

Peinture MUR

- M^{me} NAMUR

- M^{me} BOTTE

CARTE

- M^{me} RAJCHMAN

PROJETS MONTESSORI

PETIT DESEJNER

- M^{me} VANDEVELDE

- M^{me} HAMENDE

MENU

- M^{me} NAMUR

- M^{me} NICOLAI

- M^{me} HEYMANS

- M^{me} VANDERHREGHEN

- M^{me} CHAKROUN

PETIT DESEJNER

DANS L'UNITE
DE VIE

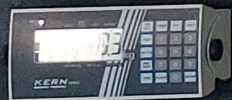
JOURNAUX

- M^{me} LESIRE

- M^{me} MOREAU

PROJETS
COMITE

- PETIT MAGASIN
- ACCUEIL NEW HABITANTS
- FÊTE SOLEIL COUCHANT
- JARDIN
- ANIMAUX



6.1. Madame H. – 78 ans

Antécédents connus (résumé) :

- **Néo du rectum** avec épisodes de douleur abdominale et diarrhées
 - Désordre dépressif majeur
 - Désordre affectif / **bipolaire**
 - Personnalité limite
 - Abus d'alcool – polyneuropathie alcoolique
-
- Katz : 3-3-2-3-2-1 1-1 MMSE = **27/30** (ndlr : les troubles psychiatriques n'empêchent pas de répondre très correctement à un MMSE...)

Adaptation des soins / prise en soins suivant la phase de la patiente et non adaptation de la patiente à l'organisation de la structure :

Phase maniaque :

- Ne pas être trop attentif à la façon dont la résidente s'habille 😊
- Intolérance à la frustration > négociations
- Demandes très présentes de la patiente
- Se lave de nombreuses fois par jour

Phase dépressive

- Refus alimentaire – soutien avec compléments alimentaires (Fortimel / protéines) que la résidente accepte + tartines à la confiture
- Mise en place d'une surveillance nutritionnelle
- Fatigue, reste alitée, angoisses

- Refus des activités communautaires – repli sur soi
 - Nécessité de passage du personnel et stimulation.
 - Autodépréciation, besoin d'être rassurée
 - Peur de tomber du lit : contention (barreaux) à la demande
- Malgré les prescriptions et les courriers tant de la direction que des médecins, refus d'intervention de l'administrateur des biens sur :
1. Les nombreux savons utilisés par la patiente en phase maniaque
 2. Les compléments alimentaires

Jugement (1^{ère} instance) en notre faveur en 2019

6.2. Madame D. – 68 ans

Antécédents connus (résumé) :

- Diabète non insulino-dépendant
- Schizophrénie paranoïde avec épisodes d'exacerbation aigue
- Fibromes utérins
- AVC en 2012
- Katz : 3-3-1-1-3-1 3-3 MMSE = 16/30

Episodes psychotiques et hallucinatoires :

- Acceptation d'une part de destruction (chambre)
- Episodes hallucinatoires avec cris > difficile à canaliser > isolement temporaires des autres patients.
- Négociation pour la prise des médicaments
- Ergothérapie ++ > permet de recentrer via une activité (tricot)
- Gestion cigarettes et argent de poche²⁰ (5€/sem)

6.3. Monsieur B. – 73 ans

Antécédents connus (résumé) :

- Réaction prolongée au stress post-traumatique / ancien para-commando
- Comportement asocial, agressif ayant donné lieu au décès d'une résidente qui s'était introduite dans sa chambre dans une autre MRS.
- Parkinson – épilepsie
- Inadaptation sociale
- Hypersensibilité au bruit

- Katz : 3-3-2-3-4-2 1-1 MMSE = 26/30

- Utilise une tribune pour se déplacer / kiné de maintien d'indépendance
- Surveillance constante du niveau d'agressivité
 - Répond positivement aux rdv à la direction
 - N'accepter aucun dépassement ou manque de respect (personnel et autres résidents)
- Choisir le « moment » des soins – général pour tous nos patients
- Utilisation d'un casque pour l'isoler du bruit
- Continue à être suivi par le Parquet / procès le 3 février – en attente du verdict

