

BEST OF PSYCHIATRIE

Dr Aurèle DILLINGER
Février 2026



**FACULTÉ DE
MÉDECINE**
MONTPELLIER-NÎMES
DEPUIS 1220

ITEMS ABORDÉS

Agitation et délire (351)

Troubles psychotiques (63 et 65)

Traitements antipsychotiques (74)

Soins sans consentement (15)

Organisation des soins (62)

Précarité (59)

Handicap psychique (121)















🏥 Soins Psychiatriques Sans Consentement				
Tableau comparatif des différentes mesures de soins psychiatriques sans consentement selon le Code de la Santé Publique				
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
 Conditions supplémentaires	Pas de condition supplémentaire	Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	▶ Péril imminent ▶ Absence de tiers	—
 Pièces nécessaires	▶ 2 CM , dont le 1er 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'établissement 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'information 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)
 Période initiale d'observation	▶ 🕒 Examen médical somatique complet (tracé dans le dossier) ▶ 📅 CM de 24 h par un psychiatre ▶ 📅 CM de 72 h par un psychiatre			
 Hospitalisation complète après période initiale	▶ 📅 6e-8e jour : Avis motivé ▶ 🗓️ Avant le 12e jour : audience devant le JLD ▶ 📅 Tous les mois : CM de maintien par un psychiatre ▶ 🗓️ Tous les 6 mois : audience devant le 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
 Droits du patient	▶ ⓘ Information ▶ ✉️ Écrire/recevoir du courrier ; communiquer avec autorités, commission des usagers, CGLPL ▶ 🗣️ Prendre conseil du médecin/avocat de son choix ; droit de vote ; pratiques religieuses			
Légende : CSP = Code de la Santé Publique CM = Certificat Médical JLD = Juge des Libertés et de la Détention CDSP = Commission Départementale des Soins Psychiatriques CGLPL = Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté				



🔗 Diagnostiquer un état d'agitation

Démarche diagnostique de l'état d'agitation : définition, interrogatoire, examen clinique et bilan paraclinique

Étapes diagnostiques	Éléments à rechercher et évaluer		
➕ Définition	État d'agitation (DSM-5) : Activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est généralement improductive et stéréotypée . → État de tension et d'hyperactivité improductive physique et psychique ⚠ À distinguer de l'hyperactivité (motricité orientée vers un but)		
💬 Interrogatoire Patient et Entourage	📅 Circonstances de survenue ▸ Date de début ▸ Modalités : brutale/progressive ▸ Évolution : permanente/intermittente ▸ Facteur déclenchant ▸ Prise de substance psychoactive	🕒 Antécédents ▸ Antécédents psychiatriques ▸ Antécédents non psychiatriques ▸ Traitements en cours ▸ Modifications récentes ▸ Contexte social et familial	
👤 Examen clinique	🚨 Signes de gravité ▸ Syndrome confusionnel ▸ Déshydratation sévère ▸ Troubles hydro-électrolytiques ▸ Sepsis, choc cardiovasculaire ▸ Détresse respiratoire aiguë	👂 Signes non psychiatriques ▸ Neurologiques : myosis, mydriase, symptômes méningés, signes de localisation, morsure de langue ▸ Endocriniens/Métaboliques : déshydratation, tachycardie, globe urinaire ▸ Infectieux : hyperthermie, symptômes méningés, dyspnée, cyanose	👂 Symptômes psychiatriques ▸ Thymiques : dépressifs ou maniaques ▸ Psychotiques : idées délirantes, hallucinations ▸ Anxieux
🧪 Bilan biologique	🔍 Bilan MINIMAL (systématique) ⚠ Éliminer les étiologies mettant en jeu le pronostic vital ▸ Glycémie ▸ Ionogramme ▸ Calcémie ▸ Hémogramme ▸ CRP ▸ Hémostase (si IM envisagée) ▸ ECG (si antipsychotique envisagé)		🔍 Examens SUR POINT D'APPEL ▸ Alcoolémie, recherche de toxiques urinaires ▸ Bilan hépatique, fonction rénale ▸ TSH ▸ Ponction lombaire, imagerie cérébrale, EEG ▸ ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire
⚠ Points clés	👤 Évaluation systématique : ▸ Risque suicidaire / auto-agressif ▸ Risque hétéro-agressif 🚫 Substances psychoactives : ▸ Recherche toujours indispensable ▸ Consommation ponctuelle ou chronique 🔍 Cause non psychiatrique : ▸ À rechercher systématiquement ▸ Quel que soit l'âge et les antécédents 👤 Selon le terrain : ▸ Personne âgée : iatrogénie ++ ▸ Adulte jeune : toxiques ++ ▸ ATCD psy : décompensation		

🔍 Déterminer l'étiologie de l'état d'agitation

Recherche systématique d'une cause non psychiatrique selon le terrain : personne âgée, adulte jeune, sujet avec antécédents psychiatriques

Terrain	Personne âgée	Adulte jeune sans ATCD connus	Sujet avec ATCD psychiatriques
Principe	🚫 Éliminer SYSTÉMATIQUEMENT une cause non psychiatrique en priorité - Plusieurs causes peuvent être intriquées		
Iatrogénie médicamenteuse	⚠️ Recherche PRIORITAIRE ▶ Benzodiazépines : syndrome confusionnel (instauration ou sevrage brutal) ▶ Antidépresseurs : confusion, syndrome sérotoninergique, virage maniaque/hypomaniaque ▶ Autres : • Corticoïdes • Agonistes dopaminergiques • Anticholinergiques • Opiacés • Antipaludéens, isoniazide, interféron	▶ Antidépresseurs et corticoïdes : les plus fréquents ▶ Benzodiazépines : effets paradoxaux (plus fréquents chez adulte jeune) → agitation parfois incoercible ▶ Antipaludéens (méfloquine) : contexte de voyage récent	▶ Virage maniaque/hypomaniaque/mixte : suite initiation antidépresseur ▶ Syndrome sérotoninergique ▶ Effet paradoxal : benzodiazépines ▶ Effets secondaires antipsychotiques : dyskinésie aiguë, akathisie ▶ Syndrome confusionnel : psychotropes anticholinergiques (tricycliques, lévomépromazine, cyamémazine, correcteurs)
Toxiques / Substances	▶ Intoxication alcoolique aiguë ▶ Sevrage alcoolique : delirium tremens ▶ Intoxication au CO	⚠️ Recherche PRIORITAIRE Intoxications aiguës : ▶ Alcool ▶ Cannabis et hallucinogènes (LSD) ▶ Psychostimulants (cocaïne, amphétamine, ecstasy) ▶ Intoxication au CO Sevrages : ▶ Alcool ▶ Héroïne, autres morphiniques	Même démarche que pour adulte jeune et personne âgée
Troubles métaboliques / endocriniens	⚠️ Recherche PRIORITAIRE ▶ Troubles hydro-électrolytiques : dysnatrémie, hypercalcémie ▶ Hypoglycémie ▶ Hyperthyroïdie	▶ Hypoglycémie ▶ Hyperthyroïdie	Même démarche que pour adulte jeune et personne âgée
Causes neurologiques	▶ AVC ▶ Hématome sous-dural ou extra-dural ▶ Crise convulsive ▶ Méningo-encéphalite ▶ Tumeur ▶ DÉMENCE	▶ Crise convulsive ▶ AVC hémorragique ▶ Pathologies neuro-inflammatoires : neurolypus, SEP	Même démarche que pour adulte jeune et personne âgée
Causes infectieuses	⚠️ Recherche PRIORITAIRE ▶ Infection urinaire ▶ Infection pulmonaire	▶ Méningo-encéphalite herpétique ▶ Neuropaludisme	Même démarche que pour adulte jeune et personne âgée
Autres causes	⚠️ Recherche PRIORITAIRE ▶ Douleur ▶ Globe vésical ▶ Fécalome ▶ EP, IDM	▶ Embolie pulmonaire	Même démarche que pour adulte jeune et personne âgée
Causes psychiatriques	Après bilan complet : état d'agitation rarement inaugural d'un trouble psychiatrique chez PA ▶ EDC : avec agitation anxieuse ± caractéristiques psychotiques ▶ Épisode maniaque/hypomaniaque/mixte : trouble bipolaire à début tardif ou induit (antidépresseurs, corticoïdes) ▶ Attaque de panique : isolée ou dans cadre trouble panique ▶ Trouble délirant persistant : jalousie, persécution	En l'absence d'ATCD : diagnostics les plus fréquents ▶ Attaque de panique : isolée ou dans cadre trouble panique ▶ Épisode maniaque/hypomaniaque/mixte ▶ EDC : avec agitation anxieuse ± caractéristiques psychotiques ▶ Trouble psychotique bref ▶ Trouble psychotique chronique débutant : schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant ▶ Crise clastique : trouble personnalité (borderline, antisociale, histrionique) → diagnostic d'élimination	Après élimination : causes non psy et iatrogènes ▶ Décompensation aiguë du trouble sous-jacent ▶ Tous les troubles psychiatriques peuvent entraîner un état d'agitation

👤 Prise en charge de l'état d'agitation

Hospitalisation, traitements pharmacologiques et non pharmacologiques - Objectif : apaiser rapidement sans sédater excessivement

