

Syndrome d'immobilisation: le point de vue du psychiatre

Vincent Camus,
vincent.camus@univ-tours.fr



Centre *Mémoire* de Ressource et de Recherche
— T O U R S —



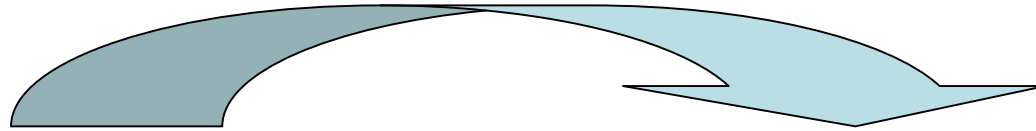
Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Syndrome d'immobilisation

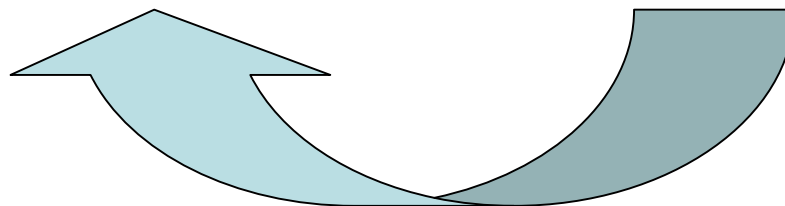
- Conséquences d'une immobilisation prolongée chez une personne âgée fragile
 - Système cutané
 - Système ostéo-articulaire
 - Système génito-urinaire
 - Système cardio-vasculaire
 - Système pulmonaire
 - Système digestif
 - Système nerveux central et psychisme...

Un processus circulaire et dynamique?



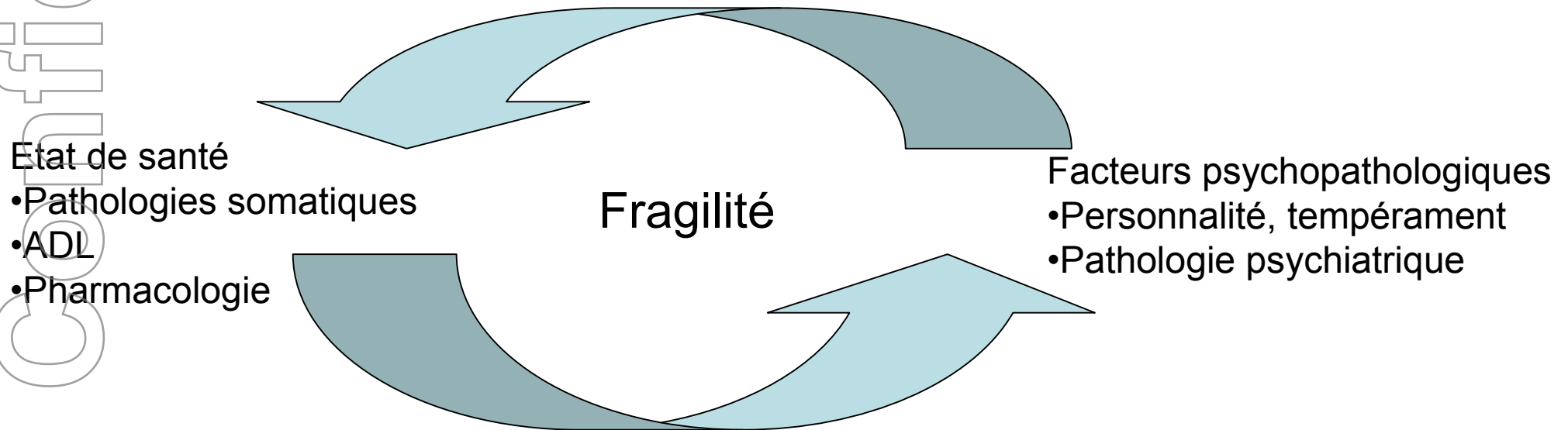
- S. cutané
- S. ostéo-articulaire
- S. génito-urinaire
- S. cardio-vasculaire
- S. pulmonaire
- S. digestif
- SNC et psychisme

- S. cutané
- S. ostéo-articulaire
- S. génito-urinaire
- S. cardio-vasculaire
- S. pulmonaire
- S. digestif
- SNC et psychisme



