



**Interdit aux fragiles  
ce spectacle  
est déconseillé  
aux porteurs de certitudes,  
aux porteurs de pacemaker,  
ainsi qu'aux psycho- rigides  
de manière générale**

**DR J-M. GOMAS © 2019**





*absence de lien d'intérêts déclarés  
par l'intervenant*





# Fin de vie des patients psychotiques en USP : complexités, spécificités

A propos de 100 patients consécutifs

Dr J-M GOMAS

généralogues, gériatologues, algologues, palliatologues,

Etude rétrospective réalisée à l'UF douleur chronique soins palliatifs

CHU Hôpital Sainte Perine AP-HP

2007- 2017





**A chaque fois qu'un *trouble mental*, de quelque nature qu'il soit, fait *souffrir durablement* :**

- Soit le patient**
- Soit son entourage**

*PELICIER 1985*

- ***Psychoses*** Délire, étrangeté, trouble des affects, de la perception, du jugement -> inadaptation sociale et professionnelle, perte de contact avec la réalité, flou entre le bien et le mal ... ..

***Border line*** « état limite » (9 critères du DSM)





# Psychiatrie en USP ?

- Aphorisme 1 = Les difficultés de la fin de vie sont aggravées par les maladies mentales
- Aphorisme 2 = En USP de niveau III, on privilégie les fin de vie difficiles
- Aphorisme 3 = A Ste Périne , pas de craintes des tableaux psychiatriques





# Analyse rétrospective

- USP du CHU Sainte Périne = 2600 patients

(4 lits en 1995, puis 10 lits ...USP niveau III)

- Les **difficultés principales** de la fin de vie des 100 derniers patients psychotiques (et borderline sévère) consécutifs [2006-2017] ont été décrits et ordonnés à partir

- des difficultés de l'équipe soignante lors des fins de vie complexes *SALES 2014*
- Données thérapeutiques (hors AMM des psychotropes ) *Reco Agence*
- du Nb de conflits familiaux ( rappel libre non indicé lors des commémorations et des travaux de recherche) *Rituels de commémorations*
- du Nb de DDE<sup>©</sup> (décision apres démarche éthique) effectuées pour des dilemmes éthiques *Presse Med. 2002*



- 100 patients âgés de 66 ans [32-96]
- Pathologies de fin de vie
  - 75% cancer métastasé
  - 25% comorbidité évoluée
    - Dont : démence surajoutée (tableau démentiel est souvent différent dans ce cas chez les psychotiques. )
- Diagnostic prédominants (1 par mois sur 10 lits )
  - 1/3 schizophrénie et paranoïaque
  - 1/3 PMD et « bipolarité »
  - 1/3 borderline sévère
  - Dont 12 Diogène



## **40% ont des troubles majeurs de l'image corporelle :**

- le contact physique des soins devient difficile,
- les explorations parfois impossibles
- Obligeant à
- des Prémédications mixtes (Neurolept + sédatifs)
- voire une SEDATION (D1 P1 C2) pour
  - Touchers pelviens
  - ou réalisation d'imagerie..





- **NEUROLEPTIQUES ET SEDATIFS 100 %**

- après l’avoir été depuis plus de 10 ans en moyenne [0.5-55 ans]
- Même si les symptômes sont discrets la dernière semaine de vie
- Sans se culpabiliser , pour garder « un verrou » contre la décompensation toujours possible

- **40% ont encore un entourage quotidien**

- dans ce cas 75% des conjoints et/ou de la fratrie cohabitante présentent une structure psychique pathologique lourde.
- Certaines familles sont même des « familles de psychotiques » (conjoint, enfant, fratrie...) dont le soutien en fin de vie devient un vrai défi.



## TOP FIVE des difficultés les plus fréquentes

- souffrance accrue des professionnels 100%
- compréhension des stratégies par le patient 75%
- inobservance et compliance hasardeuse 65%
- association thérapeutiques complexes 60%
- conflits familiaux envers l'équipe 55%

*SALES et coll. SFAP 2014  
GOMAS cohorte personnelle 2017*











# DIOGENE à l'USP

- 150 boîtes de Skénan caché dans des multiples valises
- 6 valises et 5 sacs lors de l'admission
- Accumulation alimentaire
- Table de nuit
  - Empilement des serviettes de table usagées !
  - Enveloppes du secrétariat !

