

# INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE

APM Sciences de la Santé Publique

Dr J-M TRIFFAUX

Années 2011-2012

Cours 1

# Qu'est-ce que la santé?

- « *Estat de celuy qui est sain, qui se porte bien* ». ( 1<sup>ère</sup> édition du Dictionnaire de l'Académie française, 1694)
  - L. Pasteur (XVIII<sup>ème</sup> S) : découverte des microbes responsables de maladies
- ➔ santé définie comme absence de maladie

# Définition de la Santé

- **Conception bidimensionnelle :**  
*« la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie et de handicap » (OMS, 1946) .*
- **Conceptions intégratives et dynamiques :**  
*« la santé est l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins » (OMS, 1984) .*

# La santé multidimensionnelle

- Santé sociale : relations interpersonnelles
- Santé économique : situation financière, logement...
- Santé mentale : fonctions cognitives
- Santé émotionnelle : gestion des émotions
- Santé spirituelle : « sens de la vie »
- Santé physique : intégrité biologique

ETAT DE SANTÉ = RÉALITÉ DYNAMIQUE

# Définition de « mental » ?

- Mens = l'esprit = ψυχή = psychique
- Activités cérébrales, intellectuelles telles que:  
la pensée, les sentiments ,  
les émotions, la mémoire,  
la conscience, l'inconscient...

Comment on se représentait le cerveau en 1807



Comment on se représente le cerveau aujourd'hui



# Concept de Santé Mentale

- **santé mentale** et la **maladie mentale** sont deux choses bien distinctes.
- L'absence de désordre mental connu ne peut être regardée comme un indicateur de santé mentale.
- La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être général, et elle devrait être traitée avec la même priorité que la santé physique.

# Concept de Santé Mentale ?

## NORMES ?

- Capacité d'adaptation à l'environnement ?

Si la norme = conformisme social

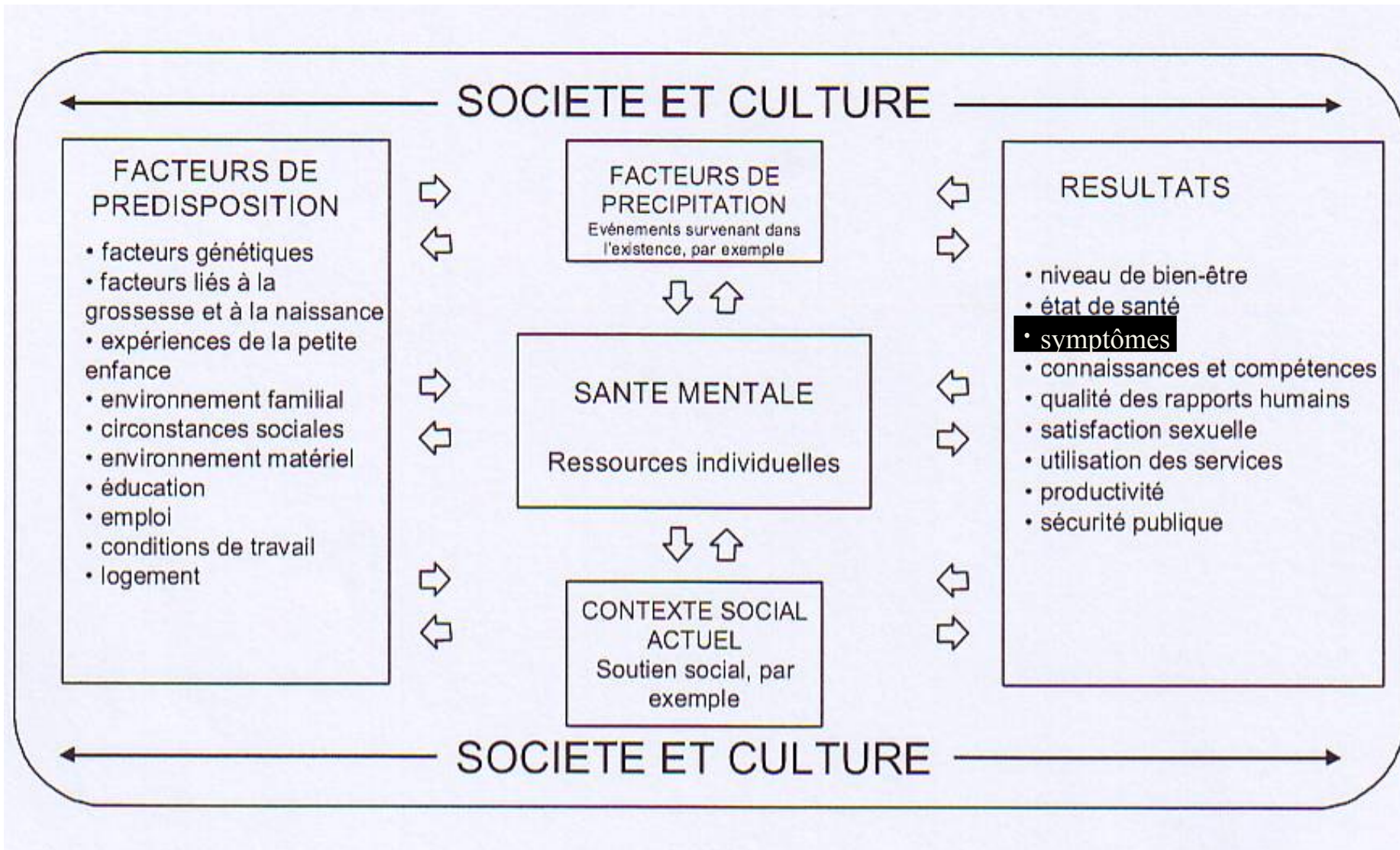
➔ Risque = de disqualifier les moindres déviations de comportement et de pensées...

- Bien-être, harmonie intérieure ?

Si la norme = le bonheur

➔ Risque = de transformer toute détresse humaine en état pathologique...

# Modèle fonctionnel de la santé mentale





# Trois dimensions en Santé Mentale

- 1. La santé mentale positive :**  
l'épanouissement personnel, qualité de vie
- 2. La détresse psychologique réactionnelle :**  
situations éprouvantes, difficultés  
existentielles
- 3. Les troubles psychiatriques :** maladies  
mentales, traitements psychiatriques...

# La qualité de vie (OMS,1994)

Concept très large influencé de manière complexe par :

- La santé physique de l'individu
- Son état psychologique
- Ses relations sociales
- Son niveau d'autonomie
- Sa relation aux facteurs essentiels de son environnement

# La « bonne » santé mentale

- OMS 2001: *« un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ».*
- Épanouissement intellectuel et émotionnel
- Vie sociale, scolaire et professionnelle positive

# La « mauvaise santé » mentale

- Touche un européen adulte sur quatre (27,4%)
- Les troubles mentaux = troubles anxieux, dépression, suicide, toxicomanie, schizophrénie...
- Suicide : 2000/an en Belgique = 6/jour
- Dysfonctionnements liés au stress
- Les démences
- Sources énormes de pertes, de dépenses et charges pour les citoyens et la société .

**Nombre estimatif d'individus de 18 à 65 ans appartenant à la population de l'Union européenne et ayant souffert de troubles d'ordre psychique au cours des douze derniers mois**<sup>46</sup>

Diagnostic (DSM-IV)	Estimation sur 12 mois (en %)	Estimation sur 12 mois (en millions)
Alcoolisme	2,4	7,2
Toxicomanie	0,7	2,0
Troubles psychotiques	1,2	3,7
Dépression majeure	6,1	18,4
Troubles bipolaires	0,8	2,4
Troubles paniques	1,8	5,3
Agoraphobie	1,3	4,0
Phobie sociale	2,2	6,7
Troubles anxieux généralisés (TAG)	2,0	5,9
Phobies spécifiques	6,1	18,5
Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)	0,9	2,7
Troubles somatoformes	6,3	18,9
Troubles de l'alimentation	0,4	1,2
<u>Tous troubles psychiques confondus</u>	<u>27,4</u>	82,7

**Source :**

Hans-Ulrich Wittchen ; Frank Jacobi (2005) : *Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies*, in *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376 (valeurs pour douze mois arrondies par la Commission ;

# Livre Vert

*« Améliorer la santé mentale de la population :*

*vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne »*

Commission Européenne 2005 :

- 1 - Plan d'action en matière de santé mentale au niveau des Etats membres
- 2 - Créer une plate-forme européenne
- 3 - Développer l'information sur la santé mentale (évaluation des tendances, collectes des données, recensement des bonnes pratiques)

# Modèle bio-psycho-social

(Engel, 1977)

## Biologique

- Facteurs génétiques
- Facteurs pré et périnataux
- Neuroplasticité cérébrale
- Neurotransmission moléculaire

## Psychologique

- Relations parents, fratrie...
- Identité personnelle
- Estime de soi
- Capacité adaptatives

## Socioculturel

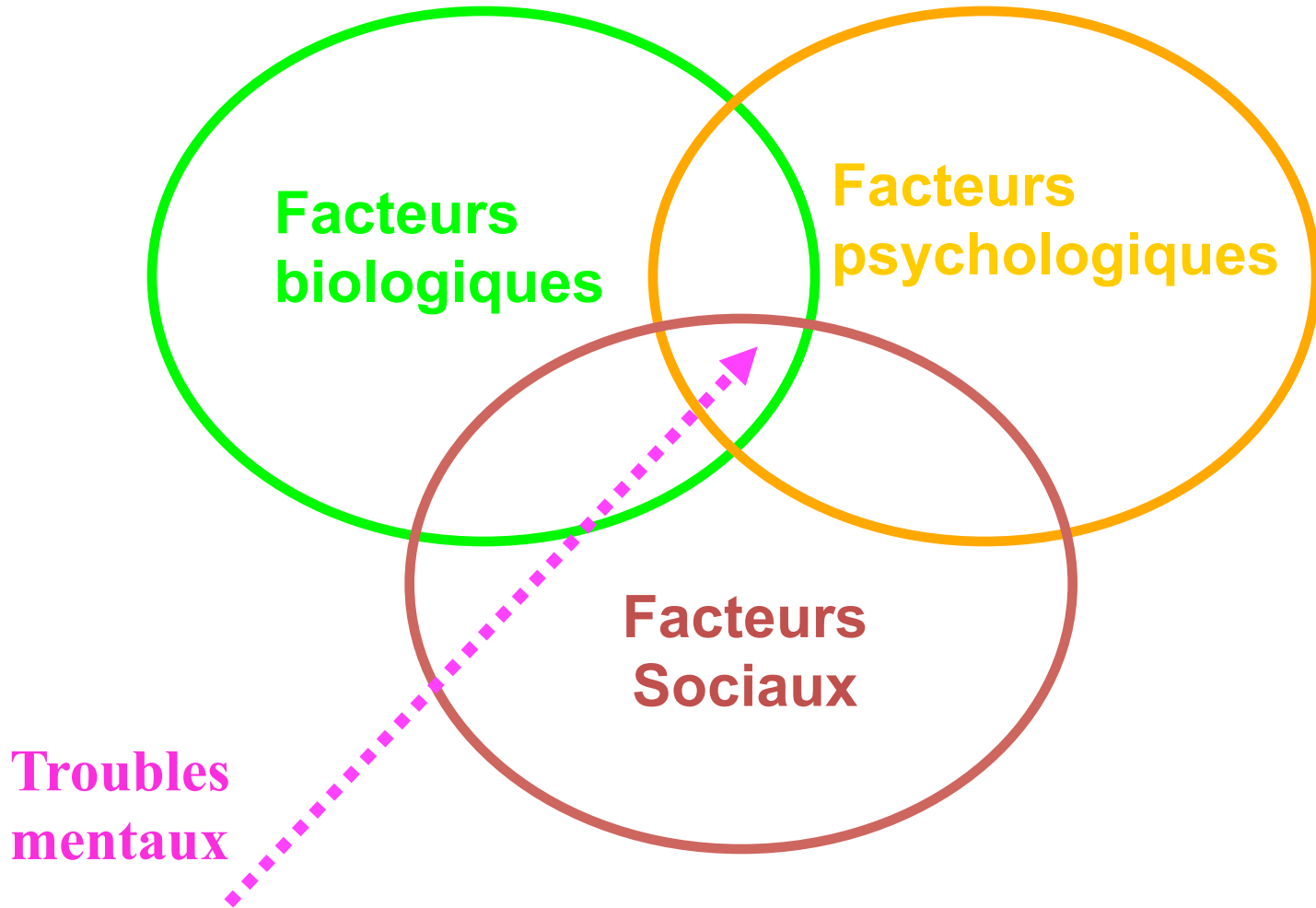
- Niveau socioéconomique
- Stabilité familiale
- Modèles éducatifs, systèmes de valeur
- Travail/chômage
- Groupe ethnique d'appartenance
- Environnement socio-économique

# Approche bio-psycho-sociale

## Cas clinique : Brice, 42 ans

- Symptômes  $\psi$ : sommeil, anxiété, abus alcool, humeur cyclique → antidépresseur
  - Trouble bipolaire type II → thymorégulateur
  - Personnalité névrotique → psychothérapie
  - Risque de rupture conjugale → entretien de couple
  - ITT depuis 6 mois, « burn-out » → action par rapport au milieu de travail
- B  
I  
O  
  
P  
S  
  
P  
S  
Y  
C  
H  
O  
S  
O  
C  
I  
A  
L





**Troubles  
mentaux**

*Interactions entre les différents facteurs de risques  
dans la survenue des maladies mentales*

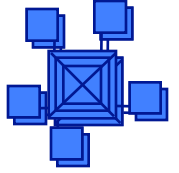
# Prévention en santé mentale

(Caplan, 1964)

- **Prévention primaire** = *avant l'apparition de la maladie* → promotion de la santé, gestion du stress, habitudes de vie saines...
- **Prévention secondaire** = *dès la détection de la maladie* → dépistage, traitement précoce...
- **Prévention tertiaire** = *lorsque la maladie est installée* → éviter les rechutes, réduire les séquelles, réadaptation socio-professionnelle...)