Fragilité et facteurs psychopathologiques

- Vulnérabilité à la perte de santé au cours du vieillissement

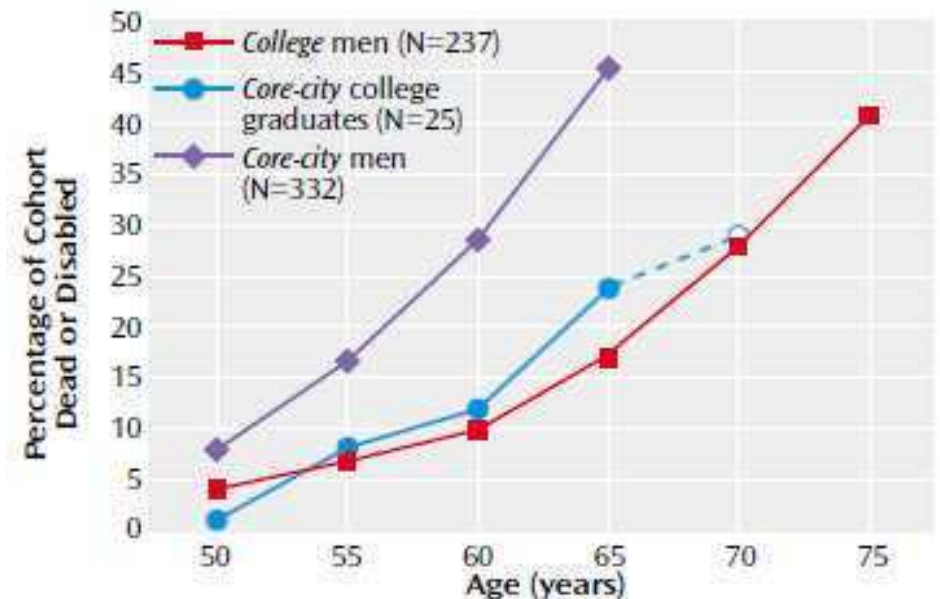


- Vulnérabilité à l'éclosion ou l'aggravation des pathologies psychiatriques

Exercice physique et vieillissement

- Grant Study: sujets nés entre 1918 & 1932
- Comparaison étudiant / non étudiants
- Suivi prospectif pendant plus de 50 ans
 - Mortalité
 - Qualité de vie
- Variables explicatives
 - Tabac
 - Alcool
 - BMI
 - Exercice régulier
 - Statut matrimonial
 - Durée d'études
 - Mécanismes de défense
 - Dépression
 - Niveau social des parents
 - Enfance
 - Longévité des ascendants
 - Tempérament dans enfance

FIGURE 1. Rates of Permanent Disability^a or Death After Age 50 for College Men, Core-City Men, and Core-City College Graduates^b Studied Since Adolescence



^a Irreversible physical illness with significant disability.

^b The 25 core-city men who graduated from college are shown both as an individual cohort and as part of the larger core-city cohort. The data point at age 70, marked with an open circle, includes only the oldest 21 college-educated core-city men, with a mean age of 69.5. Four men born after 1930 were excluded.

Facteurs protecteurs de morbidité

TABLE 3. Multivariate Model Contrasting Most and Least Successful Aging in *College* Men and *Core-City* Men Studied Since Adolescence

Variable ^a	Odds for Happy-Well Men Relative to Men Who Were Sad-Sick or Prematurely Dead ^b			
	<i>College</i> Men at Age 75–80 (N=162)		<i>Core-City</i> Men at Age 65–70 (N=217)	
	Odds Ratios ^c	95% CI	Odds Ratios ^c	95% CI
Controllable factors				
Smoking <30 pack-years	4.81 ^d	0.84–27.7	4.56***	2.29–9.11
No alcohol abuse	— ^e		1.11 ^f	0.53–2.35
Mature defenses (1–3 on 9-point scale)	2.65*	1.22–6.80	2.98**	1.40–6.10
Stable marriage	1.94	0.70–5.35	2.75*	1.24–6.81
Body mass index >21 and <29	3.05 ^d	0.99–9.40	1.71	0.85–3.43
Some regular exercise	3.09*	1.30–9.75		
Education (in years)			0.86* ^g	0.77–0.96
Uncontrollable factors				
Without depressive diagnosis	10.4*	4.75–23.2	3.51*	1.20–9.99
Parental social class (range=I–V)	1.46	0.91–2.36	1.12	0.63–1.96
Childhood temperament (range=1–5)	0.92	0.68–1.24	1.10	0.85–1.42
Warmth of childhood (range=5–25)	0.98	0.89–1.12	0.99	0.92–1.11
Ancestral longevity (in years)	1.00	0.97–1.04	1.00	0.97–1.00

