



Association
Enseignement
Sémiologie
Psychiatrique

GUIDE DE L'EXTERNE EN SERVICE DE PSYCHIATRIE

A nos jeunes collègues externes en service de psychiatrie, nous vous souhaitons la bienvenue dans ce guide qui a pour but de vous donner quelques repères afin d'optimiser et de profiter au mieux de votre stage. Celui-ci devrait vous permettre de remplir divers objectifs :

- Savoir se comporter auprès des patients et au sein d'une équipe pluri-disciplinaire ;
- Connaître la séméiologie et la nosographie des divers troubles psychiatriques inscrits au programme de l'ECN, savoir rechercher et identifier les signes et les symptômes ainsi que les éléments d'anamnèse pertinents afin d'aboutir à une conclusion diagnostique ;
- Savoir rédiger une observation clinique en prenant en considération les dimensions psychologiques, biologiques et sociales des divers troubles ;
- Connaître les principaux traitements pharmacologiques utilisés en psychiatrie (indications, bilan pré-thérapeutique, principales contre-indications, règles d'instauration, critères de surveillance) pour notamment : les traitements neuroleptiques, les thymo-régulateurs, les anti-dépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques.

PLAN

1) La psychiatrie en France	2
2) Règles de conduite	4
3) L'observation médicale en psychiatrie	4
4) Lexique séméiologique	7
5) Hiérarchiser les problématiques	7
6) Les traitements en psychiatrie	9
7) Ressources bibliographiques	14

1) La Psychiatrie en France

A- La sectorisation (psychiatrie de secteur ou sectorisation en psychiatrie)

Désigne, depuis la loi du 31 décembre 1970, l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé mentale. Constitue la base du service public. C'est une aire géographique à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. L'adresse d'un patient le relie au secteur qui a le devoir de le prendre en charge selon les modalités de soins du service public (cf. chapitre Modalités de soins).

B- Types de prise en charge

a) Psychiatrie adulte

On distingue quatre types de prise en charge : les hospitalisations complètes, les alternatives à l'hospitalisation, les soins ambulatoires et les urgences.

Les hospitalisations complètes

Les centres hospitaliers spécialisés ou établissements publics de santé mentale (EPSM), les hôpitaux généraux qui disposent d'un service de psychiatrie, les unités pour malades difficiles (UMD), les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les établissements privés à but lucratif.

Les alternatives à l'hospitalisation

Prise en charge à temps complet ou partiel.

A temps complet :

- appartements thérapeutiques : structures de soins, rattachés à un hôpital, favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social. Les patients disposent d'une chambre individuelle et partagent des pièces communes. Des équipes de soignants accompagnent les malades dans l'apprentissage de l'autonomie.
- accueil familial thérapeutique dans des familles volontaires, rémunérées par l'hôpital : permet d'assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour au domicile.

A temps partiel :

- hôpital de jour (HDJ) : avec soins par journée ou demi-journée.
- centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) : délivrent des actions de soutien et de thérapie de groupe.

Prise en charge ambulatoire

- consultation chez un médecin généraliste.
- consultation chez un psychiatre libéral.
- prise en charge dans des centres médico-psychologiques (CMP) : unités extrahospitalières de coordination et d'accueil situées en centre-ville et composées d'équipes pluridisciplinaires de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et d'assistants sociaux.

La prise en charge des urgences

- services d'urgence dans les hôpitaux généraux.
- en Île-de-France, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA).
- centres d'accueil et de crise (CAC et CAP) : assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques.

Il existe également les **services médico-psychiatriques régionaux (SMPR)** : lieux d'accueil pour des soins librement consentis, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation de jour pour les personnes détenues.

b) Pédopsychiatrie

On distingue la prise en charge ambulatoire au CMP, l'hospitalisation à temps complet pour les cas lourds ou les situations de crise.

Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) : composés de médecins, d'orthophonistes, de psychomotriciens, de psychologues et d'assistants sociaux.

Des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) qui accueillent des enfants présentant des difficultés psychologiques et des instituts médico-éducatifs (IME) qui prennent en charge des enfants avec une déficience intellectuelle.

Les maisons des adolescents, qui proposent des soins pour les adolescents de onze à dix-huit ans.

C- Modalités de soins

L'hospitalisation d'un patient peut se faire selon deux modes différents : sous le mode de l'hospitalisation libre ou le sous le mode de l'hospitalisation sans consentement (soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE)).

