



# La liaison externe psychogériatrique

*Une autre approche des symptômes comportementaux et psychologiques associés aux pathologies démentielles (S.C.P.D.)*

**Projet « Liaison - démence »**

**S. DEOM**, psychologue, coordinatrice du projet, ISoSL, clinique 'Le Père'.

**Dr SCHUERCH**, psychogériatre, ISoSL, clinique 'Le Père'.

**S. Arnone**, référente démence, éducatrice spécialisée, ISoSL, Résidence 'Le Chemin de Loncin'.

**M. Vanderweckene**, référente démence, infirmière, ISoSL, Résidence 'Le Doux Séjour'.

**E. Bertier**, référent démence, kinésithérapeute, ISoSL, Résidence 'Les Trois Rois'.

**M. Petit**, référente démence, ergothérapeute, ISoSL, Résidence 'Le Tilleul D'Edouard'.





**Lauréat de l'appel à projets du 14 avril 2011  
« Alzheimer et maladies apparentées » dans le cadre  
de l'adoption d'un programme Wallon d'action  
Alzheimer et maladie apparentées sous l'égide de la  
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de  
l'égalité des Chances, E.Tillieux.**





# ISoSL : Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège :

- 1. Secteur A** : Etablissements et services de soins relevant de la psychiatrie.
- 2. Secteur B** : Etablissements hospitaliers relevant de la gériatrie, de la psychogériatrie, de la revalidation et des soins palliatifs :
  - Clinique 'Le Père' : 191 lits dont 141 lits psychogériatriques, un hôpital de jour et une polyclinique.
- 3. Secteur C** : Etablissements d'accueil et services pour personnes âgées :
  - 12 Résidences (921 lits), 76 appartements avec centre de services communs, 48 accueils de jour.