# Vidéo : 2 cas cliniques

- Madame Alaoui : ouvrière à la chaîne
- Monsieur Dargent : cadre bancaire



# INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE

APM Sciences de la Santé Publique

Dr J-M TRIFFAUX

Années 2010-2011

Cours 2

# STRESS

- Réaction de la matière sur laquelle s'exerce une force croissante

# LE STRESS

*« Le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande*

*Par définition, il ne peut être évité. La complète liberté par rapport au stress, c'est la mort »*

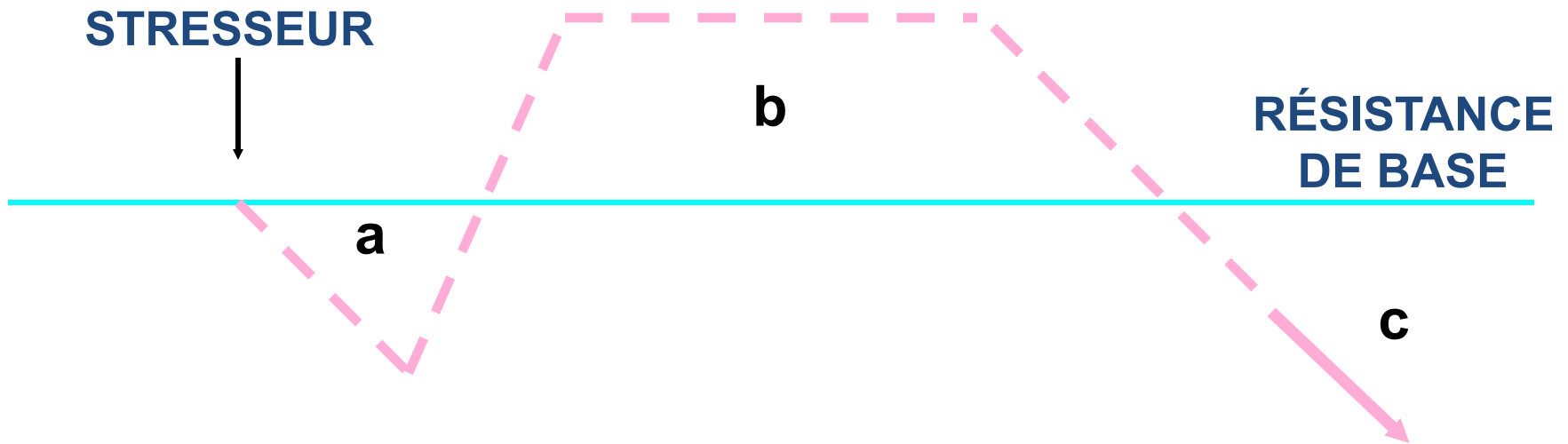
**H. SELYE**

**RANG****ÉVÉNEMENT DE VIE****DEGRÉ DE STRESS**

1	Mort du conjoint	100
2	Divorce	73
3	Séparation conjugale	65
4	Emprisonnement	63
5	Mort d'un proche dans la famille	63
6	Maladie ou blessures personnelles	53
7	Mariage	50
8	Congédiement	47
9	Réconciliation du couple marié	45
10	Retraite	45
11	Maladie d'un membre de la famille	44
12	Grossesse	40
13	Difficultés sexuelles	39
14	Addition d'un nouveau membre dans la famille	39
15	Changement de travail ou d'emploi	39
16	Changement d'état financier	38
17	Mort d'un ami proche	37
18	Changement de domaine dans le travail	36
19	Changement dans la fréquence des disputes conjugales	35
20	Hypothèque de plus de 10.000 \$ (en 1967)	31
21	Emprunt	30
22	Changement de responsabilité au travail	29
23	Enfant qui quitte la maison	29
24	Problème avec la justice	29
25	Succès personnel marquant	28
26	Femme qui entre sur le marché du travail ou qui en sort	26
27	Début ou fin d'année scolaire	26
28	Changement des conditions de vie	25
29	Transformation des habitudes de vie	24
30	Problèmes avec le patron	23
31	Changement des heures ou conditions de travail	20
32	Changement de résidence	20
33	Changement d'école	20
34	Changement dans les loisirs	19
35	Changement dans les activités régulières	19
36	Changement dans les activités sociales	18
37	Emprunt de moins de 10.000 \$ (en 1967)	17
38	Changement d'habitude de sommeil	15
39	Changement du nombre de membres de la famille	15
40	Changement d'habitudes alimentaires	14
41	Vacances	13
42	Congé de Noël	12
43	Violation mineure de la loi	11

**ÉCHELLE D'AJUSTEMENT  
SOCIAL  
DE HOLMES ET RAHE**

# SYNDROME GÉNÉRAL D'ADAPTATION



- a) PHASE D'ALARME : l'organisme subit l'action de l'agent stressant et commence à réagir.
- b) PHASE DE RÉSISTANCE : l'organisme mobilise ses ressources et lutte contre l'agent stressant, puisant dans ses réserves.
- c) PHASE D'ÉPUISEMENT : l'organisme, par suite d'une exposition prolongée, se vide de son énergie jusqu'à la mort.

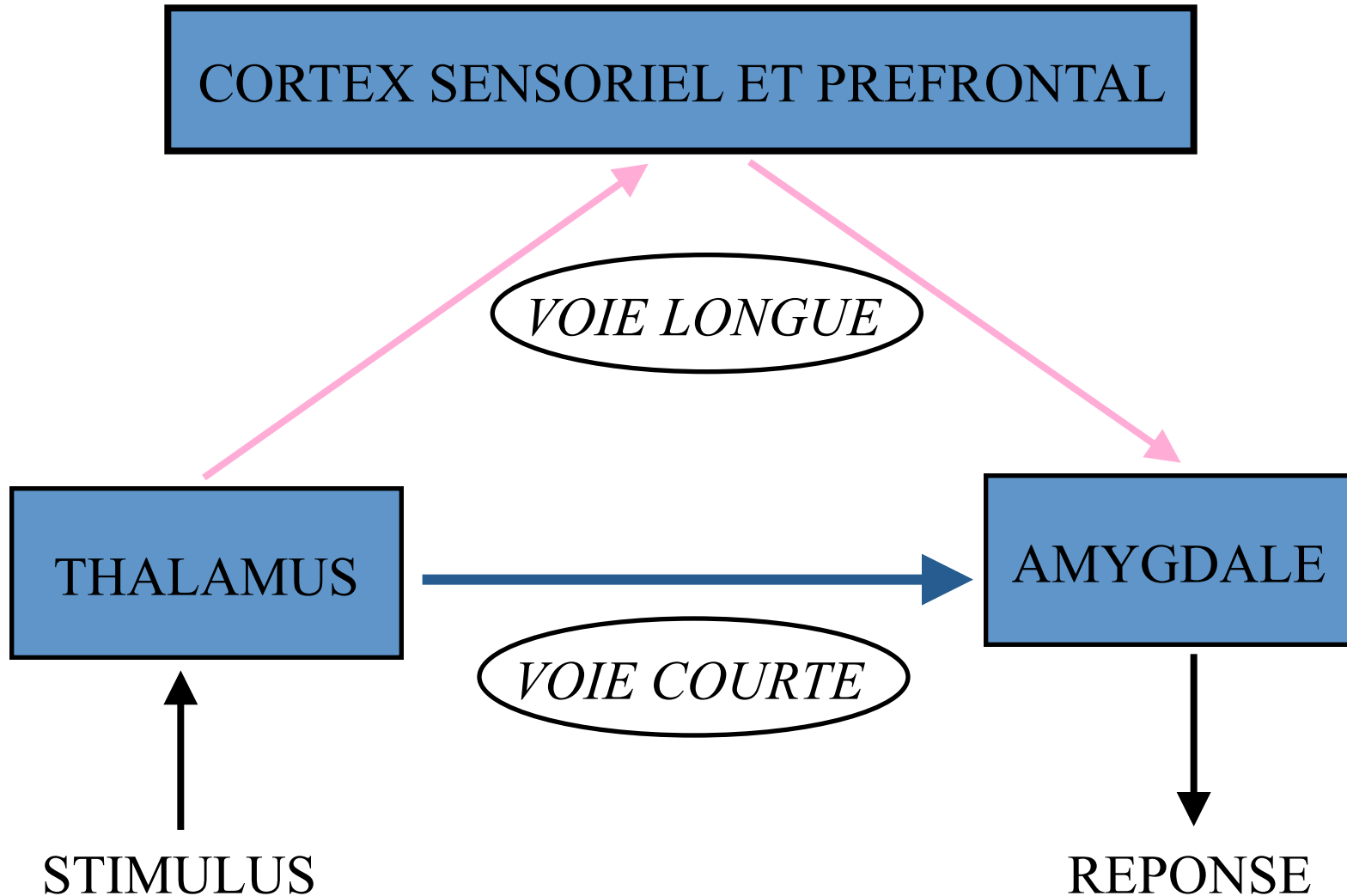


# Freinage d'urgence



- Freinage immédiat : réflexe spinal
- Temps de réaction : 0,2 à 0,3 seconde
- Propagation œil-cerveau (1 à 2m/sec) = 0,1 sec
- Propagation cerveau-pied (10m/sec) = 0,1 sec

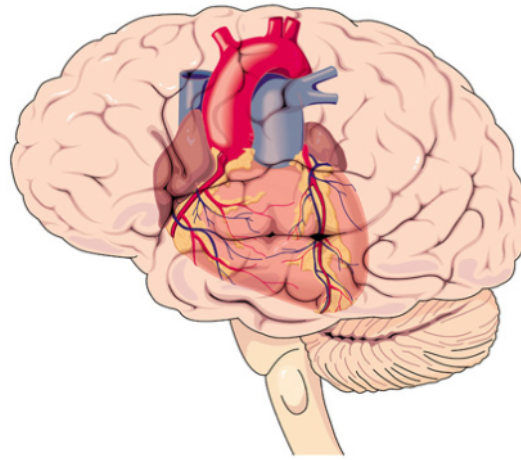
# *Voies du traitement de l'information émotionnelle (selon Le Doux, 1996)*



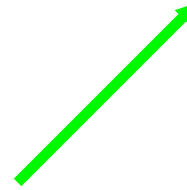
## Voies du traitement de l'information émotionnelle (de type peur et anxiété)

- **Voie courte court-circuite le cortex pré-frontal ⇒ automatique et inconsciente**
- **Voie longue fait intervenir la conscience ⇒ place pour approche thérapeutique**
- **Hyperactivité de l'amygdale et hypoactivité du cortex préfrontal chez les états-limites  
( Herpertz et coll., *Biological Psychiatry* 2001)**

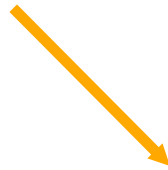
**EVENEMENT  
STRESSANT**



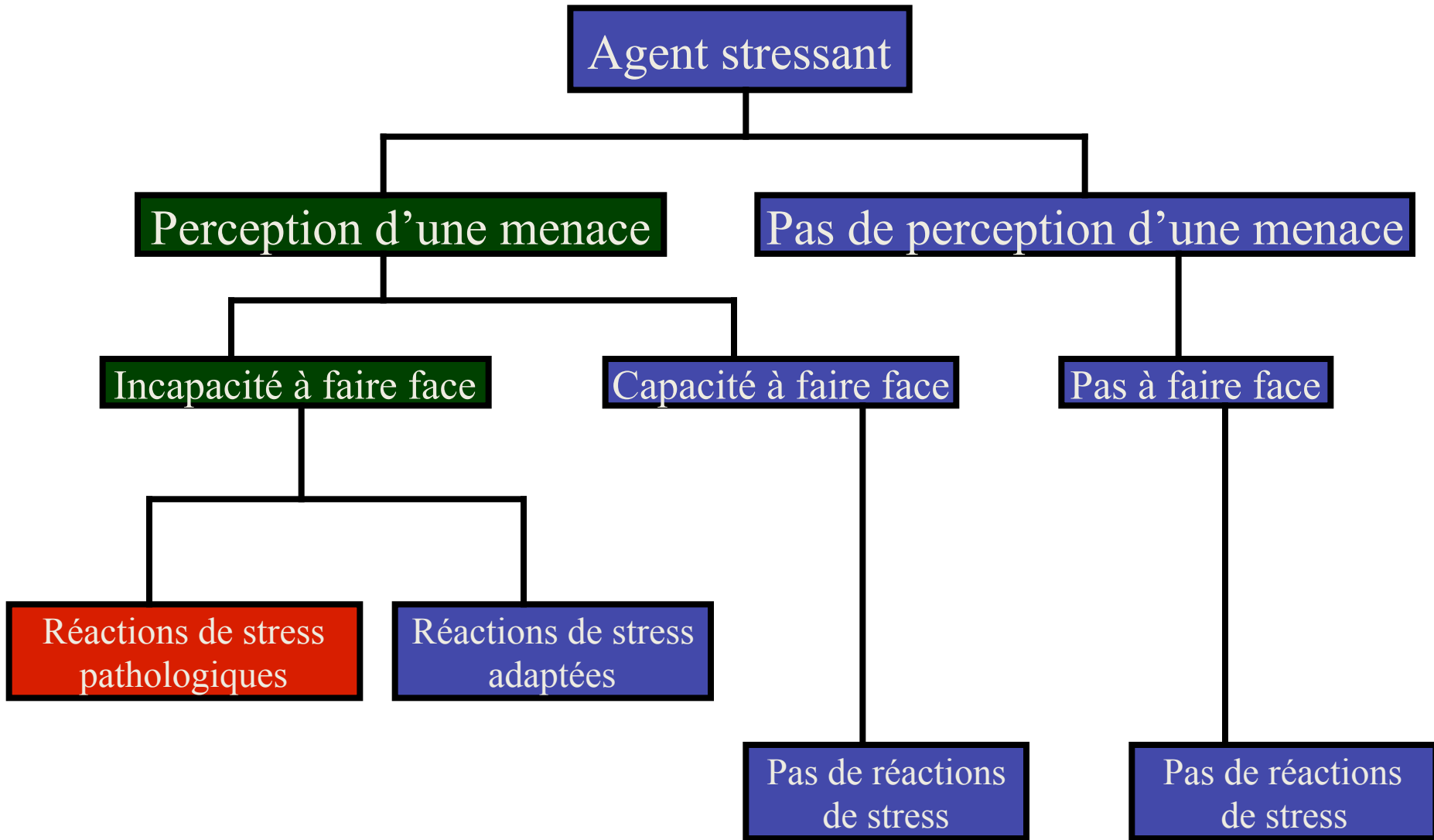
- **RECONNAISSANCE,**
- **REPRÉSENTATION,**
- **FANTASMES ...**