2) Règles de conduite

Au cours de votre stage, vous serez amenés à participer à des entretiens psychiatriques auprès de patients et éventuellement de leur famille. Le patient étant régulièrement conduit à évoquer des éléments d'intimité ou sources de détresse, votre attitude se doit d'être respectueuse :

- Ecoute attentive ;
- Implication ;
- Discrétion et préservation de la confidentialité des entretiens ;
- Regard positif inconditionnel : sollicitude sans jugement ;
- Empathie = aptitude du clinicien à « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'il était cette autre personne, mais sans jamais perdre de vue ce comme si » (C. Rogers) ;
- Authenticité.

3) L'observation médicale en psychiatrie

Motif de consultation ou d'hospitalisation

Antécédents :

- Nom du médecin traitant, du psychiatre traitant et des divers spécialistes.
- Personnels :
 - Psychiatriques : maladies, hospitalisations (date, lieu et mode), prises de toxiques (type, date de la dernière consommation, consommation habituelle, retentissement), tentatives de sevrage.
 - suicide (nombre, circonstances, moyens utilisés), gestes violents.
 - Médicaux-Chirurgicaux.
 - Gynéco-obstétricaux.
 - Allergiques.
- Familiaux :
 - Psychiatriques : maladies, prises de toxiques, suicides et tentatives de suicide.
 - Autres.
- Traitements habituels (en précisant la posologie et l'observance) :
 - Psychotropes.
 - Non-psychotropes.

Consommation actuelle de toxiques : alcool (type, nombre de bouteille par jour), tabac (paquets-années), cannabis, autres.

Biographie et mode de vie actuel :

- Biographie, évènements marquants et traumatismes : durant l'enfance, l'adolescence, le service militaire, la formation professionnelle, précédents emplois...
- Relations familiales, sociales, emploi actuel, conduites à risques...

Histoire récente de la maladie :

- Facteurs de stress récents identifiés par le patient : rupture, surmenage...
- Symptômes spontanément identifiés (motif de consultation) : ordre de survenue, mode d'installation (brutal ou insidieux), signification que le patient leur apporte...
- Notion de conduites auto-agressives ou hétéro-agressives.

Symptomatologie clinique (Entretien) :

- Présentation et contact.
- Humeur et affect : type, caractère stable ou labile, adaptés ou non au contenu du discours.
- Cours de la pensée :
 - Rythme
 - Continuité
- Contenu de la pensée :
 - Idée délirante :
 - Thème
 - Mécanisme
 - Systématisation / Extension
 - Réaction affective
 - Adhésion / Critique
 - Préoccupations
 - Obsessions
 - Compulsions
 - Idées phobiques
 - Idée associée à l'humeur
- Troubles du langage : prosodie, phonétique, syntaxe, lexico-sémantique.

- Troubles de la perception :
 - Hallucination :
 - Intra-psychique
 - Sensorielle :
 - Autres : Déréalisation, illusion
- Conduites instinctuelles : alimentation, sommeil, sexualité.
- Fonctions supérieures / Cognition :
 - Vigilance
 - Attention
 - Mémoire
 - Fonctionnement exécutif

Evaluation du risque suicidaire et du risque d'hétéro-agressivité.

Examens complémentaires déjà réalisés.

Conclusion :

- Terrain.
- Episode actuel :
 - Résumé syndromique.
 - Proposition diagnostique et diagnostics différentiels.
- Trouble psychiatrique.

Conduite à tenir :

- Immédiate :
 - Bilan étiologique et pré-thérapeutique.
 - Soins ambulatoires ou hospitalisation (libre ou sous contrainte).
 - Alliance thérapeutique, mise en sécurité et surveillance.
 - Pharmacothérapie.
- A moyen terme :
 - Pharmacothérapie.
 - Psychothérapie et psychoéducation.
 - Réhabilitation psycho-sociale.
- A long terme :
 - Projet de vie.

