

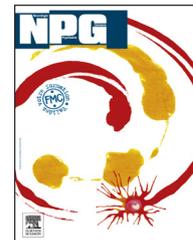


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Souffrance psychique et comorbidités somatiques en unité de gérontopsychiatrie. À propos d'un cas



Psychic suffering and somatic comorbidity in a gerontopsychiatric unit. A case report

A. Sadoun (Praticien hospitalier, gériatre, chef de pôle)*, T. Jandrok (Psychologue clinicien, Docteur en psychologie, psychopathologie et études psychanalytiques)

Unité de soins de longue durée USLD « La source », établissement public de santé Alsace Nord–EPSANBP, BP 83, 67170 Brumath cedex, France

Disponible sur Internet le 8 décembre 2013

MOTS CLÉS

iatrogénie ;
Histoire personnelle ;
Écoute dynamique ;
Prise en charge pluridisciplinaire ;
Souffrance psychique

KEYWORDS

iatrogenic illness;
Personal history;
Dynamic listening;
Multidisciplinary care;
Psychic suffering.

Résumé La prise en charge en unité de gérontopsychiatrie des patients victimes de iatrogénie est fréquente. En grec, le mot signifie littéralement « provoqué par le médecin » (*iatros* : médecin; *géné*s : qui est engendré). Les patients arrivent en hospitalisation avec une histoire personnelle et médicale chargée qui parfois les dépasse. À partir d'une étude de cas, nous reviendrons sur la différence entre histoire subjective et anamnèse médico-chirurgicale, mettant en lumière l'importance d'une écoute ouverte et dynamique ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire qui permet au sujet de se réconcilier avec son histoire et sa souffrance psychique.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The care in a gerontopsychiatric unit of patients, victims of iatrogenics are frequent. In Greek, the word means literally "caused (provoked) by the doctors" (*iatros*: doctors; *genes*: which is engendered). The patients are admitted to hospital with a personal and medical history so full that sometimes the patients are at a loss. Using a case report, we will review the difference between a subjective history and a medical surgical anamnesis, highlighting the importance of an open and dynamic listening as well as a multidisciplinary care that permits the patient to become reconciled with his/her story and their psychic suffering.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : abdelghani.sadoun@ch-epsan.fr (A. Sadoun), thierry.jandrok@ch-epsan.fr (T. Jandrok).

Dans la pratique médicale courante, alors que les résultats des examens dits complémentaires n'ont de cesse de calibrer numériquement la subjectivité, il arrive que des patients ne soient pas traités de façon adéquate ou plutôt pris en charge par des équipes « médico-soignantes » se fiant plus à leur observation qu'à la prise en compte de l'anamnèse et du sens du symptôme. Manque de temps, formation insuffisante, partis pris subjectifs, considérations financières, clientélisme, incompétence relationnelle... les raisons de cette réalité clinique sont nombreuses et parfois s'additionnent les unes aux autres.

À travers l'histoire clinique d'une patiente admise en unité de gérontopsychiatrie, notre objectif sera de révéler les pièges cliniques comme les apories du discours médical hospitalier dont la fréquence est élevée.

Nous tenterons d'éclairer les acteurs de soins en gérontopsychiatrie sur l'importance d'une écoute dynamique multidisciplinaire primordiale dans le cas de la prise en charge d'une patiente subissant une grande souffrance psychique [1] avec comorbidités physiques importantes.

Éléments d'anamnèse : le sujet

Nous rencontrons Hélène lors d'une primo-admission en gérontopsychiatrie suite à une tentative de suicide (TDS) par intoxication médicamenteuse volontaire aux benzodiazépines. L'admission dans ce service obéit à une organisation spécifique de notre établissement où les patients âgés de plus de 64 ans ne sont pas orientés en pavillons d'admissions adultes mais en unité de gérontopsychiatrie.

La patiente a un peu plus de 64 ans et présente un bon état général. Elle a de bonnes capacités d'échanges et des convenances sociales bien conservées. Ses analyses sont plutôt fines et elle paraît rompue à la situation d'entretien.