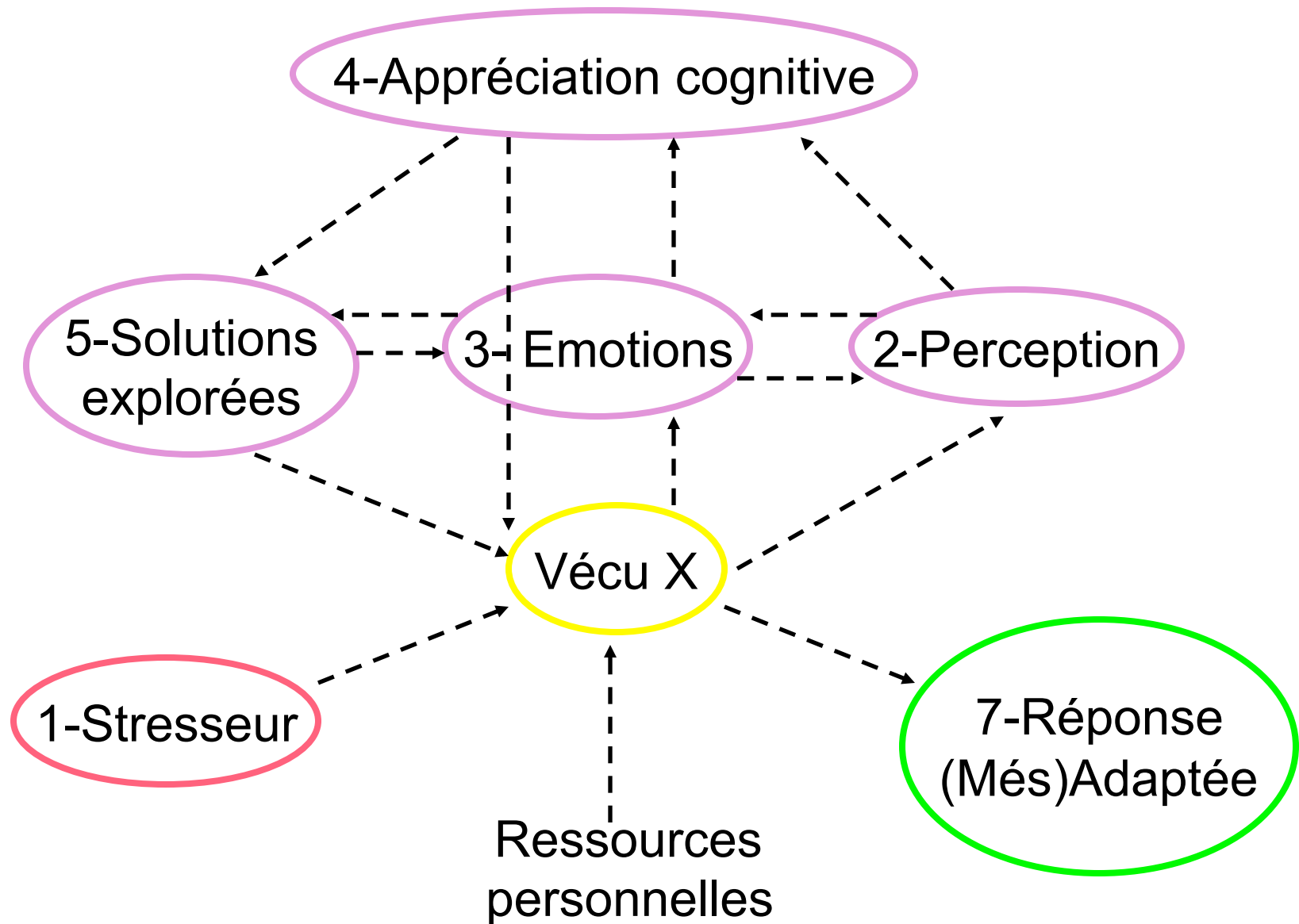
- **INCAPACITÉ DE  
SYMBOLISATION,**
- **ABSENCE DE LIAISON  
AFFECT-REPRESENTATION**



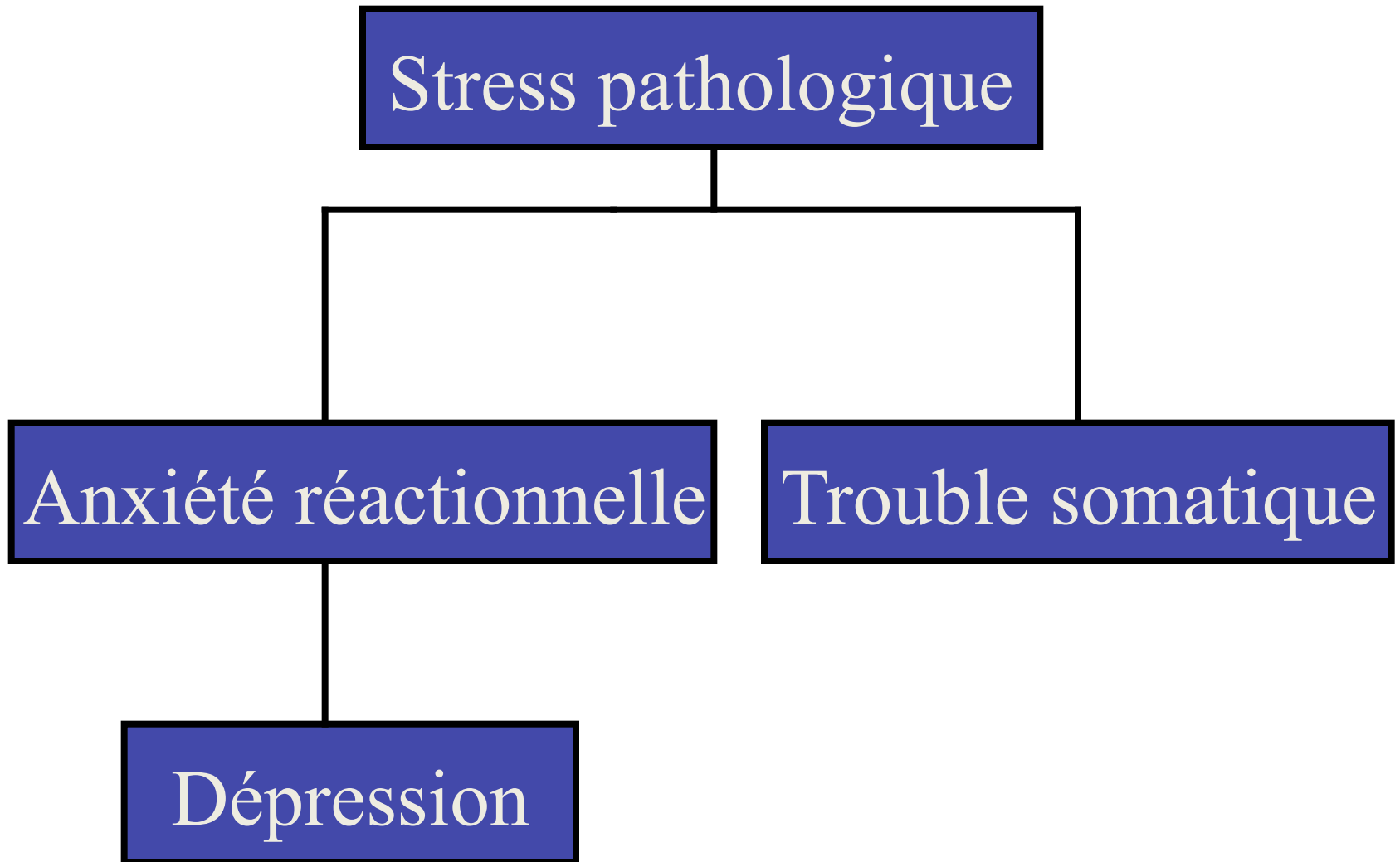
# Réactions de Stress (*Lazarus*)



# Appréciation et réponse au Stress, d'après LAZARUS

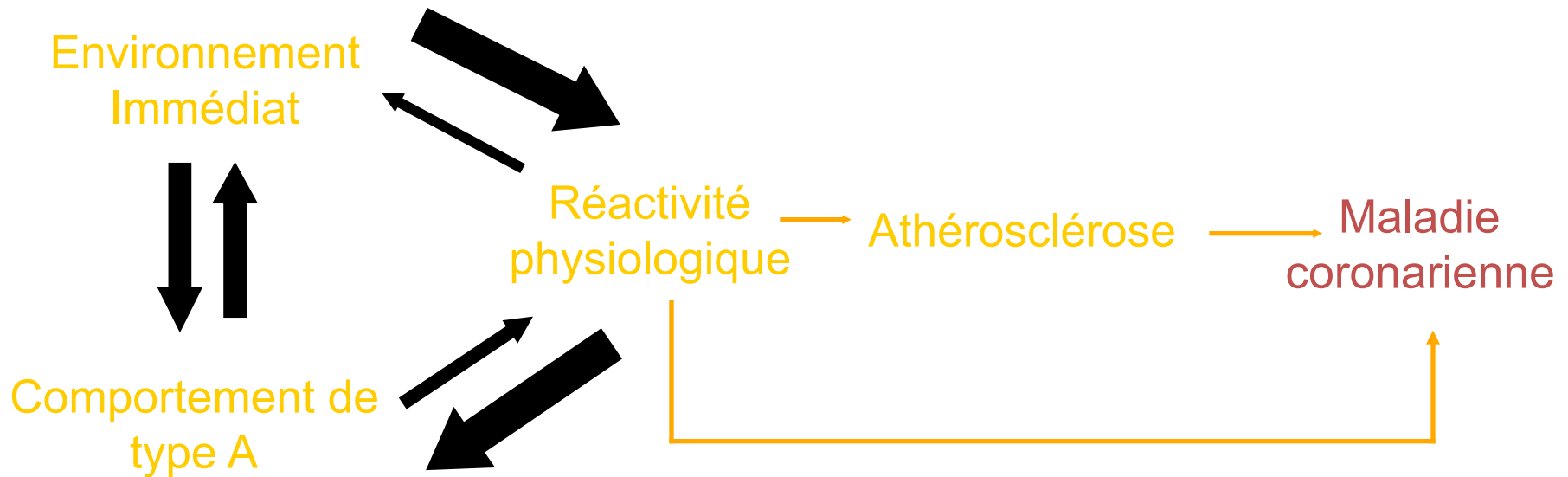


# Conséquences du stress pathologique



# Affections cardio-vasculaires

*(selon modèle bio-psycho-social)*





# Cas vidéo n°3

## « Francis Bergeade »

- Directeur d'entreprise
- L'ami du directeur
- Identifier les facteurs de stress
- Identifier les capacités de réponse
- Repérer les profils de personnalité ?
- Pattern A ?
- Pattern B ?

## PATTERN A

### INDIVIDUS :

- Hyperactifs, impatients
- Combatifs, agressifs
- Incapables de se détendre
- S'investissant avec acharnement dans le travail
- Ressentant en permanence l'urgence du temps
- S'exprimant avec une voix explosive avec un rythme rapide

# PATTERN A

(suite)

## STYLE RELATIONNEL :

Relations multiples,  
interchangeables

Rivalité

Vaines tentatives de  
détachement

## ESTIME DE SOI :

«Sûr de lui»

## VALEUR PREDICTIVE :

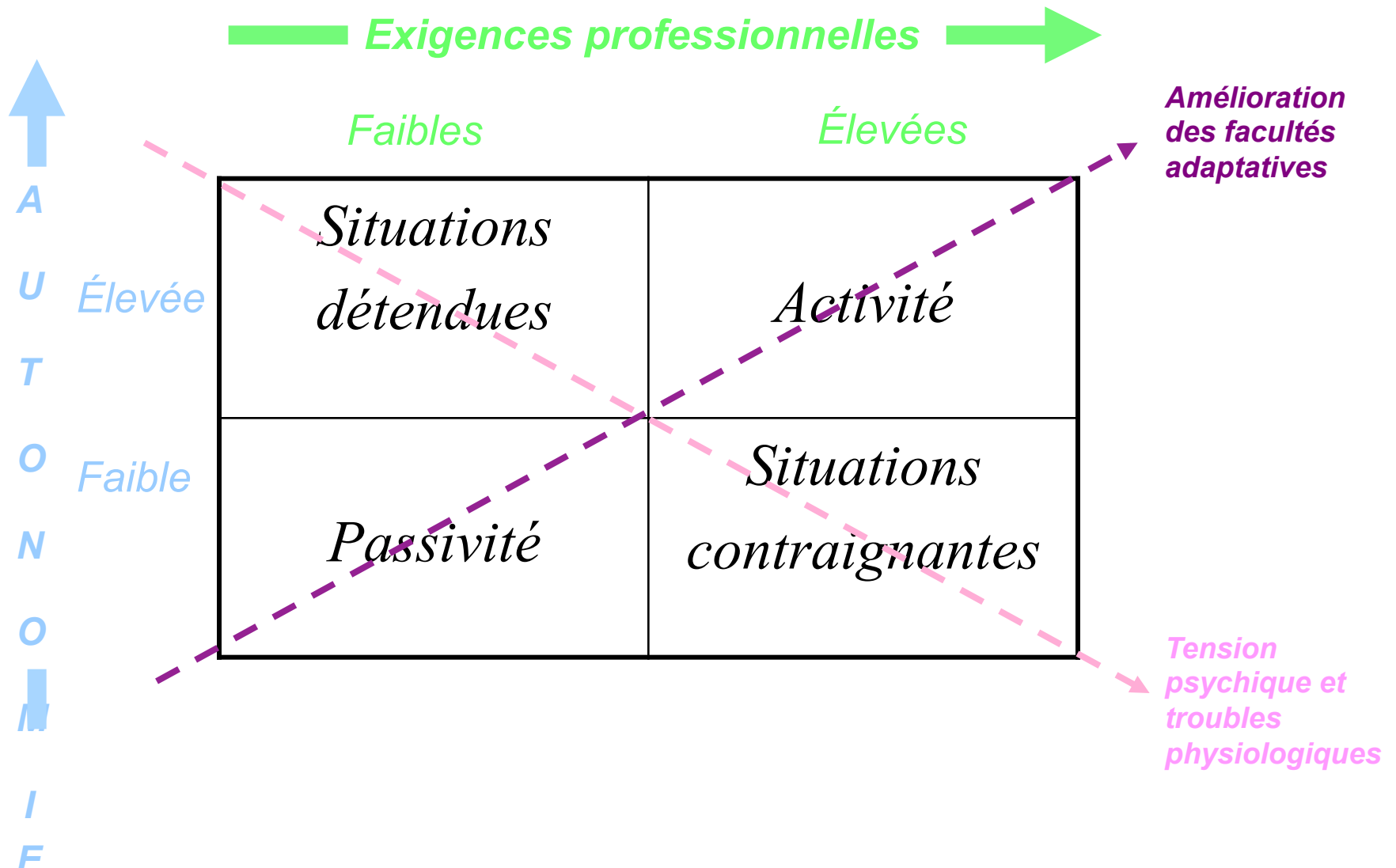
Morbidité coronarienne

**doublée**

**Modèle de congruence personne-environnement**  
(selon J.M. Ivancevich et M.T. Matterson, 1984)

	<i>Pattern A</i>	<i>Pattern B</i>
<i>Environnement de Type A</i>	<b>Congruence (A-A)</b>	<b>Incongruence (B-A)</b>
<i>Environnement de Type B</i>	<b>Incongruence (A-B)</b>	<b>Congruence (B-B)</b>

# Situations environnementales et réponses physiologiques (selon Karasek, 1982)



# Stress au travail

## ♪ Définition :

*Le stress survient quand il y a déséquilibre entre les contraintes imposées par l'environnement et les ressources internes de l'individu pour y faire face.*

# Stress au travail ?

- Concept interactionniste entre :
  - ➔ l'individu (ses capacités de réponses)
  - ➔ son milieu de travail (les exigences de son milieu de travail)
- Possibilité de contrôle de l'environnement ?
- Liberté d'action ?

