



Photos : Dominique Constantin

UPSA

INAUGURATION

UNITÉ DE
PSYCHIATRIE
DU SUJET ÂGÉ
(UPSA)

21 JANVIER 2011
DOSSIER DE PRESSE

SOMMAIRE

■ ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE À VICHY

LES STRUCTURES SECTORISÉES ... PAGE 1

LES STRUCTURES INTERSECTORIELLES ... PAGE 1 ET 2

■ HIER ... ET AUJOURD'HUI

LA PSYCHIATRIE DANS L'ALLIER ... PAGE 3

LA GÉRONTO-PSYCHIATRIE À VICHY ... PAGE 3

L'UPSA ... PAGE 3

■ LE PARTI ARCHITECTURAL ... PAGE 4

■ DÉVELOPPEMENT DURABLE ... PAGE 5

■ LA MAÎTRISE D'OEUVRE ET LES ENTREPRISES ... PAGE 6

■ LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

1. UNE STRUCTURE D'HOSPITALISATION SPÉCIALISÉE
DE COURT SÉJOUR ... PAGE 7

2. PLACE DE L'HOSPITALISATION EN UNITÉ DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ
AU SEIN DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ET DU RÉSEAU ... PAGE 7

3. MODALITÉS DU PARCOURS DE SOIN ... PAGE 7 À 9

4. L'ORGANISATION DES SOINS ... PAGE 10

5. UNE PHILOSOPHIE DES SOINS ... PAGE 11

6. LES RELATIONS ENTRE L'ÉQUIPE DE L'UNITÉ DE GÉRONTOPSYCHIATRIE
ET LES ÉQUIPES EXTRA-HOSPITALIÈRES ... PAGE 12



Photo : Dominique Constantin

L'UPSA EN QUELQUES CHIFFRES

4,6 MILLIONS D'EUROS

C'est le coût global de l'opération

2583 M2

C'est la surface totale du bâtiment

25 LITS D'HOSPITALISATION

dont 6 lits d'hospitalisation sous contrainte

13 DÉCEMBRE 2010

C'est la date d'ouverture de l'UPSA

ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE À VICHY

L'organisation de la psychiatrie du centre hospitalier Jacques Lacarin s'articule autour de deux secteurs géodémographiques qui concernent environ 70000 habitants chacun.

Certaines structures sont donc sectorisées, d'autres intersectorielles, afin de répondre au mieux aux besoins de santé de la population.

LES STRUCTURES SECTORISÉES

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, " la désaliénation " chère à Lucien Bonnafé (psychiatre, instigateur de ce concept) va faire naître l'idée de politique de secteur pour l'organisation des soins psychiatriques en France. Cette idée se concrétisera par une circulaire fondatrice du 15 mars 1960 et par une loi du 25 juillet 1985 qui inscrit la sectorisation dans le code de la santé. L'objectif du secteur est qu'une même équipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues, assistante sociale...) prenne en charge les problèmes de santé mentale de la population d'un secteur géodémographique donné.

■ LES CMP

Centres Médico-Psychologiques

Les CMP sont des services de consultations, de coordination et d'accueil, qui organisent des actions de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils sont ouverts les jours ouvrables de 9h à 17h.

CMP VICHY - EST

Centre Médico Psychologique
2 avenue de l'Europe - CUSSET
04 70 31 88 39

CMP VICHY - OUEST

Centre Médico Psychologique
Espace Georges Canguilhem - Rue Bintot à VICHY

■ LES UNITÉS

Ces unités accueillant tous types de pathologies psychiatriques, sont des services d'entrée de court séjour. Ce sont des lieux de diagnostics, de soins et de prévention sous surveillance médicale, répondant aux besoins de santé mentale de la population adulte. Il existe 3 modes d'hospitalisation régis par la loi du 27 Juin 1990, l'hospitalisation libre, l'hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T.) et l'hospitalisation d'office (H.O.).

Unité de Psychiatrie et de Psychologie Clinique

Bat 6 - CH Vichy
04 70 97 33 76

Clinique Médico-Psychologique

Bat 5 - CH Vichy
04 70 97 33 92

LES STRUCTURES INTERSECTORIELLES

CPC

Centres de Post Cure

Le Centre hospitalier Jacques Lacarin bénéficie de deux Centres de Post Cure, basés sur deux sites différents et ayant des missions distinctes :

CPC Cusset

*12 rue Charles Louis Philippe
04 70 96 50 90*

Ce CPC est destiné à la prise en charge à long terme de patients de psychiatrie dont la pathologie mentale productive et / ou déficitaire ne connaît pas une amélioration suffisante qui pourrait permettre à court terme une alternative thérapeutique classique. En conséquence la structure privilégie l'aménagement d'une vie communautaire suffisamment sécurisante pour permettre au rythme de chacun, l'émergence d'une évolution qui est propre au patient. L'objectif de sortie est secondaire.

CPC VICHY

Espace Georges Canguilhem - Rue Bintot à VICHY

Son objectif est de permettre aux patients, après la phase aiguë de la maladie, une (ré)insertion dans le milieu social ordinaire. Insertion rendue difficile du fait de la maladie mentale qui isole.

ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE À VICHY

LES STRUCTURES INTERSECTORIELLES

(suite)

UPSA

Unité de Psychiatrie du Sujet Agé

Ce lieu d'hospitalisation spécialisé, de court séjour, est dédié à la prise en charge à temps plein de personnes âgées (de plus de 65 ans), souffrant de troubles psychiatriques suffisamment importants ou invalidants à un moment donné pour dépasser les réponses thérapeutiques des structures ambulatoires, spécialisées ou non.

AFT

Accueil Familial Thérapeutique

C'est une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet. Il s'adresse à des patients susceptibles de tirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial.

HÔPITAL DE JOUR

19, rue Jeanne d'Arc - Vichy

04 70 97 51 48

L'Hôpital de Jour propose des soins, sur prescription médicale, visant à une réadaptation, à une réinsertion sociale. Les prises en charge peuvent être séquentielles ou continues, le projet de soins est adapté et personnalisé en fonction de l'évolution du patient.
hôpital de jour

HÔPITAL DE JOUR GÉRONTOPSYCHIATRIQUE

Espace Georges Canguilhem - Rue Bintot à VICHY

Soins destinés à une population de plus de 65 ans pour favoriser le maintien à domicile et la prévention des situations de crise et l'hospitalisation. La prise en charge psychiatrique spécifique liée à la problématique du vieillissement est assurée par une équipe pluridisciplinaire en lien avec les autres professionnels de la filière gérontopsychiatrique.

CATTP

Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Cette prise en charge s'adresse à une population ayant des difficultés à s'insérer dans le tissu social. Son but est d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelles, affectives et cognitives.

Une quinzaine d'activités sont organisées sur différents sites (le plus souvent extra hospitaliers).

EMP

Equipe Mobile de Psychiatrie

04 70 97 35 42 - 06 11 95 43 12

Ses missions sont de favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes en grande précarité et/ou en rupture de soins, et d'apporter une expertise dans le domaine de la pathologie mentales aux partenaires du réseau médico-social.

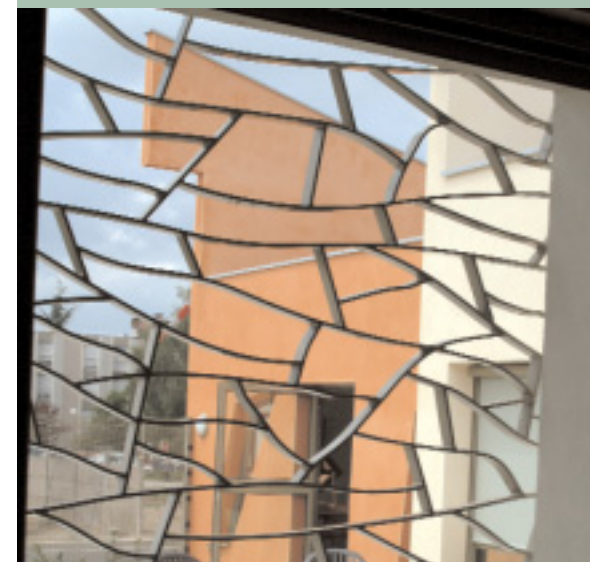
PSYCHIATRIE DE LIAISON

04 70 97 33 99

Sa mission est de répondre aux demandes de consultations psychiatriques des différents services d'hospitalisation du Centre Hospitalier Jacques Lacarin.

LES URGENCES PSY ?

L'accueil psychiatrique aux urgences est organisé les matins du lundi au vendredi par un médecin psychiatre et sous forme d'astreinte par les psychiatres du pôle les autres plages horaires.



HIER ... ET AUJOURD'HUI

La loi du 30 juin 1838, qui constitue la base historique de l'organisation de la Psychiatrie, prévoyait dans son article premier que :

" Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés.. ".

LA PSYCHIATRIE DANS L'ALLIER

Le département de l'Allier répondra à cette obligation en créant à Yzeure un établissement qui portera successivement le nom d'Asile puis d'Hôpital Psychiatrique Sainte-Catherine, avant de devenir Centre Hospitalier spécialisé autonome, puis partie intégrante du Centre Hospitalier de Moulins.

Toutefois, la configuration du département, articulé autour de trois pôles urbains, conduira plus tard les autorités sanitaires à éclater l'établissement psychiatrique en trois entités rattachées aux trois principaux Centres hospitalier du département : Moulins, Montluçon et Vichy.

Le transfert des services de Psychiatrie au Centre Hospitalier de VICHY débutera en 1986 par la création dans cet établissement d'une unité d'entrée intersectorielle de 30 lits.

Le 1er mars 1994 l'unité Vichy-est, d'une capacité de 30 lits s'installe dans un bâtiment construit à cet effet. Dès lors, l'unité intersectorielle devient l'unité Vichy-

Ouest avec une capacité de 30 lits. Ce dernier bâtiment sera totalement restructuré en juin 2003.

LA GÉRONTO-PSYCHIATRIE À VICHY

Quant à la Géronto-Psychiatrie elle est installée dans 2 unités de 20 lits à Yzeure jusqu'en juin 2006, date à laquelle ce service est transféré au Centre Hospitalier de VICHY.

Compte-tenu de l'évolution des besoins, il est alors décidé que le service prendra la configuration suivante : 25 lits d'hospitalisation complète, 10 places d'hôpital de jour,

Cette opération est accompagnée du transfert des moyens correspondants notamment les crédits permettant alors de financer 36 postes de personnel non médical, les postes médicaux étant déjà rattachés au Centre Hospitalier de VICHY.

