

COURS DE PSYCHIATRIE (AUXILLIAIRES)

INTRODUCTION

La maladie mentale est de toutes les époques et a toujours existé dans les civilisations. Elle n'a été reconnue comme entité pathologique qu'à partir du moment où la médecine l'a dégagée de la marginalisation où elle était longtemps confinée, repoussée, dans une attitude de rejet. L'homme normal serait celui qui serait bien adapté à son environnement ; l'anormal serait celui qui serait désadapté ; en marge de la société. Par ailleurs, l'observation clinique nous indique que de nombreuses personnes, normalement adapté, peuvent développer, certains moments de leur existence ; une pathologie psychiatrique. La psychiatrie qui est une spécialité de la médecine a pour objet, l'étude et le traitement des maladies mentales qui se différencient des maladies somatiques par le fait qu'elles touchent l'homme dans son entier. Admettre de consulter en psychiatrie et en faire part, c'est laisser entrevoir aux autres sa vulnérabilité, ses difficultés d'adaptation à son milieu tant familial que social et professionnel. C'est pourquoi l'on reste le plus souvent très discret sur « son mal être ».

Dans ce temps qui nous est imparti, nous avons choisi d'exposer quelques pathologies psychiatriques mais bien avant, nous verrons la législation en psychiatrie.

PREMIERE PARTIE : LEGISLATION EN PSYCHIATRIE

INTRODUCTION

Dans le milieu psychiatrique, les patients peuvent être hospitalisés sous différents modes d'hospitalisations : librement ou alors sans leur consentement. Quand le malade hospitalisé n'est pas consentant, il s'agit d'une « hospitalisation sous contrainte ». Toutes les formes d'hospitalisation sous contrainte visent essentiellement la protection du malade et des autres ; lorsqu'il représente un danger pour son entourage.

En outre lorsqu'un patient en santé mentale ne semble plus faire face à ses obligations quotidiennes et qu'elle se met en difficulté, voire en danger, des **mesures de protection** juridique sont mises en place dans son intérêt. Ces mesures sont fonction de son degré d'incapacité apprécié par le juge sur la base d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin agréé, et à la suite de l'audition de ses proches.

Dans cette première partie, nous verrons d'une part les modalités d'hospitalisation et d'autre part les mesures de protection.

CHAPITRE I : MODALITE D'HOSPITALISATION

La PEC des patients souffrant de troubles mentaux nécessite dans la plupart des cas une hospitalisation ; soit avec leur consentement (**hospitalisation libre**), soit sans leur consentement (**hospitalisation d'office ou hospitalisation à la demande d'un tiers**).

- **L'hospitalisation libre** est une hospitalisation qui se fait avec l'accord du patient et se déroule comme une hospitalisation en médecine. L'admission et la sortie sont signées par le médecin. Cependant le patient peut sortir contre avis médical, on lui demande alors souvent de signer une décharge.
- **L'hospitalisation d'office** est demandée lorsque le malade mental menace la paix et la sécurité des personnes. Elle est prononcée après un avis médical soit par le préfet soit par le maire ou le commissaire de police.
- **L'hospitalisation à la demande d'un tiers** est indiquée lorsque l'état du patient nécessite une hospitalisation mais que son accord (avis) est impossible à obtenir. Classiquement elle nécessite une demande d'une personne qui ne peut faire partie du personnel soignant de l'hôpital. C'est le tiers (famille, amis, voire travailleur social) qui demande l'hospitalisation

CHAPITRE II : MESURES DE PROTECTION

Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ces facultés mentales, soit de ces facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une protection juridique. La mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. On distingue trois mesures de protection juridiques.

I- LA SAUVEGARDE DE JUSTICE

La sauvegarde de justice est une mesure de protection temporaire qui ne supprime au patient aucun droit sauf ceux confiés au mandataire spécial s'il a été nommé. Elle est déclenchée par un courrier du médecin au juge des tutelles et s'applique immédiatement. La sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique de courte durée (ne peut dépasser un an et est renouvelable une fois). Il permet à un majeur d'être représenté dans l'accomplissement de certains actes. Cette mesure permet d'éviter de prononcer une tutelle ou une curatelle, plus contraignantes. C'est un régime minimal de protection qui s'adresse à deux types de publics :

- Les personnes atteintes de troubles momentanés et légers de leurs facultés mentales
- Les personnes atteintes de troubles plus importants et qui sont dans l'attente d'une mesure de curatelle ou de tutelle.

