



# GJ SSMJ – La santé mentale

Wavre, 29 novembre 2015

par les Drs Audrey BONNELANCE, Virginie HUGHE et Anne-Sophie MICHEL • médecins généralistes • SSMJ • [rmg@ssmg.be](mailto:rmg@ssmg.be)



## Les urgences psychiatriques

Il est important de faire la distinction entre une **crise** [perte du point d'équilibre (interne et/ou externe)] avec production de symptômes et une **urgence psychiatrique**. Cette dernière correspond à une décompensation d'une maladie psychiatrique (crise psychotique, suicidalité dans le cadre d'un trouble de l'humeur, attaques de panique, impulsivité et troubles de personnalité, substances...).

Pour la gestion d'une urgence psychiatrique, il est nécessaire de se donner du **temps** [immédiatement et à distance de l'épisode (programmation d'un rendez-vous à distance)], des **moyens**, des **ressources** (entourage...) et une **marge de manœuvre** qui passe parfois par une alliance thérapeutique. Celle-ci se distingue de la coalition où on s'allie contre quelqu'un, ce qui mène toujours à l'échec.

Il est important dans la gestion d'une urgence de se mettre dans un cadre de sécurité et de pouvoir dire non. Afin de pouvoir évaluer la suicidalité (risque suicidaire), on doit connaître certaines caractéristiques retrouvées dans les suicides ratés :

- prédominance masculine ;
- > 50 ans ;
- contexte de maladie (dépression, psychose, toxicomanie) ;
- isolement (veuf, divorcé) ;
- tentative de suicide, suicide dans la famille ;
- moyens utilisés : arme à feu, noyade, pendaison, alcool.

Les tentatives de suicides concernent surtout les jeunes femmes n'ayant pas de problème de santé et correspondent à un appel à l'aide, le but étant de faire mal par procuration. Les moyens utilisés sont préférentiellement les médicaments et l'alcool.

L'évaluation de la suicidalité passe par une anamnèse mais surtout une hétéroanamnèse.

Dans certains cas, il sera nécessaire de mettre en place une mise en observation. Pour introduire cette demande auprès du procureur, il est nécessaire de rassembler 4 conditions simultanément :

- un refus de soins ;
- la mise en évidence d'un danger ;
- une maladie mentale ;
- un défaut d'alternative.

Un certificat circonstancié devra être rédigé et les éléments suivants devront apparaître sur la demande :

- nom, prénom, qualité du rédacteur du certificat circonstancié (médecin) ;
- nom, prénom, lieu et date de naissance (patient) ;
- domicile/résidence (patient) : adresse où réside le patient ;
- circonstance de l'examen ;
- examen physique ;
- antécédents personnels et familiaux ;
- examen mental (décrire symptômes et conclure : diagnostic) ;
- défaut d'alternative ;
- urgence ;
- danger (soi ? autrui ?) ;
- conclure ;
- dater, localiser, signer ;
- attester que l'on n'est ni parent, ni allié.

Si une médication doit être envisagée, il faut privilégier la voie orale. En effet, l'injection intramusculaire contre la force du patient demande des moyens de contention dont ne dispose pas le médecin généraliste.

En cas d'agitation, de la clorhydrate de clorhydrate de clonazepam<sup>a</sup> doit être proposée en première intention car elle n'entraîne pas de dépression respiratoire. En second choix, l'olanzapine<sup>b</sup> peut être utilisée. L'halopéridol<sup>c</sup> sera évité car il entraîne des symptômes extrapyramidaux et met les patients dans une « camisole chimique » souvent mal tolérée a posteriori par ceux-ci. (VH)

D'après l'exposé du Dr Gillain, psychiatre à la clinique St Pierre, Ottignies.

**Mots-clés :** Urgences psychiatriques, suicide, mise en observation.

a. Etumine®  
b. Zyprexa®  
c. Haldol®



# Insomnie, dépression, anxiété

Dans la prise en charge médicamenteuse de l'insomnie, nous retrouvons principalement les benzodiazépines et les «Z-drugs» (zolpidem, zopiclone). Il n'y a pas d'évidence quant à l'efficacité de la mélatonine. Un antihistaminique, le chlorhydrate de diphenhydramine<sup>d</sup>, est aussi parfois utilisé. Malgré l'absence de données scientifiques, on constate en pratique l'utilisation de certaines autres molécules, passées en revue par l'orateur :

- antidépresseurs sédatifs tels que la trazodone<sup>e</sup>, la mirtazapine<sup>f</sup> ou certains tricycliques ;
- antipsychotiques tels que la quetiapine<sup>g</sup> ou l'olanzapine<sup>h</sup>.

La trazodone a l'avantage d'avoir un temps de demi-vie relativement court (8h), et on peut adapter sa prise à l'état de fatigue (½ ou ¼ de comprimé).

La mirtazapine a un temps de demi-vie de plusieurs dizaines d'heures, et va stimuler l'appétit, elle n'est donc pas indiquée chez des patients en surpoids.

Certaines benzodiazépines ont également une élimination très lente : diazépam<sup>i</sup>, clorazépate<sup>j</sup> ou flurazépam<sup>k</sup>.

Les médicaments tels que le chlorhydrate de prothipendyl<sup>l</sup> font partie de la famille de la chlorpromazine (1<sup>er</sup> neuroleptique inventé) et ne devraient plus être utilisés sauf exception.

