

**Service des Soins de Santé**

Note C.C.MRPA-MRS-CSJ. n°2006/18 du 28/4/2006.

**PROBLEMATIQUE DE LA DEMENCE EN MR-MRS  
PROPOSITIONS SUR BASE DE L'ETUDE QUALIDEM  
(Proposition du ban des maisons de repos)  
NOTE TECHNIQUE  
mai 2006**

***PREAMBULE DE LA CONVENTION INAMI - RAPPEL***

Un groupe de travail "démence" a déjà commencé ses travaux en 1995. La conclusion n° 8 de l'étude Qualidem est la suivante:

*"Les soins aux personnes démentes nécessitent plus de temps. Ils sont plus coûteux et imposent des charges plus lourdes que les soins aux personnes non démentes tant pour les aidants familiaux que pour les prestataires professionnels".*

La présence de patients déments implique une charge de travail spécifique.

Sur base des conclusions de l'étude Qualidem, la Commission fera une proposition pour rencontrer ce problème au plus tard en **juin 2006**.

***PROTOCOLE 3 ETAT FEDERAL REGION – POINT 5***

"Il est convenu qu'une ponction préalable peut se faire sur les équivalents MRS visés au chapitre 3, point 3 si, après concertation des parties signataires du protocole avec le secteur et les mutualités (*qui sera menée dans les plus brefs délais*), il ressort que le financement actuel des soins aux personnes âgées démentes peu dépendantes sur le plan physique en institutions conduit à un déficit dans l'offre."

## ***QUALIDEM***

L'étude Qualidem vient de se terminer.

### **Usage du RAI (*Resident Assessment Instrument*)**

Lors de la présentation de ses résultats finaux à l'Inami le 23 février 2006, il a été demandé à l'équipe inter-universitaire quelle était la principale recommandation à retenir.

La réponse a été qu'il fallait mettre en œuvre l'outil RAI. Sans préjuger des résultats de l'étude de faisabilité en cours à laquelle nous demandons d'être associés, force est de constater que l'outil ne pourrait être utilisé qu'à long terme. Certains parlent de 2010 voire 2011 en maison de repos. Au delà du temps nécessaire à la maîtrise de l'outil, nous constatons que les avis sont partagés quant à son utilisation. En principe, au delà d'une utilité statistique, il peut aider à la définition du plan de soins, à l'utilisation d'indicateurs de qualité et à la définition de groupe Iso-ressources (RUG<sup>1</sup>) en vue d'un financement de type cas-mixt. Certains pensent qu'on l'utilisera dans ses deux premières dimensions, d'autres dans ses trois dimensions. A court terme, relevons qu'il est présenté aux hôpitaux gériatriques de jour par l'Administration de la Santé publique uniquement comme un outil qualité (cf. infra)<sup>2</sup>.

