

# Psychiatrie

## - Introduction générale -

IFSI CRIP 2024 – 2025

*Dr. ESBERARD Jason*

*En collaboration avec PASTRES Martin*





# PROGRAMME

Mercredi 11/09 :

## MATIN

Introduction générale

- Psychotropes
- Questions-réponses*

## APRES-MIDI

- Troubles anxieux
- Questions-réponses*

Mercredi 18/09 matin

## MATIN

- Troubles de la personnalité
- Troubles somatoformes
- Questions-réponses*

## APRES-MIDI

- Urgences psychiatriques
- Questions-réponses*

# DU SYMPTÔME AU SYNDROME JUSQU'AU TROUBLE

- **Signe**= observation clinique objective (patient agité, patient incurique, patient ralenti)
- **Symptôme** = expérience subjective du malade (humeur dépressive)
- **Syndrome** = ensemble de signes et symptômes formant un ensemble reconnaissable (le syndrome dépressif)

**Le trouble** = question d'intensité (tempérament anxieux ou véritable trouble anxieux)

La dépression après un événement de vie difficile : normal ou pathologique?

**ÉVALUER LE RETENTISSEMENT !!**



# LES GRANDS DOMAINES SEMIOLOGIQUES (1)

- **Le contact** (= attitude générale, façon dont le patient entre en relation)
- **La présentation / l'apparence** (ex. incurie)
- **Les activités psychomotrices** (ex. agitation motrice ou ralentissement psychomoteur)

## LES GRANDS DOMAINES SEMIOLOGIQUES (2)

### - Langage et pensée -

Dynamique du langage/débit verbal (ex. logorrhée, tachyphémie ; mutisme)

Dynamique de la pensée (tachypsychie, coq à l'âne, discours incohérent ou diffluent)

Contenu du discours (idées délirantes, pensées anxieuses ou obsessionnelles)

## LES GRANDS DOMAINES SEMIOLOGIQUES (3)

### - L'humeur, les émotions -

**Humeur** = « tonalité affective globale et durable qui colore la perception du monde »

**L'affectivité** = réponses affectives immédiates à un stimulus (domaine des émotions)

**Emotions** = colère, anxiété, peur, frustration

**Anhédonie** = perte de la capacité à éprouver du plaisir



## LES GRANDS DOMAINES SEMIOLOGIQUES (4)

### - Modification de la perception -

**Hallucinations** = perceptions sans objet

Hypersensibilité sensorielle (ESPT / PTSD)

Dissociation des perceptions : déréalisation, dépersonnalisation

Modification de l'attention : distractibilité, hypervigilance



## LES GRANDS DOMAINES SEMIOLOGIQUES (5)

*Les fonctions physiologiques* (« conduites instinctuelles »)

Ex. insomnie, anorexie, hyperphagie, modification du désir sexuel...

*Le comportement :*

Ex. **Compulsions** = cmpt répétitif ou actes mentaux en réponse à une obsession,

Sur soi → Conduites auto-agressives et suicidaires ;

