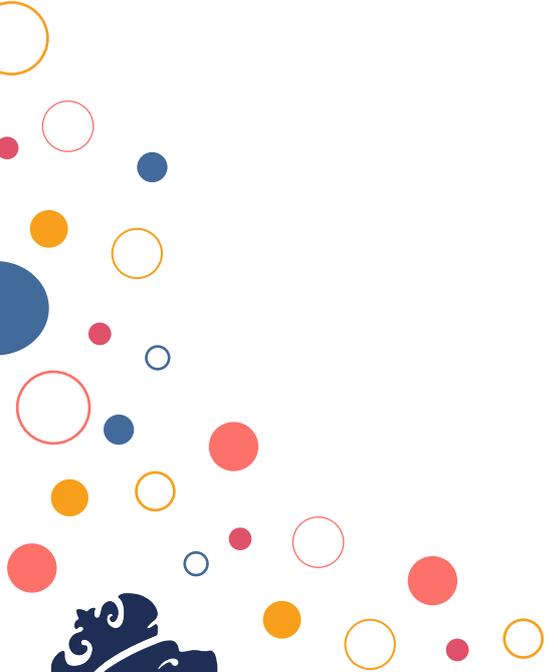




ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE pour les personnes âgées en province de Luxembourg



Septembre 2023



INTRODUCTION : pourquoi une approche spécifique des personnes âgées ?

Une vision répandue des personnes âgées veut que, comme mentionné dans le rapport du KCE (301Bs) « *Vieillir n'est pas une maladie en soi, mais les conséquences du vieillissement peuvent peser – à des degrés très divers – sur la qualité de vie et la santé mentale. Par rapport à la population dans son ensemble, les personnes âgées sont davantage exposées aux expériences douloureuses que sont les deuils, les situations de handicap, la négligence physique ou la maltraitance. L'isolement, la perte d'autonomie et la solitude sont souvent leur lot quotidien. Autant de facteurs qui peuvent entraîner dépression ou anxiété. L'approche de la fin de la vie peut également, en soi, susciter une interrogation existentielle très angoissante et pas toujours consciente chez certaines personnes, même si pour d'autres, prendre conscience de la finitude de la vie permet au contraire de mieux profiter de la compagnie des êtres chers et de se recentrer sur les activités qui sont porteuses de sens à leurs yeux.* »

La notion de « personne âgée » est très floue. Entre vieillissement « réussi » (sans incapacité objective ou subjective, « normal » (incapacité physique objective ou subjective, sans incapacité psychosociale) et « pathologique » (incapacité physique et psychosociale), les situations individuelles sont extrêmement hétérogènes et, en particulier, non prédictibles sur base du seul âge chronologique.

On sait cependant que l'évolution démographiques de nos populations est marquée par une discordance entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé, variable selon les pays . En Belgique, en 2019 (avant la pandémie de Covid-19), elle était de 11,4 ans chez les femmes, 8,4 ans chez les hommes.

(https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=fr accédé le 29/01/2023 ; <https://www.touteleurope.eu/societe/carte-l-espérance-de-vie-apres-65-ans-en-europe/#.~:text=19%2C3%20ans%20de%20vie,esp%C3%A9rer%20atteindre%2084%2C3%20ans> accédé le 29/01/2023)

C'est pendant ces « années de vie en mauvaise santé » que se développe la polypathologie caractérisant le patient gériatrique.

En 2018, la prévalence de bonne santé perçue en Belgique diminuait fortement avec l'âge : de 91.8% dans le groupe d'âge 15-24 ans, elle passait à 58.3 % chez les plus de 75 ans avec, en parallèle, une diminution du score de Qualité de Vie liée à la Santé (QdVS), qui désigne l'impact que l'état de santé peut avoir sur la qualité de vie ; entre les deux groupes d'âges cités, ce score diminuait de 26% chez les femmes, de 17% chez les hommes.

(<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/espérance-de-vie-et-qualite-de-vie/qualite-de-vie> accédé le 29/01/2023).



Ces données incitent à repenser l'objectif de la médecine pour les personnes âgées : quel que soit son angle d'approche, elle n'a de sens que si ses interventions sont propres à sauvegarder ou améliorer la qualité de vie des personnes.

