



Douleur et maladie mentale

« Handicap physique ou
mental, attention à
l'effet tunnel »



**TOUT ETABLISSEMENT
SANITAIRE**



MOTS-CLÉS

Maladie mentale, prise en
charge, douleur



CRITÈRES MANUEL HAS

Droits des patients : 1.2-08, 1.3-01
Sécurité des soins : 2.2-09, 2.2-17,
2.2-20.

Etablissement : 3.1-02, 3.6-03

**À
RETENIR
POUR
TOUS**

Bien que cet évènement nous alerte sur l'importance d'organiser une prise en charge somaticien-psychiatre pour tous patients hospitalisés pour des troubles mentaux, il en ressort un fil conducteur, quel que soit les lieux de soins de la patiente : nos aprioris face aux patients souffrant de troubles psychiatriques connus.

Afin de prodiguer des soins efficaces, d'adapter la prise en charge de la douleur et de rechercher le diagnostic de ces patients, il nous faut effacer les clivages et adapter notre communication

DESCRIPTION DES FAITS

J1

Marie, jeune fille de 16 ans est hospitalisée en urgence dans le service de psychiatrie où elle est déjà suivie depuis quelques mois dans le cadre d'une anorexie restrictive. Elle est hospitalisée à la suite d'une consultation demandée en urgence par sa maman à son psychiatre car elle mange peu et s'amaigrit. Lors de la consultation, son IMC est descendu à 13,42 (dénutrition grade III).

J2

Après sa collation, la jeune fille se plaint de douleurs abdominales. Un DOLIPRANE lui est donné. La douleur reste présente et la jeune fille décrit maintenant des douleurs gastriques. Le psychiatre prescrit alors du GAVISCON.

J3 8h00

Marie se sent fatiguée, les paramètres vitaux sont normaux. Elle n'a pas de douleur (EVA à 0) mais dit avoir mal dormi et se sent encore nauséuse.

Ne s'étant pas hydratée ni alimentée depuis la veille, l'équipe appelle le psychiatre pour donner la conduite à tenir. Une pose de perfusion de 1L GS en IV est prescrite. A son arrivée, sur avis de son confrère, une ampoule de PRIMPERAN* en IV sur 24h sera prescrite également ainsi qu'un bilan sanguin avec bilan hépatique (préalbumine, ionogramme, urée, créatinine, glycémie et NFS). Le médecin suspecte une gastro entérite et informe Marie qu'elle doit tenter de prendre son repas ce midi et qu'en cas d'impossibilité, une sonde naso-gastrique sera posée. Si celle-ci est refusée, comme c'est souvent le cas pour Marie, elle sera transférée dans le service de médecine du CH.

J3 12h00

Lors du repas, Marie ne mange que 50g de riz ainsi que le complément nutritionnel mais elle vomit tout de suite. L'équipe demande alors au médecin les directives. Les paramètres vitaux sont normaux et l'EVA est élevée. La patiente a toujours des douleurs abdominales. Le médecin prescrit du SPASFON en perfusette sur 15 minutes et demande un ECG qui s'avère normal tout comme le bilan sanguin du matin.

Les douleurs ne sont pas soulagées et la jeune fille ne s'alimente pas. Le médecin appelle son confrère de médecine pour un transfert mais il n'y a pas de place. Le psychiatre demande alors à l'infirmier de poser une sonde d'alimentation mais Marie refuse. Malgré l'aide de la maman, des nombreuses négociations, la pose de la sonde est impossible. Une surveillance accrue de Marie est mise en place et la maman est autorisée à rester jusqu'à 18h. Les paramètres vitaux sont normaux mais Marie est douloureuse, faible et pâle.

DESCRIPTION DES FAITS

J3 19h00

Marie la patiente ne mange pas, le médecin de garde est prévenu. Il passera après, il a été appelé pour un patient aux urgences psychiatriques.

Vers 20h, l'équipe rappelle le médecin car Marie ne va pas bien, elle est très douloureuse. Le médecin arrive rapidement et après auscultation, décide de transférer la jeune fille. Divers appels s'en suivent pour organiser ce transfert, que ce soit pour trouver un établissement d'accueil et pour trouver un mode de transport.

Habituellement, les patients sont dirigés vers le service défini dans le cadre du parcours patient mais en ce WE prolongé, et cette crise sanitaire, tous les établissements sont complets. Le transfert est donc réalisé vers un service d'urgence proche pour suspicion de pancréatite.