Exercice physique et santé



Contents lists available at ScienceDirect

Experimental Gerontology

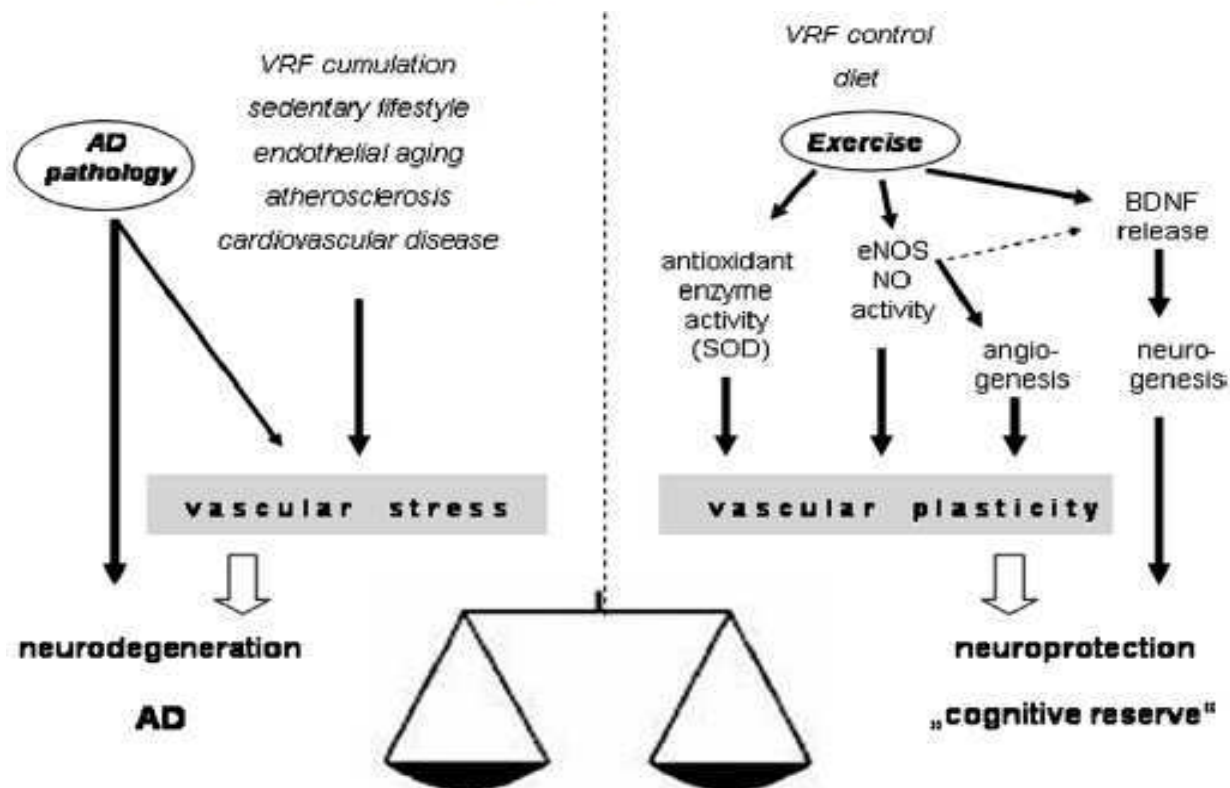
journal homepage: www.elsevier.com/locate/expgero



Mini Review

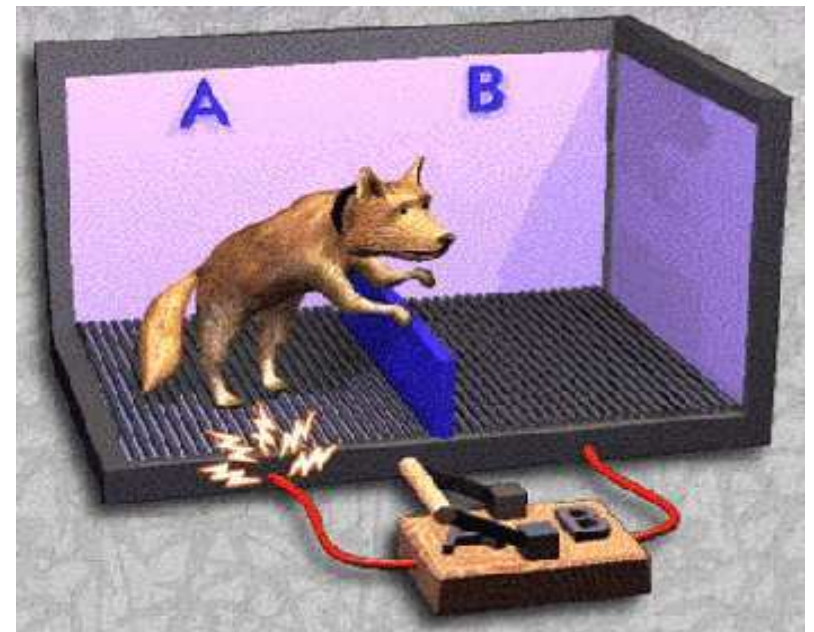
Alzheimer's disease, cerebrovascular dysfunction and the benefits of exercise:
From vessels to neurons