II- LA CURATELLE

La **curatelle** est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante. La curatelle est une mesure de protection moins lourde que la tutelle. Le patient peut voter et effectuer certains actes d'administration seul.

III- LA TUTELLE

La tutelle est une mesure de protection qui confie à un tiers (le tuteur) les actes de la vie civile du patient (héritage, gestion de l'argent, des biens) et qui le prive de ses droits civiques (voter, être élu). Elle se met en place après plusieurs mois sur demande du patient, du médecin, de la famille, du juge des tutelles, du procureur de la République ou d'un service social. C'est le régime de protection le plus lourd pour les personnes qui souffrent d'une altération des capacités mentales et/ou corporelles qui les empêchent d'agir par elles –mêmes et qui les oblige à être représentées en permanence pour les actes de la vie civile. Il s'agit d'un régime de représentation.

DEUXIEME PARTIE : LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

A- TROUBLES NEVROTIQUES

GENERALITE

Les névroses sont des maladies mineures. Par opposition aux psychoses, elles n'entraînent pas de troubles graves du comportement. Il n'y a pas d'altération du contact avec la réalité, donc le névrosé conserve en général une insertion socioprofessionnelle correcte.

Dans les troubles névrotiques, nous allons nous intéresser à trois grands tableaux névrotiques. Ce sont :

- La névrose d'angoisse
- La névrose obsessionnelle et ou trouble obsessionnelle- compulsif
- La névrose hystérique ou trouble conversif.

OBJECTIF GENERAL

Ce cours vise à amener l'Auxiliaire de Santé à connaître les troubles névrotiques.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

L'auxiliaire de santé doit être capable de :

1-définir les différents troubles névrotiques sans en déformer le sens.

2-décrire les manifestations cliniques des différentes névroses vues au cours.

3-décrire l'évolution de chaque type de névroses.

CHAPITRE I : NEVROSE D'ANGOISSE

I- DEFINITION

- ☐ L'angoisse est un sentiment « naturel » que l'on peut éprouver dans des situations de danger.
- ☐ Lorsque l'angoisse devient trop importante ou liée à des facteurs objectivement non dangereux, elle devient pathologique.

II- DIAGNOSTIC

2.1- Trouble panique ou attaque de panique (crise d'angoisse aiguë)

C'est une période limitée dans le temps (de quelques minutes à quelques heures), d'angoisse intense associée à des symptômes somatiques

☐ **Symptômes somatiques :**

Palpitations, transpiration, tremblements, douleur thoracique, nausée, sensation d'étouffement, peur de mourir, de devenir fou, de perdre le contrôle voire un sentiment de dépersonnalisation (impression d'être en dehors de soi).

2.2- Trouble anxieux généralisé

Le sujet éprouve depuis plus de six (06) mois des soucis exagérés concernant des événements ou activités (travail, etc.) associés à une agitation, des difficultés de concentration, une irritabilité, une tension musculaire et des troubles du sommeil.

III- EVOLUTION

L'évolution de ces troubles est chronique. Les principaux risques sont le suicide, la dépression, l'alcoolisme et la dépendance aux tranquillisants.

IV- TRAITEMENT

4.1-Mesures générales

- Eviter l'automédication
- Eviter de se replier sur soi
- Eviter la consommation d'alcool, de tabac ou autres substances
- Diminuer voir arrêter la consommation du café
- Activité physique régulière
- Bonne hygiène de sommeil
- Demander l'avis d'un psychiatre ou un psychologue

4.2- Le traitement médicamenteux

Le traitement repose sur les médicaments anxiolytiques et antidépresseurs :

- ❑ les anxiolytiques : ils permettent de calmer les signes de l'anxiété. Ils sont efficaces très rapidement. Exemple : le xanax est efficace en moins de 20 minutes).
- ❑ les antidépresseurs : ils sont indiqués dans les troubles paniques. Ils doivent être prescrits pour une durée d'au moins six (06) mois. Exemples : Laroxyl, Tofranil;

4.3- Traitement non médicamenteux

Il s'agit essentiellement de la psychothérapie

V- CONDUITE A TENIR DE L'AUXILLIAIRE DE SANTE

5.1-Accueil du patient

Il est important de rassurer le patient sans minimiser ses sensations.

