

Nouvelle
FAC

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les **troubles psychiatriques** constituent des motifs d'appels et de recours aux services d'urgence.

Même si, réglementairement, la prise en charge de victimes atteintes de troubles psychiatriques isolés ne constitue pas une mission des sapeurs-pompiers, ils sont régulièrement en présence soit de celles-ci dans un autre contexte (blessures, malaises, intoxications...) soit dans des phases aiguës de leur maladie.

En psychiatrie on parle de **névroses** et de **psychoses** pour séparer deux grandes familles de maladies. Des états limites (qui se situent entre la névrose et la psychose) présentent des troubles pathologiques de la personnalité caractérisée par une personnalité très instable et imprévisible et des passages à l'acte fréquents. Ces trois domaines sont évoqués dans la présente FAC.

I

Les névroses

Dans la névrose les patients souffrent de troubles psychiques dont ils ont conscience et qui peuvent se manifester de différentes façons.

1

Les troubles paniques

Ils se définissent par la survenue d'«attaques de panique», spontanées ou déclenchées par des situations dans lesquelles le sujet n'est pas particulièrement menacé. Cela se manifeste parfois par plusieurs signes de type : étouffement, étourdissement, sensation d'instabilité ou d'évanouissement, tachycardie, tremblement ou secousses musculaires, transpiration ou bouffées de chaleur, sensation d'étranglement, nausée ou gêne abdominale, douleur ou gêne thoracique, peur de mourir ou de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlé.

Elles s'accompagnent parfois d'agitation désordonnées, de troubles du comportement. L'ensemble de ces manifestations se retrouve également dans des contextes psychologiques particuliers comme les troubles anxieux généralisés et les atteintes post-traumatiques.



- Calmer l'état de panique en isolant la victime dans un endroit calme
- Assurer une présence réconfortante calme et rassurante
- Limiter les intervenants
- En général l'entretien et le contexte apaisant favorise la dédramatisation et l'apaisement



2 L'état de stress post traumatique

Son apparition est provoquée par un traumatisme extrême durant lequel le sujet a ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur une rencontre « avec la mort ».

Après une phase de latence silencieuse d'une durée variable ou parfois après une réaction émotionnelle aigue apparait le syndrome de répétition. Il se manifeste par des cauchemars, des souvenirs hallucinatoires, (bruits odeurs...) des décharges émotives, des ruminations et des flash-back.



- Ne pas imposer de verbaliser à la victime son ressenti traumatique si elle ne le fait pas spontanément en post immédiat au risque d'altérer les mécanismes de défenses protecteurs mis en place pour supporter l'insupportable.
- Savoir repérer un état de stress dépassé qui se manifeste par :
 - La sidération
 - L'agitation désordonnée
 - La fuite panique
 - Les actions automatiques.



A savoir : Les réactions d'anxiété et les atteintes post traumatiques peuvent toucher n'importe quel sapeur-pompier au cours de sa carrière.

Face à cette situation, il peut bénéficier de l'aide d'une psychologue du service de santé de manière anonyme.

3 Les états dépressifs

Le terme de dépression recouvre diverse manifestations pathologiques qui en ont en commun une souffrance morale, associée dans les formes graves à :

- Une anesthésie affective.
- Une inhibition psychomotrice
- Ralentissement de l'activité intellectuelle
- L'anxiété est toujours présente
- Trouble du sommeil de l'appétit sont présents.

Les formes les plus sévères peuvent s'accompagner également, d'idées délirantes et d'hallucinations angoissantes.

On peut retrouver des agitations psychomotrices anxieuses ou le passage à l'acte suicidaire est grand.



- Il faut essayer d'évaluer la gravité de la dépression, mesurer si le risque suicidaire est important et également apprécier l'état somatique du patient (amaigrissement important...).
- Dans les formes graves une hospitalisation sans consentement peut être préconisée par le CRRA 15 si le risque suicidaire est important afin de protéger le patient.





4

Les troubles bipolaires

Les troubles bipolaires comportent généralement deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive.

Entre les deux, la personne qui souffre de troubles bipolaires retrouve un état normal dans la vie quotidienne.