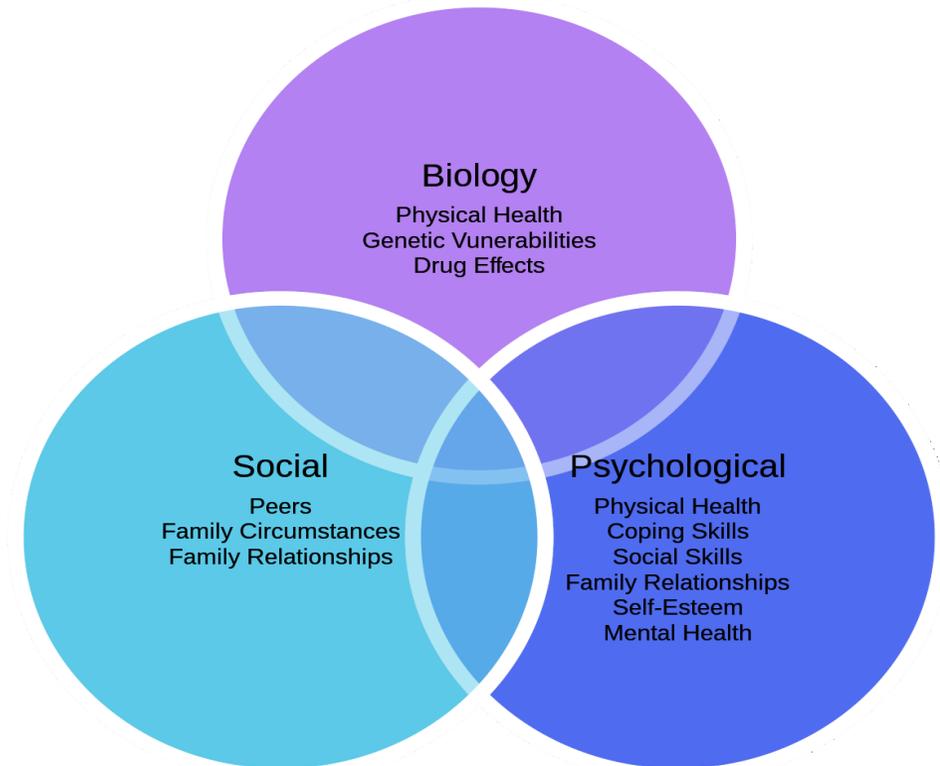
Intéraction → hostilité, clinophilie, retrait social...

## LES PRINCIPAUX SYNDROMES

- **Syndrome positif** = expérience psychique en plus (idées délirantes, hallucinations)
- **Syndrome négatif** = expérience psychique diminuée ou en moins (troubles psychotiques)
- **Syndrome de désorganisation** = de la pensée et du comportement (troubles psychotiques)
- **Syndrome thymique** (dépressif ou au contraire maniaque) → relatif à l'humeur
- **Syndrome anxieux**
- **Syndrome de dépendance** (addictologie)
- **Syndrome autistique** en pédopsychiatrie...

# LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET LEURS CAUSES

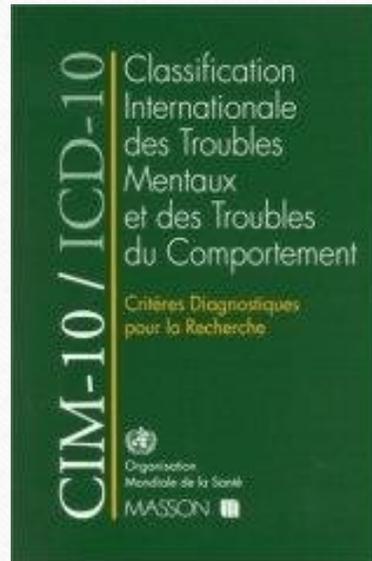
En psychiatrie → pas d'étiologie à proprement  
On préfère le mot trouble à celui de la maladie



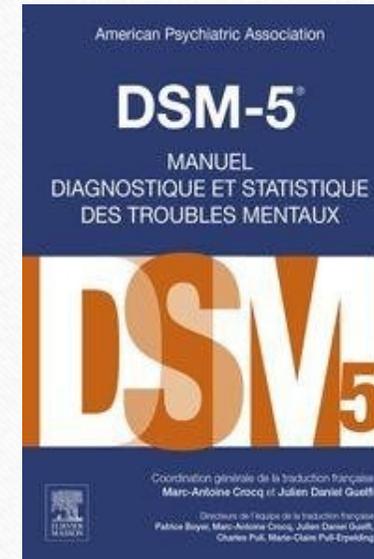
# NOSOGRAPHIE ACTUELLE (1)

## - L'approche catégorielle -

La **CIM-10** pour la cotation  
hospitalière, pour la pratique  
(Association Américaine de Psy.)