4) Lexique séméiologique

Plusieurs outils sont à votre disposition et peuvent vous permettre d'avoir des références toujours à portée de main (tablette, téléphone, etc...) :

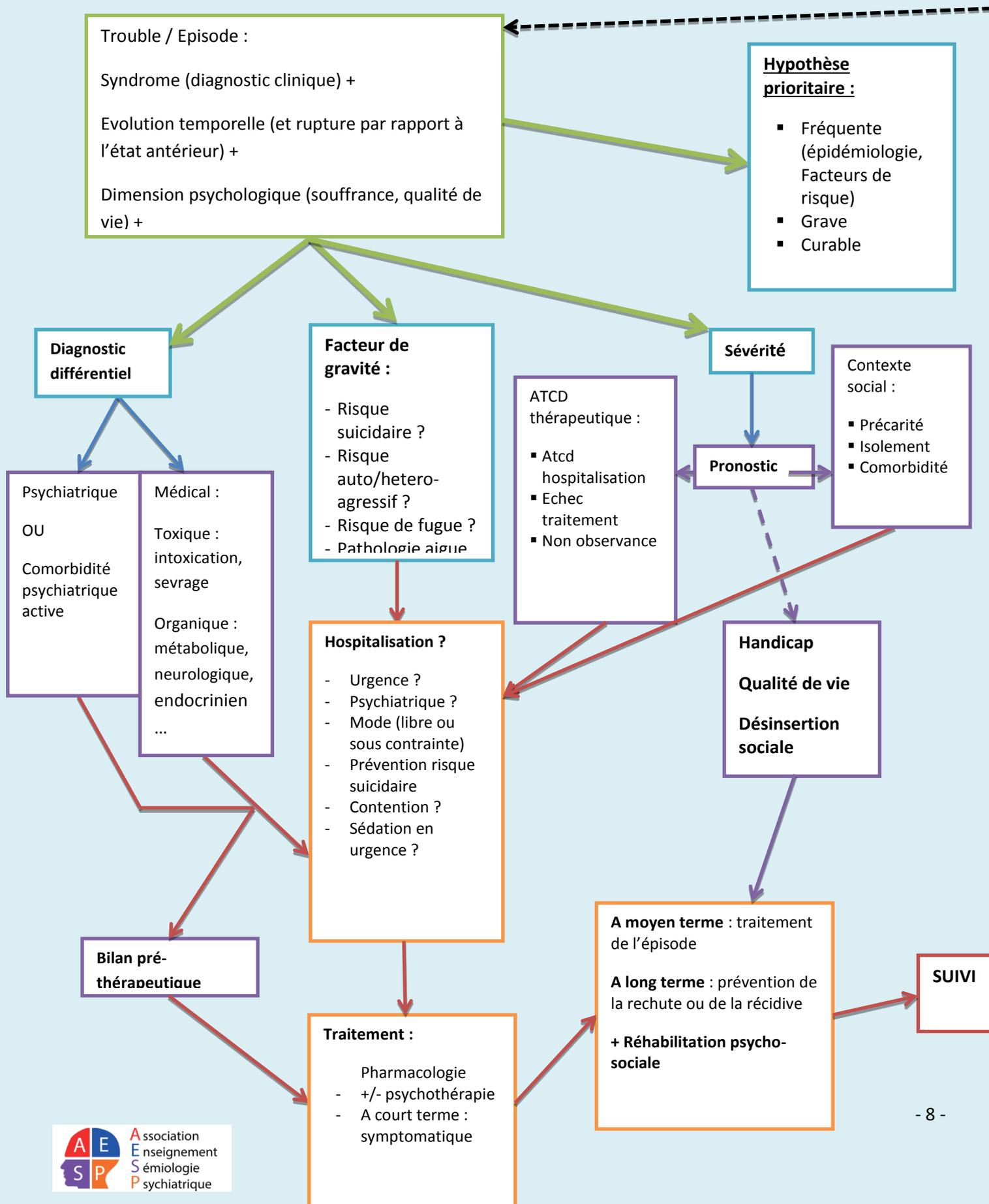
- Dictionnaire de séméiologie psychiatrique disponible sur le site de l'AESP : www.asso-aesp.fr
- Livre électronique de séméiologie générale de l'université Paris VII : www.e-semio.org
- L'application e-semio est aussi disponible sur iOS et GooglePlay.

5) Hiérarchiser les problématiques

Les troubles psychiatriques peuvent pour la plupart connaître différentes phases :

- **Prodromes** : phase avec symptômes sub-cliniques précédant l'épisode caractérisé.
- **Episode aigu** : phase symptomatique.
- **Rechute** : réapparition ou aggravation de symptômes au sein d'un même épisode.
- **Rémission** : peut-être partielle ou complète, symptomatique et/ou fonctionnelle.
- **Récidive** : nouvel épisode aigu après une période de rémission.
- **Rétablissement** : désigne le cheminement personnel du patient pour se réapproprier sa vie et s'insérer dans la société.

