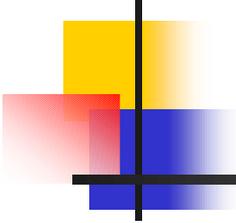


# PSYCHIATRIE ET RÉANIMATION

---

Quelle place pour le soin psychique dans un  
service de réanimation ?

Dr Christine HEYWARD  
Centre Psychothérapique du Vion  
38110 St CLAIR DE LA TOUR



## DISCIPLINES MÉDICALES OPPOSÉES

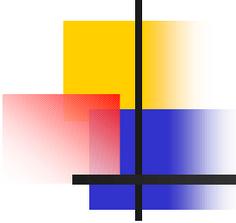
---

### ■ Réanimation :

- Défaillance des fonctions vitales
- Aspect technique et matériel très important
- S'appuie sur des données objectives et quantifiables (paramètres biologiques, imagerie...)
- Médecine d'organes

### ■ Psychiatrie :

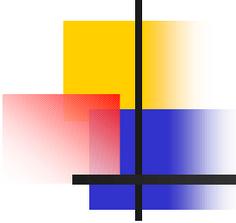
- Perturbations de la vie psychique et relationnelle
- Importance de la communication et du langage
- S'appuie sur des données subjectives, peu quantifiables
- Médecine de l'esprit



## L'UNITÉ PSYCHO-SOMATIQUE DU PATIENT

---

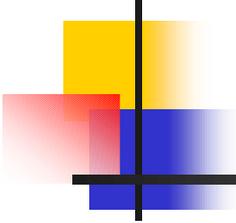
- ✍ Pour le patient pas de distinction entre « psychique » et « somatique »
- ✍ Le patient, même en réanimation, reste une personne habitée par sa vie psychique et affective propre et porteuse de son histoire
- ✍ Fréquence de troubles psychologiques en réanimation, méconnus des psychiatres et sousestimés par les réanimateurs
- ✍ Depuis quelques années rapprochement entre disciplines médicales somatiques et psychiatrie :
  - ✍ développement de la psychiatrie de liaison et de la psychologie médicale
  - ✍ intérêt croissant des équipes de réanimation pour cette problématique
- ✍ Décret d'avril 2002 sur l'organisation de la réanimation : « ...doit disposer, autant que de besoin d'un psychiatre ou d'un psychologue ... »



## CHAMP DE LA PSYCHIATRIE DE LI AISON EN RÉANIMATION

---

- Ne se réduit pas aux missions de consultations et interventions ponctuelles auprès de certains patients
- Mais s'intègre dans une approche pluridisciplinaire globale du patient visant à restituer son unité psycho-somatique
- Elle s'adresse tout autant :
  - ✓ au patient
  - ✓ qu'à son entourage familial
  - ✓ et qu'à l'équipe soignante
- Elle doit avoir sa place dans une **démarche de l'ensemble du service** , prenant en compte la dimension psychologique et la qualité de vie du patient.

