

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET COMPORTEMENTAUX

Formation Paramédicale en soins
primaires

Module:13
Section:06



- La maladie mentale et la toxicomanie constituent une cause importante de perte d'années de vie en incapacité parmi toutes les maladies.
- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), ainsi que la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), est le livre habituellement utilisé pour guider la pratique en santé mentale
- Le besoin de stratégies de prévention améliorées et de traitements d'intervention définitifs et plus efficaces demeure une préoccupation mondiale

- Lorsque la médecine d'urgence se heurte à la santé mentale...
- Défendre votre patient
 - Des interventions d'urgence peuvent ne pas être nécessaires
 - Mais vos actions pourraient avoir des effets importants en tant qu'acteur dans le système des soins de santé
 - et sur la façon dont vos patients réagissent
 - Soyez sceptique face au système des soins de santé actuel et demandez-vous : « Est-ce qu'il répond aux besoins des patients souffrant de problèmes de santé mentale? »

- Comportement
 - Conduite et activité observables d'une personne
 - « Anormal » est un terme subjectif
- Indications d'un problème comportemental
 - Interfère avec les fonctions de base de la vie
 - Menace la vie ou le bien-être
 - S'écarte de manière importante des normes de la société

- Déterminer
 1. Le CC du point de vue du patient
 2. L'histoire de la maladie actuelle
 3. Les signes liés aux AVQ/AIVQ et les signes neurovégétatifs (diminution de l'appétit et trouble du sommeil)
 4. Les troubles antérieurs, leur nature et l'étendue de leur traitement
 5. La toxicomanie passée ou actuelle
 6. Les antécédents familiaux
 7. Les antécédents personnels, violence durant l'enfance, etc.
 8. Le niveau actuel de fonctionnement, p. ex. situation socioéconomique, scolarité, emploi

- Apparence générale
- Observations sur le comportement
- Orientation
- Mémoire
- Sensorium
- Processus perceptifs



- Humeur et affect
- Intelligence
- Processus de raisonnement
- Intuition
- Jugement
- Psychomotricité



- Expression d'émotions ou de sensations exprimées aux autres au moyen d'expressions faciales, de gestes de la main, du ton de la voix et d'autres signes d'émotions comme le rire ou les larmes
 - Affect étendu
 - Gamme normale de réactivité émotionnelle
 - Affect réduit (émotions émoussées) et affect aplati
 - Réactivité émotionnelle réduite ou nulle
 - Symptôme possible d'autisme, de schizophrénie, de dépression, d'ESPT
 - Effet secondaire possible de médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques)
 - Affect inapproprié
 - Manifestation d'émotions hors contexte

Démence et délire

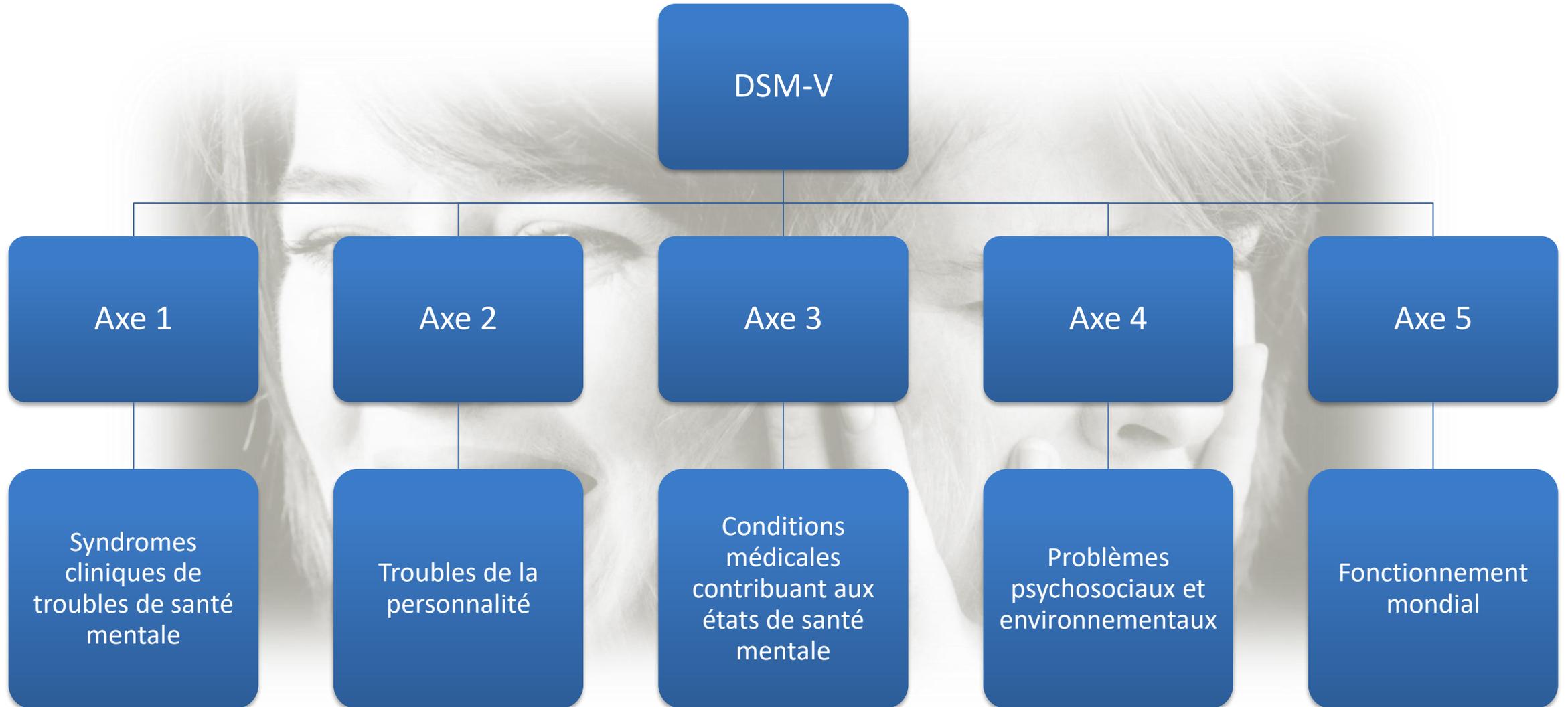
CAUSES ORGANIQUES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Il s'agit de l'apparition rapide d'une pensée généralement désorganisée
 - Inattention
 - Troubles de la mémoire
 - Obnubilation générale
- Fluctuation
- Il peut découler de l'état de santé, de l'intoxication, du retrait
- La confusion est le principal signe
- Agitation

- Développement graduel de troubles de la mémoire et de perturbations cognitives
 - Déficience envahissante de la pensée abstraite
- Développement sur plusieurs mois, généralement irréversible
- Causes les plus fréquentes :
 - Maladie d'Alzheimer
 - Maladie de Parkinson
 - Traumatismes et toxicomanie

- Cause plus d'invalidités que tout autre problème de santé
- Épuisement des fournisseurs de soins
- La moitié demeure à domicile
 - Espace limité dans les établissements de soins de longue durée
 - Soutien préhospitalier
 - Programme élargi de soins paramédicaux (PESP) et programmes semblables

- Un ou plusieurs troubles :
 - Aphasie
 - Apraxie
 - Agnosie
 - Perturbation de la fonction exécutive
- Altération importante du fonctionnement social ou professionnel



Axe1

Psychoses

Troubles liés aux substances

Simulation de maladie

Troubles de l'humeur

Troubles anxieux

Troubles du sommeil

Troubles de l'alimentation

Troubles factices

Troubles somatoformes

Troubles dissociatifs

- La psychose est un ensemble de symptômes qui altèrent, chez le patient, la capacité mentale, la réaction affective et la capacité à reconnaître la réalité, à communiquer et à entrer en relation avec les autres
- La schizophrénie est un trouble dont la psychose est la principale caractéristique (elle n'est pas un synonyme de psychose, mais l'une des nombreuses causes d'une psychose)

Signes et symptômes (potentiel)

- Fluctuations rapides de l'humeur (labilité émotionnelle) ou montrant très peu d'émotion ou d'expression faciale
- Méfiance déraisonnable
- Insomnie ; agitation et va et vient pendant la nuit
- Comportement inhabituel ou bizarre
- Expériences perceptuelles inhabituelles comprenant l'hypersensibilité, les illusions et/ou de brèves hallucinations intermittentes
- Difficultés de pensée telles que l'organisation et / ou l'expression de pensées

- Jusqu'à un patient sur cinq qui se présente en soins primaires aura des symptômes de troubles anxieux
- Les taux de suicide sont 10 fois plus élevés que les taux dans la population générale
- Jusqu'à 75 % des personnes diagnostiquées avec un trouble anxieux souffrent au moins d'une autre trouble psychiatrique concomitant
- Âge précoce à l'apparition des symptômes comparativement à d'autres troubles de l'humeur
- Facteurs de risque
 - Femme
 - Personnalité introvertie
 - Événement stressant de la vie
 - Antécédents familiaux
 - Trouble psychiatrique concomitant

- L'anxiété devient un problème et est considérée comme un trouble dans les cas suivants :
 - L'anxiété est plus intense et dure plus longtemps que prévu habituellement
 - Elle mène à une déficience ou à une invalidité dans la vie quotidienne
 - Les activités quotidiennes sont perturbées par le fait d'éviter certaines situations ou certains objets afin de réduire l'anxiété
 - Ils peuvent comprendre des obsessions, des compulsions, des souvenirs envahissants ou des souvenirs de traumatisme

- DSM-V :
 - Durée habituelle de six mois ou plus
 - Les personnes souffrant de troubles de l'anxiété surestiment habituellement le danger ou l'évitent
 - Bon nombre des troubles de l'anxiété sont développés durant l'enfance et tendent à persister s'ils ne sont pas traités
 - La plupart sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (dans un ratio approximatif de 2:1)
 - Chaque trouble de l'anxiété est diagnostiqué seulement lorsque les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'un médicament *ou à un autre trouble médical, ou lorsqu'ils ne peuvent pas mieux s'expliquer par un autre trouble mental*

Type	Description
Trouble panique	Crises de panique soudaines fréquentes et imprévues avec angoisse persistante relative à la récurrence d'une crise
Trouble d'anxiété généralisée	Inquiétude et anxiété disproportionnées relativement à un certain nombre d'événements ou d'activités se produisant la plupart des jours sur une période ≥ 6 mois.
Phobie spécifique	Anxiété grave déclenchée par un objet ou une situation dont la personne a peur et qui peut faire en sorte qu'elle évite davantage la situation
Mutisme sélectif	Apparaît habituellement durant l'enfance; la personne choisit de ne pas parler dans certaines situations sociales
Trouble d'anxiété de séparation	Peur provenant de l'enfance d'être séparé de personnes importantes dans sa vie
Agoraphobie	Deux situations ou plus causant beaucoup de peur et d'agitation, notamment les moyens de transport public, les espaces ouverts, les espaces fermés, les foules, être seul à l'extérieur du domicile. Cela conduit à éviter ces situations

