



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

UEC 24

Santé Mentale et Addictologie

Panorama (ultra) rapide de la
psychiatrie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Ambre FAUCHER à partir du cours de Mr Arbus présenté 15/11/2023.

Panorama (ultra)rapide de la psychiatrie

I. Préambule

En santé mentale il y a une stigmatisation du malade mentale :

- La maladie mentale reste mystérieuse et difficile à concevoir
- Elle peut priver le malade de son libre arbitre => c'est la pathologie de la liberté
- Elle handicape le malade dans ses capacités d'interaction avec autrui – c'est la pathologie de la relation
- Le malade devient « étranger » au monde – il fait peur

La société s'est toujours protégée du « fou » : *le fou est dangereux...*

Dans ce domaine de la médecine les amalgames « ont la peau dure » pourtant, les comportements fous ne sont pas toujours les comportements d'un fou => le psychiatre va être par exemple questionné pour aider à différencier le malade mental du criminel

La souffrance psychique est une douleur bien particulière. L'anxiété, le chagrin, les états dépressifs, si fréquents, ne sont pas toujours pathologiques. Pourtant, il existe une tendance à « psychiatriser » notre quotidien... la fabrique de nouvelles entités pathologique dans le champ de la psychiatrie

Le juridique va, surtout depuis le 20^{ème} siècle en France, s'immiscer dans le dialogue entre Psychiatrie et société et c'est de cette articulation dont il sera question ici.

II. Qu'est-ce que la Psychiatrie ?

La Psychiatrie est aujourd'hui une branche de la médecine, une spécialité médicale. Son objet est : le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies mentales.

La Psychiatrie présente de caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales :

- Rien au bilan biologique... rien au scanner ou à l'IRM cérébrale...
- Les maladies mentales restent des maladies « fonctionnelle » (attention ≠ de lésionnelles) même si c'est dans le cerveau que tout ce passe...
- Il existe toujours un degré d'incertitude pour un diagnostic posé... c'est un diagnostic uniquement clinique

La psychiatrie n'est pas :

- La neurologie (pathologie du système nerveux central, des voies motrices et sensorielles impliquées dans les fonctions instrumentales)
- La psychologie (qui a pour objet l'organisation et le système relationnel de l'individu normal dans son milieu naturel, son comportement)
- La sociologie (qui a pour objet l'institution sociale dans laquelle l'individu a normalement sa place)

Pourtant la Psychiatrie se doit d'être une approche biopsychosociale. C'est-à-dire qu'elle doit combiner une compréhension de la biologie du cerveau, de la psychologie de l'individu et des effets de sa situation sociale.

Parmi les troubles mentaux, il y a :

- La dépression
- Les troubles bipolaires
- La schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Les TNCM (syndromes démentiels)
- La déficience intellectuelle et les troubles du développement, comme l'autisme

III. Qu'est-ce qu'un trouble mental ? DSM5

Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement.

Qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques, développementaux sous-tendant le fonctionnement mental.

Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement.

Les réactions attendues ou culturellement reliées à un facteurs de stress commun à une perte comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux.

Les comportements déviants sur le plan social (par exemple sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut.

a. OMS : Santé mentale (≠ de la maladie mentale)

La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui révèlent directement ou indirectement du « bien-être », tel qu'il figure dans la définition de la santé établie par l'OMS comme étant « un état de complet bien-être physique mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »



IV. L'enferment puis le « grand enfermement »

a. Des maladies trop complexes ?

Les « troubles de l'esprit » ont longtemps été considérés comme des maladies « surnaturelles », effrayantes. L'isolement et l'enfermement ont longtemps été la solution puis ont même été jugés comme thérapeutiques ».

Les maladies mentales ne sont pas de « simples » maladies organiques : elles altèrent l'homme dans son « humanité » (aliénés) plus que dans sa « vitalité ». Ce qui en fait des maladies qui sont très difficiles à diagnostiquer.

« Pathologie de la vie de relation au niveau de l'intégration qui assure l'autonomie et l'adaptation de l'homme dans les conditions de son existence » (H. EY 1900 – 1977)

b. Petite et rapide histoire de la psychiatrie ...

