

SYNDROME DE GLISSEMENT DU SUJET ÂGÉ EQUIVALENT DEPRESSIF ?

Jeudi 18 mai 2017
_

COMPAS

Dr Hélène de BRUCQ - Psychiatre du sujet âgé

CONCEPT PUREMENT FRANCAIS

DU SUJET AGE

VOIR TRES AGE

DEFINITION

Prévalence dans les structures sanitaires et sociales 3 à 6 %

Correspond-il au « failure to thrive » ?
(faillite à bien se porter)

Chez le sujet âgé : incapacité à maintenir ses aptitudes antérieures donc l'adaptation par rapport au milieu
C'est un syndrome

TERRAIN

Age : environ 80 ans

Antécédents psychiatriques néants

Beaucoup d'antécédents somatiques +++++

- HTA
- Atteintes neurologiques et musculaires, incontinence urinaire antérieure
- Terrain fragilisé par les carences alimentaires : manque de vitamines

ANTECEDENTS MEDICAUX CHARGES
ETAT SOMATIQUE PRECAIRE AVEC
EPISODE SOMATIQUE AIGU

CIRCONSTANCES DECLENCHANTES

Causes somatiques, médicales ou chirurgicales

- Episode infectieux
- Poussée d'insuffisance cardiaque
- Embolie pulmonaire
- Après une chute avec immobilisation au sol, syndrome de la tortue
- Intervention chirurgicale
- Au décours de la iatro-pathologie
- Aggravation d'un déficit sensoriel

CIRCONSTANCES DECLENCHANTES

Causes psychiques :

- Deuil d'un enfant
- Séparation
- Décompensation d'un conflit
- Admission dans une structure

- Association de causes - synergie

INTERVALLE LIBRE DE QUELQUES JOURS

ALTERATION MAJEURE DE L'ETAT GENERAL

- DESHYDRATATION
- DENUTRITION
- TROUBLES BIOLOGIQUES ET SOMATIQUES

LE PATIENT REFUSE DE SE LEVER, DE
S'ALIMENTER, DE BOIRE, DE COMMUNIQUER

TROUBLES DU COMPORTEMENT

- PARFOIS AGRESSIF
- SOUVENT PASSIF
- DEMANDE A ETRE TRANQUILLE
- SOUHAIT DE MOURIR

- AUCUNE ETIOLOGIE RETROUVEE

**QUESTION DU LIEN ENTRE SYNDROME DE
GLISSEMENT ET DEPRESSION ?**

TABLEAU CLINIQUE DU SYNDROME DE GLISSEMENT

Très évocateur d'une dépression mélancolique

- ANOREXIE
- ATTITUDE DOULOUREUSE
- REFUS DE SOINS
- PASSIVITE VOIR AGRESSIVITE
- VOLONTE EXPRIMEE DE MOURIR

**TRAITEMENT ANTIDEPRESSURE INEFFICACE
ET REMISE EN CAUSE DU DIAGNOSTIC**

PATIENT NON DEMANDEUR DE SOIN

**FAMILLE QUI NE L'EST SOUVENT
PAS NON PLUS**

**RECHERCHE D'AUTRES SYMPTOMES
DE LA LIGNEE DEPRESSIVE INDISPENSABLE**

LE SYNDROME DE GLISSEMENT SERAIT-IL
UNE DEPRESSION SEVERE MELANCOLIQUE
D'EVOLUTION TELLEMENT RAPIDE
QUE LE TRAITEMENT SPECIFIQUE N'A PAS
LE TEMPS D'AGIR

TRAITEMENT

- Corticoïdes
- ACTH
- Antibiotiques
- Intervention psychothérapique
- Maternage affectueux
- Sondes
- Kinésithérapie
- Nursing rigoureux
- L'électroconvulsivothérapie marche bien

TRAITEMENT

- Plutôt prévenir
- A débiter tôt
- Pluridimensionnel
- Facteurs précipitants
- Approche d'équipe
- Réhydratation
- Antidépresseurs
- Traitement nutritionnel
- Les a a de l'étude de Graux

POINT DE VUE DE L'AIDANTE FAMILIALE

SYNDROME DE GLISSEMENT DU MARI

Jeudi 18 mai 2017

_

COMPAS

Isabelle VITAL - Infirmière Psychiatrique

Madame V., 71 ans, vient pour une tentative de suicide grave : alcool + médicaments avec désir de mourir.

Elle est l'épouse depuis cinquante ans d'un mari
qui présente plusieurs addictions (alcool + tabac)
Violences conjugales
Cancer prostate métastases diffuses

Hospitalisation du mari à Catherine de Sienne pour troubles du comportement graves.

Diagnostic d'encéphalopathie éthylique + dégénérescence sénile

Diagnostic donné à l'épouse avec le projet de retour à domicile avec hospitalisation à domicile + un étayage social et pas de fin de vie avant quelques mois

Angoisses importantes psychologiques avec impulsivité, angoisses de mort pour ne pas faire face à ce retour à domicile de fin de vie à domicile.