Type	Description
Trouble anxieux dû à un problème de santé	Maladies chroniques
Trouble d'anxiété causé par des substance ou des médicaments	Souvent le résultat de l'arrêt de certaines substances (alcool, benzodiazépines)
Trouble obsessionnel-compulsif	<p>Les obsessions sont des pensées, des impulsions ou des images récurrentes et persistantes qui causent des contraintes</p> <p>Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, donner des ordres, vérifier) ou des gestes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots en silence) que la personne se sent poussée à faire en raison d'une obsession</p>

Signes et symptômes

- Activation sympathique du système en raison d'une excitation accrue
- Hyperventilation
- Peur ou inquiétude excessive à propos d'événements réels ou imaginaires
- Impuissance

Signes et symptômes

- Palpitations
- Transpiration
- Tremblements
- Essoufflement
- Sentiments d'étouffement
- Douleurs à la poitrine
- Nausées
- Détresse abdominale
- Paresthésies
- Frissons ou bouffées de chaleur
- Vertiges
- Peur de perdre le contrôle
- Étourdissements

- Thérapie cognitivo-comportementale
- Minimiser les stimulants (caféine)
- La consommation d'alcool devrait être minime ; il ne devrait pas être utilisé pour contrôler l'anxiété
- Exercice minimum 3x/semaine
- Bonne hygiène de sommeil et sommeil suffisant
- Médicaments

- Pharmacothérapie
 - Traitement à court terme
 - Benzodiazépines (lorazépam, clonazépam)
 - Buspirone
 - Traitement à long terme
 - Antidépresseurs
 - Habituellement plus efficace pour traiter l’anxiété que la dépression

Trouble de stress aigu

Trouble de stress post-traumatique

- La pertinence de considérer le TSA comme un trouble distinct de l'ESPT a été remise en question depuis le début et a généré la discussion
- La principale différence est que le TSA ne dure qu'entre deux jours et quatre semaines
- Littérature abondante sur l'ESPT, et rare sur le TSA
- Malgré ce qui se dit dans de nombreux rapports et médias, seulement une minorité de personnes vivant des événements stressants développent les signes et symptômes de ces troubles
 - Prévalence moins élevée chez les militaires que chez les civils

PTSD Checklist – Civilian Version (PCL-C)

Client's Name: _____

Instruction to patient: Below is a list of problems and complaints that veterans sometimes have in response to stressful life experiences. Please read each one carefully, put an "X" in the box to indicate how much you have been bothered by that problem in the last month.

No.	Response	Not at all (1)	A little bit (2)	Moderately (3)	Quite a bit (4)	Extremely (5)
1.	Repeated, disturbing memories, thoughts, or images of a stressful experience from the past?					
2.	Repeated, disturbing dreams of a stressful experience from the past?					
3.	Suddenly acting or feeling as if a stressful experience were happening again (as if you were reliving it)?					
4.	Feeling very upset when something reminded you of a stressful experience from the past?					
5.	Having physical reactions (e.g., heart pounding, trouble breathing, or sweating) when something reminded you of a stressful experience from the past?					
6.	Avoid thinking about or talking about a stressful experience from the past or avoid having feelings related to it?					
7.	Avoid activities or situations because they remind you of a stressful experience from the past?					
8.	Trouble remembering important parts of a stressful experience from the past?					
9.	Loss of interest in things that you used to enjoy?					
10.	Feeling distant or cut off from other people?					
11.	Feeling emotionally numb or being unable to have loving feelings for those close to you?					
12.	Feeling as if your future will somehow be cut short?					
13.	Trouble falling or staying asleep?					
14.	Feeling irritable or having angry outbursts?					
15.	Having difficulty concentrating?					
16.	Being "super alert" or watchful on guard?					
17.	Feeling jumpy or easily startled?					

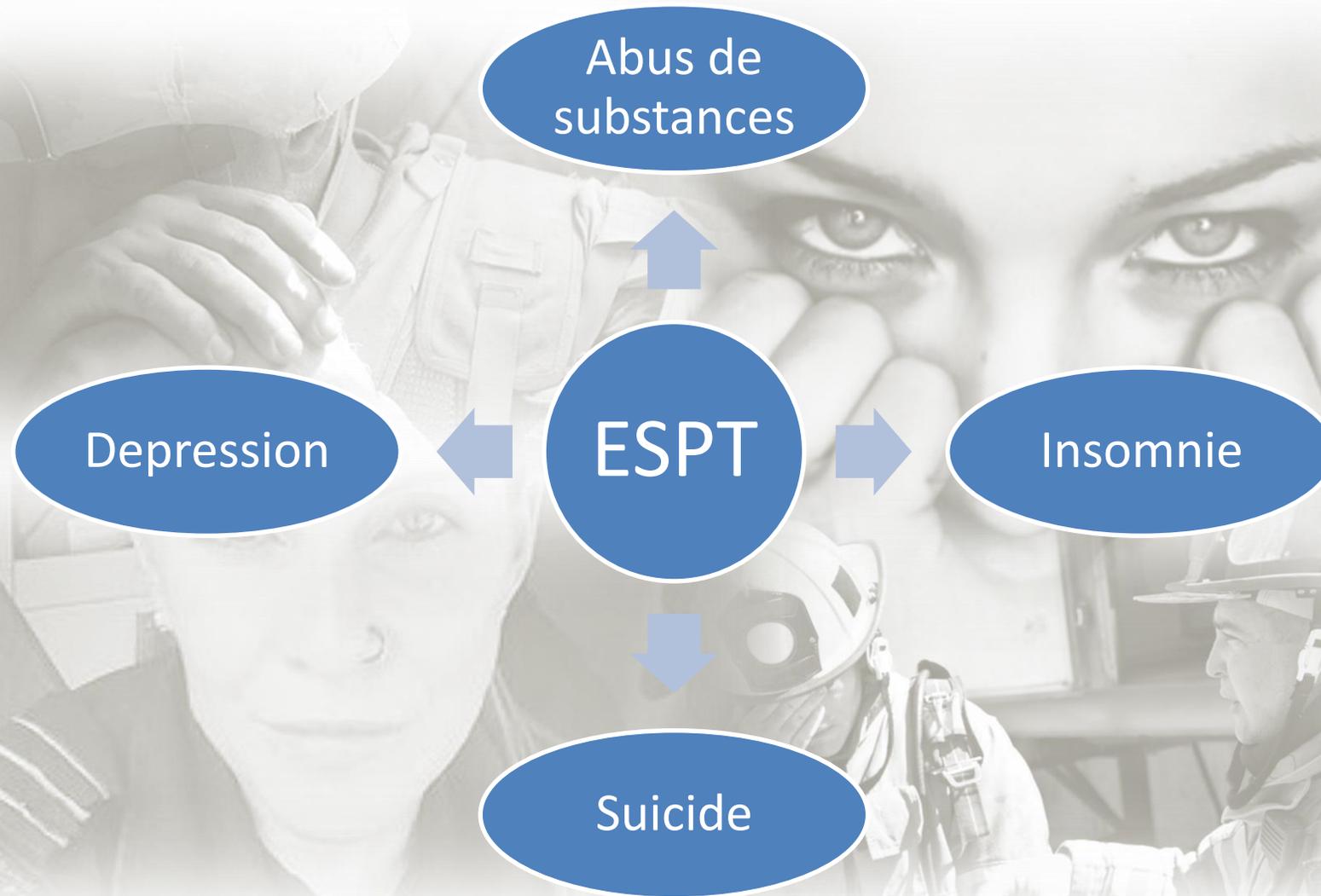
Table 1. Suggested PCL cut-point scores

Estimated Prevalence of PTSD	Typical Setting	Suggested PCL Cut-Point Scores
15% or Below	e.g. civilian primary care, Department of Defense screening, or general population samples	30-35
16-39%	e.g. specialized medical clinics (such as TBI or pain) or VA primary care	36-44
40% or Above	e.g. VA or civilian specialty mental health clinics	45-50

Note. These recommendations are general and approximate, and are not intended to be used for legal or policy purposes. Research is needed to establish optimal cut-point scores for a specific application.

- Nous savons maintenant que le « traumatisme dû au bombardement » et les autres termes utilisés pour décrire le phénomène du champ de bataille décrivent l'ESPT; le terme a commencé à être utilisé dans les années 1980
- Facteurs de risque
 - Antécédents de traumatisme (p. ex. abus sexuel au cours de l'enfance)
 - Antécédents familiaux de troubles de l'anxiété
 - Femme

- Selon le DSM-V, quatre groupes de symptômes diagnostiques apparaissant après un stressueur
 - Revivre un événement
 - Évitement
 - Cognition et humeur négatives
 - Éveil



- Nous ne traitons pas les souvenirs, mais les symptômes
- En majorité développé à partir du traitement contre l'anxiété
 - Malheureusement, au tout début du traitement de l'ESPT
- Cauchemars
 - Insomnie prise en charge de la même façon que dans la population générale
 - Utilisation de médicaments pour l'hyperplasie bénigne de la prostate pour traiter les cauchemars
- Antidépresseurs
- Benzodiazépines
 - Utilisation habituellement déconseillée
 - Taux plus élevés de récurrence de l'ESPT avec une utilisation prolongée

- Approche sans jugement
- Montrer au patient qui fait de l'hyperventilation comment bien respirer
- Réconfort
- Un traitement aigu de benzodiazépine administrée par voie parentérale par les SMU ne devrait être nécessaire que chez une très petite minorité de patients qui ne réagissent pas aux moyens de communication et qui deviennent une menace pour eux-mêmes ou les autres
- Savoir où se trouvent des ressources supplémentaires et prévoir les utiliser dans les situations difficiles
 - Police, fournisseur de soins avancés

Troubles psychiatriques et comportementaux

DÉPRESSION

- La dépression majeure est responsable d'environ 50 % des suicides, et 15 % des patients souffrant de dépression finissent par mourir par suicide
- Pour chaque suicide réussi, de 18 à 20 tentatives sont effectuées
 - Préjugé lié au besoin d'attirer l'attention
- Le trouble dépressif majeur est environ deux à trois fois plus courant chez les adolescentes et les femmes adultes que chez les adolescents et les hommes adultes
 - Chez les enfants prépubertaires, les garçons et les filles sont touchés de manière égale
 - Les taux de dépression chez les femmes et les hommes sont les plus élevés dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans

- La diminution du cortex préfrontal, surtout le gauche, de la circulation sanguine et du métabolisme chez les patients bipolaires sont les constatations les plus couramment répétées
- Trouble multifactoriel
 - Social
 - Biologique
 - Environnemental
 - Génétique



