



Forum Psychogériatrie Fribourg

Plateforme d'échange des pratiques
professionnelles en psychiatrie de
l'âge avancé

8 mars 2018

RFSM Salle Paradiso Marsens

Des voix dans la tête et des personnages imaginaires

*(Difficultés maintien à domicile vs EMS avec troubles
psychotiques)*

Dr Franco Masdea, médecin adjoint

Psychiatre FMH / Spécialiste de la personne âgée

Marie-Christine Baechler

Infirmière responsable de projets, fonction clinique

Quelques chiffres

DONNEES QUANTITATIVES

37 homes

PRESTATIONS MEDICALES-INFIRMIERES

Schizophrenie

Particularités chez l'âge

Pharmacologie

Prise en charge non médicamenteuse

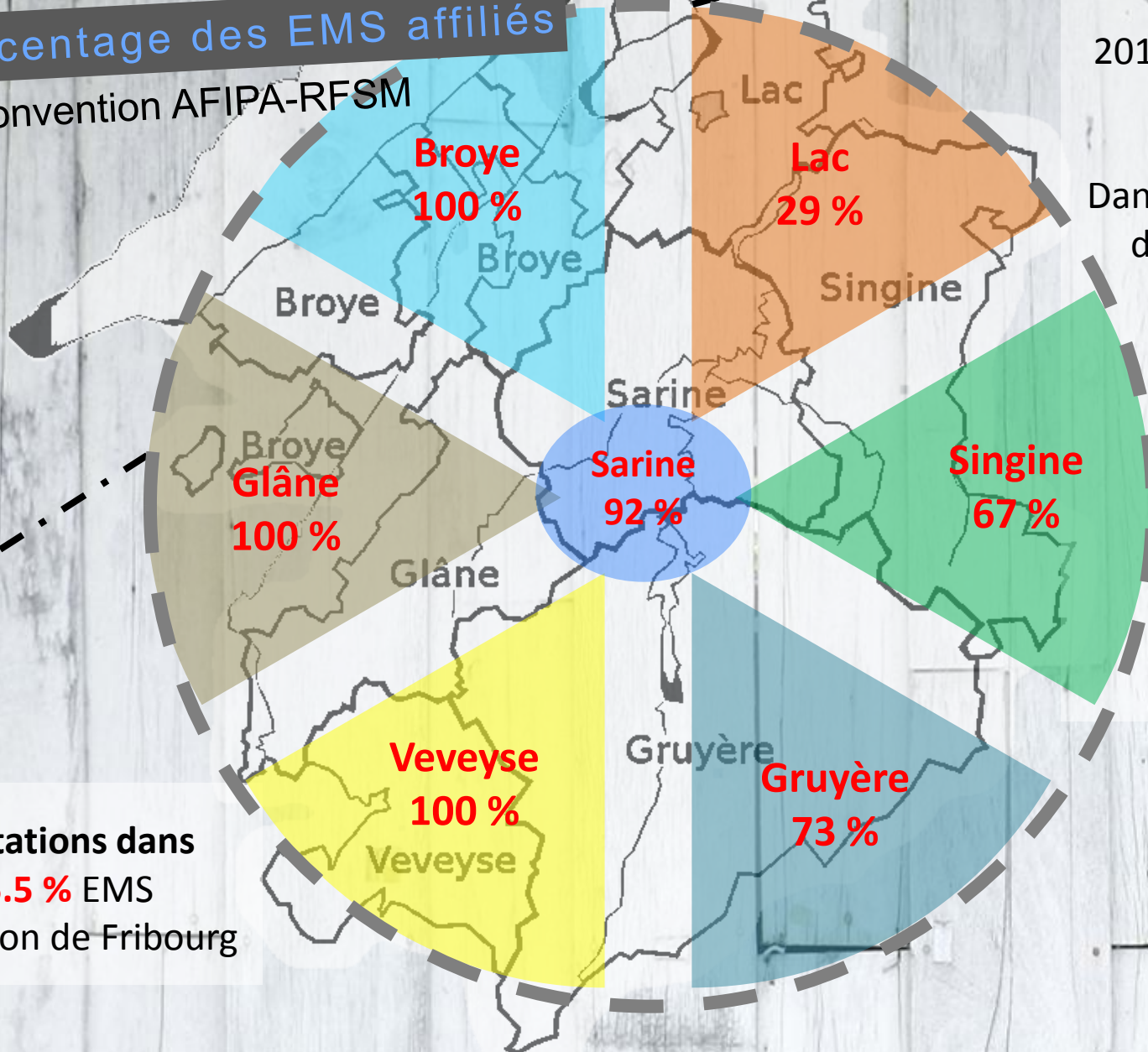
Vignette Clinique

FILM

Quelques chiffres

Pourcentage des EMS affiliés

à la convention AFIPA-RFSM



Soit,

2017 : **37/49** EMS

2'074 lits

Dans les 7 districts
du canton de
Fribourg

2012 :

