

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

Psychiatrie

Gembloux, 27 janvier 2007

Réseaux, trajets et circuits de soins en santé mentale

Le médecin généraliste se sent souvent seul face à un problème mental sérieux et l'hôpital est loin d'être la réponse idéale à toute situation. D'où l'importance de la création de réseaux de soins reliant diverses institutions ou soignants et le malade mental. L'offre de soins psychiatrique doit s'étendre au domicile du patient jusqu'à l'hospitalisation en passant par des structures intermédiaires pour permettre la resocialisation après la crise. Cet objectif s'est imposé de par la demande du patient, l'efficacité des nouvelles thérapies médicamenteuses, l'évolution de la conception de la maladie mentale et sa déstigmatisation mais aussi les pressions économiques.

Actuellement en Belgique, un projet ministériel a pour but de rendre officielle la conception des soins psychiatriques en réseau. L'organisation des soins en santé mentale est prévue selon les principes de groupe cible et de réseau garantissant la continuité des soins. Chaque projet doit comporter 30 ou 40 patients différents par an, comportant au moins 3 partenaires obligatoires. Chaque projet doit organiser sa coordination administrative. Le patient concerné doit marquer son accord. Les initiateurs du projet peuvent être n'importe quel partenaire obligatoire : hôpital psychiatrique, centre de santé mentale ou soins psychiatriques à domicile, cercle de médecin généraliste ou un SISD lorsqu'il existe. Les résultats attendus sont une intervention plus rapide, une meilleure intégration du malade dans son propre environnement, la réduction du nombre des hospitalisations, une meilleure participation à la vie sociale, un repérage plus rapide des situations de crise potentielle pour une meilleure prévention et prise en charge des crises. Une exigence de qualité est la bonne circulation des informations au sein de ces réseaux.

Le rôle du médecin généraliste est essentiel : pour la prévention, la détection précoce, l'information du patient, la gestion de la santé dans son ensemble, le soutien aux familles, la communication avec les spécialistes, la centralisation du dossier et le suivi du parcours du patient...

D'après l'exposé du Dr Guy JONARD, Psychiatre, Hôpital du Beau Vallon, Namur

L'enfant, son médecin et la séparation parentale

La séparation parentale n'est pas un traumatisme en tant que telle. **L'enfant présente une grande plasticité psychologique aux changements** qui lui permet, au-delà de la tristesse et de la nostalgie du couple de ses parents unis, d'être néanmoins conscient de l'inéluctable de la séparation. Pour autant que la séparation ou le divorce se passe bien et que les parents soient à l'aise avec les décisions prises, l'enfant sait s'adapter. Les problèmes psychologiques surviennent dès lors qu'existent et persistent des tensions par rapport au système mis en place.

Depuis 1995, l'autorité parentale après divorce reste conjointe quel que soit le mode de garde de l'enfant. Toute décision importante concernant un enfant doit être prise de commun accord par les deux parents même séparés. En cas de désaccord, le juge est seul compétent pour trancher ce qui constitue un « litige de deux personnes à égalité de droit ». Les traitements médicaux font partie de ces décisions qui nécessitent l'accord des deux parents. **Tout traitement proposé par le médecin pour un enfant doit obtenir l'accord des deux parents.** Les recommandations préconisent un seul médecin traitant ou une concertation obligatoire entre les deux si ce n'est pas le cas. On peut parler de coparentalité à trois : père, mère et intervenant médicosocial. Pour

l'enfant en situation de deuil, il est symboliquement important que ses deux parents séparés aient la même valeur parentale. Le médecin ne doit pas se contenter de rester neutre mais il doit s'engager bilatéralement de façon ferme et bienveillante. La double filiation maternelle et paternelle de l'enfant est ainsi reconnue. Dans une situation conflictuelle, un engagement unilatéral renforce le conflit et l'enfant est pris dans un conflit de loyauté. Il est important d'impliquer toujours l'autre parent en établissant un contact direct avec le parent de « 2^e ligne » et de ne pas se servir d'un des deux parents comme intermédiaire pour voir l'autre.

