

Service de gérontopsychiatrie aiguë : Gp**1. Introduction**

Il n'est pas facile de définir la place du service de gérontopsychiatrie dans l'ensemble des équipements pour les aînés.

D'une part, il manque une terminologie univoque qui définisse des catégories particulières de problèmes de la population âgée; d'autre part, il n'y a pas non plus unanimité à propos de la mission et des possibilités de traitement des installations qui existent déjà aujourd'hui pour les personnes âgées.

Le développement de cette note se base sur la définition de Godderis¹ à propos de la gérontopsychiatrie :

"La psychiatrie gériatrique (aussi appelée gérontopsychiatrie), est cette branche de la psychiatrie qui s'occupe de tous les troubles psychiques du *senium* et plus particulièrement, des troubles psychiques qui apparaissent pour la première fois, dans une large mesure, après 65 ans."

A côté de la nature des troubles (voir point 2.1), c'est avant tout leur gravité et leur complexité qui détermineront une hospitalisation dans un service gérontopsychiatrique d'un hôpital psychiatrique général. Cette note tente de donner une juste description des indications d'admission dans le service de gérontopsychiatrie; par ailleurs, elle délimite les tâches et l'interaction entre ce service Gp et les autres équipements de soins psychiatriques et gériatriques.

2. Définition

L'unité de gérontopsychiatrie aiguë (Gp) est une unité de diagnostic et de traitement de personnes âgées présentant des troubles psychiques, admises pour un séjour de durée limitée.

C'est un service spécialisé situé de préférence à l'hôpital psychiatrique général et qui garantit des soins psychiatriques multidisciplinaires 24h/24.

Ce service Gp peut également être reconnu en hôpital général s'il s'inscrit dans la programmation des services G.

2.1 Certains troubles psychiques sont spécifiques à la phase de la vie de l'être âgé. Ils appartiennent surtout au champ hétéronome (en d'autres termes, neurologique), par exemple, la démence.

D'autres troubles psychiques (le champ homonome), les troubles psychiatriques primaires, sont souvent fortement marqués par le déroulement de la vie.

GODDERIS (J.) , VAN de VEN (L.) & WILS (V.), Handboek geriatrie psychiatrie, Leuven, Garant, 1992, p. 557.

Voici une liste non exhaustive des troubles les plus importants

CHAMP HETERONOME

Syndromes psycho-organiques

Delirium
Démence
Syndrome amnésique

Changements de personnalité dus à des troubles organiques

Syndrome délirant organique
Etat hallucinatoire organique
Trouble psycho-organique
NAO

Syndrome anxieux organique
Syndrome thymique organique

Troubles psycho-organiques

Démences débutant dans la sénescence et le presenium :

démence dégénérative primaire de type
Alzheimer

Démence par infarctus multiples

Démence sénile ou présénile

CHAMP HOMONOME

Troubles du comportement

Dépression
Manie

*Schizophrénie, troubles du délire et
paranoïdes*
autres troubles psychiatriques

Troubles de l'adaptation

Névroses

Troubles du sommeil

Troubles sexuels
Toxicomanies

2.2 Diagnostic

Les mécanismes d'apparition de troubles psychopathologiques dans le grand âge sont le plus souvent multiples; une approche multicausale est donc logique.

Un diagnostic différentiel est le plus souvent indiqué du fait que bien des troubles se apparaissent voilés ou souvent, présentent une même cause sous-jacente.

Enfin, on trouve l'intrication de composantes somatiques, psychiques et sociales.

Voilà une série de raisons qui plaident pour une équipe suffisamment spécialisée et dont la collaboration interdisciplinaire soit structurellement bien développée.

Le procédé diagnostique comprend :

- l'examen psychiatrique complété de données d'examen neurologique et/ou autres de médecine interne;
- l'observation systématique du comportement par des infirmiers durant le déroulement du programme journalier dans l'unité;
- examen neuropsychologique et examen de la personnalité;
- diagnostic social avec hétéro-anamnèse, histoire de la maladie et curriculum vitae;
- observation systématique par des thérapeutes durant des activités orientées.

2.3 Traitement

Nombre de personnes âgées ont, à court terme, besoin d'un accueil psychiatrique compétent, non seulement pour diagnostiquer et traiter des troubles systématiques mais parfois aussi pour contrôler ceux-ci dans leur évolution.

Dans l'arsenal de traitement sont prévues les possibilités suivantes :

- pharmacothérapie;
- psychothérapie (individuelle, de groupe, thérapie familiale)
- accompagnement individuel par des infirmiers qualifiés (avec entre autres entretien d'accompagnement et de soutien, stimulation à l'autonomie)
- ergothérapie, kinésithérapie et thérapie par le mouvement;
- si nécessaire, logopédie.

2.4 Unité d'admission à courte durée de séjour

La durée de vie moyenne des patients s'élève à 70 ans. Pour réaliser une moyenne de durée de séjour de 3 mois, il faut plusieurs garanties structurelles.

Le patient entre en ligne de compte pour l'admission lorsqu'il a été vu par le psychiatre attaché à l'unité.

La présence d'une problématique somatique aiguë et très handicapante est une contre indication importante. Ils doivent être traités, notamment en service G. Pour l'admission en unité de gérontopsychiatrie, la pathologie somatique doit au moins être contrôlable.

De ces deux exigences découle une troisième : il doit exister des liaisons fonctionnelles avec d'autres services hospitaliers. et plus spécifiquement, une interaction complémentaire doit se faire avec un ou plusieurs services G.

