

Le Rouvray

DOSSIER RÉNOVATION : PÔLE 6

Sommaire

Interview :

*Le Président de
la Commission Médicale
d'Établissement*

P. 2

DOSSIER

P. 3-6

- Pôles 6
- Coordination
de la commission
d'hébergement

ON EN PARLE

Sur-occupation

P. 7

GROS PLAN

Certificat ISO

P. 8

Les travaux en cours

P. 9

PSYCHIATRIE

P. 10

MOUVEMENTS

P. 11

MÉMOIRE

DU ROUVRAY

P. 12

Sadeq Haouzir:

le nouveau Président de la CME



Ancien responsable du Pôle de psychiatrie générale de Rouen Rive droite, le Docteur Sadeq Haouzir succède au Docteur Isabelle Lefebvre, à la tête de la Commission médicale d'établissement.

Vous avez été élu président de la Commission médicale d'établissement (CME), qu'est-ce qui a motivé votre candidature ?

Le Docteur Isabelle Lefebvre, Présidente de la CME du Rouvray arrivait en fin de mandat et ne candidait pas à sa succession. Étant moi-même très actif dans la vie institutionnelle de notre établissement, depuis plus de 10 ans, j'ai souhaité poursuivre mon investissement. La présidence de la CME s'est avérée une étape naturelle dans cette évolution.

La législation hospitalière a changé récemment, quelles sont les conséquences pour votre établissement ?

La loi HPST (Hôpitaux, Patients, Santé, Territoire) modifie l'organisation des dispositifs de soins et donne les moyens aux établissements de réorganiser leur politique de santé. Dans la conjoncture actuelle, les moyens sont insuffisants face aux besoins croissants.

Il faut donc, à mon avis, être actif dans cette réorganisation et ne pas « subir » cette évolution. Dans l'intérêt de nos patients, les professionnels de terrain que nous sommes, doivent être acteurs et non spectateurs de ce changement.

Au Rouvray aussi, vous remarquez que les besoins augmentent ?

Oui, bien sûr. Un exemple est frappant. Entre 1997 et 2007, la file active totale de l'établissement a doublé et, de plus, nous sommes passés de 400 lits occupés/jours à plus de 500, soit une augmentation de plus de 100 lits occupés/jour. Tout cela, à moyens constants. Il y a une évolution profonde de la société en termes de demande de soins en santé mentale et il faut s'adapter pour y répondre.

Notre établissement a déjà fait des efforts d'amélioration extrêmement importants et de nombreux indicateurs confirment ces performances.

En tant que président de la CME, quelle est votre position par rapport à la Direction de l'hôpital ?

Le Président de la CME est dans une situation d'interface entre la communauté médicale et l'administration. L'intérêt de nos patients exige une complémentarité de tous les acteurs institutionnels. Un établissement performant est un établissement où s'exerce un dialogue constructif entre les médecins, les soignants et la direction.

Vous êtes psychiatre, pourquoi avez-vous choisi ce secteur de la médecine ?

J'ai toujours été attiré par ce champ des sciences humaines et plus particulièrement celle qui s'exerce auprès des personnes les plus fragiles. De par leur nature, les troubles mentaux rendent les personnes qui en sont atteintes particulièrement fragiles et vulnérables. J'ai été captivé par la psychiatrie, dès mon premier stage en tant qu'étudiant en médecine.

Je pense que la psychiatrie est la discipline médicale la plus humaniste.

Dans ce large secteur qu'est la psychiatrie, avez-vous un attrait pour une spécificité ?

Je suis particulièrement sensible à la psychiatrie auprès des personnes âgées. Il s'agit d'un domaine particulièrement complexe, riche et passionnant, qui se développe de nos jours de façon déterminante.

Le Centre Hospitalier du Rouvray est en pleine rénovation, l'unité Henri Ey, où vous exercez, aura-t-elle son "coup de peinture" ?

Tout à fait, nous sommes sur une unité construite en 1976, prévue pour une durée de 25 ans, environ. Une rénovation des locaux était devenue indispensable. Un nouveau bâtiment, en cours de construction, devra remplacer l'actuel. La fin des travaux est prévue courant du 2^e trimestre 2012 !

Rénovation : le pôle 6 tout beau, tout neuf

Après plusieurs années de rénovation, le bâtiment de la clinique F rantz-Fanon a ouvert ses portes. Des locaux fonctionnels, lumineux, lovés au cœur d'une architecture du XIX^e siècle. Les patients apprécient le changement, le personnel soignant aussi. Rencontre avec le Docteur Pierre Legrand, responsable du pôle, et Martine Depauw, cadre supérieure de santé.



