

2012

NOTIONS DE BASE SUR LES MALADIES MENTALES

« GUIDE PRATIQUE D'INTERVENTION »

Institut universitaire en santé mentale de Québec



Diagnostic :

« Changement prescrit de statut social »

(Petit dictionnaire des idées reçues sur la folie et autres considérations, 3^e édition, Folie Culture, www.folieculture.org)

« Les étiquettes peuvent servir de prophéties qui s'accomplissent d'elles-mêmes. »

(Myers D.G., Psychologie, p. 534, 1995)

Rédaction

Lucie Ouellet, M.Ps.

Collaboration

Michelle Blackburn, M.Ps.

François Chassé, Ph.D.

Julie Cummings, M.A., c.o.

Agents de planification, programmation et recherche

Dernière révision : février 2012

PRÉFACE

« Ce qui se conçoit bien, s'énonce clairement et les mots pour le dire viennent aisément. »
(Boileau).

Voilà bien la prétention que peut relever ce guide pratique d'intervention. Nous constatons que les auteurs ont adhéré à cette maxime dans la conception de cet ouvrage car le contenu est clair, bien ordonné et surtout bien structuré pour guider les étudiants et professionnels s'initiant aux problèmes de santé mentale. Ceux-ci pourront avoir une conception plus claire des troubles mentaux, pourront comprendre et acquérir un langage leur permettant d'échanger avec leurs pairs.

Les nosographies évoluent - bientôt le DSM-V – et certains troubles mentaux seront revampés à la lumière de la recherche clinique et fondamentale récente. Mais les notions de base sur les signes et symptômes ainsi que sur les attitudes à privilégier demeurent les mêmes. Ce guide répond très bien à cela.

Bonne lecture.

Evens Villeneuve, psychiatre
Chef du département régional de psychiatrie
Institut universitaire en santé mentale de Québec

REMERCIEMENTS

Le « Guide pratique d'intervention / Notions de base sur les maladies mentales » n'aurait pas pu voir le jour sans les infirmières des unités de soins, les stagiaires en santé mentale et leurs professeurs qui se sont montrés très intéressés par les premières versions du document écrites en 2005 et en 2008. Je les remercie grandement pour leur intérêt renouvelé. Je remercie aussi les professionnels de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec qui ont goûté à ce document et en ont redemandé.

Mes remerciements s'adressent également à Langis Lemieux, coordonnateur à la planification et à la programmation à l'Institut, pour ses encouragements constants et son enthousiasme; à Jean-François Champoux, coordonnateur des services de formations continue de la Direction des ressources humaines de l'Institut, pour son ouverture quant à l'utilisation du « Guide » pour la formation des employés; à Murielle Lavoie, directrice adjointe à la Direction de l'enseignement clinique et universitaire de l'Institut, pour son intérêt, ses encouragements et ses bonnes idées.

Je désire exprimer ma reconnaissance de façon toute particulière aux consultants experts qui ont accepté, malgré un horaire de travail déjà bien chargé, de donner de leur précieux temps pour relire, commenter et corriger la 3^{ème} version du « Guide pratique d'intervention / Notions de base sur les maladies mentales ». Merci donc au Dre Suzanne La Rue, omnipraticienne à l'Institut, pour ses connaissances médicales et son grand souci de précision appuyés par une longue expérience auprès d'une clientèle adulte psychiatisée; merci à Roger Gravel, psychologue et coordonnateur clinique du Service de psychologie de l'Institut, pour ses vastes connaissances en psychologie et son expertise en matière de dynamique du diagnostic, associées à plus de 25 ans d'expérience en milieu hospitalier psychiatrique; merci au Dr Evens Villeneuve, chef du département régional de psychiatrie de Québec et cogestionnaire médical du programme clientèle des troubles de personnalité, pour ses connaissances en psychiatrie et son expertise en matière de diagnostic et de traitement des troubles mentaux. Je lui dois également un merci tout spécial pour avoir gracieusement accepté d'écrire la préface de ce volume. Tout au long de la révision finale du texte, je me suis efforcée d'apporter les corrections suggérées par ces trois consultants et de tenir compte de leurs commentaires judicieux. Si malgré tout, des erreurs se sont glissées dans le document, elles ne sont certes pas de leur fait.