Le **DSM-5** pour la recherche au  
départ, la plus répandue (OMS)



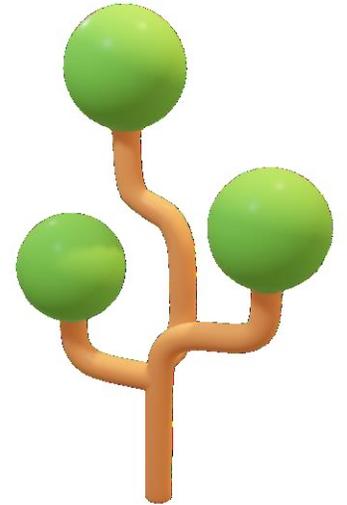
## POSER UN DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

Nécessité de :

- ✓ Présence d'un **syndrome clinique/critères diagnostiques** précis
- ✓ Critère d'**évolution temporelle** (15j pour l'EDC...) avec le plus souvent une rupture avec l'état antérieur
- ✓ Critère du **retentissement fonctionnel** (++) : altère la *qualité de vie*, la *capacité à travailler, socialiser, souffrance psychique/mise en danger de soi ou d'autrui*.

# NOSOGRAPHIE ACTUELLE

## - DSM V -



Les troubles anxieux  
Les troubles de l'humeur

- Trouble dépressif
- Trouble bipolaire

Les troubles psychotiques

- Schizophrénie

Trouble délirant persistant

Les troubles liés au stress (ESPT/PTSD)

Les troubles du comportement alimentaire

Les troubles à symptomatologie somatique

Les troubles du neurodéveloppement

- TDAH,
- dyslexie/dysgraphie,
- TSA,
- handicap intellectuel

Les addictions aux substances

# NOSOGRAPHIE ACTUELLE (2)

## - L'approche catégorielle -



A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.  
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.  
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.



B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.



C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

# ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOIN EN PSYCHIATRIE

- Centres Médico- Psychologiques (CMP) (*soins ambulatoires*)
- Hôpitaux de jour (HDJ) (*soins séquentiels*)
- Hospitalisation complète
- Unités fermées (Soins Intensifs Psychiatriques - USIP), *soins sous contrainte*
- Services conventionnels « secteurs » +/- spécialisés (jeunes adultes, gérontopsy...)
- Urgences et liaisons psychiatriques
- USMP (Unité de Soins en Milieu pénitentiaire)
- Centres de post-cure

# COMMENT TRAITER ?

## 1. Pharmacothérapies

- Neuroleptiques/ antipsychotiques
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Thymorégulateurs

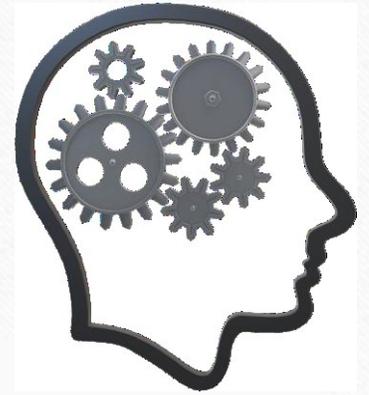
Traitements de fond vs traitements de crise



*Cf cours psychotropes*

# COMMENT TRAITER ?

## 2. Les psychothérapies



- Psychothérapie de soutien
- Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)
- Thérapie familiale ou systémique (dysfonctionnement du système dans son entier)
- Eye Movement Desensibilization and Reprocessing (EMDR)
- (Thérapies « psychodynamiques » ou analytiques)

## 2. Les psychothérapies

### - *Thérapies Cognitives Comportementales et émotionnelles (TCCE)* -

**SITUATION** = Moment où le comportement où les pensées dysfonctionnelles apparaissent

**COGNITIONS / PENSEES** = dialogue interieur de la personne à ce moment-là. Toutes les pensées reliées à la situation ? (ex : schémas cognitifs, pensées automatiques)

**EMOTIONS** = les émotions qui surviennent consécutivement à la situation et aux pensées.

Symptômes = réponses comportementales et/ou cognitives dysfonctionnelles

Modification des comportements et des pensées par technique de restructuration cognitive par exemple.