Qu'apporte la réhabilitation du pôle 6 pour les patients et le personnel ?

Les conditions d'hospitalisation étaient anciennes et déplorables. Lorsque la direction a décidé de rénover le bâtiment, le service a été transféré dans des locaux de transit. Les travaux ont duré longtemps car il fallait respecter les contraintes architecturales du bâtiment qui a été rénové dans son ensemble.

Aujourd'hui, la majorité des patients est en chambre individuelle, le bâtiment ne compte que trois chambres doubles. L'unité d'admission du service est scindée en deux : les patients hospitalisés sous contrainte (environ 15 % des hospitalisations) bénéficient d'une section fermée et ceux qui sont en hospitalisation libre d'une section ouverte.

Combien de patients le pôle 6 peut-il accueillir ?

Au premier étage, l'unité d'admission compte vingt-et-un lits, deux chambres d'isolement, et trois lits supplémentaires lorsque le pôle est confronté aux problèmes de sur-occupation. Au rez-de-chaussée, l'unité complémentaire compte dix-neuf lits, une chambre d'isolement et un lit supplémentaire.

Quelle est la durée moyenne d'une hospitalisation au pôle 6 ?

En unité d'admission, la durée moyenne est de 15 jours. En unité complémentaire, elle s'élève en moyenne à 65 jours.

Est-ce que certaines spécialités psychiatriques sont développées dans ce service ?

Le pôle 6 accueille les personnes domiciliées à Darnétal, Bihorel, Bois-Guillaume et le pays de Bray, suite au découpage géographique lié à la loi de sectorisation de 1985. Mais certaines spécificités sont en effet développées au sein de ce pôle : le soin aux psychoses infantiles vieilles et plus récemment, la réinsertion par le logement.

Pouvez-vous développer ces spécificités ?

Oui. Les soins aux psychoses infantiles vieilles concernent des patients qui ont des problèmes de communication suite à l'évolution d'une pathologie lourde. Ces patients sont reçus en médiation thérapeutique au Village. La réhabilitation par le logement concerne, des patients qui peu à peu, en passant par des étapes intermédiaires, vont se réinsérer et obtenir un logement de droit commun. Ces patients sont accueillis en Maison thérapeutique.

Vous parlez de Maison thérapeutique et de Village, pouvez-vous définir le rôle de ces deux structures ?

- Le projet de Maison thérapeutique se concrétise avec l'ouverture en février de la « Résidence Le Relais », le pôle 6 ayant proposé, dans le contexte de sur-occupation au CHR, d'en accélérer la réalisation à titre transitoire dans un bâtiment disponible et exploitable à court terme, celui de l'ancien UNACOR.

Elle concerne tous les patients du Rouvray. C'est une structure qui abrite dix logements individuels et des espaces de vie collectifs, comme transition plus ou moins longue vers les appartements situés à l'extérieur de l'hôpital.

Elle accueille les patients qui se préparent à retrouver une plus grande autonomie. Ils sont admis sur la base du volontariat et selon l'avis de leur médecin. Cette étape s'inscrit dans la trajectoire du patient après plusieurs mois d'hospitalisation avec perte des habiletés sociales liée à la pathologie. L'Association La Clé est partenaire de cette réalisation et participe à l'installation et au suivi des locataires dans la construction de leur projet de vie.

Une équipe soignante composée d'un cadre (à mi-temps), d'une infirmière et de deux aides soignantes, assure des accompagnements individualisés 7 jours sur 7 sous l'autorité fonctionnelle du Dr EGRAND, médecin référent de la structure.

- Le Village est une unité de prise en charge spécifique qui concerne également tous les patients de l'hôpital, comportant dix places d'hospitalisation de jour. Certains patients viennent de l'extérieur, ils vivent dans leur domicile ou dans une institution. Des activités expressives, de socialisation, corporelles y sont menées. Les patients viennent au Village deux à trois fois par semaine. Cette unité concerne les patients sans langage ou avec peu de capacités expressives à la suite de pathologies lourdes et invalidantes. Les ateliers thérapeutiques ont des objectifs globaux de resocialisation et de rétablissement d'un mode de communication adapté. Ensuite, ces objectifs sont individualisés et personnalisés pour chaque patient. Au-delà d'une démarche d'humanisation de la prise en charge par la reconnaissance de l'individualité de chacun des patients, il y a une démarche d'accès à la citoyenneté par la place d'acteurs qui leur est donnée dans la vie du Village.



Le pôle 6 a-t-il des "antennes" à l'extérieur de l'hôpital pour accueillir les personnes éloignées de l'hôpital du Rouvray ?

