

UE 7 Psychologie médicale
Dr. David Duroy
Jeudi 2/11/17 de 15h30 à 17h30
Ronéotypeurs : Chloé Jessen
Ronéoficheurs : Cécile Kasyc

Cours n°4

Décrire l'offre de soin en psychiatrie + Sémiologie obsessionnelle

Ce cours en regroupe 2, le prof est passé assez vite sur le premier et a plus détaillé le second. Ce n'est pas lui qui rédige le partiel donc il n'a pas pu nous donner les questions tombables et il a accepté de relire la Ronéo, la version corrigée sera mise sur le weebly.

Le référentiel de psychiatrie sur lequel les profs s'appuient pour faire le programme de psycho dès la D1 est téléchargeable gratuitement sur le site de l'AESP association d'enseignement de sémiologie psychiatrique.

PLAN

COURS 1

I. Offre de soins en psychiatrie

- A) Introduction
- B) Contexte épidémiologique
- C) Offre de soins en psychiatrie adulte
- D) Offre de soins en pédopsychiatrie
- E) Offre de soins spécifiques

COURS 2

I. PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

- 1. Généralités
- 2. Composantes des TOC
 - A) OBSESSION
 - B) COMPULSION
 - C) STRATEGIE D'EVITEMENT

II. THEMATIQUES DES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

- 1. Thème de la contamination
- 2. Thème de l'erreur
- 3. Thème des pensées interdites

III. DIAGNOSTIC ET COMORBIDITES

- 1. Critères diagnostiques des TOC selon le DSM 5
- 2. Comorbidités

COUR 1

I - Offre de soins en psychiatrie

A) Introduction

Dans le système de santé d'après l'OMS, on retrouve les Soins Primaires, les Soins Secondaires et les Soins Tertiaires.

Niveau I – Soins Primaires : c'est tout ce qui est entre le patient et le professionnel de santé, le premier recours (les soins d'urgence), l'ambulatoire (tout ce qui n'est pas l'hôpital), les soins de proximité, on parle de « porte d'entrée vers le système de soins »
Le pivot de l'offre de soins primaire est le médecin généraliste.

Niveau II – Soins Secondaires : c'est tout ce qui est service spécialisé (mais pas ultra-spécialisé, ce qui le différencie du soin tertiaire. *Exemple : un hôpital général avec un service de psy, on parle de soins secondaires car ils ne sont pas centre de référence*)

Niveau III – Soins Tertiaires : c'est tout ce qui est CHU, centres de référence (*exemple de Bichat qui est centre de référence en addiction comportementale*)

Les structures de soins sont regroupées en 3 catégories : Ambulatoires, Intermédiaires et Hospitalières.

- **L'ambulatoire** comprend les psychiatres libéraux (en ville, privé), les médecins généralistes, les **CMP (Centres Médico Psychologiques +++** qui sont des centres de consultations gratuites, pluridisciplinaires (infirmiers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux...) dispatchés dans toutes les villes (soins de proximité)

- **Les structures de soins intermédiaires** (avant d'arriver à l'hôpital) sont des structures qui vont être ouvertes de jour. On retrouve donc les **Hôpitaux de Jour (HDJ)** qui sont un peu plus médicalisés, et les **Centres d'Accueil thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)** où le patient est plus autonome.

- **Les structures hospitalières** avec 2 types de structures : les services hospitaliers publics et le secteur privé (les cliniques)

La base de l'organisation territoriale de psychiatrie s'appelle le **secteur**, c'est à dire que tout dépend de l'endroit où l'on habite (il y a forcément **un CMP près de chez nous**, à 15min max à pieds).

Le secteur est une offre de soins de psychiatrie publique, gratuite, qui propose aux patients à la fois des **soins de proximité** et une **unité d'hospitalisation** (si indication d'hospitalisation).