# Le stress au travail

## *Approche objectivante de Karasek (1982) :*

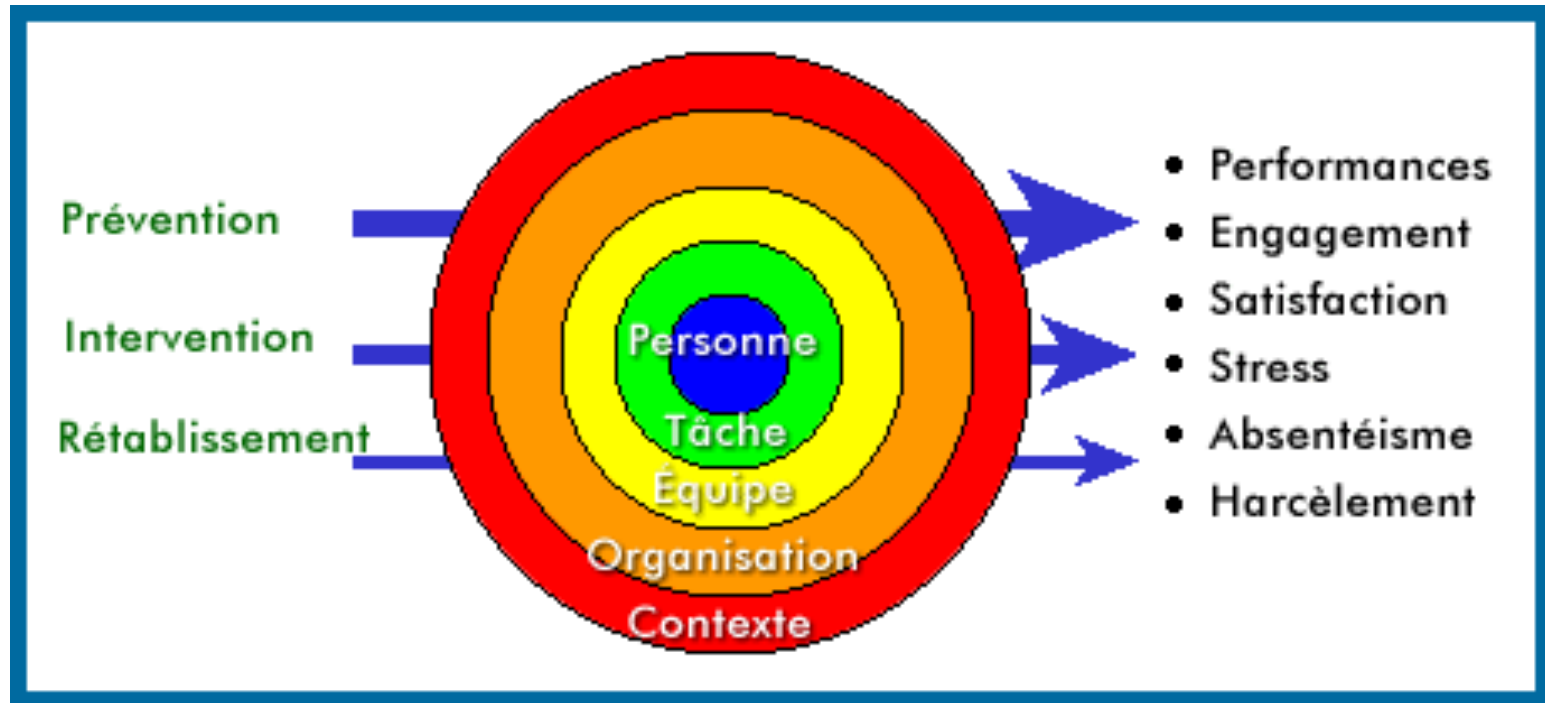
- 1) La charge de travail : degré de « pénibilité ».
- 2) Le contrôle sur le travail : autonomie décisionnelle.
- 3) Le soutien social des collègues, dirigeants.

## *Modèle contemporain du stress :*



Interaction personne ↔ environnement,  
« work-life » balance.



# Interactions personne-environnement



# Souffrance au travail

- Souffrance individuelle
- Nouvelles organisations du travail
- Individualisation, compétitivité
- Néolibéralisme  , solidarité 
- Instabilité de l'emploi
- Peur du licenciement, “burn-out”
- Accroissement des richesses, peur de la pauvreté

# Burn out : processus en cascade

- La dernière étape d'un processus dynamique de longue durée
- s'installant insidieusement
- entraînant le sujet dans un processus dont il est difficile de sortir.  
(Maslach & Leiter 1997)

# Qualités professionnelles requises...

- Idéaliste, Généreux, Dévoué(e),
- Perfectionniste, Conscientieux
- Enthousiaste, Performant(e),
- Savoir-faire, « feux sacré »,
- Capacité à rebondir rapidement,
- Ne supporte pas l'échec, défie les limites,
- Ne compte pas ses heures,
- Sacrifie sa vie privée pour son travail...

# Willy le consciencieux...

- Travaille dans le milieu bancaire depuis 36 ans.
- *Je suis vidé moralement et physiquement depuis 6 ans.*
- *Cervicalgies, HTA, Infarctus, Stents Iliofémoraux, thyroïdite, perte de 12kg...*
- *Responsabilités augmentent, staffing diminue...*
- *Tabac pour me calmer, Alcool pour oublier, Anxiolytiques pour dormir...*
- *Idées suicidaires.*
- Votre Patron ? :
- « Si vous n'atteignez pas vos objectifs, changez de boulot. Vous êtes du matériel BIODEGRADABLE... (sic)».

# Les symptômes du Burn out

## ***I – EPUISEMENT EMOTIONNEL :***

- *Irritabilité,*
- *Perte du sens de l'humour,*
- *Psychorigidité,*
- *Crises de larmes,*
- *Isolement social,*
- *Anxiété,*
- *Paralysie décisionnelle,*
- *Troubles de concentration et de mémoire,*
- *Envahissement par le doute.*

# Les symptômes du Burn out

## **II – EPUISEMENT PHYSIQUE :**

- *Fatigue intense,*
- *Repos non réparateur,*
- *Insomnies,*
- *Réveils matinaux pénibles,*
- *Troubles alimentaires,*
- *Comportement compulsif,*
- *Addictions (alcool, médicaments, cyberdépendance...),*
- *Maux de tête, troubles digestifs, vertiges, allergies,*
- *Risque accru de maladies cardiovasculaires,*
- *Troubles musculo-squelettiques...*

# Les symptômes du Burn out

## ***III – DESHUMANISATION :***

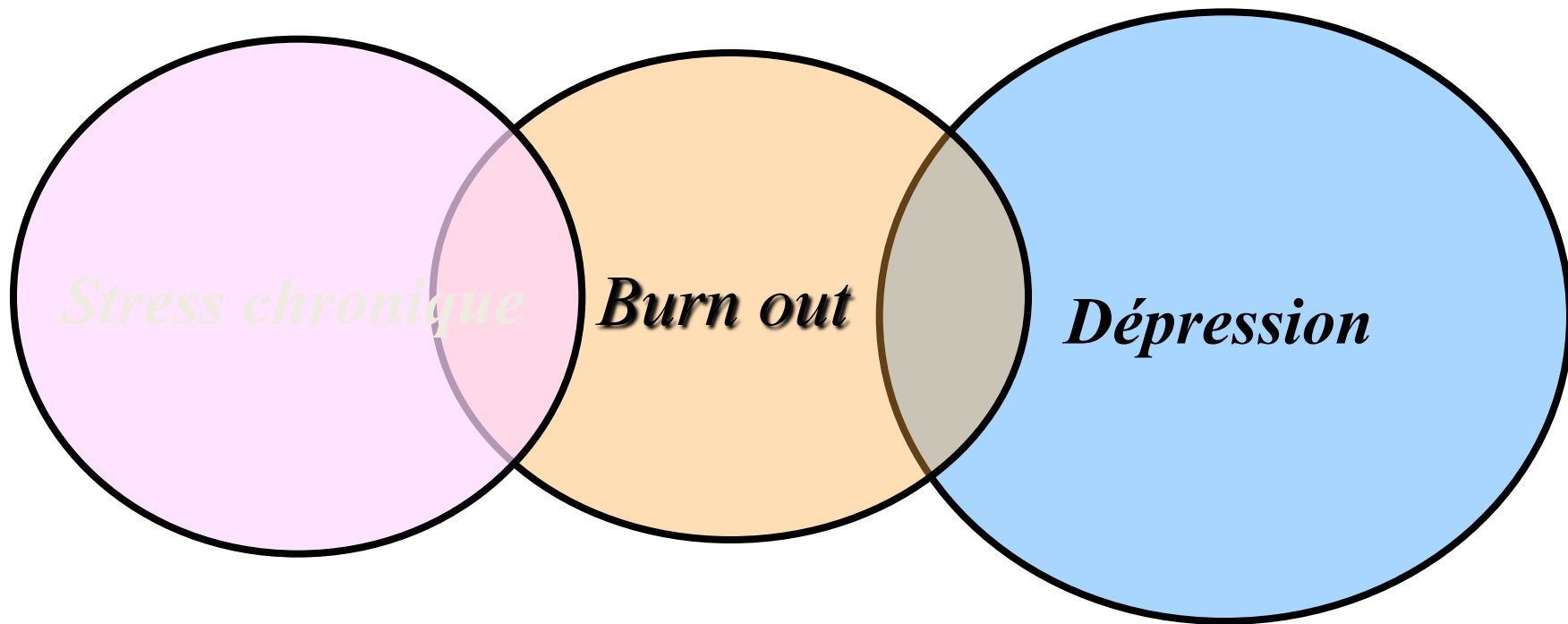
- *Cynisme,*
- *Tendance à s'isoler et à se détacher émotionnellement des autres,*
- *Intolérance aux moindres problèmes,*
- *Violence intérieure (envie de meurtre...),*
- *Troubles majeurs de communication interpersonnelle.*



# Les symptômes du Burn out

## *IV–INSATISFACTION PROFESSIONNELLE :*

- *Perte de motivation,*
- *Sentiment d'échec professionnel,*
- *Sentiment d'incompétence,*
- *Sentiment de honte et de culpabilité,*
- *Envie d'abandonner,*
- *Apathie, désespoir, résignation,*
- *Etat suicidaire.*



*Stress chronique*

*Burn out*

*Dépression*

# Conséquences du burn out

- **Au niveau de l'individu** : *souffrance physique et morale, déstabilisation familiale, perte d'emploi, suicide*
- **Au niveau de l'entreprise** : *travail moins efficace, absentéisme, conflits interpersonnels, problème de recrutement*
- **Au niveau de la société** : *dépenses de santé, indemnités de chômage, invalidité*

# Les grands courants actuels

- ✓ La psychanalyse
- ✓ Le comportementalisme
- ✓ Le cognitivisme
- ✓ Le courant systémique
- ✓ La psychiatrie biologique
- ✓ La psychiatrie sociale
- ✓ Le modèle bio-psycho-social

# Les grands syndromes cliniques

- **Les troubles de l'humeur** (dépression, trouble bipolaire)
- **Les troubles anxieux** (manifestations psychiques et/ou somatiques)
- **Les troubles liés à une substance** (abus/ dépendance alcool, drogues, médicaments)
- **Les troubles psychotiques** (BDA, schizophrénie, paranoïa...)
- **Les troubles psychosomatiques** (troubles fonctionnels, troubles lésionnels)
- **Les troubles du comportement alimentaire** (anorexie, boulimie)

# Critères diagnostiques DSM-IV-TR

(A.P.A., 2000)

- **Diagnostic catégoriel**
- **Evaluation multiaxiale :**
  - Axe I : troubles cliniques
  - Axe II : troubles de personnalité
  - Axe III : affections médicales générales
  - Axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux
  - Axe V : évaluation globale de fonctionnement (0-100)

# Prévalence des troubles mentaux en Belgique *(R. Bruffaerts et al., 2003)*

- 2419 personnes évaluées selon DSM-IV (= taux de réponse 50,7%)
- Population adulte de 18 ans et plus
- 27,6 % : 1 trouble mental au cours de leur vie (dont 10,7 % dans l'année écoulée) :
  - 14,9 % : trouble de l'humeur
  - 13,2 % : trouble anxieux
  - 8,1 % : trouble lié à l'alcool

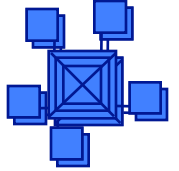
# Recours aux soins

*(R. Bruffaerts et al., 2004)*

33% des personnes avec au moins un trouble ont consulté un professionnel dont :