- *Critères de diagnostic du DSM-IV-TR*
 - Humeur dépressive fréquente et constante signalée par le patient ou observée par les autres, pendant au moins deux ans
 - Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins un an
 - Présence, pendant l'état dépressif, de deux ou plus des symptômes suivants :
 - Diminution de l'appétit ou suralimentation
 - Insomnie ou hypersomnie
 - Faible énergie ou fatigue
 - Faible estime de soi
 - Manque de concentration ou difficulté à prendre des décisions
 - Sentiment de désespoir

- Trouble dépressif majeur
 - Avec caractéristiques mélancoliques
 - Anhédonie – perte de plaisir
 - Avec caractéristiques atypiques
 - Comprend la réactivité de l’humeur (c’est-à-dire une humeur qui s’améliore en réponse à un événement positif) et deux ou plus des symptômes suivants :
 1. Important gain de poids ou augmentation de l’appétit
 2. Hypersomnie
 3. Engourdissement des membres (p. ex. sensation de lourdeur dans les bras et les jambes)
 4. Tendance de longue date à être sensible au rejet personnel réel ou perçu
 - Caractéristiques psychotiques
 - Post-partum
 - Trouble affectif saisonnier
 - Trouble dysthymique
 - Forme chronique de maladie dépressive moins grave pouvant être associée à une invalidité importante, et qui risque plus que la dépression majeure de ne pas être diagnostiquée

Symptômes de depression(SADIFACES)

- Sommeil
- Appétit
- Humeur dépressive
- Intérêt (manque de)
- Fatigue
- Anxiété
- Concentration
- Estime de soi
- Suicide



Gestion

- Évaluer si le patient est un danger pour lui-même
- Évaluer si le patient s'est tourné vers la toxicomanie
- Évaluer les soutiens sociaux
- Famille, amis
- Emploi
- Soyez au courant des soutiens sociaux dans votre communauté
- Interagir avec les travailleurs sociaux des hôpitaux
- Gestion à l'extérieur de l'hôpital
- Antidépresseurs

- Problème de santé mettant la vie en danger
 - Médicaments sérotoninergiques (antipsychotiques, antidépresseurs)
 - Médicament unique ou, plus couramment, combinaison de médicaments qui augmentent la neurotransmission centrale de la sérotonine
 - De 2 à 24 heures après la dose
- Les nombreux effets cognitifs, autonomes et neuromusculaires sont des effets secondaires classiques
 - Fièvre, état mental altéré, myoclonie
 - La cause de décès la plus fréquente est l'hyperthermie
- Environ 25 % des patients requièrent une intubation endotrachéale et un soutien par ventilateur
- Se méfier si un patient qui prend des médicaments sérotoninergiques augmente la dose ou prend divers médicaments sérotoninergiques



Léger

- Mydriase
- Frissons
- Transpiration
- Tachycardie (légère)



Modérée

- État mental altéré
 - agitation, désorientation, excitation
- Hyperactivité autonome
 - rigidité, tachycardie, hyperthermie de $> 40\text{ °C}$
- Anomalies neuromusculaire
 - Tremblement, clonus, hyperréflexie

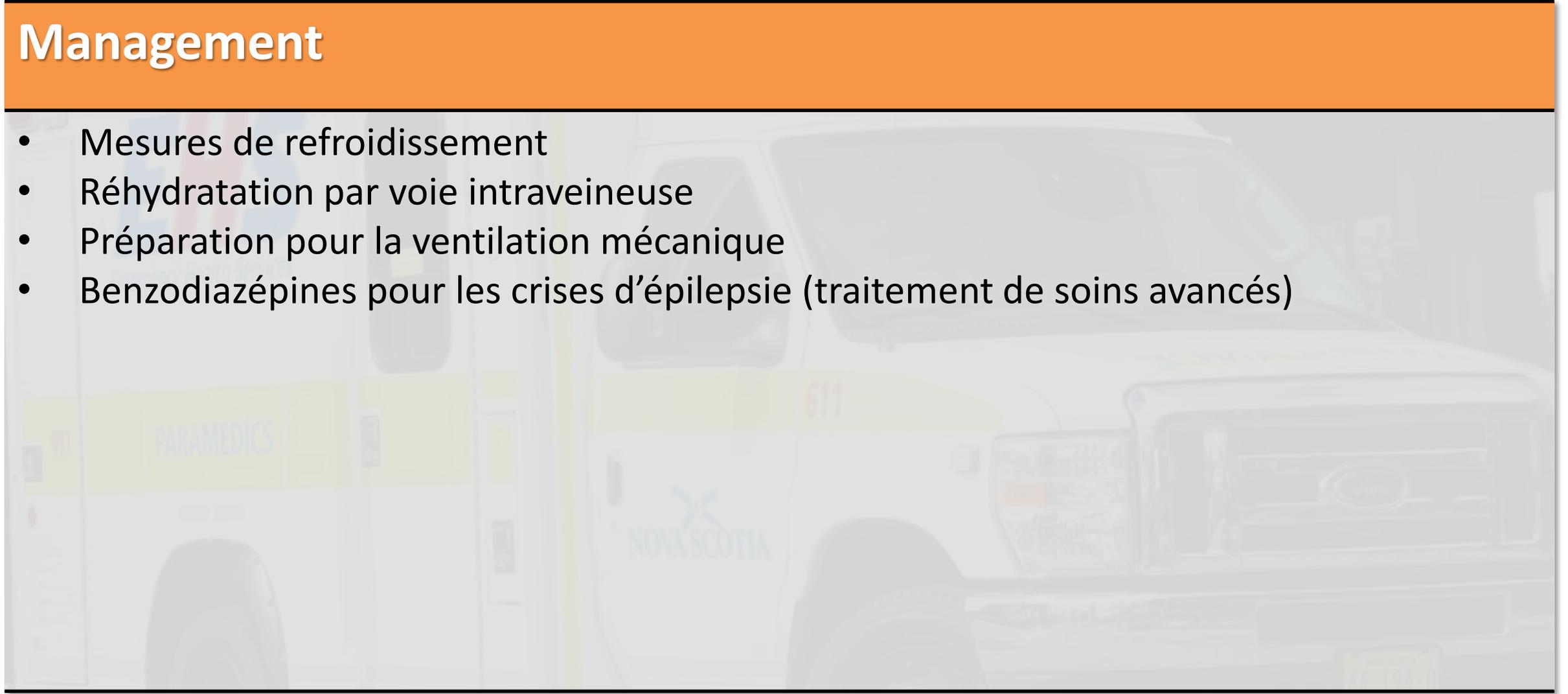


Danger de mort

- Délire
- Hypertension
- Hyperthermie
- Rigidité musculaire
- Tachycardie

Management

- Mesures de refroidissement
- Réhydratation par voie intraveineuse
- Préparation pour la ventilation mécanique
- Benzodiazépines pour les crises d'épilepsie (traitement de soins avancés)



Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLE BIPOLAIRE



- Selon une importante étude de cohorte, il existe un risque plus élevé de suicide chez les hommes lorsqu'ils sont bipolaires que lorsqu'ils souffrent de tout autre trouble psychiatrique; chez les femmes, le trouble bipolaire se classe en deuxième
- Médicaments qui peuvent précipiter la manie
 - Antidépresseurs, corticostéroïdes, stéroïdes anabolisants, isoniazide, lévodopa, caféine et autres stimulants en vente libre
- La plupart du temps, les gens sont d'humeur euthymique
- La principale maladie concomitante est la maladie cardiovasculaire
- 70 % des gens sont mal diagnostiqués au départ
 - Dépression
 - Il peut falloir huit ans avant un diagnostic

- Type I
 - Requiert un épisode maniaque pour qu'un diagnostic puisse être établi
- Type II
 - Requiert un ou plusieurs épisodes dépressifs et un épisode hypomaniaque
- Cyclothymie
 - Humeurs cycliques qui ne répondent pas aux critères de dépression ou de manie
- Épisode maniaque ou hypomaniaque avec caractéristiques mixtes
 - Critères respectés *durant la même période* pour l'épisode hypomaniaque ou maniaque, avec au moins trois caractéristiques d'un épisode dépressif

Critères du DSM-IV pour la manie :

- Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire)

Exemples de symptômes maniaques :

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Réduction du besoin de sommeil (p. ex., la personne se sent reposée après seulement trois heures de sommeil)
- Plus loquace que d'habitude ou désir de parler constamment
- Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
- Distractivité (l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)
- Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
- Engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

- Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale, persistante ou irritable, pendant au moins quatre jours consécutifs
- Mêmes symptômes que pour la manie, mais plus faibles et **non invalidants**; *aucun* symptôme psychotique.

- Psychoéducation
 - Aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale
- Nombreux médicaments utilisés pour traiter la bipolarité
 - Antiépileptiques, lithium, anxiolytiques, antipsychotiques
- Les médicaments peuvent nécessiter vos services
 - Réactions indésirables nombreuses
 - Médicaments ayant un indice thérapeutique étroit

- Niveaux de lithium
 - Manie aiguë : 0,8-1,2 mmol
 - Maintien : 0,6-1,0 mmol
 - 1,5-2,0 mmol/L
 - Somnolence, ataxie, trouble de l'élocution, hypertonicité, tremblements
 - > 2,0 mmol/L
 - Arythmies, baisse de la fréquence cardiaque, crise d'épilepsie, coma, décès

- Syndrome de Stevens-Johnson/érythrodermie bulleuse avec épidermolyse (SJS/EBE)
 - Réaction auto-immune
- Les causes sont souvent des médicaments antiépileptiques comme la phénytoïne, la lamotrigine et la carbamazépine
- Ressent habituellement un malaise/ne se sent pas bien avant la réaction dermatologique, est fébrile
- Vésications cutanées importantes et dégradation de la barrière cutanée
 - Macules rougeâtres ou purpuriques sur le tronc et les bras