Le secteur est donc **pluridisciplinaire** (psychiatre, psychologue, infirmier, assistant social, éducateur spécialisé...) et repose évidemment sur le libre choix (le patient est psychiatrique mais peut par exemple faire le choix de partir dans le privé).

B) Contexte épidémiologique

Pourquoi a-t-on créé le secteur ?

Et bien parce que la psychiatrie (santé mentale) est un enjeu majeur de santé publique !

Les troubles psychiatriques sont **fréquents** et **évolutifs**, beaucoup sont **chroniques** et **source de handicap**.

Selon l'OMS, les troubles mentaux (dépressions chroniques, schizophrénie...) sont le 1^{er} contributeur **fardeau global** (terme épidémio) des maladies non transmissibles (devant les maladies cardiovasculaires et le diabète).

On voit donc qu'en plus d'être invalidantes, les maladies mentales sont fréquentes (en France 1 individu sur 5 est touché)

C) Offre de soins en psychiatrie adulte

En ce qui concerne les modalités de prise en charge en psychiatrie adulte, on retrouve comme vu précédemment, la **médecine ambulatoire** avec les **Centres Médico-Psychologiques** (pivot du secteur, soins gratuits, équipes multidisciplinaires), mais également d'autres types de soins comme l'intervention de psychiatres aux urgences et la **psychiatrie de liaison**.

Exemple de psychiatrie de liaison : patient hospitalisé en chirurgie orthopédique, il est schizophrène et délire ce qui angoisse le chirurgien, les infirmières alors ils appellent l'équipe de psychiatrie de l'hôpital.

La psychiatrie de liaison finalement, c'est donner des avis de psychiatrie dans d'autres services de spé.

Tout ceci regroupe donc les offres de soins ambulatoires, qui peuvent être à l'hôpital mais sur des patients qui vivent à l'extérieur (ne sont pas hospitalisés).

On a ensuite tout ce qui est intermédiaire, les **soins séquentiels à temps partiel**, avec :

- **L'hôpital de Jour** : c'est du soin **polyvalent** et plutôt **intensif** (*patients qui viennent le matin avec des activités thérapeutiques en journée, entretiens infirmiers, médicaux, ils reçoivent leurs médicaments et ils repartent le soir*) où les patients viennent plusieurs fois par semaine. Le principe est de **réinsérer** le patient dans son milieu de vie.
- **L'hôpital de nuit** : un peu le même principe (*ex : patient schizophrène qui, une ou plusieurs fois par semaine, va venir dormir à l'hôpital pour faire le point avec un psychiatre et recevoir ces traitements du soir*) et en journée, le patient peut être en HDJ ou il travaille ou il ne fait rien (bref il fait sa vie) !
- **les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel** : ce sont des centres d'accueil moins médicalisés que l'hôpital avec plutôt des activités occupationnelles (sorties, discussions...) dans le but de **renforcer l'autonomie** du patient.

Enfin on a les **soins continus en hospitalisation complète**, avec :

- **L'hospitalisation à temps plein** pour les patients psy en **phase aiguë** (*ex : patient déprimé avec idées suicidaires, schizophrène qui délire, bipolaire en phase maniaque...*). Si le patient est hospitalisé sur le secteur, ce sont les seuls établissements en France qui soient habilités à recevoir un patient hospitalisé sous contrainte.
- **les centres de post-cure** qui sont une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile (*ex : patient en hospitalisation à temps plein, au bout de 3 semaines il va mieux, il peut être envoyé en poste cure*)
- pour les séjours courts, les **centres d'accueil et de crise (CAC)** ou **U72** (pour 72 heures) et une autre alternative qui est **l'hospitalisation à domicile** (passage régulier de l'infirmier, du médecin à la maison)
- **les appartements thérapeutiques** pour les patients qui vont un peu mieux, qui ne sont plus en phase aiguë : les patients vont habiter à 3 ou 4 dans un appartement avec un passage pluriquotidien d'infirmiers et de médecins, toujours pour favoriser le retour à l'autonomie.