Enfin, je désire remercier mes collègues agents de planification, programmation et recherche : Michelle Blackburn, François Chassé et Julie Cummings. Leur collaboration à la révision de la 3^{ème} version du « Guide pratique d'intervention » a été précieuse et très appréciée. Entre autres, l'instauration d'une grille standard de présentation des tableaux cliniques et la validation inter-juges de la classification des symptômes et comportements selon les aspects atteints par la maladie ont permis d'améliorer grandement la présentation générale du « Guide » et d'en augmenter la portée pédagogique de façon très pertinente. Grand merci à vous.

Lucie Ouellet, M.Ps.

Hiver 2011

PRÉAMBULE

La première version du « Guide pratique d'intervention », écrite en 2005, était destinée aux infirmières des unités de soins dont la clientèle était très diversifiée sur le plan des diagnostics psychiatriques. Le document visait à leur procurer un outil de référence rapide et facile à consulter pour distinguer les diverses problématiques et orienter les interventions en fonction des conditions particulières de ces problématiques. Utilisé par la suite pour la formation des stagiaires de diverses disciplines, avec l'assentiment de la Direction de l'enseignement clinique universitaire de l'Institut, il est rapidement devenu un outil de formation et même d'auto-apprentissage répondant aux besoins du réseau d'intervenants en santé mentale. C'est dans cette perspective qu'il a été révisé une première fois en 2008 afin d'y ajouter certaines problématiques de plus en plus fréquentes dans notre milieu hospitalier. La troisième révision (2010) a été décidée suite à l'accueil très favorable des divers utilisateurs du « Guide ».

Son but premier est resté le même, à savoir procurer un outil de référence rapide et facile à consulter. Cependant, sa conception renouvelée tente de répondre davantage aux besoins pédagogiques en présentant une structure plus ordonnée grâce à une grille standard et une classification des symptômes et comportements en fonction de quatre thèmes particuliers : cognitif, affectif, comportemental, **sensori-moteur**.

Il est reconnu, dans le domaine de la santé, que les diagnostics facilitent la communication entre les professionnels de la santé. Le diagnostic a cependant l'inconvénient de créer aussi une étiquette toute faite qui, en santé mentale, peut amener des idées préconçues, des préjugés qui biaisent nos **perceptions** et stigmatisent les personnes qui les ont reçues. Il s'agit donc de demeurer très prudent dans l'utilisation que l'on fait des diagnostics. *L'étiquette n'est pas la personne!*

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	3
REMERCIEMENTS	4
PRÉAMBULE	5
1. INTRODUCTION	10
2. LES CONCEPTS DE BASE	11
2.1 Différences entre maladie mentale et santé mentale	11
2.2 Différences entre maladie mentale et déficience intellectuelle.....	12
2.3 Différences entre maladie mentale et démence	13
2.4 Différences entre maladie mentale et trouble de personnalité	13
2.5 Différences entre agressivité et violence.....	14
2.6 Différences entre vieillissement normal et vieillissement pathologique	16
3. LES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES LES PLUS FRÉQUENTES.....	17
3.1 Les troubles diagnostiqués avant l'âge adulte.....	18
3.1.1 Le retard mental (ou déficience intellectuelle).....	18
3.1.2 Les troubles envahissants du développement (TED).....	19
3.1.3 Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH).....	20
3.2 LES TROUBLES ANXIEUX.....	21
3.2.1 L'attaque de panique	22
3.2.2 L'agoraphobie	23
3.2.3 Le trouble panique (avec ou sans agoraphobie).....	24
3.2.4 La phobie spécifique	25
3.2.5 La phobie sociale.....	26
3.2.6 Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	27
3.2.7 L'état de stress post-traumatique.....	28
3.2.8 L'anxiété généralisée	29
3.3 LES TROUBLES DE L'HUMEUR	30
3.3.1 Les troubles dépressifs majeurs.....	31
3.3.2 Les troubles dysthymiques	32