Type de prise en charge	Modalités et principes	
 Hospitalisation	 Prise en charge généralement aux urgences (ou après évaluations cliniques et paracliniques)  Indication : trouble psychiatrique sous-jacent nécessitant des soins  Modalité : en urgence, de préférence en soins libres ou soins sans consentement si conditions réunies  ⚠️ SYSTÉMATIQUE : prévention risque suicidaire + évaluation dangerosité pour autrui	
 Traitements pharmacologiques - Objectif	 Objectif principal : Apaiser rapidement le patient SANS le sédater de façon trop importante  Impliquer le patient autant que possible dans le choix du traitement et de la voie d'administration  Classes médicamenteuses : Benzodiazépines et Antipsychotiques	
 Agitation étiologie NON psychiatrique	 Traitement médicamenteux = ÉTIOLOGIQUE et CURATIF  Si traitement anxiolytique/sédatif symptomatique nécessaire :  PRIVILÉGIÉES :  Benzodiazépines à demi-vie courte  Exemple : oxazépam PER OS  Doses les plus faibles possible (surtout PA)  RÉSERVÉS agitations sévères :  Antipsychotiques  Exemples : cyamémazine, loxapine  Risque : aggravent troubles vigilance  ECG préalable obligatoire (risque QT long)	
 Agitation étiologie PSYCHIATRIQUE	 Traitement médicamenteux = EXCLUSIVEMENT SYMPTOMATIQUE (anxiolytique et/ou sédatif) : idem ci-dessus Traitement de fond non instauré en urgence : mise en place différée	
 Agitation étiologie INDÉTERMINÉE	= Mêmes principes pharmacologiques que pour agitation d'étiologie non psychiatrique	
 Règles générales pharmacologiques	 Voie d'administration :  PER OS systématiquement proposé et PRIVILÉGIÉ  IM en dernier recours	 Prescription :  Privilégier MONOTHÉRAPIE  Évaluer effet 1er traitement  Éviter escalade doses (effets cumulatifs différés)  Surveillance :  Rapprochée INDISPENSABLE  Tolérance (fonctions vitales)  Efficacité (état agitation)
 Traitements non pharmacologiques	 Risque de passage à l'acte auto/hétéro-agressif TOUJOURS présent  Prise en charge relationnelle :  Contact verbal → climat confiance + alliance thérapeutique  Comportement empathique  Techniques : ne pas provoquer, contact visuel, langage clair et concis  Désescalade de l'agressivité  Obligation médicale ET médico-légale (avant contention)  Règles générales :  Environnement calme, chambre éclairée  Prévention risque auto/hétéro-agression (enlever objets dangereux, fermer fenêtres)  Contention :  DERNIER RECOURS  Si mesures alternatives inefficaces  Durée limitée + sédation systématique  Information + surveillance régulière  Traçabilité dans dossier médical	

Item 351 : Agitation et délire aigu (section 1.3) | **Principes clés** : PER OS > IM | Monothérapie > Polythérapie | Surveillance rapprochée indispensable | Prise en charge relationnelle = obligation | Contention = dernier recours | **Abréviations** : PA = Personne âgée | PER OS = Par voie orale | IM = Intramusculaire | ECG = Electrocardiogramme



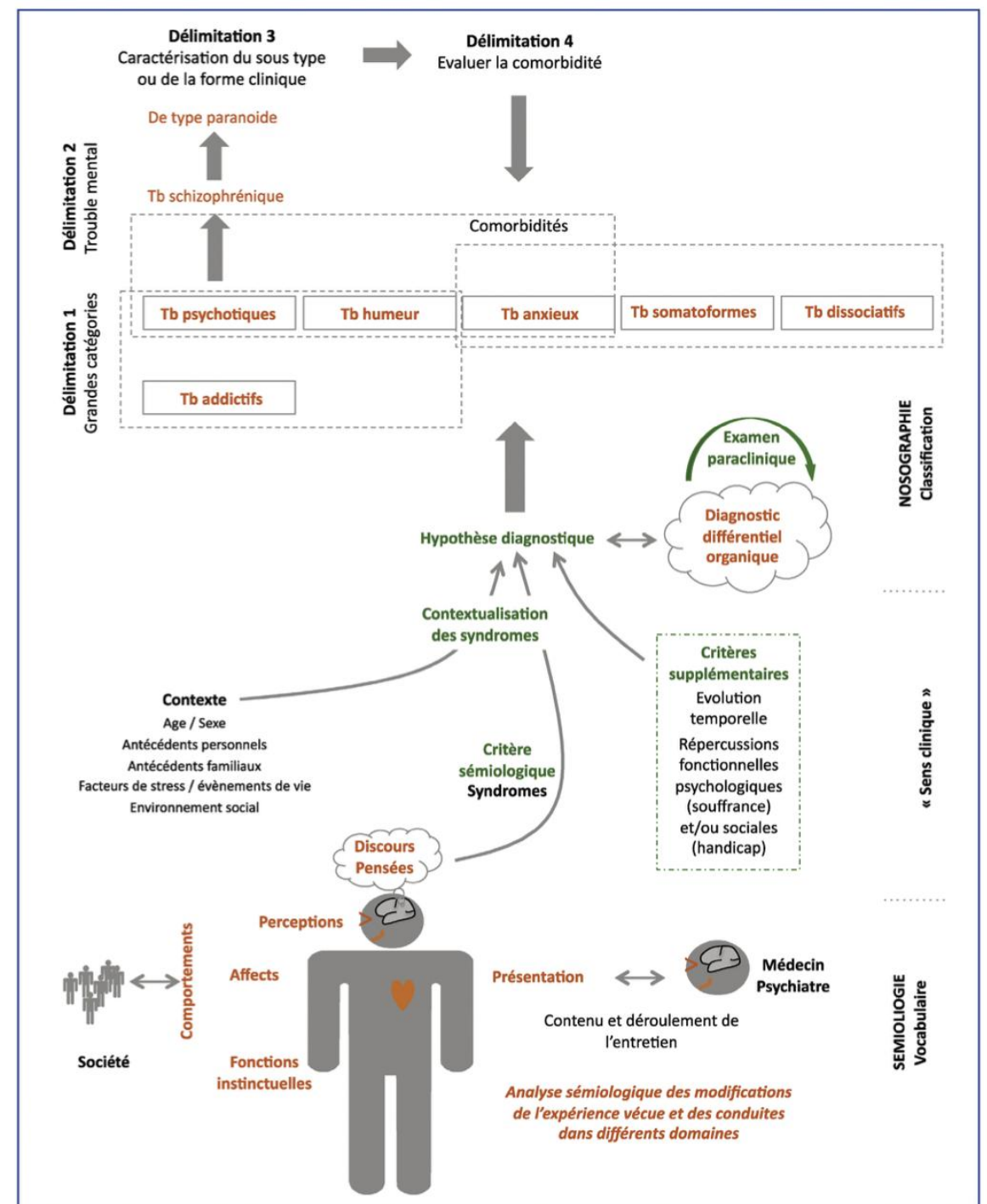




DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE EN PSYCHIATRIE

Article « En terre étrangère », AESP

http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/04/fiches_psychiatrie_semiologie.pdf



La schizophrénie - Item 63

DIAGNOSTIC POSITIF (critères cumulatifs)

① **SYNDROMES**
≥ 2 syndromes (positif / négatif / désorganisation)
pendant ≥ 1 mois

② **DURÉE**
Difficultés fonctionnelles (travail, relations, soins) ≥ 6
mois

③ **IMPACT**
Répercussions sociales et/ou professionnelles

④ **EXCLUSION**
Pas d'autre cause : schizo-affectif, bipolaire, substances,
organique

POSITIF



Production anormale

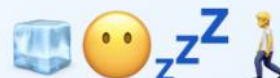
- Idées délirantes
- Hallucinations

Persécution

Voix

Influence

NÉGATIF



Appauvrissement

- Émoussement affectif
- Alogie • Aboulie
- Apragmatisme

Anhédonie

Retrait

Incurie

DÉSORGANISATION



Incohérence

- Cognitive
- Affective
- Comportementale

Barrages

Discordance

Néologismes

FORMES CLINIQUES

Selon MODE DE DÉBUT

- **Aigu (50%)** : épisode psychotique aigu, syndrome positif+++ , désorganisation+++
- **Insidieux (50%)** : retrait social progressif, fléchissement scolaire/pro, mysticisme

Selon ÂGE DE DÉBUT

- **18-25 ans** : classique
- **< 18 ans** : précoce (ATCD développementaux : dys, TDAH, TSA)
- **< 13 ans** : très précoce
- **> 35 ans** : tardif (♀ > ♂ , hallucinations riches, peu désorganisation)

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Non psychiatriques

- Neurologiques : épilepsie, tumeur, encéphalite, Huntington
- Endocrinien : thyroïde
- Métabolique : Wilson
- Infectieux : neurosyphilis, SIDA

Troubles humeur

- Trouble schizo-affectif
- Épisode thymique avec caractéristiques psychotiques

Substances

- Cannabis (aigu/chronique)
- Amphétamines
- LSD, kétamine
- Anticholinergiques

Autres psychiatriques

- Trouble délirant persistant
- Troubles neurodéveloppement

FOCUS DIFFÉRENTIEL CLÉS

Trouble schizo-affectif : symptômes thymiques présents pendant partie conséquent de durée totale

Épisode thymique avec caract. psychotiques : symptômes psychotiques disparaissent COMPLÈTEMENT quand thymie se normalise

Prévalence : 0,4-0,7% | **Âge typique** : 15-25 ans | **Sex-ratio** : ♂ × 1,4 | **Mortalité** : ×2-3 (cardiovasculaire, suicide 5%) | **Pronostic** : 20-25% rémission complète | **Évolution** : chronique, déficit se stabilise après 2-5 ans

Aspects sémiologiques des syndromes positifs, négatifs et de désorganisation - AESP

<https://www.youtube.com/watch?v=TT08j9Sr47o>



🍅 TOMATE - Analyse sémiologique des idées délirantes 🍅

🍅 TOMATE	T Thème	O Organisation (Systématisation)	M Mécanisme	A Adhésion	T Temporalité (Évolution)	E Émotions (Retentissement)
Définition	🎯 Sujet principal de l'idée délirante	🌱 Cohérence et organisation des idées	⚙️ Processus de construction du délire	💪 Degré de conviction	🕒 Évolution dans le temps	❤️ Impact émotionnel et comportemental
Dans la schizophrénie	👥 MULTIPLES et HÉTÉROGÈNES 👤 Persécution 👑 Mégalomaniaque ✝️ Mystique 👤 Somatique 📺 Référence 🧠 Influence	🚫 NON SYSTÉMATISÉES Floues, vagues, sans logique, incohérentes ⚖️ ≠ Trouble délirant persistant (systématisé)	🔄 4 TYPES (souvent mixtes) 🔍 Interprétatif 💡 Hallucinatoire 💡 Intuitif 🎨 Imaginatif	📊 VARIABLE • Totale ou partielle • Évolutive dans le temps • 🔥 Souvent forte au début • 📄 Moindre par la suite	∞ CHRONIQUE • 📈 Aiguë (< 1 mois) • 📊 Chronique (> 6 mois) • 🏠 Enkystées (plusieurs années) Prévalence >90% dans schizophrénie, surtout en phase aiguë	⚠️ À ÉVALUER SYSTÉMATIQUEMENT • 😬 Niveau anxiété (souvent majeur) • 💀 Risque suicidaire • ⚔️ Risque hétéro-agressif
Exemples	😬 "On met des médicaments dans mon pain" 👑 "Je suis votre roi" ✝️ "Je suis le fils de Dieu"	❌ Floue : "Ils sont partout, c'est comme ça, je le sais" ✅ Systématisée : "Mon voisin déplace des objets de mon jardin car nous sommes en procès concernant une clôture"	🔍 Interprétatif : "Les objets ont été déplacés chez moi" 💡 Hallucinatoire : "C'est Dieu qui me l'a dit par télépathie" 💡 Intuitif : "Je suis l'envoyé de Dieu, je le sais" 🎨 Imaginatif : "Je suis médecin comme vous, j'ai inventé le remède contre le COVID et les cancers, j'ai gagné le prix Nobel"	🏠 Totale : Inébranlable, inaccessible au raisonnement 🏠 Partielle : Peut critiquer ses idées		💀 Échapper au complot (suicide) 😬 Expier ses fautes ⚔️ Se venger d'un persécuteur