D) Offre de soins en pédopsychiatrie

Cette offre suit le même schéma que pour la psychiatrie adulte, c'est à dire :

- des **centres médico-psychologiques** spécialisés pour les enfants et de la **pédopsychiatrie de liaison** pour les soins ambulatoires.
- **L'hôpital de Jour** et **les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel** pour les soins séquentiels à temps partiel.
- des soins continus en hospitalisation complète avec des **services de pédopsychiatrie spécialisés**, **l'accueil familial thérapeutique** (*quand la famille de l'enfant ne peut pas gérer, par exemple parce que les parents sont eux aussi psy, et l'enfant est placé en famille d'accueil*) et des **structures de soins-études** (*ex : un enfant ou un ado qui serait psychiatrique mais on souhaite tout de même qu'il continue ses études*) où l'enfant/ado est hospitalisé le soir comme à l'hôpital et suit des cours le jour avec des enseignants qui sont sensibilisés au fait qu'il soit psy.

On retrouve aussi 2 types de structures spécialisées en pédopsychiatrie et qui sont hors secteur (on n'y accède pas en fonction de l'endroit où l'on habite) : le **centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)** (comme le CMP mais avec en plus un lien avec des enseignants), et le **centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** qui est un centre de consultation qui s'adresse aux plus petits (0-6 ans).

E) Offre de soins spécifiques

Au delà de la pédopsychiatrie adulte et de la psychiatrie adulte on a :

- la psychiatrie d'urgence
- la psychiatrie de liaison
- l'addictologie
- la gérontopsychiatrie (pour les personnes âgés)
- et tout ce qui relève du secteur pénitentiaire : psy de liaison (*ex : une personne en prison et qui est psy, on appelle le psychiatre de liaison*), le service médico-psychologique régional (*ex : une personne est en prison mais il y a aussi des lits de psychiatrie pour lui*), et l'unité hospitalière spécialement aménagée (structure récente pour les personnes psychiatriques dangereuses).

COUR 2

La sémiologie obsessionnelle regroupe deux pathologies : les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) et la personnalité pathologique obsessionnelle compulsive.

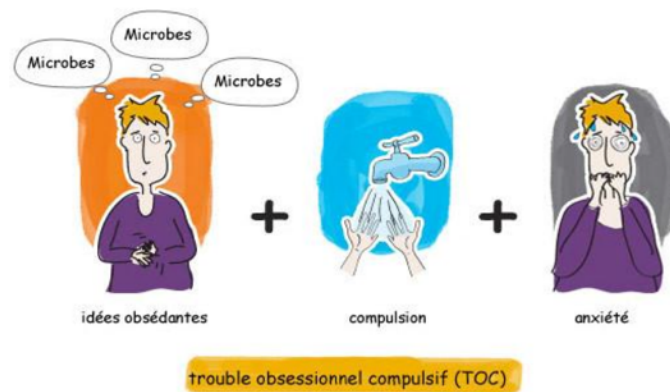
I. PSYCHOPATHOLOGIE DES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

1. Généralités

L'origine des TOC est multifactorielle, elle s'explique par :

- **une vulnérabilité génétique.** On a trouvé des gènes codant pour les protéines de la neurotransmission comme la sérotonine qui ont été modifiés.
- **des facteurs environnementaux** (affectifs, sociaux...) mais qui ne sont pas encore bien identifiés
- **la neurobiologie de l'individu.** On peut observer un déséquilibre des boucles cortico sous corticales (centre de contrôle) qui s'exprime par une hyperactivité orbito-frontale et un hypofonctionnement préfrontal dorso-latéral entraînant des difficultés de contrôle comportemental.

Le Trouble Obsessionnel Compulsif se définit par la présence **d'obsessions** et/ou de **compulsions** et s'associe généralement à de **l'anxiété**.



