Prise en charge somatique des patients* atteints de troubles psychiatriques

Volume 1

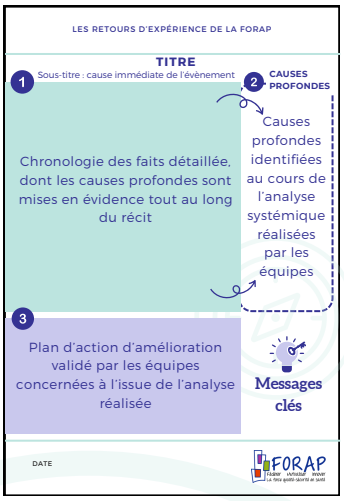
Les parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale traversent tous les secteurs de soins : sanitaire, médico-social et ville.

La pathologie psychiatrique induit des risques spécifiques qui se répercutent sur la prise en charge somatique et psychiatrique. Ils sont liés à l'impact de la pathologie psychiatrique sur les signes cliniques, à l'observance thérapeutique, ou encore à la iatrogénie médicamenteuse.

La prise en charge de ces patients nécessite donc une coordination fluide des équipes de santé mentale et somatiques.

Cette fiche de retour d'expérience de la FORAP présente l'analyse d'événements indésirables survenus en santé mentale, pour lesquels les équipes de soin et d'accompagnement ont fait appel au soutien et à l'expertise de leurs structures régionales d'appui. Elle est destinée aux équipes qui souhaitent sécuriser ces prises en charges spécifiques.

Comment lire cette fiche ?



Ce que l'on retient

- Les prises en charge psychiatriques et somatiques doivent se coordonner :
  - un examen somatique est réalisé devant toute symptomatologie nouvelle, même lorsque les troubles psychiatriques sont connus,
  - un suivi somatique est accessible à tout patient atteint de trouble psychiatrique,
  - toutes les informations psychiatriques et somatiques sont explicites, tracées et accessibles à l'ensemble des professionnels impliqués.
- La sortie thérapeutique fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique en psychiatrie et engage la responsabilité des soignants et des structures. Elle présente des vulnérabilités spécifiques à prévenir.
- L'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques est un défi à relever en équipe pluridisciplinaire pour l'élaboration des projets personnalisés et thérapeutiques. Au-delà des structures, la coordination de l'ensemble des acteurs du territoire est indispensable pour sécuriser les parcours de ces patients.
- La tolérance des neuroleptiques est régulièrement évaluée. Une vigilance particulière est apportée au repérage des troubles de la déglutition, de la constipation, des symptômes cardiaques et fonctionnels urinaires ainsi que de la douleur. Ces signes d'alerte et la réévaluation des traitements font l'objet d'évaluations régulières en équipe pluridisciplinaire.

*Le terme « patient » fait référence aux patients, résidents et personnes accompagnées souffrant de troubles psychiatriques

JANVIER 2025

FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La force qualité-sécurité en santé

« IL FAUT HOSPITALISER MON FRÈRE EN PSY ! »

CAUSE IMMÉDIATE : Retard de diagnostic d'une fracture de l'os frontal chez un patient alcoolisé et présentant des troubles psychiatriques connus

1 CHRONOLOGIE DES FAITS

Un patient alcoolisé est admis dans un service d'Urgences. Il est accompagné de son frère qui demande une hospitalisation sans consentement en milieu psychiatrique sur les conseils de l'équipe de liaison psychiatrie du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) avec qui il a déjà pris contact.

Une heure après son admission, le patient présente un épisode d'agitation, l'équipe des urgences et de liaison psychiatrie du CHS sont avisées. Un examen somatique est réalisé par un médecin sénior intérimaire avec prescription d'une contention mécanique aux 2 poignets après information du patient et de sa famille. Il préconise le transfert du patient vers le CHS à organiser rapidement. L'examen et la décision médicale ne sont pas tracés dans le dossier du patient.

Une heure après l'examen médical, une évaluation de la douleur est effectuée par l'infirmier avec un score à 7/10 alors qu'elle était à 0/10 à l'admission du patient. Le transfert étant validé, ce nouveau symptôme ne déclenche pas d'action soignante malgré le protocole en vigueur pour la prise en charge de la douleur.

Cinq heures après son admission, le patient est transféré en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers au CHS sans attendre les 24h d'observation prévus dans la procédure. Il avait été notifié au service des Urgences que ce patient était hors de son secteur d'hospitalisation, mais la traçabilité de cet appel n'est pas retrouvé. Le patient est examiné, il est constaté une plaie hémorragique au niveau du scalp, ainsi qu'une diminution de mobilité de l'hémicorps gauche.