La qualité de vie est une notion subjective. Pour élaborer notre projet, nous sommes donc tournés vers les bénéficiaires, actuels ou potentiels. Les personnes qui ont répondu au questionnaire, interrogées sur leurs besoins et ceux des aînés en général, préconisent une coordination des services et des intervenants à destination des aînés ; une amélioration des services hospitaliers ; l'organisation de gardes au domicile ; plus de formation des psychologues à la dépression et au suicide chez la personne âgée ; la création de services d'écoute à la personne âgée ; un meilleur accès aux soins ; un travail sur l' « outreaching » ; l'offre d'une aide administrative ; plus d'équipes spécialisées « aînés », tout en évitant les doublons comme c'est le cas des services de santé à domicile ; la création d'une maison médicale regroupant toutes les spécialités ; l'amélioration de la politique en faveur des personnes à mobilité réduite ; et surtout une aide qui ne les infantilise pas.

Les problèmes de santé mentale chez les âgés ne se limitent pas aux troubles de l'humeur et d'anxiété situationnels. A la difficulté éventuelle d'assumer psychologiquement le vieillissement s'ajoutent les effets de celui-ci sur les différents systèmes et la fragilisation globale qu'ils entraînent. A l'instar des autres pathologies rencontrées chez les âgés, leurs troubles cognitifs et comportementaux, au sens large, ont rarement une cause unique, et perdre de vue l'interaction entre les diverses affections et fragilités dont une personne est porteuse mène à réduire considérablement la qualité et l'efficacité des soins.

Par conséquent, quel que soit le signe ou le symptôme de présentation, l'approche d'un patient âgé doit toujours être globale et, en ce qui concerne les aspects cognitifs et comportementaux, tenir compte d'une possible décompensation sous-jacente d'un système jusque-là sans problème apparent.

La médecine gériatrique s'adresse à une population qui répond aux critères suivants :

- Avoir atteint un âge avancé (actuellement 75 ans)
- Avoir une polypathologie active et une polymédication
- Avoir une homéostasie réduite
- Avoir une tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation (une perte d'indépendance aux activités de la vie quotidienne).
- Avoir des problèmes psychosociaux.

Les différentes pathologies présentes interagissent et c'est particulièrement vrai en ce qui concerne les aspects cognitifs et comportementaux d'une part, les affections dites « organiques » d'autre part. Le KCE cite dans son rapport «...les personnes qui souffrent de problèmes cardiaques ont des taux de dépression plus élevés que celles qui sont en bonne santé. Et inversement, une dépression non traitée chez une personne âgée souffrant du cœur peut avoir un effet négatif sur l'issue de sa maladie cardiaque. On considère d'ailleurs que les problèmes de santé mentale sont des facteurs de mauvais pronostic chez les personnes



âgées, entraînant des hospitalisations plus longues, des pertes d'autonomie plus rapides et des taux plus élevés d'institutionnalisation. » et les exemples de ces interactions foisonnent, le prototype en étant évidemment les états confusionnels aigus. Un autre aspect de ces interactions est que la clinique (comportementale comme « somatique ») est très souvent atypique chez les personnes âgées et que la signification d'un symptôme n'est pas la même que chez un adulte jeune.

La polymédication comporte, lors de l'ajout d'un nouveau médicament, un risque majeur d'interaction et donc d'altération du rapport bénéfice/risque de celui-ci.

L'OMS, dès 1997, a publié les principes C.A.R.I.T.A.S pour les soins de santé mentale aux personnes âgées.

Selon ces principes, ces soins doivent être :

- **Complets (holistiques)** : les soins doivent prendre en compte tous les besoins et souhaits physiques, psychologiques et sociaux du patient et être centrés sur celui-ci.
- **Accessibles** : les soins doivent être conviviaux et faciles d'accès ; ils doivent minimiser les obstacles géographiques, culturels, financiers et linguistiques.
- **Réactifs** : les professionnels de soins doivent écouter et comprendre les problèmes portés à leur attention et y réagir promptement et de manière appropriée.
- **Individualisés** : les soins doivent être axés sur chaque personne, elle-même considérée dans son contexte familial et communautaire. La planification des soins doit être adaptée et acceptable pour l'individu et la famille ; elle doit viser autant que possible à maintenir et à soutenir la personne dans son environnement familial.
- **Transdisciplinaires** : les soins doivent transcender les frontières professionnelles traditionnelles, au-delà des collaborations multidisciplinaires et interdisciplinaires, afin d'optimiser la contribution de différents intervenants (professionnels ou non) ayant un large éventail de compétences personnelles et professionnelles. Une telle approche facilite également la collaboration avec les organisations bénévoles ou autres afin de fournir une gamme complète de services axés sur la communauté.
- **(Accountable) Fiables** : l'organisation des soins doit garantir la qualité des services fournis et les monitorer en partenariat avec les patients et leurs familles. Ils doivent tenir compte des références éthiques et culturelles des personnes âgées.
- **Systémiques** : les soins doivent intégrer de manière flexible tous les services disponibles pour assurer la continuité des soins et coordonner tous les niveaux d'intervenants, y compris les autorités locales, provinciales et nationales, ainsi que communautaires.



