



PSYCHIATRIE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : très variés, plutôt adultes d'environ 40ans. Particularités : à l'UMPSA et UF4 -> âge > 65 ans ; aux urg -> plus jeunes, possibilité de mineurs (>15ans)

Service : arrivée 8h30, hôpital psychiatrique (site PPR) ou bâtiment Laporte UF3-UF4 -> UF4 orienté EDC résistants aux ttt, UF3 orienté addiction
UF1-UF2 -> UF1 secteur fermé (*soins sous contraintes*), UF2 orienté troubles du comportement alimentaire (TCA)

UMPSA -> lundi, visite au secteur A de neuro-gériatrie (*hôpital Garonne*)

Mardi et mercredi, interventions sur différents sites si demande d'avis psy

Jeudi, consultations avec le Dr Hugot et vendredi consult au centre mémoire

Urgences psychiatriques // Consultation

Pédopsy = stage à part



LEXIQUE

BDA = bouffée délirante aigue	représentant de l'Etat	chronique (<i>forme de schizophrénie tardive</i>)	TCC = thérapie cognitivo-comportementale
ECT = électroconvulsivothérapie ou sismothérapie	HDT = hospit à la demande d'un tiers	PI = péril imminent	TS = tentative de suicide
EDC = épisode dépressif caractérisé	IDS = idées suicidaires	PMD = psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire	TSA = trouble du spectre autistique
HDRE = hospitalisation à la demande d'un	IMV = intoxication médicamenteuse volontaire	TAG = trouble anxieux généralisé	UMPSA = unité mobile de psychiatrie du sujet âgé

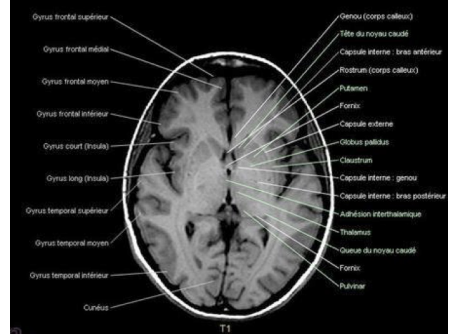




RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Anatomie : la seule chose pouvant être utile est l'interprétation des IRM cérébrales (*faire le distingo patho purement psychiatrique et patho neurodégénérative = principal problème diagnostic chez le sujet âgé*)

Guetter les atrophies corticales et les séquelles d'AVC !



PRINCIPALES PATHOLOGIES

EDC : la classique « dépression ». Fréquent chez le sujet âgé +++

Critères diagnostiques -> tristesse de l'humeur ou perte de plaisir dans les activités (= *anhédonie*) pendant > 15 jours consécutifs ET au moins 5 symptômes (*trouble appétit, trouble sommeil, fatigue, trouble concentration, ralentissement psychomoteur (RPM) ou agitation, dévalorisation/culpabilité, IDS*)

Peut avoir une composante anxieuse ou délirante (*perte de contact avec la réalité*)

Mélancolie délirante -> forme de dépression sévère qui est une urgence. Eoussement des affects, RPM ++

Trouble bipolaire : diagnostiqué sur -> au moins 1 épisode maniaque = type I (*idées de grandeur, tachypsychie, agitation... avec altération fonctionnement*) -> un EDC et un épisode hypomaniaque = type II

Schizophrénie (scz) : au moins 2 troubles observés avec > 6 mois d'évolution Syndrome positif avec idées délirantes +/- hallucinations

Syndrome négatif avec éoussement des affects, pauvreté du discours, aboulie/apragmatisme (*ne plus initier des activités, perte d'intérêt*)

Désorganisation cognitivo-comportementale et affective

Trouble de la personnalité : pas une pathologie classique car pas de traitement (TTT) médical, est ancré chez la personne. Facteur de risque (FDR) de développement d'autres pathologies psychiatriques. Séparé en 3 clusters (A-B-C), le trouble de la perso le plus courant étant le borderline (*cluster B*)