Après avis du psychiatre de garde et d'un urgentiste, le patient est à nouveau transféré vers un service d'urgences, puis en neurochirurgie dans la soirée pour prise en charge tardive et en urgence d'une fracture de l'os frontal.

2 CAUSES PROFONDES

LIÉES AU PATIENT

- Patient alcoolisé avec troubles psychiatriques connus
- Demande insistante d'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un tiers avec avis spécialisé à l'appui

LIÉES AUX PROFESSIONNELS

- Urgentiste intérimaire ayant une connaissance limitée des procédures du service

LIÉES AUX TÂCHES

- Absence de traçabilité de l'examen médical réalisé au service d'urgences

LIÉES À L'ÉQUIPE

- Focalisation de l'ensemble de l'équipe sur les troubles psychiatriques
- Pas de prise en compte du symptôme douloureux

LIÉES AUX TÂCHES

- Non-respect de la procédure de prise en charge des patients alcoolisés
- Absence de traçabilité de l'appel d'organisation du transfert

3 ACTIONS

Pour le service d'urgence

- Réviser les procédures existantes concernant :
  - l'accueil des patients avec mention d'un examen médical initial systématique tracé et réévaluation de l'état clinique du patient avant sa sortie,
  - les transferts des patients vers un autre établissement, en y inscrivant la nécessité de réaliser un appel entre médecins des 2 structures avec traçabilité de cet appel et la prise en charge de la douleur.
- Mettre en place un cahier de traçabilité pour la réception des appels.

Pour le service de psychiatrie :

- Établir une procédure d'accueil pour les transferts et les prises en charge non programmés.
- S'assurer de la traçabilité des échanges en cas de transfert de patients.

Les troubles psychiatriques sont souvent au premier plan et tendent à cacher les atteintes somatiques.

La coordination et la communication entre équipes somatiques et équipes de santé mentale est une clé de voute à la sécurisation de ces parcours.

JANVIER 2025

FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La force qualité-sécurité en santé

« CHALEUR ET DÉPENDANCES, UN COCKTAIL À RISQUE »

CAUSE IMMÉDIATE : Sous-évaluation des risques lors de la validation d'une sortie thérapeutique

1

CHRONOLOGIE DES FAITS

Un patient schizophrène et dépendant aux toxiques, suivi hors secteur pour échapper à la mise sous tutelle, est à nouveau hospitalisé en psychiatrie pour décompensation dépressive. Cela fait suite à plus de 40 hospitalisations en 15 ans, prescrites par le psychiatre qui le suit de longue date.

Le patient présente une obésité morbide, une hypercholestérolémie et une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Son traitement comporte des antipsychotiques, un anxiolytique, une benzodiazépine, et un antidépresseur.

Le somaticien aurait examiné le patient, mais il n'est pas retrouvé de traçabilité de l'examen ni de prescription pour ce patient malgré les antécédents somatiques notables.

Une sortie thérapeutique pour passer la nuit seul à son domicile est validée 3 jours avant la date prévue, sans demande d'avis sur les addictions du patient. Une canicule est annoncée pour le week-end. Les demandes de sorties sont nombreuses, celles qui sont déjà autorisées ne sont pas rediscutées devant la charge en travail.

Le patient ne revient pas de sa sortie thérapeutique. Le lendemain, le psychiatre se rend compte qu'il est désigné comme personne de confiance du patient. Deux jours plus tard, la police n'ouvre pas la porte du domicile malgré l'absence de réponse. Après 3 jours d'absence, le secret professionnel est levé après avis juridique et l'équipe demande à la famille de se rendre au domicile du patient. Ils le retrouvent décédé, derrière une vitre exposée plein sud, dans un contexte d'alcoolisation. Du cannabis est aussi retrouvé sur les lieux.

2 CAUSES PROFONDES

LIÉES À L'ÉQUIPE

- Les difficultés de suivi du patient (hors secteur), ne sont pas échangées en staff pluridisciplinaire, ne permettant pas une réévaluation avec des confrères

LIÉES AU PATIENT

- Risques cardiovasculaires et de déshydratation élevés chez ce patient

LIÉES AUX TÂCHES

- L'examen somatique n'est pas tracé
- L'abstinence alcoolique et aux toxiques n'est pas questionnée

LIÉES À L'ÉQUIPE

- Les sorties thérapeutiques quotidiennes sont validées, sans objectif, ni évaluation, ni mesure d'accompagnement.
- Absence de prise en compte de la prévision météorologique

LIÉES AU MANAGEMENT

- Absence de traitement de la désignation de la personne de confiance.