3.3.3 Les troubles bipolaires de type I	33
3.3.3.1 L'épisode maniaque	34
3.3.3.2 L'épisode mixte	35
3.3.4 Les troubles bipolaires de type II	36
3.3.5 Les troubles cyclothymiques.....	37
3.4 LES TROUBLES DE PERSONNALITÉ	38
3.4.1 Le trouble de personnalité paranoïde	38
3.4.2 Le trouble de personnalité schizoïde	40
3.4.3 Le trouble de personnalité schizotypique.....	41
3.4.4 Le trouble de personnalité antisociale	42
3.4.5 Le trouble de personnalité limite (ou borderline)	43
3.4.6 Le trouble de personnalité histrionique	44
3.4.7 Le trouble de personnalité narcissique.....	45
3.4.8 Le trouble de personnalité évitante	46
3.4.9 Le trouble de personnalité dépendante	47
3.4.10 Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive	48
3.5 LES TROUBLES SEXUELS	49
3.5.1 Les paraphilies.....	50
3.6 LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE	51
3.6.1 La dépendance	52
3.6.2 L'abus	53
3.6.3 L'intoxication.....	54
3.6.4 Le sevrage	55
3.6.5 Les troubles liés à l'alcool	56
3.6.6 Les troubles liés aux drogues.....	57
3.6.7 Les troubles liés aux médicaments	58
3.7 LES TROUBLES PSYCHOTIQUES	59
3.7.1 La schizophrénie	60
3.7.1.1 Type paranoïde	61
3.7.1.2 Type désorganisé (ou hébéphrénique).....	62
3.7.1.3 Type catatonique	63
3.7.1.4 Type indifférencié	64

3.7.1.5 Type résiduel.....	65
3.7.2 Les troubles schizo-affectifs (ou schizophrénie affective)	66
3.7.3 Les troubles délirants.....	67
3.7.4 Le trouble psychotique partagé (Folie à Deux)	68
3.8 LA DÉMENCE ET LES TROUBLES COGNITIFS	69
3.8.1 La démence	69
3.8.2 Le délirium	70
3.8.3 Les troubles amnésiques.....	71
3.9 AUTRES TROUBLES NON RÉPERTORIÉS DANS LE DSM-IV-TR, 2003	72
3.9.1 La potomanie	72
3.9.2 Les troubles neuropsychiatriques	73
3.9.2.1 Le syndrome frontal	74
3.9.2.2 Le syndrome pariétal	75
3.9.2.3 Le syndrome temporal	76
3.9.2.4 Le syndrome occipital	77
4. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LES ATTITUDES.....	78
THÉRAPEUTIQUES	78
4.1 Les troubles du comportement les plus fréquemment rapportés	79
4.1.1 Les comportements anxieux	80
4.1.2 Les comportements méfiants	81
4.1.3 Les comportements de refus	82
4.1.4.1 Les comportements d'agressivité et d'hostilité	83
4.1.4.2 Les comportements d'agression et de violence	84
4.1.4.3 Trucs et conseils anti-violence	85
4.1.5 Les comportements suicidaires	87
4.1.6 Les comportements délirants	88
4.1.7 Les comportements institutionnalisés	89
4.1.8 Quelques techniques d'intervention comportementale suggérées	90
5. LES STRATÉGIES D'INTERVENTION.....	92
5.1 La communication.....	92
5.1.1 La communication thérapeutique.....	93
5.1.2 Suggestions pour une communication thérapeutique	95
5.2 Le travail d'équipe.....	95

5.2.1 Trois postulats déterminent la définition opérationnelle d'une équipe :	96
5.2.2 Quatre conditions de synergie dans l'équipe	96
5.2.3 La collaboration interprofessionnelle	97
5.2.4 Conditions nécessaires à la réussite d'un véritable travail d'équipe interdisciplinaire	99
5.3 La coordination des services	100
5.3.1 Le plan de services individualisé (PSI)	100
5.3.2 Le plan d'intervention (PI)	100
5.3.3 Le plan d'action (PA) professionnel	100
5.3.4 SCHÉMA ORGANISATIONNEL DES PSI, PI ET PA	101
6. CONCLUSION	102
7. GLOSSAIRE DES TERMES TECHNIQUES	103
8. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES	117

1. INTRODUCTION

Les maladies mentales, aussi appelées 'troubles mentaux', sont diagnostiquées sur la base des symptômes présentés et sont traitées par une ou des actions thérapeutiques pouvant comprendre, entre autres, un traitement dans un hôpital psychiatrique ou dans la communauté, selon la gravité de la maladie et de ses répercussions sur la personne et sur son entourage. Dans le présent guide, les divers diagnostics sont présentés avec les symptômes et les comportements les plus souvent associés. Ces comportements sont considérés comme pathologiques lorsqu'ils sont jugés comme « *atypiques, dérangeants, mal adaptés et injustifiables.* »¹ Il ne s'agit pas ici d'apprendre à poser un diagnostic (acte réservé aux médecins, en milieu psychiatrique), mais bien plutôt à reconnaître certains symptômes et comportements auxquels les intervenants peuvent être confrontés dans le cadre de leur travail auprès de la clientèle.

