

Etude sur les troubles psychiques dans les maisons de repos wallonnes

AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité)

09-02-2023

Sandrine Boyals et Laurie Bronfort



Préambule

Vers un vocabulaire commun : Troubles psychiatriques

Troubles anxieux

- Anxiété
- Phobies
- TOC

Troubles de l'humeur

- Tristesse et [mélancolie](#)
- Dépression

Troubles bipolaires

- Troubles de l'humeur et alternance d'épisodes maniaques

Troubles délirants

- Psychoses
- Schizophrénie

- Les troubles psychiatriques représentent 48% de toutes les admissions en MR(S)- Van Rensbergen G et al, 2010.
- 85 % des résidents présentent au moins une affection neuropsychiatrique en MRS. Trois pathologies sont particulièrement fréquentes : les états dépressifs, le syndrome démentiel et les troubles du comportement. D'autres pathologies comme les états anxieux sont également souvent mentionnées- DREES, 2006.



Préambule

Les observations actuelles du terrain.

- Les troubles de la personnalité, la schizophrénie et troubles bipolaires sont les pathologies les plus difficiles à gérer pour les équipes.
- Les personnes avec un profil psychiatrique vivent avec les résidents présentant une démence dans les UA engendrant une cohabitation conflictuelle et une augmentation des contentions.



Connaissances théoriques et ressources
en Wallonie ?



Recommandations et perspectives
d'actions



Ce public cible en MR(S): quel
profil? quelles réalités ?



Expériences et difficultés des
équipes ?

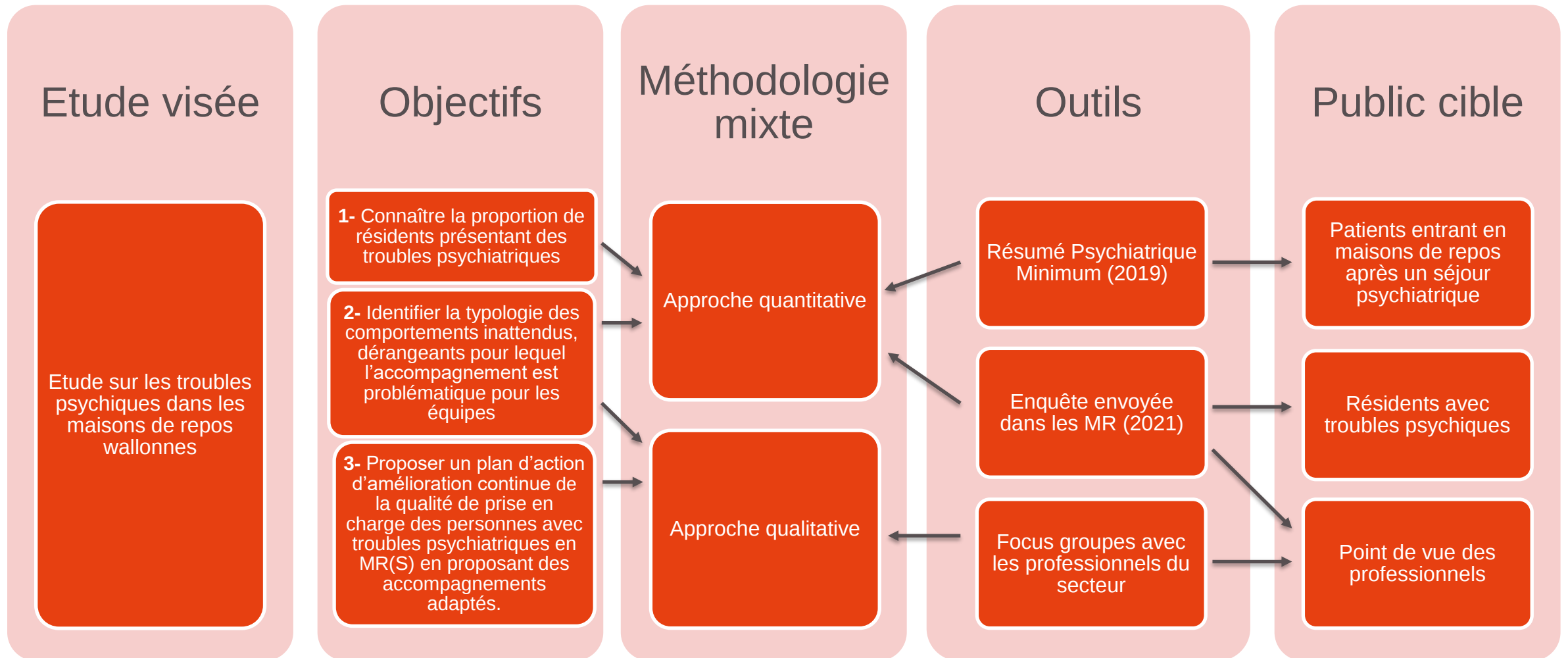
Les équipes mobiles spécialisées de type 107 devraient pouvoir intervenir dans les MRPA/MRS pour soutenir le personnel et le former- KCE, 2018.