La manie, la mélancolie, l'épilepsie, l'hystérie, le délire était déjà considéré comme des maladies « naturelles » par la médecine gréco-latine ou arabe.

Mais au moyen âge et au début de la Renaissance, la « démonologie » inspira les pires excès => les possédés et les sorcières devaient disparaître (=> brûler)

Au XVIe et XVIIe siècle, la médecine mentale gagne peu à peu ses droits de cité (c'est-à-dire qu'elle gagne un peu plus en plus de crédibilité et de valeur dans la société).

Il n'existe pas de traitement spécifique de la folie. Depuis le Moyen Age, sans distinction entre les pauvres, les vagabonds et les fous, c'est l'enfermement qui domine (Hôtel-Dieu, cachots et culs de basse fosse pour les « fou-furieux »).

1) Philippe Pinel

A exister entre 1745 et 1826, né à Jonquières (dans le Tarn), issu d'une famille de chirurgien. Il rentre en 1793 à Bicêtre (c'est un bâtiment qui a été : hôpital pour les invalides militaires, asile d'aliénés et prison parisienne). Philippe Pinel a été en 1800 à l'origine du Traité médico psychologique de l'aliénation mentale.

Le fait psychiatrique va s'organiser autour du concept de diminution voire de l'altération pathologique du libre arbitre. Ce n'est pas un hasard si la psychiatrie naît en France au moment de la Révolution.

Le malade mental va être consacré comme « malade » en 1793 : A Bicêtre, Philippe Pinel brise les chaînes des aliénés (ne pas oublier Jean Baptiste Pussin). Ce sont les premiers fondements de l'aliénisme.



Les limites de la « répression sociale », des malades sont posées en même temps que la nosographie des maladies mentale s'impose peu à peu (traité médico- philosophique de la manie, de Pinel en 1801). Traitement moral (parler avec douceur, entendre les maux, privilégier le calme et l'ordre).

Les descriptions cliniques des maladies se précisent (nosographie) avec le souci de découvrir leur substratum organique en suivant le mouvement de la science anatomoclinique du début et tout au long du XIXe siècle.

Aujourd'hui encore, on cherche...

V. L'internement comme mesure médicale et administrative

Au XIXème siècle, développement de l'aliénisme et de l'asile.

⇒ Dès le début du siècle, la médicalisation de la prise en charge du traitement des fous, conduit par l'aliéniste, s'étend et se généralise. Des asiles sont construits dans la majorité des départements avant et surtout à partir de la Loi du 30 juin 1838 dit loi Esquirol.

⇒ L'isolement des aliénés est le « premier et le plus énergique des moyens de traitement »

a. Loi du 30 juin 1838

L'article 1^{er} ordonne à chaque département d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés. La loi prévoit deux sortes de placement :

- Les placements dits « volontaires », c'est-à-dire opérés par la famille ou par un tiers
- Les placements ordonnés par l'autorité publique, appelés « placement d'office »

L'état se donne les moyens financiers nécessaires à l'enfermement d'un nombre considérable d'aliénés.

Depuis la loi de 1838 et jusqu'au début du XXe siècle, la population asilaire a été multipliée par 5 voire sur 6 en 60 ans alors que la population française a augmentée de seulement 17%.

Mais dès la fin du siècle se développe la critique de la séquestration.

Les asiles s'ouvrent progressivement. L'asile d'aliénées devient en 1937 hôpital psychiatrique et plus tard, Centre Hospitalier spécialisé (CHS).

Non prévus de la loi de 1838, les premiers services libres ouvrent leurs portes dans les années 1920. La psychiatrie « hors les murs » naît avec l'ouverture des premiers dispensaires et les soins en cabinet privé.

VI. L'ère thérapeutique

Émergence de la psychanalyse et de l'analyse existentielle début du XXème siècle : apporte à la psychiatrie les bases psychologiques qui lui manquaient.

⇒ On parle de sujet

VIII. Thérapies cognitivo-comportementales

Développement des modèles cognitivistes et comportementalistes dès le début du XXème siècle.