32/49 EMS

1'793 lits

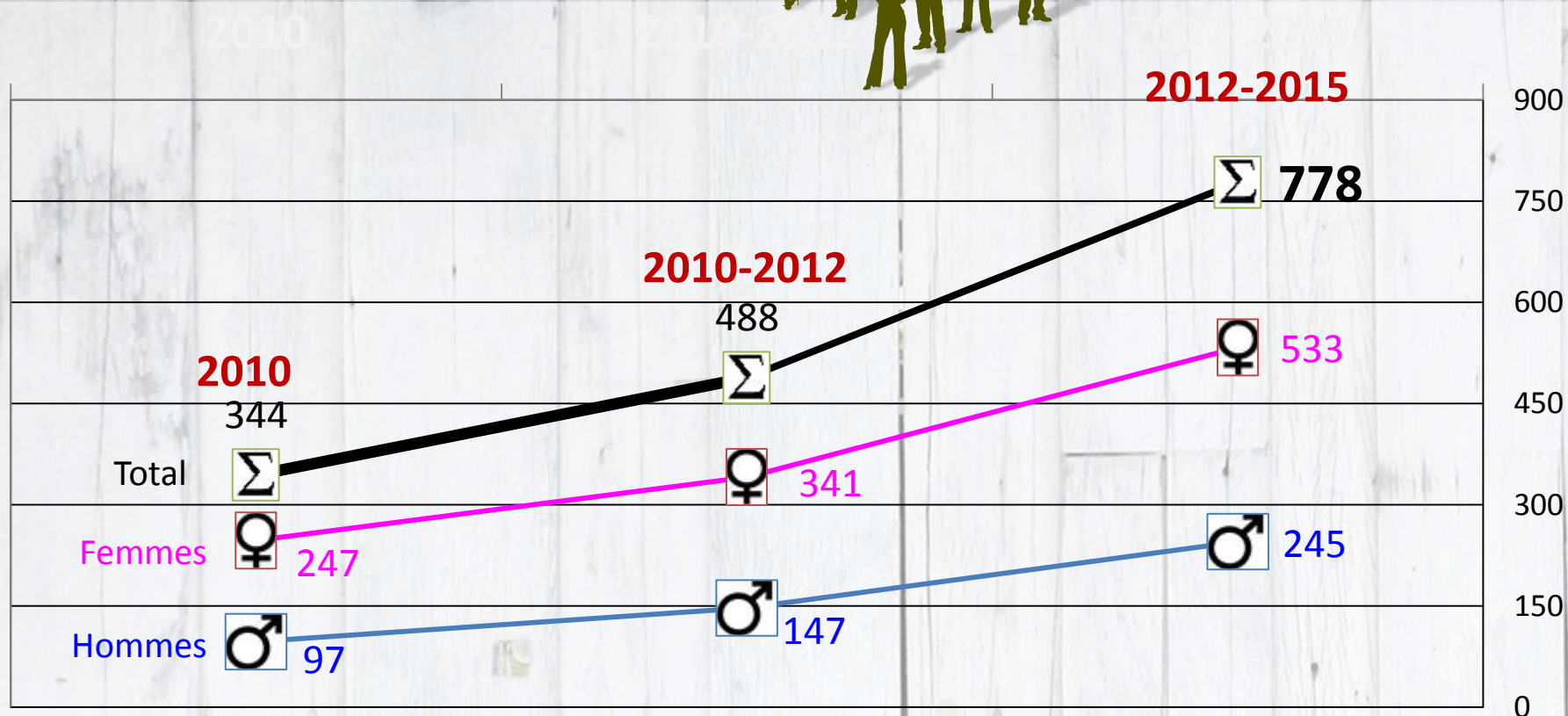
Prestations dans

75.5 % EMS

du canton de Fribourg

DONNEES QUANTITATIVES

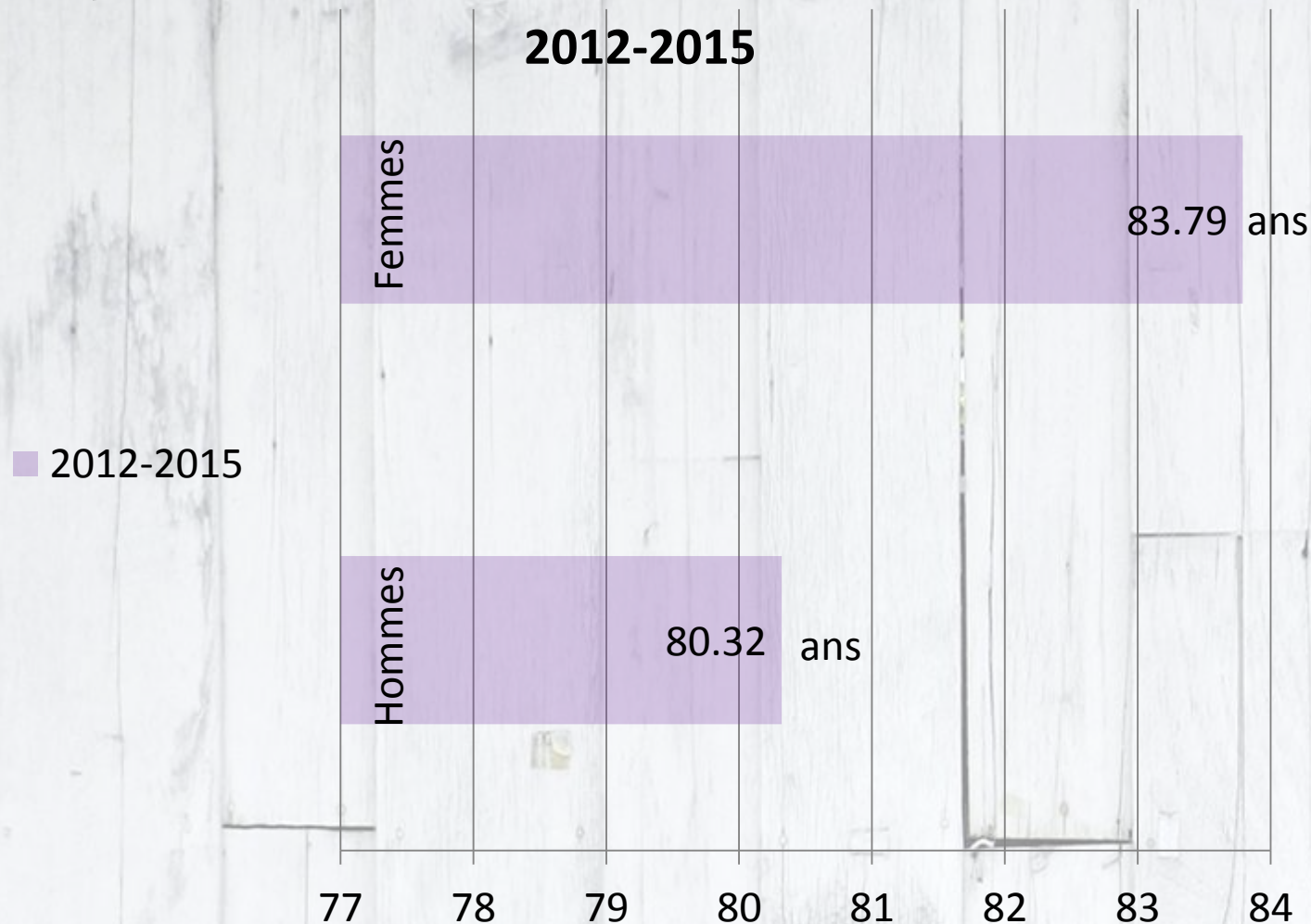
NOMBRE DE PATIENTS



DONNEES QUANTITATIVES

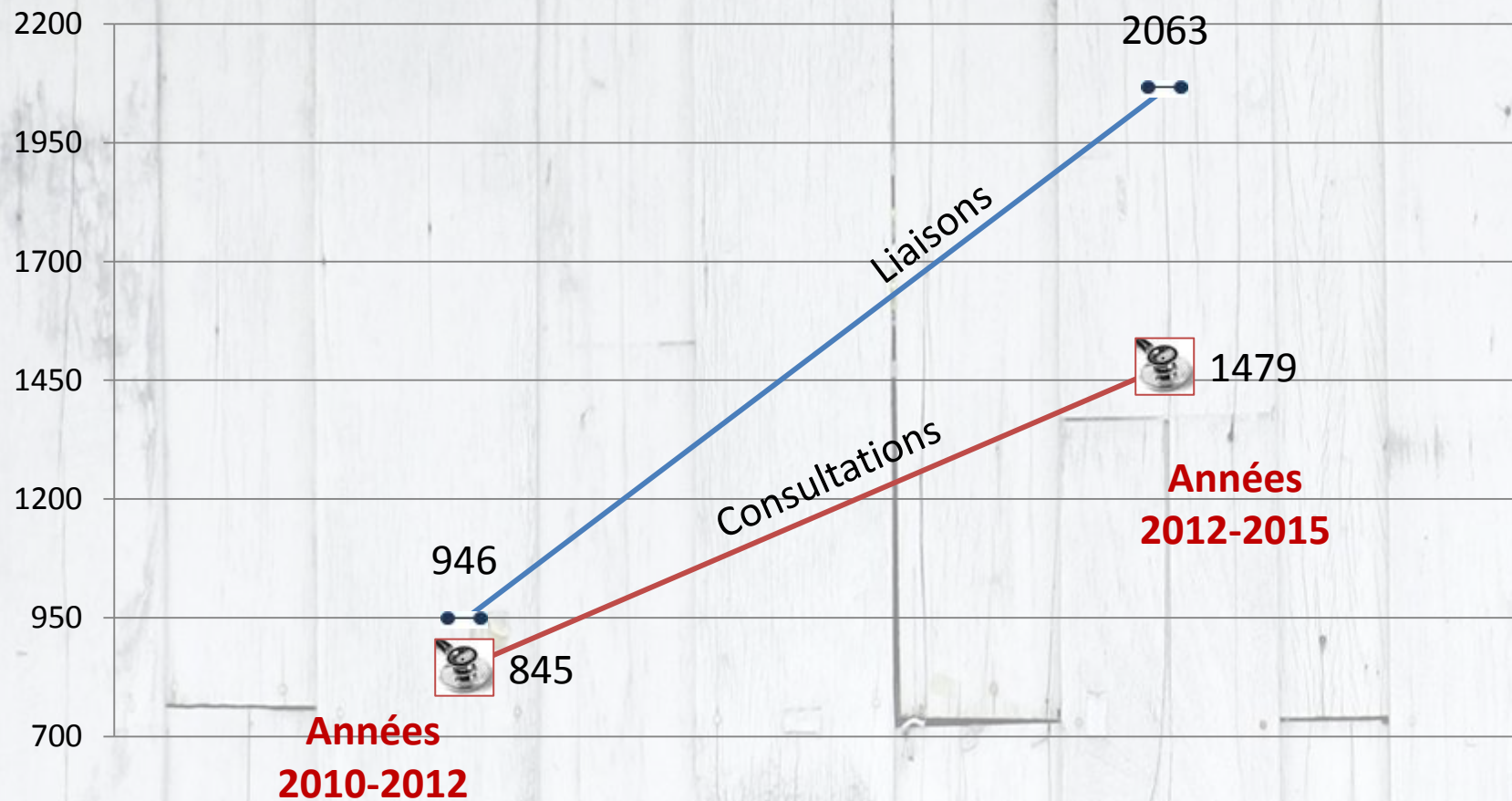
MOYENNE D'AGE

2012-2015



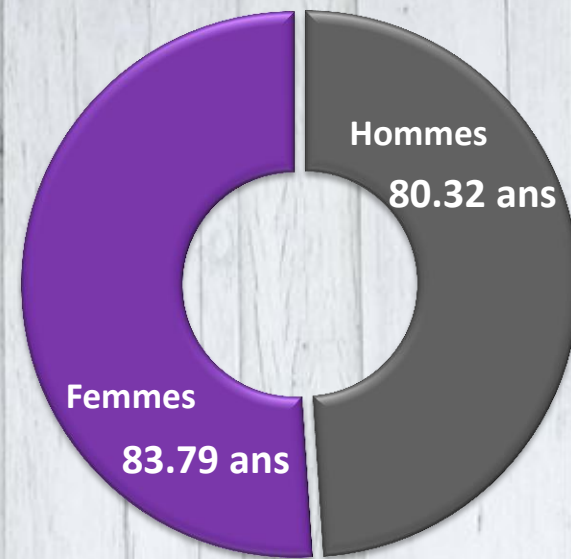
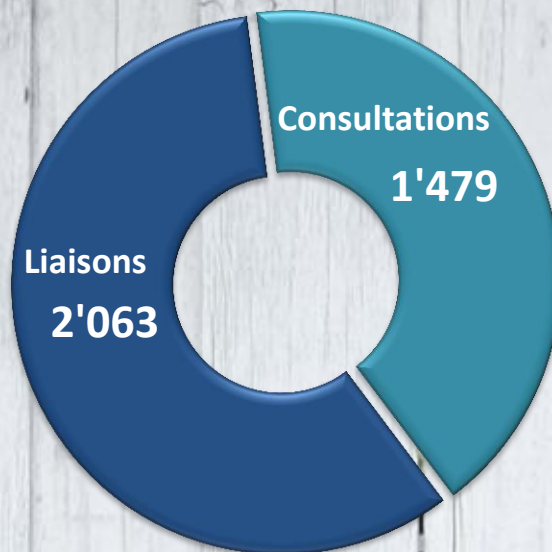
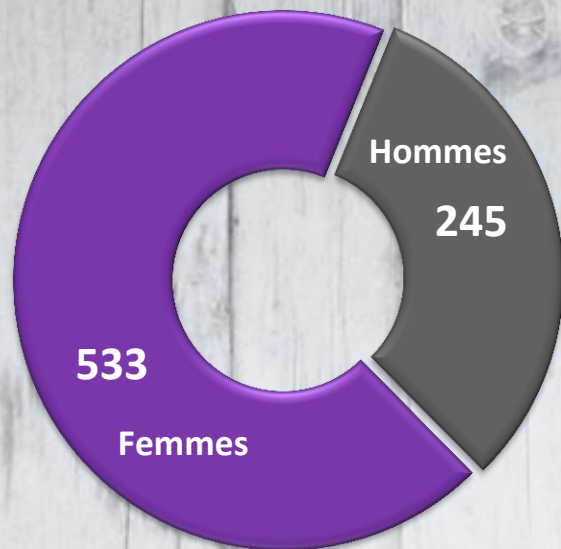
DONNEES QUANTITATIVES