Comment se situer par rapport au vécu rapporté par l'enfant ? Faut-il croire tout ce qu'un enfant dit ? En fait, il ne faut croire un enfant ni plus ni moins qu'un adulte. Le langage est un moyen d'expression approximatif. Il y a toujours un décalage entre le signifiant et le signifié et cela est encore plus vrai pour tout ce qui touche à l'émotionnel et à l'affectif. Si on est pris dans un conflit de loyauté, on a encore plus de mal à savoir ce qu'on pense, ce qu'on veut vraiment et le dire le plus justement possible. La parole de l'enfant est une parole relative énoncée à partir d'une place d'enfant et adressée à quelqu'un. Il est donc particulièrement important de respecter les règles de jouer le jeu de l'autorité parentale conjointe pour les intervenants médicosociaux afin de respecter la place de l'enfant et de ne pas créer ou exacerber des conflits latents susceptibles de déstabiliser l'enfant.

D'après l'exposé du Pr Philippe KINOO, pédopsychiatre, Clin univ St Luc, Bruxelles

Crises et urgences psychiatriques

Un état des lieux d'un CHU^(a) portant sur 2 ans et sur 3719 patients admis aux urgences pour raison psychiatrique a montré 44% d'hospitalisation, 47% de suivis en ambulatoire et 9% de refus de soins ultérieurs. Pour un tiers d'entre eux, il s'agissait du premier contact avec la psychiatrie. Un constat belge^(b) montre que plus de 30% des personnes admises à l'hôpital pour urgence psychiatrique sortent dans la semaine (sortie consensuelle ou par décharge). Par ailleurs, 97% des personnes ne se rendent pas à la consultation proposée.

Les urgences psychiatriques sont le résultat de situation de crises. Ces crises, issues d'un manque d'adaptation à un changement survenu dans le vécu du patient entraînent des symptômes, un débordement et l'urgence. **Il existe donc un certain délai variable entre la crise et l'urgence.** Les symptômes sont le plus souvent atypiques, transitoires, polymorphes, avec parfois une expression somatisée rendant le diagnostic difficile voire impossible en urgence. Il existe par ailleurs un décalage entre la demande du patient et l'offre de soins en raison de diagnostics rapides et peu fiables, du peu d'intérêt des urgentistes pour la gestion des urgences psychiatriques, des hospitalisations peu préparées, de l'inefficacité du renvoi en consultation, et de l'absence de prise en compte de l'entourage et des ressources du patient. **Cette inadéquation entre offre et demande entraîne des hospitalisations inadéquates, avortées, la rechute et la chronicisation du parcours.** Les moyens à mettre en œuvre nécessitent du personnel qualifié et un accueil spécifique pour ces problèmes à l'hôpital. Les lits «portes» ou lits d'urgence pour une durée de 48 heures sont une alternative à l'hospitalisation classique, peu adaptée à la gestion de la crise. La collaboration avec les services ambulatoires est indispensable pour la prévention des rechutes à long terme.

Les limites de ces moyens sont les situations de dangerosité ou l'isolement social. (N.D.L.R.: On se demande finalement en découvrant les limites de la prise en charge des urgences psychiatriques en milieu hospitalier si le mieux placé pour la gestion d'une crise psychiatrique n'est pas le généraliste?)

D'après l'exposé du Pr Vincent DUBOIS, Service de psychiatrie adulte, Cliniques universitaires Saint Luc Bruxelles

Médicaments de l'urgence psychiatrique

On privilégiera la voie d'administration orale autant que possible. La première attitude à l'égard du malade mental pèse en effet lourd sur sa perception future de la médecine psychiatrique et sur sa compliance future. En cas de nécessité d'un antipsychotique, on se tournera de préférence vers les antipsychotiques de seconde génération. On évitera la polychimiothérapie en essayant de tenir compte du moyen et du long terme.