🍅 **Mnémotechnique TOMATE** 🍅 | **Item 63** : Troubles schizophréniques | **Définition** : Idées délirantes = altérations du contenu de la pensée → perte contact réalité | **Conviction inébranlable**, inaccessible au raisonnement | **Prévalence** : >90% dans schizophrénie | **A retenir** : Toujours évaluer le retentissement (anxiété, risque suicidaire, risque hétéro-agressif)

Hallucinations dans la schizophrénie

Item 63 - Définition : Perception sans objet | Prévalence : 75% à un moment de la maladie (surtout phase aiguë)

Type	Auditives (60-80%)	Visuelles (30%)	Tactiles (5%)	Autres sens (moins fréquentes)	Intrapsychiques (sans sensorialité)
Catégorie	PSYCHOSENSORIELLES - Manifestations sensorielles (tous les sens peuvent être touchés)				INTRAPSYCHIQUES - Phénomènes psychiques sans sensorialité
Caractéristiques	Les + FRÉQUENTES - Sons simples (sonnerie, mélodie) Acoustico-verbales (le + souvent) : - Voix localisées dans l'espace - Conversent entre elles - S'adressent au sujet à la 3ème personne - Phrases courtes, connotation négative	Élémentaires : lumières, taches, phosphènes, ombres, flammes, flashes, formes géométriques Complexes : objets, figures, scènes visuelles ⚠ Généralement associées à : - Hallucinations auditives - Interprétation délirante (≠ cause neurologique)	- Coups de vent sur visage - Brûlures, piqûres - Corps d'un individu à côté - Contact manuel - Électrisation - Parasites	Olfactives : mauvaises odeurs du patient lui-même Gustatives : modification goût aliments Cénesthésiques : sensibilité interne, transformation corps	Sans caractère de sensorialité Sans spatialité - Phénomènes intrapsychiques étrangers au sujet - Voix intérieures, murmures Perte d'intimité psychique - Vol de la pensée - Divulgaration de la pensée - Devinement de la pensée - Transmission de la pensée - Pensées imposées Écho de la pensée : entend ses pensées répétées à voix haute
Signes évocateurs	Attitudes d'écoute - Moyens de protection : musique, se boucher les oreilles - Réponses brèves en aparté - Soliloque (parler tout seul) - Distractibilité pendant entretien - Troubles cours de la pensée ⚠ Patient n'en parle pas toujours spontanément	- Regard fixé dans le vide - Réactions à des stimuli invisibles - Description de scènes	- Tentatives d'éliminer les hallucinations - Se libérer de liens - Écraser les parasites - Grattage	Cénesthésiques : - Ensemble du corps : évidement, éclatement, possession, transformation - Localisées : partie du corps, sphère sexuelle	- Attention tournée vers l'intérieur - Expressions de dépossession de la pensée - Obéissance passive à des "ordres" - Mouvements ou gestes apparemment involontaires - Sentiment visible de perte de contrôle
Exemples	"J'entends deux voix qui parlent de moi : 'Il est nul', 'Il va échouer'" "Une voix me dit de faire attention, que les autres me surveillent"	"Je vois ma mère décédée assise dans le salon" "Il y a un homme dans le coin de la pièce qui me regarde" "Je vois des visages déformés sur les murs" "Un chien noir me suit partout"	"Je sens des insectes qui marchent sur ma peau" "Quelqu'un me touche le bras alors que je suis seul"	"Je sens une odeur de pourri qui vient de moi" "Mon corps se transforme, je sens mes organes bouger"	"J'entends mes pensées comme si quelqu'un d'autre les disait" "Mes pensées sont répétées en écho dans ma tête" "J'ai des pensées qui ne sont pas les miennes, elles peuvent prendre le contrôle de mes mouvements"

Syndrome de désorganisation dans la schizophrénie

Item 63 - Définition : Perte de l'unité psychique entre cognitions, émotions et comportements | 3 dimensions : Cognitive, Affective, Comportementale

Syndrome de désorganisation	COGNITIF Pensée et langage désorganisés			AFFECTIF Discordance idéo-affective	COMPORTEMENTAL Maniérisme gestuel
Sous-types	Altérations du cours de la pensée	Altérations du système logique (illogisme)	Altérations du langage	Ambivalence affective	Absence de relation pensées/comportement
Signes cliniques	• Discours diffluent : elliptique, sans idée directrice • Propos décousus, incompréhensibles • Sens obscur, hermétique • Pensée impénétrable • Barrages : interruption brusque en pleine phrase + silence • Fading : ralentissement + réduction volume sonore	• Ambivalence : 2 sentiments opposés simultanés • Rationalisme morbide : logique incompréhensible, parfois pseudo-scientifique, raisonnement sans élément de réalité • Raisonnement paralogique : intuitions, mélanges d'idées, analogies • Altération capacités d'abstraction : interprétation au 1er degré (proverbes)	Débit verbal • Variable : très lent → très rapide • Bégaiement intermittent Maniérisme : vocabulaire précieux et décalé Forme du langage • Néologismes : nouveaux mots • Paralogismes : nouveau sens aux mots / déformations • Au maximum : jargonophasie / schizophasie (néo-langage incompréhensible)	• Coexistence sentiments et émotions contradictoires • Affects inadaptés aux situations • Sourires discordants • Rires immotivés • Incohérence discours ↔ émotions	• Absence de relation entre différentes parties du corps • Maniérisme gestuel : mauvaise coordination mouvements • Ambivalence comportementale • Parakinésies : décharges motrices imprévisibles • Paramimies : mimiques qui déforment expression visage
	Exemples	Barrage : "Je dois aller... [silence 10 sec]... vous comprenez" Discours diffluent : "Je suis allé faire mes courses, mon voisin fait du bruit et c'est la sécurité sociale qui bloque mon dossier"	Ambivalence : "Ma mère a essayé de m'empoisonner, mais on s'entend bien" Rationalisme morbide : "Je dois manger exactement 1847 calories par jour. Car $1847 = 1+8+4+7 = 20$, et 20 divisé par 5 (nombre de doigts) = 4, qui est le chiffre de l'équilibre cosmique. Si je dévie, l'univers s'effondre" Raisonnement paralogique : "L'infirmière s'appelle Marie. Ma mère s'appelait Marie. Donc c'est ma mère qui m'espionne" Proverbe : "Ne pas vendre la peau de l'ours..." → "Sinon il peut nous agresser"	Néologisme : "Je suis fragolisé par les ondigraphes" Jargonophasie : "Il faut démoplaniser les vertunités" Maniérisme : Patient parle très vite avec vocabulaire recherché et décalé	Sourire discordant : Patient rit en annonçant le décès de sa mère Affect inadapté : Sourire en parlant de souffrance intense Discordance : Exprime colère avec visage souriant

 Syndrome de désorganisation  | Item 63 : Troubles schizophréniques | Définition : Perte de l'unité psychique entre cognitions, émotions et comportements | Cognitif : Barrages, fading, néologismes, paralogismes, rationalisme morbide | Affectif : Discordance idéo-affective, ambivalence | Comportemental : Maniérisme, parakinésies, paramimies | Clé : Incohérence et perte de cohésion entre pensée-émotion-comportement

❄️ Syndrome négatif dans la schizophrénie ❄️

Item 63 - Définition : Appauvrissement de la vie psychique | 3 dimensions : Affective, Cognitive, Comportementale

Syndrome négatif	AFFECTIF Émoussement des affects		COGNITIF Alogie	COMPORTEMENTAL Apragmatisme, Aboulie, Retrait social
Définition	 Affects émoussés et sans réaction aux événements extérieurs		 Pauvreté du discours (alogie)	 Incapacité à entreprendre, planifier et maintenir des actions
Signes cliniques	 Expression faciale - Absence d'émotions dans le visage - Regard fixe - Sourire rare - Corps figé  Expression verbale - Absence d'émotions dans l'intonation - Voix monocorde, plate  Anhédonie : Perte de capacité à éprouver du plaisir  PAS de la dépression, mais peut être associée si : - Tristesse - Cognitions dépressives (culpabilité, absence de valeur, pessimisme, désespoir) - Souffrance psychique - Idées suicidaires		 Difficultés à converser - Réponses brèves - Réponses évasives - Discours pauvre - Difficultés d'élaboration	 Apragmatisme - Incapacité à entreprendre - Incapacité à planifier Clinophilie : reste assis/au lit en permanence Incurie : négligence de l'hygiène  Aboulie + Retrait social - Incapacité à mettre en œuvre une action - Incapacité à maintenir une action - Diminution de la motivation - Vie relationnelle pauvre - Sans recherche de contact - Perte de l'intérêt social
Observation	 Impression générale : Froideur, détachement, indifférence		 Entretien : Difficile à mener, pauvre en informations	 Vie quotidienne : Isolement, négligence, inactivité
Exemples cliniques	<i>Patient avec visage inexpressif, répond "oui", "non", sans variation d'intonation, même à l'annonce d'événements importants</i> <i>"Je ne ressens plus rien, ni joie ni tristesse. Même les choses que j'aimais avant ne m'intéressent plus"</i>		<i>"Comment allez-vous ?" → "Bien"</i> <i>"Que faites-vous de vos journées ?" → "Rien"</i> <i>"Avez-vous des projets ?" → "Non"</i>	<i>Patient reste au lit toute la journée, ne se lave plus depuis plusieurs semaines, ne prend plus soin de son appartement</i> <i>"J'ai plus envie de rien faire. Je voudrais bien sortir mais j'arrive pas à me motiver. Même voir mes amis, ça me fatigue"</i>