Il convient de préciser que cela n'a engendré aucun mouvement de personnel, le Centre Hospitalier de MOULINS-YZEURE ayant enregistré à cette époque de nombreux départs en retraite.

Mais, le Centre Hospitalier de VICHY ne dispose, à ce moment là, d'aucun bâtiment adapté pour accueillir ces diverses unités. Pour parer au plus urgent, une unité d'hospitalisation complète de 10 lits a été installée provisoirement dans un bâtiment disponible tandis que l'établissement a mis en route deux projets immobiliers

permettant chacun de répondre à une partie des besoins.

Dans le bâtiment situé rue Bintot, que l'on baptise alors "Espace Georges CANGUILHEM", est intégrée l'unité d'hospitalisation de jour de Gérontopsychiatrie depuis février 2010.

L'UPSA

Cette construction nouvelle, dénommée Unité de Psychiatrie du Sujet Agé (UPSA) est une unité d'hospitalisation complète d'une capacité de 25 lits.

Cette unité, dont le coût s'élève à 4,6 millions d'euros, a été financée avec l'aide du Plan Hôpital 2012 d'une part, à hauteur de 1,3 M€, au titre de l'investissement, sous forme d'une dotation du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Public et Privés et d'autre part, 380 K€ sous forme de crédit d'exploitation intégré à la Dotation Annuelle de Financement.

Pour compléter le financement le Centre Hospitalier Jacques Lacarin a réalisé un emprunt d'un montant de 2,6 millions d'euros et a apporté un autofinancement de 0,6 M€.

LE PARTI ARCHITECTURAL

Ce bâtiment, réalisé par l'agence Arodie Damian Architectures, se veut l'expression d'un projet d'architecture contemporaine apaisée dédiée à des occupants dont l'état psychique grave prime sur toute autre considération.

ORGANISATION GÉNÉRALE DU PROJET

Le projet est constitué de 2 volumes.

■ Le plus grand, à l'Est, regroupe la majeure partie de l'UPSA comprenant également les locaux communs, l'administration et la logistique. Il se compose de 13 chambres à 1 lit et de 3 chambres à 2 lits équipées de salle d'eau, donnant sur un espace déambulatoire autour de deux patios et du salon. Cette configuration permet ainsi de profiter des espaces de sociabilité au cœur de l'unité, tout en étant sous surveillance du PC infirmier. Ce dernier a une vue totale des espaces de déambulation et des espaces salon internes à l'unité. Les patients peuvent profiter d'un jardin sécurisé, l'accès étant visible depuis le PC infirmier.

■ Le second volume à l'Ouest, plus petit, regroupe la partie sécurisée de l'UPSA, pour les patients en crise. Son inclinaison permet une bonne surveillance depuis le PC infirmier. Il se compose de 6 chambres à 1 lit réservées à des situations d'hospitalisation sous contrainte. Ce volume permet également la disposition des espaces extérieurs en 2 jardins pouvant être alternativement utilisés par l'un ou l'autre volume.

LES ACCÈS

Cette unité est construite de plain-pied, ce qui permet aux personnes hospitalisées un accès facilité au patio d'une part, à un jardin extérieur clos et arboré d'autre part.

Un niveau de sous-sol a été rajouté au projet initial, entièrement dédié aux fonctions techniques et à la logistique de l'établissement (chaufferie, local serveur, vestiaires du personnel, ainsi que des archives extérieures au service.)

Les accès au bâtiment sont les suivants :

■ Accès Visiteurs, Familles, Intervenants extérieurs et Résidents par le hall d'accueil depuis la place créée permettant également l'accès à l'hébergement Vichy Est. 27 nouvelles places de stationnement sont positionnées de part et d'autres de la voie d'accès.

■ Accès Logistique et Personnel par la voirie de desserte dédiée située à l'Est et sa cour de service.

■ Accès au sous-sol par ce même accès logistique. Au pied de l'escalier et de l'ascenseur, un sas tampon permet de dissocier les activités spécifiques à l'UPSA de la zone de stockage des archives. Un escalier extérieur permet un accès direct à la zone archives et sert aussi d'issue de secours en cas de sinistre sur la zone d'archivage.



Photo : Dominique Constantin



Photo : Dominique Constantin

DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Centre Hospitalier Jacques Lacarin a souhaité, à l'occasion du concours de maîtrise d'ouvrage, retenir un projet qui lui semblait particulièrement audacieux dans ses réponses aux questions de développement durable. A ce titre, 3 domaines d'exigences de Qualité Environnementale ont été définis :

1. ÉCO-CONSTRUCTION

■ *Relation harmonieuse du bâtiment avec son environnement immédiat*

Visible dès l'arrivée des patients et visiteurs, le bâtiment s'implante dans un cadre de verdure apportant de l'ombre en été.

■ *Chantier à faible nuisance*

Des dispositions particulières ont été prises dans l'organisation du chantier afin de limiter, entre autres, les nuisances sonores et les propagations de poussières vis-à-vis des riverains mais surtout vis-à-vis du centre hospitalier.

2. ÉCO-GESTION

■ *Gestion de l'énergie*

La nouvelle construction respecte la réglementation thermique RT 2005. Cela concerne la ventilation des locaux, l'isolation des vitrages ainsi que la mise en place d'une toiture végétalisée : elle permet d'augmenter l'inertie du bâtiment et d'améliorer le confort d'été.