Les antécédents

Dans ses antécédents médicaux, on relève une fracture post-traumatique du tibia et du péroné dans son jeune âge, ainsi qu'une prothèse de genou partielle mise en place en 2004, pose relativement précoce chez une personne sans antécédents de rhumatisme, d'arthrose, de pathologie traumatique ou autres facteurs de risque, tels que certains métiers exposés.

Le plus ancien document médical que nous présente Hélène remonte à 1991. Elle avait alors 45 ans. En réalité, son errance médicale aurait débuté deux ans auparavant ; la patiente se plaignait déjà d'infections urinaires à répétition à l'étiologie vague avec des épisodes de rétention.

Très vite le neurologue libéral qu'elle avait consulté l'adresse au centre hospitalier universitaire (CHU) pour une exploration complémentaire au motif de « rétention urinaire chronique nécessitant la recherche d'une atteinte neurodégénérative ou d'une maladie démyélinisante ».

Le compte rendu de cette première hospitalisation évoque des anomalies significatives, bien que partielles, ne permettant néanmoins pas de certitude diagnostique. Quelques semaines plus tard, un examen urodynamique complémentaire concluait à « une vessie d'allure incontestablement neurologique ». Un complément d'examen est alors préconisé avec des actes médicaux à visée diagnostique

et thérapeutique, dont certains seront plus invasifs que d'autres, qui dans un premier temps ciblaient les signes fonctionnels urinaires avant l'apparition de signes fonctionnels digestifs.

Après quelques années de nomadisme médical, compte tenu de ces résultats, Hélène a été orientée vers un professeur de chirurgie digestive par un autre spécialiste gastroentérologue pour un avis suite à de nouveaux symptômes cette fois digestifs, tels qu'une incontinence fécale et des constipations sévères apparues à la suite de la cystectomie et une hystérectomie avec confection d'une iléovessie de Bricker.

Ce chirurgien la reçoit et étudie avec attention le dossier médical et les complications iatrogènes (à type de résection de la vessie, plusieurs hospitalisations, plusieurs explorations complémentaires...) survenues depuis ces dernières années. Dans ses conclusions, il réfute toute possibilité de réintervention chirurgicale supplémentaire. Il exprime sa réticence sur de nouveaux gestes invasifs tant du point de vue somatique qu'au regard de la personnalité de la patiente, si jamais une intervention chirurgicale est réalisée devant la pathologie présentée.

À la fin de son courrier, afin d'étayer son avis, le professeur évoque une forte indication de « psychothérapie de soutien ».

Malgré ces indications et cette ultime mise en garde, la patiente poursuit ses démarches d'explorations complémentaires.

Elle multiplie, sans aucun contrôle de la part de tiers, les consultations de spécialistes avec des examens complémentaires invasifs (manométrie anorectale, défécographie, transit colique...) cette fois pour une prise en charge de symptômes digestifs (constipation sévère et incontinence anale).

Dans ce cadre, plusieurs traitements symptomatiques, dont des laxatifs forts sont essayés sans succès. Hélène ne cesse de demander à être soignée malgré le caractère peu ou pas objectif de ses plaintes somatiques.

Circonstances d'hospitalisation et séjour en unité de gérontopsychiatrie

Nous faisons sa connaissance lors de son admission dans un service de gérontopsychiatrie où elle a été orientée par le service des urgences pour motif de « troubles somatoformes dans un contexte anxieux et suite de prise en charge après une TDS ». Hélène porte à son admission « une urétérostomie cutanée transiléale », autrement dit, une vessie artificielle ou cystectomie avec dérivation non continente de type Bricker.

Dès le lendemain de son admission, elle se fait bruyamment remarquer dans l'unité de soin par ses exigences et ses demandes insistantes auprès des soignants. Lorsque ses injonctions ne sont pas satisfaites, Hélène agit ! Elle pose des *acting out*¹ aussi spectaculaires que soudains [2].

Lorsque, par exemple, on lui annonce que le médecin ne viendra pas la voir dans l'heure qui suit, elle s'empare

¹ L'*acting out* est un terme de psychologie lié aux mécanismes de défense et d'autocontrôle, signifiant d'effectuer une action au lieu d'y résister ou de maîtriser ses impulsions.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3326062>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3326062>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)