Tableau synoptique



6) Les traitements en psychiatrie

A- Pharmacothérapie

a) Les antipsychotiques

Antipsychotiques de 1^{ère} génération

- Haldol® (Halopéridol), Clopixon® (Zuclopendixol), Fluanxol® (Flupenthixol), Tercian® (Cyamémazine), Loxapac® (Loxapine), Dipiperon® (Pipampérone)..
 - éventuellement forme à action prolongée.
 - ne peuvent pas être utilisés à visée thymo-régulatrice.

Antipsychotiques de 2^{ème} génération ou antipsychotiques atypiques

- Risperdal® (Risperidone), Zyprexa® (Olanzapine), Abilify® (Aripiprazole), Xeroquel® (Quetiapine), Solian® (Amisulpride), Léponex® (Clozapine)..
 - existent pour certains sous forme à action prolongée (Risperdal Consta® (Risperidone), Zypadhera® (Olanzapine)).
 - certains peuvent être utilisés à visée thymo-régulatrice (Zyprexa® (Olanzapine), Abilify® (Aripiprazole), Xeroquel® (Quetiapine)).

Bilan pré-thérapeutique

- Clinique :
 - Antécédents personnels et familiaux de maladie cardio-vasculaire, d'épilepsie, de diabète.
 - Température.
 - Tour de taille, poids, taille, IMC.
 - Tension artérielle couché / debout.
- Para-clinique :
 - ECG : fréquence cardiaque, QT et QT corrigé.
 - Bilan sanguin :
 - NFS, plaquettes
 - Glycémie à jeun
 - Na et K plasmatiques
 - Bilan anomalie lipidique
 - Transaminases

b) Les thymo-régulateurs

Le lithium

Bilan pré-thérapeutique :

- Clinique :
 - Antécédents personnels de dysthyroïdie, de maladie cardio-vasculaire, d'insuffisance rénale, de diabète, de troubles dermatologiques (acné sévère, psoriasis), de maladie neurologique, d'épilepsie.
 - Contraception efficace chez la femme en âge de procréer.
 - Poids, tour de taille.
 - TA couché /debout.
- Para-clinique :
 - Bilan urinaire : BU, ECBU, protéinurie des 24h.
 - Bilan sanguin :
 - β HCG
 - TSH
 - NFS, plaquettes
 - Créatinine plasmatique et clairance, urée
 - Natrémie, calcémie, albuminémie
 - ECG.

Les anti-épileptiques : Dépakote® (Divalproate de sodium), Tégrétol® (Carbamazépine), Lamictal® (Lamotrigine)...

Bilan pré-thérapeutique :

- Clinique :
 - Antécédents personnels et familiaux de maladies cardio-vasculaires, épilepsie, diabète, troubles hépatiques, troubles hématologiques, allergies.
 - Contraception efficace chez la femme en âge de procréer.
 - Poids, tour de taille.
 - Absence de trouble neurologique.
- Para-clinique :
 - Bilan sanguin :
 - β HCG
 - NFS, plaquettes
 - TP
 - PAL, transaminases
 - Créatinine plasmatique
 - Natrémie

Les anti-psychotiques atypiques (cf. chapitre les antipsychotiques)

c) Les anti-dépresseurs

IRS= Inhibiteur de la recapture de la sérotonine : Séroplex® (Escitalopram), Séropram® (Citalopram), Déroxat® (Paroxétine), Zoloft® (Sertraline), Prozac® (Fluoxétine).

- Contre-indications :
 - Association avec IMAO non sélectifs.
 - Association avec neuroleptiques pour citalopram et escitalopram.

IRSNA= Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline : Effexor® (Venlafaxine), Ixel® (Milnacipran), Cymbalta® (Duloxétine).

Autres/Biaminergiques : Norset® (Mirtazapine), Miansérine, Stablon® (Tianeptine).

Autres/Melatoninergique : Valdoxan® (Agomélatine).

Tri-cycliques : Anafranil® (Clomipramine), Laroxyl® (Amitriptyline) :

- Contre-indications absolues ou relatives :
 - Glaucome aigu à angle fermé.
 - Hypertrophie bénigne de la prostate.
 - Rétention aiguë d'urine.
 - Cardiopathie non-stabilisée, infarctus du myocarde récent, insuffisance cardiaque décompensée.
 - 1^{er} trimestre de la grossesse.
 - Association avec IMAO non sélectif.