TCC de 3<sup>e</sup> génération : thérapies d'acceptation, Mindfulness (réduction du stress par la pleine conscience / méditation)



## COMMENT TRAITER ?

### 3. Approche neuropsychologique

**Les troubles cognitifs** (mnésique, attentionnel, exécutif) font partie intégrante des troubles en psychiatrie et constituent des **facteurs pronostiques majeurs** et un enjeu important. Ils **viennent aggraver la symptomatologie**, sont déjà présent en phase prodromale (et avant), entraînant un **retentissement important dans la VQ** (interpersonnelle, professionnelle, etc).

→ **Bilan neuropsychologique** : évaluation du fonctionnement cognitivo-comportemental et émotionnel du patient

→ **Rééducation cognitive** : psychoéducation, stimulation cognitive, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, adoption de stratégies de compensation....

# APPROCHES COMPLEMENTAIRES

Pharmacothérapie

Neuropsychologie

Psychothérapies

## CONDITIONS POUR LES SOINS SOUS CONTRAINTE

Existence d'un trouble neuropsychiatrique

Nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière

Incapacité de formuler un consentement (dû aux troubles)

# MODALITÉS DE SOINS SOUS CONTRAINTE



Types de mesures	SPDT (Art. L3212-1 du CSP)	SPDT en urgence (Art. L3212-3 du CSP)	SPPI (Art. L3212-1-II-2 du CSP)	SPDRE (Art. L3213-1 du CSP)
Indications	- Troubles mentaux qui nécessitent des soins immédiats et une surveillance médicale - Les troubles rendent impossibles le consentement			- Troubles mentaux qui nécessitent des soins - Trouble à l'ordre public ou menace à la sûreté des personnes
	Pas de condition supplémentaire	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	- Péril imminent - Absence de tiers	
Pièces nécessaires	- 2 CM, dont 1 réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Demande de Tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	- 1 CM réalisé par tout médecin (exerçant ou non dans l'établis- sement d'accueil) - Demande de tiers (accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité)	- 1 CM réalisé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil - Relevé des démarches de recherche et d'infor- mation de la famille et de proches	- 1 CM réalisé par tout médecin excepté un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil
Instauration de la mesure	Décision du directeur de l'établissement			Arrêté du représentant de l'État (Préfet)



## SDT exemple de certificat

### CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

Je soussigné, Docteur Bob Lemédecin

Certifie que : M. John Lepatient, né le 15/05/1985 à Laxou

Domicilié(e) : 1 rue de Maréville à Laxou

Présente des hallucinations acoustico-verbales associées à des idées délirantes de référence et à thématique mystique. Ces troubles évoluent depuis au moins huit jours et sont associés à une rupture avec son comportement habituel, un retrait social, une insomnie importante.

Conformément à l'article L.3212-1 du CSP, ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière.

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le praticien ayant produit le certificat médical d'admission, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

SDT 001 00

Délivré le 01/01/2018 à 1heure 30  
Signature

Types de mesures	SPDT (Art. L3212-1 du CSP)	SPDT en urgence (Art. L3212-3 du CSP)	SPPI (Art. L3212-1-II-2 du CSP)	SPDRE (Art. L3213-1 du CSP)
Période initiale d'observation et de soins		Examen médical somatique complet CM de 24 h par un psychiatre CM de 72 h par un psychiatre		
Hospitalisation complète continue après la période initiale		6 <sup>e</sup> -8 <sup>e</sup> jour : Avis motivé Avant le 12 <sup>e</sup> jour : JLD Tous les mois : CM de maintien par un psychiatre Tous les 6 mois : JLD Tous les ans : Avis d'un collège pluridisciplinaire		
Levée de la mesure		Avis du psychiatre JLD CDSP Tiers (avec possibilité pour le psychiatre de s'y opposer en cas de péril imminent)		Avis du psychiatre JLD CDSP