De plus, elle contribue à diminuer fortement les apports d'eaux pluviales dans le réseau urbain et à augmenter le confort acoustique de la dalle haute.

■ *Gestion et qualité de l'eau*

Les robinetteries sont de type mitigeurs à détection infrarouge ou temporisés pour limiter les gaspillages d'eau et équipées de limiteur de température.

La production d'eau chaude sanitaire (réalisée avec un apport énergétique solaire) est équipée d'un système anti-légionellose choisi suivant les directives du service Maintenance de l'hôpital.

■ *Gestion de la consommation électrique*

L'orientation Est / Ouest des locaux communautaires et le dimensionnement des châssis permet de bénéficier d'un apport diurne de lumière naturelle sans avoir obligation d'utiliser la lumière artificielle.

Il faut également noter l'installation de détecteurs de présence dans tous les locaux du personnel et de minuteries dans les sanitaires du personnel.

3. CONFORT

■ *Confort acoustique*

Des réflexions ont été engagées en faveur du confort acoustique des usagers de cette unité du centre hospitalier, mais aussi pour le respect de la tranquillité des utilisateurs des bâtiments environnants et des riverains. L'implantation du projet et la particularité du service incitant à la plus grande vigilance, nous avons

choisi de dépasser les objectifs réglementaires relatifs aux modalités de classement des infrastructures de transports terrestres qui définit les isolements vis-à-vis de l'extérieur.

- Tous les éléments de façade sont dimensionnés afin que les patients ne soient pas agressés par les éventuels passages de véhicules bruyants (en particulier au niveau de la cour logistique) ou l'envol des hélicoptères depuis la piste proche.

- De même, l'installation d'une toiture végétalisée correspond à un besoin acoustique : celui de réduire le bruit d'impact de la pluie (le bâtiment est de plain-pied).

- Les problèmes liés à la présence d'équipements (chaufferie, ventilation, etc.) ont été anticipés : par exemple, la chaufferie est située en sous-sol, la centrale d'air en terrasse est ceinturée par un écran acoustique.

■ *Confort visuel*

L'éclairage artificiel est réalisé par des luminaires au plafond en éclairage indirect et à source fluorescente (le but étant d'obtenir une ambiance plus douce et d'éviter pour les personnes alitées un éclairage direct dans les yeux).

L'éclairage est géré par détecteurs d'apport de luminosité naturelle et de présence.

Un auvent périphérique de 2 mètres de large sert de brise soleil en été et de protection par mauvais temps permettant l'utilisation des coursives comme autant de lieu de déambulation ou de repos en immédiate proximité du bâtiment, sans éloignement physique.

LA MAÎTRISE D'OEUVRE ET LES ENTREPRISES

ÉQUIPE DE MAÎTRISE D'OEUVRE

ARCHITECTES

ARODIE DAMIAN ARCHITECTURES

Mandataire commun

75 019 PARIS

B.E.T. STRUCTURE

BETMI

63170 AUBIERE

B.E.T. FLUIDES

AUVERFLUID

63119 CHATEAUGAY

ECONOMISTE

Sébastien HIVET

03200 VICHY

ACOUSTICIEN

ORFEA

19103 BRIVE

B. CONTRÔLE

APAVE

63039 CLERMONT FERRAND

COORDINATION SSI

DEKRA

COORDINATION CSPS

Société DEBOST

03200 VICHY

ENTREPRISES ATTRIBUTAIRES DES DIFFERENTS LOTS

LOT	ENTREPRISE	ADRESSE
01. VRD AMENAGEMENTS EXTERIEURS	SACER	63370 LEMPDES
02. GROS ŒUVRE	PLANCHE	03200 VICHY
03. COUVERTURE & BARDAGE ZINC	DUCHE	63119 CHATEAUGAY
04. ETANCHEITE	SUCHET	03300 CUSSET
05. BARDAGE BOIS & TERRASSES BOIS	CMV ROSSIGNOL	03200 ABREST
06. MENUISERIES EXTERIEURES BOIS	SCM BONJEAN	63870 ORCINES
07. MENUISERIES INTERIEURES	MICHELIN	03630 DESERTINES
08. SERRURERIE	BAJAUD	03390 MONTMARAUULT
09. PLATRERIE PEINTURE	MAZET	03300 CREUZIER LE VIEUX
10. FAUX PLAFONDS	MAZET	03300 CREUZIER LE VIEUX
11. CARRELAGE FAIENCE	ENTREPRISE ALEXANDRE	03200 LE VERNET
12. CHAPE LIQUIDE	EGP	63170 AUBIERE
13. SOLS SOUPLES	GUELPA	03200 ABREST
14. ASCENSEURS	SCHINDLER	69627 VILLEURBANNE CEDEX
15. SIGNALÉTIQUE	MSM SIGNALÉTIQUE	01500 CHATEAU GAILLARD
16. CHAUFFAGE-RAFRAICHISSEMENT-VENTILATION-DOUBLE FLUX-GTC REGULATION	STCA	03300 CUSSET
17. PLOMBERIE SANITAIRE	STCA	03300 CUSSET
18. COURANTS FORTS	SAEM	03300 CUSSET
19. COURANTS FAIBLES	SAEM	03300 CUSSET
20. PNEUMATIQUE	AEROCOM AND CO	69480 MORANCE

LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

1. UNE STRUCTURE D'HOSPITALISATION SPÉCIALISÉE DE COURT SÉJOUR

Ce lieu d'hospitalisation est dédié à la prise en charge à temps plein de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques suffisamment importants ou invalidants à un moment donné pour dépasser les réponses thérapeutiques des structures de soin ambulatoires, spécialisées ou non.