Discours contradictoire des acteurs médicaux
et sociaux

Sentiment d'insécurité interne face au projet et
aux démarches à faire

Aucun étayage psychologique d'accompagnement

Souffrance psychologique en miroir de son mari

Mauvaise synchronisation entre le discours des soignants et la compréhension de l'aidante

Consultation Psychiatrique à l'espace Giverny

Mise sous traitement antidépresseur et début de soutien infirmier à domicile

Atelier Art Thérapie à l'Espace Giverny toutes les semaines

Première évaluation écologique :

Anhédonie, histoire de vie antérieure très douloureuse avec le décès de sa mère et de son père dans l'enfance, a élevé sa petite sœur en début de mariage, mariage de raison car elle était enceinte

Amélioration de Madame V. sur le plan thymique

Difficulté de voir souffrir son mari sous morphine

Amélioration de la qualité relationnelle aidant-aidé

Retrouve une relation de couple

Mari reparti aux Nouvelles Cliniques Nantaises
pour fracture pathologique de clavicule

Deuxième visite à domicile (décembre 2016) :
se sent plus soutenue psychologiquement à
l'Espace Giverny, disparition des idées noires et
meilleur moral à un mois de traitement
antidépresseur

Meilleures relations interpersonnelles avec ses enfants

Les enfants se sont relayés à domicile pour l'aider

Elle a fait des démarches auprès du SSIAD

Inscription pour un séjour temporaire

Troisième évaluation à domicile :
refus d'institutionnalisation au CH des
Clouzeaux. Elle est venue rencontrer en urgence
l'infirmière l'après-midi même car extrêmement
angoissée de nouveau.

En janvier l'infirmière lui donne un rendez-vous
téléphonique. Elle est prête à faire ce travail
difficile de fin de vie à domicile.

En janvier, le mari retourne à domicile car il veut mourir chez lui en présence de sa famille.

Elle a eu l'HAD du 20 janvier au 22 janvier avec la pompe à morphine. Elle a été entourée par ses enfants et son mari est décédé dans de bonnes conditions psychologiques.



Soin psychomoteur et Syndrome de Glissement

Elisabeth MERCIER, Psychomotricienne

Unité Ambulatoire de Psychogériatrie
Sud-Loire

Définition



Soin psychomoteur

Traitement neuro-psycho-physiologique qui agit par l'intermédiaire du corps.

Elle vise, dans un but psycho-physiologique et psychique, à maintenir ou rétablir les mécanismes des fonctions perceptivo-motrices, mentales et comportementales en fonction de l'évolution de l'individu dans son environnement

(définition proposée par le conseil supérieur des professions médicales et reconnue dans le décret de 1988)

para-

La démarche du psychomotricien



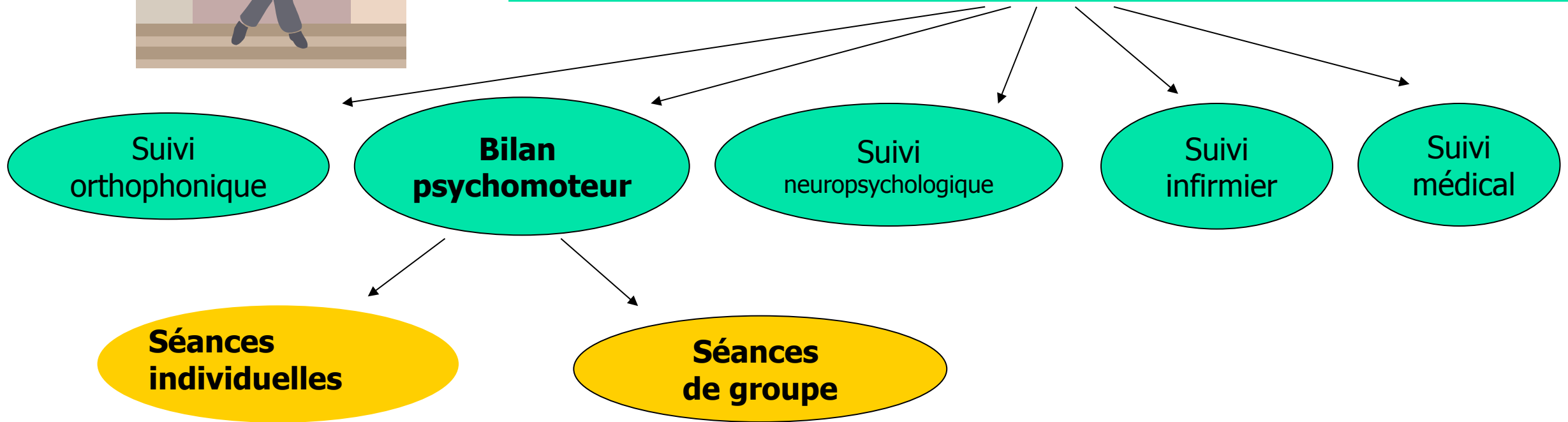
- Indication psychomotrice par le médecin
- Examen psychomoteur et bilan standardisé
- Mise en place d'un projet thérapeutique