**Des questions ?**  
Soins sous contraintes,  
psychopathologies, prises en charges...



## L'IDE dans un service de soins psychiatriques

- Les entretiens IDE - un lien particulier, un rôle tout à fait différent des médecins
- L'administration des psychotropes et la surveillance des effets secondaires / observance
- En USIP - gestion des agitations (cf cours urg.), parfois confrontation à la violence
- En services ouverts, CMP, HDJ... le travail pluridisciplinaire en équipe

# L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

## - Les fondamentaux -



- Calme/agitation psychomotrice?
- La thymie (comment est votre moral ? Vous sentez-vous triste ?)
- La présence d'idées délirantes
- La présence d'idées suicidaires (y a-t-il des idées suicidaires qui vous passent par la tête? Avez-vous déjà pensé à mettre fin à vos jours? Passif versus actif)
- Les troubles du comportement/ l'agressivité
- Le sommeil et l'appétit (conduites instinctuelles)
- L'état toxique et somatique général
- Entourage et facteurs sociaux, suivi et traitements actuels



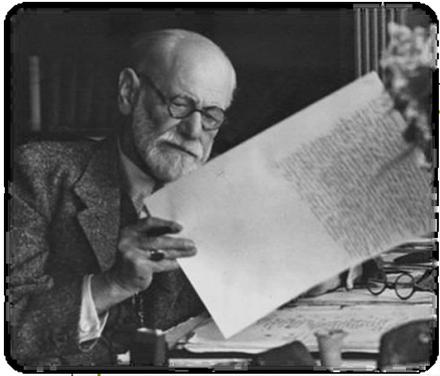
## LES SPECIFICITES DE LA PSYCHIATRIE

Au carrefour de différentes sciences (psychologie, neurobiologie, sociologie, philosophie...)

Spécialité médicale particulière... à l'histoire particulière

Neurobiologie vs sciences humaines : guerre théorique ou complémentaires?



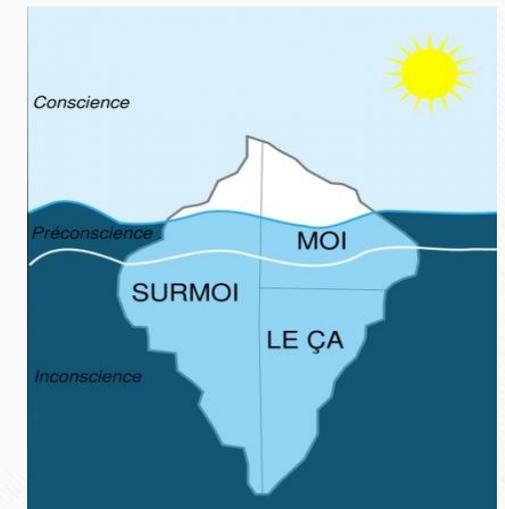


## PLUSIEURS EXPLICATIONS POUR UN PHENOMENE L'exemple des "obsessions"

**Obsessions** = irruption de pensées, d'images en désaccord avec la pensée consciente du sujet, ressenties comme intrusives et inappropriées et source d'anxiété (contamination, ordre et exactitude, pensées interdites).

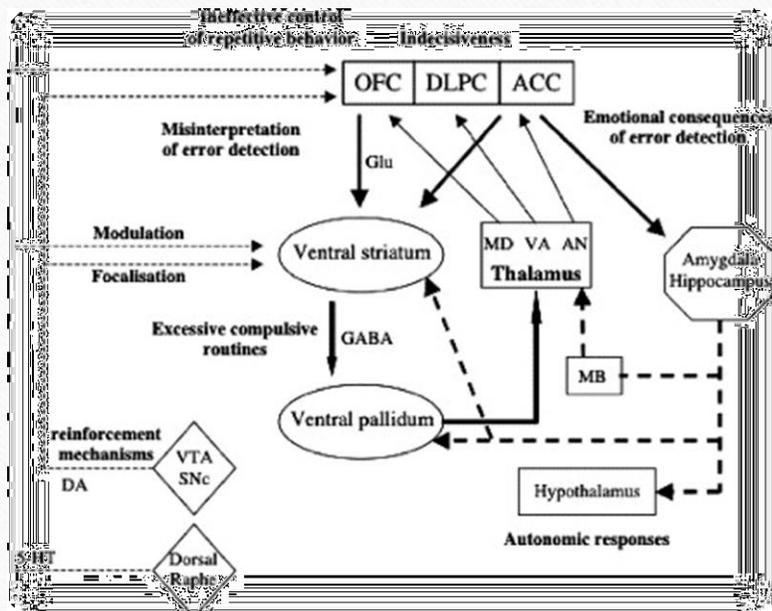
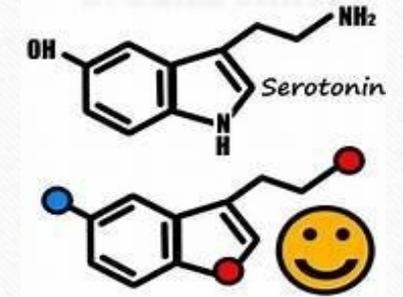
*Selon la psychanalyse = névrose obsessionnelle (Freud, fin 19<sup>e</sup>):*