Le présent document a pour premier objectif de fournir des notions de base sur différentes maladies mentales, leur définition, les symptômes et manifestations comportementales associées ou qui les caractérisent. En psychiatrie, tout comme en psychologie ou en médecine physique, classer les troubles par diagnostics vise à les décrire, à en prévoir l'évolution, à appliquer un traitement approprié et à stimuler la recherche des causes. La psychiatrie s'appuie sur deux modèles particuliers de référence pour la classification des troubles mentaux : le 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) de l'American Psychiatric Association et la 'Classification Internationale des Maladies' (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé. Le présent guide s'inspire donc de ces deux sources, soit le DSM-IV-TR-révisé, 2003 et le CIM-10 (2003); d'autres sources de référence viennent compléter certaines données psychologiques, comportementales ou neurologiques : le traité 'Psychologie' de Myers (1997), le traité 'Neurologie clinique et neurologie du comportement' de Botez-Marquard et Boller (2005), le livre 'Les personnalités pathologiques' de Debray et Nollet (2001). L'expérience terrain des auteurs et de divers cliniciens consultés pour la version finale du document s'ajoute à ces références. À noter que ce guide ne se veut pas un dictionnaire exhaustif des maladies mentales; c'est plutôt un résumé de divers tableaux cliniques associant des problématiques particulières aux troubles psychiatriques les plus fréquemment retrouvés dans le milieu psychiatrique.

Puisque ce document est destiné aux intervenants et aux stagiaires, son format a été pensé en fonction d'une consultation rapide, chaque fois que le besoin s'en fait sentir. Il se veut d'abord et avant tout, un document de référence générale et comme tel, il ne comporte que les grandes lignes de chaque problématique (maladie, symptômes, comportements auxquels l'intervenant peut s'attendre). Divers types d'intervention à privilégier ou à éviter ont été ajoutés afin de guider l'intervenant dans ses actions auprès de la personne.

¹ Davis G. Myers (1997). *Psychologie*, p. 501, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris.

Pour le lecteur intéressé à en connaître davantage sur une maladie particulière, nous suggérons de se référer à des documents plus complets, disponibles dans les centres de documentation hospitaliers ou les bibliothèques universitaires.

Les interventions suggérées dans le présent document ne constituent pas les seules interventions possibles. En fait, ce sont des indications, basées sur la pratique clinique quotidienne, pour aider les intervenants à mieux orienter leurs actions en fonction de certaines problématiques comportementales communes à plusieurs maladies mentales.

Il reste cependant que chaque personne est unique et originale dans son fonctionnement ou son dysfonctionnement. Par conséquent, les interventions doivent toujours être personnalisées en considérant les capacités et les limites de la personne et de son milieu humain et physique. Les intervenants doivent aussi s'assurer de respecter les droits de la personne ainsi que les aspects légaux de leurs interventions. En définitive, nous espérons que ce guide puisse devenir un outil pratique de réflexion et d'amélioration des connaissances sur la maladie mentale et sur les attitudes à développer pour aider les personnes qui en sont atteintes.

2. LES CONCEPTS DE BASE

Plusieurs termes peuvent apparaître rébarbatifs aux personnes non initiées au vocabulaire psychiatrique. Nous avons vulgarisé ces termes chaque fois qu'il était possible de le faire. Il reste cependant que la personne intéressée à travailler en psychiatrie devrait apprendre ces termes et leur signification car elle est susceptible de les entendre souvent dans ses interactions avec le médecin traitant (psychiatre ou omnipraticien) ou avec les professionnels de la santé.²

La présente section tente de démystifier et de distinguer certains concepts de base dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Qu'est-ce qui différencie la maladie mentale de la santé mentale? La déficience intellectuelle et la démence sont-elles des maladies mentales? Quelle différence y a-t-il entre agressivité et violence? Qu'est-ce qui distingue le trait de personnalité du trouble de personnalité? Comprendre ces différents concepts peut parfois faire la différence entre une intervention adaptée et une intervention inadéquate.

2.1 DIFFÉRENCES ENTRE MALADIE MENTALE ET SANTÉ MENTALE

L'Organisation mondiale de la santé définit la santé mentale comme suit : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 2001). Il s'agit donc « *... d'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* » (OMS, 2010).

² Voir le glossaire des termes techniques à la fin du présent document.