L'approche cognitive et comportementale du patient âgé et, surtout, gériatrique demande des compétences à l'interface de la psychiatrie, de la neurologie et de la médecine interne ; ajoutons une nécessaire formation en pharmacologie clinique. Elle ne peut donc correspondre à la simple extension à cette population des pratiques psychiatriques adoptées vis-à-vis des adultes jeunes.

Par ailleurs, le même KCE insiste sur le manque de prestataires de soins adéquatement formés.

Nous devons donc répondre à une double contrainte : assurer des prises en soin correspondant aux standards, sans disposer de prestataires en nombre suffisant.

Selon le rapport du KCE, *« les exemples développés à l'étranger ont apporté la preuve que la prise en charge de cette population peut être assurée par des équipes « adultes » avec le soutien d'équipes « personnes âgées »*

En ce qui concerne la province de Luxembourg, cette attitude est à pondérer, le manque de prestataires étant à ce point criant que la constitution d'une équipe mobile, même venant en soutien des équipes « adultes », est problématique.

Il a donc fallu imaginer un modèle tenant compte de ces données, qui sera sans doute propre à notre province, et qui s'intègre dans le dispositif général « adulte jeune » tel qu'il est actuellement structuré.

FONCTION 1 : détection précoce et diagnostic

Cette fonction comporte également la prévention et la promotion des soins de santé, qui devront être abordées dans un second temps par manque de forces disponibles à ce stade. La notion de « dépistage » (identification d'une maladie avant qu'elle ait une expression clinique) doit être précisée et pose des questions éthiques considérables.

DÉTECTION

Le besoin d'une action spécifique à cet égard diffère selon

- **la pathologie en cause** : les plaintes de trouble du sommeil sont, par définition, spontanées, la présentation spontanée pour risque suicidaire est rare, et rarissime pour un état confusionnel aigu débutant.
- **l'histoire individuelle** : les notions de plaisir, d'élan vital, de satisfaction, sans parler de la sensation de bonheur, sont totalement étrangères à bon nombre de personnes âgées en milieu rural, qui ont donc beaucoup de difficultés à identifier dans leur mal-être un état dépressif. Se plaindre, de plus, ne fait pas partie de leurs habitudes.
- **le niveau culturel et l'accès à l'information** : malgré le battage médiatique autour, par exemple de la maladie d'Alzheimer, la notion selon laquelle les troubles cognitifs sont inévitables et donc normaux chez les âgés reste encore très répandue, faisant obstacle à un diagnostic et un accompagnement précoce.

Ce sont donc les personnes les plus âgées, les plus isolées et les moins favorisées culturellement qui ont les besoins les plus grands. De manière générale cependant, on sait que leur résistance à consulter pour des symptômes psychologiques et/ou cognitifs est plus marquée que pour d'autres.

Dans notre modèle de soins classique, les soignants sont réactifs aux plaintes des patients et éventuellement de leur entourage familial et ne sont donc pas concernés par la détection. Une de nos missions sera d'encourager une plus grande part de proactivité chez les soignants, mais il est vrai que la détection est l'affaire de tous : la famille, mais également la communauté dans son ensemble, ce qui va à contre-courant de l'évolution des relations sociales avec le développement de l'individualisme à outrance, la primauté du quant-à-soi sur la solidarité. La perte de contact entre les citoyens, le conformisme par rapport à des normes sociales doit nous rendre prudents par rapport à la notion de détection par la communauté : il ne s'agit pas de repérer les déviances comportementales par rapport à une norme ou une moyenne perçue comme telle, mais bien d'être attentif à une rupture, une modification majeure du comportement d'une personne par rapport à ce qu'il était usuellement, ou par rapport à ce qu'on en percevait sans connaître intimement la personne en question.