Cet outil de soin répond donc avant tout à un moment de crise ou de rupture d'équilibre dont le facteur déclenchant peut être psychique mais aussi social ou familial, plus rarement somatique.

La notion de court séjour se définit non en termes d'une durée moyenne de séjour limitée a priori, mais par opposition aux notions d'hébergement ou de convalescence

Le service d'hospitalisation de psychiatrie du sujet âgé a donc pour principal objectif de permettre à un sujet âgé de " passer le cap " d'une période de décompensation psychiatrique, mais aussi d'ouvrir la possibilité d'un réaménagement relationnel, matériel, voire juridique qui conduise à l'avènement d'un nouvel équilibre (plutôt qu'à un hypothétique retour à l'état antérieur), et à la sortie du service.

2. PLACE DE L'HOSPITALISATION EN UNITÉ DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ AU SEIN DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ET DU RÉSEAU

Cette unité s'inscrit comme un outil de soins au carrefour de deux filières :

- **LA FILIÈRE PSYCHIATRIQUE** (qui comprend elle-même des outils de soins alternatifs à l'hospitalisation dédiés électivement à la psychiatrie du sujet âgé)
- **LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE.**

Ces deux filières sont elles mêmes amenées en permanence à travailler en réseau avec des structures médicosociales très diverses (services de maintien à domicile, structures d'hébergement, associations tutélaires...) et avec l'entourage familial.

On ne peut donc penser le travail d'une telle unité de façon isolée sans méconnaître des pans entiers de la prise en charge présente et à venir de la personne hospitalisée.

Avant de préciser les modalités de fonctionnement interne et en réseau de cette unité, il nous faut d'une part définir les indications d'admission en unité de psychiatrie du sujet âgé, les modalités d'entrée d'autre part.

3. MODALITÉS DU PARCOURS DE SOIN

■ LES INDICATIONS D'ADMISSION

1- *Les critères nosographiques*

La population des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques peut schématiquement être scindée en trois groupes :

- un premier groupe comprenant des patients souffrant de troubles psychiatriques depuis de nombreuses années, et qui sont devenus âgés.
- un deuxième groupe comprenant des personnes âgées, qui présentent une pathologie psychiatrique inaugurale, et globalement comparable sur le plan nosographique à une même pathologie survenant chez l'adulte.
- un troisième groupe comprenant des personnes souffrant de troubles psychiatriques spécifiques à la personne âgée.

Il convient de préciser que la constatation ou la suspicion d'un état démentiel ne suffit pas à poser l'indication d'une admission en psychiatrie du sujet âgé : comme pour les patients relevant des deux premiers groupes, un séjour en gérontopsychiatrie se décidera devant la survenue d'une décompensation interdisant la poursuite du mode de vie habituel et de la prise en charge déjà éventuellement mise en œuvre, et nécessitant une période de réévaluation clinique et thérapeutique en dehors du milieu de vie habituel.

LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

■ LES INDICATIONS D'ADMISSION *(suite)*

Les déambulations et fugues ne sont pas des troubles psychiatriques, mais sont des éléments de la Démence sénile et des troubles apparentés et elles ne relèvent pas d'une hospitalisation à l'UPSA.

2 - Le critère de l'âge

La différenciation d'une telle unité à partir du critère de l'âge répond au souci de prendre en considération les besoins plus particuliers d'une population âgée par rapport à la population des adultes jeunes et souffrant de troubles psychiques justifiant une hospitalisation : les personnes sont admises à partir de l'âge de 65 ans. Elle répond aussi au fait que la nosographie psychiatrique de l'adulte n'est pas entièrement superposable aux pathologies psychiques de la personne âgée.

La nécessité d'une telle évaluation clinique nous amène donc à définir les modalités d'admission.

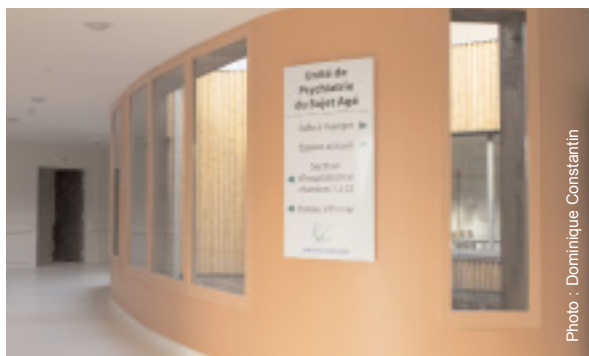


Photo : Dominique Constantin

■ LES MODALITÉS D'ENTRÉE À L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

a- Le patient pour qui se pose la question d'une admission à l'unité de psychiatrie du sujet âgé peut schématiquement avoir quatre provenances :

- son domicile (ou celui de ses proches)
- une structure d'hébergement substitutive au domicile (maison de retraite, foyer-logement)
- un autre service hospitalier
- une structure de long séjour (à la fois lieu d'hébergement et de soins)

b- La demande d'admission peut avoir un caractère urgent, ou au contraire peut être différée.

c- Enfin, le contact avec la filière de psychiatrie de l'âge peut être inaugural, ou bien s'inscrire dans un parcours de soins gérontopsychiatrique déjà en place : antécédent d'une précédente hospitalisation, consultation au CMP, hôpital de jour, etc.

d- Pour des personnes suivies au long cours pour une pathologie psychiatrique ancienne, peut se poser également la question de l'indication d'avoir recours, en raison de l'âge, à l'hospitalisation dans cette unité, plutôt qu'à l'unité de psychiatrie de l'adulte.