La maladie mentale ou trouble mental est définie, dans le DSM-IV-TR (2003, p. XXXV), comme « un **syndrome** comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante ou à un handicap ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté... ».

Selon ces définitions, la personne atteinte d'une maladie mentale a perdu cet état de bien-être qui permet de se sentir un membre à part entière de sa communauté et d'y exercer un rôle productif et valorisant. Au contraire, elle peut vivre un état de détresse important et voir restreindre ses habiletés personnelles, sociales, familiales, comportementales et communautaires.

Ce sont surtout les comportements **inadaptés**, bizarres, perturbateurs ou dangereux qui conduisent la personne à se faire hospitaliser pour un séjour plus ou moins long. Enfin, la maladie mentale frappe toutes les couches de la société, indépendamment de la situation socio-économique, de la scolarité ou de statut social; mais elle peut être perçue différemment d'une culture à une autre.

2.2 DIFFÉRENCES ENTRE MALADIE MENTALE ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

La déficience intellectuelle, appelée aussi retard mental, est constitué de « ...*divers processus pathologiques affectant le fonctionnement du système nerveux central* (DSM-IV-TR, p. 48, 2003). Diverses **étiologies** peuvent être à la base de la déficience intellectuelle : hérédité, altération du développement embryonnaire, problème en cours de grossesse ou périnataux, maladies somatiques. En fait, elle est généralement associée à une « ...*altération biologique ou à une maladie somatique survenue pendant la grossesse, l'accouchement ou la petite enfance.* » (idem).

Une personne avec une déficience intellectuelle légère qui a eu un apprentissage adéquat dans des conditions favorables peut ne jamais présenter de troubles mentaux (maladie mentale) et s'adapter de façon adéquate dans son milieu de vie (école, famille, travail, communauté). D'autres, par contre, pourront développer des troubles mentaux dès l'enfance (autisme, TED, TDAH) ou plus tard, lors de l'adolescence ou de la vie adulte (troubles **psychotiques**, démence, etc.).

Au Québec, c'est le terme « déficience intellectuelle » qui est le plus souvent utilisé. Ce terme permet de la différencier du terme « maladie mentale ». Le terme « déficience mentale » n'est pas un terme approprié. De plus, le retard mental acquis par suite d'une stimulation cognitive insuffisante n'est pas considéré comme une véritable déficience intellectuelle car la personne peut retrouver un fonctionnement cognitif adéquat avec une stimulation appropriée, ce qui n'est pas le cas d'une véritable déficience intellectuelle.

Bref, la déficience intellectuelle ou retard mental est d'abord d'origine organique, ce qui n'a pas encore été prouvé pour les troubles mentaux.

2.3 DIFFÉRENCES ENTRE MALADIE MENTALE ET DÉMENCE

La démence est définie comme un déclin graduel des capacités mentales. Elle influe sur les capacités intellectuelles et sociales au point de rendre difficile la vie quotidienne. La démence peut modifier la mémoire et le jugement, entraîner un état de **désorientation**, perturber les habiletés fonctionnelles et transformer la personnalité.

Plusieurs aspects différencient la démence de la maladie mentale. D'abord et contrairement aux troubles schizophréniques, la démence apparaît généralement chez les adultes avancés en âge et, plus ils sont âgés, plus les risques de démence augmentent. De plus, dans certains cas, la présentation démentielle peut être réversible ou ralentie, quand la cause sous-jacente a été traitée (ex : démence induite par une substance).

En outre, contrairement aux états de crises psychotiques, la démence n'est pas un trouble aigu qui survient soudainement ou qui exige habituellement un traitement d'urgence. Le plus souvent, la démence est d'abord un trouble dû à un problème organique pouvant se développer sur une longue période de temps avant d'être diagnostiqué, comme une lésion cérébrale, une altération des vaisseaux sanguins ou une dégénérescence cérébrale. Dans ces cas-là, les modifications neurologiques qui s'ensuivent sont irréversibles. Quatre formes de démence sont plus fréquemment associées avec le vieillissement : la maladie d'Alzheimer, les démences vasculaires, la démence à corps de Lewy et les démences fronto-temporales. Enfin, toutes les personnes atteintes de démence ne développent pas nécessairement des troubles du comportement nécessitant un encadrement de type psychiatrique. Certaines pourront vivre encore dans leur milieu d'origine ou dans un CHSLD avec une surveillance et une supervision adéquates.