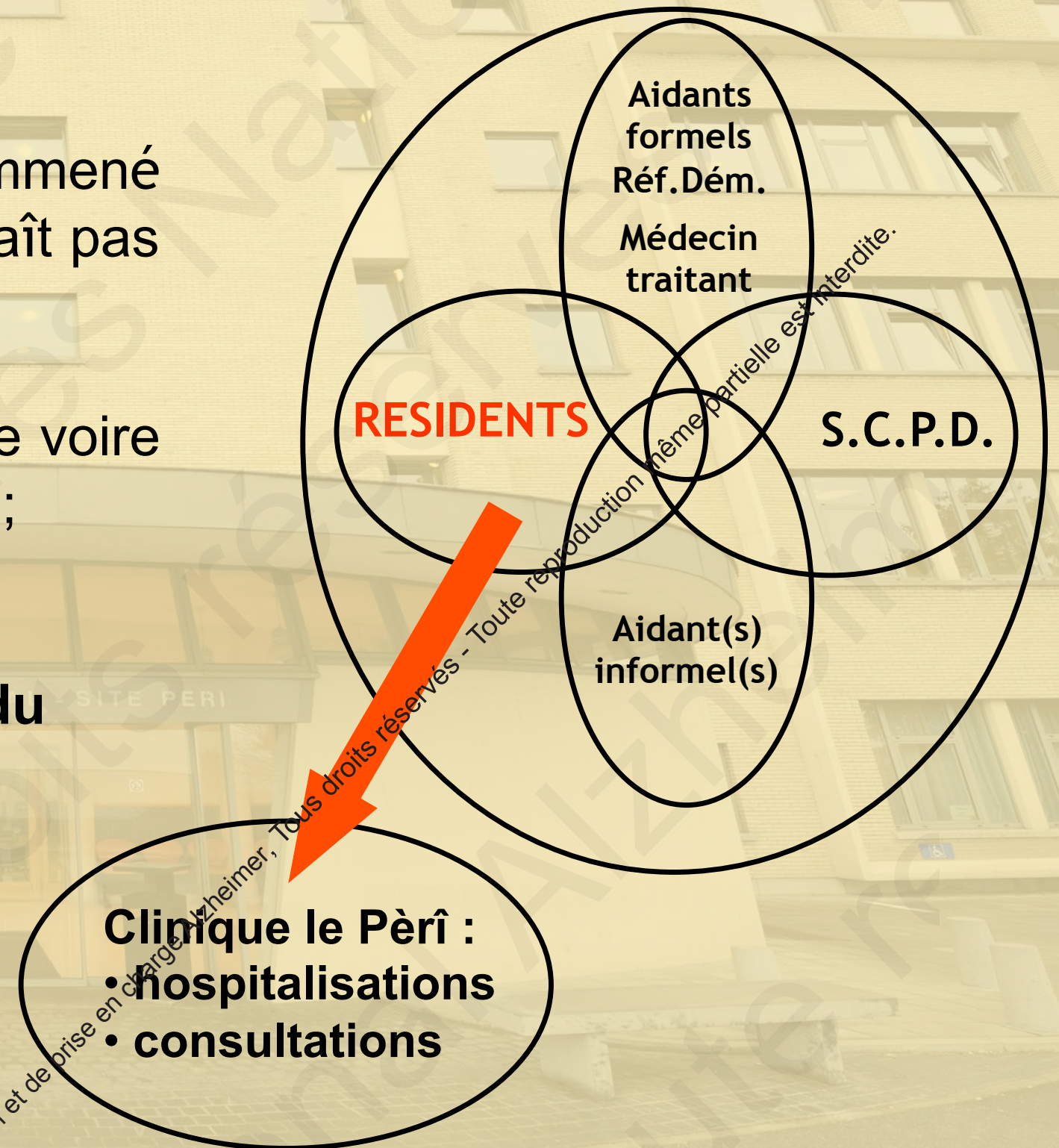
La plupart du temps, le résident

- est sédaté pour faciliter le transport ;
- est extrait de son milieu de vie et emmené dans un environnement qu'il ne connaît pas et qu'il peut percevoir comme hostile ;
- est souvent seul, il est dès lors difficile voire impossible d'obtenir des informations ;



**Morcellement de la problématique du résident.