🌀 **Syndrome négatif** 🌀 | **Item 63** : Troubles schizophréniques | **Définition** : Appauvrissement de la vie psychique | **3 dimensions** : Affective (émoussement affects + anhédonie), Cognitive (alogie), Comportementale (apragmatisme + aboulie + retrait social) | **Impact** : Impression de froideur, détachement, indifférence | **Retentissement** : Vie quotidienne et relationnelle gravement altérées

Schizophrénie : Notions de physiopathologie - Item 63

Physiopathologie complexe : interaction facteurs de vulnérabilité génétiques (modèle polygénique) et facteurs environnementaux

Facteurs de vulnérabilité GÉNÉTIQUES

Modèle polygénique
(interaction de nombreux gènes)

- Vulnérabilité héréditaire
- Pas de gène unique responsable
- Degré de vulnérabilité propre à chaque personne

Facteurs ENVIRONNEMENTAUX

Facteurs de risque :

- **Complications obstétricales**
- **Urbanicité**
- **Migration**
- **Consommation de cannabis**

Ces facteurs **interagissent** avec la vulnérabilité génétique

Hypothèse du trouble du NEURODÉVELOPPEMENT

Hypothèse actuelle (prédominante)

La schizophrénie est la **conséquence retardée** d'anomalies du neurodéveloppement débutant **des années avant** le début de la maladie

MODÈLE STRESS / VULNÉRABILITÉ

VULNÉRABILITÉ GÉNÉTIQUE (polygénique)
Degré propre à chaque personne

×

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX
Complications obstétricales, Urbanicité, Migration, Cannabis

↓

DÉVELOPPEMENT MALADIE
Via anomalies neurodéveloppement (conséquence retardée)

 **À retenir (EDN)** : Physiopathologie complexe | Modèle polygénique (pas de gène unique) | Facteurs environnementaux : complications obstétricales, urbanicité, migration, cannabis | Hypothèse neurodéveloppement : anomalies débutant des années avant le début de la maladie | Modèle stress/vulnérabilité : interaction gènes-environnement → développement maladie



Schizophrénie : Le pronostic et l'évolution - Item 63



Évolution variable mais généralement chronique | Mortalité ×2-3 (cardiovasculaire, suicide 5%) | 20-25% rémission complète possible



ÉVOLUTION & FACTEURS PRONOSTIQUES

Évolution naturelle

Variable mais généralement CHRONIQUE

- Épisodes aigus plus ou moins espacés
- Intervalles inter-épisodes plus ou moins symptomatiques

Déficit : variable, se **stabilise généralement après 2 à 5 ans** d'évolution

Rechutes favorisées par :

- **Consommation de substances psychoactives (cannabis surtout)**
- **Rupture de traitement**
- Facteurs de stress (rupture, deuil, etc.)

Rémission possible

20 à 25% des cas :
Rémission complète voire guérison

Majorité des cas :

Qualité de vie globalement satisfaisante

Grâce aux progrès pharmacologiques et psychothérapeutiques

Facteurs de BON pronostic

- ♀ **Sexe féminin**
- **Environnement favorable**
- **Bon fonctionnement pré-morbide**
- **Début tardif**
- **Bonne conscience du trouble**
- **Prise en charge précoce et traitement antipsychotique bien suivi**



MORTALITÉ & COMORBIDITÉS

⚠ Diminution espérance de vie

Mortalité × 2-3 par rapport à la population générale

Principales causes :

1 Comorbidités (en tête : **maladies cardiovasculaires**)

2 Suicide : 5% des patients souffrant de schizophrénie décèdent par suicide

🏥 Prise en charge globale santé

Multidisciplinaire indispensable

Médecin généraliste + Psychiatre + Endocrinologue (+ autres si besoin)

Raison : accès aux soins généralement limité

🔄 Comorbidités fréquentes

🧠 Psychiatriques :

- 30% des sujets stabilisés : épisode dépressif caractérisé
- Impact : qualité de vie, rechutes, mauvaise observance

🚬 Addictologiques :

- 60% : tabac
- 50% : cannabis
- 10-50% : alcool (usage à risque / dépendance)

🩺 Non psychiatriques :

- 50% des patients : ≥1 affection non psy
- **Anomalies cardiométaboliques** : diabète, obésité, HTA, dyslipidémie, syndrome métabolique
- **Prévalence syndrome métabolique : ~30%**
- **Obésité (IMC>30) : ~50%**

Causes : EI antipsychotiques + facteurs de risque (tabagisme, sédentarité)



À retenir (EDN) : Évolution chronique, déficit stable 2-5 ans | Rechutes : stress, substances, rupture, deuil | Bon pronostic : ♀, environnement favorable, bon fonctionnement pré-morbide, début tardif, conscience trouble, PEC précoce, observance | 20-25% rémission complète | Mortalité ×2-3 : cardiovasculaire (métabolique 30-50%), suicide 5% | Comorbidités : 30% EDC, 60% tabac, 50% cannabis, 10-50% alcool | Suivi multidisciplinaire indispensable

Schizophrénie : Hospitalisation en psychiatrie - Item 63

Hospitalisation justifiée dans 3 situations cliniques | Au mieux hospitalisation LIBRE, sinon soins sans consentement possibles (cf. Item 15)

3 INDICATIONS D'HOSPITALISATION



① **Épisode aigu**
avec troubles du comportement
(cf. Item 351)



② **Risque suicidaire**
ou de mise en danger



③ **Risque hétéro-agressif**
violence envers autrui

MODALITÉS D'HOSPITALISATION

AU MIEUX : Hospitalisation LIBRE

Patient consent à son hospitalisation



SI NÉCESSAIRE : Soins sans consentement

Cadre légal strict (cf. Item 15)

- SDT (à la demande d'un tiers)
- SDRE (décision représentant de l'État)

 **Principe :** Privilégier l'hospitalisation libre. Soins sans consentement = mesure exceptionnelle uniquement si danger immédiat.

 **À retenir :** 3 indications hospitalisation : ① Épisode aigu avec troubles comportement ② Risque suicidaire/mise en danger ③ Risque hétéro-agressif | **AU MIEUX : hospitalisation LIBRE** | Si nécessaire : soins sans consentement (SDT, SDRE - cf. Item 15) uniquement si danger immédiat | Principe : privilégier le libre, mesure exceptionnelle

Schizophrénie : Traitements non pharmacologiques - Item 63

Compléments INDISPENSABLES aux antipsychotiques | Objectif : récupération fonctionnelle + réinsertion sociale

ECT



Électro-convulsivo-thérapie

Indications :

- Épisodes thymiques
- Syndrome positif résistant
- Syndrome catatonique

Autre : Stimulation magnétique transcrânienne (hallucinations résistantes)

TCC



Thérapies Cognitivo-Comportementales

Objectif : Réduire impact symptômes persistants malgré AP bien conduit

Cible : Symptômes positifs résiduels, croyances dysfonctionnelles

Éducation thérapeutique



Patient + famille/proches

Objectif :

- Compréhension du trouble
- Langage commun
- Consensus objectifs soins

→ ↓ **Rechutes**

Remédiation cognitive



Cible : Altérations cognitives (peu accessibles aux AP)
→ Grande part du handicap psychique

Domaines :

Neuropsychologie :

Attention, Mémoire, Fonctions exécutives

Cognition sociale :

Reconnaissance émotions, Attribution intentions autrui

Réadaptation psychosociale



Objectif : Réinsertion sociale et professionnelle

Structures :

- **CMP** (Centre Médico-Psychologique)
- **HDJ** (Hôpital de Jour)
- **CATTP** (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel)

Partenariat : Structures sanitaires (soins) + Structures médico-sociales (accompagnement vie quotidienne/pro)

 **À retenir :** ECT : épisodes thymiques, résistance, catatonie | TCC : symptômes persistants malgré AP | Éducation thérapeutique : patient + famille → ↓ rechutes | Remédiation cognitive : attention, mémoire, fonctions exécutives + cognition sociale (peu accessible aux AP) | Réadaptation psychosociale : CMP, HDJ, CATTP → réinsertion sociale/pro

Le Handicap Psychique - Item 121

700 000 personnes en France | 1ère cause d'invalidité | Secondaire à un trouble psychiatrique | Modèle OMS : déficience → limitation d'activité → restriction participation | Réhabilitation psychosociale

DÉFINITION

Limitation d'activité ou **restriction de participation** à la vie en société

≠ État → **Situation** fonction d'un contexte

HANDICAP PSYCHIQUE ≠ MENTAL

Mental

Déficit cognitif global
Naissance | Stable
Soins peu fréquents

Psychique

Trouble psychiatrique

Déficits cognitifs spécifiques

Adolescence/adulte | Évolutif
Soins indispensables

MODÈLE OMS : 3 NIVEAUX

1 Déficience

Dysfonctionnement structures

Altérations cognitives, motivation

Ex : Altération planification

2 Limitation d'activité

Difficultés accomplir tâches

Faire projets, soin de soi, relations

Ex : Impossibilité s'organiser

3 Restriction participation

Désavantages sociaux

Emploi, liens familiaux, logement

Ex : Impossibilité garder emploi

Facteurs influençant : Personnels (stress, soutien social, adaptation) + Environnementaux (aidants, milieu, traitements, aides)

PRISE EN CHARGE = RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Déficiences & Limitations

- **Éducation thérapeutique**
- **Psychothérapies** (TCC, habiletés sociales)
- **Remédiation cognitive**

Restrictions = Réadaptation

MDPH (évaluation GEVA, droits)

- **Logement :** SAVS, SAMSAH, foyers
- **Travail :** RQTH, ESAT
- **Aides :** AAH, pension invalidité
- **Social :** GEM, pair-aidance
- **Juridique :** Tutelle, curatelle

 **À retenir :** Handicap psychique = trouble psychiatrique, 700 000 personnes, 1ère cause invalidité | ≠ Mental (naissance, stable) vs Psychique (adolescence, évolutif, soins indispensables) | Modèle OMS : Déficience (dysfonctionnement) → Limitation activité (difficultés tâches) → Restriction participation (désavantages sociaux) | Prise en charge : Déficiences/limitations (éducation thérapeutique, TCC, remédiation cognitive) + Restrictions/réadaptation (MDPH, logement, travail RQTH/ESAT, aides AAH, social GEM, juridique)





Schizophrénie : Traitement pharmacologique (antipsychotiques) - Item 63

Prise en charge SÉQUENTIELLE : ① Épisode aigu → ② Long cours → ③ Surveillance | Objectif = MONOTHÉRAPIE antipsychotique