Christian Lange-Asschenfeldt^a, Georg Kojda^{b,*}



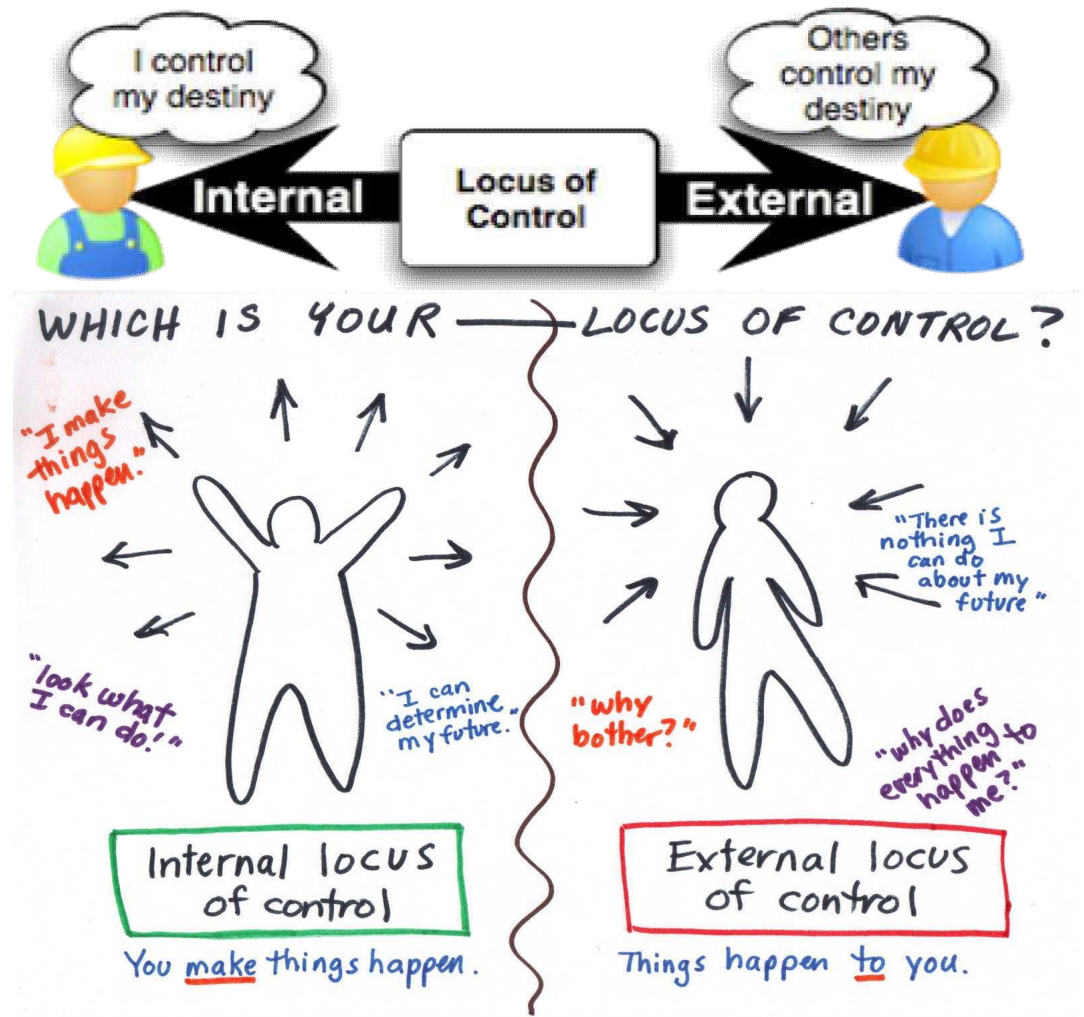
Le modèle de l'impuissance apprise

- Phase apprentissage (cage non compartimentée)
 - Condition A: possibilité d'agir sur environnement par stop des chocs
 - Condition B: Pas de possibilité d'agir sur environnement
- Phase expérimentale:
 - Condition A: cherche agir sur environnement (passe dans le compartiment protégé)
 - Condition B: subit passivement les chocs



Notion de « lieu de contrôle »

- Rotter & Lefcourt
 - // comportement de santé et QoL
 - // dépression



Lieu de contrôle et dépression

- Beekman AFT, JAD, 2001; 65: 131-138
 - Lieu de contrôle externe associé à risque de dépression tardive

Risk factors associated with prevalence, emergence and persistence of late life depression*