La psychomotricité à l'unité de psychogériatrie



Diagnostic :

- Consultation médicale
- Visite d'évaluation infirmière à domicile
- Evaluation de la mémoire



Indication de travail en psychomotricité



- Prévention des chutes et syndrome post-chute
- Perte de confiance dans les capacités motrices
- Plaintes somatiques multiples
- maladresses, troubles toniques, praxiques.

Indication de travail en psychomotricité



- Conscience corporelle réduite, ou inexistante
- Troubles tonico-émotionnels
- Régression psycho-motrice
- Agitation, repli, peur liée au désordre d'utilisation du corps.
- Accompagnement en fin de vie

Aspect psychomoteur du syndrome de glissement



■ Le syndrome de glissement

Vieillesse psychomotrice pathologique

- Effondrement de la mobilité et risque de chute accru
- Schéma corporel désorganisé, image du corps perturbée
- Désorientation temporo-spatiale
- Capacités psycho-intellectuelles altérées
- Désadaptation psychomotrice extrême

L'examen psychomoteur

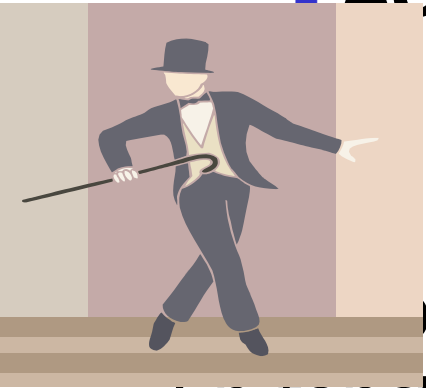
■ Accueil de la personne

Présentation de la personne par le médecin et l'équipe
Entretien ou mise en présence, selon les capacités verbales

■ psychomoteur

En fonction des possibilités psychomotrices présentes

- Soit une batterie de tests psychomoteurs
- Soit une observation psychomotrice



L'examen psychomoteur



■ **Projet thérapeutique**

- But à atteindre. Vise à la réduction des symptômes
- En fonction des possibilités initiales du patient
- Précis dans sa conception, plastique dans sa réalisation, Il accompagne pas à pas le patient dans ses progrès.

Bilan Psychomoteur



Observation de la désadaptation psychomotrice et des capacités restantes

- Le tonus
- Le schéma corporel et l'image du corps
- Le contrôle postural, l'équilibre, les chutes
- Les coordinations et les praxies
- L'orientation spatio-temporelle

Prise en charge en psychomotricité

Choix et moyens thérapeutiques

Ils découlent des objectifs et du caractère spécifique de la pathologie présentée.

Relaxation, Toucher thérapeutique,
Bain thérapeutique
Prise de conscience du corps global
Et changements de positions

Désinvestissement corporel Douleur corporelle

Syndrome de glissement

Précipitation risque de chute

Equilibre, postures, les appuis
Prise de conscience corporelle
coordination globale et mouvements lents



Apraxies

Coordination spécifique
mémoire du geste
Retrouver du plaisir à créer

Désorientation temporo-spatiale

Réinvestissement de
l'espace et du rythme

Ce que dit la psychomotricité dans le cas du syndrome de glissement

■ Les aspects à identifier :

- Le degré d'atteinte de l'identité corporelle
- La représentation du corps dans ses perceptions sensorielles et ses praxies
- Le niveau narcissique dans son investissement libidinal et affectif de soi (estime de soi)
- Mesurer la perte d'autonomie
- Représentation de la personne dans sa réalité sociale



Prise en charge en psychomotricité

■ Prise en charge individuelle

préférence, hors du lieu de vie

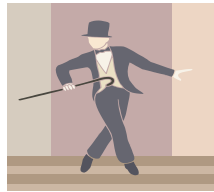


- Rejoindre la personne au niveau des capacités qu'elle montre, ainsi que des incapacités exprimées ou montrées.
- Travail de renarcissisation à partir du corps. Aider à retrouver goût à la vie, avec une approche progressive de la station allongée à la station debout.
- **Moyens** : Relaxation, toucher thérapeutique, mouvements lents, Travail de ressenti dans les différentes positions.

Prise en charge en psychomotricité

■ Prise en charge groupale

En fonction de l'état psychique, des capacités motrices, de l'expression de solitude.



- Retrouver le plaisir de se mouvoir
- Mieux être en retrouvant le calme intérieur



Retrouver le plaisir d'être avec d'autres
Prise de distance avec le quotidien
Envisager autrement l'avenir