Application à la thérapie des maladies mentales à partir des années 70.

a. Thérapie de « choc » :

- Cure de Sakel : coma insulinique – année 1930 à 1960
- Packing (introduit en France vers 1960 par le psychiatre américain Michael Woodbury)
- Sismothérapie (électrochocs, ECT) : Ugo Cerletti et Lucio Bini, 1938

b. ETC

Issue des « thérapie de choc » :

- 1932, Von Meduna : antinomie entre schizophrénie et épilepsie
- Comment provoquer des convulsions ?
 - o Camphre
 - o Pentylentétrazol
- Travaux de laboratoire de Cerletti :
 - o 1934 : choc électrique avec électrodes ano-rectales sur l'animal (50% DC)
 - o Lucio Bini : électrodes trans-crâniennes (abattoirs de Rome)
 - o 1938 : 1^{ère} ECT sur un patient souffrant de schizophrénie

IX. La révolution des thérapeutiques biologiques

Synthèse de la chlorpromazine, utilisée pour prévenir le choc opératoire par Laborit => créer un état d'indifférence et de détachement.

Utilisation en psychiatrie par Deniker et Delay (hôpital Sainte Anne)

⇒ Publication en 1952

- En 1954 : 1^{er} anxiolytique non barbiturique
- En 1957 : 1^{er} Benzodiazépine, 1^{er} antidépresseur (imipramine)

Reprise des études sur le lithium en 1954 et mise en évidence de son rôle préventif dans les troubles bipolaires (PMD) en 1967.

⇒ La culture ambulatoire devient possible

X. La sectorisation psychiatrique

Mise en application :

- Mise en place par la circulaire du 15 mars 1960
- Progressivement sur tout le territoire
- Progressivement sur le territoire

Définition administrative :

- Découpage géo-démographique de 70 000 habitants
- Structures hospitalières
- Importance des structures extrahospitalières : hôpitaux de jours, CATTP, CMP, atelier thérapeutique...

Objectifs triples : traiter à un stade précoce, séparer le moins possible le malade de sa famille, assurer les soins de postcures pour éviter la ré-hospitalisations.

Principes :

- Accessibilité à TOUS les malades d'une aire géographique
- Traitement le plus précoce possible, prévention
- Assurer une postcure pour éviter les rechutes et re hospitalisations : suivi
- Traitement le plus proche possible du lieu de résidence pour séparer le moins possible le patient de son milieu
- Prise en charge en équipe multidisciplinaire pour une continuité des soins et de la prise en charge
- Travail de lien avec la famille, les autres intervenants médicaux ou paramédicaux
- Prise en charge globale du patient

a. Les centres médicaux psychologique (CMP)

Les CMP s'inscrivent dans le secteur comme structure de pivot. Permet une prise en charge globale du patient. Dans les CMP il y a des équipes médicales pluridisciplinaires :

- Médecins
- Psychologues
- Assistantes sociales
- Infirmiers
- Secrétaires

XI. Aujourd'hui, le respect du consentement aux soins et des droits du patient

Après plus de cent cinquante ans de fonctionnement, la promulgation de la loi du 27 juin 1990, *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux*, introduit un certain nombre de conditions devant garantir les droits des personnes malades.

Réformée en juillet 2011 et septembre 2013 : les soins sans consentement (programme de soins, pas nécessairement en hospitalisation complète) et contrôle du juge des libertés et de la détention (au 12^{ème} jour de l'hospitalisation)

Toujours les mêmes dispositions :

- Le principe est le soin libre
- Toujours deux modes de contrainte : tiers et préfet (dangerosité pour autrui)
- Deux conditions : nécessité de soins urgents et incapacité à consentir

Mais le contrôle du juge, obligatoire, est un dispositif garant du respect des droits du patient dans ce contexte où le patient reste très vulnérable du fait de son trouble mental.

XIII. L'offre de soins en Psychiatrie (chiffre de 2014, DREES)

Sur 635 établissements de santé spécialisés pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie, plus de la moitié sont des établissements publics.

L'autre moitié se répartit à part égale entre les cliniques privées, essentiellement portées sur une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif dont la plupart assurent des missions de service public hospitalier.