2. Composantes des TOC

A) OBSESSION

Une obsession est une **idée**, une **pulsion** ou encore une **image** qui s'impose à la conscience du sujet. Le fait que le sujet soit **conscient** de ces idées distingue l'obsession de la psychose (dans la schizophrénie par exemple).



Bien sûr on a tous des obsessions, mais celles-ci deviennent pathologiques lorsqu'elles sont :

- **récurrentes et persistantes**,
- ressenties comme **intrusives** et inappropriées
- source d'**anxiété** ou d'inconfort
- coûteuses en énergie, puisque l'on fait des **efforts** pour les **ignorer** ou les **réprimer**, ou encore pour les **neutraliser** à l'aide d'**autres pensées ou actions** (d'autres obsessions ou d'autres compulsions).

Exemple vidéo n°1 :

Le patient décrit une « fixation » sur les poils, la poussière dans son appartement, au point de ne plus pouvoir regarder son téléphone portable à cause de la poussière sur l'écran. Cette fixation l'a amené à mettre en place une sorte de rituel, des gestes de nettoyage afin d'être certain que la saleté était partie ➔ On retrouve ici l'obsession et la compulsion.

Il explique avoir développé une « peur d'avoir peur », peur de savoir qu'il allait se rappeler la tâche s'il la voyait et qu'il allait devoir vivre avec ➔ On parle d'anxiété anticipatoire, fréquente également dans les troubles anxieux. Il anticipe d'avance qu'il va être gêné par cette obsession.

B) COMPULSION

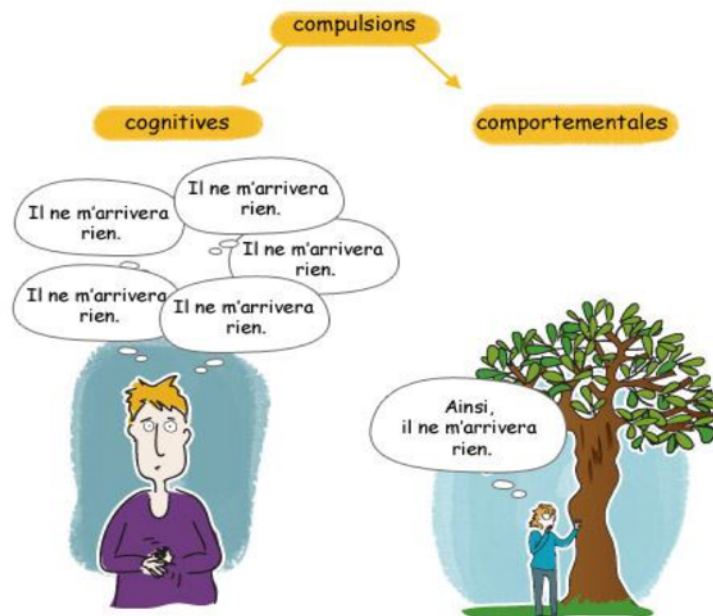
La compulsion est une **contrainte psychologique** qui pousse le sujet à accomplir un acte qui peut être un acte comportemental ou un acte mental.

Les compulsions sont donc :

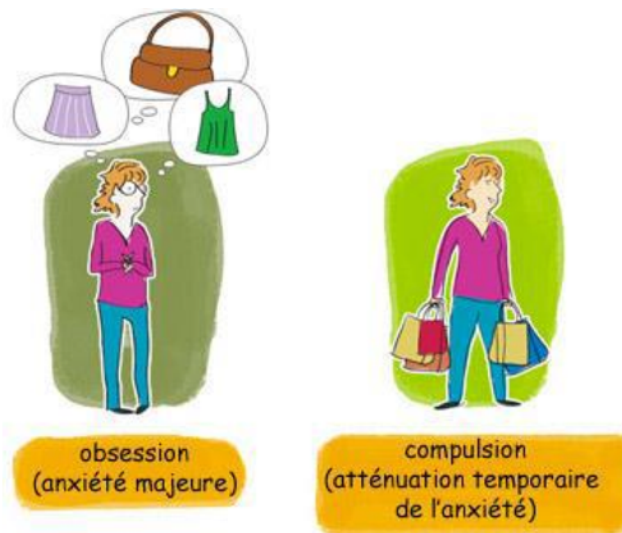
- Des **comportements répétitifs** comme se laver, ordonner, ranger, vérifier ... Il peut s'agir de superstitions.