J3 22h00

Marie arrive aux urgences. L'IAO note 99/55 de TA, 92 de FC, 99% de saturation en AA, 36,3°C de température, 1.47g de glycémie, Glasgow 15 et EVS : IS (correspond à douleur insupportable). Elle recueille l'autorisation de soins par l'autorité parentale et présente le dossier au médecin pour une prise en charge au déchocage, comme préconisé dans la procédure d'accueil des patients très douloureux. La maman, prévenue par l'équipe de psychiatrie arrive et à autorisation de rester auprès de sa fille.

L'examen clinique est réalisé, les examens sanguins sont prescrits et réalisés (NF, BI, BH, TCA, TP, Lactates, BHCG, lipase), un antalgique (NEFOPAM 20mg) est administré suivi une heure après d'une administration METOCLOPRAMIDE 5mg et de TRAMADOL 50mg. Marie, après accord téléphonique du gastro-entérologue d'astreinte est admise en service de gastro-entérologie pour douleurs abdominales aiguës faisant suspecter une pancréatite à cause lithiasique sans perturbation du bilan sanguin. Une IRM sera à programmer pour le lendemain.

J3 minuit

Le transfert est réalisé en brancard, Marie est installée dans son lit à l'aide d'un roll board du fait de l'intensité de la douleur. La TA est à 11/6, la FC à 92, la SaO₂ à 100%, l'EVA à 8/10 et la température à 35.2. Une hypothermie justifiée par le transfert dans les sous-sols et le petit gabarit de Marie (32 kilos). L'IDE reconstrôlera ensuite.

A son arrivée, la douleur est intense. L'IDE appelle le médecin de garde aux urgences pour connaître la conduite à tenir, de la MORPHINE est prescrite et l'infirmière et l'aide-soignante poseront également une vessie de glace à Marie. L'infirmière appellera également le médecin pour prescrire du PRIMPERAN pour soulager les vomissements. Enfin, Marie s'endort.

4h30, Marie se réveille très douloureuse. La maman sonne. Marie verbalise son angoisse à sa maman et décrit une gêne pour respirer à cause de la douleur. L'IDE et l'ASD réinstallent Marie, contrôlent les paramètres vitaux : TA : 8/5, PLS : 140 pls/min, SAO₂ : 98%, EVA : 7, T° : 36°2 et l'IDE rappelle le médecin pour rendre compte des nouveaux faits, de la douleur et des paramètres.

Pour ses douleurs, le médecin propose de faire de la morphine. L'infirmière demande si elle peut en première intention, administrer 1 PERFALGAN ou du SPASFON car Marie n'a pas bien toléré le bolus de morphine (vomissements). Le médecin donne son accord pour 1g de PERFALGAN en IV. La tension et la tachycardie n'étonne pas le médecin du fait du gabarit de Marie et de ses douleurs intenses.

L'infirmière se rend au chevet de la patiente pour administrer le PERFALGAN. Marie s'endort.

DESCRIPTION DES FAITS

J4 6h20

La maman appelle car Marie veut aller aux toilettes. L'aide-soignante la mène jusqu'à la toilette mais au retour des toilettes, la patiente ne sent plus ses jambes. L'aide-soignante prévient de suite l'IDE. Les douleurs sont de nouveau importantes, Marie n'arrive pas à aller à la selle, son ventre est tendu. L'IDE veut reprendre ses paramètres mais la tension et la saturation sont imprenables. La température est à 34.6°. L'infirmière pose 2 litres d'O₂ en lunettes. L'haleine de la patiente dégage une odeur fécaloïde.

L'IDE appelle rapidement le médecin d'étage, le médecin urgentiste est très occupé, lui explique la situation et la chronologie des événements de la nuit gérés avec le médecin des urgences. Celui-ci arrive tout de suite. L'infirmière essaie de prélever le bilan prévu pour le matin mais elle échoue. Au regard des éléments du dossier, le médecin demande tout de suite un transfert en réanimation. La perfusion de SSI (sérum salé isotonique) a été accélérée et la patiente scopée pour le transport.

A 7h00, Marie arrive en réanimation pour état de choc. Une seringue de noradrénaline sur la VVP à 0.4 mg/h est mise en place. Les tentatives de pose d'une voie veineuse centrale en fémorale sont un échec du fait de l'hypovolémie et de l'hyper-pression abdominale de la patiente. La pose d'un cathéter artériel, malgré le guidage échographique est également un échec ainsi que la pose d'une sonde à demeure. Des voies veineuses périphériques sont posées en supplément. Une sonde naso-gastrique est mise en aspiration douce donnant 200 ml de sang puis plus rien. Un scanner abdominal est demandé en urgence. La patiente est encore consciente.