LIÉES AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL

- Pas d'ouverture du domicile par la police

3 ACTIONS

- Organiser la prise en charge des conduites addictives en intégrant les risques somatiques,
- Protocoliser la sortie thérapeutique incluant ses objectifs thérapeutiques, leur évaluation, l'accompagnement du patient et ses modalités de validation,
- Mettre en place un staff pluridisciplinaire et pluriprofessionnel pour discuter des cas complexes, dont ceux présentant des hospitalisations itératives.

Au cours des parcours de santé mentale, les autorisations de sortie, quelles qu'en soient les indications, font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique et sont intégrées au contrat de soins du patient.

Les sorties thérapeutiques représentent des temps de soins visant à la réhabilitation psycho-sociale du patient.
La balance bénéfice-risque doit en être soigneusement évaluée. Les risques peuvent concerner les conduites addictives et suicidaires, les pathologies somatiques et la gestion des traitements.

Enfin, il faut souligner que les périodes caniculaires impactent fortement les patients atteints de maladie psychiatrique.

JANVIER 2025

FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La force qualité-sécurité en santé

« LAISSEZ-MOI TRANQUILLE ! » ... MÊME QUAND ÇA S'AGGRAVE ?

1 CAUSE IMMÉDIATE : Retard de prise en charge d'une détresse respiratoire

CHRONOLOGIE DES FAITS

Un résident en foyer d'accueil médicalisé (FAM) présente une schizophrènie paranoïde, une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et un tabagisme majeur à 20 cigarettes/jour. Les refus de soins sont réguliers avec hétéro-agressivité. Le traitement médicamenteux n'est pas révisé. Au moment de l'évènement, une épidémie de grippe est en cours au FAM.

Pendant une semaine entière, le résident présente une hyperthermie, allant jusqu'à 41°C, avec une toux grasse et de multiples chutes. La fiabilité des thermomètres est remise en question.
Les professionnels, qui connaissent bien le résident, lui administrent le paracétamol prescrit comme antalgique, à visée antipyrétique. L'hyperthermie et les chutes ne donnent pas lieu à une mesure systématique de l'ensemble des constantes ni à un avis médical.

Le 7ème jour, il présente un teint gris, une agitation et fait une fausse route, une hyperthermie à 39.6°C, un pouls à 124, une saturation à 92% avec une douleur costale. Un avis médical prescrit :

- une imagerie thoracique dont les résultats reviennent tardivement, en raison d'une erreur d'adresse mail,
- et une biologie en urgence prélevée le lendemain et dont les résultats pathologiques ne sont restitués que 48h plus tard sans appel du laboratoire.

24h après la demande d'avis médical urgent, les soins infirmiers ne sont pas priorisés et l'IDE vacataire n'est pas informé de la notion d'urgence. L'accompagnement et la dégradation de ce résident ne fait pas l'objet d'une discussion en équipe.

Le lendemain, le résident est retrouvé au sol conscient mais encombré avec une douleur thoracique, une saturation à 83%, un pouls à 130, Il est orienté en réanimation pour pneumopathie infectieuse hypoxémiante et état de choc septique. L'équipe de réanimation ne dispose pas de directives anticipées. Il décède après 72h de prise en charge en réanimation.

2 CAUSES PROFONDES

LIÉES AU PATIENT

- Antécédents psychiatriques et somatiques lourds
- Opposition aux soins et à l'accompagnement

LIÉES À L'ENVIRONNEMENT

- Charge de travail importante liée à la gestion de l'épidémie
- Remise en question du thermomètre

LIÉES À LA TÂCHE

- Détournement d'une prescription en "si besoin"
- Absence de conduite à tenir en cas de BPCO chez un résident
- Retard de demande d'avis médical et d'appel au SAMU
- Retard de transmission des résultats radiographiques
- Retard de prélèvement et de lecture des résultats biologiques

LIÉES À L'ÉQUIPE

- Les intérimaires et les professionnels de nuit ne sont pas informés des antécédents et des risques chez ce résident

LIÉES AU MANAGEMENT

- Absence de temps institutionnel pluriprofessionnel sur les prises en charge somatiques
- Absence de formation au recueil des directives anticipées

3 ACTIONS

- Protocoliser la prise en charge de la BPCO, ses risques, sa surveillance et la conduite à tenir en cas d'hyperthermie,
- Organiser un temps institutionnel pluriprofessionnel dédié à la prise en charge somatique,
- Organiser l'accès aux résultats d'examens complémentaires avec des délais adaptés à l'état clinique des résidents,
- Assurer la disponibilité de thermomètres fiables,
- Organiser le recueil des directives anticipées.

