

Sommaire

Définitions et repères

3 analyses approfondies des causes à l'origine du décès de patients



Références documentaires

(1) Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite-et-une-mortalite-prematuree-quadruplee.pdf>

(2) Les médicaments psychotropes, guide d'information. Réseau PIC. Psycom. Avril 2013.

www.reseau-pic.info/medicaments/Guide/Guide_2014.pdf

(3) Recommandations de bonne pratique clinique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère. FFP-CNPP. Label HAS. Juin 2015.

www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf

(4) Thésaurus des interactions médicamenteuses ANSM. Mai 2018.

[https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses(offset)/0)



Fiche Reflexe : Les effets indésirables des médicaments en milieu psychiatrique

Avertissement

Le sujet est vaste et de nombreuses études, recommandations et guides existent pour choisir et adapter les traitements aux pathologies psychiatriques. Cet aspect ne sera pas abordé ici.

L'objet de ce retour d'expérience est de rappeler quelques données sur la surmortalité constatée chez les patients pris en charge en santé mentale, données incluant les effets indésirables des psychotropes et autres substances psychoactives.

Ce document est illustré par 3 événements indésirables graves ayant bénéficié d'une analyse approfondie des causes.

Faisant écho aux données internationales de 2011, une publication française de 2018 montre que la réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité 2 à 5 fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé (1).

Les facteurs déterminants de surmortalité ne se limitent pas au risque accru de suicide, d'accident, et de chute. Ils comprennent également : les maladies cardiovasculaires et endocriniennes pouvant être liées aux effets indésirables des psychotropes, le rôle des comportements à risque, le cancer du poumon par tabagisme intensif, mais aussi le faible accès aux soins ainsi que le moindre recours aux soins somatiques.

Les taux standardisés de mortalité générale et de mortalité prématurée (décès avant l'âge de 65 ans) des personnes suivies pour des troubles psychiatriques sont respectivement 2,6 et 4,4 fois supérieurs à ceux de l'ensemble des bénéficiaires du Régime général ayant consommé des soins. Cette surmortalité est observée pour l'ensemble des pathologies psychiatriques considérées, mais est plus marquée pour les troubles psychotiques et addictifs.

Lorsqu'elle est exprimée en fonction des différents groupes

pathologiques traités, l'analyse montre que la part des décès prématurés est de 73% pour les troubles addictifs, 43% pour les troubles psychotiques, 35% pour les troubles maniaques et bipolaires. En comparaison la part des décès prématurés est évaluée à 23% pour les troubles de l'humeur et dépression, et 20% pour les troubles névrotiques liés (égale à celle du total des personnes du régime général).

Les personnes suivies pour des troubles psychiatriques ont un taux de mortalité par causes externes (suicide, accident, chute) 4,9 fois supérieur à celui des bénéficiaires du régime général. Ce taux est 5 fois supérieur pour les troubles psychotiques, 6 fois pour les troubles bipolaires et 8,2 fois pour les troubles addictifs.

Les maladies somatiques retrouvées comme cause de décès chez les personnes suivies pour troubles psychiatriques affectent tous les groupes de patients avec un taux de décès 2 à 3 fois supérieur à celui constaté chez les bénéficiaires du régime général, qu'il s'agisse des maladies cardiovasculaires, endocriniennes, respiratoires, infectieuses, et des « états morbides mal définis ».

Bien que cette étude ne permette pas d'émettre des hypothèses d'impact en termes de iatrogénie médicamenteuse par groupe de pathologie psychiatrique, elle suggère néanmoins l'importance de la surveillance des effets indésirables des patients traités et l'importance du dépistage des potentiels troubles somatiques induits par les neuroleptiques et également les autres classes de psychotropes.

Enfin, il faut mentionner les effets du mésusage de médicaments et les abus de substances stupéfiantes dont l'association aux psychotropes explique le taux très élevé de mortalité globale et prématurée.