J4 9h00

Marie est en détresse respiratoire. Elle est intubée et ventilée. S'en suit un bas débit cardiaque. Un massage cardiaque externe est débuté avec l'administration de bolus d'adrénaline, augmentation du débit de la SAP de noradrénaline, remplissage vasculaire par multiples poches de 500 ml de RINGER en débit libre. Le chirurgien viscéral est appelé pour effectuer un geste de décompression de sauvetage dans le box. La voie centrale est maintenant fonctionnelle et les drogues administrées sur cette voie. Pour autant, de multiples épisodes de massages cardiaques externes vont se suivre et Marie saigne de ses points de ponctions (probable CIVD).

Toutes les thérapeutiques possibles échouent. Marie décède à 12h44.

ANALYSE APPROFONDIE DU CAS SELON LA MÉTHODE ALARM

Causes immédiates

- Patiente présentant des douleurs abdominales et des vomissements en cohérence avec la pathologie mentale de la patiente
- Maintien des constantes, patiente jeune : compense probablement le somatique.



Source : Guide HAS

Facteurs liés au patient

Facteurs liés aux professionnels

Facteurs liés à l'équipe

Facteurs liés à l'environnement

Facteurs liés à la tâche

Facteurs liés à l'organisation

Décès du patient

Causes profondes

- Patiente identifiée comme patiente « psychiatrie » connue et suivi pour trouble alimentaire, angoisse, refus de soins et réfractaire à l'hospitalisation
- Absence d'examen clinique par un médecin somaticien
- Absence de protocole dégradé dans le cadre d'un transfert en l'absence de lit sur le CH partenaire
- Période estivale / nuit du WE du 15 aout
- Charge de travail : Fermeture du service des urgences de la clinique proche avec augmentation de l'affluence dans le service des urgences du CH
- Médecin de garde pouvant être intra ou extra hospitalier, de la spécialité ou non
- Fermeture de la CCV donc pas d'ECMO sur place et relai CHU

BARRIERES EFFICACES

- Recherche par le médecin, d'un lit sur divers établissements en l'absence de place disponible en médecine polyvalente puis d'un transport disponible (ambulance privée).
- Transfert au SAU accepté.
- Application de la procédure d'accueil des patients arrivants aux urgences pour douleurs intenses permettant de privilégier l'accueil et la PEC.
- Surveillance régulière des constantes et paramètres vitaux.
- Investissement et engagement des professionnels.
- Concertation pour soulager la douleur.
- Prélèvement sanguin réalisé par l'IDE de nuit au regard de la dégradation de l'état de santé de la patiente.
- Gestion de la situation avec le médecin de garde d'étage, le médecin des urgences ne pouvant se déplacer face à la charge de travail.
- Soutien psychologique de l'équipe et des parents en post événement.

BARRIERES INEFFICACES

- Difficulté pour poser un diagnostic malgré les échanges réguliers entre paramédicaux, médicaux psychiatres et somaticiens.
- Pas de transfert direct vers le service prévu dans la procédure (pas de places disponibles).
- Manque d'interpellation face à la douleur : effet tunnel "anorexie mentale".
- Non confirmation du pré-diagnostic et absence d'alerte, par les bilans sanguins, sur la situation critique.
- Absence de signes de gravité clinique et para-clinique en dehors de la douleur intense.

ENSEIGNEMENTS : actions d'amélioration

- Resensibiliser sur le fait de ne pas catégoriser les patients et les considérer selon leur pathologie initiale.
- Organiser la visite systématique d'un somaticien de tout patient entrant en service de psychiatrie ainsi que l'accès à un somaticien pour tout symptôme physique (douleur, vomissements, constipation) durant le séjour.
- Revoir la conduite à tenir en cas de douleurs difficiles à gérer et notamment lors de diagnostic incertain.
- Réviser la procédure d'appel des médecins de garde notamment en cas d'indisponibilité de déplacement de l'urgentiste.
- Envisager une convention avec le SAMU/SMUR en cas d'indisponibilité des ambulances.
- Formaliser la procédure dégradée en cas d'absence de place pour un transfert entre établissement.
- Formaliser une procédure d'accompagnement psychologique des familles et des professionnels.
- Mettre en place une conduite à tenir pour permettre aux réanimateurs d'avoir un aperçu des patients fragiles aux étages pour éviter alerte tardive.



LIENS UTILES

[-reco2clics - anorexie -mentale.pdf \(has-sante.fr\)](#)
[-guide_des_problemes_smatiques.pdf \(has-sante.fr\)](#)