



UCC en hôpital psychiatrique : quelles spécificités?

Dr V. Blettery

Dr C. Sellier Lyon



Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU

Uspalz 2016



UCC St Jean de Dieu :

- 10 lits dans une unité de gériopsychiatrie du Pôle de Psychiatrie du Sujet Âgé



- Ouverts en mars 2009 dans le contexte du Plan Alzheimer 2008-2012

L'UCC en quelques chiffres

FA	DMS	DMHM	Age <60	Age 60-75	Age >75	Age >85	Age moyen	DC
ACTIVITE UCC 2014								
710 (129 séjours)	43	50	0	26	56	29	81	5
ACTIVITE UCC 2015								
100 (125 séjours)	42	52	1	17	45	37	80	1

Pour 2015 :
 NPI entrée : 53
 NPI sortie : 30

Pour des patients déments troublés psychiquement



Bacon, Head_VI (1949)

Sur le plan individuel :

- Symptomatologie psycho-comportementale de **présentation psychiatrique** décompensée ou révélée par processus démentiel (anxiété, dépression, moments délirants et hallucinatoires,...)
- Episodes antérieurs d'allure psychiatriques résolus (dépression, anxiété, répétition de traumatismes,...)
- Troubles de la personnalité anciens

Sur le plan familial :

- **Psychopathologie** familiale activée ou réactivée à l'occasion du processus neurodégénératif du patient
- **Crise d'adaptation** de la

relation d'aide, en lien avec les troubles psycho comportementaux du patient (que ce soit au niveau familial ou de l'institution qui accueille, EHPAD)

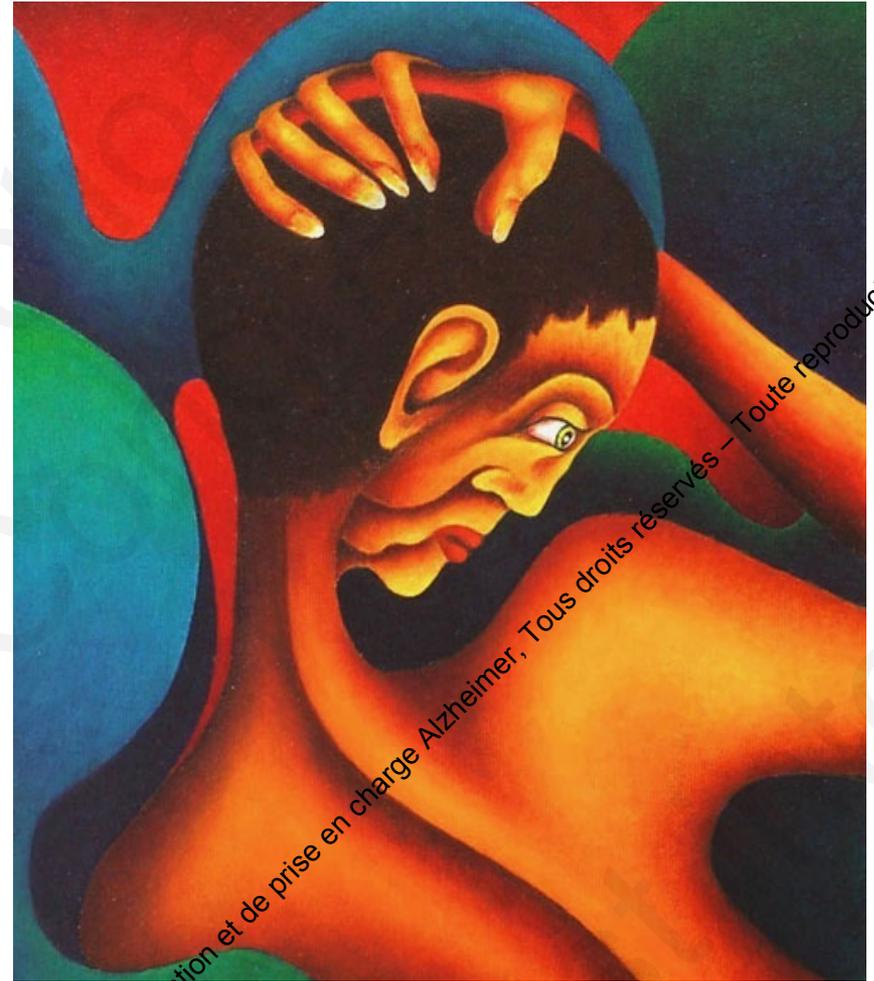


Jacques-Henri Lartigue, Autoportrait d'un fait familial (1925)

Quels symptômes ?