- Généraliste uniquement : 33,6 %
- Psychologue uniquement : 13,1 %
- Psychiatre uniquement : 9,7 %
- Généraliste + psychiatre : 43,1 %





# INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE

APM Sciences de la Santé Publique

Dr J-M TRIFFAUX

Années 2010-2011

Cours 3

# LES TROUBLES DE L'HUMEUR

# Le diagnostic du syndrome dépressif comprend 3 axes

- L'humeur dépressive à différents degrés
- Le ralentissement cognitif et moteur à différents degrés
- Les perturbations organiques (appétit, poids, sommeil, la T.A., transit intestinal)

# Dépression primaire

- Épisode dépressif isolé endogène (biologique) ou psychogène (réactionnelle)
- Trouble dépressif récurrent (unipolaire)
- Maladie bipolaire (PMD bipolaire)

# Dépression secondaire

- Secondaire à : un alcoolisme, une toxicomanie, névrose, schizophrénie
- Au cours d'un trouble de la personnalité
- Maladies systémiques, affections endocriniennes, néoplasies
- Prises de toxiques, de médicaments
- Intoxications chroniques accidentelles ou professionnelles

# Le traitement est basé sur

- Les antidépresseurs (au moins 6 mois de traitement)
- Dans certains cas :
  - \* Les thymorégulateurs ou les antidépresseurs au long cours
  - \* Le traitement de l'origine de la dépression (dépression secondaire)
  - \* La psychothérapie de soutien

# Épidémiologie

- Affection très fréquente (pays occidentaux + ++)
- Prévalence en constante augmentation :
  - 1/3 de la population
  - plus fréquente chez la femme
- Prévalence maladie bipolaire : 0,6 à 0,9 %, identique dans les deux sexes
- Pathologie parfois mortelle : 15% des déprimés décèderont par suicide
- Invalidité sur le plan socioprofessionnel : arrêts de travail répétés, longue maladie

# Les structures mentales

(J.Bergeret)

- ❑ **LES NEVROSES :**
  - névrose hystérique
  - névrose phobie
  - névrose obsessionnelle
  - névrose d'angoisse
  
- ❑ **LES ETATS- LIMITES :**
  - troubles narcissiques
  - troubles border-line
  - névrose de caractère
  - psychopathie
  - perversion
  
- ❑ **LES PSYCHOSES :**
  - schizophrénie
  - paranoïa
  - mélancolie



# LES NEVROSES

*<< La névrose est une affection pathogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense >>*

Laplanche et Pontalis

# Le petit Hans *(S.FREUD : 1909)*



- Analyse de la phobie d'un garçon de 5 ans
- Phobie importante : peur qu'un cheval dans la rue le morde ou le fasse tomber...
- Cheval = Objet externe = Compromis névrotique
- Conflit interne (haine du père, amour de la mère) déplacé vers un objet externe évitable, ce qui restaure l'équilibre psychique du petit Hans

# *Le diagnostic de névrose repose sur :*

- *Organisation névrotique de la personnalité qui **décompense***
- *Signes généraux de névrose (asthénie, insomnie, angoisse, troubles sexuels...)*
- *Signes spécifiques de névrose (conversion, phobie, compulsions, obsession...)*
- *Répercussion : invalidité sociale, psychique, geste suicidaire*

# ***L'évolution d'une névrose se fait***

- *Rarement vers une guérison*
- *Alternance de phases de rémissions et de périodes d'exacerbations*
- *Parfois vers une chronicisation des symptômes avec complications*

## ***Complications des névroses***

- *Abus d'alcool, abus de toxiques (drogues, anxiolytiques)*
- *Dépression, tentatives de suicide, invalidité socio-professionnelle*

# *Les névroses ont pour traitement*

- *Antidépresseurs : Trouble panique, agoraphobie, Phobie sociale, TOC, TAG*
- *Anxiolytiques : phase aiguë des névroses, prescription de durée limitée*
- *Psychothérapie : de soutien, analytique, cognitivo-comportementale*

## **Ancienne classification**

## **Nouvelle classification**

NEVROSE D'ANGOISSE

*Trouble panique,  
Anxiété généralisée  
(TAG)*

NEVROSE HYSTERIQUE

*Conversion hystérique*

NEVROSE PHOBIQUE

*Phobie simple,  
Agoraphobie, Phobie  
sociale*

NEVROSE  
OBSESSIONNELLE

*Trouble obsessionnel  
compulsif (TOC)*

# I. Névrose d'angoisse

## ☐ Trouble panique :

- Prévalence à vie : 3 à 4 %
- 4 attaques (crises d'angoisses aiguës) en 4 semaines
- Sentiment de mort imminente, peur de devenir fou
- Symptômes somatiques cardio-vasculaires, respiratoires, neurologiques...
- Survenue brutale sans facteur déclenchant
- « peur d'avoir peur »



# I. Névrose d'angoisse

## **□ Trouble anxiété généralisée :**

- Prévalence annuelle : 3 à 8 %
- angoisse flottante chronique
- anxiété anticipatoire, sentiment d'insécurité
- Complications psychiatriques fréquentes

## II. Névrose hystérique

- 1 % à 3 % de la population
- Prédominance féminine
- Personnalité histrionique ou passive dépendante + symptômes conversifs
- Conflictualité entre désir d'origine sexuelle et interdit
- Mode relationnel : séduction
- Début des troubles au début de l'âge adulte (mais la conversion peut se voir chez l'enfant)

## II. Symptômes hystériques

- **Symptômes conversifs d'expression physique :**
  - Symptômes somatiques chroniques (atteintes motrices, sensibles, sensorielles...)
  - Symptômes somatiques aigus (crises paroxystiques brutales : épileptiforme, syncope...)
- **Symptômes conversifs d'expression psychique** (amnésie, état second, somnambulisme...)

## II. Symptômes hystériques

- Absence d'origine organique
- Théâtralisme
- Les symptômes affectent la vie relationnelle
- « Belle indifférence » par rapport aux symptômes
- Bénéfices secondaires
- Symptômes d'origine inconsciente

# III. Névrose phobique

- Prévalence phobies spécifiques : 10%
- Trouble plus fréquent chez les femmes
- Survenue le plus souvent à l'adolescence ou chez l'adulte jeune
- Forme monosymptomatique la plus fréquente (en particulier l'agoraphobie)

# III. Névrose phobique

- **Agoraphobie** : foule, lieux publics, grands espaces, ponts...
- **Phobie sociale** : crainte de parler en public, du regard des autres, éreutrophobie...
- **Phobie simple** : objet (animaux, couteaux, sang) ou situation (transport) sans aucun caractère menaçant
- Claustrophobie, nosophobie, dysmorphophobie, phobie d'impulsion

# IV. Névrose obsessionnelle

- Prévalence : 2,5 %
- Fréquence égale chez les hommes et les femmes
- Apparition dès l'enfance, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte

# IV. Névrose obsessionnelle

- Des **obsessions** : idée, image, sentiment qui s'impose de manière répétée et incoercible
- Des **compulsions** dont les rituels
- Une organisation névrotique de la personnalité
- Une répercussion invalidante des symptômes



# IV. Névrose obsessionnelle

- Thèmes obsessionnels habituels : religieux, la mort, la propreté, la saleté, la contamination, la symétrie, l'ordre, le perfectionnisme...
- Caractère absurde de l'obsession
- Compulsions mentales (arithmomanie)
- Rituels de lavage
- Rituels de vérification

# Cas vidéo :

## la maman de Tanguy

- Scène 1 : la naissance de Tanguy
- Scène 2 : Tanguy a 28 ans...
- Scène 3 : la maman de Tanguy chez le psychanalyste...

# LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

# Les traits de personnalité

- « ce qu'il y a de relativement **stable et permanent** dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne ».
- Résulte de l'intégration des éléments pulsionnels, émotionnels et cognitifs chez tout individu.
- La façon **habituelle** dont nous percevons, concevons et réagissons par rapport à l'environnement et à nous-même.

# Trouble de la personnalité

- Présence de traits de la personnalité spécifiques, stables, permanents, inflexibles quelle que soit la situation dans laquelle se trouve le sujet, à l'origine de troubles du comportement et émotionnels
- **Traits inadaptés**, responsables soit d'une altération significative du fonctionnement, soit d'une souffrance subjective

# Epidémiologie

- Prévalence : 5,9 à 13,5% en population générale
- Diagnostics selon DSM-IV : contesté
- Cooccurrence très importante (ex: personnalité dépendante + évitante ...)
- Nouvelles méthodes d'évaluation : en cours

# *Troubles de la personnalité*

*(selon DSM-IV-R)*

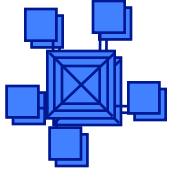
- *Personnalité histrionique*
- *Personnalité obsessionnelle-compulsive*
- *Personnalité évitante*
- *Personnalité dépendante*
- *Personnalité borderline*
- *Personnalité narcissique*
- *Personnalité antisociale*
- *Personnalité schizoïde*
- *Personnalité paranoïaque*

# Cas vidéo :

## la maman de Jérémie

- Impulsivité (sexualité, toxicomanie, comportements dangereux)
- Instabilité affective associée à une réactivité marquée de l'humeur (colère, dépression, euphorie...)
- Angoisse d'abandon, sentiment de vide
- Relations anaclitiques
- Symptômes dissociatifs transitoires (délire)





# INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE

APM Sciences de la Santé Publique

Dr J-M TRIFFAUX

Années 2010-2011

Cours 4

# LES PSYCHOSES

# Le diagnostic de schizophrénie

- Prévalence : 1 % de la population mondiale
- Présence d'un syndrome dissociatif
- Détérioration du niveau de fonctionnement intellectuel et psychique antérieur
- Symptomatologie d'une durée suffisante (au moins 6 mois)
- Début de la maladie avant 40 ans

# La dissociation

- Désigne la rupture de l'unité physique (dislocation de la personnalité)
- Il s'agit d'un processus interne, désorganisant l'activité mentale du sujet
- La discordance semble être la partie concrète (observable) de la dissociation
- Les deux termes (dissociation et discordance) reflètent le syndrome de désorganisation

# Trois grands syndromes constituent la schizophrénie

- Le syndrome dissociatif
- Le syndrome délirant de type paranoïde
- Le syndrome autistique

# Symptômes positifs (productifs)

- Idées délirantes
- Hallucinations
- Comportement désorganisé avec agressivité, agitation
- Troubles du cours de la pensée avec bizarreries, écholalie, incohérence

# Symptômes négatifs (déficitaires)

- Retrait ou pauvreté affective, émoussement affectif
- Anhédonie, retrait social
- Apathie et apragmatisme
- Manque de contact
- Ralentissement moteur
- Baisse du rendement scolaire ou professionnel

# Cas vidéo : Spider

- Symptômes déficitaires
- Troubles autistiques
- Méfiance paranoïde
- Bizarrerie



# Évolution

- Dépendante de la forme clinique et de la prise en charge
- Évolution chronique, ponctuée d'épisodes aigus de la maladie

## **Pronostic :**

- << guérison complète >> : 25% sous traitement
- Intensité moyenne avec adaptation sociale à minima : 50%
- Forme gravement déficitaire : 25%

# SANTE MENTALE

- Historique
- L'offre de soins actuelle
- Evolution et réforme des soins
- Le Réseau de soins

# Sécurité sociale : historique

- ✓ **Avant 1830** : congrégations religieuses
- ✓ **1850** : institutions judiciaires pour aliénés
- ✓ **1945** : mis en œuvre Sécurité Sociale
- ✓ **Repères stables**: la Famille + l'emploi du Père
- ✓ **1963** : intervention de l'INAMI pour le traitement des malades mentaux
- ✓ **1970** : création d'unités de crises HP, SPHG
- ✓ **1975** : reconnaissance des CSM

# Sécurité sociale : historique

- ✓ **1980** : réformes de l'Etat
- ✓ **1990** : 1<sup>ère</sup> reconversion, désinstitutionnalisation  
→ création MSP, IHP, PFC
- ✓ **2000** : 2<sup>ème</sup> reconversion, volontaire
- ✓ **1975-2000** : 26.337 à 13.000 lits HP !
- ✓ Coût global maladies psychiques: 3-4% du PNB
- ✓ Mais... reconversion insuffisamment liée à augmentation de l'ambulatoire et semi-amb.
- ✓ Concept de Santé Mentale de + en + flou...

**Aide  
sociale**

**Education  
Enseignement**

**LA SANTE**

*Psychologie Clinique  
Psychologie Médicale  
Psychiatrie*

**Justice**

**Emploi**

# Evolution des soins de santé mentale (SSM)

(Thornicroft & Tansella, 2003)

<b>Période 1</b> <b>Constructions des asiles</b> <b>(1880-1950)</b>	<b>Période 2:</b> <b>Fermeture des asiles</b> <b>(Dès 1950)</b>	<b>Période 3:</b> <b>“balanced care”</b> <b>Les années 2000</b>
Développement des asiles	Démentellement des asiles	Grandes institutions remplacées par petits services ou structures
Augmentation du nombre de lits hospitaliers	Diminution du nombre de lits	Diminution du nombre de lits ralentie
Rôle limité pour les membres de la famille	Rôle des membres de la famille augmente	Rôle important des membres de la famille
Investissement du gouvernement	Investissement du gouvernement en soins de santé mentale diminue	Augmentation des frais personnels du patient, efficacité et limitation des investissements financiers

# Balanced care

Equilibre des **Soins de santé** entre :

- soins hospitaliers les plus courts et les moins fréquents possibles.
- soins ambulatoires intégrés au maximum dans la communauté et offrant tous les soins nécessaires sans l'impact négatif de l'hospitalisation.