- **La phase maniaque** se définit comme un épisode d'excitation pathologique : la personne est hyperactive et euphorique, inhabituellement volubile et fait de multiples projets. Elle peut présenter divers symptômes comme la perte de toute inhibition ou l'engagement de dépenses inconsidérées.

Il se caractérise par un état d'exaltation de l'humeur avec excitation psychique et psychomotrice.

L'accès maniaque est le plus spectaculaire des 2 phases, il se manifeste par :

- Une exaltation de l'humeur
- Une hyperactivité désordonnée
- Une accélération du processus psychique avec fuite des idées
- Des troubles du sommeil important
- Des manifestations délirantes.

L'individu en phase maniaque peut se mettre en danger en effectuant des dépenses inconsidérées, en faisant preuve d'une désinhibition sexuelle importante ou encore en consommant des toxiques.

- **La phase dépressive** est en quelque sorte le miroir de la phase maniaque : la personne présente des signes de très grande tristesse dites mélancoliques, elle est ralentie et n'a goût à rien, parfois elle veut mourir. Le risque principal est le suicide.



- *La phase dépressive se prend en charge comme dans le point 3.*
- *La prise en charge de l'accès maniaque passe fréquemment par une hospitalisation sans consentement afin de protéger la victime contre elle-même des conséquences de ses troubles du comportement et la mise en route d'un traitement par neuroleptique le plus souvent.*





5 La névrose hystérique

Elle touche majoritairement les personnes de sexe féminin.

Le trouble de la personnalité histrionique est caractérisé par un motif omniprésent d'émotivité excessive et de recherche d'attention.

Dans les formes graves on peut retrouver ce que l'on appelle des troubles conversifs.

La conversion hystérique se manifeste par la survenue de symptômes touchant la motricité, les fonctions sensitives ou sensorielles évoquant une maladie. Ces symptômes viennent révéler des conflits psychiques inconscients.

Ces symptômes peuvent se manifester par une paralysie, une incapacité à tenir debout, des troubles de la sensibilité, des troubles sensoriels (cécité surdité, mutisme...) des agitations ou mouvements anormaux (pouvant laisser croire à des convulsions).

Le plus souvent il ne s'agit pas de simulation pour la patiente, mais l'expression de sa souffrance psychique par une expression corporelle.



- Ne pas banaliser les symptômes
- Offrir une écoute bienveillante (la patiente ne peut pas entendre qu'on ne la croit pas).
- Garder à l'esprit que, le diagnostic de cette maladie ne peut être fait que lorsque les bilans médicaux ne montrent pas de réelle pathologie.



Même si le caractère psychiatrique est connu chez la personne, rien n'indique de prime abord qu'il ne puisse pas s'agir d'un potentiel trouble neurologique grave.

La rigueur du bilan est importante pour cerner la situation.

II

Les psychoses

A l'opposé de la névrose les patients n'ont pas conscience de leur maladie. Ils pensent même que ce sont les autres qui sont considérés comme « anormaux ».

Les troubles psychotiques (liés à une psychose) s'expriment parfois ainsi :

- La schizophrénie
- Les troubles paranoïaques
- Les bouffées délirantes aiguës.



Les troubles psychotiques peuvent représenter un danger pour les sapeurs-pompiers intervenants.

En effet, l'intensité des troubles de la pensée ne sont pas visibles par les secouristes



1 La schizophrénie

Cette maladie touche 1 % de la population dans le monde.
Ses symptômes aigus se manifestent le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Les différents troubles et symptômes conjuguent :

- L'isolement : la personne se coupe peu à peu des autres
- La difficulté à communiquer
- La personne abandonne progressivement ses activités, elle ne voit plus personne
- La personne néglige son hygiène et son apparence
- Elle n'a souvent pas conscience de la situation

Les symptômes « positifs » (car productifs) sont les hallucinations :

- Elles sont le plus souvent auditives : la personne entend des voix qui lui suggèrent des actions, ou l'insultent. La personne est souvent terrorisée par ces voix
- Les hallucinations peuvent aussi être visuelles, tactiles ou olfactives
- Les idées délirantes sont présentes dans une grande majorité des cas avec notamment un côté **paranoïaque et persécutif** : La personne imagine qu'un passant qui la regarde est là pour l'espionner, elle croit que son téléphone est sur écoute, elle pense que la télévision lui envoie des messages, ou que les autres lisent dans ses pensées, elle peut être convaincue d'avoir des pouvoirs surnaturels
 - Le langage peut être incohérent et incompréhensible parfois. Les phrases peuvent être une simple juxtaposition de mots qui n'ont de sens que pour la personne.