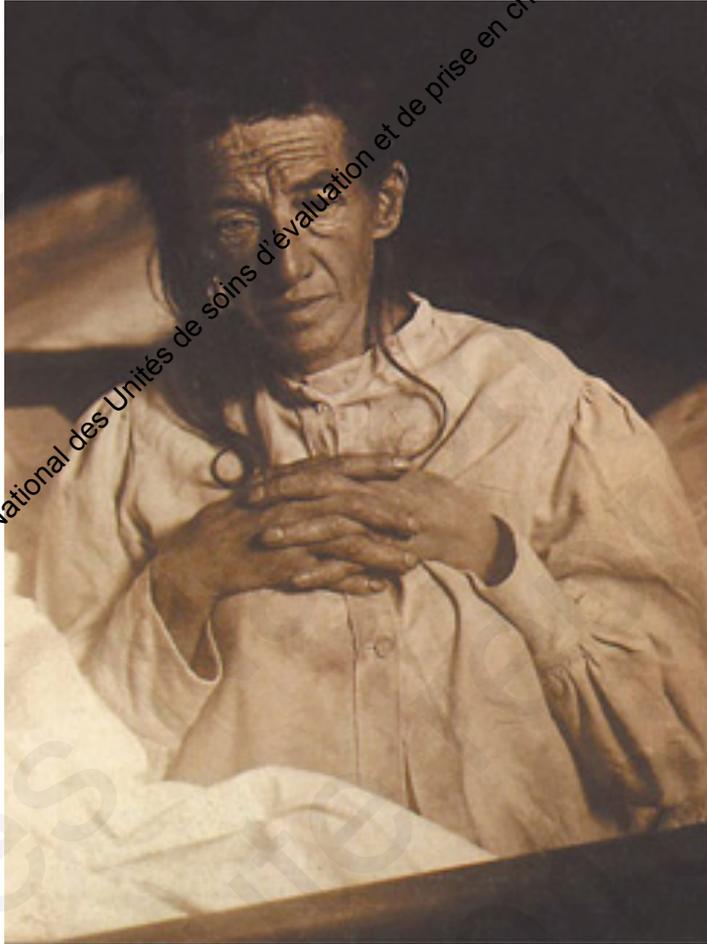
Les plus fréquents :
(évaluation NPI-ES)

1. anxiété
2. agitation, agressivité
3. Irritabilité, instabilité
humeur
4. dépression, dysphorie
5. comportement moteur
aberrant