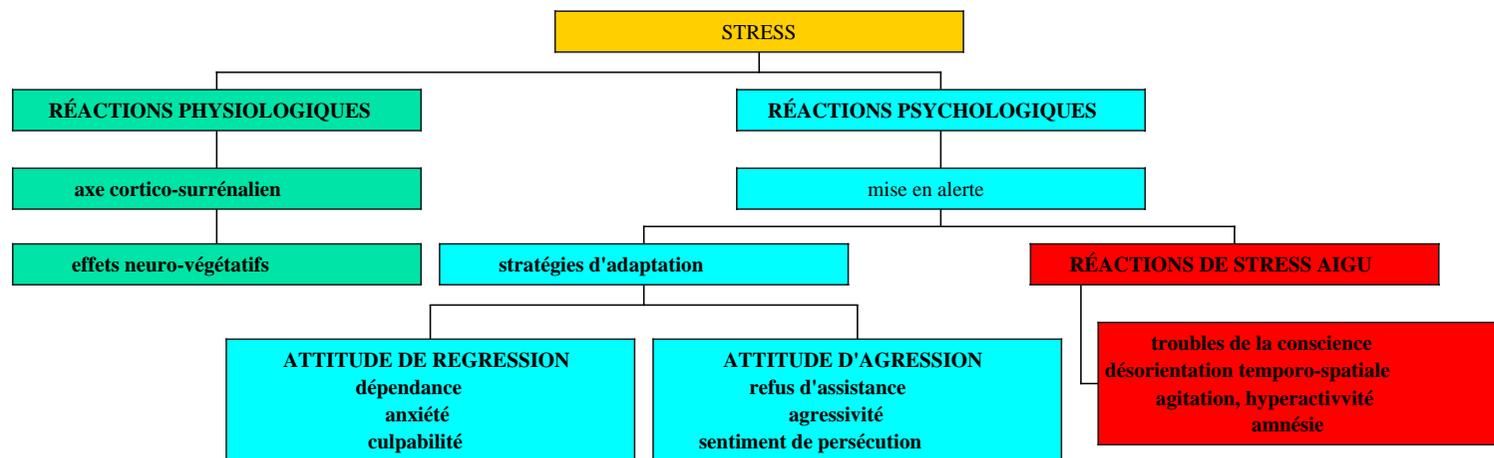


# LA RÉANIMATION : UN ENVIRONNEMENT PARTICULIER

---

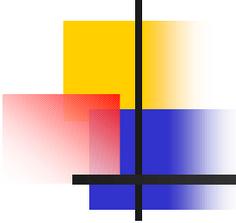
- **Nombreux facteurs de stress :**
  - **Liés à la pathologie** : pronostic vital, aggravation d'une pathologie chronique, polytraumatismes, risques de séquelles invalidantes...
  - **Liés à la thérapeutique** : ventilation assistée, sondes, appareils de surveillance, gestes techniques douloureux, kinésithérapie, mobilisation, toilette, médicaments...
  - **Liés à l'organisation du service** : surveillance constante, lumière, bruit, indifférenciation jour-nuit, absence d'intimité...
  - **Au total** : un environnement particulièrement agressif pouvant induire des réactions psychologiques importantes et parfois une symptomatologie psychiatrique souvent méconnue

# RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES AUX FACTEURS DE STRESS



# LES TROUBLES PSYCHIQUES EN RÉANIMATION

|                             | <b>TROUBLES ANXIEUX</b>                                                                                                | <b>ÉTATS DÉPRESSIFS</b>                                                            | <b>TROUBLES DU SOMMEIL</b>                                                                         | <b>TROUBLES DÉLIRANTS</b>                                                                                                              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SYMPTOMES</b>            | Inquiétude, appréhension<br>Sentiment d'insécurité<br>Signes neuro-végétatifs<br>Anxiété diffuse ou attaque de panique | Tristesse<br>Asthénie, apathie<br>Passivité, ralentissement psycho-moteur          | Perturbations quantitatives et qualitatives<br>Sommeil très fragmenté<br>Absence sommeil paradoxal | Désorientation temporo-spatiale<br>Confusion, incohérence<br>Hallucinations polysensorielles<br>Idées délirantes<br>Agitation, terreur |
| <b>FACTEURS FAVORISANTS</b> | Incertitudes sur diagnostic ou traitement<br>Appareils de surveillance...<br>Sevrage sédation                          | Manque de sommeil<br>Pathologie organique associée<br>Isolement social et affectif | Sevrage sédation<br>Environnement<br>Soins de nuit<br>Absence de rythme veille-sommeil             | Manque de repères spatio-temporels<br>Bruits, lumière...<br>Médicaments, sevrage morphiniques<br>Ventilation >7 jours                  |
| <b>TRAITEMENT</b>           | Réassurance, information<br>Médicaments : BZD, neuroleptiques sédatifs                                                 | Stimulations<br>Présence de l'entourage<br>Antidépresseurs                         | Restauration du cycle jour-nuit<br>Hypnotiques                                                     | Favoriser l'orientation spatio-temporelle<br>Présence de l'entourage<br>Antipsychotiques, neuroleptiques sédatifs                      |



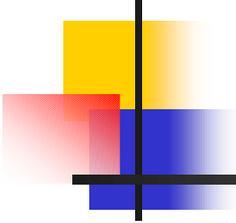
# SOIN, DÉPISTAGE, PRÉVENTION

---

- **Soigner :**
  - ⇨ Traitements médicamenteux
  - ⇨ Prise en charge psychologique du patient
- **Dépister:**
  - ⇨ Sensibilisation de l'ensemble de l'équipe soignante
  - ⇨ Critères simples, grilles d'évaluation, EVA
- **Prévenir :**
  - ⇨ Déterminer les facteurs favorisant l'apparition des troubles : enquêtes épidémiologiques, questionnaires de satisfaction....
  - ⇨ Actions sur l'environnement : améliorations techniques, réductions des nuisances, amélioration de la communication, restauration de l'espace-temps( fenêtres, horloges)...
  - ⇨ Prise en charge de la douleur, techniques de relaxation, massages, musicothérapie...
  - ⇨ Favoriser l'univers familial du patient : famille, entourage, photos, objets personnels...