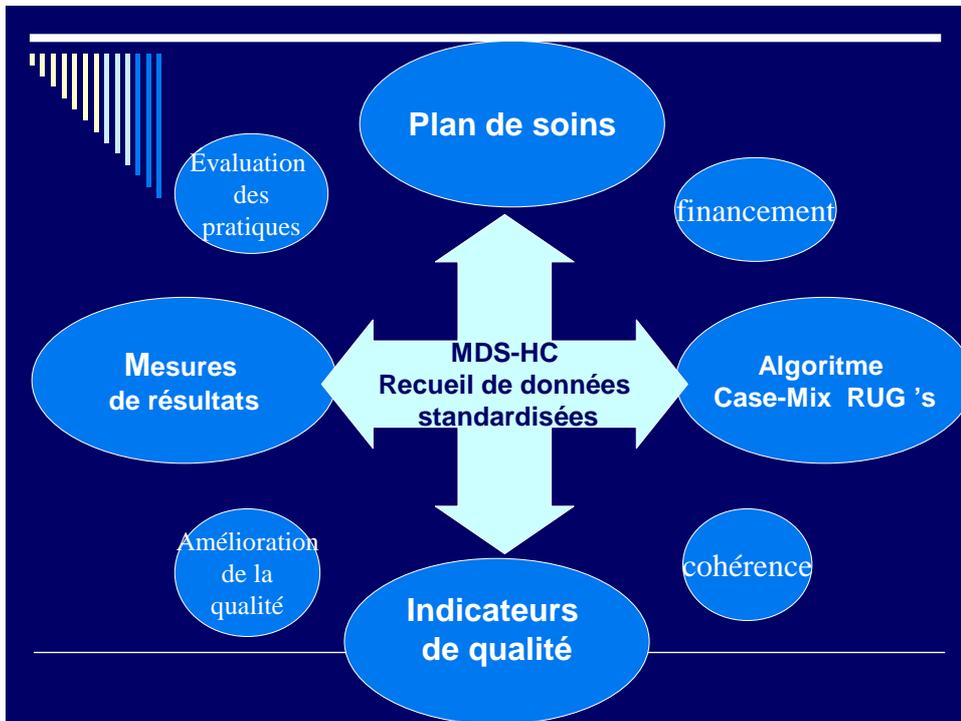
Au vu de l'acuité de la problématique de la démence en termes de charge de travail et de sa progression inévitable en raison du vieillissement<sup>3</sup>, il ne nous paraît pas défendable, ni en termes d'éthique, ni en termes de gestion d'attendre l'hypothétique implémentation du RAI avant de proposer des mesures. Dans certains cénacles, un débat s'ouvre sur l'euthanasie pour les déments. Il nous semble que la question des soins aux déments devrait d'abord être abordée.

---

<sup>1</sup> Resource Utilization Grouper.

<sup>2</sup> Rai- Resident Assessment Instrument. Outil d'évaluation de la dépendance des personnes âgées, Valérie De Nef, 9 mars 2006.

<sup>3</sup> Selon Qualidem, la prévalence de la démence se situe entre 6,3 et 9,3 % de la population des 65 ans et plus.



Source : C. Swine et L. Paquay, Inami, 21 mai 2003, Resident Assessment Instrument (RAI-HC),  
4

De manière proactive, nous tenons également à souligner que l'utilisation du RAI exigerait une formation importante du personnel et une bonne préparation des institutions. Elle n'est pas possible sans un investissement informatique conséquent en termes de software notamment. Le cas échéant ces nouvelles charges devraient être prises en compte.

SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

7

### POURQUOI L'OUTIL RAI ? (3)

- 30 états (USA, Japon, Canada, Pays-Bas, Finlande,...)
- INTERRAI (chercheurs, cliniciens,...) ⇒ amélioration en continu (comparaison entre pays)
- Répond aux besoins des individus, des professionnels et des autorités : qualité
- Temps d'évaluation globale : entre 20 et 100 min /cas
- Logiciel et feedback

**MAIS**

- Importance de la formation – formation continue - évaluation
- Implication de tous le personnel




Source: Valérie De Nef, 9 mars 2006, Rai- Resident Assessment Instrument. Outil d'évaluation de la dépendance des personnes âgées.

## Résultats de Qualidem relevant pour les MR et MRS

En termes opérationnel, l'étude Qualidem n'a abouti qu'à des recommandations générales. Plusieurs d'entre elles étaient intuitivement attendues. C'est une source d'insatisfaction. Néanmoins, on peut s'appuyer sur certains constats de l'étude pour faire des propositions de manière pragmatique en ce qui concerne le **besoin de surveillance, la formation, les chutes et les aidants familiaux**. Nous reprenons ci-dessous une série d'extraits de l'étude qui nous semblent révélateurs et significatifs.