La mise en œuvre des moyens de facilitation de la détection demandera une créativité certaine, ainsi qu'une évaluation de leurs résultats de façon à concentrer les moyens disponibles sur les plus efficaces. Les plus évidents sont :

1. Campagne de communication

1.1 Une campagne d'information « grand public » utilisant les canaux classiques que sont la presse écrite, la radio, une campagne d'affichage, et basée sur les messages suivants par exemples :

- Les troubles cognitifs et comportementaux, le mal-être psychologique sont des maladies au même titre que les autres. Pour certaines, elles ont en commun avec des maladies courantes, comme le diabète ou l'hypertension artérielle, de se développer sournoisement. Comme ces maladies et beaucoup d'autres, elles ont un impact majeur sur la qualité de vie, l'indépendance, l'autonomie, voire l'espérance de vie. Parlez-en. Autour de vous, à votre médecin.
- Face à la maladie, soyons solidaires ou, « la (qualité de) vie de votre voisin est importante »; « Si vous voyez quelqu'un en train de se noyer vous prévenez les secours ? Les difficultés que vous observez chez votre voisin signifient peut-être qu'il est en danger ». Pour éviter les comportements inadéquatement interventionnistes, rappeler l'existence du « Numéro gratuit seniors » (0800/16.210) mis à disposition par le ministère de la Santé, de l'Égalité des Chances et de l'Action Sociale ou créer une telle permanence provinciale. Cet aspect particulier du projet devrait être soumis à un comité d'éthique.

1.2 Professionnels : médecins toutes spécialités

Une action spécifique auprès des médecins, généralistes et autres, et des hôpitaux, pour stimuler une attitude proactive, visant à stimuler l'énoncé de la plainte :

- affiches en salle d'attente
- questionnaires d'auto-évaluation en salle d'attente
- questions à inclure dans l'anamnèse
- information : quand et où adresser

1.3 Professionnels : paramédicaux

- affiches en salle d'attente
- questionnaires d'auto-évaluation en salle d'attente
- information : quand et où adresser

1.4 Tous les intervenants, soignants et non soignants

Programmes d'information-formation adaptés aux différentes fonctions

1.5 Organisation d'un colloque incluant la présentation des divers acteurs.

Public cible : professionnels au sens large

Présence de la Presse et répercussion dans les media

Une telle campagne devrait être confiée à des professionnels de la communication. On peut en effet considérer qu'elle sera une des pierres angulaires de notre action. Nous avons voulu interroger les médecins généralistes. Seuls 8 d'entre eux, soit 1,2 % de ceux qui ont été



contactés, ont répondu au questionnaire, ce qui augure mal de l'intérêt porté au sujet. Une campagne de sensibilisation devra donc précéder une demande de participation au projet ; celle-ci devra également s'adresser aux autres professionnels, qui n'ont pas été interrogés. Ce faible niveau d'intérêt souligne également l'importance de la campagne « grand public » projetée.

2. Travail avec les acteurs en contact avec les âgés

(participants à la plateforme et autres : ADMR, infirmières à domicile, centres de soins à domicile des Mutuelles ...) :

Un questionnaire « Prévention et promotion » a été adressé à des structures à orientation sociale, ayant un aspect préventif à travers leurs missions. Le public âgé représente une partie minoritaire des bénéficiaires des services répondants.

Ceci confirme la nécessité d'un travail avec ces structures, destiné à les familiariser avec le public âgé :

- information, égalisation des niveaux de connaissance.
- réunions individuelles préalables pour déterminer le niveau de besoin et l'étendue des capacités en termes de (wo)man power : nombre de personnes actives en ETP, d'étendue territoriale de présence...
- harmonisation des discours et attitudes

DIAGNOSTIC

Notre système de soins s'est développé en privilégiant la médecine d'organes / de systèmes, en individualisant des spécialités imperméables, inégalement pourvues en médecins avec, pour conséquence, un rationnement de facto de l'offre.

Cette organisation est inadéquate dès lors que l'on s'adresse à des patients âgés et, davantage encore, à des patients gériatriques. De plus, le rationnement de l'accès aux soins est incompatible avec un projet de soins à domicile.