NOMBRE D'INTERVENTIONS



DONNEES QUANTITATIVES

37 homes



Nombre de
patients

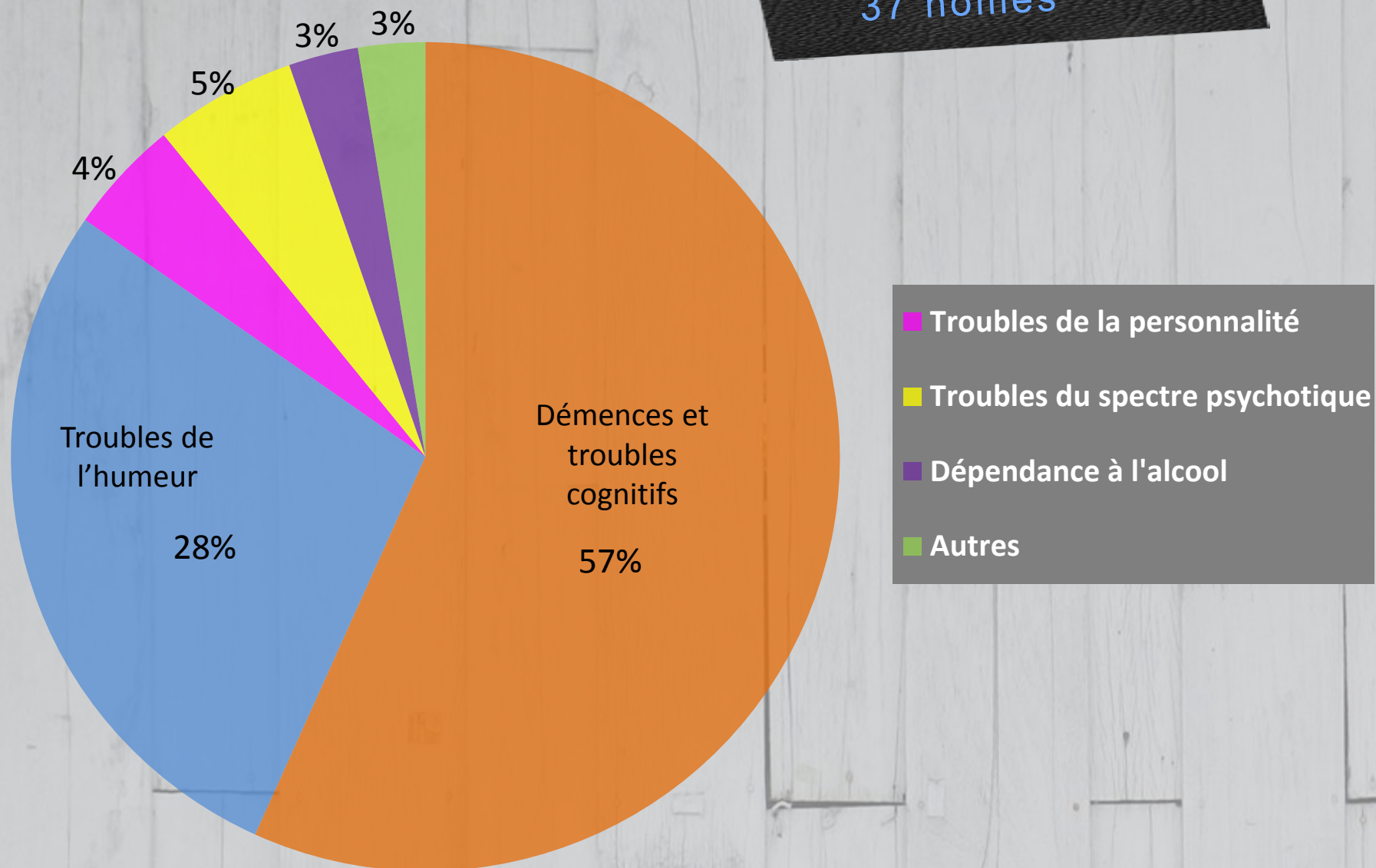
778 patients concernés

Age moyen

82.80 ans

DIAGNOSTICS MEDICAUX

37 homes



PRESTATIONS MEDICALES

- ✓ Aide à l'établissement ou à la précision des diagnostics psychiatriques
- ✓ Organisation des concilias thérapeutiques à l'attention des médecins traitants
- ✓ Transmission au personnel soignant de connaissances spécifiques pour le dépistage et la prise en soins de résidents atteints de troubles psychiatriques
- ✓ Prise en charge ciblée sur les ressources et déficits du résident
- ✓ Aide ou maintien si possible des résidents atteints de troubles psychiatriques dans leur environnement habituel
- ✓ Anticipation d'éventuelles complications en proposant une hospitalisation dans des situations qui toutefois l'exigent
- ✓ Optimisation des ressources du personnel soignant, du réseau et des proches.

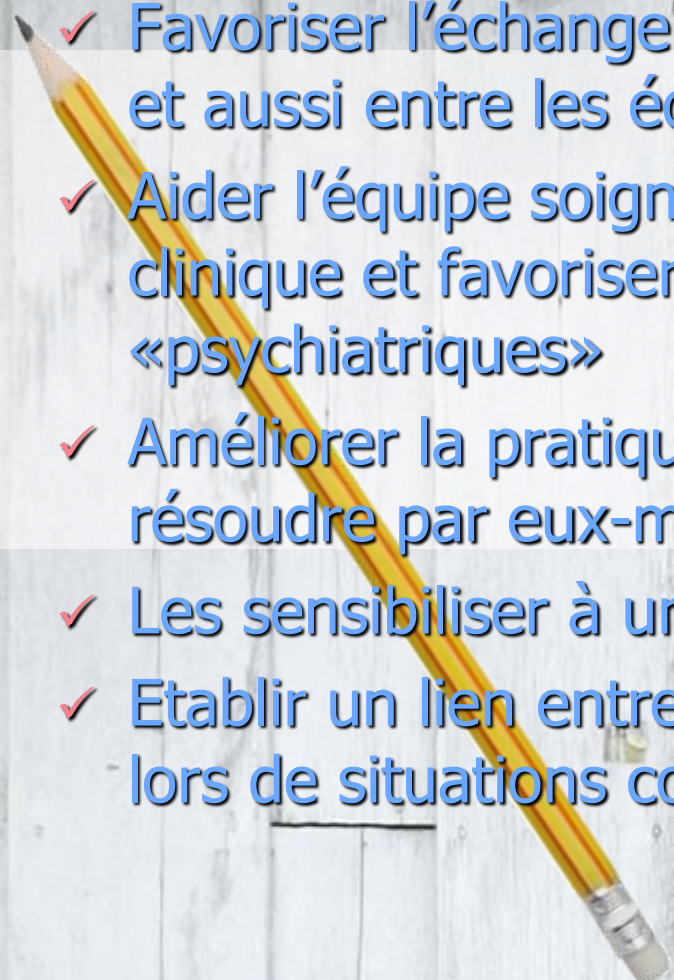
CONSULTATION-LIAISON



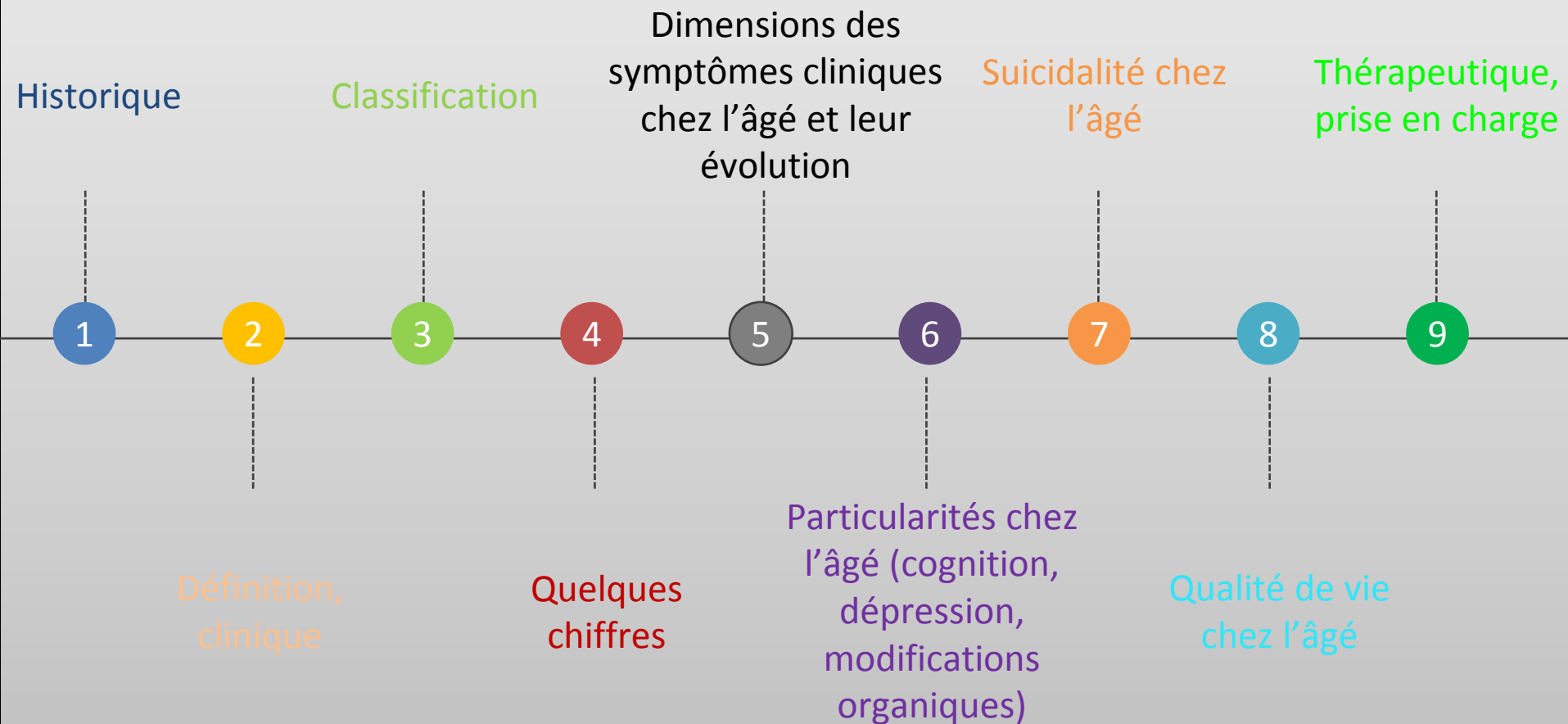
96
INTERVENTIONS
SUR 12 EMS

INFIRMIERES

PRESTATIONS INFIRMIERES

- 
- ✓ Favoriser l'échange d'expériences au niveau d'une équipe et aussi entre les équipes
 - ✓ Aider l'équipe soignante à acquérir une compétence clinique et favoriser la prise en charge de patients «psychiatriques»
 - ✓ Améliorer la pratique des soignants en leur permettant de résoudre par eux-mêmes des problèmes rencontrés
 - ✓ Les sensibiliser à une analyse de pratique (réflexion méta)
 - ✓ Etablir un lien entre des concepts théoriques et la pratique lors de situations complexes.