Oui, les soins ambulatoires sont corrélés dans deux structures de jour, à Darnétal et à Neufchâtel. À Darnétal, des activités en Centre Médico-Psychologique (CMP) sont dispensées et les patients peuvent aussi bénéficier d'une prise en charge en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

L'activité d'hospitalisation de jour est regroupée depuis 2 ans sur le site de l'hôpital de jour de Rouen ST GERVAIS, avec celle des secteurs 3 et 5.

À Neufchâtel, les activités sont diversifiées. En plus des CMP et du CATTP, un hôpital de Jour prend en charge des patients et un point écoute reçoit

les adolescents. La ville de Neufchâtel compte quatre internats, cette population scolaire génère une demande de soins psychologiques et les zones rurales sont peu pourvues en professionnels spécialisés.

> En conclusion ?

Le Pôle 6 bénéficie d'un dispositif de soins tant intra-hospitalier qu'extra-hospitalier équilibré et renouvelé qui permet aux professionnels de répondre avec ses moyens aux demandes de la psychiatrie générale.

N'oublions pas que le nom de Frantz FANON que nous avons souhaité associer à cette Clinique, nous oblige à penser le soin psychique comme une désaliénation, c'est-à-dire une réhabilitation de l'humain.

Frantz Fanon



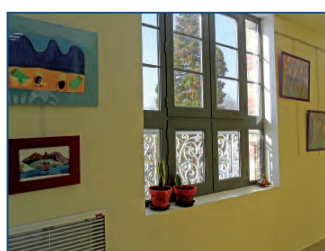
Biographie de Frantz FANON

Psychiatre né en 1925 à La Martinique, il fait l'expérience du racisme dans son parcours de formation et de ses premières expériences professionnelles malgré un engagement personnel dans la seconde guerre mondiale. Une solide formation philosophique lui permet de construire une œuvre intellectuelle remarquable sur l'aliénation coloniale et sur les mécanismes de la désubjection par l'assignation raciale des colons et notamment celle de l'École de Psychiatrie d'Alger, à laquelle il se confronte en devenant médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Blida en 1953. La lecture de son premier livre : *Peau noire, masques blancs* constitue encore aujourd'hui un choc intellectuel et littéraire sur l'aliénation. C'est en psychiatre clinicien que FANON décrit le traumatisme colonial et exerce des méthodes de thérapie institutionnelle très novatrices, son œuvre de clinicien est remarquable avec une capacité de compréhension des phénomènes d'aliénation au singulier sans perdre de vue l'universalité de l'humain. En 1957, il entre en résistance politique en rejoignant les rangs du FLN pour participer à la lutte pour l'indépendance de l'Algérie après avoir démissionné de son poste de psychiatre des hôpitaux. Il devient ambassadeur du

gouvernement provisoire algérien en Afrique et participe aux écrits politiques sans laisser son activité de psychiatre à Tunis. La mort vient le saisir avant qu'il ne connaisse l'indépendance de l'Algérie, en 1961. Son dernier livre : *Les damnés de la terre* constitue un manifeste tiers-mondiste mais peut aussi être lu comme une étude anthropologique sur le post-colonialisme. FANON est la figure emblématique du psychiatre engagé non pas seulement au service d'une cause politique mais d'une éthique sans compromis de l'humain qui peut encore inspirer nos pratiques actuelles de la désaliénation. Sa mort à 36 ans le fixe à jamais dans une posture héroïque de l'intellectuel engagé et du psychiatre radical. Il est notable que son œuvre soit étudiée dans la plupart des universités du monde et qu'il soit si méconnu en France. Nous gardons un souvenir ému de la réunion scientifique que nous avons pu réaliser le 8 avril 2011 à la Clinique FANON au Centre hospitalier du ROUVRAY avec la participation si passionnée d'Olivier FANON, son fils et d'Alice CHERKI, psychiatre et biographe.

P.L.

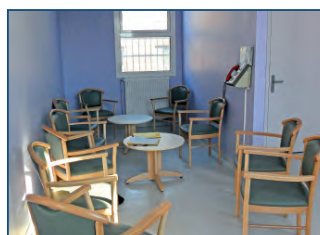
Le village



Ouverture de la Résidence LE RELAIS

Elle s'est ouverte le 6 février pour accueillir progressivement ses premiers résidents dans les locaux de l'ancien U NACOR remis en état.

Prévue pour 10 chambres dont 2 d'essai, elle constitue un dispositif de réhabilitation psycho-sociale par le logement encadré et est destinée aux patients désocialisés sous l'effet de leur pathologie et d'une longue hospitalisation.



La mission des soignants est d'accompagner les résidents vers le retour à la pleine citoyenneté en tenant compte de leurs déficiences ou blocages fonctionnels.