Risk factor (1992/1993)	Prevalence (1992/1993)			Emergence (1995/1996)			Persistence (1995/1996)		
	<i>B</i>	S.E.	<i>P</i>	<i>B</i>	S.E.	<i>P</i>	<i>B</i>	S.E.	<i>P</i>
Baseline depression level	0.09	0.01	< 0.001	0.13	0.02	< 0.001	0.02	0.02	0.46
Female sex	0.43	0.17	0.01	0.52	0.20	0.009	0.15	0.33	0.66
Lower level of education	0.24	0.15	0.12	0.38	0.18	0.036	0.09	0.30	0.77
Chronic physical illness	0.32	0.07	< 0.001	0.28	0.08	< 0.001	0.37	0.13	0.004
Functional limitations	0.07	0.04	0.044	0.09	0.04	0.034	0.05	0.06	0.48
Smaller network	0.03	0.01	0.014	0.04	0.02	0.016	0.01	0.02	0.55
External locus of control	0.10	0.02	< 0.001	0.08	0.03	0.009	0.14	0.04	< 0.001

*Logistic regression analyses, controlling for baseline depressive symptoms, age, sex, level of education, urbanicity, marital status, chronic illness, functional limitations, cognitive impairment, size of the network, receipt of emotional and instrumental support and locus of control. Only variables with unique and statistically significant association with depression listed.

Syndrome de glissement

• Un syndrome gériatrique?

- « *Le syndrome de glissement s'installe après un intervalle libre succédant à une pathologie aiguë guérie et dont il ne subsiste plus de signes cliniques ou biologiques. Il associe mutisme, refus alimentaire total, météorisme abdominal avec subocclusion, rétention urinaire et manifestations de régression psychomotrice. Il ne réagit pas toujours aux antidépresseurs et peut conduire les personnes âgées à la mort si la prise en soins multidisciplinaire de l'équipe gériatrique n'est pas mise en oeuvre rapidement et efficacement* »

Syndrome de glissement

- Ou l'expression somatique d'un problème psychopathologique?
 - Caractère passif agressif
 - Dangersité/létalité
 - Conduite suicidaire
- Que veut nous dire le patient?
 - Vous n'en faites pas assez?
 - Vous faites mal?
 - Vous faites trop?

Nomenclature des actes suicidaires

- A. Les pensées et les conduites comportant des risques indirects pour la vie
 - A1. avec risque immédiat (sports dangereux)
 - A2. avec risque différé (alcool, tabac, relations sexuelles non protégées...)
- B. Les pensées et les conduites en rapport direct avec le suicide
 - B1. Idéation suicidaire
 - idéation occasionnelle
 - idéation sérieuse
 - persistante
 - transitoire

(O'Carroll 1996)

Nomenclature des actes suicidaires

- B. Les pensées et les conduites en rapport direct avec le suicide
 - B2. Comportements en rapport avec le suicide
 - Comportements instrumentalisés en rapport avec le suicide
 - Menace suicidaire
 - » Passive (s'asseoir au bord d'un précipice...)
 - » Active (menace verbale, notes écrites)
 - Mort accidentelle associé avec des comportements instrumentalisés en rapport avec le suicide
 - Actes suicidaires
 - Tentative de suicide
 - » Sans lésions (tentative de suicide ratée par arme à feu)
 - » Avec lésions
 - Suicide

(O'Carroll 1996)

Les conduites autodestructrices indirectes

- Indirect Self Destructive Behaviours
 - Caractère aventurier
 - Caractère impulsif
- Classification des décès non intentionnels
 - Décès hasardeux (une seule prise de risque)
 - Décès prématuré (conséquence d'une exposition répétée au risque / santé)
 - Décès expérimental (altération volontaire de la conscience / abus substance)
 - Décès par capitulation (désinvestissement, abandon...)

Direct and indirect SDB jeune/adulte

Conduites auto-destructrices directes

Sentiment négatif de sa propre existence et de dévaluation dans le cadre de certains troubles mentaux

Volonté de changer sa condition humaine

Cherche à échapper de la dysphorie

Faible investissement de l'avenir : absence d'espoir dans l'avenir

Régression comme mécanisme de défense le plus souvent utilisé

Fortement stigmatisées par la société

Conduites auto-destructrices indirectes/ordaliques

Recherche du plaisir, d'augmentation de la stimulation et du sentiment de pouvoir

Volonté de faire face à la mort pour vaincre sa peur de la mort ou pour éprouver une sensation de plaisir