Schizophrénie



Le terme de **schizophrénie** vient du grec schizein = fendre, déchirer, diviser et de phrène = esprit, cœur, intelligence. Il a été forgé en 1911 par Eugène Bleuler, psychiatre suisse proche de la psychanalyse



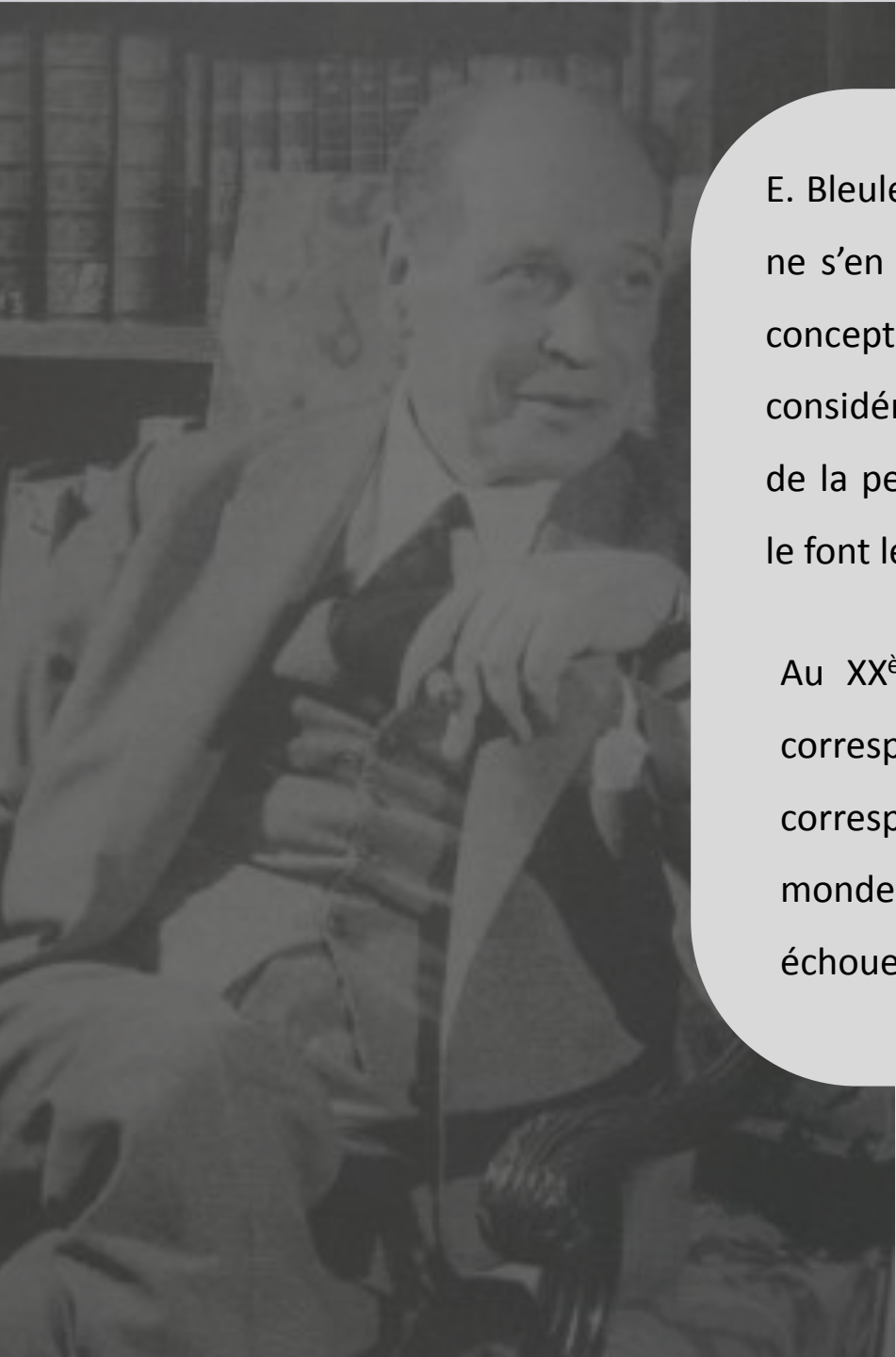
Auparavant et durant le XIX^{ème} siècle, la psychiatrie française et allemande ont tenté de décrire de diverses manières des syndromes caractérisés par des affaiblissements intellectuels survenant chez des sujets jeunes, présentant une symptomatologie variable, mais progressive

Ainsi, Esquirol parla d'idiotie acquise, et Morel, puis Kraepelin parleront de démence précoce



Morel en 1860 décrit de jeunes patients intelligents touchés par un état de stupidité évoluant plus ou moins vite en une démence. Il pensait alors à une altération organique sous-jacente

Historique



E. Bleuler, influencé par les travaux de Freud et de Jung qui ne s'en était pas encore distancé, réfuta donc en 1911 ce concept de **démence précoce** et le remplaça par une entité considérée par une évolution chronique, altérant le cours de la pensée et l'affectivité, mais sans les détruire comme le font les démences

Au XX^{ème} siècle, E. Ey évoqua la composante **négative**, correspondant aux aspects déficitaires, et celle dite **positive** correspondant à la recreation imaginaire d'un nouveau monde par les hallucinations et les délires, recreation qui échoue à la différence de la paranoïa

Diagnostic différentiel

Schizophrénies

- Paranoïde
- Hébéphrénique (désorganisée)
- Catatonique
- Indifférenciée
- Résiduelle
- Simple (tardive)

Trouble schizotypique
± schizophrénie « light »

Troubles délirants persistants

Troubles schizo-affectifs

- Mixte
- Maniaque
- Dépressif

Troubles psychotiques aigus et transitoires

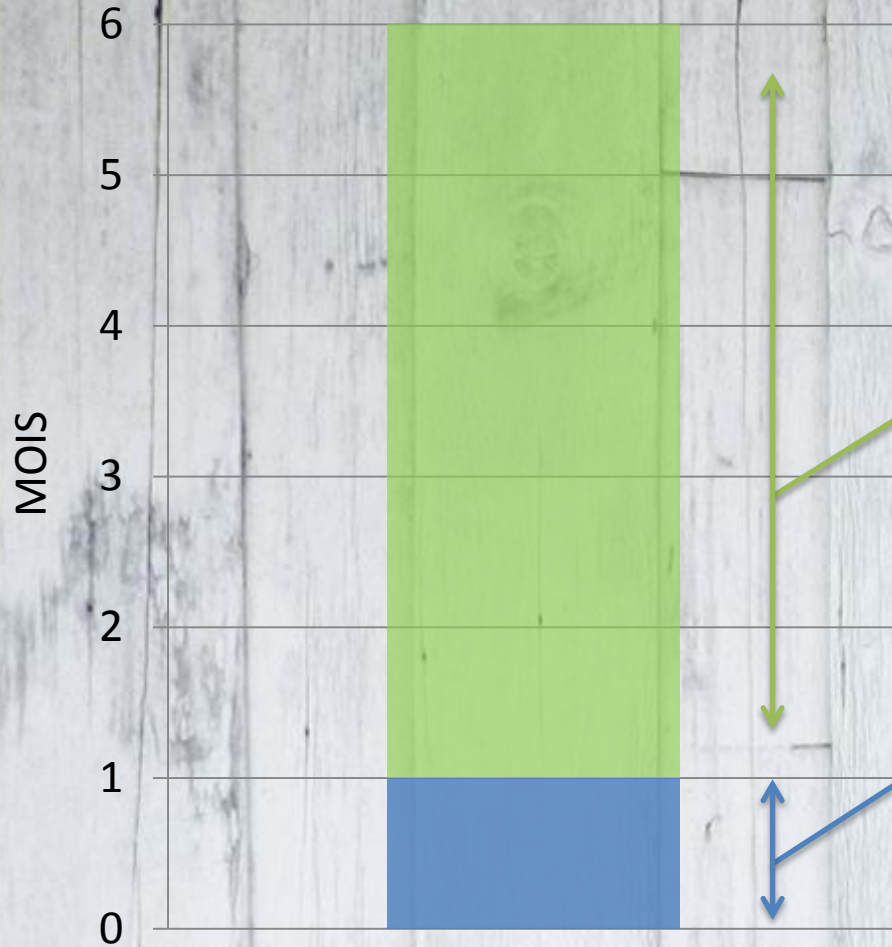
Troubles psychotiques liés à l'utilisation de substances psycho-actives

- OH
- Drogues

Troubles psychotiques liés à une pathologie organique

p. ex. hallucinations visuelles liées à un HSD ou à une néoplasie

Définition, clinique (CIM-10)



Pour poser le diagnostic de schizophrénie, il faut :

- Au moins un symptôme (habituellement plusieurs)
- Persistance desdits symptômes pendant au moins un mois

Si durée < 1 mois

Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique

Ne pas porter de diagnostic de schizophrénie, si :

- Présence au 1^{er} plan de symptômes dépressifs ou maniaques (sauf si diagnostic déjà connu)
- Atteinte cérébrale organique, intoxication, sevrage à une ou plusieurs substances psycho-actives

Définition, clinique (CIM-10)

Éléments cliniques, sémiologiques

- a)** écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée
- b)** idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante
- c)** hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui, ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps
- d)** autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique, ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres)
- e)** hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée

Les points **a) à e)** font référence à ce qui est décrit comme des symptômes positifs (productifs),

- f)** interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes
- g)** comportement catatonique: excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur
- h)** symptômes « négatifs »: apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique

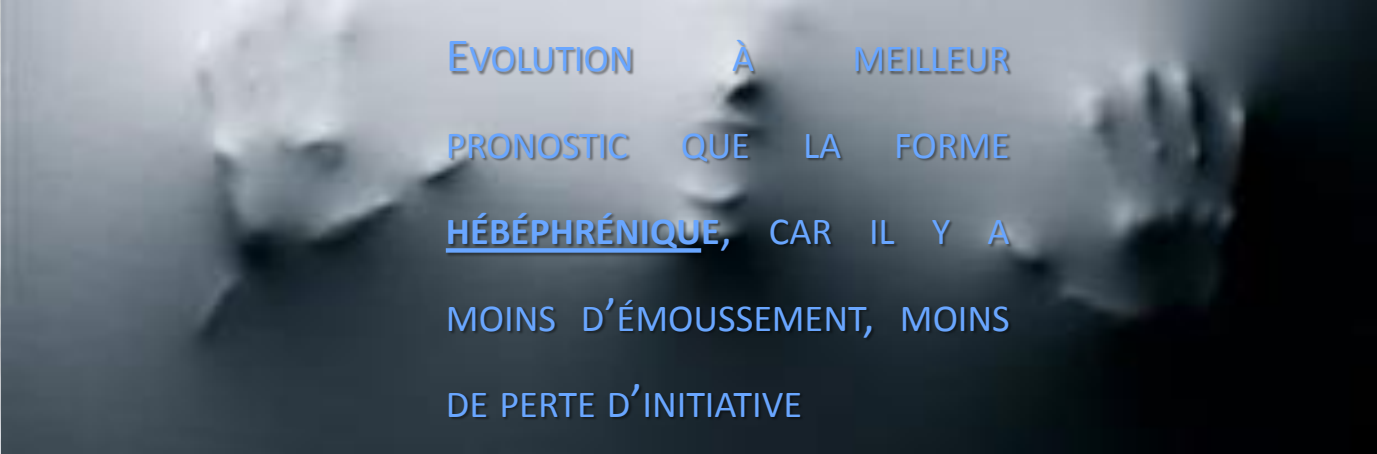
alors que les points **f) à h)** sont eux, l'apanage des symptômes négatifs (déficitaires), selon ce que E. Ey avait postulé dans sa compréhension de cette pathologie complexe

On peut résumer cela de la manière suivante

- i)** modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social

Schizophrénie paranoïde

- Forme **la plus fréquente des schizophrénies** dans la majeure partie du monde
- Répond aux critères généraux de la schizophrénie et les idées délirantes et les hallucinations sont au premier plan



EVOLUTION À MEILLEUR
PRONOSTIC QUE LA FORME
HÉBÉPHRÉNIQUE, CAR IL Y A
MOINS D'ÉMOUSSEMENT, MOINS
DE PERTE D'INITIATIVE

Donc la symptomatologie **positive** est prioritaire

Cela ne veut pas dire qu'il y a absence de symptômes négatifs, mais ils ne sont pas prédominants

Schizophrénie hébéphrénique ou désorganisée

Caractérisée par la présence au premier plan d'une perturbation des affects, d'une perturbation majeure du cours de la pensée, allant jusqu'à la salade de mots

Et les avions
aussi....

En même
temps l'air
tu peux pas
le toucher...

ça existe
et ça
existe
pas...

Si on enlevait l'air
du ciel, tous les
oiseaux
tomberaient par
terre....

Le sujet a plus tendance à s'isoler, avec un comportement sans but ni émotion

PRONOSTIC MÉDIOCRE EN LIEN À CETTE PRÉDOMINANCE DE SYMPTÔMES NÉGATIFS ET À LA PERTE
D'INITIATIVE

Schizophrénie catatonique



Caractérisée essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes allant d'un extrême à l'autre



- Hyperkinésie – stupeur
- Obéissance automatique – négativisme
- Postures catatoniques, flexibilité cireuse
- Survenue d'épisodes d'agitation violente

DEVENUE TRÈS RARE DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS, ALORS QU'ELLE RESTE FRÉQUENTE AILLEURS

Schizophrénie indifférenciée

± mélange de **plusieurs formes** → p. ex. présence autant d'éléments délirants que de troubles du cours de la pensée

Donc éléments paranoïdes et désorganisés dans la même proportion → on retiendra cette sous catégorie diagnostique

Schizophrénie résiduelle

Stade **chronique** de l'évolution d'une maladie schizophrénique marqué par une prédominance nette de symptômes négatifs résiduels et persistants

Des éléments plus florides ont fait partie intégrante du tableau clinique antérieur, mais ne sont plus à ce stade, les éléments majeurs du tableau clinique

Schizophrénie simple

Forme **rare**
caractérisée par la
survenue
insidieuse et
progressive de
bizarreries du
comportement 💣

- Incapacité à répondre aux exigences de la vie en société
- Diminution globale des performances

Il n'y a pas
d'éléments
florides dans
cette forme

Par contre, on
retrouve
typiquement des
symptômes
négatifs comme
l'émoussement
des affects,
l'inertie, l'absence
de but

L'ÉVOLUTION VA VERS UNE DÉINSERTION SOCIALE, VAGABONDAGE



Prévalence sur la vie de la schizophrénie

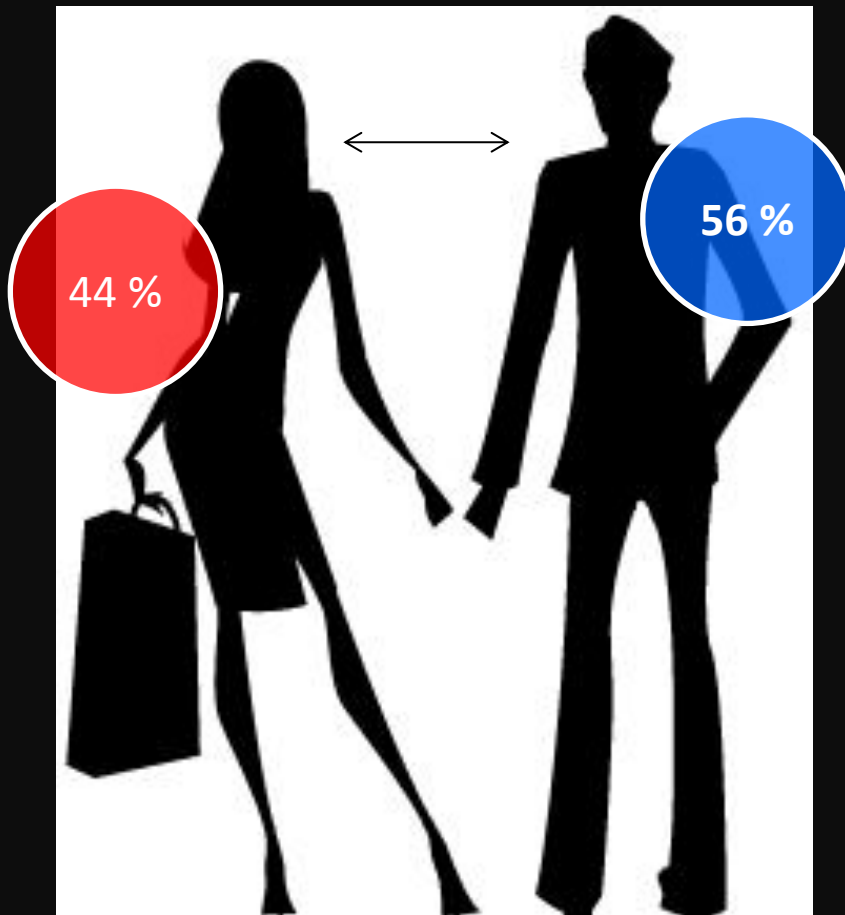
- Population générale: 1%
- Personnes > 65 ans : 0.1-0.5%
(trouble le plus souvent développé avant 45 ans)



Prévalence sur la vie de la schizophrénie

- Population générale: 1%
- Personnes > 65 ans : 0.1-0.5%
(trouble le plus souvent développé avant 45 ans)
- Une personne atteinte de schizophrénie sur sept a plus de 65 ans

(Roblin et al., 2009)



Particularités chez l'âge

➤ Du point de vue épidémiologique, l'OMS a démontré qu'un peu plus d'hommes étaient touchés, avec une proportion de 56 % ♂ et 44 % ♀, cela chez l'adulte

➤ Chez l'âge, cette proportion tend à s'inverser, probablement en lien à la plus grande espérance de vie chez la femme

Particularités chez l'âge

une majorité
de patients
souffrent de
symptômes
négatifs

réduction
des
symptômes
positifs

présence de
déficits
cognitifs

présence de
dépressions
associées

présence
d'effets
secondaires
durables liés à
l'utilisation des
NL

présence
d'une
comorbidité
somatique

D'après Overshott et Burns (2005)¹:

RISQUE ACCRU DE RUPTURE SOCIALE, DE PAUVRETÉ, CLOCHARDISATION

¹ Overshott, K. S., & Burns, A. (2005). Older people with chronic schizophrenia. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 315-324.

Particularités chez l'âgé

Dépression comorbide (Diwan et al., 2007)

**Quelle est la prévalence de la
dépression clinique chez les
personnes schizophrènes âgées
(>55) et quels sont les facteurs
associés à la dépression?**

Particularités chez l'âgé

Dépression comorbide (Diwan et al., 2007)

Evaluation de
facteurs cliniques
et
démographiques
liés à la
dépression
(George's Social
Antecedent Model
of Depression),
CES-D (évaluation
dépression)

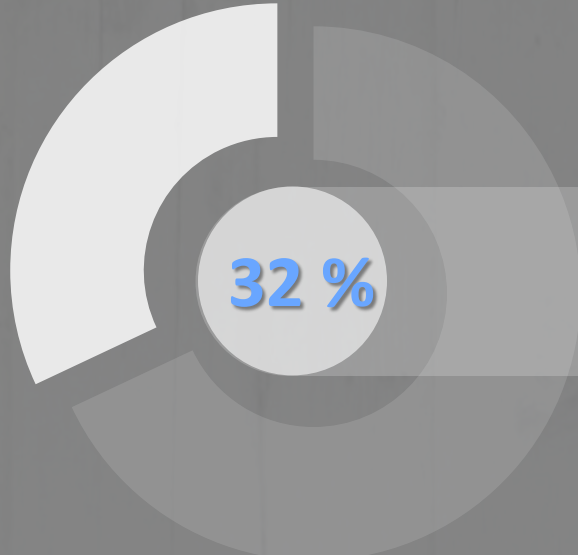


198 personnes
schizophrènes > 55 ans
vivant dans la
communauté

113
personnes
appariées
âge, sexe,
ethnie,
revenu

Particularités chez l'âge

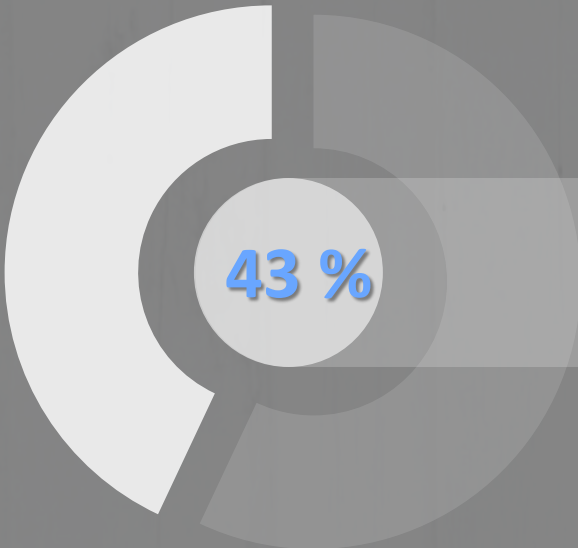
Dépression comorbide (Diwan et al., 2007)