Espace de transition et espace transitionnel, mais aussi espoir d'un ailleurs encore à moitié dans les murs et ouvert sur le dehors. Reconstitution du temps: celui du contrat pour avancer vers d'autres dispositifs de réhabilitation comme les appartements collectifs ou individuels de la Clé.

Dans la filière de soins de réhabilitation, la Résidence le Relais constitue un maillon important qui devra s'articuler avec d'autres dispositifs existants ou à créer.

Souhaitons longue vie à la Résidence Le Relais.

Docteur Pierre LEGRAND, Chef du Pôle 6

Coordination de la commission d'hébergement pôles 4, 6 et 7

La coordination de l'hébergement thérapeutique est née de la rencontre de trois équipes soignantes pour lesquelles « habiter », vivre chez soi, pouvait nécessiter des soins et, de là, constituer une médiation thérapeutique.

Soins et médiations permis depuis 25 ans par l'association « la Clé » dont le but était de rendre possible la sortie des patients hospitalisés au très long cours pour cause d'apragmatisme surtout et qui, actuellement offre à une centaine d'entre eux d'être logés. Nous disposons ainsi de plusieurs appartements collectifs dans lesquels nous avons peaufiné notre savoir-faire en la matière au fil des ans.

Les équipes des pôles 4, 6 et 7 se sont aperçues de leur intérêt commun pour ce support soignant, tout autant que des réponses différentes qu'elles pouvaient proposer à des patients très fragiles. Appartements collectifs en ville pour le pôle 4 (un appartement avec présence soignante quotidienne est ouvert depuis un an, deux devraient ouvrir d'ici le second semestre), appartement collectif au sein du C.H. du Rouvray, « la Passerelle » entre l'Unité de Préparation à la Sortie (U.P.S.) et le dehors pour le pôle 7, maison thérapeutique pour le pôle n° 6, première étape vers une liberté plus grande.

Trois propositions nées d'une tradition soignante propre à chacun, mais surtout trois idées de création d'espaces transitionnels per-

mettant de s'adresser à des personnalités différentes et à des moments particuliers de leur parcours existentiel, de leur entrée en prise de réparation psychique.

Point commun: la présence soignante quotidienne qui va au-delà d'un simple étayage dans le contexte des soins ambulatoires sectoriels.

La coordination devrait assez rapidement proposer autour de vingt-cinq places dans ce cadre.

Projet à la fois modeste et ambitieux, qui outre la volonté d'offrir une porte de sortie à certains patients, s'inscrit dans la suite d'une expérience ancienne et efficace: le risque calculé sera plus grand puisque nous nous adressons à des patients plus « fragiles », mais nous rappelons le faible taux de ré-hospitalisation de nos patients suivis depuis des années dans des appartements de « La Clé ».

Docteur Jean Marc VILLON, Coordinateur médical

**4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN
Tél. : 02 32 95 12 34 - Fax : 02 32 95 10 49**

- Coordinateur médical : **Dr Jean-Marc VILLON**
- Coordinateur para-médical : **M. Hervé BOUILLIN - 06 79 83 52 21**
- Secrétaire : **Chrystelle COUSIN - poste 57 90 ou 54 04**

Sur-occupation et mise en place d'une cellule de veille

Mise en œuvre à compter du 6 octobre 2011.

Composition :

- 1 médecin de l'UNACOR
- Le cadre de santé de l'UNACOR ou son représentant
- Le directeur adjoint chargé de l'accueil ou son représentant
- Le directeur des Soins Infirmiers
- Le directeur « de garde »

Attributions et fonctionnement :

Cette cellule est opérationnelle en semaine. Le week-end et les jours fériés elle est remplacée par le trio « directeur de garde/PH de garde/cadre de santé de permanence ».

Sur la base des informations relatives à la disponibilité des lits d'hospitalisation qui sont collectées et synthétisées par le cadre de santé de l'UNACOR vers 15 heures :

- Décide si l'établissement est en situation de sur-occupation,

- Met en œuvre des mesures « spéciales » et notamment :
 - Envoie un message d'alerte aux unités et structures extérieures potentiellement concernées (médecins, CSS et CS, secrétariat).
 - Contacte le CHU de Rouen (sites Charles Nicolle et St Julien) + le CH d'Elbeuf (Les Feugrais) pour signaler la sur-occupation et leur demande d'orienter les patients Hospitalisation Libre (HL) vers d'autres établissements et d'éviter les transferts sur le CH du Rouvray qui peuvent attendre.
 - Retarde le retour de certains patients HL en permission de sortie en accord avec le service.
 - Contacte les différents CHS de la région pour demander si des lits sont disponibles (malade HL pas lourd) : CHS Evreux (Navarre), CH Dieppe, CH Le Havre, CH d'Abbeville, CHS d'Amiens et CHS de Caen.
 - Fait procéder à l'installation au fur et à mesure des besoins des 17 lits « complémentaires » Selon la situation la cellule de veille décide à chacune de ses réunions de la date sa prochaine réunion.
- Informe l'ARS de la situation.