2.4 DIFFÉRENCES ENTRE MALADIE MENTALE ET TROUBLE DE PERSONNALITÉ

Le trouble de personnalité est défini comme « *une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu* » (DSM-IV-TR, p. 789, 2003). Comme elle engendre une souffrance significative et une altération du fonctionnement, elle constitue un type de maladie mentale. Le trouble de personnalité peut aussi être associé ou non à un autre trouble mental. En effet, « *de nombreux critères spécifiques des troubles de la personnalité (ex : méfiance, soupçon, dépendance, insensibilité) décrivent des éléments qui sont aussi caractéristiques d'épisodes de troubles mentaux* ».

Il est important de faire la différence entre un trait et un trouble de personnalité. Le trait de personnalité ne constitue pas une maladie mentale. C'est en fait une caractéristique qui permet de différencier un individu d'un autre. Cette caractéristique se traduit par des stratégies ou des comportements adaptatifs utiles à la survie de l'individu (ex : compétitif, dépendant, résistant, méfiant, ouvert, sociable, généreux, etc.) et qui lui permettent de composer avec son environnement.

Quant au trouble de personnalité, il est construit, en partie, sur des traits de personnalité se manifestant de façon inadéquate ou dans des situations inappropriées et conduisant à la souffrance de la personne plutôt qu'à son bien-être. Les causes peuvent en être multiples.

2.5 DIFFÉRENCES ENTRE AGRESSIVITÉ ET VIOLENCE

Il est important de différencier ce que l'on entend par agressivité, agression, hostilité ou violence. Il y a trop souvent **confusion** entre ces termes, ce qui empêche les intervenants d'utiliser les bons outils pour résoudre adéquatement les situations problématiques. Voici quatre stades d'agressivité allant du moins complexe au plus complexe, demandant des interventions de plus en plus axées vers le contrôle.

L'agressivité : Selon la théorie psychanalytique, l'agressivité est une pulsion fondamentale, instinctive et innée chez l'être humain. C'est par l'apprentissage et la socialisation que nous apprenons à la canaliser à des fins positives ou négatives.

L'agressivité est dirigée vers le contrôle des événements, dans un but de survie. Elle se traduit souvent par l'affirmation de **soi**, la domination sociale et parfois avec une tendance à l'hostilité. Chacun porte en soi sa propre dose d'agressivité ainsi que les moyens de l'exprimer. Stratégies privilégiées d'intervention : écoute active, relation d'aide, apprentissage et socialisation.

L'hostilité : Elle peut être définie comme une colère persistante et un ressentiment associé à un urgent besoin de riposter. Elle peut aussi être définie comme une réaction émotionnelle d'un individu face à une menace, à une frustration d'ordre verbal ou non verbal, et permettant de mettre en action des mécanismes de **défense** afin de lutter contre l'**anxiété**. Même si les réactions hostiles peuvent être normales, spécialement lorsque nous sommes frustrés, dépossédés ou victimes de discrimination, elles peuvent aussi être un facteur dans les attaques d'anxiété, de comportement obsessionnel-compulsif, de dépression, d'une personnalité antisociale et de réaction paranoïde. Stratégies privilégiées d'intervention : écoute active, relation d'aide, gestion des stimuli, apprentissage et socialisation.

L'agression : C'est un comportement motivé par la colère, l'hostilité, la surcompétitivité et dirigé vers la volonté de blesser, détruire ou conduire quelqu'un à la défaite. Dans certains cas, l'agression peut être dirigée vers soi-même (ex: automutilation, suicide). Stratégies privilégiées d'intervention : écoute active, pacification, contrôle des comportements et des stimuli, prévention des agressions, techniques **OMEGA**.

La violence : C'est l'expression de l'hostilité et de la rage en utilisant la force physique ou psychologique contre des personnes ou des biens. C'est la forme d'agression la plus extrême et la plus inacceptable. Il n'y a aucune justification thérapeutique à la violence alors qu'il y a des façons plus constructives et plus humaines d'exprimer sa colère. Stratégies privilégiées d'intervention : contrôle des comportements, contrôle des stimuli, prévention des agressions, contrôle de l'environnement, techniques OMEGA.

Les manifestations suivantes sont tirées d'un document de sensibilisation aux comportements de violence conjugale (Direction de la réadaptation de la CSST, printemps 1995). Mais vous constaterez, à la lecture, qu'ils peuvent aussi se manifester en institution ou dans n'importe quelle situation ou milieu

« C'EST UNE MANIFESTATION DE VIOLENCE QUAND IL OU ELLE ...