32 %

32% des âgés schizophrènes ont une dépression (vs 11% des témoins) et 29% ont une dépression subsyndromique (vs 19% des témoins) ($p < .01$)

RÉSULTATS



43 %

Parmi les patients schizophrènes présentant des symptômes positifs au moment de l'entretien, 43% ont une dépression et 25% de ceux sans symptôme positif

Variables associées à la dépression chez les âgés SZ :

Maladies physiques ++, présence de symptômes positifs, moins de confidents/contacts proches, utilisation de + de médicaments pour gérer le stress, gèrent + les conflits en restant calme, qualité de vie inférieure

**Psychose de la démence
d'Alzheimer et schizophrénie de
la personne âgée**

Psychose de la DA

**Schizophrénie du
sujet âgé**

**Délire complexe ou
bizarre**

rare

fréquent

**Non reconnaissance de
la personne soignante**

fréquente

rare

**Hallucinations les plus
fréquentes**

visuelles

auditives

**Pensées suicidaires
actives**

rares

fréquentes

**Antécédents de
psychose**

rares

fréquents

**Rémission de la
psychose**

fréquente

rare

**Traitement au long cours
avec des antipsychotiques**

rare

très fréquent

**Dose journalière moyenne
optimale d'antipsychotiques**

**15% à 25% de la dose d'un
jeune adulte avec
schizophrénie**

**40% à 60% de la dose d'un
jeune adulte avec
schizophrénie**

Env. 10% de patients schizophrènes décèdent par suicide. 30-50% attendent à leur vie

Quelles sont les caractéristiques des patients âgés (>60) schizophrènes qui tentent de se suicider ?



Étude rétrospective sur 10 ans des patients âgés schizophrènes admis entre 1991 et 2001, séparés en deux groupes, avec (1) et sans (2) tentamen avant l'admission



Données: âge, sexe, première admission ou réadmission, durée de l'hospitalisation, saison de l'admission, présence de comorbidités physiques



Tentamen avant l'admission : augmentation de 4.6 % de ces patients > 60 ans



Légèrement plus d'hommes ($p=.07$)



Aucune autre différence (parmi les variables étudiées)

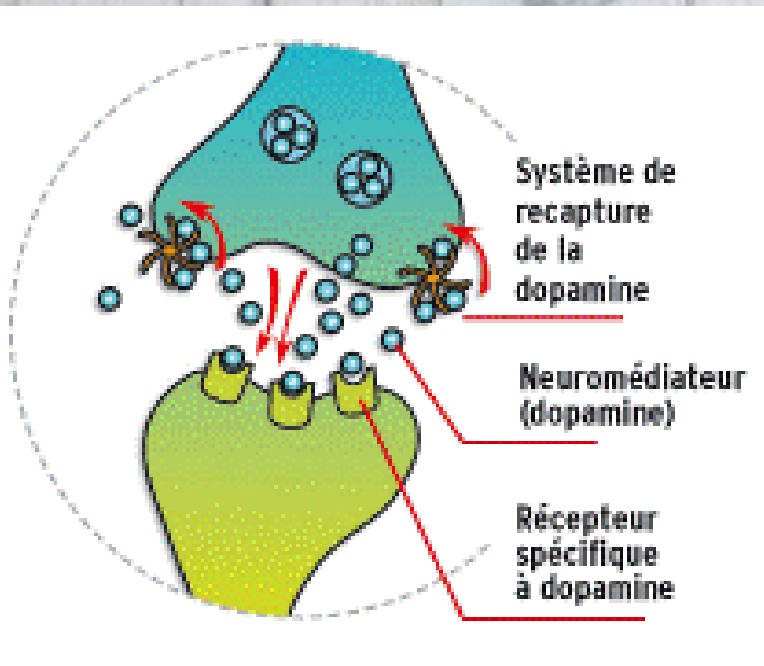
Suicidalité chez l'âgé

(d'après: Barak, Y., et al. (2004). Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: a 10-year case-control study. Schizophrenia Research, 71, 77-81.

Thérapeutique, prise en charge

Pharmacologique

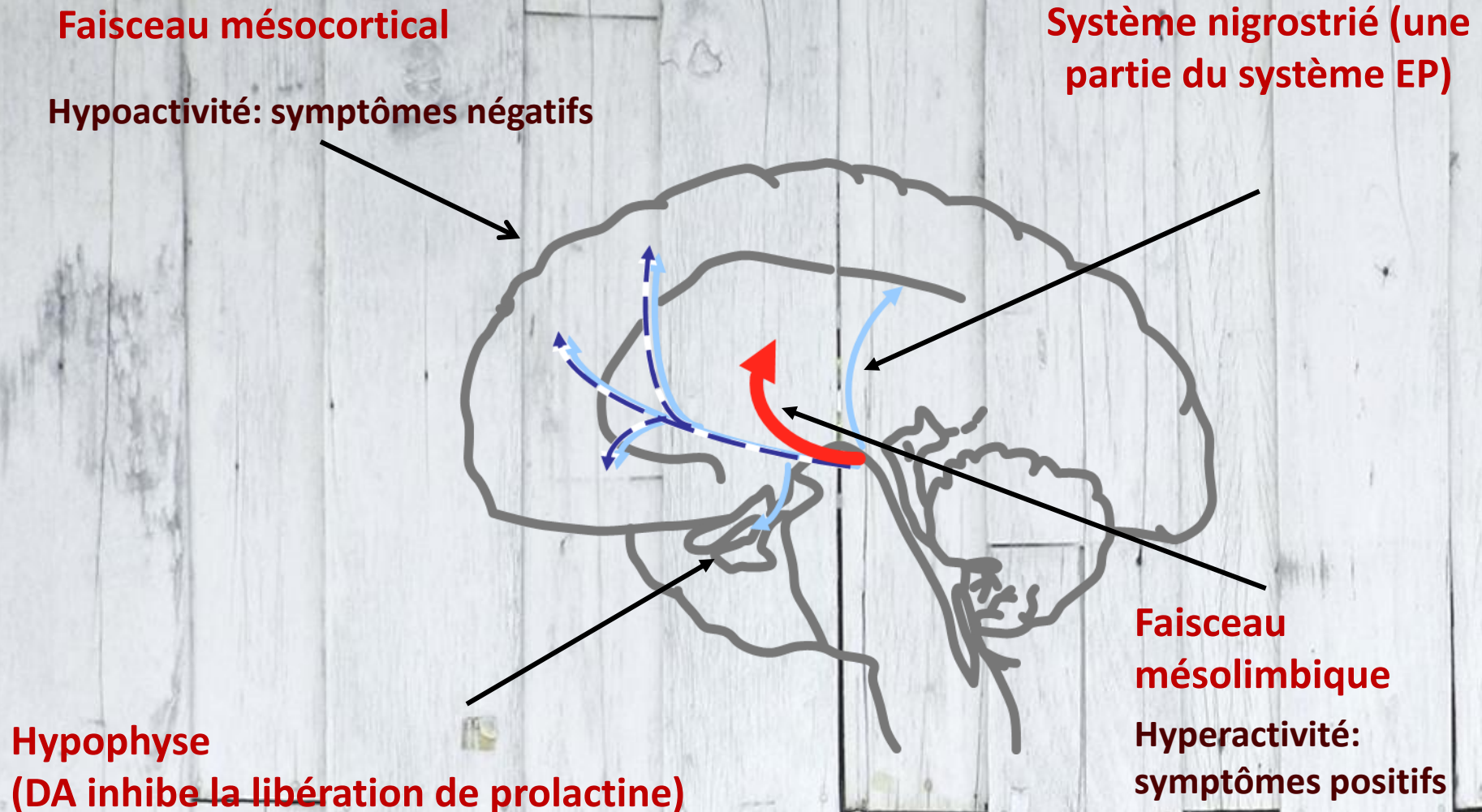
Les NL sont les médicaments de choix et remontent historiquement aux années 1950. Charpentier a découvert fortuitement la Chlorpromazine en l'utilisant comme insecticide. Puis Laborit en 1952 a repris ces travaux sur des cochons d'Inde qui devenaient inhibés. Steck en 1954 a découvert les effets extra-pyramidaux, d'où le terme de NL qui signifie littéralement « qui prend le corps »



Ils agissent au niveau des systèmes méso-limbique, méso-cortical et utilisent la voie nigro-striée. L'action anti-psychotique se fait aux niveau des 2 systèmes et l'action extra-pyramidale se fait par blocage des récepteurs dopaminergiques au niveau de la voie nigro-striée. La voie tubéro-infundibulaire également touchée entraîne l'augmentation de la prolactine. Il y a 5 récepteurs dopaminergiques connus et le D2 l'est particulièrement. L'Haldol a une affinité particulière pour le D2, alors que le Leponex n'en a que peu



Hypothèse dopaminergique de la schizophrénie



Le système dopaminergique joue un rôle dans

1. La régulation émotionnelle
2. Le contrôle de la motivation
3. La modulation de la perception
4. L'organisation des mécanismes adaptatifs
5. Le contrôle de la motricité
6. L'inhibition de la prolactine

Dans les années 1990, une nouvelle génération de neuroleptiques a vu le jour. Ils sont caractérisés par :