### **Besoin de surveillance et charge de travail**

(ndlr : Q = qualidem)

*"L'errance est fréquente chez les sujets déments conservant des capacités locomotrices satisfaisantes. Elle suscite des tensions et des conflits avec l'entourage (aidants familiaux, soignants, résidents). Elle contribue à augmenter le fardeau et la **charge de travail objectives et subjectives**. Elle justifie des mesures de restriction de la liberté, de contention physique et chimique. Elle peut aussi avoir des effets positifs pour le sujet (auto-stimulation, soulagement du stress)" (QI.6.3.4.5).*

*"Les **insomnies** des personnes démentes s'accompagnent souvent de divers troubles psychologiques et comportementaux (anxiété, errance, comportements industriels, agitation, irritabilité). Ils accentuent le fardeau objectif et subjectif des aidants familiaux et entraînent une institutionnalisation plus précoce. En milieu institutionnel, ils augmentent la charge **de travail des soignants**. Le syndrome crépusculaire (sundowning) serait une conséquence de la perturbation des rythmes circadiens" (QI.6.3.4.4).*

*"Les **comportements intrusifs** (demandes répétées, cramponnement et poursuite) sont fréquents aux premiers stades de l'évolution démentielle. Leurs effets sur le fardeau objectif et subjectif des aidants familiaux est important. Ils augmentent de façon significative la charge de travail objective et subjective des soignants" (QI.6.3.4.6).*

*"Le point le plus important est la problématique des actions médico-sociales. Dans ce domaine, il y a la **charge de travail 24 heures/24**, ainsi que le besoin de soutien et de formation" (QI,10.5.2.3.1.1).*

*"Le **besoin de surveillance** est plus grand chez les sujets institutionnalisés que chez ceux résidant à domicile(...). Le besoin de surveillance est significativement plus important dans le groupe des sujets déments que dans les groupes de contrôle" (QI, 12.1.6.4.3).*

*"Chez les personnes démentes, le besoin de surveillance a augmenté entre 2002 et 2003" (QII, 14.7.4).*

### **Problème de formation**

En ce qui concerne les problèmes **psychologiques et comportementaux**, "l'approche des symptômes et des plaintes doit être systématique et comporter un certain nombre d'étapes:

- diagnostic et évaluation correcte des troubles,
- interventions psychosociales, qui exigent une **formation adéquate des intervenants des différentes disciplines**,

- interventions pharmacologiques" (QI,6,consensus)<sup>5</sup>.

Plus particulièrement, en ce qui concerne la gestion des **problèmes de sommeil**, en institution "elle exige des soignants de la maturité professionnelle, une maîtrise de soi et des capacités relationnelles. Ces aspects devraient être envisagés dans les **programmes de formation** (Q.6.3.4.4.).

"La formation, l'information et la sensibilisation sont des éléments importants pour résoudre les problèmes relevés. La formation concerne **toutes les catégories de personnel**" (QI, 10.5.2.3.1.2).

On notera que dans une autre récente étude, Pacolet<sup>6</sup> et al. insistent également sur l'importance de la formation dans une de leurs propositions pour faire face à la croissance des besoins de soins liée au vieillissement.

"Accorder une attention particulière aux patients déments: formation spécifique du personnel, création de structures de long séjour adaptées ("cantous") et création de structures d'accueil spécifiques en milieu hospitalier (unités "problèmes médicaux chez patients avec démence")."

### **Problème des chutes**

a) "Sur le plan des chutes, une intervention relativement simple dans les MRS entraîne une diminution statistiquement significative de **50 %** du nombre de chutes accidentelles" (QII, 14.11).

Pratiquement, dans l'étude a été testé un "**programme de formation** du personnel soignant portant sur les facteurs de risque (à déterminer dans une liste) et la tenue d'un journal des chutes sur l'incidence des chutes avec ou sans conséquences médicales durant une période de 6 mois".

Pour mémoire, nous reprenons le mode opératoire utilisé en annexe.

b) "L'étude sur la luminosité en MR/MRS montre que la faiblesse de la luminosité constitue un problème majeur dans les institutions" (QII, 14.11).

"Dans les couloirs, il y a souvent un éclairage indirect combiné avec des murs sombres.