Michel ANGELLOZ-NICOUD

Directeur Adjoint chargé de l'accueil et des finances

➤ Journée Portes Ouvertes à L'Unité pour Malades Difficiles

Le 16 décembre 2011, le personnel du Rouvray et les membres du Conseil de Surveillance ont été conviés à participer à la découverte de l'Unité pour Malades Difficiles. La visite était guidée et commentée par Madame le Docteur L. EFEBVRE, Responsable de l'unité, Madame LASSERRE, Cadre supérieure et de Santé et Madame PREVOST, Cadre de Santé. Les visiteurs ont pu observer l'architecture mise en place permettant pour les patients une hospitalisation de qualité et pour les personnels des conditions de travail ergonomiques et sécurisées.



La Certification ISO 2001 version 2008 de la Direction des Services Economiques et Logistiques (DSEL)



Un bref historique...

2006 : Obtention du certificat ISO 9001 v 2000 par l'UPC (Unité de Production Culinaire).

2009 : Renouvellement du certificat dans sa version ISO 9001 v 2008 pour l'UPC,

Obtention du certificat ISO 9001 v 2008 par la DSEL.

2010 : Réunification des deux périmètres, l'UPC devient alors un macro processus de la DSEL.

2011 : L'audit de suivi révèle **10 points forts et 5 pistes de progrès**.

2012 : Préparation de l'audit de renouvellement complet du certificat, intégration dans la démarche du service lingerie, de la section investissement et de la reprographie.

Les objectifs de notre démarche qualité

Pour notre service, cette démarche d'amélioration continue est déclinée autour de **5 axes** qui constituent notre politique qualité :

- Faire de la satisfaction de nos clients notre priorité.
- Maîtriser les exigences de qualité et de sécurité de nos prestations.
- Développer la prévention des risques et rechercher en permanence l'amélioration des conditions de travail du personnel afin de protéger sa santé et sa sécurité.

> La journée du Souffle



**se déroulera
le dimanche 13 mai 2012**

Au programme de cette journée :

- Le matin : courses pédestres de 6, 9, 12 km
- L'après-midi : course VTT 12 km
- Toute la journée : foire à tout, animations musicales, restauration

- Contribuer à la performance économique de l'établissement en maîtrisant mieux nos coûts de fonctionnement.
- Agir avec le souci de l'environnement dans l'ensemble de nos activités.

Le fonctionnement de la démarche

Autour de la directrice et de la responsable qualité, pour chaque service, un pilote et son copilote gèrent le processus qualité de son secteur. Ce sont eux, sans aucun doute, les mieux placés pour vous en dire quelques mots :

- > « Cette démarche est venue compléter et développer la politique de satisfaction mise en place auprès des services, des patients et des personnels de l'établissement » elle a également permis « d'optimiser les différentes pratiques liées au service » : M. Zérouak, M. Darnanville et l'équipe du Magasin Général.
- > Pour M. Raux, M. Bredel et l'équipe du service Gestion des Espaces Verts : « La certification a permis la structuration de l'ensemble des activités du service, l'identification de points de fragilité, la recherche permanente de solutions d'améliorations et l'assurance d'une qualité optimale ».
- > « La certification n'a engendré aucun changement au quotidien mais a contribué à une amélioration de la traçabilité et a donné envie aux agents de produire de la qualité » : Mme Balière, M. Levillain et l'équipe du service Hygiène des locaux.
- > Pour Mme Rio, M. Bénard et toute l'équipe de l'UPC : « Le renouvellement de la certification constitue une preuve de nos efforts constants et de notre engagement. Grâce à cette démarche, nous avons établi avec succès une relation de confiance avec nos clients. Cependant, conscients de la fragilité de ces acquis, nous restons vigilants pour maintenir le niveau de qualité attendu ».
- > « L'approche du fonctionnement d'un secteur par son processus qualité est une bonne entrée en matière lors d'une prise de fonction » : Mme Thuriault, secteur achats-exploitation.
- > Enfin et pour conclure, M. Lelièvre, Mme Mallet, M. Sénécal, et leurs équipes précisent que : « le renouvellement de la certification ISO 9001 v 2008 obtenu par la DSEL en décembre 2011 nous encourage à poursuivre et à améliorer encore la qualité de nos prestations ».