**

## Secteur Résidentiel : Lieu de vie



2015 © Congrès National de l'Unité des soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To

évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.





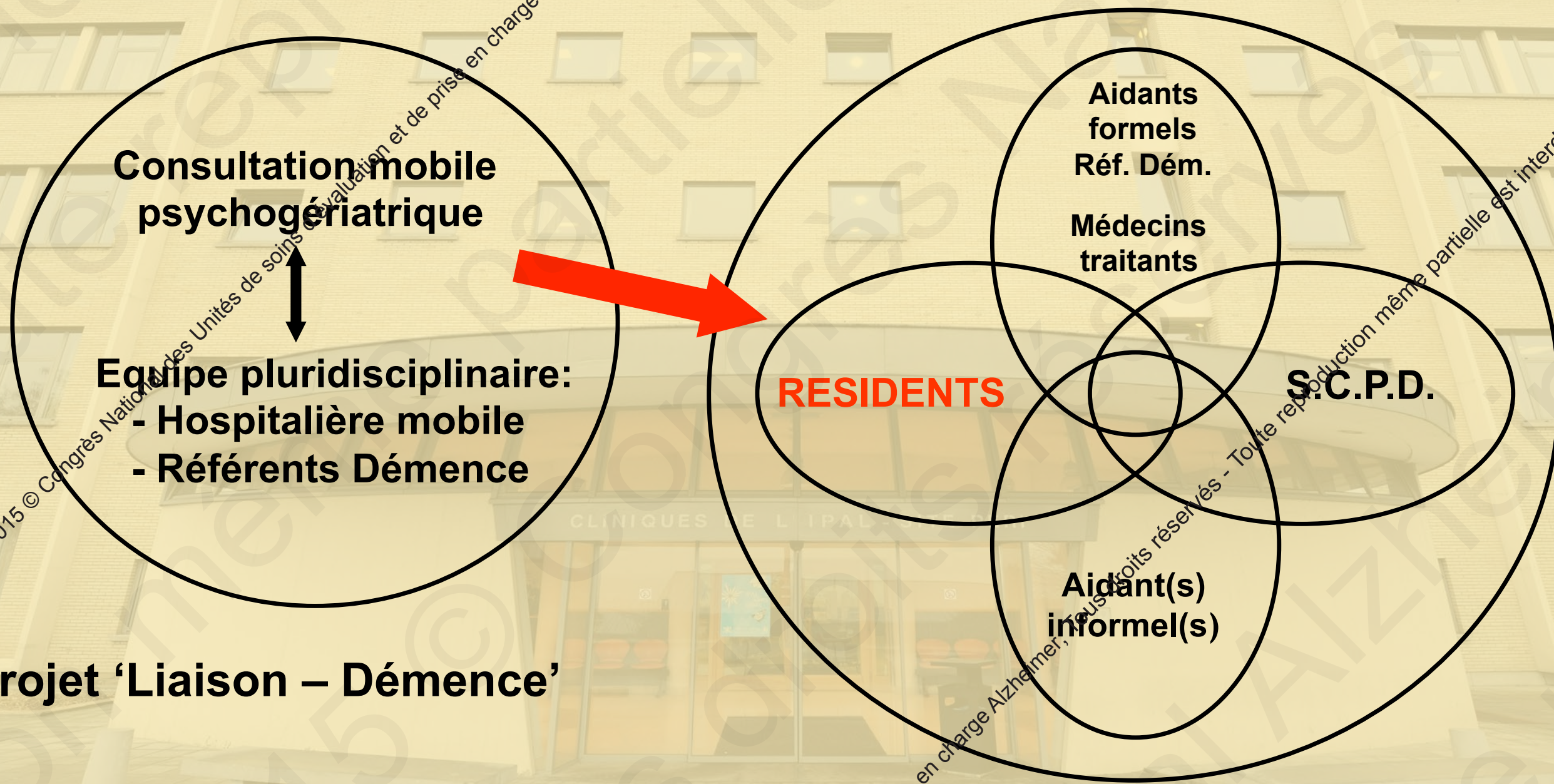
- **Bien traitante – maltraitance ;**
- **efficacité limitée des anticholinestérasiques ;**
- **effets délétères des neuroleptiques et des benzodiazépines ;**
- **écologie thérapeutique...**