5.2-Prise de constantes

Il faut prendre les constantes (température, tension artérielle...). Cette prise permet d'avoir des chiffres de référence.

5.3- Recherche de signes de gravité

- ☐ Il faut surveiller les signes d'angoisse et leur évolution et demander au patient de dire comment il se sent : fréquence respiratoire élevée, sudation excessive, sensation de difficulté à respirer, sensation d'oppression de la poitrine en cas de signe de gravité.
- ☐ Il faut isoler le patient dans un endroit calme afin d'éviter les stimulations extérieures.
- ☐ Il faut chercher avec le malade l'objet qui déclenche l'angoisse.

CHAPITRE II : NEVROSE OBSESSIONNELLE OU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

I- DEFINITION

- ☐ L'**obsession** est une idée, une image qui s'impose de manière désagréable au sujet sans qu'il puisse le contrôler et qu'il considère absurde.
- ☐ La **compulsion** est un acte que le sujet est obligé de faire afin de soulager son angoisse et qu'il perçoit comme absurde.

II- EPIDEMIOLOGIE

La prévalence des névroses obsessionnelles ou TOC dans la population générale est de 2 à 3%. Elles peuvent être associées à un trouble de la personnalité de type obsessionnel.

III- EVOLUTION

- ☐ L'évolution est chronique.
- ☐ Le principal risque est la survenue d'une dépression.

IV- PERSONNALITE OBSESSIONNELLE

Pour dire qu'un individu a une personnalité obsessionnelle, au moins quatre (04) des manifestations suivantes devront être retrouvées dans son comportement :

- ☐ Il doit aimer l'ordre, les détails et l'organisation.
- ☐ Il ne finit généralement pas ses tâches parce qu'il prend beaucoup de temps à vouloir bien faire.
- ☐ Il consacre beaucoup de temps au travail qu'aux loisirs et aux amitiés.

- ☐ Le sujet est très consciencieux.
- ☐ Le sujet est incapable de se débarrasser des objets inutiles ou inutilisables.
- ☐ Il lui est difficile de demander à une personne de l'aider à travailler à moins que ce dernier se soumette exactement à sa manière de faire.
- ☐ Le sujet est avare, épargnant l'argent en vue de difficultés futures.
- ☐ Le sujet est têtu.

V- TRAITEMENT

- ☐ Les anxiolytiques : ils ont une efficacité relative dans la mesure où ils diminuent l'anxiété mais restent sans effet sur les signes de l'obsession.
- ☐ Les antidépresseurs sont très efficaces sur les troubles obsessionnels.

CHAPITRE III: NEVROSE HYSTERIQUE OU TROUBLE CONVERSIF

I- DEFINITION

L'hystérie est une maladie qui touche les mouvements et les cinq sens (sensation tactile, visuelle, gustative, auditive, olfactive) faisant penser à une maladie médicale évoquant une affection médicale.

II- EPIDEMIOLOGIE

Elle touche le plus souvent les femmes : 3 femmes pour 1 homme.

III- DIAGNOSTIC

Les symptômes sont divers :

- ☐ Paralysie, incapacité de se tenir debout et à marcher etc. ;
- ☐ Anesthésie, hyperesthésies, etc. ;
- ☐ Cécité, surdité, mutisme, etc. ;
- ☐ Douleurs : céphalées, douleurs abdominales, etc. ;

Les examens médicaux sont strictement normaux (mais le sujet peut avoir une autre maladie associée ;).

Le sujet ne fait pas exprès par rapport aux signes qu'il présente. Le contexte familial est important à prendre en compte ; notamment l'existence de bénéfices secondaires.

IV- PERSONNALITE HYSTERIQUE

On retrouve les principaux traits de caractère suivants :

- ☐ Il veut plaire à tout le monde.
- ☐ Il vit une vie de rêve intense
- ☐ Il change de comportement selon la situation.
- ☐ La sexualité est souvent perturbée : *En général, il existe chez l'hystérique, un blocage ou ralentissement au plan sexuel.*

a- une demande affective intense auprès des autres.