Cherche l'euphorie

Faible investissement de l'avenir : surinvestissement du ici et maintenant

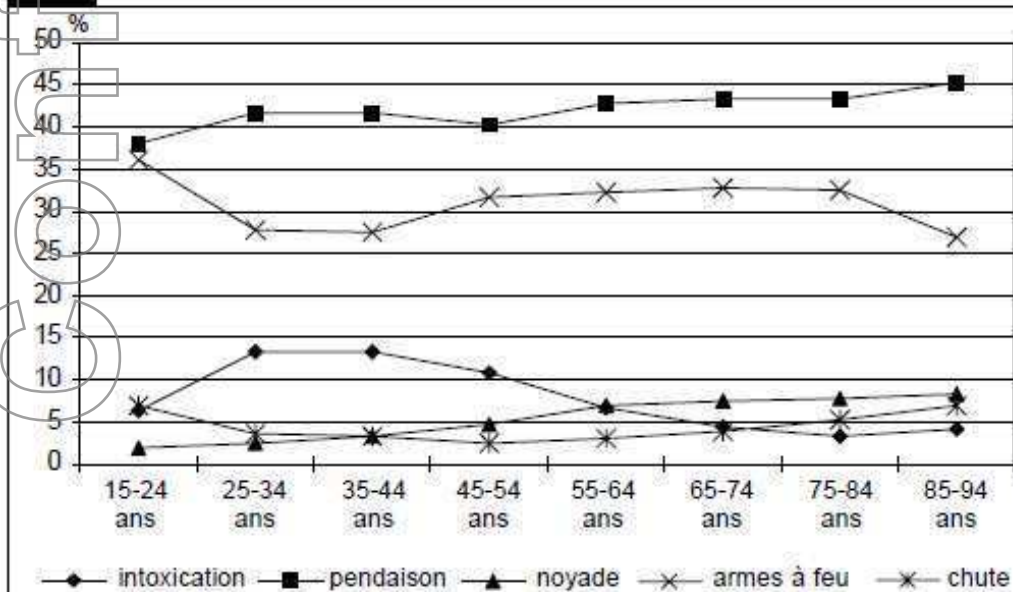
Déni et investissement narcissique comme mécanismes de défense le plus souvent utilisés

Parfois valorisées par la société

Les conduites autodestructives directes

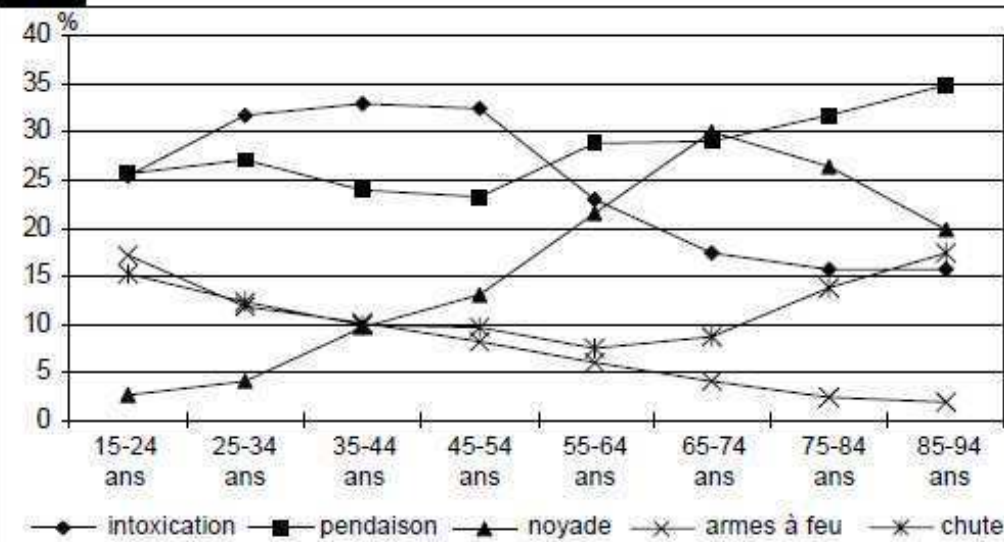
- Tout acte intentionnel visant à mettre fin à ses jours

G-05 modes de suicide chez les hommes selon l'âge en 1997



Source : INSERM SC8.

G-06 modes de suicide chez les femmes selon l'âge en 1997



Source : INSERM SC8.

