



Prendre soin en EHPAD d'adultes psychotiques en fin de vie

Claire BADELON, psychologue clinicienne

Marie-Christine COULOMB, médecin coordonnateur

Fanny MAULINO, psychologue clinicienne

Fondation Favier – Val de Marne, Bry sur Marne

badelon.claire@gmail.com



SOMMAIRE

Introduction

- Cas clinique : « Mme S., 63 ans »
 - Annonce du diagnostic
- Rapport au corps et à la maladie dans la psychose
 - Evaluation de la douleur physique et psychique
- Travailler en équipe : une prise en soin spécifique !

Conclusion



Psychique

Diagnostiquée avec des « troubles schizo-affectifs » depuis l'adolescence.

Peu d'hospitalisation, vivait en famille.

Délire de persécution et interprétation à bas bruit, ne supporte pas le regard de l'autre persécutant, relations conflictuelles, fuyait les activités.

Hyper émotivité, thymie instable avec crises d'angoisses répétées. Ne supportait pas un cadre thérapeutique

Somatique

01/11 : AVC avant son entrée avec aphasie rééduquée

09/11 : Cancer du sein et mastectomie avec chimiothérapie

09/12 : 2^{ème} cancer du sein, refus opération en 2013 TTT hormonal

12/12 : métastases osseuses

11/14 : métastases cérébrales

TTT corticoïdes et radiothérapie

10/15 : AVC brutal et massif, ischémique

Mme S. 63 ans

« *Je ne suis pas folle, je ne suis pas vieille* » hurlait elle en suffoquant dans les couloirs de l'EHPAD.

Très apprêtée et coquette, toujours son sac à main sur l'épaule, des foulards colorés, à la fois souriante et fuyante fumant ses cigarettes.

Célibataire, pas d'enfants.

Milieu social favorisé. 1 frère et 2 sœurs (dont une venant régulièrement)

Nos actions

Soignants

Gériatre

Psychologue

Oncologue

Socio-esthéticienne

Psychomotricien

Ergothérapeute

Psychiatre

Accompagner jusqu'à la fin de sa vie

Contenance psychique et physique, réassurance dans sa féminité et son narcissisme, travail des pertes, écoute de ses désirs et respect de sa personnalité fuyante, évaluation répétée et soulagement de la douleur même si non exprimée



Annnonce du diagnostic

- **En 2012** : Sidération lors de l'annonce
 - Dans les faits, cela l'apaise en mettant des mots sur les maux
- Suivi de son cancer dans le respect de ses choix, avec toute la complexité que ça engendrait pour la convaincre d'accepter les soins.
Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades = droit au refus de soins
 - Qu'est ce qu'elle en comprend ?
- **En 2014**: avec l'apparition des métastases cérébrales et des troubles phasiques, en colère par rapport à l'apparition des différents symptômes, mais plus passive par rapport à la gravité de la maladie.



Rapport au corps et à la maladie dans la psychose

- Entrée en EHPAD : chez Mme S., confrontation au vieillissement et à la dépendance et majoration des crises d'angoisse.
- Notion de morcellement : le rapport à l'autre est peu distancié et le rapport soignant est différent.
- En général, découverte plus tardive des problèmes somatiques
- En fin de vie, Mme S. acceptait mieux ses soins de nursing : disparition des cris et des conflits qui rythmaient auparavant ses journées. Le corps et l'esprit nous semblaient plus apaisés, contenus et les soins devenaient pacifiants



Evaluation de la douleur physique et psychique

- Ne pas dissocier les 2 !
- Echec de l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur
- Potvin et Marchand (2008) : hypoalgésie des patients schizophrènes avec des seuils de douleurs plus élevés
- Médicaments ?
- Comment lire son corps ? Si pas d'expression, pas de ressentis ? NON différemment!
- Importance d'une vision globale, d'observations répétées, de différents interlocuteurs.

ANESM: Qualité de vie en EHPAD. L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. « L'accompagnement de la fin de vie ».



Travailler en équipe : une prise en soin spécifique !

- **Préjugés** des soignants envers la psychiatrie, la psychose, peur des refus de soin, crainte d'un passage à l'acte violent (manque de formation)
- **Accompagnement** dans le quotidien en équipe pluridisciplinaire
= Travail de contenance et cadre dans les soins avec des rituels.
- Vision plus globale avec un travail avec la psychiatrie jusqu'au bout comme tiers !



Conclusion

- Changement de « **statut** » avec un autre regard des soignants
- **Comment associer les familles ?**
- Comment **parler de la mort** en thérapie avec ces patients ?
- **Nombreuses questions éthiques soulevées**