Thérèse DERISBOURG, Directrice
Laura CHERON, Ingénieure
Direction des Services Économiques Logistiques

Les travaux en cours



Entrée principale
Accès, clôture et portails coulissants



Entrée secondaire
Accès, clôture et portail



BT 808 Aloïse - Réaménagement RDC



BT 218 - Future Unité Henri EY



Logement 305 - Réaménagement - Chambres préparation à la sortie



BT 207 ex Unacor provisoire - Réaménagement - Chambres préparation à la sortie



BT 205 Transit - Unité « Tilleuls »
Réaménagement pour accueil



BT 323 UMD
Création d'une route d'accès

> Cérémonie des Vœux et Médailles



Le 20 janvier, Madame HAMON, Directrice, Monsieur de FALCO, Président du Conseil de Surveillance et Monsieur le Docteur HAOUZIR, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, ont présenté leurs vœux au personnel du Rouvray.

Après la cérémonie des vœux, 88 agents de l'Etablissement ont reçu une médaille d'honneur du travail régionale, départementale ou communale.



25 médailles ECHELON "OR" pour 35 ans de service : M-Christine BERIDEL, Dominique BERTHELOT, Corinne BOUCHER, Josette CANARD, Jocelyne CAPUT, Olga CARON, Sylvie CARRE, Ghyslaine FALHOUN, Michèle GUGUEN AUBERT, Martine HAQUET, Christine HARDIER, Catherine LANGLOIS, Corinne LE BECHEC, Véronique LELIEVRE, Pascal LISSOT, Dominique MABON, Maud MARCHAND, Elna MARIE, Annie MORIN, Denise PENEAUT, Claudine PERRIER, Didier QUINT, Armelle RACINE, Joëlle TOUCHET, Nadine VIEILLLOT.

27 médailles ECHELON "VERMEIL" (30 ans de service) et 36 médailles ECHELON "ARGENT" (20 ans de service).



La Démence

En raison du vieillissement actuel de la population et du manque de structures d'accueil et de prise en charge pour les personnes âgées dépendantes, le nombre de patients âgés et notamment souffrant de démence admis au centre hospitalier du Rouvray ne cesse d'augmenter. Il nous semblait intéressant, à cette occasion, de faire un bref rappel sur la démence.

La démence se définit par un affaiblissement progressif des fonctions cognitives en rapport avec une altération cérébrale et entravant l'autonomie. Elle concerne environ 5 % des plus de 65 ans et 20 % des plus de 85 ans.

Cette définition exclut donc les troubles cognitifs peu invalidants n'entraînant pas de perte d'autonomie. Autrement dit, on peut souffrir de troubles cognitifs sans être dément.

La définition de la démence dans les classifications nosographiques comme le DSM IV reprend bien cette notion de perte d'autonomie du fait de troubles de la mémoire associés à une atteinte d'une autre fonction cognitive. On désigne par fonctions cognitives : la mémoire, le langage, les praxies (capacité à savoir faire), les gnosies (capacité à savoir reconnaître), le jugement et le raisonnement et les fonctions exécutives (ensemble des fonctions de régulation et de planification des actions dans un but précis).

Le diagnostic de démence est clinique et ne repose sur aucun examen complémentaire. Il repose sur l'interrogatoire du patient et de son entourage afin d'évaluer l'autonomie réelle. On retiendra donc un diagnostic de démence devant un trouble de la mémoire associé à un trouble cognitif (aphasie, apraxie, agnosie, troubles du jugement et/ou troubles des fonctions exécutives) évoluant depuis au moins 6 mois et entravant l'autonomie dans la vie quotidienne et en l'absence de diagnostic différentiel (syndrome confusionnel et pseudo-démence dépressive). Le syndrome confusionnel se caractérise par des troubles de la vigilance, de l'attention, des phénomènes délirants évocateurs d'un rêve (oniriques), une désorientation temporo-spatiale et une inversion du cycle veille-sommeil. Ces symptômes sont de survenue brutale, à la différence du syndrome démentiel qui est généralement d'apparition progressive, et sont en rapport avec une cause somatique (infections, toxiques, sevrage...). Le syndrome confusionnel le plus classique est le delirium tremens, survenant lors d'un sevrage alcoolique. La pseudo-démence dépressive se définit par un état d'affaiblissement brutal et réversible des fonctions cognitives dans un contexte de dépression ; un traitement antidépresseur d'épreuve reste conseillé.

Le diagnostic de démence établi, se pose la question de sa cause (étiologie) et c'est dans ce contexte que vont intervenir les explorations complémentaires ; celles-ci comprennent le bilan biologique, les imageries cérébrales morphologiques et fonctionnelles, les éventuelles explorations électro-encéphalo-graphiques et l'évaluation neuropsychologique. Cette dernière est indispensable dans l'évaluation qualitative et quantitative des troubles, c'est un des points forts du diagnostic étiologique.