Ce groupe de patients porteurs de troubles addictifs cumule tous les facteurs de risques : interactions multiples entre médicaments, entre médicaments et toxiques, inductions enzymatiques (alcool), et comportement à risque difficile à prendre en charge par les équipes médico-soignantes.

Les résultats de l'enquête DRAMES 2017 (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) montrent la complexité de la situation et la nécessité d'une surveillance accrue de cette population : une incidence des décès 8 fois plus élevée avec la méthadone qu'avec la buprénorphine, une stabilisation des décès par opioïdes licites ou liés à l'héroïne, une légère baisse des décès liés au cannabis et augmentation des décès liés aux amphétamines, une augmentation des décès liés à la pholcodine et au tramadol, une forte augmentation des décès liés à la cocaïne.

Sur les 472 décès inclus, 432 sont imputables directement aux produits consommés souvent sous forme de mélanges. Par exemple, l'association cocaïne alcool potentialise les effets cardiovasculaires et le risque de mort subite.



« L'évacuation importante de matières fécales après lavement et la stabilité clinique du patient rassurent et font prendre la décision d'un retour du patient le soir même à l'hôpital psychiatrique mais sans consignes précises de surveillance. »



Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation (texte long). 2017 ; Société Nationale Française de Colo-Proctologie ; GFNG ; SNFGE.

https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/12/livre-RCP-consti2017_long.pdf

Les troubles digestifs graves induits par les neuroleptiques, Agathe MORIN, Sciences pharmaceutiques.2017. <dumas-01621720>, HAL « archives-ouvertes » ; mémoire du diplôme d'études spécialisées de pharmacie ; option pharmacie hospitalière-pratique et recherche ; soutenu le 05 octobre 2017 ; Faculté de Pharmacie Aix Marseille <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01621720/document>

Constipation fatale

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé en unité psychiatrique pour des troubles de la personnalité de nature psychotique et des antécédents de décompensation schizophrénique. Son traitement habituel associe amisulpiride, clozapine et diazépam ; il est bien toléré, sans intolérance digestive exprimée (transit conservé, alimentation normale). Le patient est jeune et pratique une activité physique quotidienne (marche) ; une prescription de macrogol lui est rarement nécessaire.

Un samedi, le patient présente des douleurs abdominales avec nausées ; la palpation abdominale perçoit des masses du flanc gauche évoquant une stase stercorale confirmée par l'abdomen sans préparation. Il est adressé au service des urgences de l'hôpi-

tal général de proximité où le diagnostic de syndrome occlusif sur stase stercorale sans signe de gravité est posé.

Le scanner abdomino-pelvien montre une stase gastrique, une stase stercorale colique diffuse sans niveaux hydro-aériques grêliques et sans épanchement intra-péritonéal. L'évacuation importante de matières fécales après lavement et la stabilité clinique du patient rassurent et font prendre la décision d'un retour du patient le soir même à l'hôpital psychiatrique mais sans consignes précises de surveillance.

La surveillance clinique nocturne montre un patient stable, mais à 6h du matin surviennent des douleurs abdominales et une intolé-

rance hémodynamique évoluant rapidement en arrêt cardio-respiratoire.

La réanimation est débutée sur place jusqu'à l'arrivée d'une équipe SMUR qui assure le transfert du patient au CHU où il est directement admis au bloc opératoire. L'exploration chirurgicale montre un épanchement intra-péritonéal, une souffrance colique majeure en lien avec un fécalome étendu ainsi que la présence d'un estomac dilacéré suite probablement aux gestes de réanimation. Le traitement associe colectomie gauche, résection gastrique, et une double antibiothérapie. Malgré la rapidité de cette prise en charge, l'évolution se fait vers une défaillance multiviscérale compliquée d'un état de choc réfractaire et le décès du patient.

La difficulté d'évaluer l'urgence digestive en santé mentale

Au cours de l'analyse, deux causes immédiates ont été identifiées : d'une part le traitement inapproprié d'une occlusion stercorale majeure, et d'autre part la surveillance non adéquate de l'occlusion avec retard à la prise en charge chirurgicale des complications.