ET/OU

- Des **actes mentaux** comme compter, répéter des mots.



Le sujet se sent poussé à les accomplir **en réponse à une obsession**, selon certaines **règles inflexibles**, dans le but de neutraliser ou diminuer le sentiment de **détresse** engendré par l'obsession ou **empêcher** un événement ou situation redoutés.



Exemple ici d'une femme qui a des compulsions d'achat : elle est en permanence obsédée par le fait d'acheter des choses, ça s'impose à elle et la rend anxieuse et elle finit par acheter pour calmer cette anxiété, quitte à se mettre financièrement en danger.

Exemple vidéo n°2 :

Le patient a une obsession d'ordre, il est perfectionniste. Ses compulsions l'amènent à définir des procédures pour optimiser les actes quotidiens. Il a une sorte de rituel le matin pour sa façon de se brosser les dents, de se raser, de s'habiller toujours de la même manière. Il se lave également les mains 5 fois par jour en plus de la toilette du matin et du soir. Toutes ses règles inflexibles qu'il s'impose sont des compulsions. Mais il se plaint de ces manies chronophages. On perçoit le sentiment d'inconfort, de souffrance, d'anxiété du patient.

Les **rituels** sont une sous-catégorie de compulsions. Il s'agit de compulsions réalisées de manière **précise** et très **stéréotypée** (par exemple les rituels religieux). Les rituels ne sont pas, en soi, pathologiques.

Exemple vidéo n°3 :

Le patient décrit ses rituels très stéréotypés comme fermer la porte 4 fois. Finalement ses rituels sont des compulsions.

Exemple vidéo n°4 :

Le rituel de la cigarette : le patient a décidé de moins fumer il y a quelques années et fume 1 cigarette par jour le soir. Il nous explique qu'il l'attend toute la journée et que celle-ci a un effet libérateur. Il y pense donc toute la journée (obsession) et fumer cette cigarette est un rituel très stéréotypé.

Dans cet exemple, être obsessionnel est protecteur puisque par sa rigidité et sa motivation à arrêter de fumer, le patient est certainement passé de 1 paquet à 1 cigarette par jour.

C) STRATEGIE D'EVITEMENT

Les stratégies d'évitement sont mises en place pour **limiter la survenue** des obsessions/compulsions. Ainsi on **évite les situations** favorisant l'émergence de TOC.

Par exemple quelqu'un de superstitieux, qui a une obsession de catastrophe après avoir croisé un chat noir va éviter la situation anxiogène en rentrant chez lui, plutôt que de poursuivre son chemin, lorsqu'il voit un chat noir.

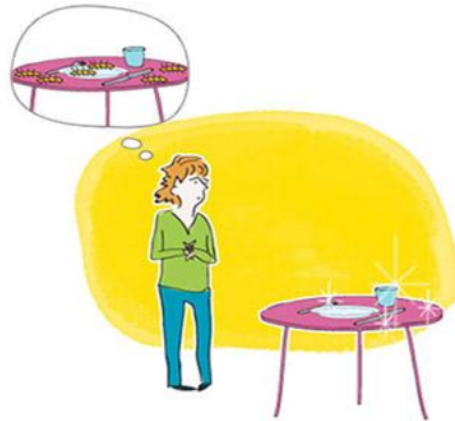
Les stratégies d'évitement sont très fréquentes dans tous les troubles anxieux, les toc, la phobie sociale...



