



FACTEURS D'INFLUENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SCPD

Joanny Beauchamp, M.Sc. Ergothérapeute
Karen Debas, Ph.D. Neuropsychologue
Christine Ouellet, Ph.D. Neuropsychologue



Objectifs

- Susciter la réflexion sur l'importance accordée aux stratégies non pharmacologiques à préconiser vs le contexte dans lequel elles sont appliquées
- Inspirer la mise en place de solutions pour améliorer la gestion des SCPD en partageant
 - Nos observations/expérience en temps de pandémie
 - Les facilitateurs abordés dans la littérature scientifique



Toward Optimal Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Insights From a COVID-19 Pandemic Experience

Karen Debas^{}, Joanny Beauchamp and Christine Ouellet*

Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Integrated University Health and Social Services of the East-Island of Montreal, Montreal, QC, Canada



Gestion des SCPD en contexte pandémique

En contexte de pandémie


- Hôtel au centre-ville de Montréal reconverti en site non-traditionnel (SNT)
- Personnes âgées avec TNC vivant en SNT
 - COVID-19 + ou – mais avant la pandémie
 - Propagation si retour dans leur milieu de vie
- Personnes ayant pas tous une expérience avec cette clientèle
- Aides de service recrutés via le site *jecontribue*
- Environnement non personnalisé, sombre, etc.

Facteurs propices pour SCPD



Nouveau contexte de travail

- Présence sur le site (SNT) du lundi au vendredi, de 6h à 22h
 - 4 professionnels en soutien pour 4 à 5 étages (70-90 patients)
- Travail en dyade
- Présence sur les étages
 - Poste infirmier
 - Au corridor avec les PAB et aides de service
- Demande d'intervention provenant de
 - Infirmier, PAB, aide de service, médecin



Malgré les recommandations
internationales,
l'implantation des interventions
non pharmacologiques
demeure un défi

(Molinari et al., 2010; Ijaopo 2017)



**Réflexion
suite à
notre
expérience**



**Littérature
scientifique**



**Identification
de 8
facilitateurs**



Facilitateurs identifiés dans la gestion des SCPD



Facilitateurs identifiés

- **Culture et Leadership**
- **Rôle perçu des PAB et aides de service**
- **Motivation**
- **Multidisciplinarité**
- **Présence d'experts à temps plein**
- **Méthodes d'apprentissage**
- **Ratio du personnel**
- **Outils novateurs**



Culture et Leadership

NOTRE EXPÉRIENCE

Nous partions de zéro

- La gestion a fait appel à notre présence à temps plein
- Leadership et guidance: ASI valorisait la consultation de notre équipe et sa pertinence
- Flexibilité et autonomie d'interventions (budget, outil, communication)
- Approche collaborative avec tous les types d'employés



Culture et Leadership

CONTRASTE

- Est-ce que l'organisation est toujours intéressée par les suggestions et les besoins du personnel quant à la gestion des SCPD ?

"Management were often viewed as not interested in, or not in agreement with, suggestions from direct care staff." (Burns et al., 2016)

- Le personnel demande une solution pharmacologique auprès du médecin et ceux-ci sont peu familiers avec les approches non-pharmacologiques (Cohen-Mansfield et al., 2012)
- La culture organisationnelle manque de flexibilité et la *structure hiérarchique* peut décourager les suggestions au regard des approches SCPD (Burns et al., 2016)



Culture et Leadership

SOLUTIONS POSSIBLES

- Un support tangible de l'organisation est un facteur clé pour permettre l'application de nouvelles habiletés dans le réseau de la santé.¹
 - **MULTIDISCIPLINARITÉ** : approche psychosociale
 - Garde la **MOTIVATION** en favorisant l'éducation et la mise en pratique des nouveaux apprentissages
 - Permet incitatif organisationnel (ex: temps protégé pour l'apprentissage)
 - Proactif dans la prise en charge des barrières au changement du « système »
 - Prise en charge de difficultés de communication