L'hystérique ne supporte pas qu'on ne puisse pas s'occuper de lui et souhaite en permanence séduire

b- une intensité de la vie imaginative:

L'hystérique a une vie imaginaire très intense ; le désir se satisfait volontiers dans la rêverie

V- LA PSYCHOLOGIE DE L'HYSTERIQUE

- ☐ Le malade exprime ses émotions à travers son corps. La conversion est la transformation d'un phénomène psychique en un symptôme corporel.
- ☐ La conversion a aussi pour objet d'obtenir des « bénéfices secondaires », le symptôme permettant au patient d'être entouré, d'accéder au statut de malade, d'échapper à ses responsabilités, voire d'obtenir des prestations sociales

VI- EVOLUTION

En dehors de tout traitement, les symptômes peuvent disparaître spontanément, au moins de façon transitoire, pour réapparaître à la moindre occasion qui réactivera le conflit ancien.

VII- TRAITEMENT

- ☐ Médicaments : anxiolytique et antidépresseur s'il y'a une comorbidité
- ☐ Psychothérapie : soutenir le patient

VIII-CONDUITE A TENIR DE L'AUXILLIAIRE

L'auxiliaire ou l'infirmier n'intervient pas ou très peu dans la prise en charge des névroses. Cependant il peut :

- ☐ Amener le patient à participer à des groupes de parole ou l'encourager à suivre une thérapie et l'orienter.
- ☐ Accompagner le patient s'il y a des examens complémentaires
- ☐ Être à l'écoute du patient et de ses émotions
- ☐ Créer un climat de confiance.

B- LES TROUBLES DE L'HUMEUR

INTRODUCTION

L'humeur est cette disposition fondamentale de l'esprit qui fait que l'individu se sent gai ou triste, qu'il est dans l'agréable ou le désagréable, le plaisir ou le déplaisir. L'humeur change en fonction de l'environnement et des situations que vit le sujet. L'humeur peut être triste dans la dépression ou particulièrement gaie dans les moments d'excitation. Être triste n'est pas pathologique en soi dans la mesure où toute tristesse peut être justifiée par un évènement ou une situation particulièrement désagréable.

Dans les pathologies de l'humeur notre étude se limitera essentiellement :

- ☐ Aux troubles dépressifs
- ☐ A l'épisode maniaque

OBJECTIF GENERAL

Le cours vise à amener l'étudiant auxiliaire de santé à connaître les pathologies de l'humeur.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

L'étudiant auxiliaire de santé doit être capable de :

1-définir en ses propres termes et sans en altérer le sens, les différentes pathologies de l'humeur.

2-décrire les différents signes cliniques de chaque trouble de l'humeur vu au cours.

3-citer au moins deux étiologies de chaque trouble de l'humeur.

CHAPITRE I : LES TROUBLES DEPRESSIFS

I- DEFINITION

La dépression est une maladie qui comprend **un ralentissement** des pensées, une diminution des mouvements physiques d'un individu et des signes physiques (comme des difficultés à dormir). On entend par trouble dépressif, un trouble de l'humeur caractérisé par une humeur dépressive avec un sentiment de tristesse pathologique et un ralentissement psychomoteur. Cette tristesse est anormale, exagérée, démesurée par rapport aux circonstances ; dans certains cas, elle est incompréhensible.

II- FACTEURS FAVORISANTS

- Deuil et les carences affectives;
- agressions sexuelles;
- Stress répété et manque de sommeil;
- Difficultés conjugales;
- Conflits familiaux;
- Expérience de perte;

- Problèmes financiers/ professionnels/ retraite
- Maladies chroniques (VIH, Cancer....)

III- EPIDEMIOLOGIE

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente ; elle touche 7% de la population. Le risque majeur est le suicide, il touche 15% des patients déprimés.

III- DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la dépression est clinique. Il associe :

- ☐ **Une humeur triste** : perte d'espoir, perte d'intérêt, pessimisme, irritabilité et idées noires.
- ☐ **Un ralentissement psychomoteur** : difficulté de concentration, fatigue, lenteur des mouvements.
- ☐ **Symptômes physiques** : troubles du sommeil (insomnie matinale, c'est-à-dire que le patient se lève très tôt), perte d'appétit, baisse de la libido, plainte au sujet du corps.