Bilan pré-thérapeutique :

- Clinique :
 - Antécédents personnels médico-chirurgicaux contre-indiquant la prescription.
 - TA debout/couché.
- Para-clinique :
 - ECG.
 - Pour le Valdoxan® : transaminases, PAL.

d) Les anxiolytiques

Benzodiazépines

Demi-vie	Molécule
Courte (< 5 heures)	Seresta® (Oxazepam)
Intermédiaire (de 5 à 24 heures)	Temesta® (Lorazepam) < Xanax® (Alprazolam) < Lexomil (Bromazepam)
Longue (> 24 heures)	Urbanyl® (Clobazam) < Valium® (Diazepam) < Tranxene® (Clorazepate) < Lysanxia® (Prazepam)

Non benzodiazépines

- Les agents 5HT1A : Buspar® (Buspirone).
- Les anti-histaminiques : Atarax® (Hydroxyzine).
- Les benzoxazines : Stresam® (Efitoxime).

Contre-indications absolues ou relatives

- Myasthénie.
- Insuffisance hépatique sévère.
- Insuffisance respiratoire sévère.
- Syndrome d'apnées du sommeil.
- Grossesse, allaitement.
- Hypersensibilité aux produits.
- Porphyrie (pour les carbamates).

e) Les hypnotiques

Benzodiazépines

Demi-vie	Molécule
Intermédiaire (de 5 à 24 heures)	Noctamide®(Lormétazépam), Havlane® (Loprazolam)

Les apparentés aux benzodiazépines

Imovane® (Zopiclone), Stilnox® (Zolpidem).

Les anti-histaminiques H1

Théralène® (Alimémazine).

Les agonistes des récepteurs de la mélatonine

Circadin® (Mélatonine) : chez les patients de 55 ans ou plus.

Remarque

Les spécialités Noctran® (clorazébate dipotassique, acépromazine, acéprométazine) et Mépronizine® (méprobamate, acéprométazine) ont été retirées du marché respectivement le 27 octobre 2011 et le 10 janvier 2012 devant un rapport bénéfice/risque défavorable.

B- Les psychothérapies

Les psychothérapies aspécifiques : la thérapie de soutien

Elle ne fait pas référence à un corpus théorique particulier et repose essentiellement sur l'écoute empathique, la sollicitude sans jugement et la transmission d'éléments d'information sur le trouble. Elle constitue souvent une étape préalable à l'orientation vers une thérapie spécifique.

Les psychothérapies spécifiques

Psychanalyse (cure type) et thérapies d'inspiration psychanalytique (PIP)

Elles se réfèrent à la théorie analytique, c'est-à-dire aux concepts topique (1^{ère} topique : Inconscient, Préconscient et Conscient ; 2^{ème} topique : Ça, Moi et Surmoi), dynamique et économique du psychisme qu'a élaborés S. Freud. Freud décrit deux types de censure qui empêchent l'accès à l'Inconscient : une entre inconscient et conscient (le refoulement), et une deuxième plus facile à forcer entre pré-conscient et conscient. Ainsi les PIP s'intéressent essentiellement au domaine du pré-conscient alors que les cures type viseront surtout l'inconscient. La maladie est conçue comme la résultante de conflits psychiques inconscients. Le processus thérapeutique vise alors que ce qui était inconscient ou pré-conscient devienne conscient.

Thérapies familiales systémiques

Il s'agit de la prise en charge psychologique globale d'un système familial, à partir de la demande de soins formulée par ou pour un des membres. Le symptôme est alors perçu comme témoignant de dysfonctionnements relationnels plus ou moins graves dont n'ont pas nécessairement conscience les protagonistes. La thérapie a pour but de proposer une autre vision des choses, quitte à ce qu'elle

soit surprenante. Une solution pourra alors être co-construite par la famille, le patient et le thérapeute afin d'engendrer des changements.

Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les TCC sont des « thérapies verbales dont le but est d'apprendre au patient certaines compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes » (C. Mirabel-Sarron). Elles ont certaines particularités :

- Attention prioritairement accordée aux difficultés actuelles du patient.
- Utilisation de méthodes d'évaluation clinique et psychologique en début de thérapie puis régulièrement afin d'apprécier la progression.
- Style relationnel participatif collaboratif.
- Démarche thérapeutique codifiée, issue des données de la psychologie des apprentissages, des émotions, etc...

7) Ressources bibliographiques

Le site de l'AESP : <http://www.asso-aesp.fr/>

Ouvrages de référence :

Manuel de psychiatrie, sous la direction de J.D. Guelfi et F. Rouillon, Ed. Masson.

DSM-IV-TR, American Psychiatric Association.