- ↓ EPS
- ↓ Dyskinésie tardive
- ↓ Akinésie
- ↓ Hyperprolactinémie

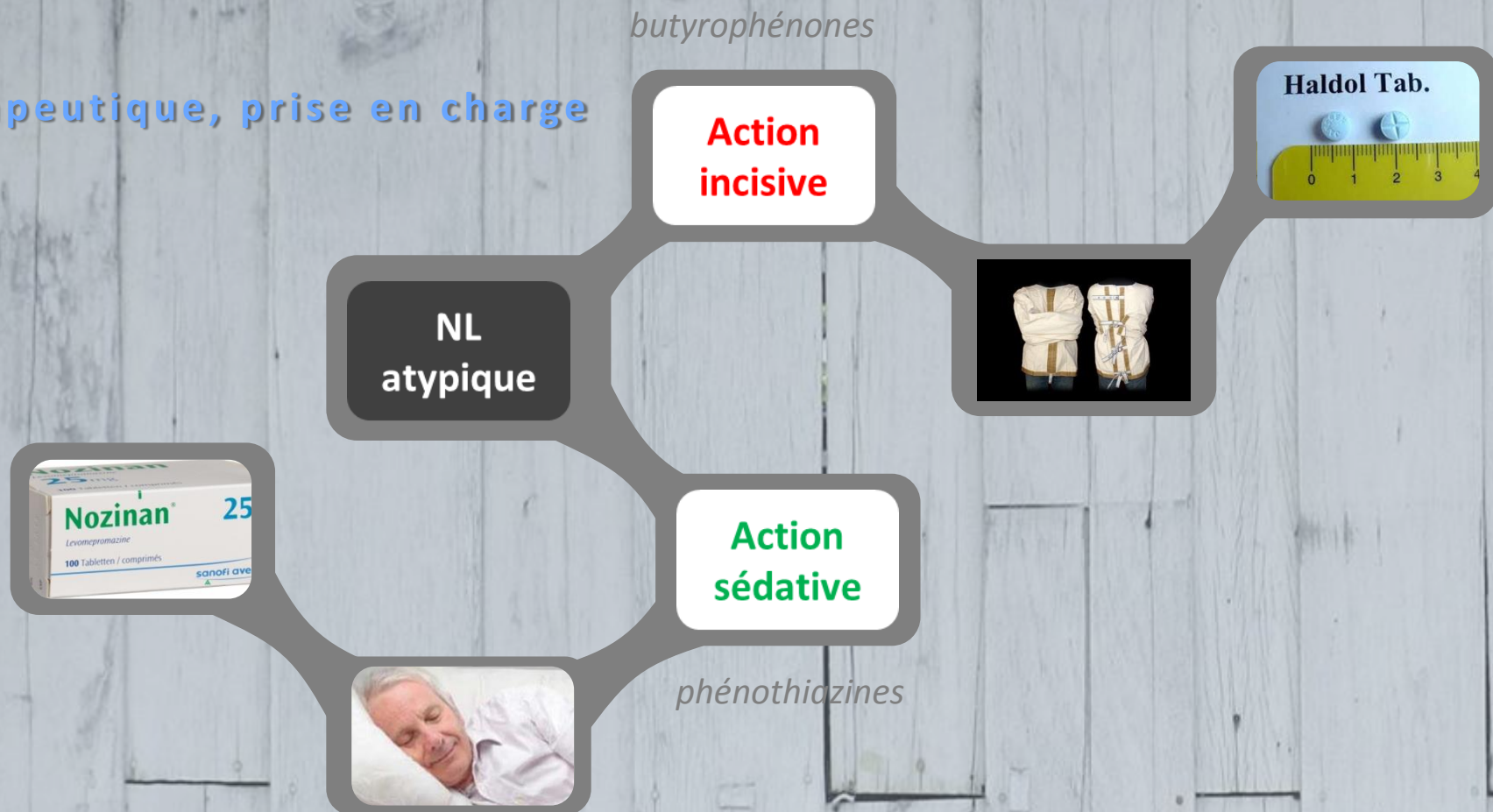
d'où le terme de NL atypique, car les effets neurologiques engendrés avaient justement justifiés l'appellation de neuroleptique

Thérapeutique, prise en charge

L'effet est avec les NL atypiques à la fois **incisif** (sur les symptômes florides) et **sédatif**

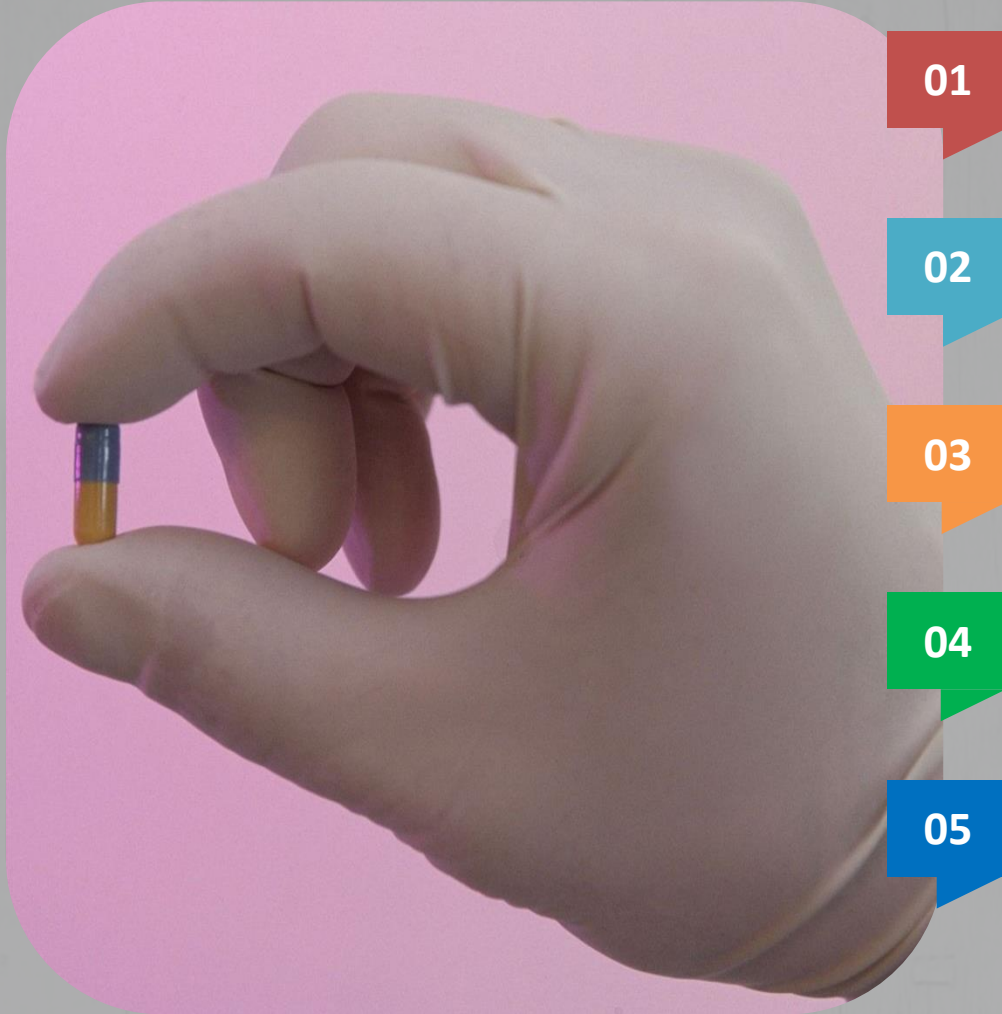
Avant, il existait 2 principales classes, les **butyrophénones**, dont l'Haldol est le prototype à action incisive et les **phénothiazines**, p. ex. Nozinan, à action sédative

Thérapeutique, prise en charge



Effets **secondaires**

SEP (syndrome extra-pyramidal) ou syndrome parkinsonien



01

Rigidité, hypertonie, parfois tremblements, hypersalivation, acathisie (incapacité de rester assis)

02

Souvent, dose-dépendant, mais peut arriver à très petites doses

03

La sensibilité reste très variable en fonction des individus

04

Peuvent être corrigés par des antiparkinsoniens anticholinergiques, comme Kemadrin, Akineton, sauf l'acathisie

05

♀ > ♂

Thérapeutique, prise en charge

Effets secondaires

Dyskinésies aiguës et tardives

- Aiguës plus fréquentes chez l'homme jeune
- Tardives $\pm$ 20% des sujets traités au long cours par des NL classiques incisifs
- Pas d'amélioration avec les correcteurs anticholinergiques pour la forme tardive
- Tardives ♀ > ♂

Dystonies aiguës >
dyskinésies aiguës

En général, bonne réponse
avec un correcteur
anticholinergique



Thérapeutique, prise en charge



SYNDROME MALIN → très rare 0,5 – 1 %,

- Hyperthermie $\pm 40^{\circ}$
- Rigidité, hypertonie
- Difficultés à la déglutition
- Instabilité tensionnelle, tachycardie, tachypnée
- Stupeur, obnubilation, coma
- Paraclinique = $\uparrow$ leucocytes, $\uparrow$ CK
- Attitude = transfert dans une unité de SI de médecine en urgence

 grave ++

Thérapeutique, prise en charge³⁸

Effets secondaires

Thérapeutique, prise en charge

Autres

↑ du nombre de diabètes
de type II par problème
de régulation du glucose

Agranulocytose sous
Leponex (FSS 1x/sem.
pendant 18 semaines,
puis 1x/mois au long
cours)

Galactorrhée,
aménorrhée

Sécheresse
buccale,
constipation

Augmentation de
QT à l'ECG →
torsade de pointe

Prise
pondérale

Entre 20 -75 ans, la proportion du tissu adipeux par rapport à la masse corporelle passe de 25 à 45 %

→ les substances lipophiles sont retenues plus longtemps et leur demi-vie ↗

1

2

Chez la personne âgée, l'irrigation sanguine hépatique diminue de 40 % et l'excrétion rénale diminue

→ la demi-vie des médicaments ↗

3

Les interactions avec le cytochrome P450 ↗

4

🚰 au risque de chute
corrélé au dosage des
médicaments et à leur
combinaison

Remarques



Thérapeutique, prise en charge



I.

Comparaison de l'amélioration des symptômes avec différents AP atypiques

II.

Comparaison de l'amélioration des symptômes avec différents AP atypiques par rapport à l'Halopéridol ou à un placebo

III.

Essais contrôlés randomisés comparant directement un AP atypique à un autre AP atypique

Efficacité des antipsychotiques (AP) sur la schizophrénie (revue de littérature, Tandon & Fleischhacker, 2005)

LES AP ATYPIQUES SONT DEVENUS UN STANDARD: MAIS LESQUELS SONT LES PLUS EFFICACES ?