**L'hospitalisation doit être une solution choisie, répondant de manière précise à des problèmes spécifiques...  
Pas systématiquement la seule solution.**





# Et si on inversait la démarche ?



**Projet 'Liaison – Démence'**

**Secteur Résidentiel : Lieu de vie**

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# Mise en place du projet sur base de 2 axes :

**1. Prise en soins non médicamenteuse des résidents avec S.C.P.D. ;**

**2. formation des aidants formels des Résidences ;**







**Axe 1 :**  
recherche de  
solutions concrètes

**Axe 2 :**  
optimisation des compétences  
des aidants formels

partage de compétences  
Réseau d'expertise S.C.P.D.

**PARTENARIAT**

**Lieu de vie : Résidents  
avec S.C.P.D.**

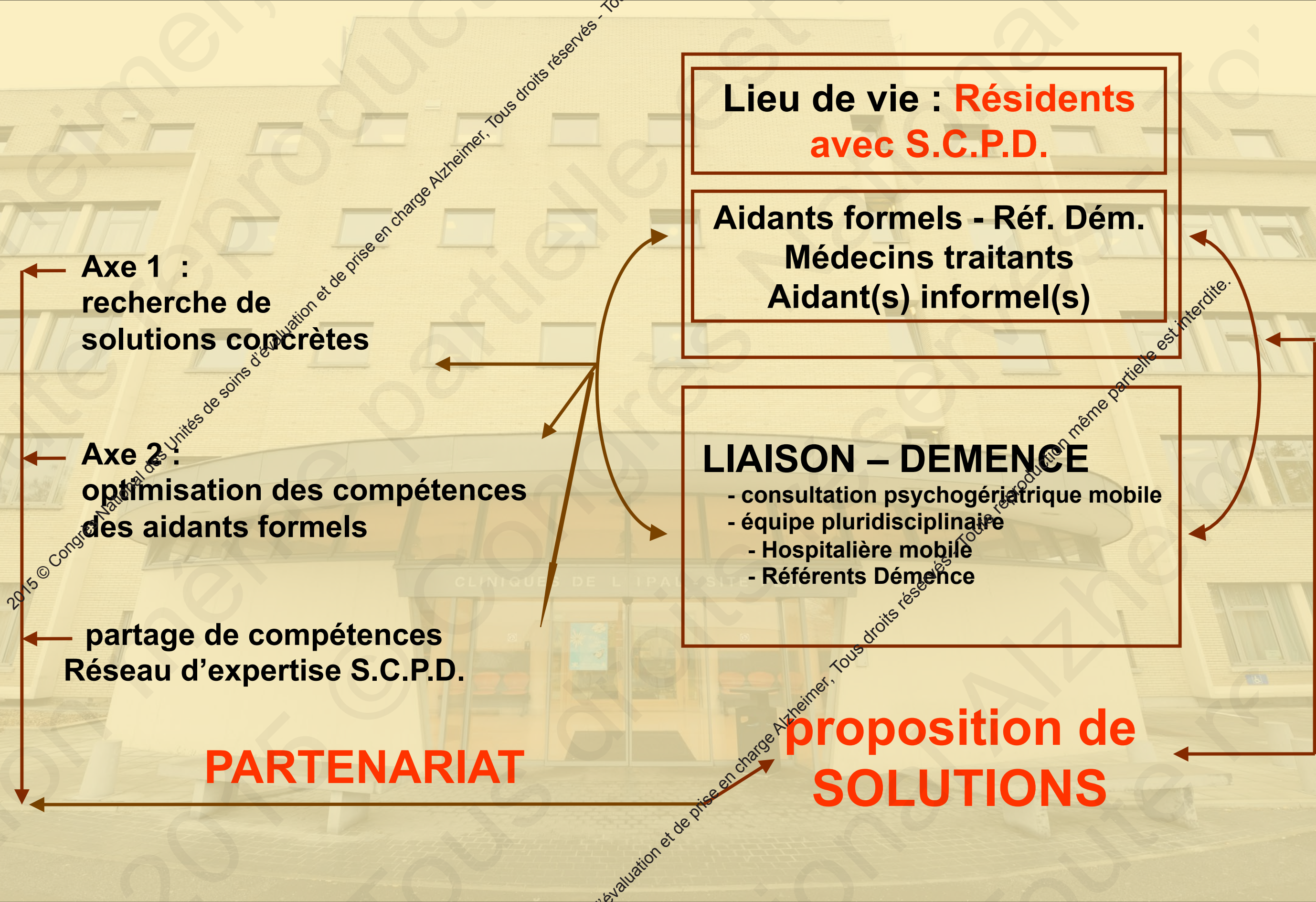
**Aidants formels - Réf. Dém.  
Médecins traitants  
Aidant(s) informel(s)**

**LIAISON – DEMENCE**

- consultation psychogériatrique mobile
- équipe pluridisciplinaire
  - Hospitalière mobile
  - Référents Démence

**proposition de  
SOLUTIONS**

**RE-EVALUATION**







# **Axe 1 : Prise en soins non – médicamenteuse : composition de l'équipe :**

- **Psychogériatre mobile ;**
- **équipe pluridisciplinaire, orientée vers une approche de seconde ligne, basée sur le partenariat et les échanges de bonnes pratiques :**
  - **Hospitalière mobile** : psychologue, infirmière, logopède, ergothérapeute et éducatrice (2011 – 2012) ;
  - **psychologue hospitalière et coaching des référents démence** : éducatrice spécialisée, infirmière, kinésithérapeute et ergothérapeute (2012 ...).



# **Axe 1. Référent pour la démence :**

- **Nouvelle fonction :** Financement des Maisons de Repos et des Maisons de repos et de soins. (A.M. 2003, 2010 – A.R. 2004 - Circ. INAMI Santé publique.).
- **Diplôme de bachelier** dans le domaine des soins de la santé ;
- **un mi-temps par Résidence** sur base de 25 résidents avec indice de dépendance Cd ;
- **formation de base de 60 Heures**, reconnue par l'INAMI ;
- **missions :**
  - **personne de conseil et d'avis ;**
  - **susciter et assurer la création de réseaux ;**
  - **sensibiliser, encourager et soutenir le personnel à continuer à chercher des moyens pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence ;**
  - **contribuer à la formation du personnel en matière de démence.**



2015 © Congrès National des Unités de Soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.