- conflit intrapsychique d'origine sexuelle
- refoulement du désir inconscient jugé insupportable par le Surmoi
- organisation/structuration névrotique du psychisme)
- préoccupation excessive pour l'ordre, le doute, une scrupulosité
- traitement par la parole et la mise au jour des conflits refoulés



# PLUSIEURS EXPLICATIONS POUR UN PHENOMENE

## L'exemple des "obsessions"



Aouizerate et al., 2004

Selon les neurosciences

### Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

- altération de la signalisation neuronale dans certains circuits cérébraux
- avec une vulnérabilité génétique
- implication de neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la dopamine, le glutamate
- traitement par pharmacothérapie (antidépresseurs ISRS)
- et certains types de psychothérapie (TCC), visant à restructurer les schémas de pensée et les biais cognitifs

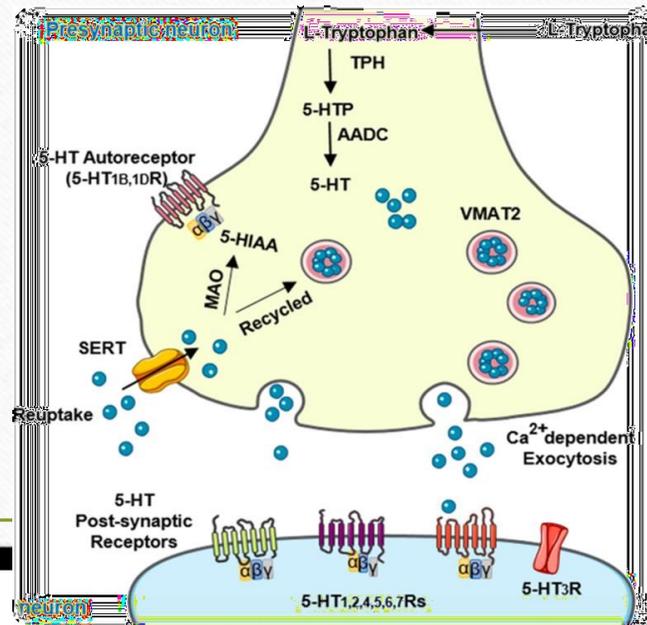
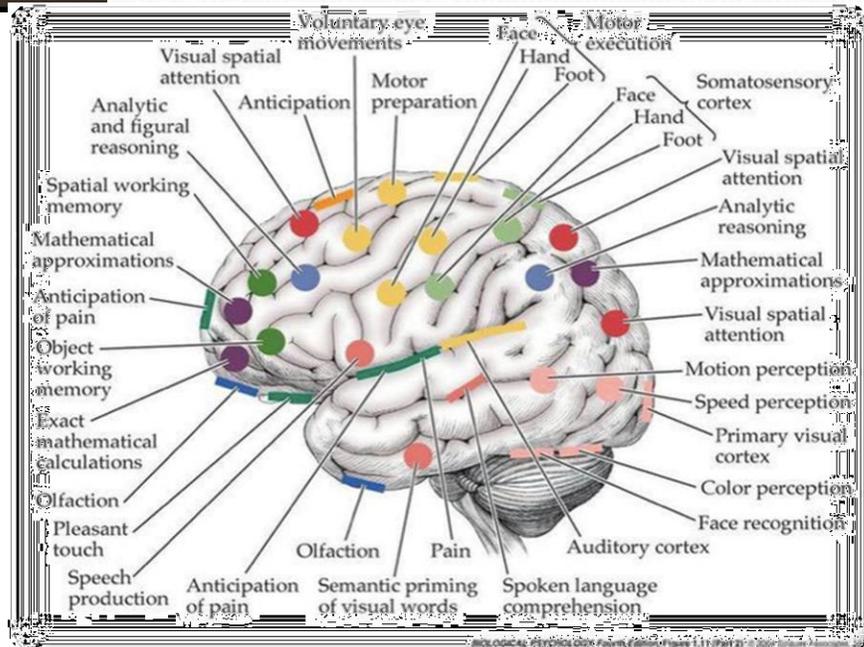
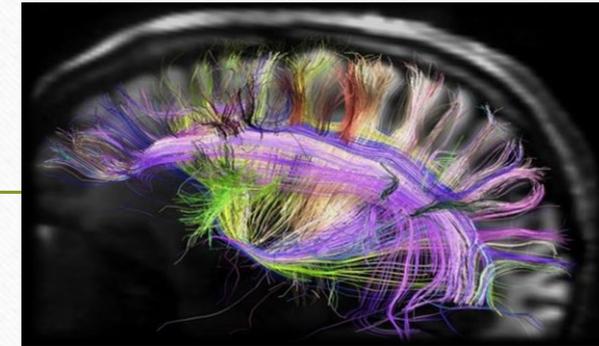
# PLUSIEURS EXPLICATIONS POUR UN PHENOMENE