# Indicateurs de base

(Becker & Vazquez-Barquero, 2001)

<b>Indicateur</b>	<b>Europa</b>	<b>Afrika</b>
Nombre de psychiatres par 100.000 habitants	5.5 – 20.0	0.05
Nombre de lits en psychiatrie par 100.000 habitants	87	0.34
Budget des SSM comme % du budget total des soins de santé	5 – 10 %	Inférieur à 1% dans 80% des pays



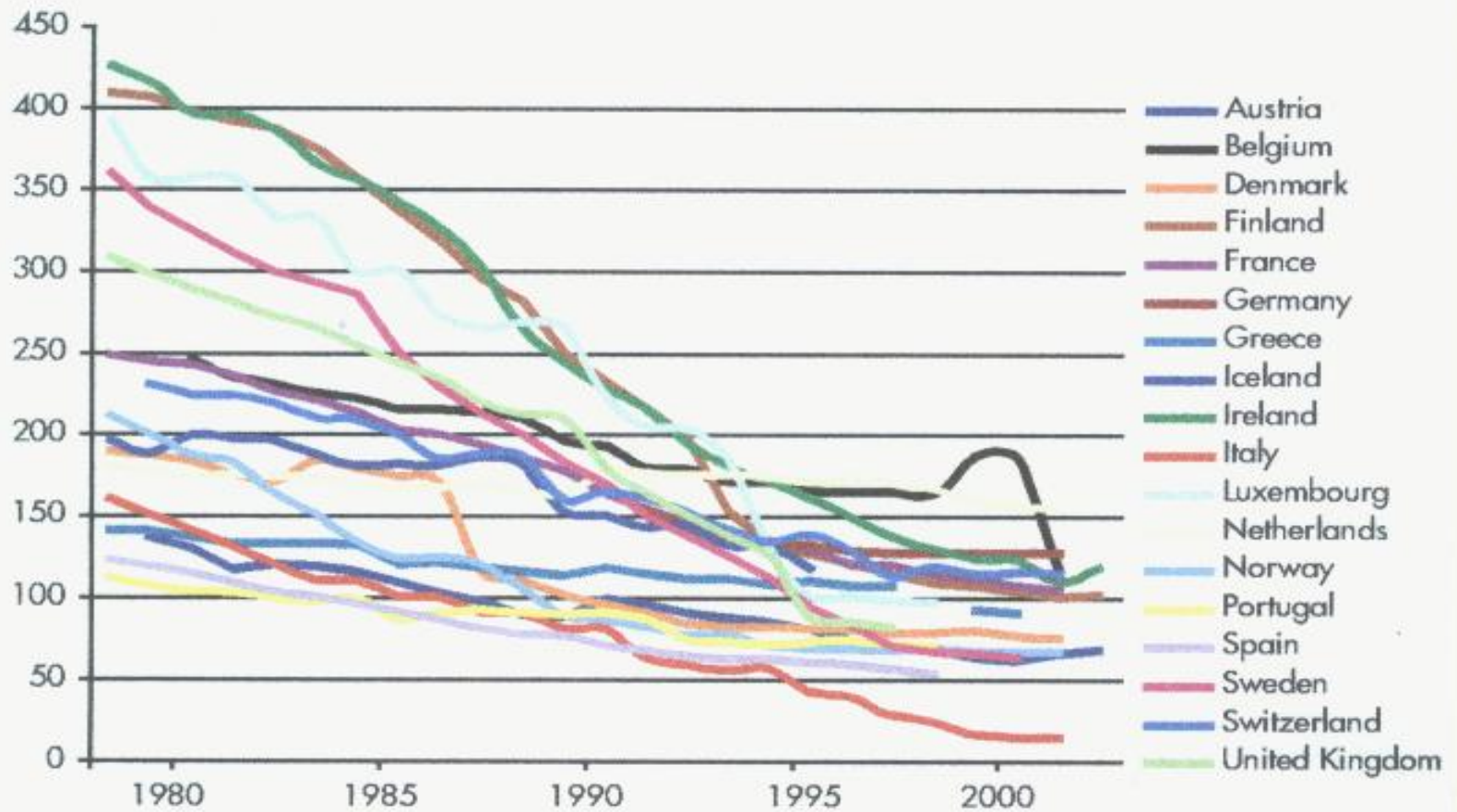
# Indicateurs de base

(Becker & Vazquez-Barquero, 2001)

<b>Indicateur</b>	<b>Europe</b>	<b>Belgique</b>
Nombre de psychiatres par 100.000 habitants	5.5 – 20.0	B*: 17,8
Nombre de lits en psychiatrie par 100.000 habitants	87	B*: 208
Budget des SSM comme % du budget total des soins de santé *SPF 1 <sup>er</sup> juillet 2004	5 – 10 %	B*: 7,3 %

**Figure 1: Trends in the numbers of psychiatric beds in western Europe, 1978–2002**

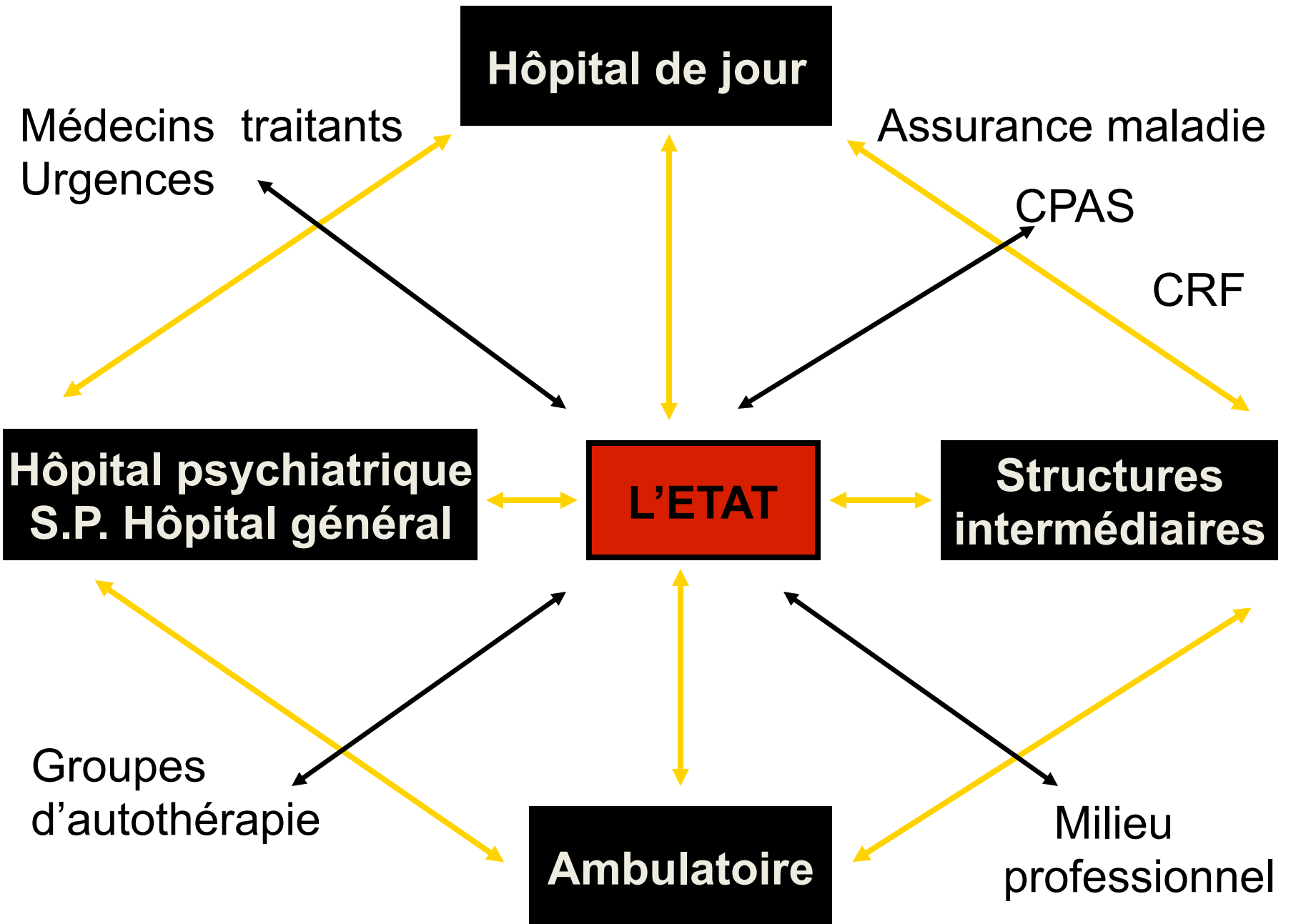
Number of psychiatric beds per 100 000



Source: European health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2004.

# Offre de soins actuelle en santé mentale

- Les Hôpitaux Psychiatriques (HP) : lits A (soins intensifs) et T (lits chroniques)
- Les Services Psychiatriques des Hôpitaux Généraux (SPHG) : lits A (soins intensifs)
- Les Hôpitaux Psychiatriques de Jour : lits a et t
- Les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP), les Habitations Protégées (IHP)
- Les Centres de Revalidation Fonctionnelle (CRF)
- Les Centres de Santé Mentale : prévention et soins ambulatoires (CSM)
- Médecins généralistes, polycliniques, psychologues et psychiatres indépendants...



# La Réforme des soins en Santé Mentale

- Adapter l'offre de soins de santé mentale
- Cadre officialisant relations entre intervenants des soins en santé mentale
- Définir les relations entre entités politiques et cliniques via le Réseau
- Faire converger objectifs de gestion avec objectifs de soins : de la logique des besoins à la logique des moyens...?

# Les Projets Thérapeutiques

(Projets pilotes pathologies chroniques et complexes)

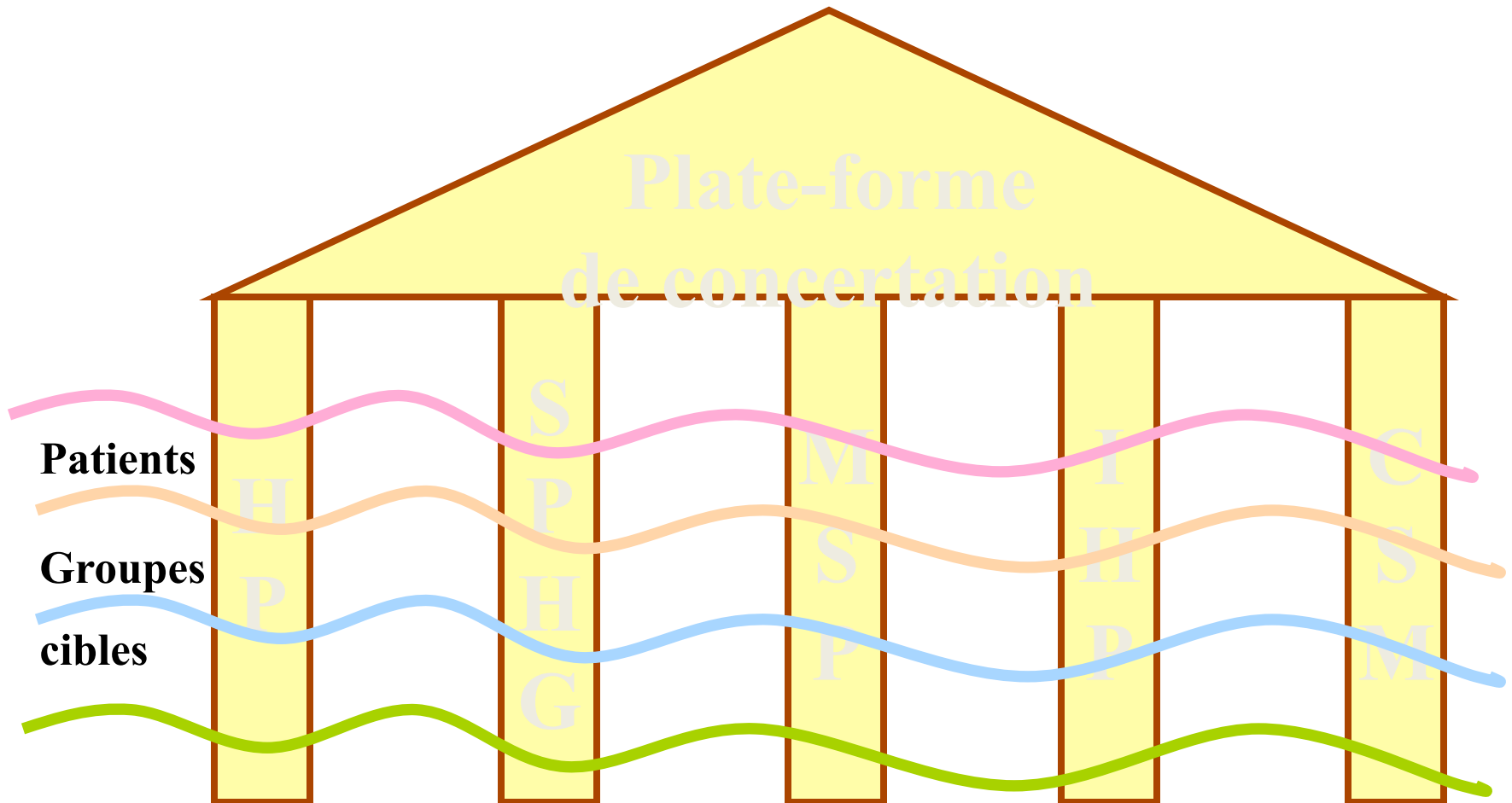
- ✓ Réformer le secteur de la santé mentale et développer les concepts de circuits et réseaux de soins.
- ✓ Coordonner le trajet du patient dans un circuit de soins.
- ✓ Timing prévu : 2007-2008-2009.