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

S'asseoir à côté du patient, à sa hauteur, ne pas poser des questions de façon trop systématisée, essayer d'être plus dans la discussion mais des points sont à ne pas oublier. Toujours avoir les critères diagnostiques du DSM-V (manuel de psychiatrie internationale) à l'esprit pour guider l'interrogatoire

Traitement : les ttt psychotropes habituels, questionner l'observance ++
Penser à demander s'ils ont récemment pris des corticoïdes car c'est un gros FDR de décompensation de pathologie psychiatrique

Prise de **toxiques** (si besoin faire un bilan toxiques urinaires + éthylotest)

Contexte : facteurs déclenchants de l'EDC ou de décompensation psy comme un deuil, une perte d'emploi, une rupture....

Présentation : comment est le patient, souriant ou amimique, négligé, bizarre...

Discours : logorrhée (*parle vite/bcp*), tachypsychie (*pensées trop rapides*)...

Contenu de la pensée : évaluation du risque suicidaire RUD :

Risque = patho psy sous jacente, addictions associées, contexte psychosocial, antécédents fam et perso... Facteurs protecteurs (*famille, projets, religion*)

Urgence = déjà planifié, sait comment, quand...

Dangerosité = a accès à un moyen létal, projet altruiste (*ex : l'époux qui prévoit de tuer sa femme en même temps car elle ne pourrait pas se débrouiller sans lui*)

Idées délirantes -> les rechercher et les caractériser avec TOMATE = Thème, Organisation, Mécanisme, Adhésion, Thymie, Evolutivité

Hallucinations acoustico-verbales (HAV) ou **visuelles** : impression de voir/entendre des choses que les autres ne voient pas/n'entendent pas ?

Affects : tristesse ? apathie... et depuis combien de temps ?

Fonctions instinctuelles : appétit ? sommeil ? sexualité ?

Jugement et insight : altération du jugement ? conscience du trouble ?

EXAMEN PHYSIQUE

Examen clinique complet pour dédouanement **somatique** +++ : une étiologie psychiatrique est un diagnostic d'élimination

Insister sur la partie **neuro**



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bilan classique pour écarter une pathologie organique et rechercher les effets indésirables des psychotropes

Bio : NFS, plaquettes, BES, créat, bilan hépatique, glycémie, TSH

Toxiques urinaires et **éthylotest** // **ECG** (pré ttt) // **Imagerie** : cérébrale ++

MINI : entretien standardisé avec questions à poser, test de dépistage



THÉRAPEUTIQUES

Antidépresseurs :

Inhibiteurs sélectifs recapture de la sérotonine ISRS-> EI = allongement du QT, sd sérotoninergique, troubles sexuels

Inhib sélectifs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine ISRNS -> EI = HTA, sd sérotoninergique

Tricycliques -> EI = effets anticholinergiques

Anxiolytiques :

Benzodiazépines (BZD) -> EI = sédation/somnolence, pharmacodépendance, sd de sevrage à l'arrêt, dépression respiratoire, trouble de la mémoire

Anti H1 -> EI = effets anticholinergiques, sédation

Antipsychotiques :

Indiqués pour la schizophrénie et les idées délirantes. 1^{ère} génération -> Haldol°
2^{ème} G/atypiques -> olanzapine, risperidone... EI = effets anticholinergiques, spasticité et sd pyramidal, dyskésies, sd malin des neuroleptiques +++

Thymorégulateurs :

Indiqués dans les troubles bipolaires. Suivi bio ++ car nombreux EI

Lithium -> EI = nausées, diarrhées, somnolence, tremblements, trouble du rythme cardiaque, néphrotoxique ++

Anti-épileptiques ex : carbamazépine, dépakine, lamotrigine et valproate de sodium -> EI = tératogène (sauf lamotrigine), trouble de l'équilibre

NOTES