Dès lors, il y a une perte importante de luminosité. Par contre, un éclairage indirect avec des murs blancs ou un plafond blanc peut assurer une bonne luminosité uniforme.

Des murs sombres donnent des couloirs sombres. Dans plusieurs institutions, les murs des couloirs sont gris, de sorte qu'il n'y a pas de réflexion de la lumière.

Le nombre de lux n'est pas le seul élément important pour une bonne perception chez les personnes âgées.

Sont importants également:

- le contraste;
- la réfléchissement;
- les couleurs;
- les différences de luminosité entre des endroits adjacents.

---

<sup>5</sup> Note CSS 2006/22add.

<sup>6</sup> Pacolet et al, Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique, mars 2005, Direction générale de la Politique sociale, p. 46.

- Très souvent, un éclairage suffisant est présent, mais il n'est pas utilisé!" (QII, 11.2.5).

### **Aidants familiaux**

En ce qui concerne la dépression et l'anxiété, "Une évaluation complète comprend des informations fournies par les proches et par les aidants familiaux associées aux observations des soignants professionnels" (Q.I.6.3.4.1).

"L'attention portée à la famille et aux aidants familiaux constitue une partie essentielle de la démarche diagnostique" (Q.I.6.3.4.2).

En ce qui concerne les comportements stéréotypés, "L'information et la **formation** des familles ou des différents prestataires d'aide et de soins peuvent favoriser leur compliance de même que la gestion de leurs réactions émotionnelles" (QI., 6.3.4.6).

"Les aidants familiaux d'un proche dément ont une **charge de travail** (fardeau) très lourde" (QI. 2.1.8).

"L'impact de la prise en charge d'un proche âgé à des effets négatifs sur les aidants familiaux. Ceux-ci sont plus souvent dépressifs et leur charge de travail est plus élevée que celle d'une population comparable. En outre, les aidants d'une personne démente semblent plus vulnérables. Le profil et les capacités d'adaptation de l'aidant sont les facteurs plus déterminants pour optimiser et assumer une prise en charge adéquate que l'état clinique de la personne démente. Dans cette perspective, il semble donc important de **soutenir** l'aidant de manière adéquate et de lui accorder **l'attention** nécessaire" (Q.II.14.9).

## ***POSSIBLES ORIENTATIONS***

### **Besoin de surveillance et supplément de charge de travail**

L'étude insiste clairement et de manière répétée sur ce point (cf. supra) sans esquisser ni même ébaucher de solution.

Le problème se pose plus particulièrement pour les déments qui ont un comportement d'errance. Dans la mesure où une surveillance est nécessaire, une qualification de soignant suffit.

Concrètement, une option est *d'augmenter d'un ETP soignant la norme A* afin de renforcer la prise en charge 24 heures sur 24. En effet, avec environ 15 % de résidents A désorientés, un ETP par 30 A apporte un soutien significatif en vue d'une présence continue, soit au minimum 6 ETP.

On peut faire valoir que:

- tous les A ne sont pas désorientés;
- la part des A désorientés varie d'institution à institution;
- le classement en catégorie A ou B est un sujet de débat et il y a beaucoup de B désorientés;
- l'étude Qualidem évoque le besoin de surveillance sans distinguer la catégorie de résidents.

Néanmoins, via la requalification, les B et C MR vont voir leur encadrement augmenter. En ce qui concerne les Cd, ils font déjà l'objet d'un encadrement plus spécifique en MRS. En outre, si on propose de centrer l'effort sur les Ad avec plusieurs ETP, on risque de créer une tension dans les scoring: il sera beaucoup plus avantageux de classer quelqu'un en Ad qu'en A. On risque d'ouvrir un "nouveau contentieux" entre les institutions et les médecins-conseil.