Quelles questions se poser ?



- α Quel est le profil et la proportion des résidents présentant des troubles psychiques dans nos maisons de repos wallonnes ?
- α Quel est le degré d'expertise des professionnels dans la prévention, la détection et l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques ?
 - α Quelle est la typologie des manifestations comportementales pour lequel l'accompagnement est problématique pour les équipes ?
- α Quelles sont les priorités d'action à mettre en place ?

Méthodologie employée



Résultats de la 1ère étude quantitative – RPM

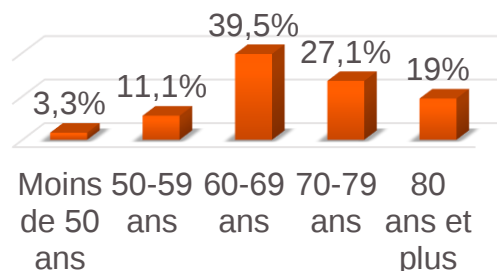


58,5%
Surreprésentation
des femmes

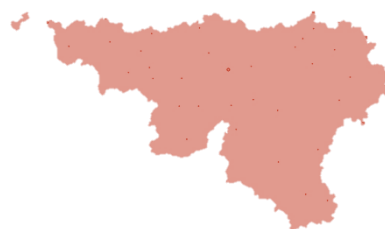


25% des personnes
vivaient chez elles
isolées

40% des résidents
viennent d'un
habitat collectif



Majorité de **60-69 ans (39,5%)**



Sous-représentation de la population psychiatrique dans toutes les provinces par rapport à la population générale, **exceptée celle de Namur qui indique un taux plus élevé (19,7%)**



23,9%
Enseignement
primaire

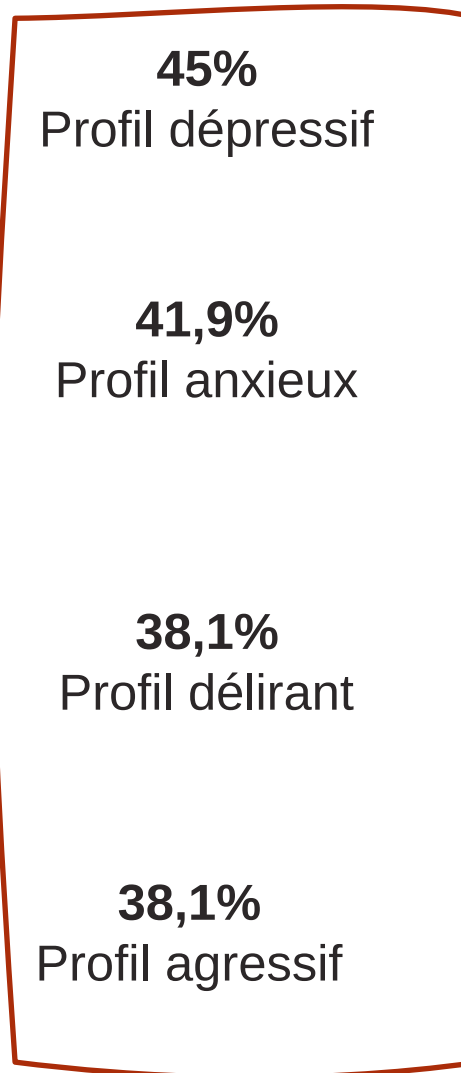
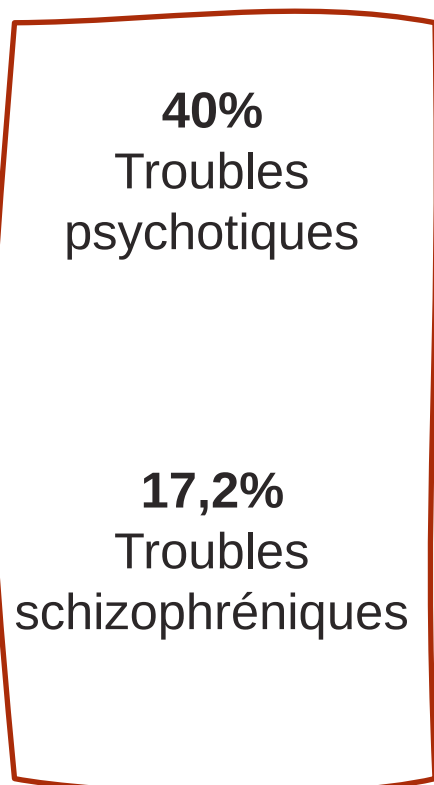