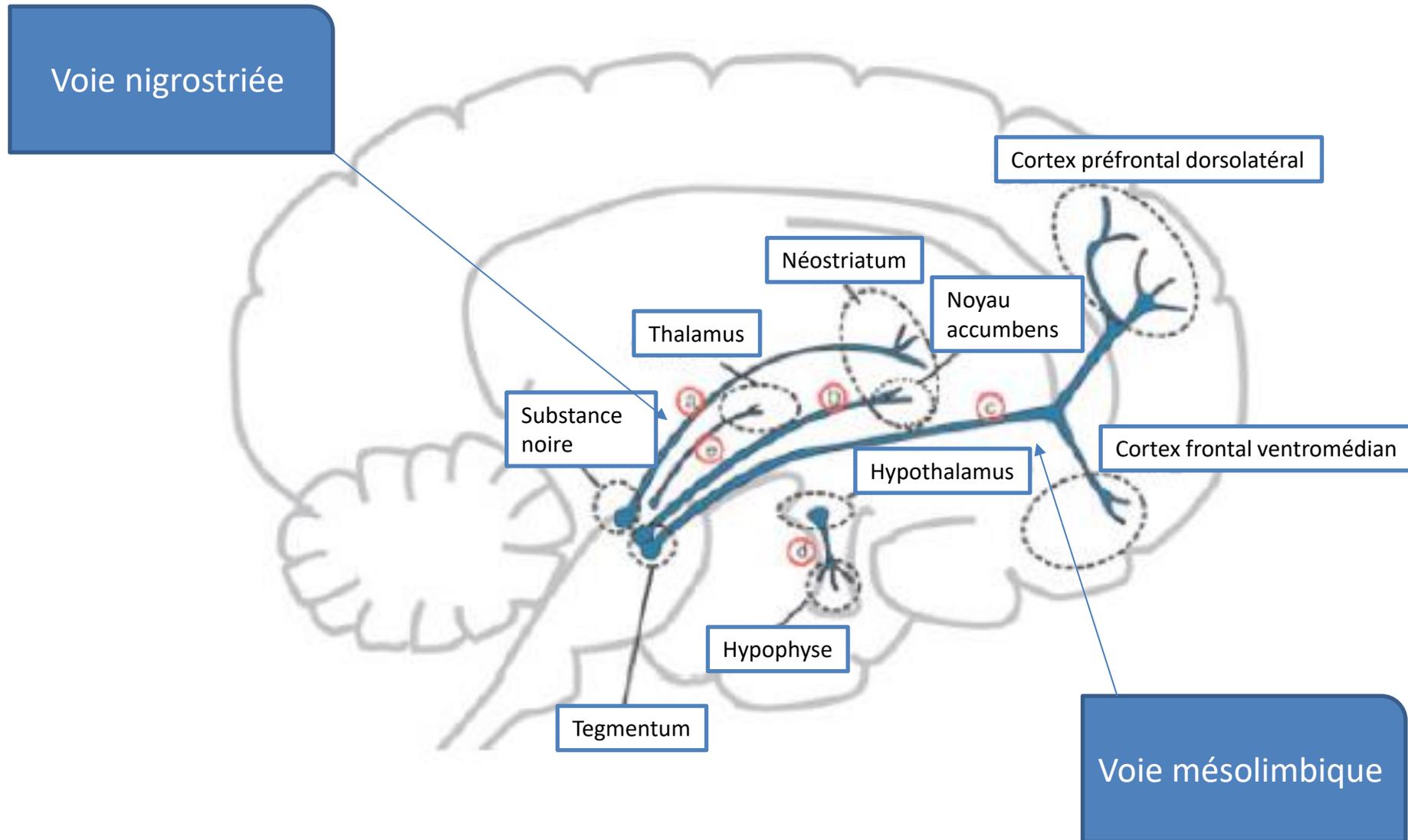


- Syndrome de Stevens-Johnson
 - Taux de mortalité de 10 %
- Érythrodermie bulleuse avec épidermolyse
 - Taux de mortalité de 30 %
- Observés également chez les patients prennent des AINS, de l'allopurinol
- Prise en charge
 - Unité des grands brûlés
 - Appliquer des pansements non adhésifs sur la peau
 - Associés à une perte de liquide importante découlant de l'érosion, qui cause une hypovolémie et un déséquilibre électrolytique
- Aucun traitement efficace éprouvé
 - Des immunosuppresseurs peuvent être donnés à l'hôpital
 - Controversés

Troubles psychiatriques et comportementaux

SCHIZOPHRÉNIE

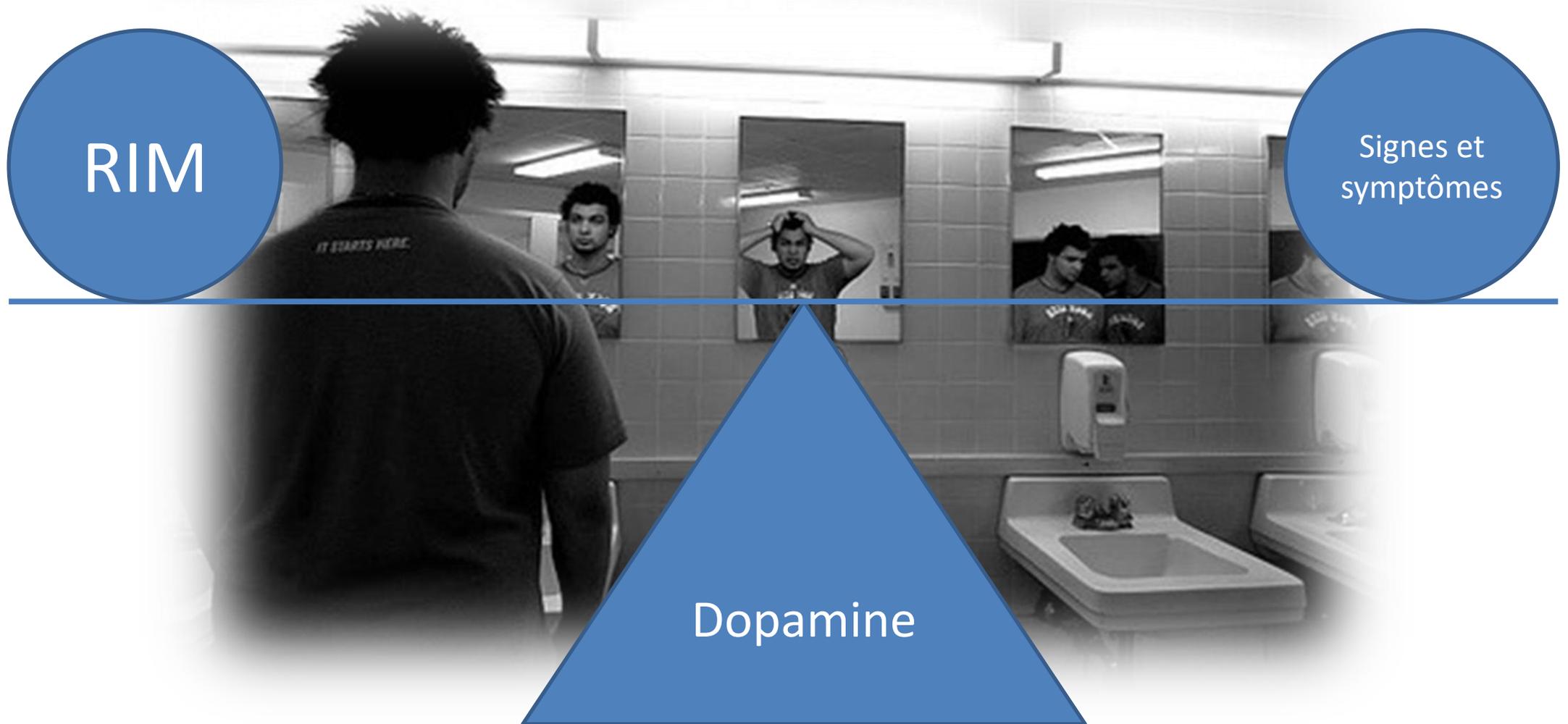
- Traditionnellement, l'hypothèse du rôle de la dopamine constituait le fil conducteur
- Nouvelle hypothèse
 - Hypothèse de la sérotonine
 - Hypothèse du glutamate
- Le résultat structurel le plus constant observé par la tomographie informatisée et l'IRM sont les ventricules hypertrophiés



RIM

Signes et
symptômes

Dopamine



- Il est bien connu que le risque de schizophrénie est augmenté si un membre de la famille en souffre
 - Mécanisme exact inconnu
- Le début du trouble est très variable
- Le trouble apparaît souvent graduellement et comprend une phase prodromique de durée variée avant le premier épisode psychotique
- À un moment dans leur vie, 50 % des patients tentent de se suicider
- La moitié des patients connaissent mal la maladie
- La mortalité précoce est deux fois plus fréquente que dans la population générale

- Deux symptômes (ou plus) parmi les suivants, chacun étant présent une grande partie du temps sur une période d'un mois (ou moins si traité avec succès). Au moins un symptôme doit être 1, 2 ou 3 :
 1. Illusions
 2. Hallucinations
 3. Discours désorganisé (p. ex. déraillement fréquent ou incohérence fréquente)
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 5. Symptômes négatifs (p. ex. expression émotionnelle diminuée ou avolition)

- Période non interrompue de maladie durant laquelle des symptômes de schizophrénie et de trouble de l'humeur se manifestent en même temps; durant la maladie, ≥ 2 semaines de délire ou d'hallucinations sans épisode majeur de trouble de l'humeur; un trouble de l'humeur majeur est présent pendant $> 50\%$ de la durée totale de la maladie
- Épisode de trouble dépressif majeur fréquent avec symptômes psychotiques concomitants congruents à l'humeur (cas le plus courant) ou non congruents à l'humeur (dépression majeure avec caractéristiques psychotiques)

Symptômes négatifs	Symptômes positifs
Alogie	Hallucinations
Indifférence affective	Délires
Anhédonie	Discours incohérent
Avolition	Comportement catatonique
Comportement asocial	Comportement désorganisé

Les symptômes négatifs touchent 20 % des patients

Les symptômes positifs sont beaucoup plus difficiles à traiter

- Antipsychotique
- Benzodiazépine
- Anticholinergiques, bêtabloquants
 - Utilisés pour traiter les symptômes de parkinsonisme chez les patients qui prennent des antipsychotiques

- Conjointement avec les principes d'évaluation mentionnés plus tôt
 - Déterminer l'observance thérapeutique
 - Prendre les plaintes médicales au sérieux
 - Si le patient souffre de douleurs thoraciques ischémiques, traiter le patient comme tout autre
 - Déterminer si les réactions indésirables aux médicaments pourraient être la cause du problème

75 % des patients cessent de
prendre les médicaments après
deux ans

Réaction indésirable à un médicament (RIM)