En analyse approfondie, de nombreux facteurs latents contributifs à la survenue de l'événement ont également été identifiés.

On citera les caractéristiques cliniques trompeuses de ce patient psychotique : seuil élevé de la douleur, vie digestive difficile à évaluer (défécation en particulier), mais aussi son état de santé faussement rassurant (patient jeune, activité physique quotidienne, alimentation normale sans vomissement).

L'unité d'hospitalisation ne disposait que d'un WC par chambre de 4 patients rendant difficile la surveillance des selles des patients sous neuroleptiques. Il n'existait pas de protocole de traitement préventif de l'obstruction stercorale colique disponible dans l'hôpital psychiatrique, et le temps dédié à la médecine somatique ne permettait pas de couvrir les besoins des différentes unités.

Enfin, la forme clinique trompeuse de l'occlusion stercorale (pas de vomissements, douleurs abdominales tardives, transit conservé) et la méconnaissance du risque de complications graves (perforation colique, péritonite, choc septique) ont donné lieu à une prise en charge inadaptée de l'occlusion stercorale étendue.

Les actions proposées et mises en place par les équipes ont été : évaluation clinique régulière de l'abdomen des patients sous neuroleptiques, traitement laxatif évolutif avec protocole comprenant plusieurs paliers thérapeutiques, examen radiologique de l'abdomen sans préparation en cas de doute diagnostique, recours à une consultation avancée de gastroentérologue ou de chirurgien viscéral, amélioration de la communication et de la coordination entre les équipes des deux établissements (service des urgences de l'hôpital général et les unités de l'hôpital psychiatrique) pour optimiser la continuité des soins des patients psychiatriques présentant une urgence somatique digestive.

Mort subite inexpliquée REX 62

Un patient âgé de 51 ans est hospitalisé pour hallucinations auditives par un médecin d'une structure d'addictologie. Le patient y est suivi depuis 2 ans, il est sous Méthadone® buvable.

D'origine portugaise, il a vécu son enfance outremer. Il est en métropole depuis 7 ans mais a besoin d'un interprète.

Dans ses antécédents familiaux on retrouve un père alcoolique et violent, une mère souffrant de psychose et d'hallucinations auditives. Le patient ne présente pas de pathologie somatique mais on note plusieurs hospitalisations pour hallucinations. Depuis l'âge de 17 ans, il consomme du cannabis, puis à partir de 24 ans, de l'héroïne et de l'alcool. Actuellement, il associe l'usage de l'alcool et du cannabis à son traitement par méthadone.

Le patient demande un sevrage alcoolique et accepte les conditions d'hospitalisation

qui lui sont expliquées (interdiction de consommer des produits toxiques, interdiction de sortir).

Une prise en charge médico-sociale est mise en place en parallèle du traitement : oxazepam 40 mg/jour ; risperidone 4 mg/jour ; trihexyphénidyle 5 mg par/jour ; paracétamol 3000 mg à la demande ; méthadone 70 mg/jour ; Vitamine B1-B6 : 2500 mg-210 mg/jour. La sédation excessive du patient nécessite des adaptations de posologies.

Le patient accepte mal que le traitement par méthadone soit géré par les soignants. Il ne se plie pas aux règles du contrat moral de soins et est «recadré» plusieurs fois par l'ensemble des professionnels. La barrière de la langue complique la communication. Le patient s'agace face aux règles de vie instituées.

Onze jours après son hospitalisation, en fin de matinée, il

présente une acutisation de sa pathologie schizophrénique. Au décours du déjeuner en salle commune, il se comporte de façon étrange, avec des phases d'hallucinations. Les autres patients sont inquiets. Un médecin conseille alors qu'il soit conduit dans sa chambre pour poursuivre son repas. Vers 12h45, il est installé dans sa chambre afin de terminer son déjeuner.