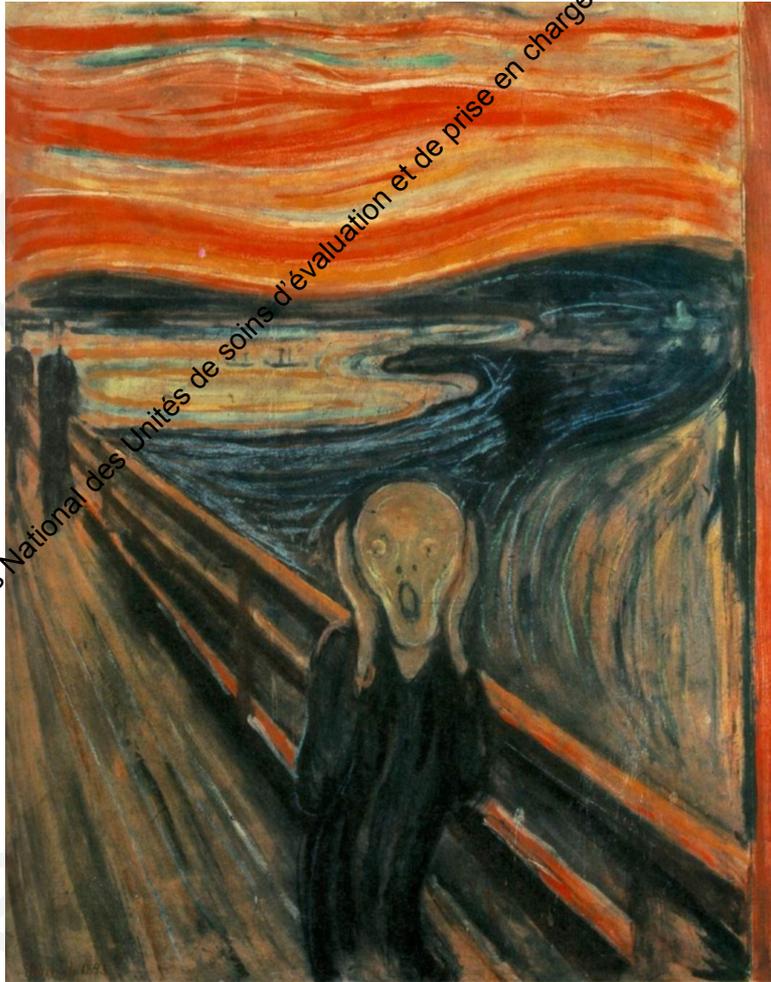
Alain Gagnon, Psychose, 2006

Quels diagnostics cognitifs ?



- Alzheimer: 36%
- Démence mixte 15%
- Démence vasculaire 9%
- Démence Corps de Lewy 6%
- Démence fronto-temporale 5%
- Sans précision 28%

Quels diagnostics psychiatriques?



Le cri, Munch, 1893

- Troubles de l'humeur : 35%
- Troubles anxieux : 25%
- Troubles délirants 25%
- Substances psychoactives : 10%
- Troubles de personnalité :5%

Principes de prise en charge

Les SPCD sont liés aux lésions neurodégénératives et à l'impact du processus démentiel sur la vie psychique du patient et de son entourage : ils témoignent d'un fonctionnement psychique et cérébral, d'une **vie mentale**.

Certains symptômes seront plus spécifiquement liés à des lésions cérébrales :

- DCI et hallucinations visuelles
- DIT et apathie ou désinhibition
- Démences vasculaires et troubles thymiques

Ils peuvent être une traduction de la souffrance psychique du patient et de sa famille :

- Angoisses de mort
- Perception de modifications internes (éventuellement projeté sur l'extérieur, l'autre..)
- Perte de compréhension, de maîtrise de l'environnement...

Principes de prise en charge

- Désamorcer la crise ; éviter le passage catastrophique par les urgences
- Prise en charge globale et synergique : approches médicamenteuses et non médicamenteuses
- Agir sur l'environnement (soin relationnel; environnement apaisant; aider l'entourage à repérer les priorités), sur les habitudes de vie (ritualisation du quotidien, évaluer nécessité d'apaisement et/ou stimulation, accompagner sans assister)
- Par les soins individuels et groupaux, permettre réassurance, optimiser les capacités restantes, réaménagement de défenses psychiques « adaptatives ».

Nos outils cliniques

Une hospitalisation contractualisée

Principe du retour au domicile (propre ou EHPAD)

Une évaluation psychiatrique, gériatrique et sociale

Des outils de soins variés et individualisés issus de l'expérience des soins psy :

- Les soins institutionnels
- Le nursing comme soin relationnel
- Les traitements psychotropes
- Les entretiens familiaux
- Les soins psychocorporels
- Le travail groupal médiatisé
- La chambre d'apaisement / les contentions : « en dernier recours »

A la sortie

Pour permettre un retour dans le lieu de vie, étayé par un plan de soin **adapté et individualisé**, organisation possible de :

- Sortie progressive avec permissions
- Rencontre avec l'EHPAD qui va accueillir le patient à la sortie
- Accompagnement par un soignant à la sortie : « passage de relai »
- Visites à domicile : IDE, Assistante de soins en géronto, ergothérapeute. Plus rarement psychiatre.
- Etayage groupal à la sortie (groupe médiatisé pour les patients; aide aux aidants)
- Intervention de l'équipe mobile : si rechute, avant de décider d'une réhospitalisation
- Hospitalisations séquentielles programmées