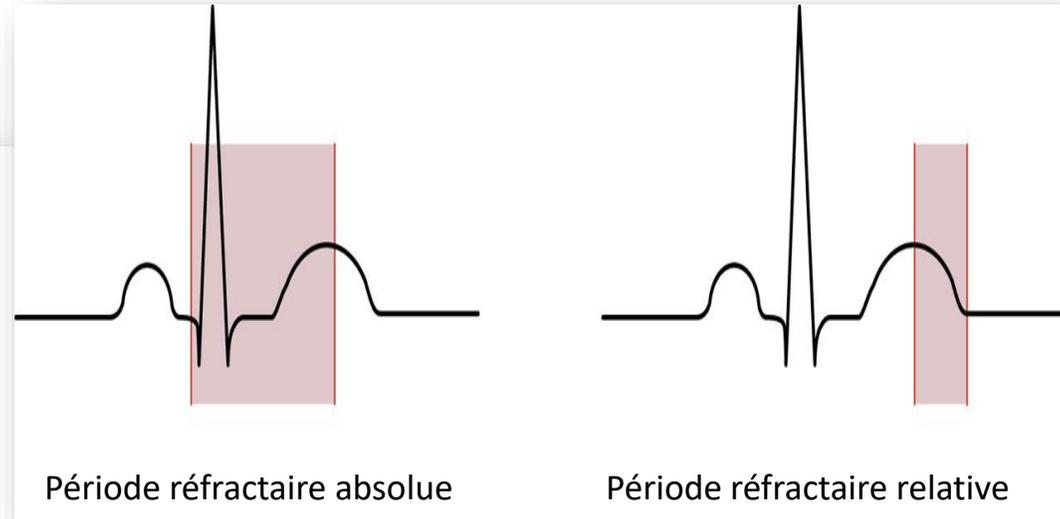
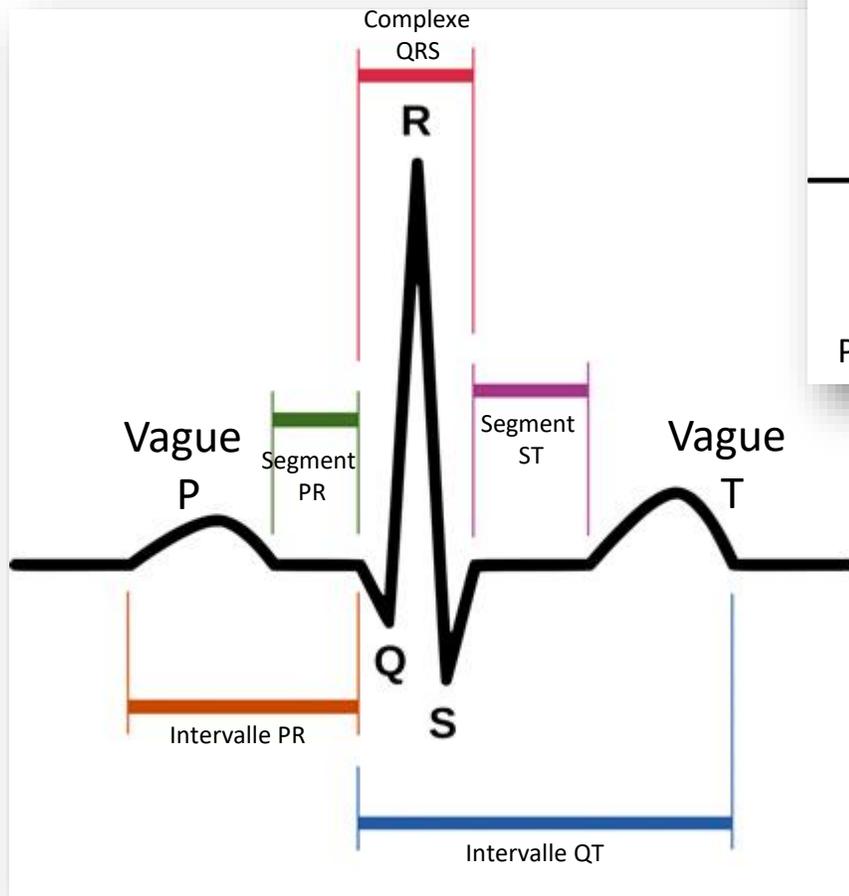
- Il est difficile de concevoir des médicaments qui répondent à tout ce que nous voulons qu'ils fassent
- Les médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie visent plusieurs récepteurs dans le corps et peuvent avoir des effets indésirables

Blocage des récepteurs	
Alpha	Hypotension, dysfonction sexuelle
Histamine	Sédation, prise de poids
Cholinergiques	Ceci peut causer des effets secondaires indésirables comme la bouche sèche, la vision trouble, la constipation et l'atténuation des fonctions cognitives

L'interruption soudaine est inquiétante

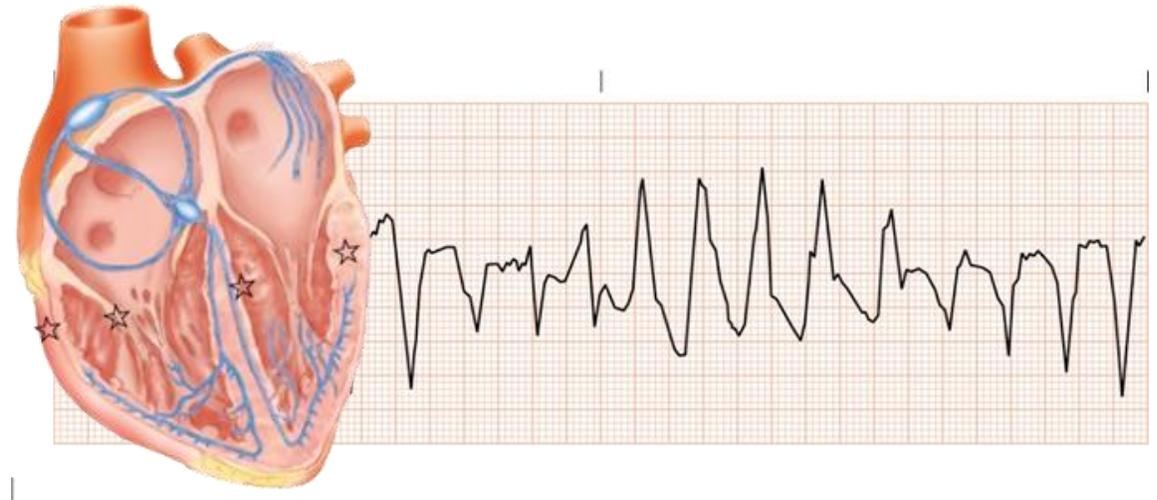
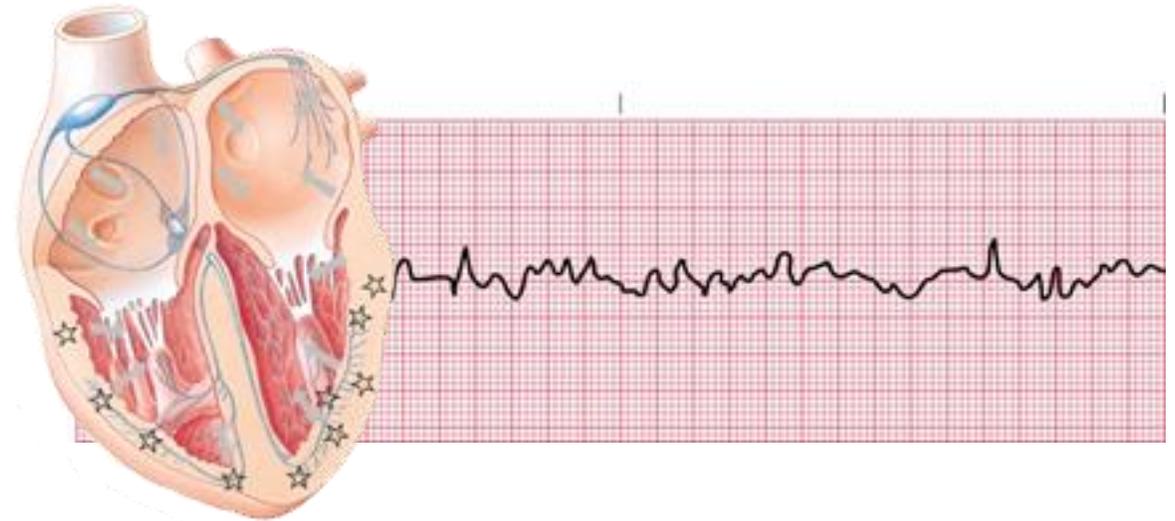
- Traitement antipsychotique
 - Neutropénie
 - Syndrome du QT long
 - Syndrome malin des neuroleptiques
 - Dyskinésie tardive
 - Crises d'épilepsie
 - Traiter selon les lignes directrices normales
 - Syncope
 - Traiter selon les lignes directrices normales

- Grave
 - Nombre de neutrophiles absolu $< 1,5 \times 10^9/L$
 - Leucocytémie $< 2,0 \times 10^9/L$
 - Demander s'ils ont fait vérifier leurs concentrations de médicament ou fait effectuer une formule sanguine complète
- Souvent associée à la clozapine
 - La clozapine est souvent prescrite pour la schizophrénie réfractaire
 - Efficacité accrue avec les symptômes négatifs
- Déterminer si la neutropénie est fébrile ou s'il y a d'autres signes d'infection
- Nécessite une évaluation d'urgence!



- Le médicament ne doit pas faire augmenter l'intervalle QTc de plus de 30 ms
- Une hausse provoquée par les médicaments de plus que 60 ms peut causer des torsades de pointes et la mort subite par arrêt cardiaque
- Défini comme ≥ 470 ms chez les hommes et ≥ 480 ms chez les femmes
 - Énoncé scientifique de l'American Heart Association et de l'American College of Cardiology Foundation
- Pour les hommes et les femmes, un intervalle QTc >500 min est considéré comme extrêmement anormal

- Signes et symptômes
 - Syncope imminente
 - Syncope
 - Torsades de pointes
 - Mort cardiaque subite



- N'EST PAS ATTRIBUABLE À UNE SURDOSE
- Événement hypodopaminergique idiosyncrasique
- Plus courant au début de la thérapie neuroleptique ou à l'ajustement posologique; la concentration sérique des médicaments est normale lorsque cela se produit
- Caractérisé par la tétrade suivante : de la fièvre, un spasme musculaire (deux principaux critères), une dysfonction autonome, et un état mental altéré (y compris la léthargie, l'agitation, le mutisme ou le coma)
- La majorité des cas se manifestent durant le premier mois après le début d'un traitement avec un antagoniste dopaminergique

- Urgence qui met la vie en danger
 - La plupart des décès sont causés par un spasme musculaire
- Soins de soutien
 - Réduction de la température
 - Acétaminophène non efficace
 - Le dantrolène est utilisé dans les hôpitaux
 - La sédation peut être nécessaire
 - Pour réduire l'activité sympathique et l'agitation, provoquer la relaxation musculaire
 - Benzodiazépines/dantrolène

- Trouble involontaire du mouvement causé par l'utilisation de médicaments bloquant la dopamine
 - Pas seulement les antipsychotiques
 - Utilisation prolongée de métoclopramide
- Plus courante avec les antipsychotiques de première génération qu'avec ceux de la deuxième génération (discutable)
 - Plus l'antagoniste dopaminergique est puissant, plus le risque est grand
 - Dose élevée; les femmes et les aînés sont plus à risque
- Soyez conscient des mouvements anormaux
 - Tremblements, chorée, athétose, dystonie
- Si possible, cesser d'utiliser l'agent en cause ou le remplacer par un agent moins dopaminergique
 - Si les symptômes du patient sont bien pris en charge avec le médicament ou s'ils étaient précédemment réfractaires, les risques par rapport aux avantages deviennent difficiles à évaluer
- Peut être irréversible