6.4. Madame G. – 67 ans

Antécédents connus (résumé) :

- Retard mental moyen
- Surdité profonde
- Néo de l'ésophage
- Alcool
- Trouble du comportement social – a déjà fait plusieurs institutions
- **Katz : 3-2-1-1-2-1 3-3 MMSE = 11/24**

1. Risque de fugue – reste en attente à l'entrée fournisseurs pour s'échapper
 - Mise en place de sorties accompagnées (éducateur)
 - Mise en place de week-end en famille

2. Risque social :
 - Désignation d'un administrateur des biens
 - Gestion de l'argent de poche par l'Assistante Sociale

7. Besoins en personnel et formation

Une demande a été envoyée en octobre 2021 auprès du Cabinet de Madame Christie Morreale. En effet, l'échelle de Katz qui finance les MRS ne tient pas compte de l'aspect psychiatrique.

Nous avons eu un premier refus – mais nous n'abandonnons pas. Et ce d'autant que les différents services de l'AVIQ concernés (Aînés, Santé Mentale, Inspection) reconnaissent la nécessité du projet.

Ceci étant, nous avons déjà pris la décision pour garantir un bon accompagnement de nos résidents d'augmenter la quantité de paramédicaux vs infirmiers / soignants.

	Février 22	normes	%	Besoins complémentaires
Qualification	(ETP)			(ETP)
Infirmiers	10,6	10,32	102%	
Personnel soignant	15,46	11,6	133%	
KEL (Kiné, Ergo, Logo)	2,5	1,5	167%	1 ergo
Autre para (Assistant social et Psychologues)	3	0,907	330%	2 (1 AS et 1 Psy)
Aide-logistique Pour Unité Protégée	0,75	/		
Educateurs	0,5			2
	32,81	24,327	134%	4 ETP

Besoin de reconnaissance du financement actuellement autoporté et du besoin de 4 ETP complémentaires

Le complément de personnel paramédical contribue à mettre en place :

- L'accueil du résident par une visite préalable (hôpital ; domicile ; autre MR...) ; et une analyse environnementale en vue d'un retour au domicile...
- Les projets de vie individuels ; les projets d'indépendance ;
- La recherche d'allocations ; le support des administrations de biens ;
- La stimulation au lever de certains résidents et leur guidance ; le suivi des contrats pour la prise des médicaments, douche, tabac, alcool...
- Le travail de l'indépendance ; réapprentissage des courses ; cours de cuisine en équilibre et dans le respect d'un budget ;
- L'accompagnement du résident à un rendez-vous extérieur (médical ; justice...) si besoin ;

- L'augmentation des activités occupationnelles et thérapeutiques dont lutte contre la surmédication ;
- Le renforcement des liens familiaux souvent détruits ; groupes de paroles ;
- L'augmenter des entretiens individuels dont inclusion du nouveau résident, l'aide / support psychologique pour le retour à domicile...

Enfin, la spécialisation nécessite aussi la création d'une fonction psychiatre référent – coopérateur du MCC (3 heures par semaine) et d'une fonction pharmacienne (3 heures par mois) pour la lutte contre la surmédication.

Liste non limitative / adaptée au résident

Formations :

En 2021 et ce malgré le contexte covid, 2100 heures de formation ont été données au sein de la résidence. **En 2022 (au 31 octobre) 2930 heures**

Les principaux sujets :

- Hygiène liée au Covid / mesures d'isolement etc...
- La gestion des troubles du comportement de la personne âgée – Monsieur Jean-Marie Warzée (Beau-Vallon)
- Le risque suicidaire - Céline Stordeur – Un Pass dans l'Impasse
- Exercices de pleine conscience et méditation pour le personnel
- Pentaplus
- Cours liés au risques incendie.
- Self-défense « light » pour le personnel : Formation sécurité (Seris Security)
- Formations particulières dont référente démence.

8. Conclusions



Le Cocon

**RÉSIDENCE
NEUROPSYCHIATRIQUE**