3 OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

① ÉPISODE AIGU

Contrôle rapide des symptômes

② TRAITEMENT DE FOND

Adaptation selon symptômes et tolérance

③ RÉMISSION

↓ Rechutes, ↓ retentissement

① ÉPISODE AIGU (décompensation psychotique)

Traitement antipsychotique initié ou modifié RAPIDEMENT

Si anxiété/agitation modérée, associer AU CHOIX :

1ère intention : BZD

Diazépam, Oxazépam

⚠ Limiter la durée (risque addiction)

Si agitation SÉVÈRE : AP sédatifs

Cyamémazine, Lévomépromazine

② LONG COURS

OBJECTIF : MONOTHÉRAPIE antipsychotique

Choix selon : efficacité, tolérance, observance

1ère INTENTION : AP 2e génération

Amisulpride, Aripiprazole, Quétiapine, Risperidone

Posologie : Start low, go slow → dose minimale efficace

2e INTENTION : Autre AP 2e génération

RÉSISTANCE : Après échec de 2 AP de 2e génération

→ **CLOZAPINE**

FORMES RETARD (IM) si observance difficile :

Risperidone, Olanzapine, Aripiprazole
(injection tous les 15j à 3 mois)

DURÉE DU TRAITEMENT

• Après 1er épisode :

≥ 2 ANS

(après rémission totale)

• Après 2e épisode/rechute :

≥ 5 ANS

Mesures associées :

- ALD 100%
- Information patient/famille
- Consolidation alliance thérapeutique
- Éducation thérapeutique
- Projets réinsertion dès que possible

③ POINTS D'ATTENTION & SURVEILLANCE

COMPLICATIONS GRAVES (rares mais mortelles) :

- Syndrome malin des neuroleptiques (SMN)
- Troubles du rythme cardiaque

1ère CAUSE D'INEFFICACITÉ : INOBSERVANCE

- Suivi régulier efficacité + tolérance
- Éducation thérapeutique patient/famille

 **À retenir (séquentiel)** : ① Épisode aigu : AP rapide + BZD ou AP sédatifs | ② Long cours : MONOTHÉRAPIE AP 2e gén (amisulpride, aripiprazole, quétiapine, rispéridone) → start low, go slow | Résistance : clozapine après échec 2 AP 2e gén | Formes retard si inobservance | **DURÉE : ≥ 2 ans (1er épisode), ≥ 5 ans (2e épisode)** | ③ Surveillance : EI graves (SMN, troubles rythme) + inobservance = 1ère cause inefficacité

Antipsychotiques : Définition & Indications - Item 74

Caractéristique commune : antagoniste récepteurs dopaminergiques D2 | Effets : antipsychotique + antimaniaque (+ antidépresseur pour quétiapine)

DÉFINITION & PRINCIPALES MOLÉCULES

Caractéristique pharmacologique COMMUNE :

Antagoniste des récepteurs dopaminergiques de type D2

EFFETS THÉRAPEUTIQUES :

- ✓ Effet **ANTIPSYCHOTIQUE**
- ✓ Effet **ANTIMANIAQUE**
- ✓ Effet **ANTIDÉPRESSEUR** (quétiapine uniquement)

AP 1ère génération (typiques) :

Chlorpromazine, Cyamémazine, Alimémazine, Lévomépromazine, Halopéridol, Loxapine

AP 2e génération (atypiques) :

Amisulpride, Olanzapine, Clozapine, **Quétiapine**, Risperidone, Palipéridone, Aripiprazole

INDICATIONS

TROUBLES PSYCHOTIQUES

(tous les antipsychotiques)

- Épisode psychotique bref (quelle que soit étiologie)
- Trouble schizo-affectif
- Troubles schizophréniques
- Trouble délirant persistant

 **Principe :** Effet ANTIPSYCHOTIQUE

TROUBLES DE L'HUMEUR

(certaines molécules uniquement)

① Épisode **MANIAQUE**

(avec OU sans caractéristiques psychotiques)

→ Effet **ANTIMANIAQUE**

② Épisode **DÉPRESSIF avec symptômes psychotiques**

(trouble unipolaire ou bipolaire)

→ Effet **ANTIPSYCHOTIQUE**

③ Épisode **DÉPRESSIF bipolaire**

(avec OU sans caractéristiques psychotiques)

→ **QUÉTIAPINE uniquement**
(effet **ANTIDÉPRESSEUR**)

RÈGLE SIMPLE À RETENIR :

Symptômes PSYCHOTIQUES ? → N'importe quel AP (effet antipsychotique)

Épisode MANIAQUE ? → N'importe quel AP, avec ou sans symptômes psychotiques (effet antimaniaque)

Épisode DÉPRESSIF bipolaire ? → **QUÉTIAPINE**, avec ou sans symptômes psychotiques (effet antidépresseur)

Autres indications : Anxiété (ex: cyamémazine), SPCD démence (en dernier recours : risque EI majoré, sur-mortalité par AVC si Alzheimer, privilégier Risperidone), États d'agitation psychomotrice

 **À retenir :** Caractéristique commune = antagoniste D2 | Effets : antipsychotique (tous), antimaniaque (tous), antidépresseur (quétiapine uniquement) | **Troubles psychotiques :** tous les AP | **Troubles humeur :** ① Manie (±psychotiques) = tous les AP | ② Dépression avec psychotiques = tous les AP | ③ Dépression bipolaire (±psychotiques) = QUÉTIAPINE uniquement

Antipsychotiques : Règles de Prescription - Item 74

Prévalence : 2% de la population | Antagonistes D2 | Privilégier la 2ème génération en 1ère intention | Monothérapie privilégiée | Surveillance métabolique obligatoire

RÈGLES DE PRESCRIPTION

À l'initiation

Toujours débuter par AP de 2ème génération

- Choix : indication, ATCD traitement (efficacité/tolérance), CI, préférence patient
- Privilégier molécule avec moins d'EI

Ne pas associer 2 molécules allongeant QT

Traitement de maintien

Posologie minimale efficace

MONOTHÉRAPIE privilégiée

Durée :

- Après 1er épisode : **≥ 2 ans** après rémission
- Après 2ème épisode : **≥ 5 ans** après rémission

En urgence

Voie orale privilégiée

Si impossible → IM

- AP à visée sédatrice IM : états agitation sévères uniquement

Éviter escalade doses (effet cumulatif différé)

- Monothérapie privilégiée
- ECG préalable indispensable

 **À retenir** : AP 2ème génération en 1ère intention | Monothérapie privilégiée | Posologie minimale efficace | Durée : **≥ 2 ans** (1er épisode), **≥ 5 ans** (2ème épisode) | Urgence : voie orale privilégiée, éviter escalade doses, ECG indispensable | Ne pas associer 2 molécules allongeant QT

Antipsychotiques : Prescription & Surveillance - Item 74

Prévalence : 2% de la population | Antagonistes D2 | Privilégier la 2ème génération en 1ère intention | Monothérapie privilégiée | Surveillance métabolique obligatoire

CONTRE-INDICATIONS

Principe fondamental

AUCUNE contre-indication absolue commune à tous les antipsychotiques

Contre-indications spécifiques

- Hypersensibilité connue à la molécule
- ↑ QT, bradycardie < 65/min, hypokaliémie
- ATCD syndrome malin neuroleptiques (CI à vie de la molécule + toutes les formes retard)
- ATCD agranulocytose toxique
- Glaucome angle fermé, risque rétention aiguë urine

Contre-indications relatives / Précautions

- Épilepsie (↓ seuil)
- Arythmies, coronaropathie
- Hypotension orthostatique
- Parkinson (privilégier clozapine)
- Grossesse/allaitement (LECRAT)
- Diabète (olanzapine, clozapine)
- Sevrage OH, barbituriques, BZD
- Insuffisances : cardiaque, respiratoire, hépatique, rénale

RÈGLES DE PRESCRIPTION

À l'initiation

Toujours débuter par AP de 2ème génération

- Choix : indication, ATCD traitement (efficacité/tolérance), CI, préférence patient
- Privilégier molécule avec moins d'EI

Ne pas associer 2 molécules allongeant QT

Traitement de maintien

Posologie minimale efficace

MONOTHÉRAPIE privilégiée

Durée :

- Après 1er épisode : **≥ 2 ans** après rémission
- Après 2ème épisode : **≥ 5 ans** après rémission

En urgence

Voie orale privilégiée

Si impossible → IM

- AP à visée sédatrice IM : états agitation sévères uniquement

Éviter escalade doses (effet cumulatif différé)

- Monothérapie privilégiée
- ECG préalable indispensable

💊 Antipsychotiques : Prescription & Surveillance - Item 74 💊

Prévalence : 2% de la population | Antagonistes D2 | Privilégier la 2ème génération en 1ère intention | Monothérapie privilégiée | Surveillance métabolique obligatoire

🔬 BILAN PRÉ-THERAPEUTIQUE

🧑 Bilan clinique

Interrogatoire :

- ATCD perso/familiaux : obésité, dyslipidémie, maladie cardiovasculaire
- Facteurs de risque cardiovasculaire

Examen :

- Périmètre abdominal, IMC, PA
- Recherche grossesse/allaitement chez femmes

🔬 Bilan paraclinique

Biologie standard :

- NFS
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique
- Prolactinémie
- β HCG (femmes)

ECG : trouble du rythme, QTc long

📊 SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Paramètre	Avant traitement	1 mois	3 mois	Tous les trimestres	Tous les ans	Tous les 5 ans
Poids et IMC	✓	✓	✓	✓		
Périmètre ombilical	✓				✓	
Glycémie à jeun	✓		✓		✓	
Bilan lipidique	✓		✓		✓	
Pression artérielle	✓	✓				✓
ECG (calcul QTc)	✓					✓

💡 **À retenir :** AP 2ème génération en 1ère intention | Monothérapie privilégiée | Posologie minimale efficace | Bilan pré-thérapeutique : clinique (IMC, PA, périmètre abdo) + paraclinique (NFS, glycémie, bilan lipidique, prolactinémie, ECG) | Surveillance métabolique rapprochée : poids/IMC à M1, M3 puis trimestriel | QTc > 450 ms (♂) ou > 470 ms (♀) = allongé | Durée : ≥ 2 ans (1er épisode), ≥ 5 ans (2ème épisode)





⚠ Antipsychotiques : Effets Indésirables - Item 74 ⚠

EI neurologiques surtout AP 1ère génération | EI métaboliques surtout AP 2ème génération | Dyskinésies tardives parfois irréversibles | Agranulocytose : risque ++ avec clozapine (NFS hebdo puis mensuelle)