L'objectif premier de la prise en charge d'un **état d'agitation** n'est pas de calmer le patient à tout prix mais d'évaluer la situation et la collaboration possible. Toute agitation n'est pas synonyme d'agressivité.

En cas d'agitation modérée, et en l'absence de symptômes psychotiques, les BZD ou le DHB per os sont indiqués. La présence de symptômes psychotiques requiert l'administration per os d'un neuroleptique de 2^e génération. Une agitation sévère avec symptômes psychotiques fait appel aux mêmes substances par voie intramusculaire. Les BZD ou le DHB IM^(c) seront réservés aux agitations sévères sans manifestations psychotiques associées.

Pour toutes les situations d'**abus de substance** les BZD sont actuellement le premier choix car elles ont un spectre très large sur l'ensemble de la problématique d'urgence liées aux addictions. Mais il faut bien entendu une surveillance hospitalière des paramètres physiques. L'Haldol® garde cependant toujours son utilité dans ces situations comme dans les cas d'agitation sévère.

Pour les **troubles anxieux aigus**, on utilisera des BZD à moyenne durée d'action: alprazolam per os, de 1 à 4 mg en 3 à 4 prises ou lorazepam de 3 à 7,5 mg en 3 à 4 prises. Administrer des antidépresseurs en urgence n'a aucun sens.

D'après l'exposé du Pr Vincent DUBOIS, Service de psychiatrie adulte, Cliniques universitaires Saint Luc, Bruxelles

Démence ou dépression ?

La démence est une affection cérébrale acquise, à début progressif et déclin continu. Le syndrome démentiel présente des troubles persistants cognitifs, psychiatriques et physiques. Le diagnostic différentiel est à faire avec la confusion, le handicap mental ou une amnésie isolée d'origine lésionnelle. Les démences peuvent s'accompagner de signes dépressifs qui sont des facteurs aggravant les troubles cognitifs et la perte d'autonomie.

Les dépressifs peuvent présenter des troubles cognitifs (charge affective négative importante: meilleure mémoire des événements tristes). Par ailleurs, la dépression peut être un signe précurseur de démence. **Une dépression majeure avec des troubles cognitifs chez une personne âgée sans antécédents de troubles thymiques est à considérer comme une démence débutante jusqu'à preuve du contraire.** Il faut traiter par antidépresseurs et assurer le suivi des troubles cognitifs. La notion de pseudo démence est remise en question et résulte de l'intrication fréquente de démence et de dépression.

D'après l'exposé du Dr Lamia GUETTAT, neurologue, Hôpital du Beau Vallon, Namur

Dépression chez la personne âgée: à traiter !

La dépression chez la personne âgée est une pathologie à part entière, malheureusement trop souvent encore sous-diagnostiquée. On la perçoit trop souvent comme un phénomène naturel du vieillissement, les personnes âgées évoquent plus souvent leurs plaintes somatiques que leur humeur déprimée, et les médecins hésitent encore à poser un diagnostic de dépression chez une personne âgée.

Pourtant 44% des personnes en MRS souffrent de dépression. **Le ratio suicide/TS chez les personnes âgées est proche de 1!** On doit donc être vigilant à débusquer et prendre en charge les personnes âgées souffrant de dépression.

Les troubles somatiques s'améliorent plus vite lorsque la dépression est soignée. La dépression aggrave le pronostic des maladies chroniques. Le traitement antidépresseur a un effet protecteur sur les fonctions cognitives. Il faut donc traiter.

Les traitements non pharmacologiques comportent la prise en charge sociale, les

(a) Bruffaerts et al. Soc psychiatry Epidemiology 2005&2006

(b) Cassiers et al Louvain medical 1996

(c) Le DHB va bientôt être retiré du marché

contacts fréquents (passage médecin, infirmière, kiné, ...), les contacts téléphoniques, la création de relations. La psychothérapie sera de soutien, basée sur le concret et intégrant la famille. Elle est insuffisante en cas de dépression sévère.