Il ne s'agit évidemment pas de nier l'intérêt des compétences spécifiques apportées par les spécialités. Mais, selon les situations, des non-spécialistes peuvent parfaitement avancer dans la démarche diagnostique (et thérapeutique), éventuellement avec un soutien spécialisé à distance.

1. Fourniture d'une démarche-type pour chacune des situations les plus fréquemment rencontrées selon les données épidémiologiques.
2. Mise à disposition d'outils diagnostiques : critères, échelles, « astuces » et flags à destination des équipes intervenant à domicile.
3. Création d'un groupe de professionnels de référence : médecin(s), (neuro)psychologues actifs dans la province et ailleurs. Leur rôle sera d'être en « deuxième ligne », avec une fonction de conseil, d'examen des patients si besoin.

La campagne de sensibilisation des médecins généralistes devra concerner également le diagnostic précoce ; inutile de fournir les outils prévus à des médecins qui, ne se sentant pas impliqués, ne les utiliseront pas. L'équipe de référence prévue devra être particulièrement solide, disponible et fiable, d'autant que les MG qui ont répondu au questionnaire se plaignent du



manque de professionnels spécialisés et des difficultés de communication avec les services de psychiatrie. Il s'agit, ni plus ni moins, de rétablir une image et un lien de confiance avec les MG ; ce n'est jamais ni rapide ni facile.

FONCTION 2 : soins à domicile

Les équipes existantes de soins à domicile pointent le manque de professionnels spécialisés avec lesquels collaborer, de service hospitalier dédié, entraînant des maintiens à domicile jugés risqués.

Les services d'aide à domicile ont le même ressenti d'insécurité et se sentent démunis face à des personnes précarisées, isolées, présentant d'évidents signes de détérioration sans suivi spécialisé.

Traitements et accompagnement sont indissociables chez les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et/ou comportementaux. En ce qui concerne le patient parce qu'il a besoin d'assistance pour accéder aux soins et suivre son traitement ; en ce qui concerne le/la conjoint(e), qui n'est pas forcément en bonne santé, pour qui la maladie du patient constitue un stress et l'assistance qu'elle/il doit lui prodiguer au quotidien une fatigue intense, responsables d'altération sanitaire (psychologique /psychiatrique mais pas uniquement).

Les besoins dépendent de la situation à laquelle il faut faire face ; il faudra donc segmenter les propositions.

Les approches médicamenteuse et non médicamenteuse demandent des actions spécifiques

1. Traitements médicamenteux

1.1 Etablissement d'une collaboration / embauche d'un pharmacien clinicien

1.2 Rédaction d'un vademecum sur les bonnes pratiques thérapeutiques en gériatrie cognitive et comportementale

1.3 Supervision des traitements initiés, recherche d'incompatibilités avec les paramètres de base du patient et d'interactions.

On peut s'attendre à des difficultés à convaincre les médecins d'utiliser ces outils. Il faudra travailler la communication autour de leur mise en œuvre.

2. Traitements non médicamenteux

2.1. Recensement des professionnels disponibles : psychologues par techniques utilisées, en particulier thérapie cognitive & comportementale (sommeil) ; psychomotricien(ne)s ; médecins neurologues, gériatres et psychiatres par sujets d'intérêt principaux.

2.2. Information sur l'approche comportementale des comportements dérangeants chez les patients en état confusionnel aigu ou souffrant de trouble neurocognitif.

Au-delà de l'information, la formation continue est un besoin primordial. Elle demande de constituer une équipe dédiée locale, le recours à de professionnels de la formation étant beaucoup trop onéreux. Cette équipe pourrait être constituée sur base des professionnels formés au sein de Vivalia.



FONCTION 3 : réhabilitation/inclusion sociale

En ce qui concerne cette fonction, nous avons interrogé le CRF de Libramont, l'hôpital de jour du CUP, les Clubs thérapeutiques.

A part à l'hôpital de jour, où la population âgée représente un taux entre 10 et 25 %, dans les autres institutions, ce taux descend à moins de 10%.

Outre leur manque de préparation à travailler avec un public âgé, ces institutions pointent, plus simplement l'impossibilité de tenir compte des incapacités physiques de ce public, par manque d'adaptation de leurs locaux.

