

Journée SSMG

par le Dr Guy Beuken, médecin généraliste, 1030 Bruxelles

Psychiatrie

Bruxelles, 14 février 2009

Cet ado qui nous inquiète

D'emblée, les orateurs invitent l'assistance à réfléchir quelques minutes: quels sont les signes inquiétants chez un adolescent? Rapidement, les participants et les experts sont d'accord sur un grand nombre de points qui attirent l'attention du médecin de famille: l'agressivité, le repli sur soi, le décrochage scolaire, l'isolement, l'évitement des moments familiaux, le silence, la peur, les fugues, l'abus d'alcool, la consommation de produits toxiques, la dépendance aux jeux, l'idéation suicidaire, la violence envers les parents, etc.

Ces comportements, tout inquiétants qu'ils soient, ne constituent cependant pas un diagnostic en soi, la pathologie s'inscrit dans la répétition de ceux-ci: un adolescent sur dix fume du haschich, un sur dix fugue et un sur dix fait une tentative de suicide... mais c'est souvent le même! Se fixer sur l'observation des symptômes ou des conduites agies mène à l'égarement diagnostique: les situations les plus graves ne sont pas nécessairement les plus bruyantes. Un conflit parents-enfant vaut souvent mieux que l'isolement de l'adolescent. Et pourtant, les parents sont souvent plus sensibles aux attitudes de défi qu'aux attitudes de retrait.

Notre attention doit être attirée par un adolescent qui consulte plus de trois fois par an pour des plaintes somatiques ou fonctionnelles. Il faut s'enquérir de la consommation de produits licites et illicites (plus tôt s'installe un tabagisme régulier, plus le risque de consommation d'autres substances est grand), des violences subies, des plaintes de type dépressif (As-tu des idées noires? Des idées suicidaires? As-tu déjà tenté d'en finir? Si oui, comment?). Notons que dans ces situations de dépressivité et de plaintes somatiques récurrentes, le sommeil est toujours de mauvaise qualité.

Trois domaines doivent être évalués: famille, amis, école.

L'anamnèse **familiale** portera sur la qualité et la souplesse des liens familiaux, sur

les antécédents parentaux (70% des adolescents hospitalisés ont au moins un parent qui souffre de problèmes psychopathologiques), sur l'entente des parents, sur le déni de la souffrance du jeune par la famille. Les antécédents d'abus physiques ou sexuels devront également être abordés, avec toute la délicatesse qu'on peut imaginer...

Quant aux **pairs**, la qualité et la souplesse des liens amicaux seront évalués. Tant l'isolement que l'appartenance à un groupe marginal sont des signes alarmants. Un changement de groupe d'amis sera aussi considéré comme inquiétant.

La détérioration des résultats **scolaires** est souvent un signal précoce. Elle encouragera à interroger le jeune sur la qualité de son insertion scolaire, sur l'évolution de ses apprentissages et sur les bénéfices qu'il en retire.

Il va de soi qu'une consultation "psychosomatique" de qualité doit s'intéresser au "**sôma**" (gr.: corps). Seront évalués dans ce contexte: alimentation, hygiène, image de son propre corps, sans oublier le sommeil, excellent "red flag", dont les troubles se manifestent plus souvent sous la forme d'hypersomnie que d'insomnie chez les adolescents. S'il y a lieu de proposer au jeune de consulter un professionnel de la santé mentale, lui signifier notre désir de garder le contact le rassurera quant à l'intérêt que nous portons à sa santé.

D'après l'exposé du Pr V. DELVENNE, pédiopsychiatre, Erasme et du Dr M. VANHALEWYN, médecin généraliste, Bruxelles

Relecture de la RBP sur l'insomnie*

Selon l'OMS, l'insomnie est une *plainte de diminution subjective du sommeil, qui s'accompagne de plaintes au sujet des fonctions diurnes*. Un sommeil de mauvaise qualité est caractérisé par des diffi-

cultés d'endormissement (on ne parle de difficultés d'endormissement qu'au-delà de 30 minutes), ou par des difficultés de maintien du sommeil ou encore par des réveils très matinaux. S'ensuit une perturbation du fonctionnement diurne (fatigue, somnolence, irritabilité, troubles de concentration, diminution des prestations). Si ces perturbations diurnes sont absentes, on parle plutôt de "pseudo-insomnie". Une insomnie est chronique si elle dure plus de 3 semaines et primaire s'il n'y a pas de cause apparente, ce qui est le cas pour un quart des insomnies chroniques.