Photo 48A1 : Tensions internes liées à la schizophrénie





2 Les troubles paranoïaques

On parle de délire paranoïaque lorsque ce comportement est chronique dans la vie du patient et que cela devient invalidant pour son quotidien.

Ce délire est plus présent chez les personnes de sexe masculin. Il est souvent caractérisé ainsi :

- La personne pense que tout est dirigé contre elle
- Le délire est construit, les idées délirantes s'articulent entre elles (par exemple dans le cas d'un délire de persécution touchant ses voisins, la personne interprétera leurs visites, l'éclairage de leur maison, le bruit des chiens comme des signes de malveillance).
- Le caractère très logique du délire peut amener l'entourage du patient à partager son délire.
- La conviction est inébranlable et permanente.



Les victimes paranoïaques peuvent ainsi brusquement devenir agressives envers les sapeurs-pompiers si elles les considèrent comme complices des complots à son égard.

On peut retrouver également un délire :

- De revendication (la personne pense être victime d'un préjudice)
- Erotomane (la personne a la conviction délirante d'être aimé de quelqu'un).
- Jalousie (il peut y avoir soupçon sur la fidélité du partenaire qui va basculer sur la conviction d'être trompé).



Photo 48A2 : Tensions internes liées à la schizophrénie



- *Ecouter, faire preuve d'empathie.*
- *Toute tentative visant à convaincre le patient qu'il a tort sera inutile et pourra même conduire le patient à considérer que vous êtes associés aux persécuteurs et déclencher des actes de violence à votre égard*



3 Les bouffées délirantes

Les bouffées délirantes surviennent brutalement comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein » chez des sujets souvent jeunes (20/30 ans) à prédominance masculine.

Fréquemment, on ne relève pas de pathologie psychiatrique antérieure.

Elles peuvent aussi être l'expression de l'entrée dans la psychose.

Le patient est d'emblée en proie à une activité délirante intense, envahissante, et à laquelle est attachée une conviction totale sans critique possible.

Les thèmes sont multiples (mégalo manie « idée de grandeur », filiation « idée délirante d'être le fils d'une célébrité ou d'un personnage historique, persécution « peut penser qu'un individu cherche à lui porter préjudice... »).

Le délire est vécu avec intensité par le patient. Le sujet est transformé et les expériences antérieures disparaissent. Avec le sentiment de dépersonnalisation, s'ajoute un bouleversement du monde ambiant.

On peut donc retrouver :

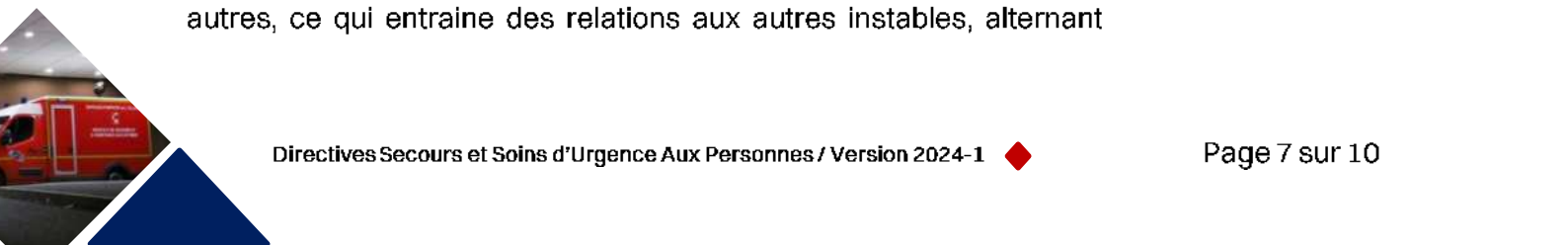
- Une agitation psychomotrice importante
- Des automutilations
- Une anxiété majeure
- Des passages à l'acte auto ou hétéro agressifs associé à des crises clastiques (agitation violente).
- De « l'automatisme mental » : sentiment pour le patient que l'on divine sa pensée ou que ses gestes sont commandés (comme s'il était une marionnette actionnée par autrui).
- Altération des opérations de la pensée (la logique est perturbée).
- Interprétation erronée de l'environnement
- Altération des perceptions sensorielles auditives.