Direct and indirect SDB âgé

Conduites autodestructives directes	Refus de soin chez l'âgé
Sentiment négatif de sa propre existence et de dévaluation dans le cadre de certains troubles mentaux	Dimension dépressive / valence dépressive / importance des troubles de la personnalité / dimension traumatique
Volonté de changer sa condition humaine	Voie de réappropriation du corps / du destin / de la décision
Cherche à échapper de la dysphorie	Emprise relationnelle? Sursaut? Rôle de l'altération des capacité de perception / intégration (cognition)
Faible investissement de l'avenir : absence d'espoir dans l'avenir	Abandon / désinvestissement / résignation
Régression comme mécanisme de défense le plus souvent utilisé	Failure to thrive (Glissement)
Fortement stigmatisées par la société	Impuissance / intolérance des équipes

SDB chez l'âgé

- Contexte:
 - Différencier Refus soins âge / refus de soins fin de vie
 - Lieu / théâtre d'expression (hôpital? Institution?...)
- Nature de la conduite auto-destructives
 - Indirecte?
 - Directe?
- Représentations des soignants
 - Uncapher (2000):
 - enquête auprès de 342 médecins généralistes.
 - 2 vignettes cliniques dont seul l'âge diffère
 - Taux de diagnostic idem dans les deux groupes d'âge
 - Propension à traiter plus faible dans le groupe âgé

Self injurious behaviours & nursing homes

	Study type	Objectives	Sample size	SIB measures	Results	Limitations
Draper B <i>et al.</i> , 2002b	Cross-sectional	To determine the prevalence of SIB and its correlates.	610	Harmful behaviors scale	14% of subjects were reported to exhibit a variety of SIBs. The study also found that SIB is as common in men as in women and negatively correlated with age. It is mostly related to dementia. <u>There was no significant association between depression and SIB.</u>	Lack of observational data.
Draper B <i>et al.</i> , 2002a	Cross-sectional	To investigate the type of SIB identified by the harmful behaviors scale.	647	Harmful behaviors scale	26.8% subjects were found <u>engaged in indirect SIB such as refusal to eat. Food refusal</u> was found more frequently in less cognitively impaired subjects and showed no correlation with measures of depression.	Lack of observational data.
Low <i>et al.</i> , 2004	Cross-sectional	To explore the relationship between the SIB and nursing home environment.	647	Harmful behavior scale	SIB is associated with poor quality of care, low staff to patient ratio and few resident activities.	Lack of observational data.
de Jonghe-Rouleau <i>et al.</i> , 2005	Cross-sectional	To explore the phenomenology and prevalence of SIB in nursing home patients with dementia.	110	Overt aggression scale	22% subjects were found to engage in SIB. There was no significant difference in rates of SIB based on type or severity of dementia.	1. A major problem concerns reliability of the scale used to measure SIB. 2. Inter-rater reliability was not evaluated. 3. Small sample sized.

Caractérisation des conduites suicidaires

- Temporalité brève, intentionnalité explicite
 - Crise suicidaire classique
- Temporalité longue, intentionnalité explicite
 - Soins terminaux, demandes d'arrêt de traitement, de suicide assisté, d'euthanasie
- Temporalité longue, intentionnalité implicite
 - Refus de soins terminaux, conduites auto-destrucives indirectes de la personne âgée

Formes cliniques de l'âge

- Refus de soins chez l'âge
 - Formes
 - Refus d'investigation
 - Refus de traitement
 - Invasif /Non invasif
 - Refus d'orientation dans le système de soin
 - Hospitalisation /Institutionnalisation
 - Refus alimentaire
 - Immobilisation et ses conséquences
- Conflit éthique
 - Principe de bienfaisance
 - Principe d'autonomie