# Projet Hôpital de jour/CHU

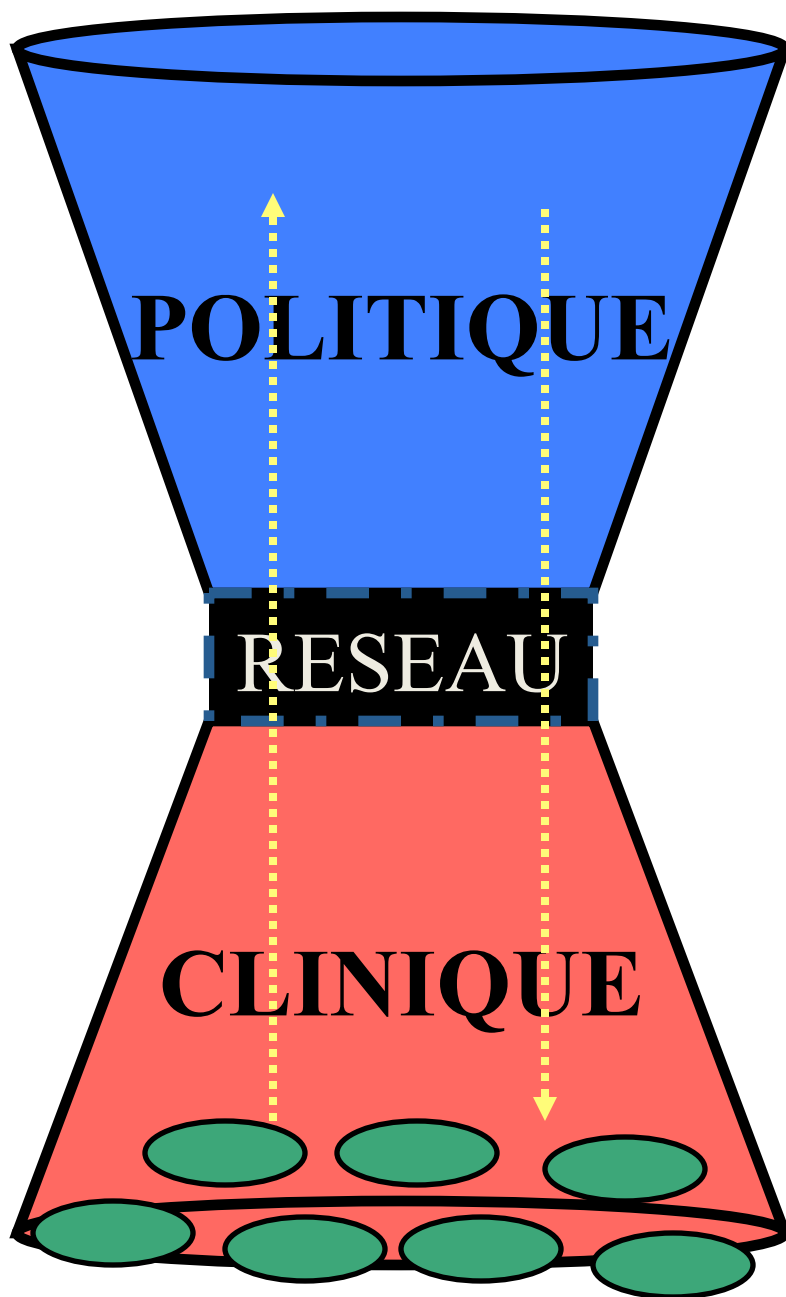
## **AMELIORER LE PRONOSTIC DU PATIENT DEPRESSIF CHRONIQUE ET/OU RESISTANT**

<p><b>Description</b> Episode Dépressif Majeur, Isolé ou Récurrent, d'intensité Sévère, avec ou sans caractéristique psychotique, en rémission partielle, évoluant de façon <u>chronique</u> , avec ou sans trouble dysthymique surajouté</p>	<p><b>Codes</b> <u>DSM IV</u> : 296.23 296.24 296.25 296.35 300.4</p>
---	---

# Le Réseau : « un métier à tisser »







**Élaboration des missions, fonctions et circuits de soins**

**Réseau-Etat**

**Élaboration des modules de soins**

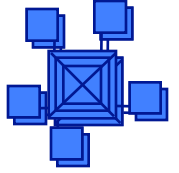


# Le XX<sup>ème</sup> Siècle

- ✓ Développement des psychothérapies
- ✓ Thérapies institutionnelles
- ✓ Hôpitaux de jour, communautés thérapeutiques
- ✓ Antipsychiatrie (1968)
  - courant anglo-saxon : Laing, Cooper, Esterson
  - courant italien : Basaglia

# Le XXI<sup>ème</sup> Siècle ?

- ✓ Morcellement de la psychiatrie (DSM-V...)
- ✓ Impact des neurosciences
- ✓ Développement des psychotropes
- ✓ Retour à une « folie sans Sujet » ?
- ✓ Désinstitutionnalisation généralisée
- ✓ Concept flou de Santé Mentale



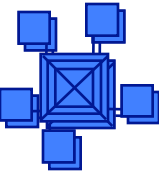
# INTRODUCTION A LA SANTE MENTALE

APM Sciences de la Santé Publique

Dr J-M TRIFFAUX

Années 2010-2011

Cours 5



# Les psychothérapies

# Psychothérapie : définition

- ❖ *ψυχη* : l'âme      *θεραπεία* : le soin
- ❖ « Ensemble des moyens psychologiques mis en œuvre dans un but thérapeutique »  
(Guyotat 1978)
- ❖ Action d'un psychisme sur un autre psychisme
- ❖ Depuis Freud : utilisation thérapeutique des mouvements affectifs du patient dans sa relation avec le thérapeute...

# Psychothérapie : définition

- ❖ Un **patient** porteur de symptômes, d'une demande
- ❖ Un **thérapeute** dépositaire de connaissances et d'un savoir-faire spécialisé
- ❖ Un moyen privilégié de **communication**
- ❖ Un **cadre**, un contrat, des honoraires ...

# Les 4 grandes approches psychothérapeutiques

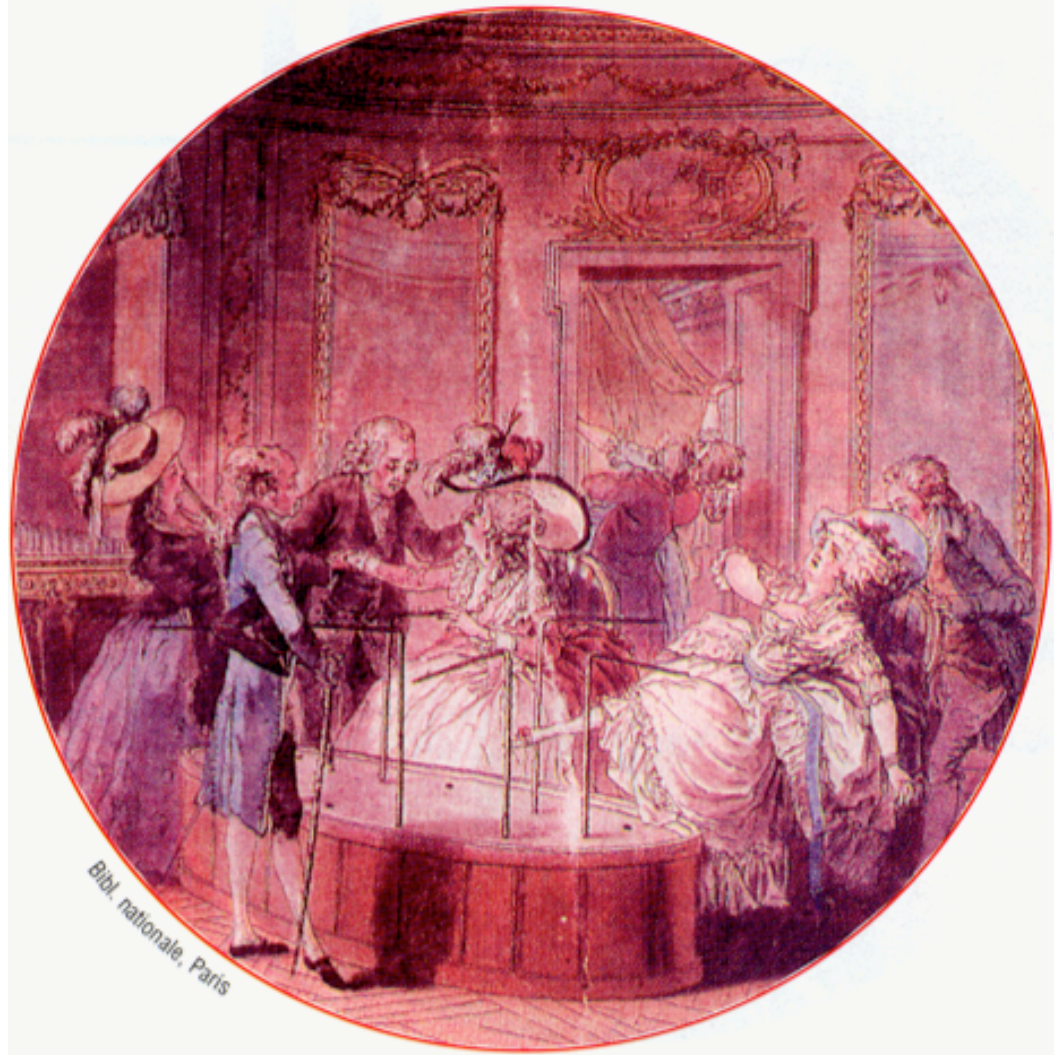
- ❖ Thérapies comportementales et cognitives
- ❖ Thérapies systémiques : familiales et de couple
- ❖ Thérapies corporelles : relaxation, sophrologie
- ❖ Psychanalyse, psychothérapie brève d'inspiration analytique (psychodynamique)



# Histoire des psychothérapies

- ❖ Antiquité : influence de l'esprit sur le corps
- ❖ 19<sup>ème</sup> S : hypnose  $\Rightarrow$  Inconscient dynamique
- ❖ Freud : découverte de la psychanalyse
- ❖ Prolifération de diverses écoles
- ❖ Plus de 400 techniques actuellement répertoriées !

## Le magnétisme de Mesmer



Bibl. nationale, Paris

*Mesmer applique son célèbre traitement des maladies nerveuses dans sa demeure parisienne, entre 1778 et 1784. Il regroupe plusieurs patients autour d'un baquet et les « magnétise » tous ensemble :*

# Effets des psychothérapies

- ❖ Processus non neutre : effets + / -
  - ❖ Effet de détérioration : 6-12 %
  - ❖ Amélioration : 75 %
- Smith et al.*  
*(1980)*
- ❖ Efficacité similaire des psychothérapies brèves
  - ❖ Changements :
    - \* comportemental
    - \* relationnel
    - \* cognitif, affectif
    - \* corporel

# Effets de détérioration

- ❖ Aggravation des symptômes
- ❖ Apparition de nouveaux symptômes
- ❖ Développement d'attentes irréalistes
- ❖ Culpabilité, autodévalorisation,
- ❖ Sentiments d'échec
- ❖ Santé mentale du thérapeute...

# Ingrédients de base

- ❖ Echanges verbaux
- ❖ Décharges des affects (catharsis)
- ❖ Réaménagement des affects en séance
- ❖ Meilleure analyse et compréhension personnelle
- ❖ Expériences émotionnelles correctrices
- ❖ Amélioration dans la vie quotidienne
- ❖ « *Mens sana in corpore sano* »

# Classification des psychothérapies

- Mode de communication
- Nombre de protagonistes
- Théorie de référence
- Auteur de référence
- (non) directivité
- Durée

# Les 4 grandes approches psychothérapeutiques

- ❖ Thérapies comportementales et cognitives
- ❖ Thérapies systémiques : familiales et de couple
- ❖ Thérapies corporelles : relaxation, sophrologie
- ❖ Psychanalyse, psychothérapie brève d'inspiration analytique (psychodynamique)

# 1a-Thérapies comportementales

- ❖ L'être humain = un ensemble de réponses aux stimuli de l'environnement et apprentissage de ces réponses
- ❖ L'origine des troubles = les réponses inadaptées qui se sont manifestées face aux stimuli de l'environnement
- ⇒ **Traitement** = réapprentissage de nouvelles réponses



# Thérapies comportementales

- Application clinique de la méthode expérimentale et des théories de l'apprentissage
- Stimulus → Organisme → Réponse → Conséquence
- Processus de renforcement +/-
- Conditionnement (Pavlov)
- Rejet de toute donnée subjective non observable
- Programmes : 2 à 4 mois

# Thérapies comportementales

troubles phobiques

troubles obsessionnels

anxiété sociale

énurésie

## **Indications**

dysfonctionnement sexuel

tics, bégayement

deuil pathologique

troubles alimentaires

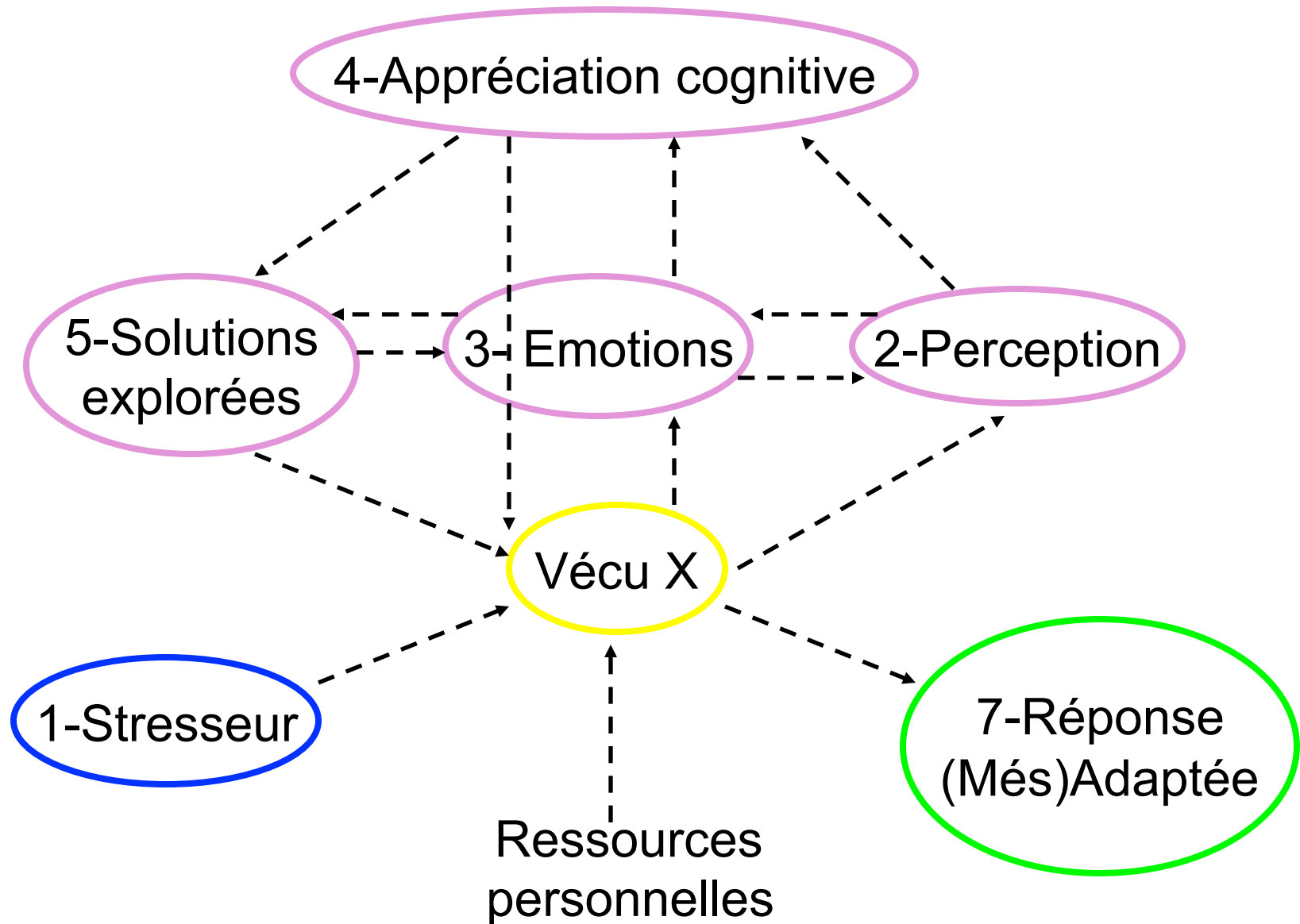
**Contre-indications** : anxiété flottante

dépression majeure

# 1b - Thérapies cognitives

- L'activité mentale cognitive (***Cognoscere*** : connaître)
- Pensées, images, souvenirs qui constituent notre activité consciente et préconsciente
- Notre façon de traiter les informations, de penser, de réfléchir
- Les émotions = ce que nous ressentons ( joie, plaisir, calme, sérénité; angoisse, colère, tristesse, douleur morale...)