# **Axe 1. Prise en soins non – médicamenteuse :** **méthodologie :**

- **Brainstorming en équipe ;**
- **analyse clinique, rigoureuse et séquentielle :**
  - **Quoi ? : lexique commun pour les S.C.P.D.**
  - **Conséquences, gravité.**
  - **Qui, quand, où, pourquoi, comment ? : grilles d'observation.**
- **plan de soins individualisé ;**
- **anamnèse psychosociale.**



**échanges de compétences et partenariat...**





## **Axe 2. Programme de formations sur site :**

### **- Module 1:**

**Différents types de démence? Quelle utilité au quotidien ?  
Vers une communication positive avec le résident atteint de démence.**

### **- Module 2:**

**Gestion non médicamenteuse des comportements perturbateurs.  
De la bonne pratique de l'utilisation des échelles concernant les S.C.P.D.**

### **- Module 3 :**

**Gestion éthique et raisonnée de la contention physique.  
« Entre attacher ou ne rien faire », gestion de cas.**



# Résultats sur base de 3 axes :

**1. Résidents avec S.C.P.D. ;**

**2. aidants formels des Résidences ;**

**3. thématiques en cours sur le terrain.**



2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



# 1. Résidents avec S.C.P.D. :

- Intervention de l'équipe pluridisciplinaire : **116 résidents / 5 hospitalisations**

- Infirmité de diagnostics de démence ;
- diminution des contentions physiques et chimiques ;
- meilleure analyse et traitement de la douleur ;
- procédures personnalisées pour la toilette ;
- rituels d'endormissement personnalisés ;
- mise en place de soins de confort ;
- programmes individualisés centrés sur les S.C.P.D. :
  - techniques de communication spécifiques ;
  - aménagement de l'environnement ;
  - objets transitionnels (sac d'Augustine) ;
  - relaxation...
- réaménagement des activités collectives ;
- implication plus étroite des aidants informels ;
- ...







# 1. Résidents avec S.C.P.D.

- Intervention du psychogériatre : **34 / 116 résidents** :
  - diminution du traitement médicamenteux ;
  - choix de molécules plus adapté ;
  - réflexion sur les effets secondaires ;
  - recours moins fréquents, mieux ciblés / hospitalisations ;
  - effet « boule de neige » sur les médecins traitants...

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

CLINIQUES DE L'IPAL - SITE PERI





# 1. Résidents avec S.C.P.D. : analyse de cas :

- Homme de 78 ans, reclus dans sa chambre ;
- Fille : médecin traitant refuse toute médication ;
- impossible de le bilanter : pathologie psychiatrique / démentielle ?
- S.C.P.D. :
  - agressivité verbale et physique / personnel infirmier – toilette... / personnel d'entretien... ;
  - isolement social ;
  - comportement collectionneur ;
  - conduites sexuelles inappropriées / statue de la vierge Marie ;
  - anxiété ;
  - délire de persécution ;
  - troubles de l'identification / personnages à la télévision ;





# 1. Résidents avec S.C.P.D. : analyse de cas :

- **entretien avec le résident** : impossible de le bilanter, vision de cauchemar ;
- **brainstorming** avec l'équipe :
  - « il écoute la TV en allemand ! »
  - ancien déporté de guerre ;
  - discussion « Fenêtre sur le passé » ;
- **actions** mises en place :
  - blocage des chaînes allemandes et des chaînes avec des émissions violentes ;
  - essais de 3 bains par semaine avec un agent masculin ;
  - rangement avec lui de ses affaires dans des paniers non-fermés ;
- **action** extérieure « fortuite » :
  - statue de la vierge Marie brisée,
  - bonne collaboration de la fille...



## 2. Aidants formels des Résidences :

- Formation : 2 Résidences soit **93 agents** de professions différentes ;
- travail au quotidien :
  - implication directe dans le projet ;
  - meilleure connaissance des résidents et des répercussions de leur pathologie ;
  - mise en place de procédures de soins personnalisées ;
- bien – être au travail :
  - sentiment d'être reconnu et écouté ;
  - solidarité au sein de l'équipe ;
  - meilleure « crédibilité » face aux aidants informels et aux médecins traitants ;
  - initiatives personnelles de nouvelles stratégies de gestion...





### 3. Thématiques développées sur le terrain :



- **Projet de soins personnalisé et anticipé** : carnet de vie, dossier médical global, projet thérapeutique, déclaration de don d'organe et déclaration d'euthanasie ;
- **groupes de parole** pour les aidants informels sur la base d'un double partenariat référent démence – psychologue ;
- **fin de vie** et pathologies démentielles ;
- **procédures** concernant **l'hygiène bucco-dentaire** ;
- **mise en place de rituels d'endormissement** ;
- **création d'une « boîte à outils »** de techniques de gestion non-médicamenteuse ;
- ...