NB : les signes doivent être présents pendant au moins 14 jours pour parler de dépression.

IV- FORMES CLINIQUES

Les formes cliniques principales de la dépression sont :

- ☐ **La dépression mélancolique** (le risque suicidaire est majeur) ;
- ☐ **La dépression masquée** (les plaintes de douleur de dos, de la tête...et pas de tristesse exprimée);
- ☐ **La dépression anxieuse** (la peur est au premier plan).

VI- EVOLUTION

- ☐ Le déprimé peut guérir en quelques mois ou bien sa maladie peut durer plus de deux ans.

- ☐ Dans d'autres cas la dépression peut apparaître chaque année à la même période.
- ☐ Le risque principal est le suicide.

VII- TRAITEMENT

- ☐ Le traitement principal de la dépression repose sur les antidépresseurs qui agissent sur l'humeur triste en une (01) à trois (03) semaines. La durée du traitement est de trois (03) à neuf (09) mois. Exemple d'antidépresseurs : Anafranil, Laroxyl.
- ☐ Les antidépresseurs sont associés à un traitement anxiolytique : xanax, lexomil, valium

VIII- CONDUITE A TENIR DE L'AUXILIAIRE DE SANTE

7.1- Accueil du patient

- ☐ Rassurer le patient
- ☐ Ecouter attentivement afin de l'aider à exprimer ses angoisses (peur) et ses difficultés.

7.2- Observation et intervention de l'auxiliaire

- ☐ Aider le patient à verbaliser ses sentiments
- ☐ Ne pas faire preuve d'une trop grande empathie.
- ☐ Aider le patient à s'alimenter, à se laver, etc. sans minimiser ou sous-estimer ses peurs et ses difficultés.
- ☐ Amener le patient à participer aux activités de groupe pour limiter l'isolement.

7.3- Surveillance

Il faut surveiller :

- ☐ La prise du traitement
- ☐ Les effets secondaires des traitements (hypotension orthostatique, sécheresse de la bouche, constipation, tremblements, somnolence) ;

- ❑ L'efficacité du traitement sur l'humeur, l'anxiété, le sommeil... ;
- ❑ L'hygiène (propreté) ;
- ❑ L'environnement du patient (tenir à l'écart les objets dangereux pour le patient : objets tranchants, médicaments) ;
- ❑ Les fugues et absences du patient en raison du risque suicidaire.

CHAPITRE II : EPISODE MANIAQUE

I- DEFINITION

Un épisode maniaque est un état durant lequel on observe une gaieté de l'humeur. Durant cet épisode, le malade est distrait, bouge beaucoup et son temps de sommeil est réduit.

II- ETIOLOGIE

L'épisode maniaque survient soit dans le cadre d'une maladie maniaco-dépressive (ou trouble bipolaire) soit au décours d'un syndrome dépressif.

III- DIAGNOSTIC

Le début peut être brutal. Ces patients font souvent beaucoup de dépenses (achat pathologiques). On observe un patient qui bouge beaucoup. Il est joyeux, familier ou violent. On observe aussi chez ce patient une insomnie, une augmentation de la libido.

IV- EVOLUTION

L'évolution de l'épisode maniaque sans traitement peut évoluer vers une dépression avec risque de suicide.

V- TRAITEMENT

5.1- Mesures générales

Il faut réduire l'état d'agitation, protéger le patient contre ses propres agissements (possibilité d'achats pathologiques ; de conduites sexuelles à risque, de violence...) et, dans un second temps, prévenir la rechute.

5.2- Médicaments

Le traitement en phase aiguë repose sur les neuroleptiques (Haldol, Nozinan). Il peut être prescrit par voie injectable si le patient refuse le traitement.

VI- CONDUITE A TENIR DE L'AUXILIAIRE

6.1- accueil du patient

Il faut l'installer dans sa chambre (si nécessaire en chambre d'isolement), procéder à l'inventaire de ses affaires, le mettre à l'écart des stimulations et lui faire respecter le cadre du service.