C'est à partir des années 50 et la découverte des molécules psychotropes que le nombre des lits psychiatriques chute de 555 000 en 1955 à 370 000 en 1969 et 80 000 en 199. Cette baisse a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'est établi à environ 57 000 en 2014.

Les patients sont le plus souvent reçus en ambulatoire : 76% des patients reçus au moins une fois dans l'année.

XIV. Définition : troubles mentaux

La souffrance psychique = état de mal-être, pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. La prise en soin de la souffrance psychique dépend de l'intensité, de sa permanence, de sa durée des conséquences.

Les troubles mentaux : font référence à des classifications diagnostiques internationales correspondant à des ensembles de troubles mentaux (symptômes) et de critères spécifiques.

- ⇒ Relève d'une prise en charge médicale
- ⇒ Plus ou moins sévère, de durée variable, pouvant entraîner une situation de handicap psychique

La souffrance psychique et les troubles mentaux ne sont pas des notions exclusives l'une de l'autre.

XV. Situation actuelle

- Enquête internationale, 2005 (ESEMED – EPREMED)
 - o Plus d'1/3 de la population française a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie et 1/5 dans l'année en cours

Le premier trouble mental : les troubles anxieux (12-13%)

Le 2^{ème} trouble mental : troubles de l'humeur (8-11%)

Les pathologies psychiatriques :

- 1^{er} rang des causes médicales de pension d'invalidité (2006)
- 2^{ème} cause médicale d'arrêt de travail (2004)
- 4^{ème} cause d'affection de longue durée (2004)
- Lourdes conséquences : individuelles et familiales
- Coût (direct et indirect) élevé : 3-4% du PIB de l'UE (2005)

XVI. Intérêt des classifications

Particularité du diagnostic des troubles mentaux :

- Basé sur un faisceau d'arguments
- Pas d'examen paraclinique concret
- Référentiels théoriques différents

Risque de diagnostic différent chez des patients ayant des symptômes communs...

Nécessité d'un « consensus » entre les cliniciens et les chercheurs (d'orientations théoriques différentes) pour s'accorder sur des diagnostics => remédicalisation de la psychiatrie

- Naissance des classifications
- Description statistique des symptômes sur lesquels reposent les diagnostics des pathologies mentales

a. Classification psychiatrique

CIM-10 (ICD-10), 1992 :

- Classification internationale des maladies
- Réalisée par l'OMS
- « Toutes les maladies humaines et autres raisons de recourir aux services de santé »
- F00-F99 : troubles mentaux et du comportement (chap.V)

DSM-5, 2013 (traduction française, 2015)

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders
- Réalisée par l'association américaine de psychiatrie (APA)

1) L'exemple du DSM

Mis en place dans les années 80. Détermine une approche descriptive des troubles – approches statistique afin d'homogénéiser les diagnostics.

Le concept de trouble mental, sans orientation causale, remplaçant celui de maladie mentale.

Le DSM permet de poser des critères qui sont partagés par tous : donne une définition précise et univoque ; critères validés empiriquement ; symptômes observables et sans ambiguïtés pour le praticien.

Le DSM était initialement destiné à la recherche.

XVII. Les critères pour définir un trouble mental

- Critères sémiologiques
- Critères d'évolution temporelle
- Critères fonctionnel (impact psychologique et social)

a. Exemple : critères de l'épisode dépressif caractérisé

Signes majeurs :

- Une humeur dépressive
- Ou une perte d'intérêt ou de plaisir : anhédonie

Accompagnée par au moins 4 autres symptômes, parmi ceux-ci :

- Modification du poids
- Trouble du sommeil
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue
- Dévalorisation ou culpabilité
- Troubles cognitifs
- Idées noires

Persistance depuis au moins 2 semaines, entraînant une souffrance et un dysfonctionnement social.

Représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

XVIII. Les catégories diagnostiques principales

- Les troubles neurodéveloppementaux
- Les syndromes démentiels
- Les troubles de l'humeur
- Les troubles psychotiques
- Les troubles anxieux
- Les troubles somatoformes
- Les troubles dissociatifs
- Les troubles addictifs (toxicomanies)
- Les troubles de la personnalité
- Les troubles alimentaires