*WONG C., Le syndrome de Diogène : description clinique et CAT  
NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Vol 3, 73, 2013, 51-60*









# Le patient Diogène en fin de vie

**1- En fin de vie,** besoin d'une Unité de soins palliatifs

**2- la sévérité des complications somatiques**

parfois véritablement invraisemblables, du fait de la négligence de lésions par ailleurs théoriquement améliorables → « Ushuaia » des soins

**3- la décompensation psychique familiale**

car c'est régulièrement à l'occasions de la maladie somatique grave que la famille

- découvre vraiment l'état du domicile
- prend vraiment conscience de la psychose ou de la démence du proche

→ Entretiens familiaux , Formation des médecins





***N'oubliez pas  
votre  
médecine!***

Monsieur de P. ch. 409

**Syndrome d'Ogilvie**

**-neuroleptiques**

**-chirurgie en 2 temps**

**-Survie 18 mois en EHPAD !!**







ceux qui restent....

## Le temps de la reconstruction après la disparition de ce parent destructeur

En commun avec toutes les psychoses :

une fois le parent pathologique décédé, que faire ?

Comment s'autoriser à s'affranchir des diktat plus ou moins délirants ?

Patient 80 ans ( PMD grave délirante + démence + en partie aveugle+ aphagique) est admis totalement dément, agité, mordant sa fille .. →  
Sédation immédiate (SEDAPALL: D2 P1 C0 )

la fille unique 40 ans : « il m'a détruit pendant 40 ans, comment vais-je faire désormais ? Je me sens seule, perdue ... » (sic)

la femme 75 ans « il m'a envouté pendant 50 ans, je ne sais plus ce que je dois penser » ( sic)





# IMC, trisomie 21.. ...





# Psychose en fin de vie

- Complexité familiale
- Aspects paradoxaux :
  - Amélioration lors du diagnostic : irruption d'un autre « sens »
  - Amélioration lors d'une motivation altruiste : l'enfant psychotique peut vivre pas trop mal la maladie grave voir même la fin de vie d'un proche en se dévouant à son accompagnement ... mais confrontation avec angoisse de mort





# Impact sur les soignants

## Réactions variées ....!

- Suivant la « maturité » et l'éventuel parcours en thérapie personnelle
- Suivant la formation en psychiatrie
- **Adaptation** à la Souffrance , étrangeté, délire, angoisse majeure, familialopathies, troubles des affects, de la perception, du jugement ..a entraîné inadaptation sociale et professionnelle, perte de contact avec la réalité, flou entre le bien et le mal ..
- → soutien, explications,
- → « synthèses-formations » quotidiennes







# Les Psychotropes

- ANTI DÉPRESSEURS

stimule l'humeur

( → **doul. neuropathiques**)

- ANTI CONVULSIVANT

anti comitial

( → **doul. neuropathiques**)

- ANTI ANGOISSE

hypnotiques, sédatifs,

Amnésiants, myorelaxants, anti comitial

- ANTI DELIRE

anti délirant,

sédatif, +/- antiémétique

- PSYCHODYSLEPTIQUES

→ dysfonctions

alcool, Amphétamine, chocolat, moquette, drogue, LSD, Coke, hallucinogènes...

*GOMAS 1995 d'après LOO, DENIKER 1952*





## Thérapeutiques : rien de révolutionnaire

- EFFICACITÉ

- Doses importantes voire au delà de l'AMM (20%)

- Alexandrine : 1000 mg Loxapac 200 mg Hypnovel ...Morphine
- Des médicaments à bannir : ex: Tiapridal\* !!

- TOLÉRANCE

- Effets II se confondent avec la fin de vie
- Double effet assumé !

- HIT PARADE des produits :

- Sédatifs: Xanax\* Temesta\* Seresta \* Hypnovel\*
- Neuroleptiques : Loxapac\* Tercian\* Nozinan\*

Existence de surrisque si on prend des neuroleptiques : NC > NA (Surtout pendant les 40 premiers jours

*WANG et coll. New england 2005, 353; 2335-41*

*Reco dont HAS*





## RÈGLES de bon sens ...si vous le pouvez! :

- Un seul type de sédatif
- Un seul type de neuroleptique
- Mais Ne pas arrêter le traitement ancien sauf **besoin absolu** : Temesta Théralithe, depakote... Neuroleptiques depuis des années...même si la stratégie semble baroque
- **Jamais de neuroleptiques voie IV** sauf exception dûment justifiée (seule AMM en IV : Largactil\* )

*Reco HAS , Reco pharmacologiques*

*LAPALISSE , Journal of Clinical Evidencies for B.A. BA ( Joke 2019!)*



# Pour l'avenir des SP

- **Une réelle compétence en psychiatrie** est nécessaire :
- soit un médecin formé à la psychiatrie
  - psychiatrie= sémiologie, pas un jugement moral !
  - La société est « défendue » : crainte du diagnostic, dérapage de la psychiatrie moderne ...
- soit un intervenant psychiatre formé à la démarche palliative...
  - rare en 33 ans d'expérience en SP ....par méconnaissance des troubles psychiques spécifiques de la fin de vie
  - surtout crainte des psychotropes à forte doses
- **Savoir s'opposer aux diktats de la HAS** et sa culpabilité légendaire et obsessionnelle envers les psychotropes et les neuroleptiques..