L'étude n'apporte pas d'élément quant à l'intervention d'un *psychologue* qui sur le terrain tend à se développer<sup>7</sup>. Cela contribue en effet à améliorer le soin au résident mais aussi la relation avec la famille et son vécu. On notera toutefois que l'on peut déjà réfléchir à une telle intervention via le personnel de réactivation sur base volontaire. En outre, certaines maisons de repos préfèrent avoir recours de manière ponctuelle à un psychologue extérieur en cas de besoin. Il est peut-être utile de (re)sensibiliser les institutions au fait que le psychologue peut être pris en compte par l'Inami.

---

<sup>7</sup> Sur ce point, on peut lire *Psychologue en maison de repos et de soins, Pourquoi..., Pour que faire?* A. Henreaux, CPAS Plus n° 12, 1998.

## Formation

L'étude insiste clairement sur son importance. Si l'on veut une approche globale et suffisamment systématique, il faut la prévoir dans les normes de financement.

Une intervention pourrait être prévue en fonction du nombre de personnes déclarées dépendantes psychiquement sur base de l'échelle de Katz. Cela suppose une modification des modalités d'enregistrement des données.

Une option est de la structurer de manière analogue à celle prévue pour les soins palliatifs. Elle ne serait octroyée que s'il y a **au moins 15<sup>8</sup> résidents dépendant psychiquement et une politique de soins aux personnes dépendantes psychiquement**. Les autres structures devraient avoir une convention de concertation avec une plateforme de santé mentale.

Nous préconisons qu'elle porte notamment sur la problématique des **chutes** et qu'elle **veille à impliquer sur base volontaire les aidants familiaux** (cf. infra 3.3 et 3.4.).

*"L'intervention de l'assurance soins de santé, destinée à financer la formation et la sensibilisation aux soins pour personnes dépendantes psychiquement du personnel des institutions, est fixée à 0,27 euro par journée et par patient bénéficiaire dépendant psychiquement hébergé classé selon les catégories de dépendance visées aux articles 148 et 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.*

*Cette intervention est accordée aux maisons de repos et de soins, aux maisons de repos pour personnes âgées qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial "maisons de repos et de soins" et aux maisons de repos pour personnes âgées qui, pendant la période de référence, ont hébergé en moyenne au moins 15 bénéficiaires dépendants psychiquement.*

*Au moyen de cette intervention, les institutions susvisées organisent une formation continue de leur personnel dont le nombre total d'heures sur une année dite ci-après "scolaire" (allant du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août) est au moins égal au nombre de patients dépendants psychiquement au 30 juin précédent.*

*Les institutions susvisées organisent cette formation soit pour l'ensemble de leur personnel, soit pour certains membres de leur personnel, en fonction des priorités qu'elles déterminent elles-mêmes. Elles veillent en particulier à ce que cette formation soit dispensée par des personnes qualifiées dans le domaine des soins pour personnes dépendantes psychiquement. La formation portera notamment sur la problématique des chutes et veillera à impliquer sur base volontaire les aidants familiaux.*

*Lorsque plusieurs membres du personnel de la même institution suivent la même formation en même temps, le décompte final des heures de formation à organiser par l'institution s'effectue en tenant compte du nombre de membres du personnel qui ont suivi cette formation, avec un maximum de 10 personnes par heure de formation.*

---

<sup>8</sup> Le chiffre de 15 est basé sur la taille recommandée au niveau wallon pour les unités d'accueil spécifique pour personnes désorientées au niveau wallon (Avis du Conseil wallon du troisième âge, 2005)

*Pour bénéficier de l'intervention, les institutions susvisées doivent satisfaire aux conditions suivantes:*