- { ...nous donne des claques, des coups de pied, mord, pousse, crache, brûle;
- { ...nous tire des objets;
- { ...nous retient contre notre volonté;
- { ...nous blesse, menace avec une arme ou avec un objet;
- { ...ne prend pas soin de nous quand nous sommes malades;
- { ...se moque de nous, nous insulte, nous humilie;
- { ...nous traite de gros(se), de mince, de paresseux(se), de laid(e), etc;
- { ...nous dit que nous ne savons rien faire comme il faut;
- { ...nous dit que nous ne méritons rien de bon;
- { ...prend notre argent en nous disant que nous ne savons pas le gérer;
- { ...ne nous exprime jamais de l'amour ou de l'affection, pour nous punir;
- { ...nous menace avec violence;
- { ...essaie de nous contrôler avec des mensonges, des contradictions, des promesses ou de faux espoirs;
- { ...nous force à avoir des relations sexuelles quand ça ne nous tente pas;
- { ...critique notre comportement, notre performance;
- { ...choisit nos vêtements, maquillage, lectures, etc.;
- { ...brise nos affaires. »

Il est fondamental que la personne agressive soit avisée, dès les premières manifestations verbales, psychologiques ou physiques, que la violence est un moyen socialement inacceptable d'exprimer ses émotions et qu'elle ne sera pas tolérée, pour aucune raison.

Lorsque son comportement agressif devient violent, c'est-à-dire qu'il constitue un danger immédiat pour l'intégrité physique de la personne ou de son entourage, il faut agir rapidement pour retirer la personne, l'amener dans un endroit calme, loin de tout stimulus pouvant augmenter ou maintenir son agressivité et sa violence. Dans ce cas, il est préférable que l'intervention se fasse en équipe d'au moins 2 intervenants ayant des attitudes aidantes et sécuritaires, tant pour la personne que pour les intervenants eux-mêmes.

La violence peut donc être verbale, psychologique ou physique. Quelle que soit la forme qu'elle emprunte, elle n'est jamais acceptable et ne doit jamais être tolérée (tolérance zéro), ni de la part des intervenants ni de la part de la clientèle. À noter que la violence verbale ou psychologique (insultes, humiliations, etc.) est tout aussi inacceptable que la violence physique. Pour être plus insidieux, son impact n'en est pas moins dévastateur pour la personne qui en est victime.

La maladie mentale peut être une cause explicative parmi d'autres, mais elle n'est jamais une excuse pour tolérer la violence provenant de la clientèle. De même, la fatigue, la peur et la frustration ne doivent jamais servir d'excuse pour tolérer la violence provenant des intervenants.

2.6 DIFFÉRENCES ENTRE VIEILLISSEMENT NORMAL ET VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

LE VIEILLISSEMENT NORMAL	LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none">- C'est un processus normal...- ... résultant de l'effet du temps...- ... affectant l'organisme dans son ensemble <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diminution de l'élasticité de la peau<input type="checkbox"/> Amincissement des os<input type="checkbox"/> Diminution au plan des capacités mnésiques (mémoire)<input type="checkbox"/> Trouble cognitif léger<input type="checkbox"/> Diminution de l'audition et de la vision<input type="checkbox"/> Diminution de la vitesse de traitement de l'information et d'exécution de la réponse	<ul style="list-style-type: none">- C'est un processus anormal...- ... ne résultant pas de l'effet du temps...- ... affectant l'organisme en partie ou dans son ensemble <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Accident cérébro-vasculaire (ACV)<input type="checkbox"/> Tumeurs<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson<input type="checkbox"/> Démence<input type="checkbox"/> Etc.

3. LES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES LES PLUS FRÉQUENTES

Comme indiqué auparavant, le présent guide n'est pas un dictionnaire exhaustif de toutes les maladies mentales. Il constitue plutôt un abrégé des divers troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés en milieu psychiatrique. La section 3 présente ces catégories diagnostiques.

3.1 Les troubles diagnostiqués avant l'âge adulte

3.2 Les troubles anxieux

3.3 Les troubles de l'humeur

3.4 Les troubles de personnalité

3.5 Les troubles sexuels

3.6 Les troubles liés à une substance

3.7 Les troubles psychotiques

3.8 La démence et les troubles cognitifs

3.9 Les troubles non répertoriés dans le DSM-IV-TR

Les sections suivantes du guide complètent ces notions de base en présentant les troubles du comportement les plus fréquemment rapportés (section 4) et les stratégies d'intervention à privilégier par les intervenants en santé mentale.