Le projet devra prévoir :

1. Renforcement des possibilités de réhabilitation cognitive
 - dans le cadre de la convention inami existante (1 par province)
 - formation d'équipes satellites de façon à offrir ce service en proximité pour éviter le frein dû aux problèmes de mobilité.
2. Soutien et psychoéducation des aidants familiaux et professionnels (rôle majeur de Aidants proches et de Respect Senior)
3. Adaptation des pratiques existantes aux spécificités des âgés et formation d'équipes pouvant offrir le même service en proximité.

FONCTION 4 : unité intensive traitement résidentiel

La prise en compte de l'état général du patient et des comorbidités en présence est requise. Ce qui implique un passage, au minimum par un avis gériatrique, au mieux dans un service de gériatrie. Les aspects cognitifs et comportementaux des tableaux gériatriques sont connus des gériatres, ce qui n'implique pas forcément qu'ils sont facilement gérés dans les services de gériatrie : les équipes soignantes sont insuffisantes en nombre et inégalement formées aux attitudes adéquates.

Le programme doit, là aussi, comporter un volet formation continue des équipes ; d'expérience, celle-ci est d'autant plus efficace qu'elle se base sur des situations concrètes et ce partage d'expérience est hautement facilité par l'existence d'une liaison, rôle que pourrait jouer l'équipe mobile.

L'objectif est de fournir des soins de haute intensité et de brève durée. Cependant, le plus fréquemment, le patient ne sera pas prêt à réintégrer son domicile en fin de séjour et aura besoin



soit de soins de suite, soit d'une période de soins spécifiques.

Les équipes psychiatriques et gériatriques, les médecins généralistes, sont unanimes : il manque une unité de soins aigus spécialisée en province de Luxembourg.

Ce besoin exprimé doit être entendu par Vivalia. En attendant une réaction concrète, une action peut être entreprise, basée sur les difficultés en miroir exprimées par les services G et psychiatriques : manque de moyen et d'expérience vis-à-vis des comportements dérangeants ou dangereux côté G, en ce qui concerne la nécessaire approche internistique de ces mêmes comportements côté Psychiatrie. On pourrait utilement remettre sur le métier le projet de collaboration qu'avait été initié il y a quelques années entre le service G de Libramont et le CUP.

Objectifs :

- améliorer les capacités d'accueil spécialisé en aigu et soins de suite : ouverture de lits et recrutement de personnel, médical et autres, spécialisés.
- établir des conventions de collaboration / liaison au sein des services G et autres (dans ce cas après liaison interne G)
- inciter les internistes gériatres à suivre des formations (Lille, Limoge) ; ce projet se heurte au manque de gériatres et à la difficulté qu'ils ont à se faire remplacer lors qu'ils doivent s'absenter. Il demande donc un renforcement des équipes G.

Ces objectifs ne sont atteignables qu'avec la collaboration de Vivalia, qui n'a, à ce stade, pas inclus les soins de santé mentale aux personnes âgées dans son projet 2025.

FONCTION 5 : habitat spécifique

Le pourcentage d'aînés en institutions dédiées à la santé mentale est faible (moins de 10%) ce qui suggère que les personnes nécessitant un accompagnement de ce point de vue résident dans des structures qui ne sont pas prévues pour cela.

Centres de jour et maisons d'accueil communautaires

Il ne s'agit pas d'habitat mais d'un complément, qui facilite le maintien au domicile. Ces lieux ne sont pas dédiés à des personnes souffrant d'affection spécifique. Les animatrices / teurs doivent donc faire preuve d'une ouverture d'esprit et de capacités d'adaptation aux particularités de chacun. S'il existe une demande, des (in)formations peuvent leur être fournies. La cohabitation entre personnes sans aucun problème psychiatrique ou neuro-cognitif et celles qui en sont porteuses peut parfois être difficile. On peut prévoir un programme similaire à celui programmé par la Plateforme Alzheimer en MR(S) pour des résidents souffrant de troubles neurocognitifs.

MR - MRS

Il existe dans ces structures une fonction « référent(e) démence ». Il s'agit d'une fonction facultative, limitée à 0.5 ETP et consistant en l'engagement ou la réaffectation d'un membre du personnel infirmier ou de réactivation ; elle est financée pour autant que la structure ait



hébergé au moins 25 patients classés dans la catégorie de dépendance Cd durant la période de référence. Le descriptif de fonction comporte 10 points, allant de la sensibilisation du personnel et de la direction à la création de réseaux impliquant des acteurs pertinents actifs sur le terrain. En pratique, lorsqu'un membre du personnel est réaffecté, il est fréquent que cette nouvelle fonction soit mal acceptée par le reste de l'équipe déjà sous tension en terme de charge de travail. Nous ne disposons pas d'un recensement des référente(s) démenche dans les MRS de la province mais, sur les 5 qui ont répondu au questionnaire, seules 3 en disposaient.