L'anamnèse s'intéressera au cycle veille-sommeil, aux conséquences diurnes, aux causes supposées par le patient, à ses attentes concernant la prise en charge, aux traitements dont il a déjà fait usage. La recherche étiologique portera sur les changements dans la vie du patient, le stress qu'il supporte, les modifications de l'humeur, la consommation de café, de tabac, d'alcool, de drogues ou de médicaments excitants. Le syndrome des jambes sans repos peut aussi être la cause des troubles du sommeil.

Peu d'examen complémentaires sont utiles. Un dosage de la TSH peut être réalisé, de même qu'une polysomnographie pour diagnostiquer un syndrome d'apnées du sommeil.

L'association d'une insomnie et d'une dépression doit attirer l'attention car il s'agit d'un facteur de risque de suicide. Le traitement n'est pas simple. S'enquérir de l'idée que le patient se fait de ses insomnies et de la manière de les traiter permet de mieux cibler la thérapeutique. Dans la mesure du possible, elle sera étiologique et non médicamenteuse, se basant essentiellement sur l'hygiène du sommeil, l'information du patient et les techniques comportementales. Afin d'éviter l'association "lit = insomnie", le patient est invité à quitter la chambre s'il ne dort pas après 20 minutes, à exercer une activité et à ne retourner au lit que lorsqu'il somnole. Parmi les conseils à prodiguer, citons: adopter des rythmes réguliers, être actif la journée, utiliser le lit exclusive-

(*) Insomnie: Recommandation en première ligne de soins; SSMG 2006; accessible sur http://www.ssmg.be/new/files/RBP_Insomnie.pdf
Pineux F. Insomnies: recommandations en première ligne de soins RMG 2007; 244: 240-4

ment pour dormir et pour les rapports sexuels, veiller à aérer la chambre et à y maintenir une température correcte, éviter les siestes et la consommation d'excitants. Le traitement médicamenteux ne doit être envisagé que dans les insomnies de moins de 3 semaines. Une benzodiazépine de durée d'action intermédiaire et prescrite à la dose la plus faible possible constitue le premier choix. Une prise d'une semaine semble raisonnable, période correspondant à celle pendant laquelle la médication est plus efficace que le placebo. Le risque d'accident de la route étant majoré chez les utilisateurs de benzodiazépines, on interdira de prendre le volant aux patients sous l'influence de ce traitement.

D'après l'exposé du Dr S. BAEYENS, médecin généraliste, Bruxelles.

Les antipsychotiques revisités

Tous les neuroleptiques, plutôt appelés dorénavant antipsychotiques, bloquent les récepteurs dopaminergiques D_2 . Plus grande est leur affinité pour ces récepteurs, plus importante est leur activité antipsychotique. Ce blocage est aussi responsable d'un bon nombre d'effets indésirables (parkinsonisme, gynécomastie, aménorrhée, ostéopénie). D'autres effets secondaires s'expliquent par l'inhibition de plusieurs autres sites: prise de poids ($5HT_2$ et H_1), sédation (H_1), rétention urinaire, sécheresse buccale et confusion (ACh), hypotension orthostatique ($NA\alpha_1$)... Le torticolis spastique est un effet indésirable particulièrement impressionnant mais vite soulagé par un anticholinergique. Les dyskinésies tardives (mâchonnements, protrusion de la langue, tics, contorsions des membres...) sont graves et irréversibles. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés: les femmes et les patients âgés en sont plus fréquemment victimes, des facteurs génétiques jouent aussi un rôle, mais il est clair que le type de molécule, son dosage et la durée de la prescription sont des éléments majeurs favorisant les dyskinésies tardives. L'incidence, qui est cumulative, est estimée à 5,3% par année de prescription, ce qui veut dire qu'après 10 ans, un patient sur deux souffrira de cet effet secondaire très handicapant!

Les antipsychotiques dits "atypiques" sont efficaces à des doses qui induisent peu d'effets extrapyramidaux car ils occupent les récepteurs à la sérotonine ($5HT_2$) avant d'occuper ceux à la dopamine (D_2). Les dyskinésies tardives sont donc beaucoup moins fréquentes avec les atypiques. Par contre, ils induisent bien plus souvent une prise de poids, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, une résistance à

l'insuline et donc un diabète. Le seul antipsychotique atypique pour lequel l'incidence de survenue d'un diabète est la même que pour la population générale est la rispéridone. Rappelons aussi l'effet arythmogène de tous les antipsychotiques (torsades de pointe par allongement de l'espace QT), qui justifie de réaliser un ECG et un ionogramme au début et en cours de traitement. Celui-ci doit être interrompu si le QT est supérieur à 500 msec. Une attention particulière doit être portée aux interactions médicamenteuses, susceptibles de provoquer cet effet indésirable grave.