- 1° élaborer une déclaration d'intention dans laquelle est décrite la politique que l'institution entend suivre en matière de soins pour personnes dépendantes psychiquement. Cette déclaration fait l'objet d'une large diffusion et est transmise à tout le moins au Service, à chaque membre du personnel, ainsi qu'aux patients hébergés. Les nouvelles institutions élaborent et diffusent cette déclaration au cours des six mois qui suivent leur agrément;*
- 2° désigner un responsable de l'organisation, au sein de l'institution, des soins pour personnes dépendantes psychiquement et de la formation du personnel à la culture des soins pour personnes dépendantes psychiquement. Dans les maisons de repos et de soins, ce responsable est normalement le médecin coordinateur et conseiller ou l'infirmier en chef. Dans les maisons de repos pour personnes âgées, ce responsable est de préférence un praticien de l'art infirmier ou un membre du personnel qualifié jouissant déjà d'une certaine expérience en la matière;*
- 3° pour les maisons de repos pour personnes âgées qui ne comportent pas 15 résidents dépendants psychiquement pendant la période de référence: conclure avec une plateforme de santé mentale une convention prévoyant au moins une concertation périodique, dans les six mois qui suivent leur agrément."*

*"Dans les délais visés à l'article 32, 1°, les institutions susvisées communiquent au Service un aperçu de la formation dispensée au cours de l'année scolaire écoulée."*

*Pour les nouvelles institutions, le Service applique les règles suivantes:*

- 1° pour les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial "maisons de repos et de soins" et les maisons de repos pour personnes âgées qui remplissent les conditions visées à l'article ..... le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément, le nombre d'heures de formation à organiser par l'institution est déterminé au moyen de la formule suivante :*

$$H = P \times M / 12$$

*où :*

*H = le nombre d'heures de formation à organiser (arrondi à l'unité supérieure si les deux premières décimales constituent un nombre supérieur ou égal à 50);*

*P = le nombre de patients dépendants psychiquement dans l'institution le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément;*

*M = le nombre de mois compris entre le premier jour du mois qui suit celui de l'agrément et la fin de l'année scolaire en cours.*

- 2° pour les maisons de repos pour personnes âgées qui ne remplissent pas les conditions visées à l'article 22, alinéa 2 le dernier jour du mois qui suit celui de l'agrément, l'intervention visée à l'article 22, alinéa 1<sup>er</sup> est octroyée à partir de la première période de facturation qui suit la première période de référence au cours de laquelle ces conditions ont été remplies.*

## **Problématique des chutes**

Les constats faits dans l'étude sur la problématique des chutes sont assez interpellants eu égard au coût social et humain des chutes (qualité de vie, fracture(s), hospitalisation, ...).

Comme le relève le rapport, il y a déjà des normes en matière d'éclairage dans le RGPT.

Au niveau de l'Inami, c'est principalement via la formation que l'on peut envisager une action globale, sauf à penser que l'on inclue dans la liste de petits matériels de soins néons, ampoules, lampes halogènes (1 pour les Bd, 2 pour les Cd) et frontales (1 pour les Ad).

La formation pourrait s'inspirer de la méthodologie utilisée dans l'enquête Qualidem. Il y a cependant d'autres référentiels. Ainsi, côté francophone, la Société scientifique de médecine générale a publié en 2000 une série de recommandations.

### **Aidants familiaux**

L'étude met l'accent sur leur "fardeau", l'opportunité de mieux les soutenir et de leur accorder attention mais aussi de les former et informer.

L'étude ne nous semble pas aborder spécifiquement la problématique de l'aidant en milieu résidentiel. Il va de soi que le cadre du personnel ne doit pas être défini en tenant compte de l'apport de ces aidants: un service professionnel doit être garanti.

En ce qui concerne le fardeau, on peut espérer qu'un meilleur encadrement professionnel contribue à l'alléger.

On peut certainement préconiser un soutien et une attention aux aidants informels. On ne voit cependant pas comment l'intégrer dans un cadre normatif.

Peut-être pourrait-on impliquer les aidants familiaux sur base volontaire dans certaines formations?