- Apporter son soutien sans jugements
- Réduire la stimulation
- Permettre au patient d'exprimer ses sentiments verbalement
- Se sentir fier de pouvoir communiquer efficacement avec cette population de patients
 - Établir un « contrat » avec le patient
 - Comment aborder la situation en équipe
 - » Avec des limites bien définies
- Ne pas renforcer les hallucinations
 - Il faut comprendre que le patient les considère comme réelles
- Parler ouvertement et honnêtement
- Être à l'affût des comportements agressifs
 - La sécurité est importante

Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLES ALIMENTAIRES

- Plus répandues dans les pays industrialisés
 - Pas de pénurie de nourriture
 - Le physique est perçu comme mince et musclé
- L'appétit et le désir de manger sont souvent maintenus
- L'estime de soi des patients souffrant d'anorexie mentale repose sur la perception de la silhouette parfaite et du poids idéal
- Encourager l'autosurveillance de la consommation au moyen d'un journal alimentaire

- Critères du DSM-V
 1. Refus de maintenir un poids corporel normal ou plus élevé
 2. Peur d'être en surpoids, même si la personne a un poids très insuffisant
 3. Incapable de percevoir son propre poids et son propre aspect physique; la personne croit être en surpoids
 4. Chez les femmes
 - Absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs

- Êtes à l'affût des signes de sous-alimentation flagrante
 - Émaciation
 - Hypotension importante, souvent orthostatique
 - Bradycardie
 - Hypothermie
 - Peau sèche et squameuse
 - Lanugo, ou présence de duvet sur le tronc ou les extrémités
 - Érosion de l'émail dentaire
 - Aménorrhée
- La prise de poids est considérée comme un échec et la perte de poids, comme une réussite
- Les patients sont souvent inconscients des enjeux médicaux graves de la maladie ou les nient

- Traitement
 - Les patients cherchent rarement par eux-mêmes à se faire traiter
 - Les encourager et leur fournir des renseignements sur les traitements offerts dans votre collectivité
 - L'anorexie non traitée présente un taux de mortalité de 5 sur 1 000; taux **le plus élevé** parmi les troubles psychiatriques
- Approche multimodale
 - Les preuves confirment qu'il n'existe pas de meilleures pratiques
- Utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale
 - Aucun médicament pour aider à manger ou à prendre du poids
- Se reporter à un diététiste pour fixer des objectifs et établir les meilleures façons de les atteindre

- Critères du DSM-V :
 - Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée
 - Comportement compensatoire inapproprié et récurrent pour éviter de prendre du poids, p. ex. :
 - Vomissements provoqués
 - Mauvaise utilisation des laxatifs
 - Diurétiques, lavements
 - Ou autres médicaments
 - Jeûne
 - Exercices excessifs
 - Les deux comportements se produisent, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois
 - L'autoévaluation est influencée plus que de raison par la forme et le poids corporels
 - Ce trouble ne survient pas exclusivement durant des épisodes d'anorexie mentale

- Apparence de l'écureuil
 - Hypertrophie des glandes salivaires
- Signe de Russell
 - Abrasions, durillons ou cicatrices sur le dos de la main utilisée pour provoquer le vomissement

- Le vomissement cause une perte d'acide chlorhydrique gastrique; les mécanismes compensatoires rénaux causent l'hypokaliémie
- Déchirements œsophagiens et hémorragie
- Déshydratation
- L'hypomagnésémie est souvent observée dans les cas de boulimie avec vomissements provoqués
 - Risque de torsades de pointes
- L'abus de laxatif associé peut causer une diarrhée grave, entraînant une acidose métabolique
 - Fatigue musculaire et malaise général
 - Changements dans l'ECG (allongement de l'intervalle QT)

- Les antidépresseurs se sont avérés efficaces même sans dépression concomitante
- Psychothérapie de groupe
- Les patients qui montrent un déséquilibre électrolytique important, qui souffrent de dépression avec des idées de suicide, ou qui n'ont pas eu de résultat avec la prise en charge en tant que patients non hospitalisés doivent être recommandés pour des programmes de traitement à l'intention de patients hospitalisés

Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

- Groupe A
 - Personnalité paranoïaque
 - Personnalité schizoïde
 - Personnalité schizotypique
- Groupe B
 - Personnalité antisociale
 - Personnalité limite
 - Personnalité histrionique
 - Personnalité narcissique

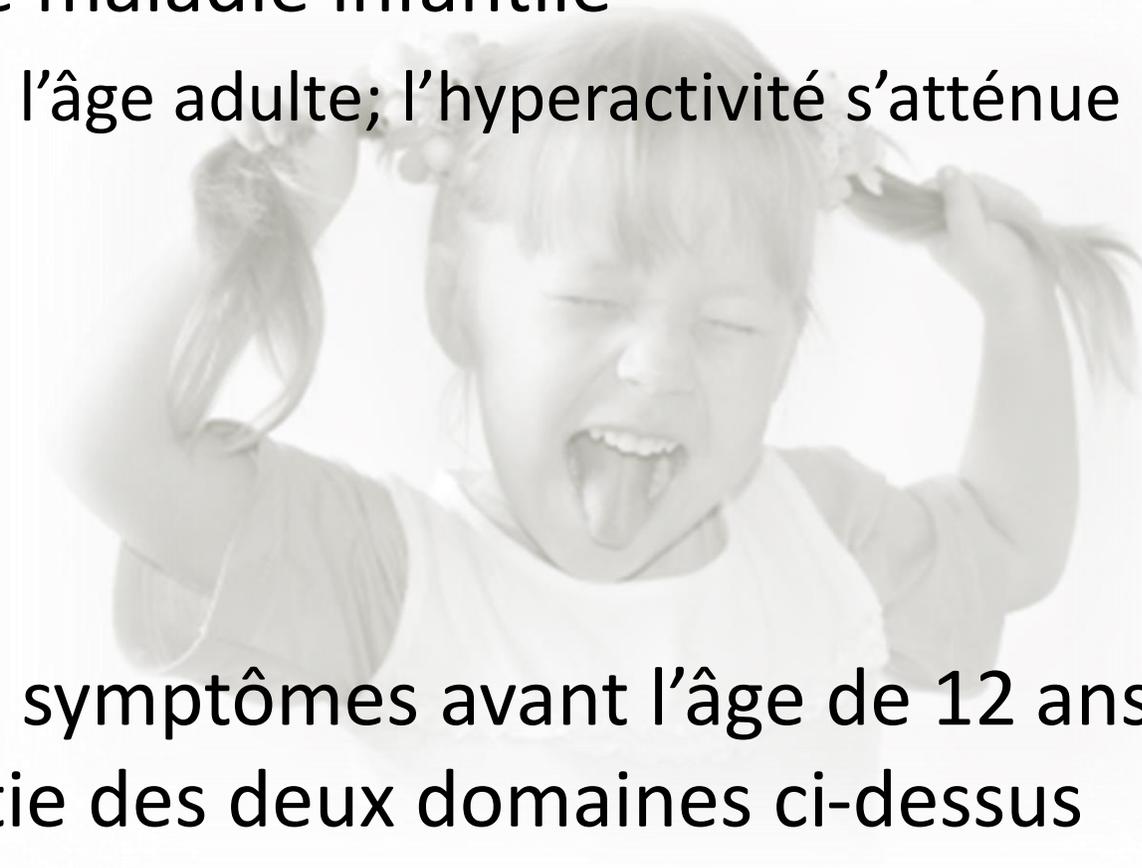
- Groupe C
 - Personnalité évitante
 - Personnalité dépendante
 - Trouble obsessionnel-compulsif
- Évaluation
 - MMPI-2
 - Le MMPI-2 est un test empirique de l'évaluation de la personnalité
 - NEO-PI ou modèle de personnalité à cinq facteurs

- La cause du trouble n'est pas entièrement comprise
- Diagnostic fait seulement chez les personnes de plus de 18 ans
- Manque de conformité aux normes et aux lois de la société
- Le patient utilise les mensonges ou autres tromperies pour des gains personnels
- Impulsivité et irresponsabilité
- Éprouve peu de remords pour son comportement
- Le trouble de la personnalité antisociale peut comprendre des traits d'autres troubles de la personnalité
 - Généralement, ceux du trouble de la personnalité narcissique, histrionique ou limite

Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLE D'HYPERACTIVITÉ AVEC DEFICIT DE L'ATTENTION

- N'est pas seulement une maladie infantile
 - 50 % des cas persistent à l'âge adulte; l'hyperactivité s'atténue souvent
- Caractérisé par :
 - Inattention
 - Hyperactivité
 - Impulsivité
- Le patient doit avoir des symptômes avant l'âge de 12 ans, et les symptômes font partie des deux domaines ci-dessus



- Stimulants
 - Méthylphénidate (Ritalin, Concerta, Biphentin)
 - Amphétamines (Dexedrine, Adderall XR, Vyvanse)
- Médicaments non stimulants
 - Atomoxétine (ATX)
 - Antidépresseur

Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLE AUTISTIQUE

- Pathologie sous-jacente toujours un mystère
- Déficience marquée et soutenue dans les interactions sociales
 - Associée à des modèles de communication anormaux et différés avec modèles stéréotypés restreints en matière d'intérêt et de comportement
- Une personne sur cinq peut fonctionner de façon indépendante à l'âge adulte
- Le trouble se manifeste à divers niveaux de gravité, se présente de diverses façons et a différents niveaux de fonctionnement

- Approche
 - Toujours parler aux parents
 - Demander ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire
- Stimulation minimale
 - Peut-être un médicament unique
 - Si possible, permettre une période d'ajustement avant d'évaluer le patient



Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLES SOMATIFORMES

- Trouble de somatisation
 - Antécédents de plaintes physiques multiples
 - Commence avant l'âge de 30 ans, se manifeste sur une période de plusieurs années
 - Déficience importante sur le plan social et professionnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement importants
- Trouble de conversion
 - Imité des symptômes moteurs et sensoriels
 - Pseudoconvulsions, cécité, surdité
- Hypochondrie
 - Préoccupation concernant la peur d'avoir, ou l'idée qu'une personne a, une maladie grave selon l'interprétation erronée des symptômes corporels de la personne
- Trouble de dysmorphie corporelle
 - Préoccupation concernant un défaut imaginé dans l'apparence
- Trouble douloureux