L'utilisation des antipsychotiques doit être bannie dans les situations suivantes, qui n'en sont pas des indications (certaines risquant même d'être aggravées): troubles psychosomatiques, états confusionnels, syndromes anxieux, insomnies et démence. Dans les états démentiels, la prescription d'un antipsychotique est d'autant plus inadéquate qu'elle augmente le risque d'accident vasculaire cérébral.

D'après l'exposé du Pr MALOTEUX, Neurologie, Cliniques Universitaires St Luc, et Unité de Pharmacologie, UCL.

Le travail, ce n'est pas toujours la santé

Le respect de la personne, les relations entre collègues, les conditions de travail, la valorisation de l'engagement devraient permettre à tout travailleur de s'épanouir dans son travail. Malheureusement, plusieurs circonstances sont démotivantes: sentiment d'échec des stratégies personnelles, perception d'une diminution de ses ressources et de ses moyens d'action, rupture d'équilibre entre production et rétribution. Ces situations d'échec ressenties aboutissent souvent à des sentiments de stress, d'angoisse, d'état dépressif, d'épuisement professionnel, d'addictions et parfois même de suicide. La fonction normale du stress, qui permet à l'individu de concentrer son attention, disparaît pour laisser place à des sentiments destructeurs. Le travail peut aussi être un lieu de harcèlement moral ou sexuel, qui se traduit par des attitudes menaçantes, de l'intimidation, des insultes, des violences verbales, des comportements et des gestes inadaptés (provocations, attouchements...). La *Troisième Enquête Européenne sur les conditions de travail*, réalisée en 2000, montre que 2% des travailleurs sont l'objet de violences physiques de la part de collègues, que 2% ont souffert de harcèlement sexuel et que 9% ont fait l'objet d'intimidation ou de harcèlement moral.

Le syndrome d'épuisement émotionnel, alias burn-out, se manifeste par des signes

physiques (contractures musculaires, maux de dos, troubles du sommeil et de l'appétit, migraines, hypertension...) et psychologiques (irritabilité, crises de colère, indifférence, désintéressement, insatisfaction, indécision, mésestime de soi, sentiment d'impuissance, attitudes négatives...). Les conséquences sur la qualité des prestations est évidente (oublis, comportements de contrôle, froid vis-à-vis des clients et des collègues...) et la déshumanisation des relations devient caractéristique (cynisme, détachements relationnels...). Le travailleur victime du burn-out vit perpétuellement avec un sentiment d'échec et d'inefficacité professionnels, de frustration par rapport à son métier, de doute dans ses capacités.

Sont particulièrement à risque de développer un syndrome d'épuisement les personnalités qui recherchent exagérément leur réussite sociale ou personnelle et/ou qui ont une conception trop exigeante du travail, un sens démesuré de la vocation, une image de soi idéalisée. Elles sont souvent désireuses de plaire à tout le monde, de tout porter seules, et ont habituellement une mentalité de "sauveur" et un sens aigu de l'auto-critique. Face à ces situations courantes en consultation, le médecin généraliste, par son empathie, aidera à mettre des mots sur ce qui arrive, à prendre du recul et orientera si nécessaire. Il évitera d'être *trop* empathique, de victimiser le patient et de diaboliser l'employeur.

D'après l'exposé du Dr L. DECLERE, médecin généraliste, Bruxelles.

Flash inquiétant: l'alcool et les jeunes

Premier verre à 11 ans et demi. 40% des Belges de 11 à 17 ans consomment régulièrement de l'alcool: 2,7 verres la semaine et 4,2 le week-end. Motif n°1? Ne pas être rejeté! À 11 ans, un enfant sur 5 a connu au moins 3 épisodes de "binge drinking" lors des 6 derniers mois. Un garçon sur 7 et une fille sur 10 consomment du tabac ou du cannabis en plus de l'alcool. Conséquences? Violences, comportements sexuels à risque, difficultés scolaires, risque de suicide multiplié par trois. Et puis au volant: les 15-24 ans représentent 19% de la population mais 25% des morts sur la route et 30% des blessés. À méditer.

D'après l'exposé du Dr T. ORBAN, médecin généraliste, Bruxelles.