Ces différents critères vont orienter les modalités d'entrée :

■ Quelle que soit la provenance du patient, le principe général doit rester celui que nous avons adopté à Vichy pour toute admission en service de psychiatrie, à savoir que l'indication d'hospitalisation doit être portée par un psychiatre.

■ Compte tenu de l'âge des patients concernés, cette évaluation psychiatrique doit toujours être associée à un examen somatique et, si nécessaire à un bilan paraclinique, pour éviter une erreur d'orientation, dans le cas où le tableau clinique psychiatrique est la conséquence directe d'un problème somatique aigu.



Photo : Dominique Constantin

LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

■ LES MODALITÉS D'ENTRÉE À L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ *(suite)*

■ Admission via le service des urgences.

Le patient vient soit de son domicile, soit de la maison de retraite, et ce d'autant plus qu'on est en dehors des heures d'ouverture des structures ambulatoires.

C'est le cas d'une décompensation clinique ou comportementale inaugurale, ou suffisamment aiguë ou bruyante pour que la filière ambulatoire soit d'emblée inopérante.

Le sujet, accompagné ou non de ses proches, adressé ou non par le médecin traitant, va bénéficier d'une évaluation clinique somatique en premier lieu, psychiatrique ensuite à la demande de l'urgentiste : c'est le psychiatre attaché au service des urgences, ou le psychiatre d'astreinte qui posera l'indication d'admission en unité de psychiatrie du sujet âgé, en fonction des critères définis plus haut.

■ Admission par une autre filière que le service des urgences

Si on s'en tient au principe général énoncé plus haut, l'admission procédera d'une consultation d'un psychiatre qui aura eu lieu dans l'une des conditions suivantes :

-consultation en ville, auprès d'un psychiatre libéral, qui contactera alors son collègue responsable de l'unité de

psychiatrie du sujet âgé ; dans ce cas de figure, sauf suspicion d'un problème somatique intercurrent, le passage par le service des urgences n'est pas indiqué et même fait double emploi.

-consultation au CMP, qui obéit exactement au même schéma.

-consultation psychiatrique à la maison de retraite.

-consultation de psychiatrie de liaison, où c'est le psychiatre responsable de la psychiatrie de liaison qui pose l'indication d'admission, après avoir été sollicité par le service de soin somatique où est déjà hospitalisé l'intéressé.

■ Les cas particuliers

1- Des exceptions

Les exceptions au principe d'une évaluation préalable par un psychiatre concernent essentiellement des sujets déjà bien connus de la filière gérontopsychiatrique, qui ont déjà présenté des épisodes de décompensation et pour qui, toujours en dehors de la suspicion d'un problème somatique à bilancer aux urgences, le médecin traitant se met en rapport soit avec le médecin responsable de l'unité de psychiatrie du sujet âgé, soit avec le psychiatre traitant du patient.

Dans ce cas de figure, l'échange clinique entre deux praticiens connaissant bien le patient permet l'admis-

sion directe sans imposer la consultation spécialisée de rigueur habituellement.

Il faut bien noter qu'en dehors des cas où cet échange pourra avoir lieu, et même pour un patient bien connu, la règle générale s'applique, à savoir le plus souvent une consultation du psychiatre d'astreinte aux urgences, d'autant qu'il s'agit alors fréquemment d'une demande d'hospitalisation en dehors des heures habituelles d'ouverture des consultations.

2- Les hospitalisations sous contrainte

Les admissions en service de psychiatrie du sujet âgé obéissent à la législation régissant l'hospitalisation dans tout service de psychiatrie : si la situation clinique le requiert, on aura recours aux procédures d'hospitalisation d'office ou d'hospitalisation sur demande d'un tiers selon les modalités définies par la loi du 27 juin 1990.

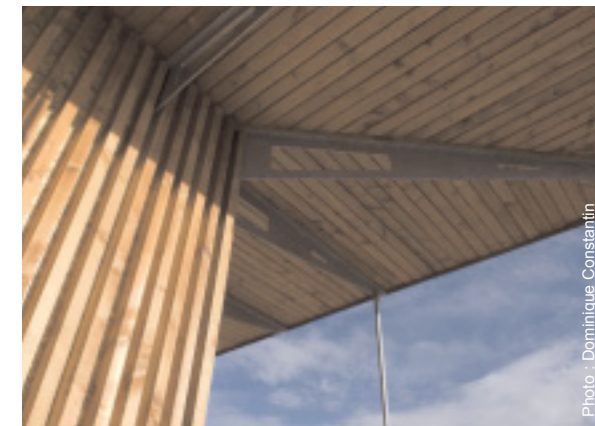


Photo : Dominique Constantin

LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

4. L'ORGANISATION DES SOINS

1- Une équipe

Cette organisation repose sur **une équipe pluridisciplinaire** composée d'un psychiatre, d'un médecin somaticien, d'un psychologue, d'une équipe infirmière et d'aides soignants, d'un ergothérapeute, et d'une assistante sociale. Le suivi médical des patients hospitalisés est assuré par un médecin psychiatre, et par un médecin somaticien intervenant chacun à raison de cinq demi-journées par semaine. Deux demi-journées de présence simultanée seront nécessaires pour permettre une coordination suffisante entre les deux praticiens.