# SIGNES ÉVOCATEURS DE TROUBLES PSYCHIQUES

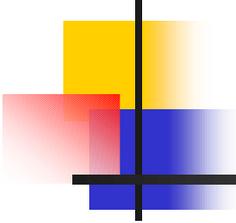
|                              | <b>ANXIÉTÉ</b>                                                    | <b>DÉPRESSION</b>           | <b>DÉLIRE</b>                                             |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>FACIES</b>                | Regard intense, interrogateur                                     | Traits figés<br>Regard vide | Faciès tendu, mobile                                      |
| <b>RELATION</b>              | Appels fréquents<br>Nombreuses questions<br>Besoin de réassurance | Passivité                   | Relation difficile<br>Réponses inadaptées                 |
| <b>COMPORTEMENT</b>          |                                                                   | Ralentissement psychomoteur | Agitation permanente                                      |
| <b>SIGNES PHYSIQUES</b>      | Polypnée                                                          | Hypersomnie diurne          | Tachycardie, sueurs                                       |
| <b>PLAINTES</b>              | Nombreuses                                                        |                             | Aucune                                                    |
| <b>DISCOURS</b>              | Discours anxieux<br>Peur des soins<br>Attente du pire             | Pauvre ou absent            | Répétitif, incohérent                                     |
| <b>SIGNES PSYCHOLOGIQUES</b> | Appréhension avant chaque examen                                  | Humeur dépressive           | Désorientation temporo-spatiale<br>Troubles de la mémoire |



## PRISE EN CHARGE DES FAMILLES

---

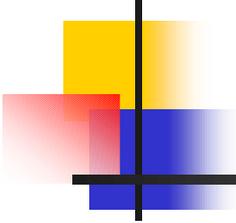
- Les proches d'un patient hospitalisé en réanimation vivent une situation de **grande détresse psychologique** : brutalité et gravité de l'affection, incertitude du pronostic, spécificités du service...
- Nécessité d'une **information** , adaptée, précise et compréhensible
- Relations le plus **chaleureuses** possible avec l'équipe soignante, interlocuteurs bien identifiés
- Rencontre avec le psychiatre ou le psychologue **proposée** mais non imposée
- Parfois symptomatologie anxieuse ou dépressive nécessitant un traitement médicamenteux
- Favoriser au maximum la **présence des proches** au chevet du patient
- Question particulière de la présence des **jeunes enfants**



## ET LES EQUIPES SOIGNANTES ?

---

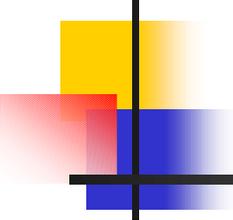
- Reconnaître la souffrance des soignants
- Syndrome de « **burnout** »:
  - ✓ **Épuisement émotionnel** : perte d'émotion dans le travail
  - ✓ **Dépersonnalisation** : soins impersonnels
  - ✓ Manque **d'accomplissement personnel** dans le travail
- Causes individuelles, organisationnelles et environnementales
- Spécificité des **services d'urgences** : irrégularité de l'activité, nombre de donneurs d'ordres, manque d'information, pas de suivi des patients, interruption des activités, non programmables, confrontation à la mort, surcharge permanente...
- En **réanimation** : confrontation à la mort, haut niveau de technicité, prélèvements d'organes, abandons thérapeutiques, comas dépassés...



## SOIGNER SANS SOUFFRI R

---

- Souffrance des soignants : **sujet tabou**
- **Se protéger** : savoir garder des distances, protéger sa vie privée
- Après une surcharge émotionnelle : pouvoir en **parler** aux autres collègues, à un tiers...
- Renforcer **l'esprit d'équipe**
- Favoriser des **temps d'échange** sur différents sujets, exprimer son vécu, ses difficultés, sans crainte d'être jugé
- **Organisation du travail**, partage des responsabilités
- **Réflexion éthique** au niveau du service
- **Supervision** avec une personne extérieure au service



## CONCLUSION

---

- **La prise en compte du soin psychique en réanimation devrait être une préoccupation centrale, au même titre que la maintenance des machines ou la prévention des affections nosocomiales**
- **Le rôle du psychiatre, outre la prise en charge des troubles psychiatriques aigus, est d'aider l'équipe de réanimation à prendre en compte cette dimension psychopathologique.**
- **C'est en effet, à travers la rencontre interpersonnelle soignant-soigné, et dont le langage est le support privilégié, que pourra s'opérer la deuxième réanimation, celle du psychisme, celle qui permettra à « celui qui a vu la mort en face » de réintégrer le monde des vivants**