35,7%
Sans profession

Difficultés d'apprentissage et d'adaptation

Résultats de la 1ère étude quantitative – RPM

· Diagnostics d'admission des patients psychiatriques
entrés en maison de repos suite à un séjour
psychiatrique hospitalier



Combinaison de variables reprenant des signes et
symptômes psychiques associés à un type de trouble des
patients psychiatriques entrés en maison de repos suite à
un séjour psychiatrique hospitalier

Résultats de la 2ème étude quantitative - Enquête envoyée aux MR-S wallonnes

Taux de réponse : 22,6%



61%

MR-S accueillent davantage
des résidents avec troubles
psychiques que sans



27,8%

Troubles anxieux
& dépressifs

9,2%

Troubles psychotiques
& troubles bipolaires

61,4%

Troubles cognitifs



16%

MR-S ont indiqué avoir des
résidents qui ont développé des
troubles psy depuis qu'ils sont
arrivés en MR-S



Consommés de manière
hebdomadaire :

24% d'antidépresseurs
20% d'anxiolytiques
15% neuroleptiques



Thérapies de soutien



Activités présentant des
troubles cognitifs



A l'égard des professionnels :
Violence verbale déconcertante ++
Paroles déconcertantes ++
Refus de soins ++

L'étude qualitative- Les focus-groupes



FOCUS
GROUP

2 focus-groupes
de max. 15
pers/séance.

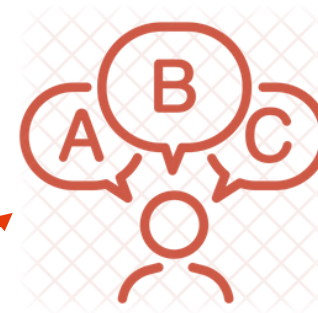


8 établissements
(public/ asso/privé) et
venant des différentes
prov. (sauf Lux).



10 profils
de professionnels

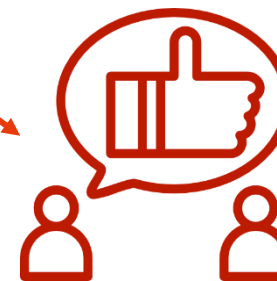
4 vignettes cliniques



Analyse d'une
situation
donnée



Comparaison
avec leur vécu



Propositions
d'amélioration

H1. Les membres du personnel se sentent suffisamment « armés » pour détecter des troubles anxiodépressifs.



Dans la vignette clinique, les caractéristiques des troubles anxiodépressifs sont identifiées

Deuils multiples

Plaintes somatiques
répétées

Rumination mentale et pensées
répétitives

Dépréciation de soi

Diminution des
capacités

Sommeil diurne/nocturne
perturbé

« L'arrivée en maison de repos de cette résidente n'a pas été suffisamment préparée »

« Cette dame demande l'attention des soignants mais attention cela ne veut pas dire qu'elle n'a pas mal, elle veut dire quelque chose ».

H1. Les membres du personnel se sentent suffisamment « armés » pour détecter des troubles anxiodépressifs.



➤ Une approche centrée sur la personne

« Il serait aussi intéressant que monsieur Lupin dispose d'une personne de référence parmi les membres du personnel ».