**On ne peut soigner sans prendre des risques, et avoir des effets secondaires !!**

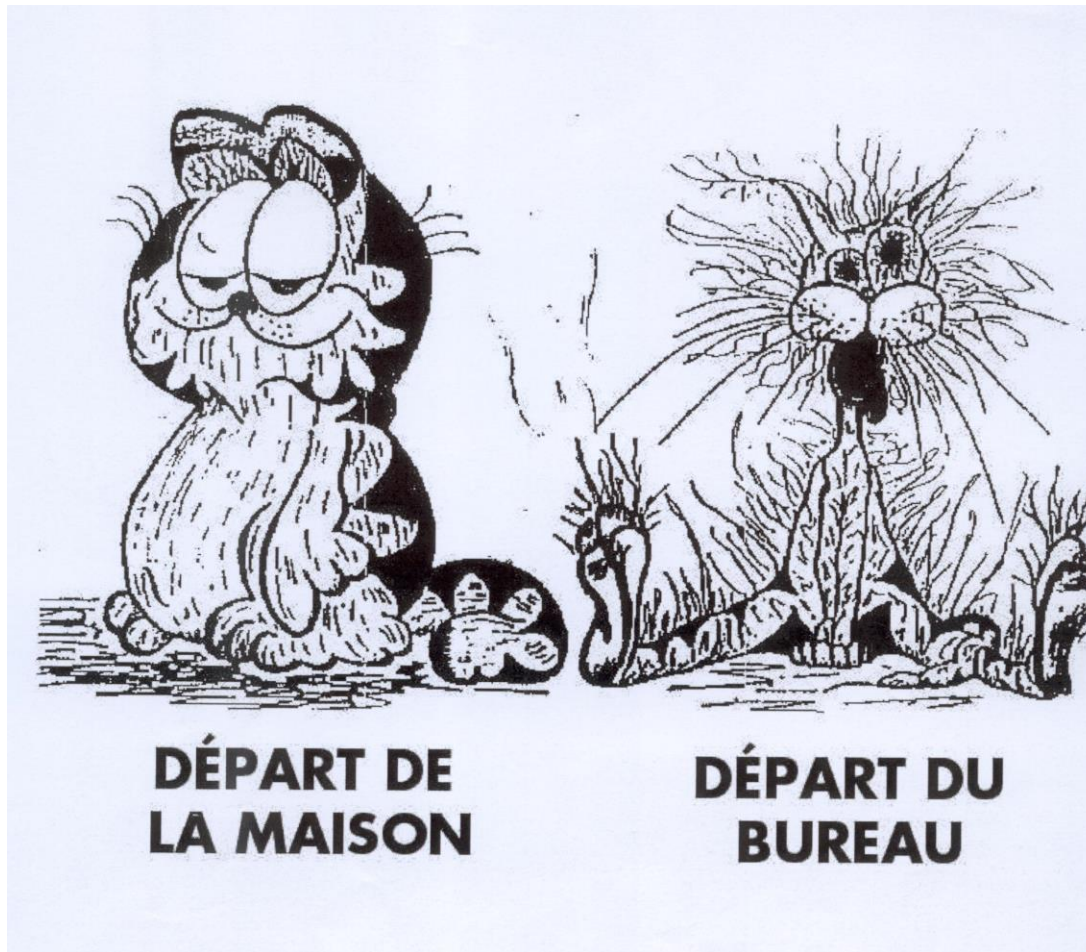


25<sup>ème</sup> **sfap**  
SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE SÉMIOTIQUE  
ET DE SÉMIOLINGUISTIQUE

13 - 15 juin 2019  
**PARIS**  
Palais des  
Congrès

5<sup>ème</sup> **FISP**  
Fédération  
Internationale  
de la  
Sémiologie  
Pragmatique

ANNIVERSAIRE  
30  
ANS  
FÉDÉRATION  
INTERNATIONALE  
DE LA  
SÉMIOLOGIE  
PRAGMATIQUE





**Merci  
pour votre attention!**

**jean-marie.gomas  
@orange.fr**