## **ANNEXE 1 – FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT SUR LES CHUTES INTERVENTION ORGANISEE DANS LE CADRE DE L'ETUDE QUALIDEMN (QI 11.6)**

### **Déroulement**

- Début de l'étude au temps T1.
- Recueil des antécédents (chutes) au cours des 6 mois qui précèdent T1.
- Consentement éclairé préalable des soignants du groupe expérimental.
- Au temps T1: évaluation des résidents avec le Mini-Mental State Examination (MMSE) et le Timed Up and Go test. A partir des données obtenues, sélection des groupes avec troubles cognitifs (G1 et G2) et sans troubles cognitifs (G3 et G4).
- Pour chaque groupe, la fréquence des chutes avec ou sans conséquences médicales sera établie à partir des dossiers individuels de chaque sujet.
- La planification des séances de formation sera établie de commun accord avec les soignants du groupe "intervention". Une liste des facteurs de risque sera établie pour chaque résident.  
L'enregistrement des chutes sera effectué dans un agenda par patient qui sera mis à la disposition des soignants (cf.: Description de l'intervention).
- Le programme d'intervention est mis en place durant une période de 6 semaines. Le personnel soignant reçoit la formation, les aménagements environnementaux sont réalisés de même que les autres interventions. Les données collectées au cours de cette période ne seront pas utilisées pour l'analyse.
- L'étude des chutes s'effectuera sur une période de 6 mois pour tous les groupes.
- Les chutes enregistrées dans les différents groupes seront analysées à partir des données transcrites dans les dossiers médicaux et de soins (examens médicaux, sutures, fractures, ...).  
Le médecin traitant sera également interrogé sur les différentes chutes.
- Les principales caractéristiques de chaque institution participante seront inventoriées (taille, année de construction, protocole de chutes, ...).

### **Description détaillée du protocole**

#### ***Types de données***

1. Par sujet, absence ou présence d'au moins 1 chute durant les périodes d'enregistrement.
2. Par sujet, fréquence mensuelle moyenne des chutes durant les périodes d'enregistrement.

La fréquence rétrospective des chutes sera déterminée à partir des dossiers médicaux et de soins pour les sujets de chaque groupe. Seules les chutes ayant nécessité des soins médicaux et/ou infirmiers seront prises en considération.

#### ***Nature des interventions***

- Elaboration d'une liste des facteurs de risque possibles pour chaque résident.
- Une réunion d'information et d'échange avec l'équipe soignante sur le thème des causes des chutes et les facteurs de risque.
- Pose d'affichettes attirant l'attention sur l'importance de la prévention des chutes.
- Distribution d'agendas spécifiques pour répertorier les chutes (heure et lieu, nature, causes, ce qui aurait pu l'éviter, ...). Quelques questions ouvertes permettront au soignant de mentionner ce qui lui paraît important.

- Réunions mensuelles de discussion sur les accidents enregistrés (nombre, gravité, mesures prises, ...), sur les rapports avec les facteurs de risque présents, sur leur prévention.

### **Liste des facteurs de risque**

Ces facteurs de risque sont:

- le degré de dépendance pour aller aux toilettes, pour la continence et pour le déplacement.  
Il s'agit de 3 items de l'échelle de Katz dans lesquels la mobilité joue un rôle important. Le score global à l'échelle de Katz sera calculé. Si le délai entre le MMSE et l'échelle de Katz est supérieur à 3 mois, une nouvelle évaluation sera faite à l'échelle de Katz. En effet, il y a une relation entre le degré de dépendance et l'augmentation des facteurs de risque;
- le mode de déplacement: systèmes prothétiques utilisés (canne, gado, ...);
- utilisation de la contention: type et fréquence;
- locomotion: identification des problèmes éventuels;
- état mental: présence de troubles cognitifs ou d'épisodes confusionnels (delirium);
- évaluation de l'audition et de la vision (présence ou non des prothèses);
- présence d'une incontinence;
- antécédents de chute depuis les 6 derniers mois;
- traitement pharmacologique de chaque sujet (agent et dose journalière, plus modifications éventuelles au cours des périodes d'enregistrement);
- diagnostic médical;
- évaluation des facteurs extrinsèques.