L'hospitalisation est à éviter en raison de la perte de repères susceptible d'aggraver la situation. Si vraiment nécessaire, elle nécessite un service spécifique où «on a le temps»...

Les traitements pharmacologiques consistent dans un premier temps à **supprimer ou réduire les médicaments dépressogènes**^(d).

Les antidépresseurs sont indiqués dès lors que les symptômes sont significatifs. Ils sont efficaces même sur les dépressions d'origine organique et améliorent le pronostic de la cause organique. On évitera les associations, les BZD, les tricycliques, les neuroleptiques typiques. Avant 75 ans, le traitement sera initié avec une demi dose et après cet âge avec un tiers de dose. La titration sera lente et un suivi hebdomadaire sera effectué. 6 à 8 semaines de latence sont habituelles. Les effets secondaires seront recherchés mais aussi utilisés (augmentation de l'appétit ou du sommeil, effet stimulant, etc).

On commencera par un SSRI à demi vie courte de préférence (mais risque de syn-

drome de discontinuation.). **En l'absence de réponse s'assurer de la compliance avant d'augmenter les doses ou de procéder à une association.**

En cas de démence associée on évitera tout effet anticholinergique.

Le traitement doit durer minimum 2 ans après 65 ans et à vie en cas de dépression très sévère, risque suicidaire élevé, rechutes ou antécédents lourds.

Signalons enfin que d'après l'orateur, aucune étude **médicale** n'a démontré que l'on utilisait trop d'antidépresseurs en maison de repos.

D'après l'exposé du Dr François DE GREGORIO, psychiatre, service de neuropsychiatrie, hôpital du Beau Vallon, Namur

Psychoses et assuétudes : quelles relations ?

Il existe des informations épidémiologiques suffisantes pour affirmer que **le cannabis augmente de 2 à 10 fois le risque de schizophrénie**. Ce risque dépend de la dose, de l'âge du consommateur et du génotype. Le risque d'induire une schizophrénie est surtout important à l'adolescence (entre 15 et 18 ans surtout) qui est un risque en soi. Plusieurs études montrent par ailleurs une interaction entre la consommation de cannabis dans l'adolescence, le génotype COMT et le risque

de schizophrénie à l'âge adulte. La schizophrénie est liée à un trouble du développement cérébral entre la vie fœtale et l'adolescence qui correspond à la fin de la maturation du système cérébral. La maturation cérébrale se fait par un mécanisme d'élagage progressif et physiologique (pruning) des connexions synaptiques. Les toxiques comme le cannabis interfèrent avec ce mécanisme.

Selon le modèle classique des assuétudes, la répétition de la consommation induit une tolérance, elle-même responsable d'une augmentation de la consommation avec dépendance physique. Mais ce modèle n'explique pas les rechutes après désintoxication. Les psychostimulants induisent une sensibilisation comportementale. Leur administration répétée et intermittente induit une augmentation de la réponse motrice et de la libération de dopamine au niveau limbique. La dopamine est responsable d'un circuit de récompense. Il existe un effet croisé entre différents produits et un rôle important des facteurs de stress dans ces mécanismes. Les antipsychotiques ne peuvent cependant empêcher la sensibilisation comportementale. On peut les utiliser cependant lors d'agitation psychomotrice de la personne imprégnée, dans toute psychose induite ou non, et dans les symptômes de manque de certaines substances comme le cannabis et les psychostimulants. Mais ils ne peuvent empêcher les rechutes.

D'après l'exposé du Pr Paul VERBANCK, psychiatre, chef de service CHU Brugmann, Bruxelles

(d) Médicaments dépressogènes : Estrogènes, anti H₂ (cimetidine), Corticoïdes, Aldomet, Réserpine, Amphétamines, Bêtabloquants, Isoniazide, Neuroleptiques, Sevrages (ohcarabins)