III Les personnalités « border line »

Il s'agit d'une organisation pathologique entre la structure névrotique et psychotique.

La personnalité Borderline est aussi connue sous le nom « d'état limite ».

Il existe pour la personne une grande difficulté à différencier soi des autres, ce qui entraîne des relations aux autres instables, alternant





entre l'agressivité et la dépendance ainsi qu'une grande difficulté à gérer ses émotions et à contrôler son impulsivité.

La personne souffre également d'une mauvaise appréciation de l'image de soi.

En résumé le patient état limite se défend contre l'angoisse d'abandon (réel ou supposé) mais de façon tumultueuse et déroutante parfois.

En état aigu et de stress important, la personnalité « limite » peut rencontrer un épisode dépressif grave, le suicide, des conduites à risques et addictives (consommation de drogues, des troubles des conduites alimentaires ou des épisodes psychotiques avec des délires de type persécutifs).

VI Prise en charge commune

Devant tous états d'agitation **quel qu'en soit l'étiologie ou la pathologie qui le provoque**, les points suivants doivent être réalisés par l'équipage SSUAP :

1 Sécuriser

- Pour des raisons de sécurité le premier contact avec la victime agitée doit se faire en groupe lors de l'évaluation de la situation ;
- Envisager un chemin de repli en cas de débordement de la situation vers un état d'agressivité à l'encontre de l'équipage SSUAP ;
- Eloigner les personnes non concernées ou des individus dont la présence majore l'agitation.
- Déterminer si présence d'un chemin de fuite pour le patient, sécuriser les lieux par lesquels le patient pourrait s'enfuir, porte fenêtre...
- Ne pas se mettre en danger par une contention n'intervenant pas dans le cadre d'une légitime défense.
- S'assurer de la présence des forces de l'ordre et d'un médecin pour l'application d'éventuelles mesures coercitives lorsque toutes les tentatives de prise en charge ont échoués.

2 Etablir un contact

- Etablir un contact verbal, garder un lien visuel également sur le patient.
- Laisser le plus expérimenté ou le plus à l'aise mener le premier contact.





- Ne pas réagir à des provocations.
- Ne pas alimenter ni nier le délire, dire que l'on comprend ce que ressent le patient ou ce qu'il perçoit.
- Expliquer ce que l'on va faire ou ce que l'on fait.

3 Evaluer

- Mesurer l'intensité du déroulement dans le temps, existe-t-il un moment d'accalmie ou l'agitation est permanente ?
- Y a-t-il des signes de violence ? Objets renversés ou cassés, désordre important dans le logement ;
- Y'a-t-il des objets dangereux ?
- En dehors du patient y'a-t-il d'autres victimes sur les lieux de la prise en charge ?
- Evaluer l'entourage du patient ; si le lieu est propice à majorer l'agitation, y a-t-il une possibilité de se rendre dans un endroit plus calme.



Les différentes formes de soins psychiatriques sous contraintes sont évoquées dans la FAC 48B.



- *Un état d'agitation peut avoir une origine organique, toxicologique et pas uniquement psychiatrique.*
- *C'est pourquoi les troubles organiques réversibles doivent être systématiquement recherchés (ex glycémie capillaire...) et un bilan sérieusement réalisé.*
- *En cas de besoin de contention, les forces de l'ordre et un médecin doivent être présents notamment pour :*
 - *Réaliser les certificats médicaux nécessaires*
 - *Calmer chimiquement la victime (sédation).*
 - *Surveiller la victime après la sédation durant son évacuation.*



