




16/09/ 2014



Prise en charge, en
établissement, des personnes
âgées présentant des
troubles du comportement
sur le territoire de
l'Eurométropole

1. Problématique

- Situation démographique
- Réponse actuelle adéquate?
- Obstacles à la prise en charge?
- Problèmes organisationnels
- Possibilité d'amélioration?

2. Objectifs: Groupe pilotage

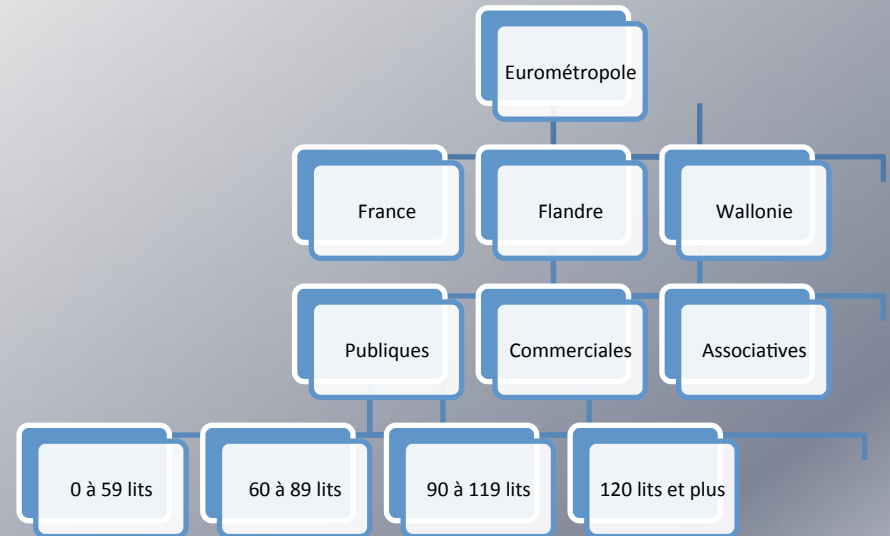
- Quantification des difficultés
- Identification des limites
- Origine des échecs prise en charge
- Conséquences des échecs
- Bonnes pratiques - Recommandations

3. Les étapes

- Comité de pilotage
- Description des phases
 - Rencontre des partenaires
 - Recensement public cible
 - Définition des besoins
 - Analyse des modalités de prise en charge
 - Elaboration pistes de solution

4. Méthodologie

- Cartographie
- Echantillon
- Questionnaire: prétest



5. Résultats: 8 volets analysés:

- Problématique
- Gestion
- Actions mises en œuvre
- Adaptations structurelles
- Collaborations
- Vécus des résidents
- Vécus des équipes
- Bonnes pratiques

5.1. Problématique: Importance -réponses

- 41% moyenne avec TDC # 26% petites institutions
- Dont 22,7% diagnostiqués pathologie psychiatrique
- Unités spécifiques surtout:
 - Grandes institutions
 - Associatif
 - France et Flandre
- 17 résidents / unité

5.2. Gestion et vision

- Manque de moyens
 - Personnel spécialisé
 - connaissances
- Manque de moyens surtout pour pathologie psychiatrique
- Prise en considération comme critère d'admission pour 100%
- Essentiellement pour les résidents diagnostiqués avec trouble psychiatrique

5.3. Actions réalisées

- Formation des équipes = angle essentiel
- Connaissance des pathologies: formation!
- Amélioration de la communication: formation!
- Gestions des comportements difficiles: formation!

5.4. Adaptations structurelles:

- Couloirs adaptés
- Présence de caméras
- Matériel de contention
 - Présent mais.....
 - Des procédures et.....
 - Usage non systématique

5.5. Aides et collaborations

- Très variables en fonction de la situation géographique et des capacités des institutions
- Quasi généralisées en France
- Intervenant de référence: médecin généraliste

5.6. Résidents: Leurs vécus

- Plaintes répétées et comportements nocturnes
 - Dérangeants pour les autres résidents
 - Affecte la satisfaction
- Les institutions identifient les résidents avec TDC dans la liste d'attente
 - 1*/3 cette demande sera ignorée
 - 40% des institutions ont mis un terme à l'hébergement au cours des 3 dernières années pour situations extrêmes non gérables
- Situation d'échec mais non exceptionnelle

5.7. Equipes: Leurs vécus

- TDC influencent la satisfaction au travail
- Les difficultés essentielles:
 - Sécurité: agressions
 - Charge psychologiques: les cris
 - Charge de travail
 - Responsabilité: fugues - accidents ,....

6. Les recommandations

- Plusieurs axes de recommandations

6.1. Organisation des établissements

- Création de structures spécifiques
- Gestion distincte de la démence et des troubles psychiatriques
- Pour ces derniers: institutions spécifiques
- Unités de vie spécialisées: +/- 15 résidents

6.2. Encadrement pluridisciplinaire

- Equipes sensibilisées aux TDC
- Equipes stables
- Personnes de référence spécialisées
- Favoriser les spécialisations gériatriques
- Soignant de référence notamment en unité de vie

6.3. Encadrement médical

- Médecin spécialisé en interne
- MCC spécialisé
- Rôles et fonctions des MCC plus clairs

6.4. Partenariats

- A développer+++
- Renforcer les collabo avec institutions spécialisées
- Contrat local - régional de santé mentale avec des services de gériatrie et psychiatrie
- Unités pour réaliser un bilan gériopsychiatrique en court séjour

6. 5. Formation

- Tous les collaborateurs
- La manière « d'être »
- Au-delà de la formation: supervisions et analyse des pratiques

6.6.Diagnostic - prévention

- Améliorer la connaissance du résident avant son admission
- « Vrai » diagnostic pré admission
- En lien avec les partenariats = diagnostic précoce et pluridisciplinaire

6. 7. Les prises en charge

- Développement d'un projet spécifique aux \neq catégories de résidents
- Proposer des activités adaptées aux groupes
- Adapter les plans de soins en intégrant les TDC

6.9 Les attitudes/traitements

6.8. La communication

- Aux institutions

- Connaissance des structures d'aides qui existent
- Clarification des rôles respectifs des différents dispositifs
- Campagne d'information + brochure

- Aux résidents et référents

- Cahier des charges des prises en charge possibles au sein de l'institution
- Proposer les alternatives existantes

- Connaissance du caractère « dangereux » du résident
- Organisation du travail permettant le refus du soins
- Médicaments = évaluation du rapport bénéfice / risque

7. D'autres populations

- Syndrome de Korsakoff
- Pathologies spécifiques: Schizophrénie
- Grande marginalité: SDF
- Public « jeune » en situation de handicap physique
- Le public issu de l'immigration

8. Conclusions

- Sous le vocable TDC: des parcours sociaux, humains et de santé biens ≠
- Les réponses standards ne suffisent pas toujours
- Un repérage des pratiques en fonctions des régions, statuts, capacités d'accueil
- Pistes d'amélioration: BP et recommandations

ETUDE MENEÉE PAR:



Société de conseil en gestion et organisation des institutions pour personnes âgées: Flandre, Wallonie, Bruxelles