1. Institut de recherche Roert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Application des Pratiques préventives par les infirmières et infirmiers. La perspective innovante de la capacité d'absorption (2017); Tible et al., 2017; Phillipson et al., 2016;



Rôle perçu des PAB et AdS

NOTRE EXPÉRIENCE:

- Orienté la stimulation de la personne comme étant leur rôle, afin de prévenir les SCPD (interactions sociales, occupations)
- Encouragé l'utilisation des informations de l'histoire sociale du patient dans toutes les interactions (incluant les soins) : centré sur la personne
 - Accès facile à l'histoire sociale des patients – approche de soin à favoriser à compléter en co-construction (**OUTILS NOVATEURS**)
- Valorisé leur expertise
 - Leurs observations sont nécessaires pour trouver des solutions (aucun intermédiaire)



Rôle perçu des PAB et Ads

CONTRASTE

- Description des tâches du PAB et de l'AdS – Est-ce qu'on leur demande d'avoir une approche centrée sur la personne?
 - "Le préposé aux bénéficiaires donne **des soins de base** aux patients. Il assure une présence auprès d'eux et leur offre une **assistance physique** en vue de contribuer à leur rétablissement ou de les aider à maintenir leur état de santé (...).¹
- Soins physiques et la sécurité prime
 - «De nombreux environnements de soins mettent l'accent sur des exigences principales de soins de base et sécuritaires, c'est donc sans surprise que le personnel se sent souvent incapable d'offrir des activités thérapeutiques à ses résidents » (Brooker et al., 2007)
- L'accès à des informations personnelles – pourtant aucunement préjudiciable – est limité : long et difficile d'entrer en relation.



Rôle perçu des PAB et AdS

SOLUTIONS POSSIBLES

- Modifier la description de tâche des PAB et AdS?
 - Travail complexe: intégrer dès le départ une approche centrée sur la personne** leur donner les moyens de le faire
- Donner accès à des ressources diverses au même titre que les autres professions?
 - Accès à des discussions avec les spécialistes/médecin (**MULTIDISCIPLINARITÉ**); informations au dossier; grilles de comportement; formation continue (sentiment de compétence = **MOTIVATION**)
- Formation sur l'Approche relationnelle de soins (ARS)
 - "Elle fournit aux participants et à l'organisation des outils supplémentaires pour améliorer les conditions d'exécution des tâches de soins, **autant au plan psychologique que physique**



Présence à temps plein d'une équipe spécialisée

NOTRE EXPÉRIENCE

- Rôle rapidement intégré
- Efficacité du contact
- Présence rassurante
- Flexibilité pour recueillir/transmettre les informations
- Permet des **MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT** diversifiées et multimodales



Présence à temps plein d'une équipe spécialisée

CONTRASTE

- Le manque d'accès à des ressources appropriées (p. ex., psychiatre, consultants comportementaux) peut expliquer certaines dérives cliniques, notamment le recours spontané à la médication au lieu des approches recommandées (Reichman et al., 1998)
- Ce ne sont pas tous les milieux qui peuvent bénéficier facilement de ce type d'expertise. Au sein de notre CIUSSS, présence d'une équipe SCPD mais non directement intégrée dans les milieux d'hébergement
- Par conséquent :
 - Ressources disponibles à distance et devant couvrir plusieurs établissements
 - Parfois longs délais d'attente, (longs) formulaires à remplir
 - Présence de l'équipe à des moments où les comportements ne sont pas observables et où le personnel n'est pas présent/disponible



Présence à temps plein d'une équipe spécialisée

SOLUTIONS POSSIBLES

- Ce qu'il faut améliorer, c'est l'accès rapide aux experts
 - Expert sur place dont le mandat est de supporter les équipes dans la gestion des SCPD (exclusivement dédié)?
 - Personnes ressources dans chaque établissement/unité de soins (tâches partagées)?
 - Maximiser l'utilisation des technologies (support et discussions virtuelles) ?