Le bilan de démence permet d'éliminer une cause curable de démence comme les carences en vitamines, certains troubles métaboliques et endocriniens, les hydrocéphalies à pression normale et autres causes neurochirurgicales (tumeur, hématome...).

Parmi les causes de démences, on distingue les démences neuro-dégénératives, les démences vasculaires (liées à des accidents vasculaires ou à des lacunes cérébrales), les causes toxiques (avec l'alcool en tête de liste dans nos régions...), endocrinologiques et métaboliques, les causes infectieuses, les causes tumorales, traumatiques et systémiques. On parle de démence mixte devant l'association d'une démence neuro-dégénérative et vasculaire.

Les causes neuro-dégénératives impliquent une perte neuronale progressive

dont l'étiologie n'est pas toujours connue. Les causes de démences dégénératives sont très nombreuses, les plus répandues sont : la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy, les démences fronto-temporales, la démence de la maladie de Parkinson.

La maladie d'Alzheimer, la plus fréquente des démences neuro-dégénératives, se présente initialement par un trouble de la mémoire épisodique (autobiographique) récente, puis s'y associent des troubles du langage (aphasie), des troubles de la capacité à faire des choses (apraxie), des troubles de la reconnaissance des objets (agnosie), constituant le syndrome aphaso-apraxy-agnosique. Au stade ultérieur, la perte neuronale s'étend à l'ensemble des fonctions cognitives.

La démence à corps de Lewy se caractérise par l'association fluctuante de troubles de la mémoire, d'un syndrome extrapyramidal avec chutes fréquentes, de troubles du sommeil paradoxal et d'hallucinations essentiellement visuelles. Ce dernier symptôme est essentiel car il peut être à l'origine d'erreur d'orientation avec des patients pris à tort pour des patients souffrant de troubles psychiatriques. Il est d'autant plus important de faire le diagnostic de démence à corps de Lewy, que chez ces patients la prescription de neuroleptiques peut se révéler particulièrement dangereuse.

Concernant la maladie de Parkinson, on ignore trop souvent que celle-ci s'accompagne d'un syndrome démentiel dans environ 20 % des cas.

La démence fronto-temporale (DFT), il serait sans doute plus judicieux de parler des démences fronto-temporales, revêt des particularités cliniques d'allures psychiatriques importantes à connaître. Dans la forme comportementale de la DFT, il existe des formes apathiques qui peuvent mimer un syndrome dépressif. Il existe aussi des formes hyperactives avec une certaine jovialité, un comportement désorganisé et désinhibé qui pourront donner lieu à un diagnostic de manie. La question du traitement sera là encore fondamentale puisque les patients souffrant de DFT supportent très mal les neuroleptiques, pourtant souvent proposés devant leur agitation.

Enfin, reste la question de la classique, mais peu documentée, évolution vésanique de certaines pathologies psychiatriques (troubles bipolaires, schizophrénie initialement désignée par le terme de démence précoce). Ainsi décrivait-on une évolution démentielle inhérente à la pathologie mentale, cette notion est actuellement sujet à controverses.

Parmi les démences dégénératives les plus fréquentes, il est intéressant de souligner le lien ténu avec la psychiatrie et certains diagnostics restent difficiles. C'est souvent le suivi au long terme qui permet de trancher entre un état psychiatrique (dépression, délire, manie) et une démence. De plus, les patients souffrant de démences présentent très souvent des troubles psycho-comportementaux dont certains nécessitent une prise en charge psychiatrique.

En ce qui concerne le traitement, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement étiologique des démences et les rares traitements symptomatiques se révèlent d'une modeste efficacité. Il n'en demeure pas moins que ces patients relèvent parfois d'une prise en charge spécifique.

**Docteur Marie DESBORDES pour l'Association Scientifique du Rouvray
Responsable Service de Soins Psychiatriques pour personnes âgées**

Approche historique : des conditions d'accueil des malades mentaux rouennais débutée à la Révolution (suite)

Rappel : avant le XIX^e siècle, le droit coutumier normand imposait aux familles « de faire mettre en sûre garde » ceux qui étaient « troublés d'entendement ». À Rouen, la Maison de Saint-Yon joua ce rôle jusqu'à la Révolution. Le dépôt de mendicité établi par un décret de novembre 1810 fut fermé en 1821. En profitant de l'opportunité de financement par des rentrées financières inescomptées, le département de Seine Inférieure construira un asile à l'emplacement de l'ancienne Maison de Saint-Yon en référence au modèle architectural préconisé par Esquirol dont les travaux débiteront en 1822 pour s'achever en 1825.

C'est en juillet 1826 que seront admis les premiers aliénés comme on les nommait à l'époque. Progressivement, tous ceux qui étaient enfermés à l'Hospice Général y seront conduits. Les descriptions que l'on trouve des lieux sont élogieuses. On décrit des jardins élégants plantés d'arbustes et de fleurs destinés à la promenade des occupants, des cellules très agréables. D'aucuns prétendent que les aliénés ne sont plus considérés comme les malades les plus à plaindre. Saint-Yon sera un des premiers lieux d'essais de cette « thérapeutique par les murs » défendue par Esquirol. Et, c'est un de ses disciples, le Dr Foville, qui y sera le premier médecin chef. Esquirol dira en 1838 que « l'asile de Saint-Yon est l'un des meilleurs établissements d'aliénés ».

Cependant, ce jardin d'Eden ne doit pas dissimuler les utilités thérapeutiques recherchées par ce « lieu privilégié », cette « thérapie par les murs ». Pour Pinel, il faut préconiser un exercice pris en plein air. « Nul principe, dit-il, sur lequel la médecine ancienne et moderne soient d'un accord plus unanime ». Esquirol développe également l'idée que les aliénés ont besoin d'espace pour donner libre cours aux mouvements auxquels leurs pathologies les obligent.

À la même époque, en s'appuyant sur ce concept architectural-spatial, Falret et Voisin disent le plus grand bien de l'isolement des malades mentaux. Pour eux, il faut changer le mode d'existence des aliénés en les tenant éloignés des lieux, des personnes, des circonstances qui ont été la cause ou qui ont entretenu les troubles. En outre, ils considèrent que l'isolement satisfait en même temps l'intérêt des malades, de leurs familles et de la société.

Les nouvelles constructions de l'asile de Saint-Yon dans le faubourg Saint Sever répondaient à ces attentes. Elles étaient composées de cinq cours carrées dont l'esthétique empruntait son aspect à l'architecture gréco-romaine. Celles-ci étaient affectées aux malades qui réclamaient une attention particulière. Deux étaient entourées de bâtiments destinés à l'accueil des femmes, deux à celui des hommes et la cinquième, de trente-deux cellules dites « de force », accueillait les malades les plus agités. En effet, les malades sont autorisés à aller presque toujours librement dans les cours, mais la

séquestration est décrite comme un moyen parfois nécessaire, « employé avec succès pour les apaiser ».

Entre les cours des hommes et celles des femmes le pavillon de bains renferme vingt-quatre baignoires avec un appareil à douche.

Les bâtiments qui encadrent les cours réservées aux hommes ou aux femmes sont construits sur une organisation semblable. Un petit bâtiment à l'entrée sert de logement aux sœurs qui sont au nombre de 21 au total en 1828 et aux infirmiers au nombre de 12 à la même époque. De chaque côté s'alignent les cellules. Une galerie couverte court le long des bâtiments pour se promener par temps de pluie. Au centre on trouve un jardin.

Les cellules font 10 pieds de long, 8 de large et 11 de haut (3,05 m x 2,44 m x 3,55 m soit 7,44 m²). Pour chacune d'elle, une fenêtre donne sur la galerie. Elles sont closes par des volets de bois ou de grillage solide.

Nous sommes à l'aube de la Monarchie de Juillet, les ultra-royalistes abandonnent le pouvoir aux libéraux, un projet de réorganisation administrative de la France échoue, les 3 glorieuses vont sonner le glas de la Restauration (1830). Les mœurs évoluent peu, les aliénés restent des fous dont on se défie, qui coûtent ou posent des problèmes de patrimoine, en ces temps difficiles.

* Les chambres construites aujourd'hui à l'hôpital mesurent environ 12 m².

**Pascal PENEAUT, Directeur des soins
Fonds documentaire du CH du Rouvray**



Quadrimestriel - n°47 février 2012
Revue d'information du Centre Hospitalier du Rouvray
4, rue Paul Eluard - BP 45 - 76301 Sotteville-lès-Rouen

Directrice de la publication : Véronique Hamon

Comité de rédaction :

Jackie Aubert, Nicole Bessière, Armelle Cuomo, Benoît Demas,
Christian Navarre, Pascal Peneaut, Martine Reymond, Antoine Rosier,
Ronan Sanquer, Valérie Simon, Marie-Claude Tirquit

Photos : Comité de rédaction

Conception et réalisation : Italic'Communication
24, rue de Fauville - 27000 Évreux - Tél. 02 32 39 15 49
N° ISSN - 1269-147X