A 15h30, il est retrouvé en état de mort apparente. Malgré la réanimation cardio pulmonaire initiée par les soignants de l'unité puis relayée par le SMUR, le patient est déclaré décédé à 16h24.

Le médecin du SMUR mentionne un obstacle médico-légal pour cause de décès non clairement établie. Le commissariat de police est appelé. L'officier de police judiciaire (OPJ) contacte le parquet qui décide de lever l'obstacle médico-légal.

Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. V. VAZQUEZ C. GURY.X. Laqueille L'Encéphale, 2006 ; 32 : 478-86, cahier 1

Management of antipsychotic adverse effects : common adverse effects (table 8.21)

Revised February 2013. Amended February 2014. ©Therapeutic Guidelines Ltd (etg42 March 2014)

http://online.tg.org.au/complete/desktop/tgc/ptg71/table_8_2_1.htm

Psychotropes + conduite addictive = une surveillance de tous les instants

La demande d'autopsie n'ayant pu aboutir, la cause médicale du décès reste indéterminée. L'analyse a évoqué de possibles effets indésirables des psychotropes et/substances psychoactives (troubles du rythme à type de torsade de pointe, et/ou troubles respiratoires ?).

Deux causes immédiates ont été retenues :

-Discontinuité de la surveillance au moment des transmissions lors des changements d'équipes paramédicales.

-Sous-évaluation des risques liés à l'administration conjointe de méthadone, de psychotropes, de benzodiazépine, avec une consommation d'alcool et de cannabis.

Comme c'est souvent le cas pour un patient cumulant une pathologie psychiatrique et une conduite addictive, la prise en charge a été complexe : difficultés d'expression et de

compréhension orale liées à la barrière de la langue, absence de ressource familiale, schizophrénie non traitée à l'admission, poursuites psychotropes multiples, patient en rupture de contrat moral de soins avec autogestion des prises de méthadone.

Cependant, l'analyse a relevé d'autres facteurs contributifs à la survenue de l'événement : le recueil incomplet de l'histoire de la maladie du patient, l'absence de recours auprès des professionnels ayant pris en charge le patient en dehors de la métropole, la réponse insuffisante de l'équipe face aux ruptures du contrat moral de soins (sorties non autorisées, prises d'alcool ou de méthadone hors établissement).

Il a également été noté la non mise en œuvre du protocole de suivi des effets

indésirables des neuroleptiques, le manque de fiabilité de la traçabilité des prises de psychotropes, la rupture dans la surveillance des patients lors des temps collectifs de l'équipe (transmissions, staffs). L'absence de suivi par dosage plasmatique de la méthadone ou de suivi cardiologique (ECG) ont été relevés.

L'analyse a permis de rappeler l'importance des recommandations concernant les règles de prescription et de surveillance des psychotropes, surtout lorsqu'ils sont associés chez un patient non sevré en substances toxiques capables d'interagir avec les médicaments administrés., ainsi que l'importance des analyses urinaires périodiques de la méthadone. Le rôle du travail d'équipe a également été mis en valeur pour améliorer la sécurité des soins dans ce contexte.



Fausse route inhalation décès REX 34

« Les IDE installent le patient en position latérale de sécurité et tentent d'extraire manuellement des morceaux de pain. »



Un patient âgé de 74 ans est adressé par son médecin généraliste en hospitalisation libre en milieu psychiatrique pour décompensation d'un trouble psychotique avec délire de persécution et hétéro-agressivité au domicile. Les antécédents somatiques se limitent à une hypertension artérielle, une hypertrophie bénigne de la prostate et une hernie inguinale opérée.

Le traitement habituel pour ses troubles psychotiques associe zopiclone 7,5 mg, rispéridone 2 mg, chlorpromazine, alprazolam 2 mg, lévopromazine 25 mg par jour et 25 mg supplémentaire en cas d'agitation plus intense.