Symptômes physiques sans
cause apparente

Troubles psychiatriques et comportementaux

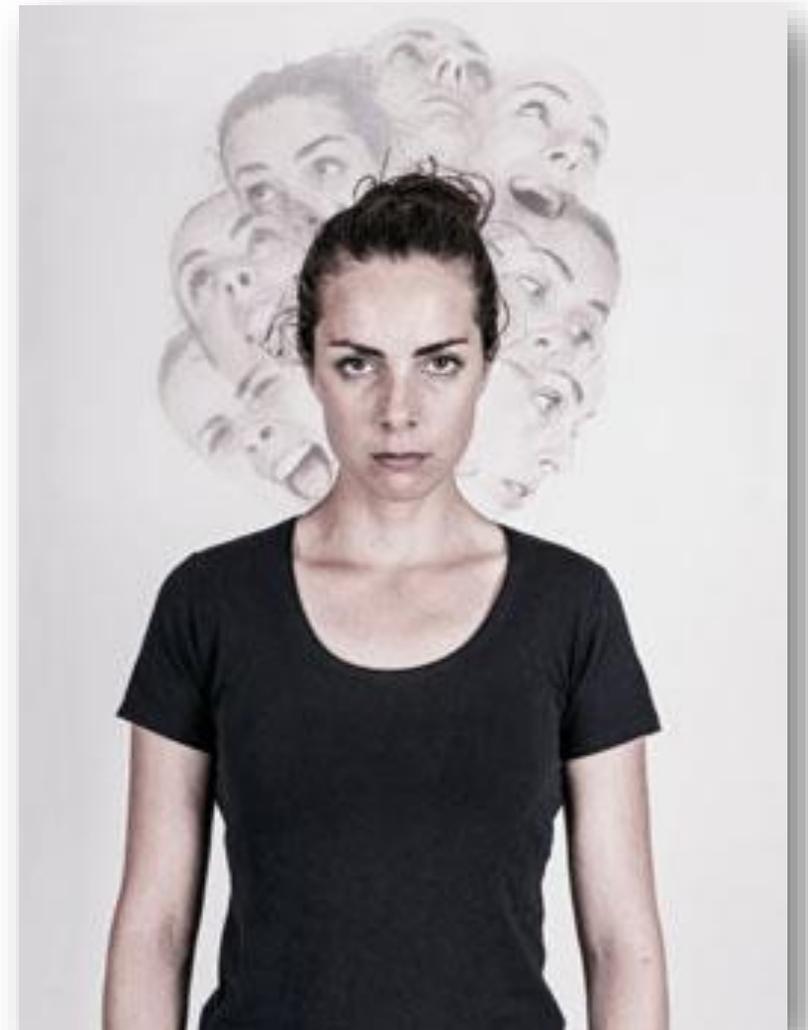
TROUBLES FACTICES

- Trois critères caractérisent ces troubles :
 - Production intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques
 - Motivation du comportement : passer pour malade
 - Incitatifs externes
- Dans les cas graves, les patients subissent de multiples interventions chirurgicales
- Par procuration
 - Le patient provoque la fausse maladie chez une autre personne aux fins de traitement, p. ex. des enfants
 - Considéré comme un abus
- Simulation de maladie
 - Cells calls

Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLES DISSOCIATIFS

- Amnésie psychogène
 - Incapacité à se rappeler
 - Souvenirs dissimulés sous le niveau de conscience
- Les types
 - Amnésie dissociative
 - Fugue dissociative
 - Trouble dissociatif de l'identité
 - Trouble de dépersonnalisation
 - Trouble dissociatif non précisé autrement



- Trouble dissociatif de l'identité
 - Le patient réagit au stress en manifestant deux systèmes de personnalité complets ou plus
 - Très rare
- Dépersonnalisation
 - Essentiellement chez les jeunes adultes
 - Perte de l'image de soi-même
 - « Expérience extracorporelle »
 - Précipité par un stress aigu
- État de fugue
 - Le trouble prédominant est le départ du domicile, ou d'un endroit de travail habituel, soudain et imprévu, avec l'incapacité de se rappeler de son passé

Troubles psychiatriques et comportementaux

TROUBLES DU CONTRÔLE DES IMPULSIONS

- Cleptomanie
- Pyromanie
- Jeu pathologique
- Trichotillomanie
- Trouble explosif intermittent



Troubles psychiatriques et comportementaux

SUICIDE

- Trop fréquent
 - Troisième cause de décès chez les 15-24 ans
 - Taux à la hausse
- Tentatives plus fréquentes chez les femmes
- Réussites plus fréquentes chez les hommes
- Jusqu'à 80 % des patients qui se suicident ont consulté un fournisseur de soins de santé des semaines avant leur décès

Étude de cas introspective



« Ils ne le feront pas »



« Ils ne recherchent que de l'attention »



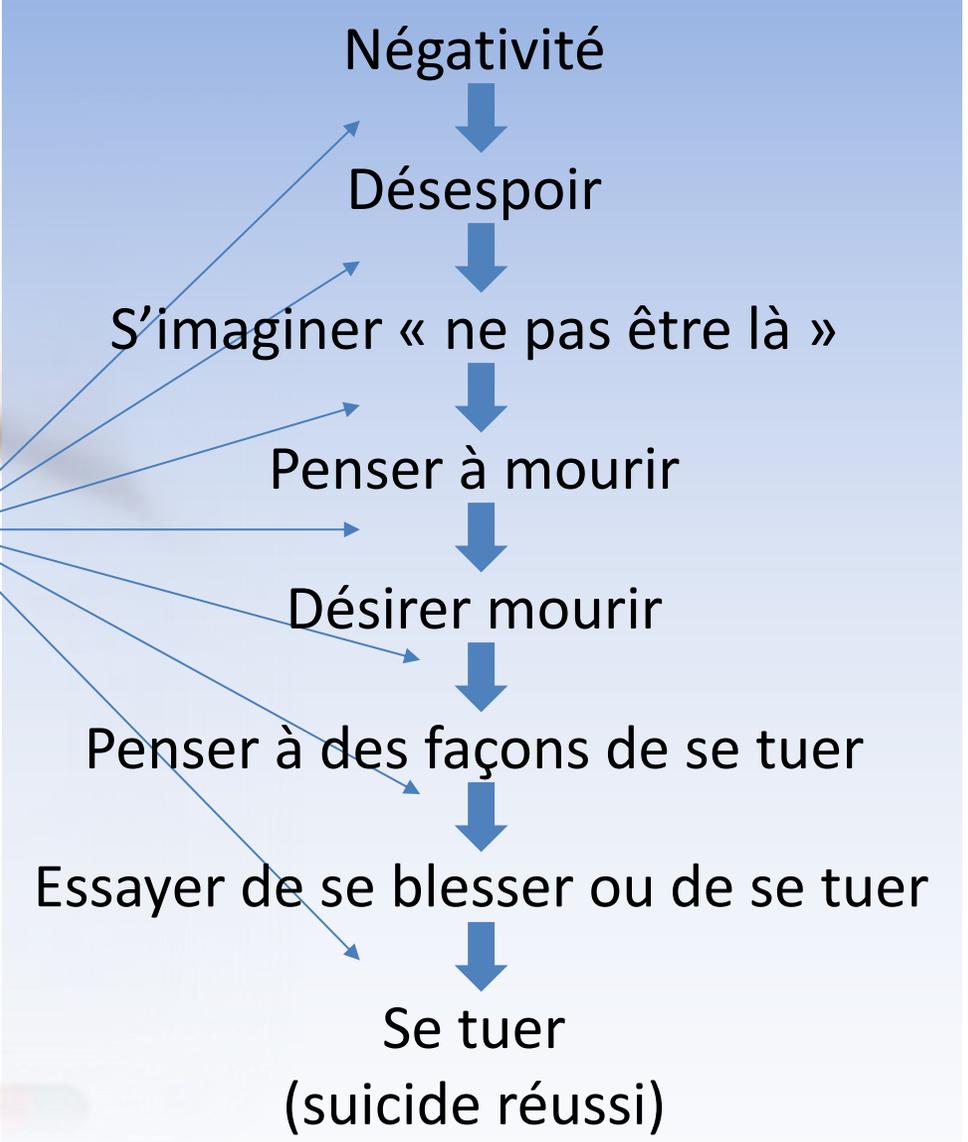
« Nous n'avons tout simplement pas de lit pour garder cette personne »

- Malgré toutes les recherches et les évaluations effectuées sur le suicide, il n'existe pas d'outil de sélection ou d'outil d'évaluation pour pouvoir prédire avec plus de précision si un patient réussira à se suicider
 - NE PAS courir de risques
 - TOUJOURS pécher par excès de prudence

- Facteurs de risque
 - Âge (adolescence)
 - **Antécédents ou tentative précédente**
 - Existence d'un plan
 - Manque de soutien social
 - Situation de famille/séparation récente
 - Récemment séparé/divorcé/veuf
 - Problèmes de santé mentale concomitants