Les refus de soins chez les patients souffrant de troubles psychiatriques peuvent masquer la symptomatologie somatique. Dans ce cadre, des constantes pathologiques doivent faire l'objet d'un avis somatique systématique.

Les structures médico-sociales doivent organiser l'accès aux soins somatiques dans des délais compatibles avec l'état clinique du patient.

JANVIER 2025

FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La force qualité-sécurité en santé

« QUAND LES COMPLICATIONS DES NEUROLEPTIQUES NE SONT PAS SOUS SURVEILLANCE ... »

1 CAUSE IMMÉDIATE : Retard de diagnostic d'une occlusion intestinale

CHRONOLOGIE DES FAITS

Un patient de 40 ans souffrant de troubles psychotiques est hospitalisé en psychiatrie depuis plusieurs mois et traité par neuroleptiques. Un après-midi, il vomit et se plaint de violentes douleurs abdominales. Le lavement effectué selon le protocole reste sans effet. Le médecin de garde appelé demande un transfert aux urgences du centre hospitalier voisin, pensant à une complication du traitement neuroleptique.

Aux urgences, la douleur n'est pas évaluée.

On réalise un bilan biologique et un scanner interprété en télé-radiologie. Sur cette base, l'interne de chirurgie, entre deux interventions, conclut à un fécalome colique. Le patient retourne en psychiatrie en milieu de nuit avec une prescription de lavement.

Devant l'évolution péjorative de l'état du patient, l'infirmier de psychiatrie rappelle le SAMU. Le lendemain matin, le patient est admis au bloc opératoire en urgence pour occlusion majeure et décède en cours d'intervention.

2 CAUSES PROFONDES

LIÉES À LA TÂCHE À RÉALISER

- Absence de protocole de prévention du fécalome en cas de traitement par neuroleptique

LIÉES AU PATIENT

- Patient difficilement communicant

LIÉES AUX PROFESSIONNELS

- Méconnaissance des modalités d'évaluation de la douleur chez les patients non communicants & appréhension de la maladie psychotique

LIÉES À L'ÉQUIPE

- Interprétation erronée du scanner en télé-radiologie
- Sur-sollicitation de l'interne de chirurgie de garde
- Sous-estimation de la gravité de la situation par les urgences

3 ACTIONS

- Rédiger un protocole pluriprofessionnel de prévention des fécalomes et syndromes occlusifs en cas de traitement par neuroleptiques, associant somaticien, équipe de psychiatrie, et gastro-entérologue,
- Organiser des formations-flash pilotées par le CLUD, à l'évaluation de la douleur des patients non-communicants avec remise de mémos aux professionnels,
- Évaluer les pratiques réelles à travers la réalisation d'un "parcours-traceur" inter-établissements adapté aux prises en charge de syndromes occlusifs,
- Présenter les résultats de cette évaluation lors d'une réunion inter-établissements avec discussion d'éventuelles autres actions d'amélioration communes.

Compte tenu de leurs effets indésirables potentiellement graves, les traitements par neuroleptiques doivent faire l'objet d'une surveillance régulière. Une vigilance particulière doit être apportée à la surveillance systématique du transit intestinal.

Il est important que les professionnels de tous les secteurs soient régulièrement sensibilisés aux spécificités de l'évaluation de la douleur des patients atteints de troubles psychiatriques.

POUR ALLER PLUS LOIN

- SFMU. RBPC : Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. Mars 2021.
- Fédération Française de Psychiatrie, Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Juin 2015.
- SHAM. Examen somatique du patient psychiatrique et responsabilités. Janvier 2020.
- Psycom. Soins somatiques et psychiatrie. Décembre 2019.
- HAS. Programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018 - 2023.
- HAS. Évaluation de l'activité de psychiatrie & santé mentale selon le référentiel de certification. 2022
- HAS. Flash sécurité patient HAS : Patient sous neuroleptique : La vigilance est la bonne pratique. Octobre 2022

JANVIER 2025

FORAP
Fédérer Mutualiser Innover
La force qualité-sécurité en santé