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



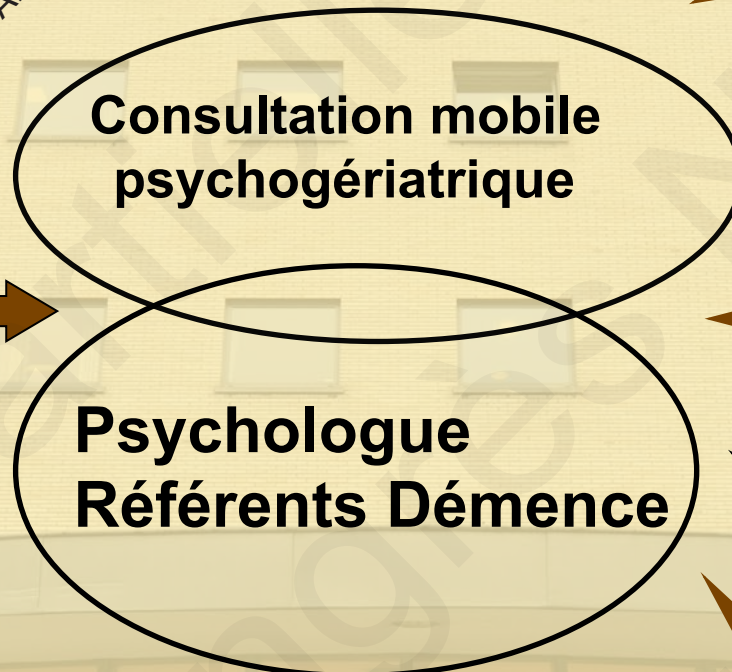


# CONCLUSIONS

## Secteur hospitalier



Pèrî



Chemin de Loncin

Educatrice



Doux Séjour

Infirmière



Trois Rois

Kinésithérapeute



Tilleul D'Edouard

Ergothérapeute

## Secteur résidentiel

- Diminution des médicaments ;
- diminution des (ré)-hospitalisations ;
- développement d'un réseau d'expertise en matière de S.C.P.D.

## AMELIORATION DES SOINS

**Nouveaux partenariats**  
...

2015 © Congrès National des Unités de Soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To

évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.





**Merci pour votre attention**

**Bonne année...  
Bonne santé...  
Et du bonheur...**



**Philippe Geluck – Le chat.**

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

CLINIQUES DE L'IPAL





**Merci pour votre attention**

**Bonne année...  
Bonne santé...  
Et du bonheur...**



**Philippe Geluck – Le chat.**

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, tous droits réservés - To

CLINIQUE DE L'IPALIS





# Définitions :

**Symptômes psycho-comportementaux (OHNEN S.H.,2002) :** des conduites, des attitudes et ou émotions inadaptées aux lieux et aux situations en référence aux normes culturelles communément admises.

**Qu'est ce qu'un trouble du comportement (MOREAUD 2007) :** un trouble du comportement est un comportement gênant, en référence à des normes culturelles et sociales, souvent plus perturbant pour l'entourage que pour le malade.

**A METTRE EN BALANCE AVEC UNE NOTION DE GRAVITE ET DE CONSEQUENCES...**



# Lexique commun pour les S.C.P.D.



## Troubles comportementaux

- Agitation
- Agressivité :
  - verbale
  - physique
  - les 2
- Apathie, clinophilie, isolement social
- Comportement collectionneur
- Comportement destructeur
- Comportement d'intrusion
- Comportement d'opposition / négativisme / refus de communiquer
- Comportement fouineur
- Comportement industriel
- Comportement stéréotypé :
  - moteur
  - vocal
- Comportement suiveur
- Désinhibition :
  - verbale
  - physique
  - les 2
- Errance / déambulation
- Fugue
- Troubles sonores

## Troubles psychologiques

### A) Troubles anxieux

- Anxiété / phobies
- Réaction de catastrophe

### B) Troubles thymiques

- Risque de dépression
- Exaltation / Irritabilité / Labilité émotionnelle / Instabilité