Spectre des tendances suicidaires

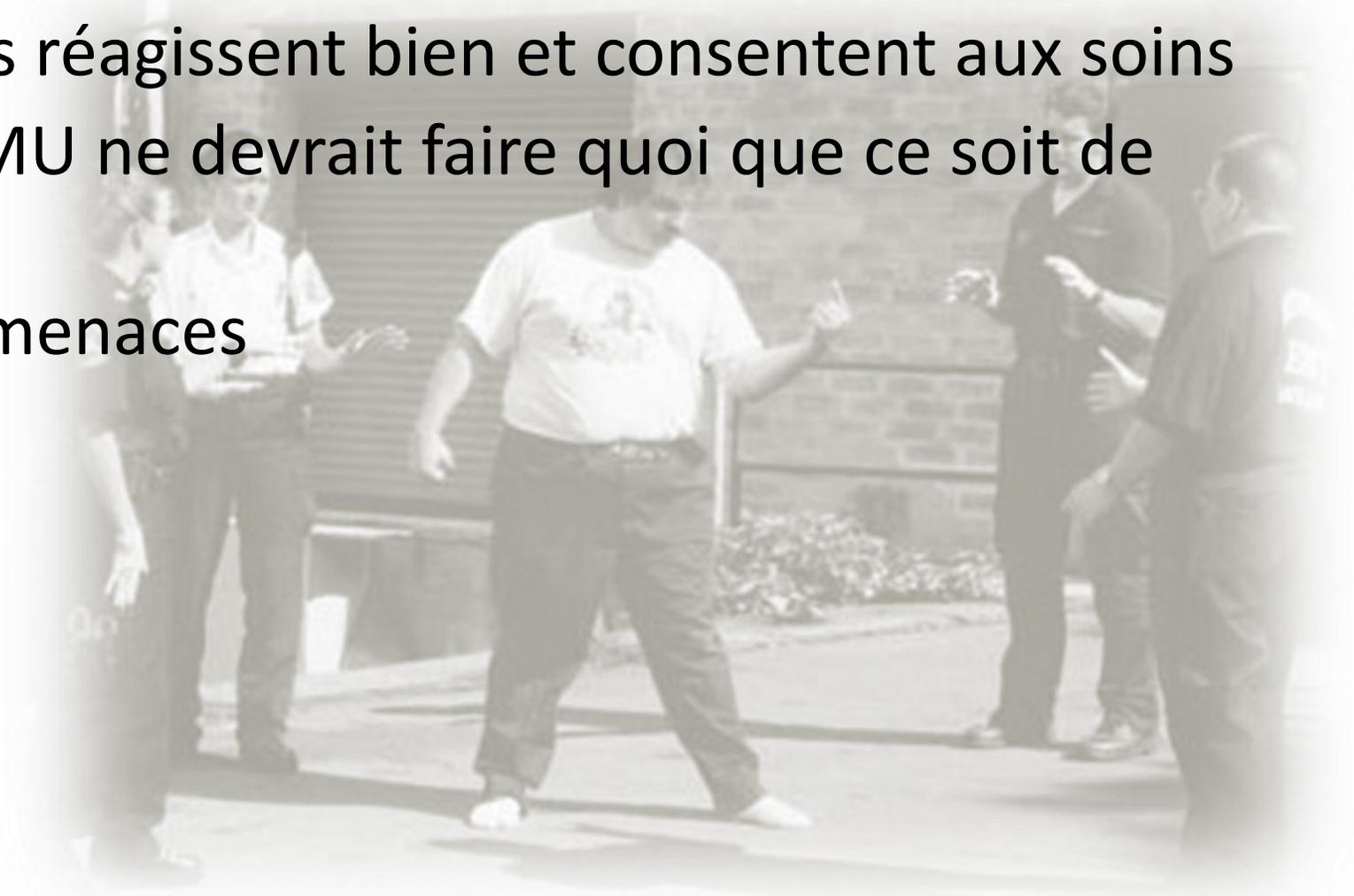
Intervenir



Troubles psychiatriques et comportementaux

PATIENTS AGITÉS ET VIOLENTS

- La plupart des patients réagissent bien et consentent aux soins
- Aucun membre des SMU ne devrait faire quoi que ce soit de dangereux pour lui
- Il faut déterminer les menaces
 - Pour soi
 - Pour les patients





Sécurité

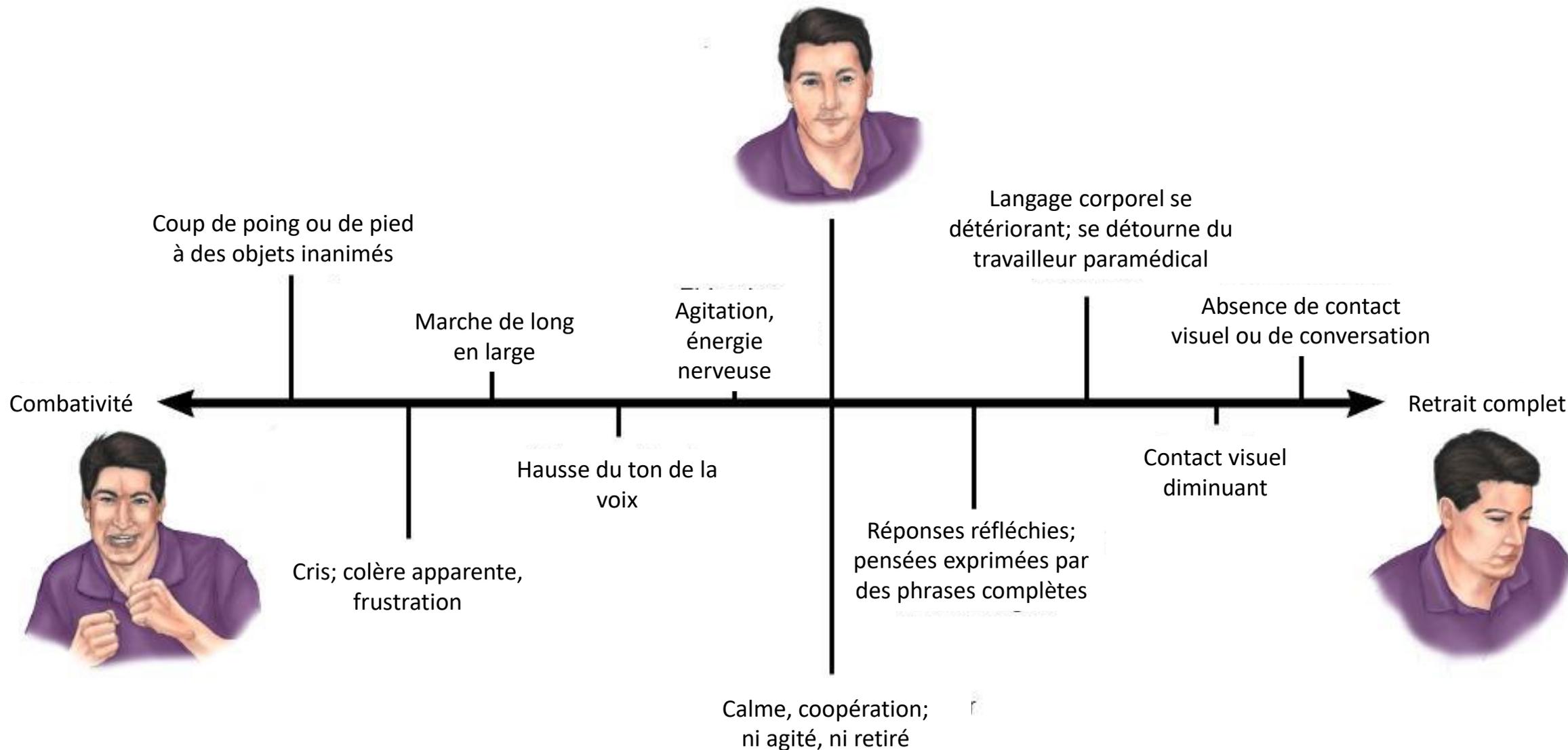
Identifier les comportements dangereux

Évaluation Médicale

Évaluation Psychiatrique

- Que pourraient être les causes médicales d'agitation et de violence?
- Les problèmes de santé mentale et la toxicomanie ne font pas bon ménage

Continuum des réactions



S.A.F.E.S.T. (façons les plus sécuritaires)

S

Distance

- Maintenir une distance sécuritaire; permettre au patient et à soi-même d'avoir accès à la sortie

A

Apparence

- Être empathique
- Une seule personne crée la relation

F

Axé sur

- Observer les mains du patient
- Êtres aux aguets d'une agitation qui empire

E

Échange

- Écoute active
- Ne pas être punitif et ne pas manifester de jugement
- Calme, échange continu

S

Stabilisation

- Contention physique ou chimique au besoin

T

Traitement

- Seulement après que tous les critères précédents ont été respectés

- Il importe de dire au patient quelle est votre expertise médicale, que vous connaissez leur problème de santé
- Il importe de dire au patient que vous voulez que tout se termine bien et en toute sécurité, et que c'est aussi ce que veut la police (si des agents sont présents)
- Vous voulez lui donner l'aide dont il a besoin



Collaboration avec la police

- Vous pouvez demander à la police de fouiller un patient avant de le déplacer
- Vous pouvez demander à la police de vous accompagner à l'hôpital si vous n'êtes pas à l'aise avec le patient
- Vous devez faire part de votre capacité médicale et de vos inquiétudes à la police, qui déterminera si le patient doit être mis en état d'arrestation contre son gré
 - En cas de désaccord, communiquer avec le médecin de contrôle médical en ligne
- Si le patient est sous contention, il a abandonné ses droits
 - Il devrait être en garde à vue, mais les patients sont souvent transportés sur une civière
 - Le cas échéant, la police doit accompagner le patient



- Si des ressources sont disponibles pour mettre le patient sous contention (police, fournisseur de soins avancés), avertir le patient des conséquences d'un refus de coopération
 - Être empathique
 - Si possible, donner au patient la possibilité de coopérer
- Si la contention est nécessaire, dire au patient (et à la famille) ce qui arrivera, pendant combien de temps, et quels seront les effets
- Laisser savoir au patient que vous ne leur voulez pas de mal et que vous les surveillerez fréquemment

- Empêcher le patient de se blesser
- Utiliser le minimum de force nécessaire
- Utiliser les dispositifs appropriés pour effectuer la contention
- La contention n'est pas une punition
- Les patients qui ont fait l'objet d'une contention doivent être surveillés de près
- Retirer les mesures de contention le plus tôt possible
 - Habituellement après une contention chimique adéquate

- Doivent être dirigées par la personne la plus compétente
 - Contrôle la tête
 - Explique le besoin et ce qui se passe
- Minimum de cinq personnes recommandé
 - Lignes directrices de l'établissement
 - Chaque membre de l'équipe maîtrise une articulation importante
- Doivent être utilisées systématiquement
 - Ligne directrice comme en cas d'arrêt cardiaque
 - Chaque organisme doit avoir une politique en place
- Éviter le décubitus ventral et la position d'entrave



- Changer le patient de position régulièrement si possible pour prévenir :
 - Les séquelles neurovasculaires comme une obstruction circulatoire
 - Les plaies de lit et la paresthésie
 - La rhabdomyolyse associée à une combativité continue
- Consigner toutes les étapes du processus de contention
- Les observations liées à la situation qui pourraient être utiles aux professionnels de la santé
- Les notes, les plans ou les énoncés du patient

Troubles psychiatriques et comportementaux

ÉVALUATION INVOLONTAIRE, TRAITEMENT ET TRANSPORT

- Chaque province a des lois et des règlements concernant le traitement involontaire
 - N.-É.
 - *Involuntary Psychiatric Treatment Act* (loi sur le traitement psychiatrique involontaire)
 - N.-B.
 - *Loi sur la santé mentale*
 - Î.-P.-É.
 - *Mental Health Act* (loi sur la santé mentale)

- La loi sur le traitement psychiatrique involontaire est appropriée lorsqu'une personne souffrant d'un trouble mental :
 - est un danger pour elle-même ou les autres, ou que sa santé se détériorera probablement jusqu'à la mettre en danger
 - doit être hospitalisée
 - n'a pas la capacité de prendre les décisions concernant les soins qu'elle reçoit
- Un examen médical doit être effectué dans les 24 heures qui suivent
 - Ensuite, le patient doit être gardé pour une évaluation psychiatrique involontaire ou se faire dire qu'il peut quitter l'hôpital s'il le désire
- L'évaluation psychiatrique involontaire se fait sur une période de 72 heures

- Les personnes qui sont susceptibles de se blesser ou de blesser les autres devront être hospitalisées, contre leur gré si nécessaire
- Les critères de l'évaluation psychiatrique involontaire ou d'admission sont déterminés en vertu des lois en matière de santé mentale dans chaque province