II. THEMATIQUES DES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

On classe les TOC selon trois thèmes : la contamination, l'erreur et les pensées interdites.

1. Thème de la contamination

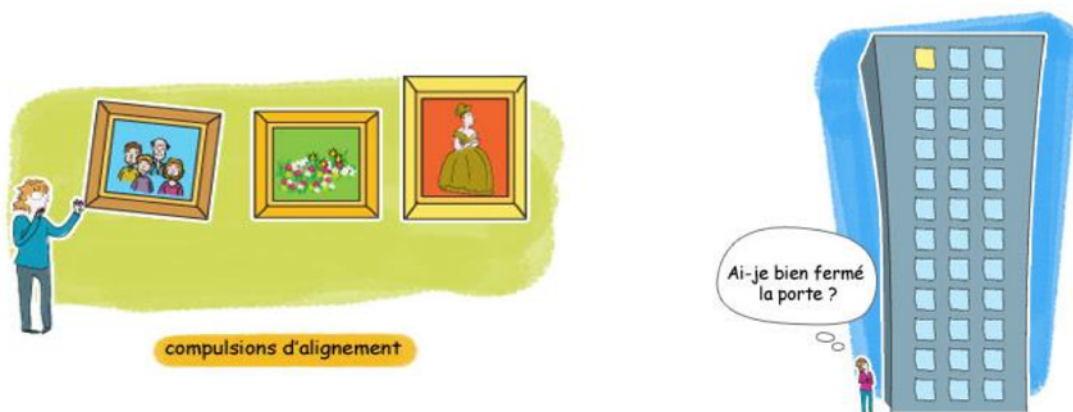


Le sujet est obsédé par la contamination. Celle-ci induit des compulsions et rituels de **lavage** des mains, du corps, ou des objets. Les stratégies **d'évitement** consistent dans ce cas à ne rien toucher ou à porter des gants.

Exemple vidéo n°5 :

Le patient est obsédé par les poils au point de ne plus réussir à se raser et du coup de ne plus pouvoir se regarder dans le miroir à cause de sa barbe.

2. Thème de l'erreur



Le sujet a une obsession de symétrie qui se traduit par un souci extrême de **l'ordre**, la **symétrie**, **l'exactitude**... On observe une compulsion de vérification et une **rigidité** dans l'enchaînement et la réalisation des actions. Cette rigidité se traduit par des **règles** individuelles particulières comme l'alignement/symétrie des objets, le fait de marcher sur les lignes du sol...

Enfait c'est nous en P1 quand il fallait que tout soit bien organisé, bien carré.

Exemple vidéo n°6 :

Le patient range tout, il est perfectionniste. Chez lui ses magazines sont rangés par numéro, ses chaussettes sont rangées par couleurs... Lorsqu'il rentre de vacances, il est content de pouvoir ranger son bureau, ça le détend.

3. Thème des pensées interdites

On distingue plusieurs types de pensées interdites obsédantes :

- **Pensée catastrophique** : le sujet, en pensant à une potentielle catastrophe (explosion dans le métro), a peur qu'elle se réalise et se sent responsable de la survenue de l'éventuel accident.
- **Impulsion agressive** : le sujet craint, sans raison, de perdre le contrôle de soi, il a peur de réaliser un acte répréhensible même s'il n'est pas de nature violente et que cela ne lui est jamais arrivé. Des images de violence, d'horreur, des obscénités ou insultes s'imposent à sa conscience.



- **Thématique sexuelle** : Le sujet a peur d'avoir un comportement qu'il juge répréhensible (inceste, homosexualité, pédophilie etc). Il a peur de violer la personne en face de lui.
- **Thématique religieuse** : Le sujet est excessivement préoccupé par la moralité de ses actions, faire le bien et le mal. Il y a un sentiment de culpabilité très présent avec une peur des sacrilèges et des blasphèmes. Il développe des actions conjuratoires mentales (comme des prières) ou comportementales (comme des rituels religieux).
- **Thématique somatique** : Le sujet a peur de la maladie et/ou est obsédé par une partie du corps. Il se fait faire par exemple des check-up complets régulièrement.