Aucune fonction similaire n'existe pour les résidents souffrant d'autres affections mentales. Des données déjà anciennes ont montré que la prévalence des affections mentales en « nursing homes » peut atteindre 91% (Tariot et al., 1993). Dans une étude récente menée à Dublin, les demandes d'interventions psychiatriques concernaient en majorité des résidents présentant une altération thymique ou de l'agitation (Wilson et al., 2019).

Ces données montrent l'inadéquation de l'offre actuelle en MR(S) concernant les soins de santé mentale. Les travailleurs/euses de ces structures pointent le manque de formation spécifique en santé mentale revient le plus souvent. Il est dès lors compliqué pour les équipes de différencier les comportements qui relèvent de pathologies en santé mentale et de troubles neuro-cognitifs. L'accompagnement journalier et les infrastructures ne sont pas adaptés au public en détresse psychique, et l'intégration dans un groupe de résidents âgés n'est pas toujours simple. On peut prévoir des interventions extérieures, de consultance. Cependant, celles-ci n'auront d'impact ni sur la prévention des troubles ni sur leur prise en soin non médicamenteuse. La présence d'un(e) (neuro)psychologue permettrait de minimiser les risques d'altération comportementale et de surmédication psychotrope, ainsi que de sécuriser le reste de l'équipe soignante par rapport à ces résidents.

Quelle que soit la pathologie envisagée, le premier problème est que certains résidents ne sont pas porteurs d'un diagnostic spécifique à leur entrée en MR(S). Pour combler cette lacune, il est nécessaire de passer par les médecins généralistes habituels des résidents ainsi que par les médecins coordinateurs et les équipes soignantes. Nous devons les sensibiliser à l'importance d'une connaissance approfondie de chaque résident(e) pour un accueil personnalisé (on ne peut pas attendre les mêmes comportements de la part d'une personne en souffrance neuro/psychiatrique que d'une autre dont ce n'est pas le cas) et une vie en commun apaisée.

La prise en compte des troubles cognitifs et comportementaux dans le dossier d'admission via des questionnaires orientés vers les familles et/ou des échelles d'évaluations simplifiées permettraient de créer une « alerte » et d'aller plus loin, ou non, ensuite dans la procédure diagnostique.

Sur base de ce diagnostic ou, en tout cas, du profil cognitif et comportemental, il faut pouvoir, en équipe, décider d'une approche personnalisée, adaptée à chacun. Ne pas confronter la personne à ses difficultés / incapacités, lui permettre au contraire de développer ses capacités constitue un gage de relation apaisée, tant avec les autres résidents qu'avec l'équipe soignante. Cette démarche ne coule pas de source et les équipes de MR(S) devraient pouvoir compter sur une aide extérieure.

Une telle démarche aurait de plus l'intérêt de fournir des données épidémiologiques permettant de programmer l'inclusion dans les équipes de soignant(e)s adéquatement qualifié(e)s.

Les IHP sont destinées à « des patients psychiatriques qui ne nécessitent pas de traitement en continu en hôpital mais doivent être aidés dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales afin d'être totalement (ré-)intégrés dans la vie sociale. »

Le besoin de réintégration reste présent chez les âgés, mais elle doit évidemment prendre d'autres formes et se situer dans un autre contexte que pour les adultes jeunes.

La capacité d'adaptation des équipes en place aux besoins spécifiques des personnes âgées doit être étudiée et un hébergement trans-générationnel peut être très profitable à certains âgés, mais il est probable qu'il faudra définir un profil, en termes d'indépendance aux activités de la vie journalière, de mobilité et de potentiel d'évolution vers l'autonomie.

Dans ces institutions labellisées « santé mentale », les difficultés surviennent lorsque l'indépendance de la personne diminue (dépendance physique qui augmente, soins « somatiques » qui prennent plus de place, états confusionnels). L'intégration dans le groupe se complexifie, des mises en danger surviennent sans qu'il y ait de personnel de soins présent sur place (notamment en soirée ou en week-end). Les réorientations sont difficiles.