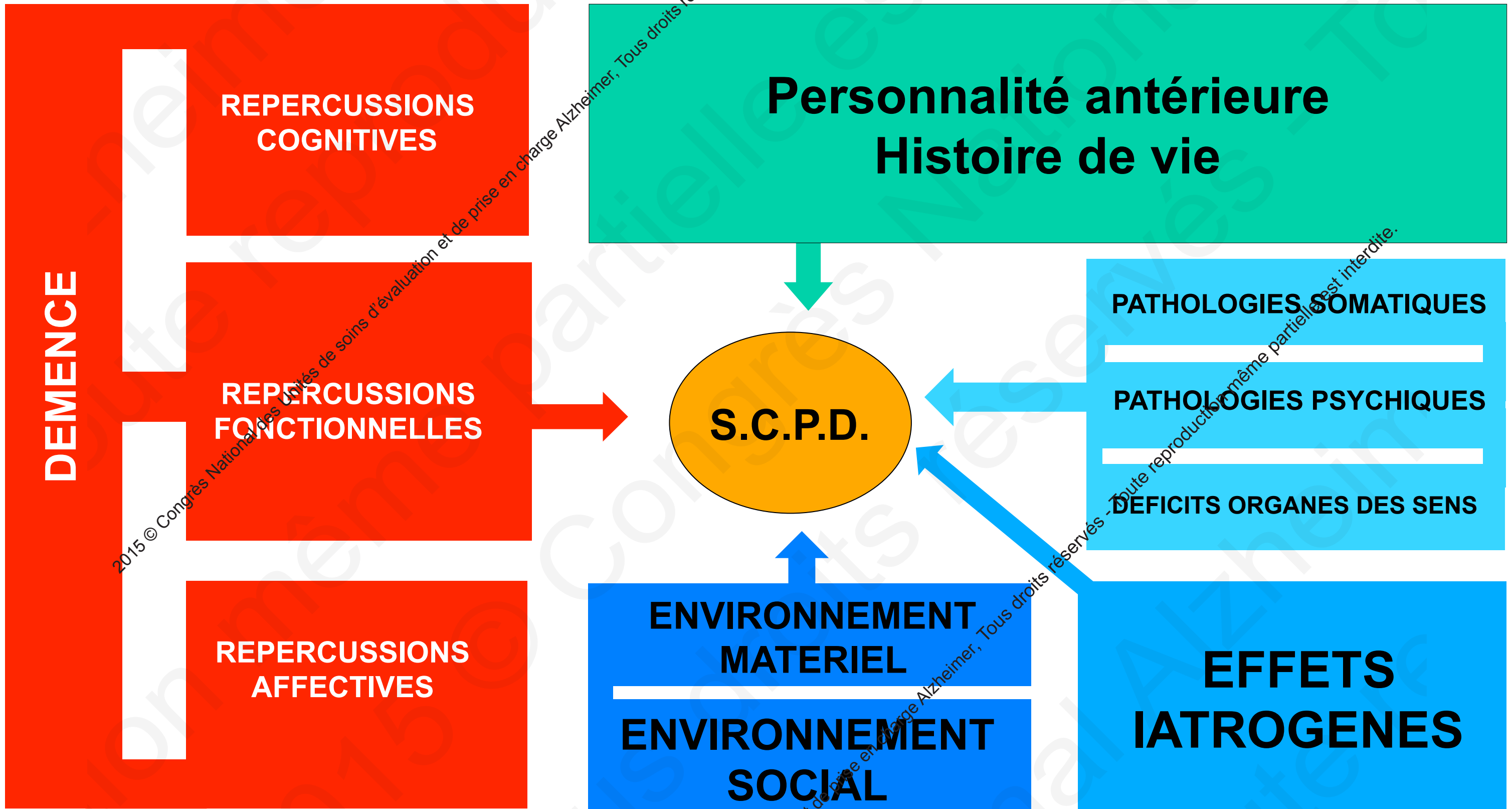
### C) Signes « psychotiques »

- Hallucinations ( auditives, visuelles, tactiles, olfactives)
- Idées délirantes
- Illusions
- Troubles de l'identification \*