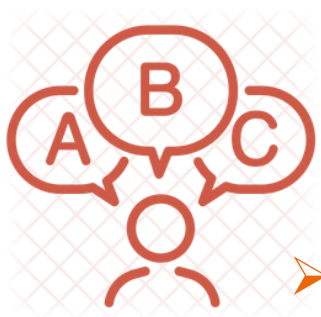
« En tant que soignant, quand on est avec la personne, il est primordial d'observer et d'écouter tout ce qu'elle dit et tout ce qu'elle n'ose pas dire ... », propose une aide-soignante.

« Plus on nie ses plaintes somatiques, plus madame Dubois va les répéter car c'est peut-être sa façon de dire "Ecoute moi" ».

« C'est important de dire à la personne que l'on s'inquiète pour elle, que l'on valide son mal-être ». « C'est vrai que le pire serait de faire comme si de rien n'était », renforce une infirmière en chef.

➤ Si apparition d'une attitude d'opposition ou de rejet, l'approche centrée sur la personne semble compromise.

H2. Les membres du personnel se sentent « démunis » pour détecter les troubles maniaco-dépressifs et psychotiques.



➤ Les caractéristiques des troubles maniaco-dépressifs et psychotiques ne sont pas connues, pas de diagnostic.

➤ Focus sur les manifestations comportementales ➤ Aucune recherche sur les envies, capacités préservées

➤ Fatigue et incompréhension des soignants

➤ La personne est assimilée à ses troubles psychiques

« Quand elle n'a pas ce qu'elle veut, elle est agressive envers les soignants »

« Il pense qu'on le retient contre son gré et que les soignants sont des gardiens de prison [rires collectifs] »

« Désolée mais chez nous, nous avons une personne qui ressemble à monsieur Maigret et croyez-moi, je suis contente de ne pas faire la nuit ! Personnellement, elle me fait peur ! »

« Une maison de repos n'est pas un centre psychiatrique ! »

« Ici, c'est rigolo [...] mais dans la vraie vie, c'est insupportable ! ».

H2. Les membres du personnel se sentent « démunis » pour détecter les troubles maniaco-dépressifs et psychotiques.



- Diagnostic et propositions d'amélioration par un infirmier spécialisé en psychiatrie.

Prendre contact avec le psychiatre qui l'a suivi lors de son séjour en hôpital psychiatrique: Il s'agit de « *connaître un peu mieux ses habitudes, les comportements à adopter et ceux qu'il vaut mieux éviter et discuter éventuellement de son traitement* ».

Sortir la personne de l'unité adaptée: « *A la sortie de l'hôpital, ses angoisses avaient fortement diminué mais elles ont augmenté en maison de repos* ». L'infirmier en chef pense « *qu'il est urgent de sortir monsieur Maigret de l'unité adaptée qui n'est pas adapté pour lui !* ».

Trouver des occupations qui ont un sens pour lui: « *Il semblerait que ses crises diminuent quand monsieur est occupé, notamment lors des ateliers de bricolage en dehors de l'unité adapté* ». Il rajoute « *l'occupation est souvent utilisée pour faire face à des situations compliquées.* »

H3. Les équipes se sentent « démunies » quand elles sont confrontées à des manifestations comportementales.



- L'apathie est invisible
- Le rejet et l'opposition sont incompréhensibles
- Echec des alternatives
- Focus comportement
- Agressivité intentionnelle et gratuite
- Répercussions sur le bien-être au travail

« C'est triste mais les personnes qui sont apathiques ne posent pas trop de problèmes à l'équipe »; « En réunion pluridisciplinaire, on parle rarement de ces résidents avec le médecin coordinateur. C'est RAS ».

« C'est vrai que l'on ne voit pas forcément ces personnes ... on se dit que c'est notre métier d'aider les résidents ».

« [...] la plupart de mes collègues pensent que l'agressivité associée à un refus de soin est dirigée vers eux ; On se dit que ces résidents ont un mauvais caractère alors je ne vous raconte pas la suite... »

« C'est difficile pour nous de comprendre ce qu'il se passe. On se sent parfois démunis ».

« Si rapidement, vous ne faites pas quelque chose alors la famille va porter plainte »

H4. Les équipes se sentent « démunies » pour prévenir les troubles psychiques.



- « C'est souvent quand l'état de santé de la personne se dégrade ou quand son comportement change, qu'on se rend compte que nous devons agir » .