## L'évolution des maladies psychiatriques

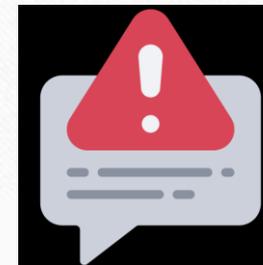
	Freud, 1895-1896	Janet, 1898-1909		DSM-IV, 1994
Névroses actuelles	NEURASTHÉNIE	NEURASTHÉNIE	Troubles anxieux	Anxiété généralisée Trouble panique
	NÉVROSE D'ANGOISSE	PSYCHASTHÉNIE (idées-obsédantes, agitations forcées)		Phobies
Psycho-névroses (n. de transfert)	N. PHOBIQUE			Trouble obsessionnel-compulsif (T.O.C.)
	NÉVROSE OBSESSIONNELLE	HYSTÉRIE		Troubles somatoformes Troubles dissociatifs
	N. HYSTÉRIQUE			

# GRANDS PRINCIPES DE LA PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE

- L'imagerie (IRMf, TEP...)
- La pharmacothérapie (neuromodulateurs)
- La neuropsychologie (fonctions cognitives)
- De nouvelles méthodes de traitement (RTMs)



## LES GRANDS PREJUGES / ERREURS VIS-A-VIS DE LA PSYCHIATRIE



- « La psychiatrie ça n'est que de la psychologie, du blabla »
- « La psychiatrie ça n'est pas vraiment de la médecine »
- Ou au contraire : « à l'hôpital ils shootent les patients avec les médicaments »
- « Les malades psychiatriques sont dangereux »
- « L'hôpital psychiatrique, c'est pour les fous »
- « Ce patient, de toute façon il est 'psy' »
- Discriminer un patient parce qu'il est atteint de schizophrénie, ou ne pas lui fournir de soins somatiques adaptés car ses symptômes « sont forcément dans sa tête »
- Ne pas discuter avec un patient ou ne pas l'informer parce qu'il est délirant ou atteint de schizophrénie

Pour toute question, commentaire :



*Jason.esberard@chu-nimes.fr*