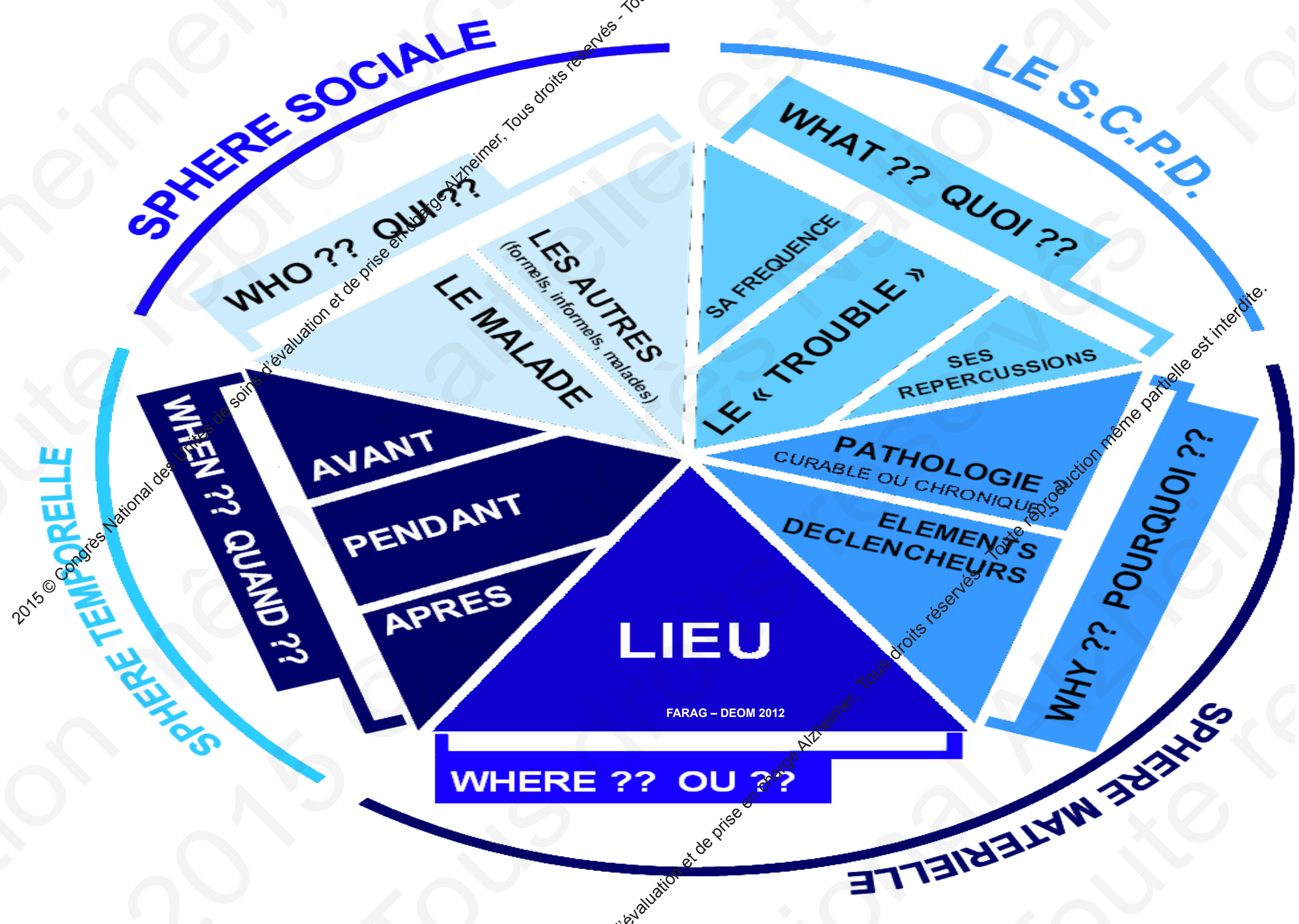
## Perturbations des conduites élémentaires

- Conduites alimentaires inappropriées
- Conduites sexuelles inappropriées
- Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)
- Troubles du sommeil
- Troubles liés à l'élimination (urines et selles)













Résidence :  
Nom/Prénom :

Mois / Année :

**Grille d'observations journalières**

Dates	Heures	Descriptions du trouble du comportement	Répercussions sur le patient les résidents le personnel	Actions: traitement médical et actions non médicales (ex: isolement, balade, dialogue, cigarettes...)	Résultats : entourer la réponse	Signatures
	<b>A :</b>				⊖ Δ	
	<b>B :</b>				⊖ K Δ	
	<b>N :</b>				⊖ K Δ	
	<b>A :</b>				⊖ K Δ	
	<b>B :</b>				⊖ K Δ	
	<b>N :</b>				⊖ K Δ	

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.