6.2- Observation infirmière

Recueillir, si possible, les éléments de l'histoire du patient (épisode antérieur, traitement...), observer la symptomatologie afin de prévenir tout débordement

6.3- Surveillance

Surveiller :

- ☐ Le traitement ;
- ☐ L'efficacité du traitement sur l'humeur, l'état d'agitation, le sommeil, le trouble de l'attention, les idées de grandeurs ;
- ☐ Les effets secondaires du traitement (sommolence...).

6.4- Conduite à tenir de l'auxiliaire en chambre d'isolement

La mise en chambre d'isolement est utilisée lorsque l'état d'agitation du patient n'est plus gérable dans le service et/ou qu'il se met en danger.

Elle permet de mettre le patient à l'abri des stimulations extérieures, de l'isoler des autres patients et de mieux le surveiller. Il ne faut pas aller voir seul le patient s'il y a un risque de violence.

C- LES PSYCHOSES

INTRODUCTION

Elles sont les maladies les plus invalidantes en psychiatrie. Elles se distinguent à l'opposé des névroses par une méconnaissance par le patient de ses troubles et par une distorsion de la réalité. Le patient psychotique n'est pas toujours délirant.

On distingue les psychoses aiguës ; appelées bouffées délirantes aiguës et les psychoses chroniques (schizophrénie, délires paranoïaques...).

OBJECTIF GENERAL

Le cours vise à amener l'étudiant auxiliaire de santé à connaître les troubles psychotiques.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

L'étudiant auxiliaire de santé doit être capable de :

- 1- faire la différence entre psychose aiguë et psychose chronique
- 2- citer les axes principaux du diagnostic de la schizophrénie
- 3- énumérer deux caractéristiques du délire paranoïaque
- 4- citer trois étiologies d'une bouffée délirante aiguë

CHAPITRE I : SCHIZOPHRENIE

I- DEFINITION

La schizophrénie est une maladie qui se définit par des idées délirantes et/ou un discours et un comportement désorganisés associés à une perturbation majeure de la vie sociale, professionnelle et affective.

II- EPIDEMIOLOGIE

La prévalence pour la vie toute entière se situe autour de 1%.

III- DIAGNOSTIC

Le diagnostic s'établit autour de trois axes principaux :

- le délire (appelé symptômes positifs)
- la dissociation et
- le repli autistique (appelé symptômes négatifs).

▪ **Délire**

Le délire est qualifié de paranoïde c'est-à-dire que ses thèmes et ses mécanismes sont polymorphes :

- le patient a l'impression que l'on peut lire dans ses pensées, qu'on peut le téléguider,.
- le patient a impression d'être en dehors de son corps, que son corps est différent, transformé, etc.,

▪ **Dissociation**

La dissociation se définit quand la pensée, l'acte et l'affect ne sont plus reliés harmonieusement (par exemple, dire en souriant que sa mère est morte et qu'on l'aimait beaucoup...).

▪ **Repli autistique**

Il traduit la perte de contact avec la réalité extérieure. Il se manifeste par un retrait de la vie sociale.

IV- FORMES CLINIQUES

On distingue plusieurs formes de schizophrénie :

- ❑ **La schizophrénie paranoïde** : se caractérise par un délire très riche
- ❑ **La schizophrénie hébéphrénique** : prédominance des symptômes dits « négatifs » : le repli autistique
- ❑ **La schizophrénie simple** : symptomatologie est dominée par le syndrome dissociatif et le repli autistique

- ❑ **La schizophrénie héboïdophrénie** : ici les symptômes de la schizophrénie sont associés à ceux de la psychopathie : violence, intolérance à la frustration, passage à l'acte, impulsivité
- ❑ **La schizophrénie catatonique** : le sujet est dans une attitude de repli figé, dans un état d'inertie avec conservation des attitudes.

V- EVOLUTION

Le risque majeur est le suicide (environ 10% de schizophrènes se suicident).

Il peut suivre une dépression.

Le patient peut commettre des actes délictuels voire criminels.

VI- TRAITEMENT

Mesures générales

-L'hospitalisation est indiquée en cas de crise aiguë.

-Le traitement médicamenteux repose sur les neuroleptiques.

