
Régulation et Transport des malades psychiatriques

Nicolas DANTCHEV

Unité de Psychiatrie

Hôtel-Dieu – Paris

DU Transports Aériens et Rapatriements Sanitaires

6 décembre 2018

Rapatriements Psychiatriques

- Fréquents
- Tableaux psychiatriques atypiques
- Particularités de la régulation et du transport

Historique

Pas de malades mentaux dans les avions !

- Début des rapatriements aériens psychiatriques par les militaires US à la fin de la 2^{ème} guerre mondiale (45 000 patients psychiatriques, dont 14 000 psychotiques à partir de mars 1944)
- Rapatriements en ambulances, trains, bateaux...
- Rapatriements aériens psychiatriques progressivement imposés aux compagnies aériennes par les sociétés d'assistance

Prévalence Pathologies en cause

Prévalence

- Rapatriements (ou retours anticipés) pour raisons psychiatriques = environ 5 % des rapatriements effectués par les sociétés d'Assistance
- S'y rajoutent les rapatriements effectués par les services de psychiatrie de métropole vers les TOM-DOM et depuis l'étranger (à la demande des consulats)

Pas nécessairement d'antécédents ψ

- Pas d'antécédents psychiatriques : 40 %
- Antécédents psychiatriques légers ou bénins (dépression) : 40 %
- Antécédents psychiatriques avérés (Alcoolisme, Schizophrénie, Trouble bipolaire) : 20 %

Diagnostics

- États délirants aigus : 50 %
 - Troubles dépressifs non délirants : 20 %
 - Troubles anxieux (Trouble panique, État de stress post-traumatique) : 20 %
 - États confusionnels (alcool) : 10 %
- Délires plus fréquents +++
lors d'un voyage

Voyages et Psychopathologie

Destinations à risque ?

- « *Est-ce l'Asie qui rend fou, ou les fous qui vont en Asie ?* » (Tabuchi, 1987)
- Le syndrome d'Hawaï (Stretzler, 1979)
- Le syndrome de Stendhal (Magherini, 1990)
- Le syndrome de Paris (*Ota, 2005*)

Le voyage comme thérapeutique

- « *Les anglais envoient leurs mélancoliques dans les provinces méridionales de France* »
(Esquirol, 1838)
- Effets sur l'humeur :
 - Amélioration +++
 - Aggravation parfois

Facteurs facilitant l'émergence d'un trouble psychiatrique à l'étranger

- Perte de repères
 - Barrière de la langue
 - Décalage horaire
- Formes à début plus brutal et à expression symptomatique plus spectaculaire (symptômes psychotiques)

A part, le « voyage pathologique »

- Le sujet est déjà atteint d'un trouble psychiatrique lorsqu'il entame son voyage
- Psychoses délirantes
- Etats « dissociatifs » (ex fugues amnésiques)

La régulation psychiatrique

Circonstances du signalement

- Problème psychiatrique d'emblée (90 %)
- Patient somatique présentant des troubles du comportement avant rapatriement (10 %)

Le Bilan Initial

- Médecin local le plus souvent peu contributif (problème de la langue) - Variabilité selon les pays
- Diagnostics fantaisistes (« hystérie », « paranoïa », « simulation », « bouffé délirante »)
- Évaluation diagnostique effectuée à distance (télépsychiatrie) par des contacts :
 - Avec l'entourage local (anamnèse récente)
 - Avec la famille (antécédents, état antérieur)
 - Contact avec le patient nécessaire +++

Gestion de soins apportés sur place

- Nécessité d'une hospitalisation ?
- Comment ?
- Structure adaptée ?
- Traitement adapté ? (antipsychotiques à doses efficaces)
- Souvent les soins primaires doivent être gérés à distance

Critères de gravité pour la décision de rapatriement

- Délire (imprévisibilité)
- Risque de passage à l'acte (suicide, hétéro-agressivité)

Éléments de décision

- Quand rapatrier ?
 - Stabilisation comportementale (3 à 10 jours)
- Comment rapatrier ?
 - Avec / sans escorte ?
(Retour seul dans 30 % des cas)
 - Escorte IDE ou médecin ?
 - Moyen de transport ?

Obtenir l'accord de sortie

- Judicialisation de l'hospitalisation en psychiatrie dans la plupart des pays
- Décision de sortie susceptible d'être retardée
- Éventuelles poursuites judiciaires liées à des troubles du comportement avant l'hospitalisation
- Correspondant - Consulat

Le Bilan Évolutif

- Variabilité de la symptomatologie entre la décision et le retour (aggravations ou améliorations)
- Les contacts médicaux plus « diplomatiques » qu'utiles à la décision (cf. désir de garder le patient ou de s'en débarrasser vite)
- Réadapter les décisions

Gestion des contacts avec la famille

- Anxiété et incompréhension des familles
- Pressions pour un rapatriement plus rapide
- Désir de se rendre sur place

Les exclusions psychiatriques

- Variables selon les contrats
- Pathologies « non consolidées »
- Suicide ?
 - cf. stigmatisation

Le transport

Modalités du transport

- Avion ligne - Classe affaire
- Pas de civière
- Patient sédaté mais tenant debout ou assis
- Un seul accompagnant si possible
- Le moins d'escales possible

Technique du transport

- Installation d'une alliance thérapeutique avant le départ
- Proximité relationnelle avec le patient
- Vigilance du transporteur
- Prise de conscience par le patient de l'épisode pathologique
- La phase de transport est thérapeutique en elle-même

Responsabilités du transporteur

- Patient opposant (*tentative de kidnapping*)
- Exercice illégal de la médecine
- Risque de passage à l'acte
- Le « retour à vide » n'est pas un échec du transporteur

Les médicaments du transport

- Neuroleptiques sédatifs (Tercian, Loxapac) plutôt que benzodiazépines (cf. effets désinhibiteurs)
- Voie orale si possible

Hospitalisation au retour ?

- Retour au domicile le plus souvent
- Difficulté de mise en œuvre d'une hospitalisation sous contrainte au retour (SPDT) dans certains cas
- Les fugues à l'aéroport

Situations particulières

Mineurs

- Séjours linguistiques
- Autorisations des parents
- Gestion des conflits avec les parents
- Risque de suicide
 - Excès de moyens par précaution

Comorbidités médico-psychiatriques

- Pathologies neuro-psychiatriques (confusions)
- Psychoses iatrogènes (antipaludéens)

Personnes âgées

- Désorientation – Confusion – Troubles du comportement
- Détérioration des fonctions cognitives, pré-démences
- Destination au retour ?

Déficients mentaux - Autistes

- « Séjours thérapeutiques »
- Pas de transport en avion
- Ambulance +++

En résumé

- Fréquence des états psychiatriques suraigus
- Évaluation directe : CM locaux peu contributifs
- Gestions des soins sur place
- Délire ? : Essentiel dans la décision de RPT
- Retour seul possible
- Rapatriement après stabilisation minimale
- Dimension thérapeutique +++ du transport
- Aspects médico-légaux