Ratio personnel-résidents

NOTRE EXPÉRIENCE

- Ratio plus important que dans un contexte standard, ayant comme conséquences :
 - Réduit l'impression d'exercer dans l'urgence
 - Permet l'entraide et évite l'impression d'isolement
 - Libère du temps pour assumer d'autres fonctions
 - Permet de mieux connaître les résidents et d'avoir une approche individualisée
 - Donne accès à un espace propice à **L'ENSEIGNEMENT** et à **L'APPRENTISSAGE**



Ratio personnel-résidents

DANS LES FAITS

- Le manque de personnel et les contraintes de temps nuisent à l'implantation de nouvelles approches de prise en charge des SCPD.
 - Le recours aux pratiques "fondées sur les preuves" est perçu comme une tâche distincte des soins de base, à mettre en place SI et QUAND le temps et les ressources le permettent

(Burns & Goodenough, 2016)

- Par ailleurs, le contrôle qu'il est possible d'exercer sur le ratio de personnel est limité
 - Finances / budget
 - Contraintes de main-d'oeuvre



Ratio personnel-résidents

SOLUTIONS POSSIBLES

- Premier pas: reconnaître et promouvoir qu'un ratio plus grand facilite la gestion des SCPD en donnant accès à davantage de temps & ressources
 - Ressources insuffisantes = barrière aux interventions non pharmacologiques (Cohen-Mansfield et al., 2012)
- Réfléchir sérieusement aux meilleures méthodes d'attraction et rétention du personnel PAB?
- Impliquer d'autres types de professionnels (multidisciplinarité)?
- Optimiser la contribution de bénévoles réguliers (le recrutement, leur rôle)? (Van Der Ploeg 2012)
- Poursuivre l'implication d'aides de service et revoir leurs fonctions?



Conclusion

Éléments clés



- Mettre en place des interventions non-pharmacologiques

C'EST POSSIBLE!

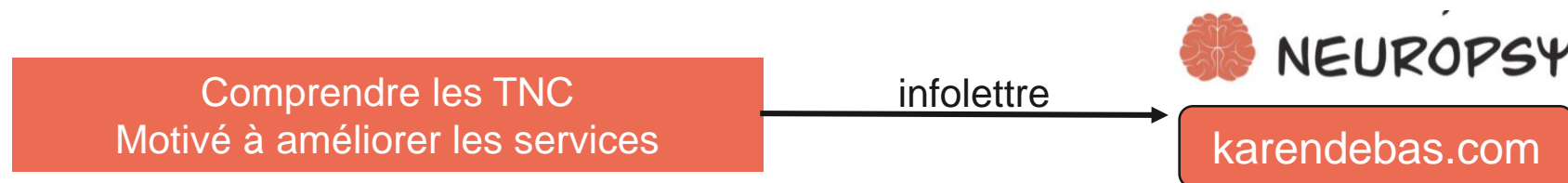
- L'approche de base, centrée sur la personne, fut rapide à intégrer pour des employés non expérimentés (PAB et AdS)
- Une intervention en soit n'est pas magique et tout ne dépend pas de l'intervenant:
 - Pour qu'une intervention fonctionne, il faut aussi que le contexte soit favorable (ratio, motivation, culture, leadership etc.) ⚠

Comment pouvez-vous prendre action?

- Identifier les barrières dans votre contexte de travail respectif (ex ci)

bas de Philipson et al., 2006)

- Temps insuffisant pour utiliser les stratégies
- Manque de leadership (support concret pour le changement)
- Personnel non engagé
- Connaissances insuffisantes du personnel
- Ressources ou ratio de personnel inadéquat
- Démotivation dues aux échecs dans les tentatives de gestion de SCPD passés





Merci

Joanny Beauchamp, M.Sc. Ergothérapeute
Karen Debas, Ph.D. Neuropsychologue
Christine Ouellet, Ph.D. Neuropsychologue