De manière générale en province de Luxembourg, selon les répondants, il manque des infrastructures spécialisées tant dans le public « Aînés » que « santé mentale », ou des équipes mobiles spécifiques permettant de faire les relais adaptés. Il manque également des structures adaptées au niveau des personnes vieillissantes présentant un handicap. La question de la mobilité des personnes âgées est également relevée. Enfin, l'idée d'une ligne téléphonique d'orientation est soulevée.

L'offre de service s'est développée de façon à répondre à des besoins qui semblent avoir été considérés comme mutuellement exclusifs : les aînés d'un côté, les personnes souffrant d'affection mentale de l'autre, sans tenir compte que les aînés souffrent de troubles cognitifs et comportementaux, et que les personnes suivies pour affection mentale vieillissent et développent donc des besoins en relation avec l'âge. Il est urgent de revoir cette organisation, dans l'intérêt de résidents mais également des travailleur(se)s qui se sentent en porte-à-faux, incapables de répondre aux besoins desdits résidents, ce qui les démotive.

Fonction réseau

La représentation de l'équipe « âgés » au sein des réseaux n'est pas encore décidée.

Soit on ajoute un représentant « âgé » au sein de chaque comité, ce qui demande sans doute plus de personnes que disponibles.

Soit une seule personne participe à tous les comités. Avec pour avantage qu'elle aura une vision globale, comme désavantage qu'elle ne sera pas forcément au fait de tous les détails de chaque aspect des soins aux âgés.

Conclusion

Des soins de qualité, quelle que soit la discipline considérée, sont dispensés au bon endroit, au bon moment, par les bonnes personnes, pendant la durée nécessaire.

La mise sur pieds d'un programme spécifique de soins de santé mentale pour les personnes âgées est une chance de structurer une offre de soins et de services adaptée aux âgés venant compléter celle déjà, mais depuis peu, proposée par les services de gériatrie qui, eux-mêmes, sont en grandes difficulté dans notre province. Il ne s'agit certainement pas de créer des circuits parallèles mais, comme la gériatrie consiste en une approche globale de la personne, de compléter celle-ci en intégrant les services et initiatives déjà présentes et en les complétant lorsque, et là où, c'est nécessaire.

Nous avons élaboré un projet d'organisation des soins de santé mentale destiné aux personnes âgées, sur base de nos connaissances, tirées de notre expérience professionnelle et de la littérature.

Afin de coller au plus près à la réalité de terrain locale, nous avons voulu confronter ce projet au vécu des acteurs travaillant dans les diverses structures constituant le maillage existant dans notre province.

Le taux de réponse a été variable selon les secteurs, mais souvent faible. On peut s'interroger sur la raison de ce faible taux : démotivation et surcharge de travail sont des hypothèses plausibles. On doit le regretter aussi, car il n'est, dès lors, pas certain que les réponses soient représentatives du vécu global. On remarquera cependant qu'il y avait peu de disparités dans les réponses obtenues.

Les principaux concernés, à savoir les usagers, pas davantage que les professionnels, n'ont remis en question les bases sur lesquelles le projet a été élaboré : nous manquons de structures dédiées aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et comportementaux, ces personnes se trouvant dans des structures (aiguës, de soins de suite ou de long séjour) non dédiées, sont confrontées au manque de formation des travailleur(se)s qui doivent les prendre en soin ou les accompagner. Ces dernier(e)s en sont bien conscient(e)s et doivent vivre ce sentiment d'insuffisance qui vient s'ajouter à l'insuffisance objective des équipes en termes d'effectifs.

Notre mission est de soigner pour les uns, d'organiser la vie publique dans l'intérêt des citoyens pour les autres. Elle doit guider notre réflexion quant aux actions à entreprendre pour rencontrer les besoins de nos aînés et des travailleurs/euses qui les accompagnent au quotidien.

Références

Tariot PN, Podgorski CA, Blazina L, Leibovici A (1993). Mental disorders in the nursing home: another perspective. *Am J Psychiatry* 150, 1063–1069.

Wilson L, Power C, Owens R, Lawlor. Psychiatric consultation in the nursing home: reasons for referral and recognition of delirium. *Ir J Psychol Med*. 2019;36:121-127.



Editeur responsable : Pierre-Henry GOFFINET, Directeur général provincial
Place Léopold 1 - 6700 Arlon