Le médecin psychiatre est le praticien référent de l'unité, il reçoit les patients et leur famille, ainsi que les différents intervenants concourant au projet thérapeutique du patient hospitalisé. Il établit, avec le concours de son collègue somaticien et celui du psychologue une évaluation clinique et diagnostique d'entrée, qui sera ensuite complétée par le travail d'observation de l'équipe infirmière et de l'ergothérapeute, en vue d'élaborer un projet thérapeutique. Il est le garant du projet thérapeutique et, à ce titre travaille en étroite collaboration avec son collègue somaticien, et avec tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire dont il est, au premier chef, l'animateur.

2- Des compétences

Le médecin somaticien est responsable du volet plus spécifiquement somatique des soins ; en effet, la popula-

tion accueillie, du fait de son âge, est plus fréquemment que chez l'adulte jeune, porteuse de pathologies somatiques, et donc souvent traitée au long cours par un traitement médicamenteux parfois lourd et complexe. Ce traitement devra nécessairement être réévalué, d'autant qu'il faudra parfois l'associer à des psychotropes. De ce fait, le praticien somaticien est l'interlocuteur privilégié des confrères spécialistes du plateau technique hospitalier et du médecin traitant du patient. On sait aussi que la survenue d'une décompensation psychiatrique chez la personne âgée s'accompagne assez souvent d'une décompensation d'un état général précaire à laquelle le praticien somaticien devra répondre.

Enfin, chez la personne âgée, la fréquence des intrications médico-psychiatriques, et les pièges diagnostiques qu'elles représentent, demandent un travail de confrontation régulière des données somatiques et psychiatriques.

Le psychologue intervient à l'unité à raison de cinq demi-journées par semaine. Il reçoit en entretien le patient hospitalisé, assure s'il l'estime nécessaire des entretiens avec la famille, a un rôle d'animation institutionnelle de l'équipe et apporte son concours aux réunions d'équipe et aux réunions de synthèse et de coordination préalables à la sortie d'hospitalisation.

L'organisation des **soins infirmiers** est assurée par une équipe composée d'un cadre de Santé, de 11 infirmiers, 10 aides soignants et 5 A.S.H.Q. La prise en charge infirmière, sous l'autorité du cadre et du cadre supérieur, est adaptée aux besoins spécifiques de la population accueillie et des différentes pathologies prises en charge. Elle est la résultante du savoir et du savoir-faire des soi-

gnants en psychiatrie du sujet âgé, et des orientations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques prises en réunion d'équipe.

Le cadre a un rôle central dans l'organisation des temps de rencontre et de réflexion clinique autour du patient, et des temps de coordination avec les représentants du réseau de prise en charge extérieur à l'hôpital (familles, aidants, tuteurs, CMP, hôpitaux de jour, maisons de retraite, etc...)

Un ergothérapeute intervient à raison de cinq demi-journées par semaine. Outre son rôle propre de promotion et de maintien des habiletés au quotidien du patient, il concourt à l'évaluation clinique et thérapeutique, et à l'élaboration du projet de sortie.

L'assistante sociale intervient à raison de huit demi-journées (consacrées à la filière gérontopsychiatrique). Outre l'évaluation de la situation sociale et des conditions de vie de la personne, elle est un interlocuteur privilégié des familles, des tuteurs, des aidants, des structures d'hébergement et des partenaires extérieurs dans le cadre du maintien à domicile.

La description, non exhaustive, des fonctions de chacun des membres de l'équipe donne un aperçu de la diversité des regards cliniques portés sur la personne hospitalisée; il sera donc fait une large place aux temps de confrontation et de synthèse des éléments recueillis, afin d'élaborer le projet thérapeutique, de préparer la sortie, et de réunir les conditions permettant d'assurer la continuité des soins par la suite.

LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

5. UNE PHILOSOPHIE DES SOINS

Comme nous l'avons déjà évoqué en introduction et au chapitre des indications, la raison d'être de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie du sujet âgé est de permettre de répondre à une période de crise, qui pour la personne âgée, dépasse bien souvent la simple décompensation psychiatrique, et impose un réaménagement important, personnel, relationnel, mais aussi de son mode de vie et de son statut juridique.

Soigner en unité temps plein de psychiatrie du sujet âgé suppose de devoir impérativement intégrer des impératifs qui peuvent a priori sembler contradictoires :

■ Il faut faire cohabiter, au sein d'une même unité, des patients souffrants de troubles psychiatriques parfois depuis leur plus jeune âge avec des personnes qui, pour la première fois de leur vie, rencontrent des difficultés psychiques ; concilier la prise en charge de personnes présentant des troubles démentiels avec celles de personnes dont la pathologie, anxio-dépressive ou névrotique, n'entraîne aucune altération cognitive.

■ Il faut tenter de réaliser un moment de rupture avec le mode de vie habituel et/ou avec l'entourage sans toutefois entraîner un effacement complet des repères spatio-temporels, affectifs et sociaux.