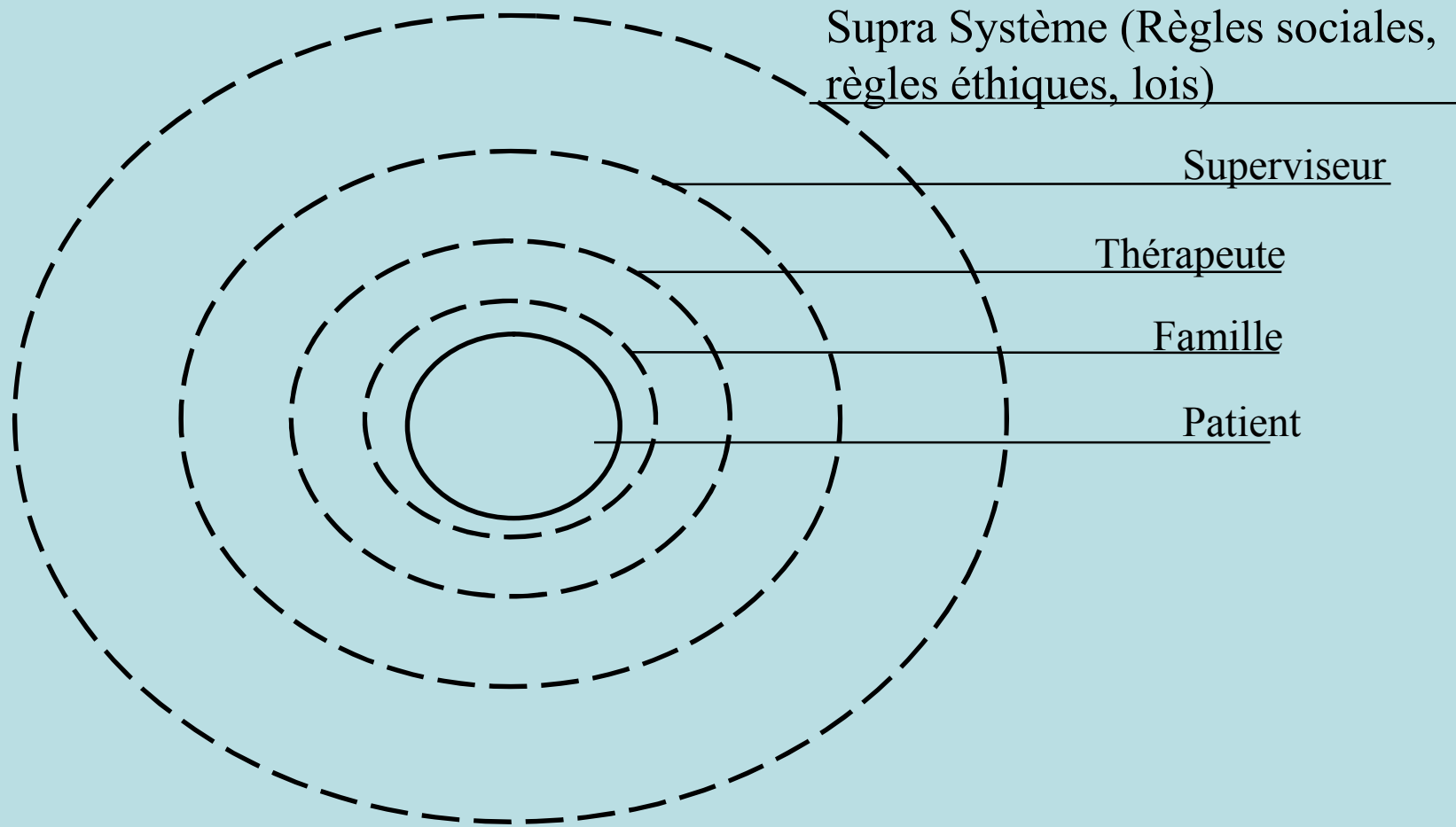
Refus de soin: lecture psychopathologique

- Le caractère potentiellement aggravant d'une seule lecture médicale
 - Asymétrie de la relation
 - Passage à l'acte / violence du soin
 - « Conflictualisation » de la relation
- Considérer sur le modèle de la crise
 - Rarement critères de troubles dépressifs / plus fréquemment troubles de l'adaptation
 - Adaptation du modèle d'intervention de crise au contexte

Intervention 1/2

- **Rendre la parole au patient**
 - Négociation (pas l'un contre l'autre)
 - Fonction tierce
 - Famille
 - Psychiatre
 - ...
- **Créer les conditions d'une prise de parole**
 - Réunion autour du patient
 - Proches
 - Professionnels impliqués

Niveaux hiérarchiques d'intervention



Intervention 2/2

- Décision en situation d'incertitude
 - Trouver un consensus entre trop et trop peu de soins
 - Malgré l'urgence, défendre le respect d'une temporalité « psychique » et non seulement médicale
- Travail sur les limites des équipes et leurs contre-attitudes
 - Surinvestissement / passage à l'acte
 - Désinvestissement / abandon

Théorie de l'encadrement thérapeutique

Processus thérapeutique



Règle I :
fonctions Patients
contrôlées par le Thérapeute

Zone frontière R I / R II

Règle II :
fonctions Patients
contrôlées par le patient lui même

(L.Kaufmann 1983)

Conclusion

- Une lecture systemique et circulaire
 - Eléments psychopathologiques causes ou conséquences?
- Considérer une lecture pas seulement médicale d'une problématique à expression médicale dramatique
- Importance d'une référence tierce pour la délibération éthique
- Rendre l'autonomie / contrôle au sujet ou à défaut au système

Pour approfondir...



Diplôme d'**U**niversité

**Psychopathologie
de la personne âgée**

Service Universitaire
de Formation Continue
116 Bd Béranger - BP 4239
37042 TOURS Cedex 1
sufco@univ-tours.fr
www.univ-tours.fr/sufco
Tél. : 02 47 36 81 31
Fax : 02 47 36 81 42