# Appréciation et réponse au Stress, d'après LAZARUS



# Thérapies cognitives

- ❖ **La cognition**, en donnant une signification aux évènements, produit une variété d'affects et peut prédisposer un sujet à des distorsions de la réalité (fausses croyances, pensées automatiques)
  - ❖ **Symptômes** = en relation étroite avec les représentations mentales et les schémas de pensée
- ⇒ **détresse  $\Psi$**  = traitement erroné de l'information et du processus décisionnel

# Thérapies cognitives

- Identifier ses représentations mentales
- Contrôler ses pensées automatiques négatives
- Comprendre leur impact sur le développement de ses symptômes
- Analyse du lieu de contrôle interne/externe
- Modifier ses schémas de pensée par la mise en place de nouvelles stratégies d'adaptation

# Thérapies cognitives

- ❖ Résolution de problèmes (situation, pensée, émotion)
- ❖ Développement de nouvelles capacités adaptatives (coping)
- ❖ Gestion du stress, affirmation de soi
- ❖ **Indications** : dépression, anxiété, phobies, toc, anorexie/boulimie
- ❖ 10 à 20 séances

## 2 - Approche systémique

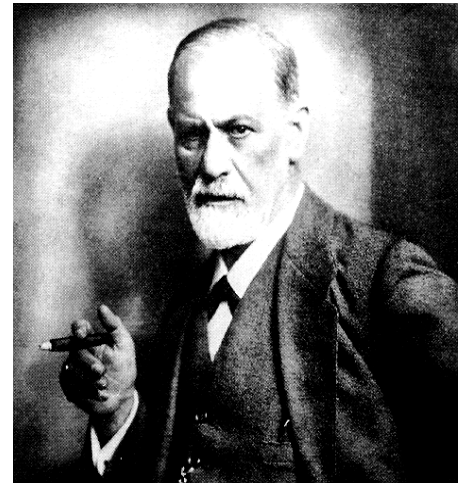
- ❖ **Le symptôme** = un moyen de communication à l'intérieur d'un système indiquant un déséquilibre à l'intérieur du système
- ⇒ schéma circulaire du trouble psychique
- ❖ Création d'un déséquilibre dès le 1er entretien
- ❖ Motivation à poursuivre la thérapie : trouver un nouvel équilibre
- ❖ Thérapies familiales et de couple



# 3 -Thérapies corporelles

- ❖ Training autogène : concentration « passive »  
position couchée  
pesanteur, chaleur
- ❖ Jacobson : contraction-décontraction,  
position assise
- ❖ Sapir : verbalisation des sensations, images
- ❖ **Indications** : hyperémotivité, impulsivité,  
troubles fonctionnels...

# 4 - Psychanalyse



- ❖ Méthode d'investigation et de traitement
- ❖ Mise en évidence de la signification ICS des paroles, actions et productions imaginaires
- ❖ Interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir
- ❖ Association libre, neutralité bienveillante
- ❖ Divan, 2-4 séances / semaine, 5-10 ans...

# Psychothérapies d'inspiration analytique

- ❖ Psychothérapie brève en « face à face »  
= psychodynamique
- ❖ Analyse d'enfants / techniques du jeu
- ❖ Psychodrame analytique
- ❖ Thérapies de groupe
- ❖ Relaxation (Sapir)

# Thérapie brève psychodynamique

- ❖ Utilisation des concepts psychanalytiques :
  - \* Cs, PréCs, Ics
  - \* Moi, Ca, Surmoi
  - \* Stades du développement...
- ❖ Restaurer le rôle structurant de la parole dont le rôle symbolique est de relier l'affect à la représentation mentale
- ❖ Durée : plusieurs mois à un an

# Conclusions - I

- ❖ **Psychothérapie** comme traitement unique, n'est pas efficace pour pathologies psychotiques, PMD, dépression majeure
- ❖ **Psychothérapie** = traitement complémentaire de l'alcoolisme, toxicomanie, tr.caractériels, tr. psychosomatiques
- ❖ **Thérapies comportementales** spécifiquement indiquées dans phobies simples et TOC

# Conclusions - II

- ❖ **Thérapies de couple** indiquée quand motivation réciproque au changement
- ❖ Préférer des **thérapies + structurées** chez des patients avec niveau élevé d'anxiété et personnalité fragile
- ❖ Si longue histoire de difficultés d'adaptation, de relations interpersonnelles conflictuelles, d'estime de soi déficiente, préférer **thérapies + longues et + en profondeur**

# Cas Vidéo : une psychothérapie

- Scène 1 : demande initiale
- Scène 2 : catharsis émotionnelle
- Scène 3 : fin de la thérapie

# Cours 6

## *Visite de l'Hôpital de jour Universitaire « La Clé »*

**Médecin directeur : Dr J-M TRIFFAUX**

**Personne de contact :**

**Mme I. IZZI (Responsable de nursing)**

153 boulevard de la Constitution

4020 Liège

04-3426596



# Hôpital de jour Universitaire« La Clé »



# *Plan de la présentation*

1. Caractéristiques fonctionnelles
2. Chronologie dans l'admission du patient
3. Organigramme de l'équipe soignante
4. Prise en charge des patients
5. Objectifs de l'hospitalisation
6. Programme de la semaine
7. Statut administratif
8. Groupe de transition
9. Habitation protégée
10. Conclusion

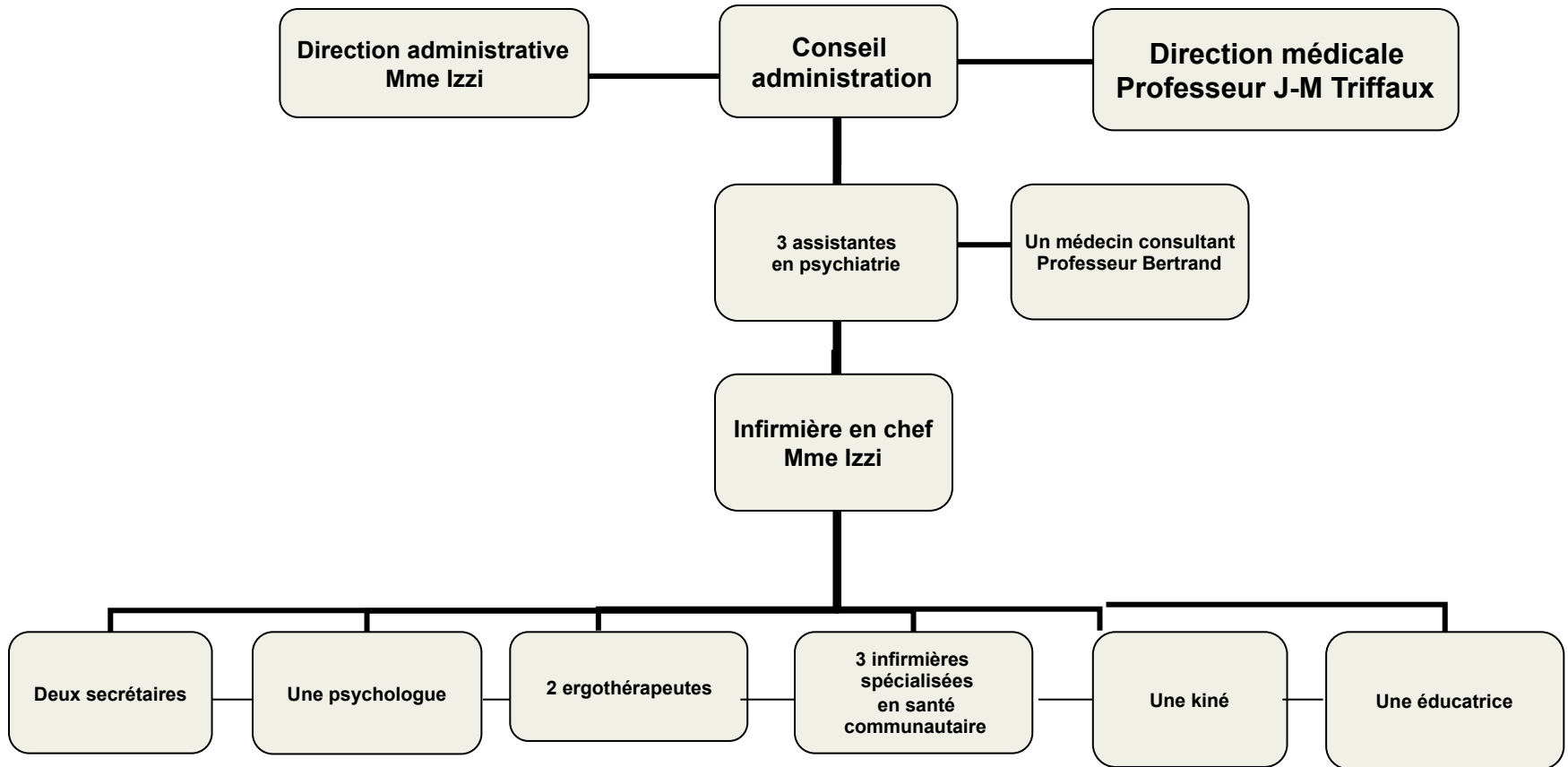
# *1. Caractéristiques fonctionnelles*

- Structure hospitalière autonome de première intention.
- Capacité d'accueil: 25 places pour adultes et adolescents
- **Indications:** -Troubles anxio-dépressifs
  - Troubles de personnalité (névrotique, borderline, psychotique)
  - Troubles psychosomatiques
    - Toxicomanies (alcool – drogues illicites)
    - Problèmes psycho sociaux
- **Contre-indications:-** Cas d'extrême urgence
  - Psychose productive non socialisable
  - Absence de support social

## *2. Chronologie dans l'admission du patient*

- Rendez vous de pré-admission
- Réunion d'équipe avec présentation du cas le jeudi
- Prise de contact du patient le vendredi pour la confirmation de son admission
- Début de l'hospitalisation le lundi

### *3. Composition de l'équipe*



# 4. Prise en charge des patients

- Psychothérapie individuelle et de groupe
- Instauration et adaptation d'un traitement médical
- Établissement d'un contrat thérapeutique qui détermine les objectifs, les buts et la durée moyenne de l'hospitalisation
- Examen clinique complet à l'arrivée
- Collaboration avec le médecin de famille et le psychiatre traitant.
- Prise en charge par une infirmière de « référence »
- Prise en charge chaque jour de la semaine de 8H30 à 16H

# 5.Objectifs de l'hospitalisation

- Disparition ou amélioration des symptômes cibles (angoisses, dépression...)
- Amélioration de l'attitude face aux symptômes
- Amélioration des relations humaines (familiales, socioprofessionnelles)
- Durée moyenne d'hospitalisation: 5 à 6 semaines
- Horaire: ouvert de 8H30 à 16H30, du lundi au vendredi.
- Coût au patient: +/-100 euros par mois.
  - +/- BIM: 12,50 euros par mois
  - Participation forfaitaire de 6 euros/sem.

# 6. Programme de la semaine

- Réalisé le lundi matin avec tous les patients
- Mise en place de diverses activités:  
relaxation, ergo, ateliers d'expression, sport,  
bilan hebdomadaire, repas thérapeutique,  
visites de musées,...



# 7. Statut administratif

- ASBL (avec Conseil d'Administration)
- Financièrement autonome (consultations et hospitalisation)
- Agréé par le Ministère de la Santé Publique et remboursement des frais hospitaliers par l'INAMI
- Lieu de formation des psychiatres assistants
- Structuration des activités infirmières dépendant de la loi du 14/08/1987 applicables aux hôpitaux généraux

# 8. Groupe de transition

- Ouvert aux anciens patients
- Tous les jeudis de 14 H à 16H
- Thérapie de groupe en présence d'un médecin
- Possibilité d'une permanence sociale
- Espace convivial

# 9. Habitation protégée

- En collaboration avec l'ASBL l'Essor
- Habitation accueillant 4 dames
- Suivi par un psychiatre
- Accompagnement et gestion quotidienne par une éducatrice
- Permanence médicale 24H/24 y compris le WE

# 10. Conclusions

- Selon une lettre rédigée par un patient ayant terminé son hospitalisation:

«Puisque pendant 3 mois on m'a incité à me perfectionner en comédie, à me questionner, à m'affirmer, à me livrer le plus souvent possible, il est tout naturel que je m'exprime une dernière fois encore avant mon départ.

Ainsi donc ce soir, je quitte le château. Et si tous les jours, cela n'a pas été que du bonheur, je peux dire que j'ai vécu une expérience émotionnelle et des moments inoubliables. (...)

Je ne sais pas si j'ai donné le meilleur de moi-même, mais je peux vous assurer qu'il y a 3 mois, je n'aurais jamais pu faire ceci. A tous un grand merci et je n'ai plus qu'une seule envie : vous applaudir ! »