Une implantation structurelle dans le tissu régional des équipements de soins doit être explicitée avec les partenaires concernés des soins intra et extra-muros. Le développement de réseaux dans lesquels les soins à domicile et les équipements de substitution aux soins à domicile sont des partenaires à part entière doivent être stimulés.

Des possibilités d'hospitalisation de jour doivent être prévues dans les unités, dans le cadre de l'accueil d'urgence.

Il faut également continuer à développer des possibilités d'hospitalisation de jour de gérontopsychiatrie dans le cadre des traitements à plus long terme et réduction du nombre et de la durée des admissions hospitalières.

3. Critères de programmation

- 1 La Commission nationale de programmation hospitalière, en 1976, a établi une norme de programmation pour des lits Vp de 0,3^o/∞. La fonction fut reconnue en partie sous index V et en partie sous index T.
2. Un groupe de travail mixte du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) élaborera en 1984, un projet de normes et de programmation pour les services Gp. Un critère provisoire de 1000 lits fut conservé (= 0,7 lits par 1000 personnes âgées). Ce projet ne fut pas mis à exécution.
3. Pour les lits V reconvertis entre-temps en services Sp, on prévoit la transformation de la fonction Vp.
La transformation des lits T (fonction Vp) n'est pas encore prévue jusqu'à présent. Entre-temps, dans son avis concernant la psychogériatrie en services Sp, le CNEH a vivement conseillé de prévoir ces possibilités de reconversion.
Concrètement, l'avis plaide pour une reconnaissance spécifique de la "mission psychiatrique" dans les hôpitaux psychiatriques. De plus, on demande un encadrement équivalent à celui des services Sp psychogériatrie.
4. A la lumière de ce qui précède, les critères de programmation fixés dans l'a.r. du 12.10.93 doivent peut-être être adaptés :
0,52 lits par 1000 habitants - Sp;
0,23 lits par 1000 habitants pour des patients gériatriques qui exigent un traitement neuropsychiatrique.
5. Les services hospitaliers de gérontopsychiatrie agréés dans un hôpital général, doivent s'insérer dans la programmation de services G.

4. Normes architecturales

1. Le service est de préférence situé dans une partie architecturalement distincte de l'hôpital psychiatrique.
2. Les unités de soins doivent être accessibles aux chaises roulantes.
3. Dans les couloirs et autres dégagements du service, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves seront évitées. En ce qui concerne le revêtement du sol, on utilisera des matériaux adaptés de manière à éviter tout risque de
4. Les déplacements des patients dans le service seront facilités par l'installation de balustrades, aires de repos et mains courantes. Les installations sanitaires seront également dotées de rampes et mains courantes.
5. Un système d'appel efficace sera prévu dans tous les locaux.
6. Les installations sanitaires pour les patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice.

7. Les chambres individuelles auront une superficie d'au moins 8 m². Les chambres communes comprendront un maximum de 4 lits et leur superficie sera de minimum 6 m² par lit. Des chambres individuelles doivent être prévues.
8. Chaque unité de soins doit au moins disposer d'un local d'examens et d'un local pour les entretiens.
9. Les salles à manger et de séjour pourront accueillir tous les malades de l'unité.
10. Les fonctions des différents locaux seront indiquées de manière uniforme. L'architecture et la décoration accentueront au maximum l'aspect familial.
11. Les unités de soins seront pourvues d'installations mobiles d'oxygénothérapie et d'aspiration.
12. On veillera à ce que tous les locaux soient adéquatement aérés.
13. Chaque unité comprendra suffisamment de chambres insonorisées. Ces chambres seront construites de telle façon que la sécurité du patient soit assurée.
14. Les fenêtres seront équipées de dispositifs de sécurité pouvant limiter leur ouverture.
15. Les portes des W-C. et des salles de bain s'ouvriront vers l'extérieur et seront équipées de dispositifs de fermeture de sécurité pouvant être actionnés du dehors par le personnel.

5. Normes fonctionnelles

Le service doit disposer de l'espace nécessaire et de l'équipement pour l'application de technique médicales, infirmières et paramédicales propres au service. En particulier, des moyens adaptés doivent être disponibles de manière à limiter la fatigue dorsale du personnel lors du port des patients.

Pour chaque patient, un dossier sera établi qui contient les données multidisciplinaires le concernant. Ce dossier comprendra en outre un schéma de traitement, des rapports d'évolution et de suivi des réunions d'équipes multidisciplinaires.

6. Normes organisationnelles

La direction médicale du service Gp est confiée à un psychiatre ayant une compétence particulière en gériopsychiatrie.

- 2 Le médecin chef de service doit, si nécessaire, pouvoir faire appel à des médecins spécialistes associés au traitement et, le cas échéant, à un gériatre-interniste.

3 Soutien médical

Psychiatre: 1 6 H

Gériatre-interniste: 8 H

4. Encadrement du personnel: calculée pour une unité de soins de 24 lits occupés à 80 %.

4.1. Equipe infirmière 12,8 ETP/24 lits

1 infirmière en chef

10 infirmières

1,8 collaborateur logistique

4.2. Equipe paramédicale : 3,2 ETP dont au moins

0,5 travailleur social / infirmière sociale

0,5 psychologue

0,5 ergothérapeute

0,5 kinésithérapeute

4.3. Suffisamment de personnel d'entretien

*
* *