🧠 EFFETS INDÉSIRABLES PSYCHIATRIQUES

😞 État d'indifférence psychomotrice

Passivité, asthénie, émoussement affectif, repli, désintérêt → ↓ posologie ou changement traitement

😴 Sédation

Fréquent en début de traitement

🌀 Confusion

Surtout chez le sujet âgé

🍔 EFFETS INDÉSIRABLES ENDOCRINO-MÉTABOLIQUES (surtout AP 2ème génération)

📊 Prise de poids, Diabète, Syndrome métabolique

Surveillance métabolique rapprochée indispensable

🥛 Hyperprolactinémie

♀ Gynécomastie, galactorrhée, aménorrhée
♂ ↓ désir ou excitation sexuelle

❤ EFFETS INDÉSIRABLES NEUROVÉGÉTATIFS & CARDIOVASCULAIRES

💧 Effets anticholinergiques

Sécheresse buccale, constipation, RGO, rétention urinaire, tachycardie, troubles déglutition/accommodation, syndrome confusionnel, glaucome aigu par fermeture angle

💉 Effets adrénolytiques

Hypotension orthostatique

⚡ Allongement QT

Risque : torsades de pointes, fibrillation ventriculaire, mort subite

🦋 EFFETS INDÉSIRABLES NEUROLOGIQUES (surtout AP 1ère génération)

⚡ Dystonies (dyskinésies) aiguës

Survenue : initiation ou changement posologie

Trismus, protraction langue, contractures orales/péri-orales, difficultés déglutition, blépharospasme, crises oculogyres (plafonnement oculaire), opisthotonos, torticolis

🥒 Tropatépine IM (LEPTICUR®) + ajustement AP

👉 Syndrome parkinsonien

Triade : akinésie, hypertonie, tremblements

🥒 Modification posologie ou passage AP 1ère → 2ème génération. Si impossible : tropatépine per os (LEPTICUR®)

👉 Akathisie

Difficulté rester assis/immobile + impatience

🥒 β-bloquant non cardiosélectif, BZD, adaptation posologie

🔄 Dyskinésies tardives

Mouvements anormaux face (mastication), tronc/membres (balancements, mvts choréo-athétosiques). Survenue imprévisible. **Parfois IRRÉVERSIBLES**

⚡ Crises épileptiques

Abaissement seuil épileptogène
Clozapine : risque ↑

🧠 AVC

Risque chez sujets âgés avec démence

💀 EFFETS INDÉSIRABLES ALLERGIQUES & TOXIQUES

🤧 Allergie

Réaction allergique possible

🩸 Agranulocytose médicamenteuse

Quelle que soit la molécule
Risque ++ CLOZAPINE → NFS obligatoire hebdomadaire puis mensuelle

☀ Photosensibilisation

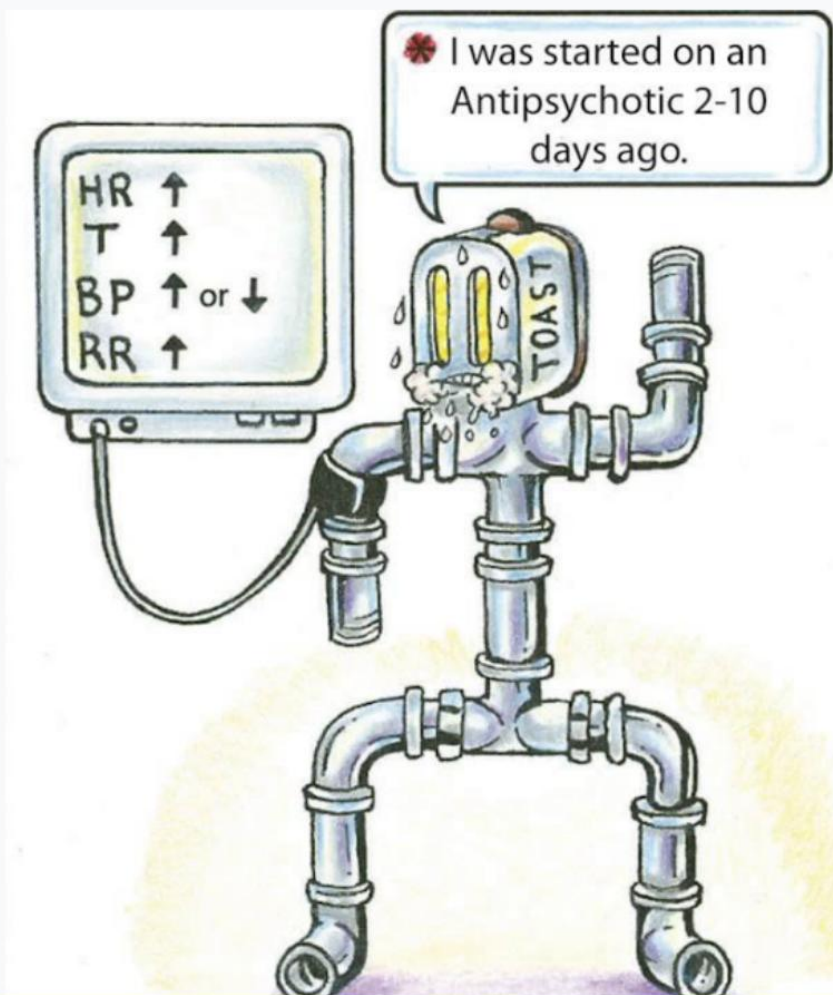
Protection solaire systématique

💡 **À retenir** : EI neurologiques surtout AP 1ère génération (dystonies aiguës → tropatépine IM, syndrome parkinsonien → ↓ dose ou passage 2ème génération, dyskinésies tardives parfois irréversibles) | EI métaboliques surtout AP 2ème génération (poids, diabète, syndrome métabolique, hyperprolactinémie) | Allongement QT → risque torsades de pointes/mort subite | Agranulocytose : risque ++ clozapine (NFS hebdo puis mensuelle obligatoire)

SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES - Item 74

RARE mais GRAVE | Engagement du pronostic VITAL | URGENCE diagnostique et thérapeutique | Début rapidement progressif | CI À VIE de la molécule + toutes formes retard

PRÉSENTATION CLINIQUE



SIGNES CLINIQUES (début rapidement progressif)

- Hyperthermie 40-41°C ou hypothermie < 36°C
- Rigidité extrapyramidale
- Sueurs profuses
- Tachycardie
- Hypotension artérielle
- Troubles de la vigilance
- Troubles cardiorespiratoires

SIGNES BIOLOGIQUES

- Hyperleucocytose : > 15 000/mm³ avec ↑ PNN
- Perturbations ionogramme : hypernatrémie, hyperkaliémie
- Élévation enzymes : CPK, LDH, ALAT, ASAT

TRAITEMENT

- Transfert en URGENCE en RÉANIMATION
 - ARRÊT du médicament concerné
 - Traitement symptomatique :
 - Rééquilibration hydro-électrolytique
 - Lutte contre l'hyperthermie
 - Bromocriptine
- ⚠ CI À VIE : molécule incriminée + TOUTES les formes retard

À retenir : Syndrome RARE mais GRAVE engageant le pronostic VITAL | URGENCE diagnostique et thérapeutique | Début rapidement progressif | Clinique : hyperthermie 40-41°C (ou < 36°C), rigidité extrapyramidale, sueurs profuses, tachycardie, hypotension artérielle, troubles vigilance, troubles cardiorespiratoires | Biologie : hyperleucocytose > 15 000/mm³, perturbations ionogramme, ↑ CPK/LDH/transaminases | Traitement : réanimation + arrêt médicament + traitement symptomatique | CI À VIE de la molécule incriminée + TOUTES les formes retard

? Aparté : Le Syndrome Catatonique ?

Diagnostic clinique | 75-80% associée à trouble psychiatrique | Bipolaire (20%) > Schizophrénie (10%) | Hypothèse : déséquilibre Glutamate > GABA | Éliminer cause somatique

CLINIQUE DU SYNDROME CATATONIQUE

Syndrome transnosographique : symptômes moteurs, comportementaux, affectifs, neurovégétatifs | Présentation variable et fluctuante → diagnostic difficile

 "Le patient est comme une statue de cire qu'on peut modeler" 

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Stupeur• Catalepsie• Flexibilité cireuse• Mutisme• Négativisme• Prise de posture | <ul style="list-style-type: none">• Maniérisme• Stéréotypie• Agitation• Grimaces• Écholalie• Échopraxie |
|---|--|



ÉTIOLOGIE & DIAGNOSTIC

Diagnostic : CLINIQUE

 "3 sur 12 pour poser le diagnostic" 

75-80% trouble psychiatrique :

- Trouble bipolaire : 20%
- Schizophrénie : 10%
- Autres troubles psychiatriques

 **ÉLIMINER CAUSE SOMATIQUE**
(20-25% des cas)

Hypothèse physiopathologique :
Déséquilibre Glutamate > GABA

COMPLICATIONS

Complications FRÉQUENTES :

 **Déshydratation :**
Refus alimentaire et hydrique

 **Dénutrition :**
Refus alimentaire

 **Complications du décubitus :**
Escarres, thrombose veineuse, pneumopathie

 **Anomalies neurovégétatives :**
À surveiller systématiquement

 **Phases agitées :**
Risque de troubles graves du comportement

TRAITEMENT

 "BZD d'abord, ECT si ça coince" 

1ère intention :
 **BENZODIAZÉPINES**

Si échec :
 **ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)**

+ Traitement symptomatique :

- Hydratation
- Nutrition (sonde nasogastrique si besoin)
- Prévention complications décubitus
- Surveillance neurovégétative

 **À retenir :** Catatonie = syndrome clinique | 75-80% trouble psychiatrique (bipolaire 20% > schizophrénie 10%) → éliminer cause somatique | Signes : stupeur (immobilité, mutisme), catalepsie (flexibilité cireuse), stéréotypies, agitation, échopraxie/écholalie | Hypothèse : déséquilibre Glutamate > GABA | Complications fréquentes : déshydratation, dénutrition (refus alimentaire), complications décubitus | Surveiller anomalies neurovégétatives | Phases agitées : risque troubles comportement graves | Traitement : 1ère intention benzodiazépines, si échec ECT

🧠 Trouble Délirant Persistant - Item 65 🧠

Prévalence : 0,2% | Incidence : 1-3/100 000/an | Sex-ratio = 1 | Début : 40-50 ans | Sous-type le plus fréquent : persécution
Facteurs de risque : âge avancé, isolement social, déficits sensoriels, ATCD familiaux de troubles délirants, troubles de personnalité, immigration