Médicaments

-Les neuroleptiques (nozinan, largactil)

-Les antidépresseurs (anafranil, tofranil)

VII- CONDUITE A TENIR

❑ Accueil du patient

-Il y a parfois besoin d'une hospitalisation dans les crises aiguës.

-Il faut informer le patient et sa famille des modalités de l'hospitalisation (libre, sous contrainte, droit de visites, etc.) avec le Médecin.

❑ Traitement initial

-Aider le patient à prendre son traitement.

- Amener le patient à dire ce qu'il ressent.
- Amener le patient à participer aux activités dans le service.
- Prévenir les effets secondaires les plus fréquents : somnolence, sécheresse de la bouche, constipation etc.
- Stimuler le malade pour sa toilette, son alimentation...

❑ Traitement au long cours

- Le traitement au long cours permet au patient d'éviter les rechutes.
- L'auxiliaire de santé et l'infirmier peuvent faire des visites à domicile afin d'éviter l'isolement, voir si le malade peut se prendre en charge lui-même.

CHAPITRE II : DELIRES PARANOIAQUES

I- DEFINITION

Le délire paranoïaque est une maladie chronique qui survient chez des sujets ayant une personnalité paranoïaque. Le délire paranoïaque est logique. Il n'y a pas d'hallucination dans les délires paranoïaques.

II- DIAGNOSTIC

Le délire paranoïaque est caractérisé par le fait que:

- Le paranoïaque pense que tout le monde lui veut du mal.
- Le discours du paranoïaque est logique, bien construit.
- Le paranoïaque interprète abusives les faits :

Le patient interprétera les visites des voisins, l'éclairage de leur maison, le bruit des chiens comme des signes de leur malveillance) ;

-**NB** : La logique de son discours amène souvent plusieurs personnes de l'entourage du patient à partager ses convictions délirantes.

III- EVOLUTION

Les deux risques principaux sont le suicide et le passage à l'acte hétéro-agressif (agression, assassinat).

IV- TRAITEMENT

3.1- Mesures générales

Ces patients sont en général soignés à l'hôpital soit lors d'une tentative de suicide soit après une agression.

Deux attitudes sont à éviter : la compassion qui renforce l'attitude du patient et l'opposition qui aboutit inévitablement sur la rupture du lien thérapeutique voire à l'inclusion du soignant dans le délire du patient.

3.2- Médicaments

-Neuroleptiques : ils sont les principaux médicaments utilisés dans les délires paranoïaques.

-Antidépresseurs : les antidépresseurs sont associés à un traitement anxiolytique

V- ROLE DE L'AUXILIAIRE

4-1 Accueil du patient

-Installation dans sa chambre.

-Fouille des affaires en sa présence.

-L'attitude du soignant doit être neutre (maîtriser d'éventuels sentiments agressifs) tout en rapportant les événements de la réalité (mais sans rentrer dans les discussions sans fin).

4-2 Prise des constantes et surveillance

-Il faut s'assurer qu'il prend son traitement, surveiller leurs effets secondaires et leur efficacité sur les éléments délirants.

-Il est important d'expliquer chaque étape du traitement au patient méfiant : les transmissions qui sont notées dans son dossier sont soumises au secret médical.

CHAPITRE III : BOUFFEE DELIRANTE AIGUE

I- DEFINITION

La Bouffée Délirante Aiguë est la survenue brutale d'un délire avec plusieurs thèmes délirants sans enchainement logique.

II- ETIOLOGIE

- Intoxication
- Stress
- Traumatisme émotionnel
- infections
- traumatisme crânien
- Tumeur
- Accouchement (*psychoses puerpérales*) [2]

III- DESCRIPTION CLINIQUE

❑ **Le délire** : il apparaît de façon brutale.

- Les hallucinations auditive et les troubles du comportement seront là dès le début.
- Le patient dit qu'on est contre lui, qu'il est l'enfant d'un homme célèbre...
- Le patient a des d'hallucinations auditives. Le sujet aura tendance à interpréter. Le sujet passe d'un thème à l'autre.

❑ **Le vécu** : Il y aura ainsi une adhésion absolue du sujet à son délire, avec réactions.