Freins intrinsèques

« Moi, je ne comprends pas certaines de leurs réactions. Pourquoi tout à coup, ils peuvent délirer ? Je *leur dis* quoi ? [...] Que ce qu'ils disent n'est pas vrai ou je dois aller dans leur sens ? »

« Les résidents, surtout ceux qui ont des difficultés psychologiques, n'ont-ils justement pas besoin de connaître les équipes ? »

« Chez nous, on fait un verre de bienvenue et on présente le résident à l'équipe du jour mais c'est vrai que l'on ne fait rien de plus [dans la durée] »

« C'est pourquoi, il m'arrive de renvoyer un résident [de notre établissement] avec des troubles psychiatriques ou ne pas accepter un résident si cela risque d'être ingérable pour mes équipes. Ils sont tellement fatigués que je ne peux pas prendre le risque [...] c'est tellement difficile de gérer l'absentéisme. »

H4. Les équipes se sentent « démunies » pour prévenir les troubles psychiques.



- Sentiment d'être abandonné par le reste de la société et de devoir se débrouiller tout seul.

Freins extrinsèques

« C'est tout de même incroyable, bien souvent quand ils reviennent de l'hôpital, on nous donne juste la prescription des médicaments et puis après débrouillez-vous ! »

« Vous parlez de disposer d'une fiche de liaison ? Oui ça c'est la base. Mais je vous parle aussi de pouvoir au moins avoir un rendez-vous téléphonique entre un membre de l'équipe de l'hôpital et l'infi-chef pour faire le relais au niveau de ses habitudes de vie, des gestes à éviter, des actions à privilégier, de la médication actuelle et des effets possibles, si la personne doit voir un psychiatre ou un psychologue. On devrait instituer ce genre de chose car après c'est dur pour nous ! »

« Il faudrait disposer de normes du personnel au niveau des psychologues; «Chez nous la psychologue est complémentaire avec le service de psychogériatrie. C'est plus facile pour faire le transfert d'infos et d'assurer le suivi avec les équipes ».

Que retenir de cette étude ?



40% RPM et enquête
Troubles anxieux
& dépressifs



40% RPM- 9% enquête
Troubles psychotiques
& bipolaires



Identification des
signes anxiodépressifs
et diagnostic correct



Pas d'identification des
signes et absence de
diagnostic



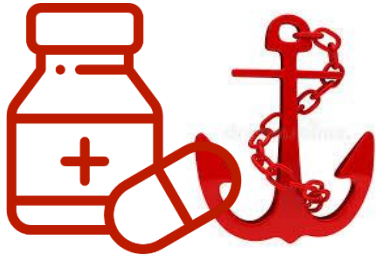
Accompagnement
approprié complexe
dans la pratique
++ si agressivité



Personne assimilée à
son trouble.
Peur et rejet des
équipes.



Sentiment d'impuissance
Connaissances limitées
Organisation du travail non adaptée
Manque d'acteurs externes et de communication
transmurale



Stabiliser l'humeur
rapidement



Peu de soutien
thérapeutique

Confusion entre
soutien thérapeutique
et activités
proposées

Activités proposées
pour les personnes
avec une démence
de 70 ans et plus

Limites et forces

Eudes quantitatives



Etude qualitative



- RPM = données médico-psychiatriques des hôpitaux psychiatriques
- Enquête dans les MR-S = réalité du terrain



Identification des troubles des résidents dépendante des connaissances de la MR + suivi médico-psychiatrique des résidents



Méthode des focus groupes et l'utilisation des vignettes cliniques

Absence focus groupe composé d'experts en santé mentale, résidents et/ou aidants proches

Perspectives pour l'AVIQ en 2024-2025

Formation

- α Formation du personnel en psychologie du vieillissement.
- α En cours via la SSMG, la formation de base des MCC.
- α Formation continue des MCC et MG.

Règlementation

- α Révision des normes: renforcer le personnel de réactivation
intégrer la fonction de psychologue-coordonateur.
- α Renforcer le réseautage entre les équipes mobiles-SPAD-MR.S
- α Règlementer l'existence d'unités psycho-gériatriques en MR.S (?)

Accompagnement des équipes

- α Développer la culture d'amélioration continue de la qualité (prévention/curatif)
- α Développer et soutenir les MR.S dans la mise en place et le suivi des PDVI.
- α Proposer des échanges de pratiques pour faciliter la démarche réflexive.
- α Créer une fiche de liaison hôpital-MR.S unique/obligatoire/informatisée.

Merci pour votre attention