📖 DÉFINITION

Présence d'**idées délirantes non bizarres** évoluant depuis **≥ 1 mois**, SANS désorganisation NI syndrome négatif

- Hallucinations rares et pas au premier plan
- **Pas d'altération marquée du fonctionnement**
- **Pas de bizarrerie manifeste du comportement**

🔍 CARACTÉRISATION DES IDÉES DÉLIRANTES

🧠 Thème

Érotomanie, grandeur, jalousie, persécution, somatique

⚙️ Mécanisme

Interprétatif, intuitif, imaginatif

🧩 Systématisation

Bien systématisées : logiques, cohérentes, thème unique

✅ Adhésion

Totale

⚡ Retentissement

Anxiété majeure, risque suicidaire, risque hétéro-agressif

🧩 TYPES SELON LE THÈME

💖 Érotomaniaque

Conviction d'être aimé(e) par individu niveau social ↑
♀ > ♂ | Mécanisme intuitif puis interprétatif

3 phases : espoir → dépit → rancune
⚠️ Risque passage à l'acte (menaces, violence)

👑 Mégalomaniaque (Grandeur)

Conviction d'avoir talent/pouvoir méconnu, découverte importante, relations haut placées, être personnalité importante

💔 Jalousie

Conviction que partenaire infidèle
♂ > ♀ | Trouble usage alcool fréquemment associé

🔄 Formes mixtes et indifférenciées

Mixtes : association de plusieurs thèmes sans prédominance
Indifférenciées : ne correspondent à aucun sous-type décrit

🕵️ Persécution (le plus fréquent)

Conviction d'être victime de complot, espionnage, empoisonnement, conspiration

⚠️ Recours en justice fréquents
⚠️ Passages à l'acte violents sur "persécuteur"

🦠 Somatique

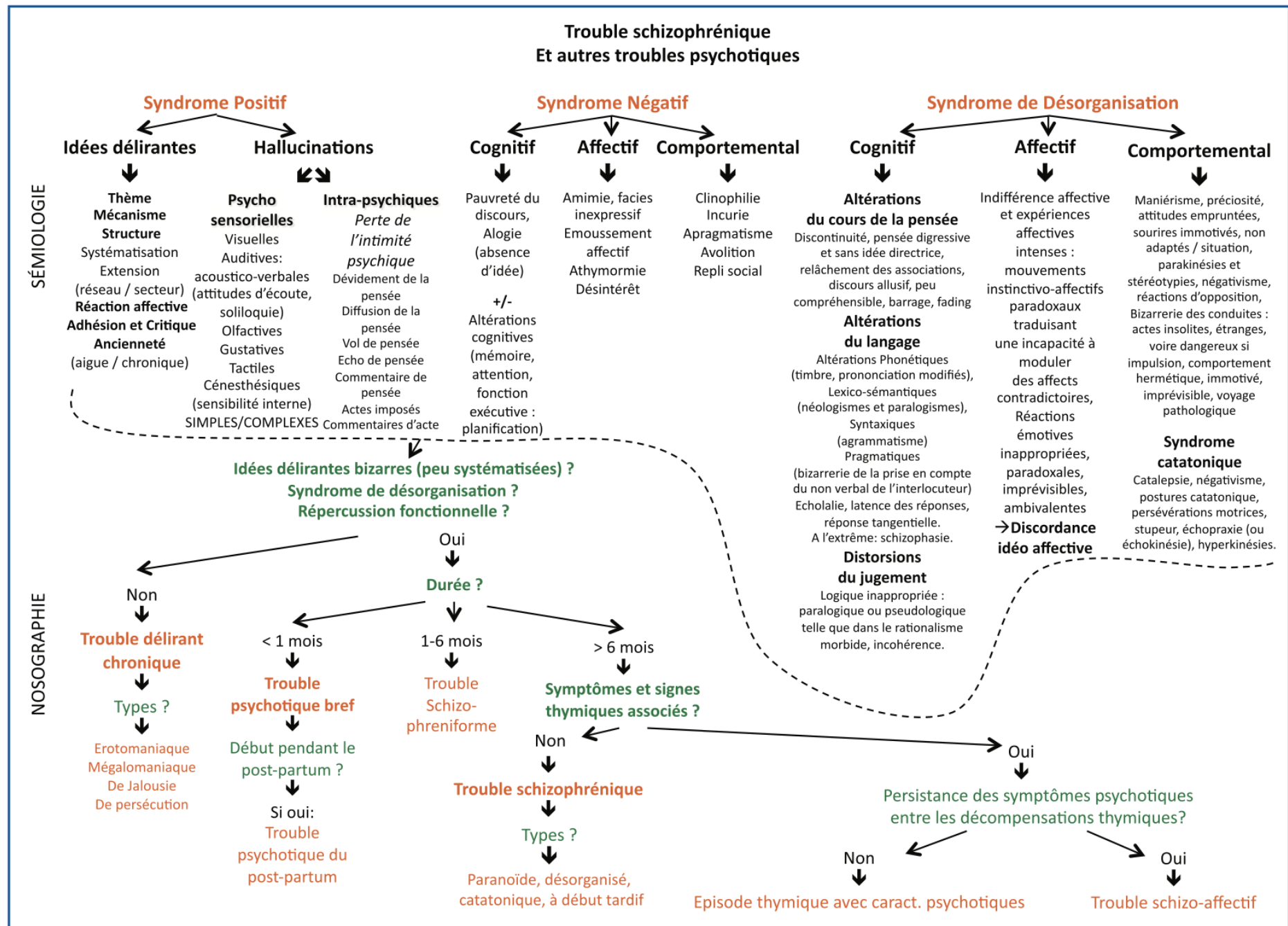
Sensations/fonctions corporelles :

- Émettre odeur nauséabonde
- Infestation insectes/parasites internes
- Parties du corps difformes
- Organes ne fonctionnent pas

💊 PRISE EN CHARGE

Traitement antipsychotique +/- antidépresseur (si comorbidités dépressives/anxieuses) + **psychothérapie individuelle +/- hospitalisation** (si nécessaire)

💡 **À retenir** : Définition : idées délirantes NON BIZARRES ≥ 1 mois, SANS désorganisation NI syndrome négatif, SANS altération marquée fonctionnement ni bizarrerie comportement | Prévalence 0,2%, début 40-50 ans, sex-ratio = 1 | Caractérisation : bien systématisées (logiques, cohérentes, thème unique), adhésion totale, mécanisme interprétatif/intuitif/imaginatif | Types : érotomaniaque (♀, 3 phases, risque violence), mégalomaniaque (talent/pouvoir), jalousie (♂, alcool), persécution (le + fréquent, recours justice, violence), somatique (sensations corporelles) | Traitement : AP +/- AD + psychothérapie +/- hospitalisation



Idées délirantes bizarres (peu systématisées) ?
Syndrome de désorganisation ?
Répercussion fonctionnelle ?

Oui

Non

↓

Trouble délirant chronique

↓

Types ?

Erotomaniac
Mégalo-maniac
De Jalousie
De persécution

Durée ?

< 1 mois

↓

Trouble psychotique bref

↓

Début pendant le post-partum ?

Si oui:
Trouble psychotique du post-partum

1-6 mois

↓

Trouble Schizo-phréniforme

> 6 mois

↓

Symptômes et signes thymiques associés ?

Non

↓

Trouble schizophrénique

↓

Types ?

Paranoïde, désorganisé, catatonique, à début tardif

Oui

↓

Persistance des symptômes psychotiques entre les décompensations thymiques ?

Non

↓

Episode thymique avec caract. psychotiques

Oui

↓

Trouble schizo-affectif

🧠 Troubles Psychotiques Vieillis et Tardifs - Item 70 🧠

Prévalence schizophrénie > 65 ans : 0,6% (vs 1% adulte jeune) | Mortalité prématurée x2-3 avant 65 ans | Schizophrénie tardive : début > 40 ans | Très tardive : début > 60 ans | AP 2ème génération à faible posologie

📖 SÉMIOLOGIE

🧐 Schizophrénie vieillissante

= **Début à l'âge adulte jeune**

Critères diagnostiques et symptômes identiques au sujet jeune

🕒 Schizophrénie tardive et très tardive

Tardive : début > 40 ans

Très tardive : début > 60 ans

🗨️ Simone, 65 ans : "Docteur, j'entends mes voisins comploter contre moi, car l'immeuble est mal insonorisé. Et, j'ai senti une odeur de poison en faisant mon ménage."

Spécificités :

- ♀ **Prédominance féminine**
- ↑ **Hallucinations** : visuelles, cénesthésiques, olfactives
- ↑ **Idées délirantes de persécution**
- ↓ **Symptômes de désorganisation**
- ↓ **Symptômes négatifs**

🔍 DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

🧐 Troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques

Symptômes thymiques fréquents dans la schizophrénie → diagnostic parfois difficile

🧠 SPCD (Symptômes psychocomportementaux démence)

1ère cause de symptômes psychotiques chez sujet âgé

- Idées de persécution, perturbations identification
- En lien avec altérations cognitives

Démence à corps de Lewy : hallucinations visuelles précoces

⚠️ AP déconseillés (symptômes extrapyramidaux)

🧠 Symptômes psychotiques d'origine non psychiatrique

🎯 **Confusion** : fréquente, hallucinations visuelles d'apparition brutale

🧬 **Autres causes** : pathologies neurologiques, métaboliques, endocriniennes

💊 **Substances** : morphiniques, psychotropes, sevrage BZD/alcool

🧐 TROUBLES DÉLIRANTS PERSISTANTS

Fréquents chez le sujet âgé | Se distinguent de la schizophrénie par : **présence isolée d'idées délirantes SANS symptômes de désorganisation NI symptômes négatifs**

💊 PRISE EN CHARGE

🧐 Traitement médicamenteux

1ère intention : Antipsychotiques de 2ème génération

⚠️ **Risque accru d'effets indésirables :**

- Évaluation rapport bénéfice/risque avant prescription et tout au long du traitement
- Initiation à **faible posologie**
- Augmentation **progressive**
- Maintenir **posologie minimale efficace**

🧐 Prise en charge globale

- Pas de spécificité vs adulte jeune
- Surveillance facteurs de risque vasculaires
- Limiter conséquences fonctionnelles et cognitives