IV- EVOLUTION

- 1/3 des sujets ne fera plus de bouffée délirante ;
- 1/3 en fera à nouveau une ou plusieurs autres ;
- 1/3 évoluera vers une chronicité, vers la schizophrénie.

V- TRAITEMENT

5.1 Mesures générales

Il s'agit le plus souvent d'une *urgence* psychiatrique, nécessitant une hospitalisation. L'hospitalisation vise à éviter les passages à l'acte dangereux.

5.2 Chimiothérapie

Elle est indispensable et fait appel *aux neuroleptiques*. La voie parentérale est souvent nécessaire les premiers jours avec relais par voie orale.

VI- ROLE DE L'AUXILLIAIRE

- ☐ *Expliquer les soins et le traitement ;
- ☐ Surveiller la prise du traitement, le pouls, la tension artérielle, la température, le transit, les effets secondaires des neuroleptiques ;
- ☐ *Aider le patient à verbaliser ses affects, à parler de son délire tout en l'aidant à le critiquer, à reprendre pied dans le réel.
- ☐

10 CONSEILS POUR UNE BONNE SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

1- Manger équilibré pour devenir plus fort et prendre ses médicaments tous les jours pour résister aux maladies ! Chaque jour, il faut manger des fruits et légumes, manger moins gras et moins sucré, boire au moins 1,5 litre d'eau, consommer du lait...

Eviter les excitants (drogues, tabac, alcool ...)

2. Faire du sport et avoir des loisirs pour oublier les soucis et être mieux dans son corps et sa tête. Régulièrement, il faut faire du sport (marcher, jouer au football, footing...), rendre visite à ses amis, prendre de l'air... Bref se détendre !

3. Entretenir de bonnes relations familiales, amicales et professionnelles pour être plus épanoui(e). Il faut avoir de bonnes relations avec les personnes

avec qui nous vivons ou travaillons et éviter les conflits ou tout faire pour les résoudre.

4. Avoir confiance en ses capacités car sans estime de soi, point de qualité de vie ! Il faut apprendre à se connaître, à connaître ses forces et ses faiblesses, à s'accepter tel que l'on est afin de donner le meilleur de soi-même à chaque occasion!

5. Etre réaliste dans ses besoins et faire preuve de bon sens !

Il faut faire preuve de sagesse et de bons sens pour satisfaire ou non ses envies, ses désirs, et surtout ses besoins.

6. Gérer efficacement son argent car les problèmes financiers sont source de stress ! Pour les dépenses, il faut privilégier les choses nécessaires et utiles en évitant celles souhaitées !

7. Maîtriser ses émotions (joie, amour, colère, peine, tristesse, jalousie ...) et les exprimer dans le respect de l'autre ! Il faut contrôler ses émotions et les exprimer dans le respect de l'autre.

8. Accepter les critiques et les conseils pour s'améliorer !

Les critiques et les conseils permettent de s'améliorer. Il faut prendre le temps d'y réfléchir !

9. Prendre soin de soi et se faire plaisir ! Prêter attention à ses sentiments et besoins. Il faut pratiquer les activités par plaisir et non par contrainte (sorties détentes à la plage, à la campagne, promenade pour changer d'air...)

10. Ne pas rester dans la solitude ni dans la souffrance en silence. Il faut briser l'isolement !

Partager avec notre entourage nos joies et nos peines permet d'en limiter l'importance, d'être compris, soutenu, soulagé.

LA SANTE MENTALE, c'est l'équilibre de l'Homme !

LA GESTION DU STRESS

- 1 - Bonne gestion financière
- 2 - Sortir avec des amis
- 3 - Retrouver un équilibre spirituel
- 4 - Faire des exercices de relaxation : contrôle respiratoire, respiration abdominale, relaxation
- 5- Identifier le problème et prendre le temps de le résoudre ;
- 6 - Echanger avec les collègues à propos des cas difficiles, de la perception des activités quotidiennes ;
- 7 - Avoir un bon style de vie : dormir suffisamment, entretenir des relations gratifiantes, éviter les excitants (alcool, tabac, autres drogues), avoir des repas équilibrés (fruits et légumes)
- 8- Faire des exercices physiques ;
- 9- Savoir organiser son temps de repos et de loisirs : prendre ses congés