Le patient reste confus avec une désorientation temporo-spatiale accompagnée d'hallucinations acoustico-verbales et des propos incohérents entrecoupés d'épisodes d'agitation psychomotrice relativement fréquents.

Un bilan somatique montre une hyponatrémie à corriger, et le scanner cérébral objective une atrophie cortico-sous-corticale et une leucoencéphalopathie.

Le traitement est modifié : arrêt de la rispéridone et de la chlorpromazine, poursuite du zopiclone, ajout d'alprazolam, de cyamémazine 100 mg par jour, aripiprazole 10 mg par jour et halopéridol 6 mg. Le patient reste très délirant avec des épisodes d'agitation psychomotrice nécessitant une surveillance étroite et la majoration de la posologie des médicaments. Un soir au réfectoire, comme à son habitude, le patient avale précipitamment son repas et sort de table le premier. Il demande un morceau de pain supplémentaire, ce qui lui est accordé mais les soignants refusent sa demande de sortie dans la cour afin de le garder sous surveillance.

Le patient s'installe dans un fauteuil du hall d'accueil. Quelques instants plus tard, l'aide-soignante occupée à proximité est alertée par des bruits émis par le patient qu'elle découvre en position assise, les yeux révulsés et présentant une difficulté pour respirer. Elle appelle aussitôt ses collègues IDE qui identifient immédiatement une fausse route et réalisent à plusieurs reprises la manœuvre de Heimlich, sans parvenir à libérer les voies aériennes supérieures. Les IDE installent le patient en position latérale de sécurité et tentent d'extraire manuellement des morceaux de pain.

Un appel au SAMU est réalisé pendant que les IDE poursuivent les gestes de réanimation d'urgence, sans succès. Le SAMU prend en charge le patient et le transfère au CHU. Le patient est hospitalisé en service de réanimation. Trois jours plus tard, il décède d'une médiastinite.

Les défauts de dépistage et de surveillance des troubles de déglutition

Neuroleptiques : troubles de la déglutition – revue Prescrire 2010;30 (324) : 74-748.

Mission EIGS CCECQA Fiche RELEXE 11

<http://www.ccecqa.asso.fr/outil/gestion-des-risques/prage-retours-dexperiences>



Lors de l'analyse, l'équipe a identifié comme cause immédiate la sous-évaluation des facteurs de risques de fausse route par troubles de la déglutition chez une personne âgée, hyperphagique, édentée et sous neuroleptiques.

Parmi les facteurs latents, outre ceux liés au patient (acutisation de la schizophrénie avec fréquents épisodes d'agitation psychomotrice), on retiendra plusieurs facteurs contributifs à la survenue et à l'évolution défavorable de l'événement.

Le risque de fausse-route par dyskinésies tardives a été sous-évalué par l'équipe et le patient n'a pas bénéficié d'un bilan de déglutition.

La surveillance de fausses routes alimentaires n'a pas été efficace (inscrite dans le plan de soins mais sans protocole dans le service.)

La qualité de la réanimation a été sous-optimale : absence de laryngoscope et/ou de pince de Magill dans le sac d'urgence, défaut dans l'organisation des contrôles du sac d'urgence vitale.

Le retard à l'intervention sur site du SAMU a été noté : repérage de nuit difficile, nombreux bâtiments, mal signalés et personnel soignant ne disposant pas des clefs du portail de la cour intérieure, seul accès possible pour le SAMU.

Les actions d'amélioration ont porté sur l'élaboration d'une

grille de dépistage des patients avec profil à risque de troubles de la déglutition, sur la formation du personnel à la surveillance de ces troubles, sur la révision de la procédure de gestion du sac d'urgence vitale, et sur l'amélioration des conditions d'intervention des équipes d'urgences en dehors des heures ouvrables.

Au-delà, le rôle et la place du pharmacien à même d'étudier les interactions médicamenteuses et les effets indésirables de ces médicaments psychotropes multiples a été réaffirmé. Les avis de pharmacie clinique contribuent à l'établissement d'une balance bénéfices risques pertinente.