■ Il faut s'accorder le temps d'écouter, d'observer, de resituer ce moment de crise dans l'histoire personnelle et relationnelle de sujet, tout en amenant le patient à anticiper ce que sera sa vie future et les remaniements nécessaires, y compris les plus importants (une intégration en maison de retraite par exemple).

La philosophie du soin devra donc être fondée sur la construction, sur mesure et à plusieurs voix (celle du patient, celles des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, et celles des interlocuteurs de l'extérieur), d'un projet thérapeutique et social personnalisé, et qui exclut les schémas de réponse stéréotypés (à tel type de problème, telle réponse " pré formatée ", " protocolisée, ").

Il faut toujours garder à l'esprit que la vulnérabilité du sujet âgé tient aussi dans la représentation qu'à de lui notre société.

Cumulant le handicap de l'âge avec celui de malade mental, le sujet âgé souffrant de troubles psychiques risque à tout moment de se voir déposséder des capacités de choix et d'expression qui lui restent ; l'une des missions des soins en psychiatrie du sujet âgé doit s'appliquer à préserver et à restaurer cette capacité d'expression du sujet.

Le caractère personnalisé de la prise en charge est le garant de la créativité et de la vitalité d'une équipe, qui, faut-il le souligner, est confrontée en gériopsychiatrie, au vieillissement et à ses conséquences psychiques et physiques et à l'inquiétude du sujet face à sa dégradation et à l'approche de sa propre mort.

En dépit de ces craintes souvent relayées par l'entourage familial ou social :

- le travail de réflexion clinique devra permettre d'envisager des modes de réponses innovantes,
- de laisser parfois la place à une prise de risque raisonnée (privilégier un maintien à domicile contre la réponse a priori plus " raisonnable " de l'institution par exemple),
- transiger sur le secondaire afin de préserver l'essentiel.

La prise en charge thérapeutique associera donc :

- *le travail auprès du patient, en individuel ou en groupe,*
- *des temps de synthèse et d'échanges cliniques en équipe et*
- *des réunions avec les différents interlocuteurs extérieurs à l'unité.*

LE PROJET MÉDICAL DE L'UPSA

6. LES RELATIONS ENTRE L'ÉQUIPE DE L'UNITÉ DE GÉRONTOPSYCHIATRIE ET LES ÉQUIPES EXTRA-HOSPITALIÈRES

Des raisons de commodité dans la description du rôle et des attributions de chacun des membres de l'équipe nous conduisent à une énumération d'étapes dont le caractère successif n'est pas le reflet exact de la réalité.

■ ADAPTER LA COORDINATION AU PARCOURS DU PATIENT

Dès le début de l'hospitalisation, des contacts doivent être noués ou maintenus avec les intervenants extérieurs.

■ Dans un nombre non négligeable d'admissions, l'hospitalisation est la conséquence de la décompensation d'un état de santé et d'un niveau d'autonomie qui s'était maintenu jusque là au prix de la mobilisation d'un réseau de soutien et d'aide conséquent. Dès le début du séjour et dans le respect du secret médical, il est primordial d'associer cet environnement de soutien au projet ultérieur de la personne hospitalisée.

■ Pour d'autres, l'hospitalisation survient dans un contexte d'isolement familial ou social, où avant même la stabilisation de l'état clinique, il est nécessaire d'anticiper avec le patient ce que sera son mode de vie après sa sortie de l'hôpital. D'où la nécessité d'impliquer les futurs intervenants dans l'élaboration du projet et de permettre au patient pendant son séjour, de faire connaissance avec les aidants auxquels il aura recours après sa sortie.

■ INSCRIRE L'UPSA DANS LE RÉSEAU DE SOINS DU PÔLE DE PSYCHIATRIE

■ L'UPSA est une unité d'entrée qui appartient à l'ensemble du dispositif de soins sectorisés du pôle.

■ Ce projet délimite une filière de soins psychiatriques dédiées aux personnes âgées pour ce qui est de la dimension hospitalière du parcours de soins, avec l'UPSA d'une part et le projet de l'hôpital de jour gérontopsychiatrique de 10 places d'autre part.

■ Par contre, pour ce qui est de la fonction de réinsertion en milieu ordinaire des patients, les soins ambulatoires sont réalisés par le dispositif généraliste des Centre Médico-Psychologiques. La promotion d'une diversité des modes de vie adaptés aux patients suppose de ne pas créer un parcours de soin trop exclusif car il deviendrait de ce fait stigmatisant.

■ Comme pour tous les soins assurés par le pôle, l'UPSA entretient des relations privilégiées avec les partenaires du pôle avec une mention spéciale pour les maisons de retraite, le CLIC AMAREIS, le pôle de gériatrie du CH Vichy, les médecins traitants.

CONCLUSION

On mesure donc à quel point la dimension d'échanges et de coordination tient une place prépondérante dans la mise en œuvre de l'outil thérapeutique que constitue l'unité d'hospitalisation à temps plein de gérontopsychiatrie.

Il s'agit d'un principe certes général pour la psychiatrie, où il est impossible de concevoir le soin comme exclusivement hospitalier.

La personne âgée relevant de soins psychiatriques n'échappe donc pas à cette conception des soins. Bien au contraire, celle-ci est renforcée par la vulnérabilité somatique, relationnelle, sociale accrue de la personne âgée, et c'est la prise en compte de cette vulnérabilité qui va conditionner en grande partie la spécificité gérontopsychiatrique des soins, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires.