



Prise en charge des patients psychiatriques en soins palliatifs

Dr Radoine HAOUI Psychiatre -Centre Hospitalier Gérard MARCHANT(31)

16ème journée régionale -13/10/2017

Société Française d'Accompagnement et des soins Palliatifs



CAS CLINIQUE



- ✚ **Histoire de la maladie** : Patiente de 57 ans vivant à son domicile amenée par son curateur aux urgences le 00/00/00 pour bilan d'AEG et dyspnée.
- ✚ **A son arrivée aux urgences** : Découverte d'un cancer du sein droit métastatique avec épanchement pleural et métastase cérébrale. Patiente cachectique et dyspnéique.
- ✚ **Anamnèse** : Ingénieur chimiste en invalidité depuis plusieurs années, ATCD de Psychose Hallucinatoire Chronique, mais n'est plus suivie depuis plus de 10 ans. Isolement psycho-social. Célibataire et sans enfant.
- ✚ **Sur le plan clinique** :
 - D'un point de vue somatique : patiente consciente, calme. Elle est tachycarde, polypnéique avec signes de déshydratation.
 - D'un point de vue psychiatrique : délire à thématique d'empoisonnement % à sa pathologie néoplasique (elle pense s'être intoxiquée par du plastique, qui serait "tombé dans les seins puis le poumon"). Elle nie le diagnostique et refuse tout traitement, et tout soin avec les objets contenant du plastique.
 - Mise sous oxygène en raison d'un tirage inspiratoire : La patiente accepte les lunettes après une longue discussion et réassurance mais refuse le masque à oxygène et perfusion
- ➡ **Décision d'un transfert du service d'urgence vers un autre service somatique spécialisé**



Evolution dans le service de soin somatique



- ✚ Proposition d'une chimiothérapie à la patiente : refus en lien avec son délire (« la chimie tue »)
- ✚ Soins palliatifs retenus en équipe pluridisciplinaire : pronostic et mauvaise compliance de la patiente aux soins
- ✚ Equipes soignantes et médicales du service somatique mobilisées autour d'elle pour des soins de confort : difficultés à entrer en contact avec elle car opposée à tout traitement par perfusion et de la sonde à oxygène (« je ne veux pas boire du jus de plastique »)
- ✚ Décision de l'équipe pluridisciplinaire du service :
 - ✓ Organiser le transfert de la patiente en établissement spécialisé psy
 - ✓ Initiation d'un Soin à la Demande d'un Tiers-procédure d'urgence % refus de soins somatiques et présence d'un délire



Transfert en Secteur de psychiatrie



- ✚ Liens médicaux et soignants « morcelés » :
 - ✓ Peu d'infos claires sur l'état clinique actuel notamment somatique hormis la décision de « ne pas s'acharner sur le plan thérapeutique »
 - ✓ Les troubles du comportement mis en avant et difficulté à dispenser des soins somatiques en lien avec son délire

- ✚ Admise finalement en Soins Sans Consentement au CHS :
 - ✓ Patiente calme et sans aucune plainte, semble abattue
 - ✓ Pas d'indication à un soin sans consentement % état clinique somatique prévalent : pas de confirmation du SDT par le psychiatre du CHS
 - ✓ Présence soignante à son chevet : rassurante et sécurisante et tentative de lui mettre de l'oxygène
 - ✓ Aucun médicament psychotrope dispensé % état clinique somatique

- ✚ Décès de la patiente le lendemain de son admission dans l'unité de psychiatrie générale du CHS



Epidémiologie



- ✚ Retentissement des co-morbidités somatiques participe à la diminution de l'espérance de vie des schizophrènes par rapport à la population générale (*Newman et al., 1991*)
- ✚ Principales causes de décès des patients souffrant de maladie mentale (*Parks et al., 2008*)
 - ✓ 40% par suicide et mort accidentelle
 - ✓ 60% par maladies physiques
- ✚ Précocité d'une prise en charge somatique pour les malades psy importante car influence le pronostic
 - ✓ Patient exprime peu de demandes (souvent déni aussi de la maladie somatique)
 - ✓ Nombreux FDR (iatrogène, sédentarité, tabagisme, addictions...)
 - ✓ Difficultés d'accès aux soins (peu de médecins traitants désignés et peu de suivi)

Principales causes de morbi-mortalités



- ✚ Cancer : 2ième cause de décès après le suicide
 - ✓ cancer du poumon chez les hommes,
 - ✓ cancer du sein chez les femmes (*Tran E, Rouillon F, Loze Jy et al: Cancer (2009) 115, 3555-3562*)
- ✚ Pathologies Cardio-Vasculaire
- ✚ BPCO
- ✚ Infections (hépatites, VIH,...)
- ✚ Diabète



Soins palliatifs : Quèsaco ?



- ✚ La démarche des soins palliatifs : question pour le soignant, passer d'une médecine du corps à une médecine de l'homme tout en respectant son mode culturel, social, relationnel et psychique
- ✚ Toute démarche de soins doit inscrire la double dimension: corps et psyché
- ➡ Mais en réalité : *dichotomie existe encore entre le corps/esprit pour les professionnels de santé*
- *méconnaissance réciproque des compétences du somatique et du psychiatrique dans ce domaine*
- *Cloisonnement des spécialités*



Quelles difficultés pour les patients psychiatriques en soin palliatif ?



✚ Problématiques de prise en charge de patients psy en fin de vie dans une unité de soins palliatifs :

- ✓ patient dyscommunicant : expression de la douleur, recueil des plaintes,
- ✓ compliance des patients : prise du traitement, examens
- ✓ troubles du comportement : refus, agressivité, confusion, délire rendant la prise en charge du confort difficile
- ✓ instabilité sur le plan psychomoteur, « chronophage » pour les soignants
- ✓ patient « déroutant », vécu comme imprévisible
- ✓ comment aborder la mort et recueillir les directives anticipées ?
- ✓ comment rassurer le patient, évaluer l'effet d'un traitement antalgique et soin de confort?
- ✓ comment trouver un équilibre entre le traitement psychiatrique et somatique?



Quelles difficultés pour les patients psychiatriques en soin palliatif ? (bis)

- ✚ **Problématiques de prise en charge de patients psy en fin de vie dans les services de psychiatrie :**
 - ✓ cohabitation avec des patients ayant des pathologies aiguës voire dangerosité psy
 - ✓ personnel soignant peu à l'aise sur les soins techniques somatiques
 - ✓ chambres non adaptées : pas de prise O2 murale dans les chambres mais de bouteilles ou extracteurs disponibles)
 - ✓ pas de plateau technique même si présence de temps de médecins généralistes au CHGM (ex 2ETP de généralistes pour 350 patients)

ECUEILS



- ✚ Se focaliser sur les seuls ATCD psy ou sur la pathologie psy moins prégnante à ce moment là
- ✚ Peur de la maladie psy en soin somatique et de la maladie somatique en psy : chacun avec ses représentations!!
- ✚ Dissocier le soma (les techniciens) du psyché (les spécialistes de l'écoute) et de ne pas se concentrer sur la fin de vie
- ✚ Ne pas s'articuler entre les services soma et psy pour partager les compétences et ne pas échanger sur les difficultés rencontrées
- ✚ Transférer le patient en Soin Sans Consentement pour des motifs somatiques en lien avec les troubles du comportement : Non adapté



Place de la psychiatrie dans une pec en soin palliatif



- ✚ La pec psychiatrique = un complément à la PEC en soin palliatif
- ✚ Prise en compte des troubles dans sa globalité
- ✚ Mettre en commun les savoirs faire de chacun (somatique+psychiatrique)
- ✚ Réguler les tensions de l'équipe soignante (clivage de l'équipe soignante) du fait d'une clinique complexe
- ✚ Aide au « décodage » comportemental et donner des « outils » de pec : patient « demandeur » ou « adhésif »



Quelques recommandations simples



1. Avoir une attitude bienveillante, rassurante et sécurisante
2. Être attentif à tout changement de comportement du patient
3. Prendre en considération la plainte du patient même si elle semble inadaptée au 1^{ier} abord
4. Installer un climat de confiance
5. Soulager rapidement la douleur
6. Avis spécialisé si nécessaire : par ex Réunion Clinique Pluridisciplinaire ou Supervision d'Equipe



Quelques recommandations simples (bis)



7. Si décision d'un transfert en psychiatrie : décision doit être concertée afin de préparer l'admission dans de bonnes conditions :
- ✓ Matériel adapté : matelas anti escarre, lève malade, fauteuil roulant, ou fauteuil coque,
 - ✓ Renfort de personnel
 - ✓ Sensibilisation du personnel et soutien de l'équipe par le cadre, le médecin
 - ✓ Liens avec la famille, personne de confiance,...
 - ✓ Débriefing lors de la mort car c'est toujours un deuil
 - ✓ Aide du Réseau Reliance



CONCLUSION



- ☛ D'abord pluridisciplinaire +++: gage du succès
 - ☛ Principe de dignité et de bienveillance : primordial
 - ☛ Approche globale du patient psychiatrique et personnalisé : « un savoir faire » et un « savoir être » adapté à la différence, et à la difficulté
 - ☛ Travail d'équipe +++: solliciter le dialogue avec chacun des intervenants, partage d'expérience et d'expertise, se donner les moyens d'envisager ensemble les valeurs à promouvoir, proposer des orientations d'approche
 - ☛ Possibilité de prendre en charge des patients en fin de vie en psychiatrie nécessite un partage des connaissances et un travail en inter et pluridisciplinaire
- ☛ Prendre soin et accompagner des patients psy vers leur fin de vie , est-ce donc tellement différent?



Merci pour votre attention