Pour éviter une accoutumance aux benzodiazépines (et Z-drugs), il faut favoriser la prise irrégulière de ces molécules.

Dans les **troubles dépressifs** nécessitant un traitement médicamenteux, les molécules à favoriser sont :

- l'escitalopram<sup>m</sup> ;
- la sertraline<sup>n</sup> ;
- la venlafaxine<sup>o</sup> ;
- la mirtazapine.

L'effet stimulant l'appétit de cette dernière sera parfois recherché chez les patients âgés ayant perdu du poids. Il faut rester attentif au risque de QT long avec l'escitalopram.

On peut associer deux antidépresseurs, par exemple un SSRI ou SNRI avec de la trazodone au coucher, ou du chlorhydrate de bupropione<sup>p</sup> si un effet plus stimulant est recherché.

Devant des problèmes récurrents d'**anxiété**, les antidépresseurs SSRI ont une grande utilité :

- sertraline ;
- (es)citalopram ;
- fluvoxamine ;
- fluoxétine<sup>q</sup> ;
- paroxétine<sup>r</sup>.

Mais la prise en charge de base doit être une psychothérapie adaptée au patient. On peut parfois l'aider dans les crises aigües avec des benzodiazépines en traitement court. (ASM)

D'après l'exposé du Dr Thomas Bitar, psychiatre à l'Institut psychiatrique La Clairière, Bertrix.

**Mots-clés :** insomnie, dépression, anxiété, traitements médicamenteux.

## Le burn out : étiologies, diagnostic et prise en charge

Le burn out est un syndrome fréquemment rencontré en médecine générale et caractérisé par la présence d'une **triade** de symptômes d'intensité croissante :

- **l'épuisement professionnel ou stade 1** (présent dans 49-50 % des cas), caractérisé par des crises d'énervernement ou de colère, des difficultés cognitives à se concentrer, des oubli de réponse à des demandes même anodines, une incapacité à exprimer une émotion juste, une difficulté à exprimer une faiblesse, des comportements de contrôle, une froideur et une distanciation ;
- **la déshumanisation de la relation à l'autre ou stade 2** (présent dans 16 %, représente le noyau dur du syndrome) caractérisé par un détachement ou une sécheresse relationnelle, du cynisme ou un humour grinçant et noir où l'autre est considéré comme un objet, un cas ou un dossier, une attitude de rejet ou de maltraitance ;
- **le sentiment d'échec professionnel ou stade 3** (2 % des cas) où le patient a le sentiment de ne pas être efficace ou de ne plus faire du bon travail, se sent frustré par rapport au sens qu'il donne à son métier et où il doute de lui-même et de ses capacités (dévalorisation de soi, culpabilité, démotivation).

d. Nustassium®

e. Trazolan®

f. Remergon®

g. Seroquel®

h. Zyprexa®

i. Valium®

j. Tranxène®

k. Staurodorm®

l. Dominal®

m. Sipralex®

n. Serlain®

o. Efexor®

p. Wellbutrin®

q. Fluoxone®

r. Seroxat®





Il existe différentes théories sur l'étiologie du burn out.

Pour l'orateur, les sphères professionnelles et privées sont interconnectées et peuvent être deux étiologies différentes d'un même syndrome de burn out.

Lors de l'**anamnèse**, il est important d'interroger nos patients sur divers aspects: physique, psychique, environnemental, organisationnel dans le cadre du travail, ethnie et type de culture d'entreprise, leur famille, leurs amis, leur insertion sociale etc. Le soignant doit être attentif à dépister les troubles de l'humeur ou de la personnalité. Il ne faut dès lors pas craindre d'interroger nos patients dès le premier entretien à propos de leurs éventuelles idéations suicidaires ou leurs états dépressifs antérieurs.

Voici quelques conseils pour nous guider dans notre interrogatoire centré sur la sphère professionnelle de nos patients:

- quelle est votre charge de travail? Votre autonomie ? Votre soutien social ?;
- quel contrôle managérial ?;
- votre éthique du travail ?;
- vous sentez-vous reconnu dans votre métier ? Quel est votre sens du travail ?;
- percevez-vous une équité au travail ?;
- quelles sont les valeurs de votre entreprise ?;
- quelles sont vos conditions de travail ? (temps, rythmes, relations, pénibilité, violence, harcèlement etc.)

La **prise en charge** peut être médicamenteuse (dans 30% des cas), psychothérapeutique (30%) ou les deux (30%).

Une interruption de travail est capitale dans la prise en charge et sa longueur dépendra du stade du burn out (par exemple 4 à 6 mois pour un stade 2, jusqu'à 2 ans pour un stade 3). Les combinaisons de prise en charge semblent plus efficaces.

La phase d'acceptation du diagnostic dure 2 mois en moyenne. La prise en charge du stade 3 du burnout (burn out complet) nécessite dans la plupart des cas une réorientation professionnelle.

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge du burn out et de sa prévention. Un examen clinique soigneux et une biologie sanguine devront succéder à notre premier interrogatoire afin d'exclure une éventuelle pathologie organique sous-jacente. (AB)

D'après l'exposé du Dr Michel Delbrouck, médecin généraliste et psychothérapeute à Ransart.

**Mots-clés : burn out.**