💡 **À retenir** : Prévalence schizophrénie > 65 ans : 0,6% (mortalité prématurée x2-3) | Schizophrénie vieillissante : symptômes identiques au jeune | Schizophrénie tardive (> 40 ans) et très tardive (> 60 ans) : ♀, ↑ hallucinations (visuelles/cénesthésiques/olfactives), ↑ idées persécution, ↓ désorganisation/symptômes négatifs | DD principaux : troubles humeur, SPCD (1ère cause), confusion, causes organiques/substances | Troubles délirants persistants : idées délirantes isolées sans désorganisation ni symptômes négatifs | Traitement : AP 2ème génération à faible posologie, augmentation progressive, posologie minimale efficace

Troubles de la Personnalité - Item 66h

Prévalence : 10% population générale | Croyances sur le monde et sur soi | 50% des patients combinent ≥ 2 troubles | Risque $\uparrow$ suicide (surtout cluster B) | Psychothérapie centrale

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

Personnalité = Tempérament (inné, biologique) + Caractère (acquis, expériences de vie)

Personnalité normale : souple, adaptable, utilise modalités de fonctionnement variées

Trouble de personnalité = Association de :

- **Traits pathologiques** (particulièrement marqués et rigides)
- +
- **Retentissement important et durable** (souffrance ET/OU altération du fonctionnement interpersonnel)

Caractéristiques :

- **Durables** (manifestations décelables au plus tard adolescence/début âge adulte)
- Expression **intégrée dans la façon d'être** du sujet ($\neq$ rupture avec fonctionnement antérieur)

💡 **Éclairage** : Liés aux **croyances qu'on a sur le monde et sur soi** (ex paranoïaque : "j'ai toujours raison", "les gens vont essayer de me la faire à l'envers")

📌 **Facteur de vulnérabilité** à d'autres troubles : dépressifs, anxieux, addictifs | Risque $\uparrow$ automutilation et suicide

LES 3 CLUSTERS (FAMILLES)

Cluster A : Psychotique

- Personnalité paranoïaque
- Personnalité schizoïde
- Personnalité schizotypique

Cluster B : Émotionnelle

- Personnalité antisociale
- Personnalité borderline
- Personnalité histrionique
- Personnalité narcissique

Cluster C : Anxieuse

- Personnalité évitante
- Personnalité dépendante
- Personnalité obsessionnelle-compulsive

CLUSTER A : TROUBLES DE PERSONNALITÉ "PSYCHOTIQUES"

⚠️ **ATTENTION** : Ce ne sont PAS des troubles psychotiques ! Pas de symptômes psychotiques persistants ⚠️

Paranoïaque

Mots-clés :

- **Méfiance généralisée** à l'égard d'autrui
- **Altération du jugement**
- **Rigidité**
- Peu d'expression émotionnelle

Évolution :

- Fluctuante
- Accentuation avec l'âge fréquente

📌 **Complication** : trouble délirant persistant (inflation interprétations $\rightarrow$ idées délirantes)

DD : trouble délirant persécution, schizophrénie (symptômes psychotiques persistants)

Schizoïde

Mots-clés :

- **Tendance à l'isolement**
- **Absence d'intérêt** pour autrui et relations sociales
- **Réactivité émotionnelle peu marquée** (aspect de froideur)
- Peu de plaisir aux activités sociales

📌 **Schizophrénie à minima** où syndrome négatif prédominerait

Peut précéder une schizophrénie

Schizotypique

Mots-clés :

- **Compétences sociales altérées**
- **Vie psychique riche**
- **Croyances bizarres** (distorsions cognitives)
- **Champs d'intérêt "originaux"** : science-fiction, ésotérisme, superstition, paranormal, magie

Caractéristiques :

- Tendance à la solitude (enfance/adolescence)
- Relations sociales pauvres
- Discours flou, digressif, vague
- Affects pauvres ou inadéquats

📌 **Événements de vie** : symptômes psychotiques transitoires (aggravation distorsions cognitives)

Évolution : stable | Peut précéder schizophrénie

💡 **À retenir** : Trouble de personnalité = traits marqués et rigides liés aux croyances sur le monde et sur soi, altération fonctionnement social, incapacité adaptation | Prévalence 10%, facteur vulnérabilité (dépression, anxiété, addictions), risque $\uparrow$ suicide | 3 clusters : A (psychotique), B (émotionnelle), C (anxieuse) | Cluster A : Paranoïaque (méfiance, rigidité, altération jugement), Schizoïde (isolement, froideur, "schizo à minima"), Schizotypique (croyances bizarres, intérêts originaux, distorsions cognitives) | Évolution : paranoïaque peut $\rightarrow$ trouble délirant persistant ; schizoïde et schizotypique peuvent précéder schizophrénie

Sujets en Situation de Précarité - Item 59

Situation dynamique, réversible, multifactorielle | Relations réciproques santé ⇔ précarité | Prise en charge multidisciplinaire obligatoire

DÉFINITIONS

Précarité

Fragilité et instabilité sociale

Absence d'1 ou plusieurs sécurités

Situation **dynamique, réversible, multifactorielle**

Pauvreté

Concept économique

Ressources < 60% revenu médian

Grande pauvreté : < 40%

Exclusion

Absence de droits sociaux

Pendant période + ou - longue

Forme extrême de précarité

Vulnérabilité

Fragilité matérielle ou morale

Risque d'exclusion sociale

FACTEURS DE RISQUE

- Habitudes de vie à risque
- **Difficultés d'accès aux soins** et prévention
- Retard prise en charge, renoncement
- Abandons soins, discontinuité

MORBI-MORTALITÉ ASSOCIÉE

Non psychiatrique :

Infectieuse, dentaire, dermatologique

Psychiatrique :

Troubles humeur, psychotiques, anxieux, adaptation, conduites suicidaires

Addictifs :

Troubles addictifs et conséquences

ÉVALUATION

Médicale non psychiatrique

- Pronostic vital
- Maladies chroniques
- Troubles addictifs et complications
- Handicap

Médicale psychiatrique

- Degré de **souffrance psychique**
- **Risque suicidaire**

Sociale

Statut social | Conditions de vie | Couverture maladie | Ressources | **Score EPICES**

PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Structures médico-sociales

- Cabinets médicaux, hôpitaux publics
- CMP (psychiatrie)
- CDS, CDAG, centres de prévention

Spécifiques précarité :

- **PASS** (permanence accès soins santé)
- **LHSS** (lits halte soins santé)
- **EMPP** (équipes mobiles psychiatrie-précarité)

- Associations à but non lucratif

Aides financières

Revenus :

- **RSA** : ≥ 25 ans (ou < 25 ans si enfant à charge ou 2 ans travail sur 3 ans), résidence France, sous conditions ressources
- **AAH** : ≥ 20 ans, résidence permanente France, incapacité ≥ 80% (MDPH), sous plafond ressources
- **APA** : ≥ 60 ans, résidence stable France, perte autonomie (Aggir 1-4)

Prise en charge frais de santé :

- **PUMA** : Travail en France OU résidence stable et régulière
- **CSS** : Résidence stable France > 3 mois, ressources < plafond
- **AME** : Étranger situation irrégulière, résidence France ≥ 3 mois, ressources < plafond
- **AEH** : **Enfant < 20 ans handicapé (MDPH), aide aux parents**

 **À retenir :** Précarité = fragilité/instabilité sociale, dynamique/réversible/multifactorielle ≠ Pauvreté (< 60% revenu médian) ≠ Exclusion (absence droits) | Facteurs : habitudes à risque, difficultés d'accès soins | Morbi-mortalité : non psy (infectieux, dentaire, dermato), psy (humeur, psychotique, anxieux, suicidaire), addictifs | Évaluation : médicale non psy, psy (souffrance + risque suicidaire), sociale | Prise en charge multidisciplinaire : structures (PASS, LHSS, EMPP, CMP, associations), aides (revenus RSA/AAH/APA, frais santé PUMA/CSS/AME)





LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Définition : Zone géographique délimitée ayant la responsabilité de l'offre publique de soins psychiatriques

Points clés :

- **Base de l'organisation** des soins en psychiatrie
- **CMP = structure pivot** du secteur
- **Coordination et continuité** des soins
- **Insertion et maintien** du patient dans la communauté
- Développement prises en charge **alternatives à l'hospitalisation** temps plein
- **Multidisciplinarité**
- Soins de recours pour situations complexes

Principe : Lieu de résidence détermine le service de rattachement | Libre choix du médecin demeure

OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE ADULTE : 3 MODALITÉS

1. SOINS AMBULATOIRES

CMP (centres médico-psychologiques) :

- **Structure pivot** du secteur
- Amont et aval hospitalisation
- Coordination parcours de soins
- **Gratuits** (faciliter l'accès)
- **Équipes multidisciplinaires** (médecins, IDE, psychologues, AS, ergothérapeutes)
- Offre diversifiée de soins

CAP (centres d'accueil permanent) : réponse 24h/24

Psychiatrie de liaison : interventions en unités non psy, SAU, structures médico-sociales

2. SOINS SÉQUENTIELS "À TEMPS PARTIEL"

Prise en charge intensive en ambulatoire

Hôpital de jour (HDJ) :

- Soins polyvalents et intensifs durant la journée
- 1 ou plusieurs jours/semaine
- Objectif : éviter chronicisation, préparer réinsertion socioprofessionnelle

Hôpital de nuit :

- Prise en charge de fin de journée
- Surveillance médicale de nuit

CATTP :

- Activités thérapeutiques et occupationnelles
- Renforcement de l'autonomie

3. SOINS CONTINUS "HOSPITALISATION COMPLÈTE"

Hospitalisation temps plein :

- Phase aiguë de la maladie
- Hôpitaux généraux ou EPSM
- 15% secteur privé (cliniques)

Centres de post-cure :

- Moyen séjour, transition hôpital-domicile
- Réhabilitation psychosociale intensive
- Plusieurs mois

CAC (centre accueil et crise urgence) :

- Accueil patients en crise
- Adossés aux SAU
- Durées courtes

HAD (hospitalisation à domicile) :

- Soins intensifs au domicile
- Limiter l'hospitalisation temps plein

Appartement thérapeutique :

- Sortie d'hôpital, durée limitée
- Habiletés vie quotidienne
- Restaurer autonomie

LIEN WOCLAP DE RÉVISIONS

<https://app.wooclap.com/AYCXHJ/questionnaires/696a4cf56d5d87d63a209cd2>

MERCI DE VOTRE ATTENTION ET BONNE CONTINUATION !

**SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS :
A-DILLINGER@CHU-MONTPELLIER.FR**