Thérapeutique, prise en charge

Amélioration des symptômes par rapport à l'Halopéridol ou placebo

AP typique

Amisulpride, Clozapine, Olanzapine et Risperidone seraient plus efficaces que l'AP typique (Davis et al., 2003) : discuté

AP atypiques / Placebo

Les AP atypiques sont plus efficaces que le placebo (Leucht et al., 1999)

AP atypiques / AP typiques

Les AP atypiques sont meilleurs que les AP typiques, mais leurs bénéfices diminuent si la dose d'Halopéridol est $<12\text{mg/j}$ (Geddes et al., 2000)

Efficacité similaire

Olanzapine Risperidone Quétiapine sont d'une efficacité **similaire** (Srisurapanont & Maneeton, 1999)

Méta-analyse : combine les résultats de plusieurs études afin d'avoir une estimation plus précise et généralisable de l'effet d'un traitement

Thérapeutique, prise en charge

Effets des antipsychotiques sur le sujet âgé

RESULTATS



Déclin temporel des fonctions cognitives et de la capacité à prendre soin de soi pour tous les patients, quel que soit le traitement antipsychotique



Léger avantage des AP atypiques sur les symptômes négatifs mais ils ne modifient pas leur évolution temporelle



Les effets des AP atyp. ne diffèrent pas des AP typiques sur ces patients âgés psychotiques chroniques (dépendants des soins) hospitalisés:



Les fonctions cognitives, capacités fonctionnelles et symptômes négatifs s'aggravent avec le temps chez ces patients chroniques

Thérapeutique, prise en charge

Prise en charge non médicamenteuse, quelques principes



Ne jamais perdre de vue que ce que l'on traite chez le sujet schizophrène est l'angoisse du morcellement, entraînant la perte du sentiment d'exister 💣



Donner des repères clairs, ne pas se montrer ambivalent



Respecter une distance relationnelle adéquate → ni trop proche, ni trop éloignée → si on est trop proche, on envahit sa sphère mal délimitée et si on est trop éloigné, on ne le rassure pas



Laisser le patient projeter → ainsi, il lutte contre le morcellement → lui restituer des éléments concrets, cela lui permet de comprendre ce qui est du domaine de sa maladie et ce qui est du domaine de l'autre, sans l'empêcher d'utiliser ses mécanismes de défense

Thérapeutique, prise en charge

Prise en charge non médicamenteuse, quelques principes



L'agressivité est en relation avec l'instinct de survie → p. ex., le paranoïde se sentant persécuté devient agressif contre le «persécuteur»



Etre attentif aux patients schizophrènes évoquant le thème de la mort → il s'agit souvent par projection d'une manière de parler de leur angoisse de morcellement

- c'est justement là qu'il y a risque de raptus 💣
- la schizophrénie est la 2^{ème} cause de suicide en psychiatrie après la dépression sévère



Contractualité → cela fait référence aux choses pratiques et concrètes auxquelles le sujet schizophrène s'intéresse et qui le rassurent → 💣 pour la relation de confiance



La prise en charge doit intégrer plusieurs axes, à savoir

- individuel et pharmacologique
- milieu → lien avec les associations notamment
- famille et groupes d'aide aux «proches», comme pro-famille p. ex.
- pluridisciplinaire, dont l'aspect social

Film 1

<http://www.schizinfo.com/experience/>

Film 2

Nom: O.

Prénom: Gilbert

Age: 78 ans

Etat civil: Célibataire

Nationalité : suisse

Langue maternelle: français-allemand

Profession : Ancien peintre en bâtiments

Admission au CSH de Marsens: 20.10.2016

Mode d'entrée au CSH: Admission en PAFA

Adressé par: Poste de police

Motif d'hospitalisation: Idées délirantes et troubles du comportement

Vignette Clinique

Anamnèse

1938
Naissance à
Zürich

1970
Plusieurs
postes de
travail
temporaire

1968
Dx
PSYCHOSE?

1945
Déménagement
à Vallorbe

1965
Poste fixe
Entreprise
peinture

Anamnèse

1979
Décès
frère

1985
Décès
père

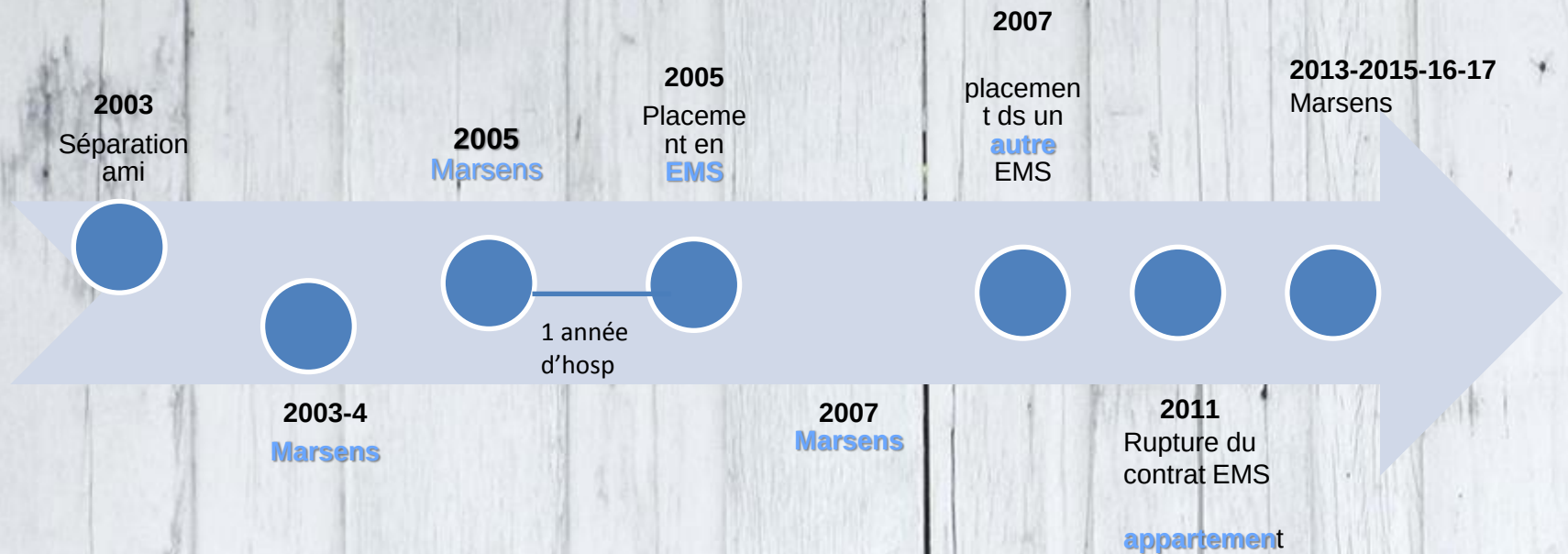
1990
Notion de
conso
OH

1980
Se marginalise

1986
1ère
hospitalisation en
milieu psy

1994
Multiples
plaintes et
démêlés
avec justice

Anamnèse



Antécédents somatiques

Comorbidités

- **HTA traitée**
- **Diabète type II**
- **Cardiopathie ischémique (tritonculaire)**
- **Status post pontage coronarien**
- **Status post prostatectomie**
- **Status post diverticulite colon**
- **Status poste cure hernie ombilicale**

Status psychique

Status psychiques superposables:

Le patient se présente dans une tenue vestimentaire négligée, attitude non calme et non collaborante. Il est éveillé et orienté dans les 3 modes. Le patient paraît absent. L'évaluation brève des fonctions mnésiques ne met pas en évidence de troubles de la mémoire, ou une atteinte des fonctions cognitives.

Le contact avec le patient est fluctuant avec par moment, une certaine réticence, méfiance, voir agressivité. L'humeur est labile. Le discours est accéléré avec un contenu incohérent des sauts du coq à l'âne, une fuite des idées avec la persistance de barrages.

Verbalisation de menaces envers le personnel soignant et la police avec un risque hétéro agressif important.

En 1986 lors de sa 1^{ère} hosp à Marsens: Le patient rapporte divers plaintes envers des personnes de son entourage voulant le dérober du «secret ultime». Décrit ne pas avoir de troubles du sommeil, n'ayant selon ses dires plus besoin ni de dormir ni de manger depuis plusieurs années. Sentiment de persécution très important à l'admission. Aurait scellé différents types de nourriture pour analyse dans le futur... Insalubrité +++ selon agent de police (recueil dans le dossier)

Diagnostics retenus

Schizophrénie paranoïde

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

Réaction aiguë à un facteur de stress
décès de son frère

Dépendance OH

Trouble schizo-typique

Trouble bipolaire

Groupes

Evolution

- Les premiers jours de son hospitalisation travail axé sur soins somatiques, alimentation, hydratation. Hygiène, habillage **TOUT RECOMENCER**
- Le travail de **structuration** de ses journées (veille-sommeil)
- Réadaptation traitement et prise en charge globale **multidisciplinaire**:
 - -des entretiens médico-infirmiers associés à des
 - -activités thérapeutiques spécialisées (ergothx, activités individuelles et non groupales, soutien psychologue, psychoéducation, régulation des émotions, relaxation), l'état général a pu se stabiliser **LENTEMENT**
- **Diminution des plaintes, amélioration des idées délirantes et disparition du risque hétéro agressif**
- **Projet d'institution a pu être mis sur pied à nouveau!!!**
- Travail de **réseau** avec multi-intervenants (JP, curatelle, soignants, AS,...)

Retour (bis) en EMS

- Acceptation (encore) d'un nouveau lieu de vie.
- Stabilisation et amélioration de la qualité de vie de Gilbert au sein de l'EMS
- Diminution de l'utilisation de psychotropes et des intervenants externes (dépôt médicament, même infirmière ALLIANCE).
- Réactivité plus importante et coordonnée avec l'équipe sur place. Possibilité d'intervention rapide et ciblée sur sa problématique
- Suivi thérapeutique sécurisant et reconnu par le patient (Depuis hosp de décharges)
- Valorisation du travail de liaison du RFSM-EMS (allié thérapeutique et non lieu de crise uniquement)



Questions?

Merci de votre
attention