Exemple vidéo n°7 :

Le patient a peur d'insulter les gens dans la rue, de leur faire du mal. Il a peur de ce qu'il pourrait faire, de perdre le contrôle. Pourtant il n'a pas l'air méchant. C'est ce qu'on appelle la phobie d'impulsion. Par ailleurs il décrit aussi une obsession sur le thème de l'erreur. Il est tellement perfectionniste qu'il n'ose plus rien faire parce qu'il est obsédé par l'idée qu'il pourrait le faire mieux.

III. DIAGNOSTIC ET COMORBIDITES

1. Critères diagnostiques des TOC selon le DSM 5

- Sémiologie : Présence d'**obsessions** et/ou de **compulsions**
- Conséquences négatives : **Chronophage** ($\geq 1h/jr$) ou **souffrance psychologique** ou **altération au niveau social/occupationnel/autre domaine**
- Il faut exclure les diagnostics différentiels toxiques et médicaux : Symptômes non dus aux effets physiologiques d'une **substance** (drogue) ou à une **affection médicale** générale
- Exclusions des diagnostics différentiels psychiatriques : **Diagnostic d'élimination** par rapport à une **autre pathologie psychiatrique** comme la schizophrénie.

2. Comorbidités

Ce sont les pathologies psychiatriques associées aux TOC :

- **Dépression** pouvant aller jusqu'au suicide.
- **Troubles addictifs** (consommation d'alcool ou de cannabis par exemple pour contrer l'anxiété développée par l'obsession).
- **Troubles anxieux** : généralisé ou phobie sociale par exemple, traduits par des préoccupations ou inquiétudes développées suite au TOC.
- **Tics** : mouvements anormaux d'origine neurologique.
- **Autres compulsions** comme la trichotillomanie (arrachage compulsif des cheveux), la dermatillomanie (besoin de se toucher tout le temps la peau), une obsession de dysmorphie corporelle.
- **Troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive** dans laquelle on observe une méticulosité, une rigidité intellectuelle, un perfectionnisme, une tendance à la procrastination (remettre systématiquement au lendemain), une prudence excessive. Il y a un risque de développer des troubles anxieux ou de l'humeur.

Attention !\ La définition du DSM 5 induit une contradiction. Le diagnostic de personnalité obsessionnelle-compulsive exclut le diagnostic de TOC puisqu'il n'y a ni obsession ni compulsions dans la personnalité obsessionnelle-compulsive. Donc les critères du DSM 5 : obsession/compulsion = TOC = PAS de trouble de la personnalité.

Exemple vidéo n°8 :

Un patient nous explique qu'il compte pour compter, en série de 2 et 4 par exemple. Les chiffres ont une signification particulière pour lui : le 6 c'est tout ce qui est diabolique, le 3 la perfection (donc il fait des séries de 3 pas), le 2 c'est la moitié de 4 et le 4 c'est l'humain, le 9 c'est ce qui est lunaire, le 7 correspond à son univers.

Donc ce patient a des compulsions de comptages. Sa théorie est délirante, irrationnelle mais le patient n'émet aucune critique, on sort donc du contexte de TOC pour se rapprocher d'un contexte schizophrène.

CONCLUSION

En guise de conclusion le professeur nous conseille de visionner plusieurs films présentant des personnages avec des TOC :

- « Les Associés » de Ridley Scott (2003), Nicolas Cage : TOC de contamination
- « Aviator » de Martin Scorsese (2004), Leonardo DiCaprio : obsédé par la stérilité de ses bouteilles de lait, obsédé par la poussière et très méticuleux
- « Happiness Therapy » de David O. Russell (2012), Robert De Niro : obsessionnel, rituels, jeux d'argent et fils bipolaire