3.1 LES TROUBLES DIAGNOSTIQUÉS AVANT L'ÂGE ADULTE

« Bien que la plupart des sujets atteints des troubles décrits dans cette section consultent au cours de l'enfance ou de l'adolescence, ces troubles ne sont parfois pas diagnostiqués avant l'âge adulte.... les adultes peuvent recevoir un diagnostic inclus dans cette section... si leur tableau clinique en réunit les critères diagnostiques. » (DSM-IV-TR, 2003)

3.1.1 LE RETARD MENTAL (OU DÉFICIENCE INTELLECTUELLE)

DÉFINITION

Le retard mental se définit selon les 3 critères suivants :

- A- un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne (Quotient intellectuel Q.I. < 70)
- B- s'accompagnant de limitations significatives du fonctionnement adaptatif
- C- dont les débuts sont survenus avant l'âge de 18 ans.

- Déficience légère (50-70)
- Déficience grave (20-34)
- Déficience moyenne (35-49)
- Déficience profonde (< 20)

COMMENTAIRES

La déficience intellectuelle n'est pas une maladie mentale mais un état, un déficit d'origine organique. Cependant, elle peut être associée ou non à des troubles mentaux ou comportementaux. Les personnes avec ce diagnostic sont souvent vulnérables aux abus physiques, sexuels et psychologiques.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de l'attention - Déficit de la concentration - Difficultés d'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de l'attention - Déficit de la concentration - Difficultés d'apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> - Anorexie - Agressivité - Auto-mutilation - Stéréotypie - Impulsivité 	

3.1.2 LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

DÉFINITION

Il s'agit de déficits sévères et d'une altération envahissante du développement d'une personne dans les domaines suivants : interactions sociales, capacités de communication, comportements, intérêts et activités stéréotypées. Ces déficits constituent des écarts par rapport au stade de développement ou de l'âge mental de l'enfant. Ces troubles apparaissent habituellement au cours des premières années de la vie de l'enfant, sont souvent associés à un certain degré de retard mental et peuvent persister jusqu'à l'âge adulte.

COMMENTAIRES

Les troubles envahissants du développement sont parfois associés avec un groupe varié d'affections médicales générales. Pour les fins du présent document, nous ne présentons que les caractéristiques communes des diagnostics regroupés dans cette catégorie, tels que :

- Trouble autistique
- Trouble désintégratif de l'enfance
- Trouble envahissant du développement non spécifié.
- Syndrome de Rett
- Syndrome d'Asperger

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à initier ou soutenir une conversation - Écholalie - Difficultés d'apprentissage dans les classes régulières - Problèmes d'attention/concentration - Difficulté à comprendre les idées abstraites - Concentration obsessive ou absente - Difficulté à saisir le concept du temps et l'ordre des événements - Difficulté dans le développement du langage et de l'expression orale - Difficulté à décoder ou à comprendre les autres, ne réagit pas aux sourires ni aux expressions faciales 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne montre aucun intérêt pour les autres - Préfère être seul - Ne prête aucune attention quand on lui parle - Stress dans les situations d'interaction sociale - Difficulté à contrôler ses émotions - Angoisse, peur, confusion - Contact physique douloureux ou bouleversant, préfère se tenir à l'écart - Difficulté à parler de ses sentiments ou à comprendre ceux des autres 	<ul style="list-style-type: none"> - Insistance rigide et déraisonnable - Routines et rituels non fonctionnels - Communique par geste plutôt que par la parole - Gestes répétitifs et ritualisés - Activités et intérêts inhabituels ou fortement restreints - Réactions fortes et surprenantes face à des situations quotidiennes ou à des changements 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à imiter des sons, mots ou gestes - Voix monotone - Difficulté à contrôler le volume des sons émis - Ton de voix étrange et sur un rythme inhabituel - Forte résistance à la douleur - Hypersensibilité des sens (ouïe, toucher, vue, goût, odorat) causant de la douleur

3.1.3 LE TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ (TDAH)

DÉFINITION

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est un mode persistant d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité, plus fréquent et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez les personnes d'un même niveau de développement. Les symptômes sont apparus avant l'âge de 7 ans, se présentent dans au moins deux types d'environnement différents et peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. Les symptômes interfèrent avec le fonctionnement scolaire, social ou professionnel de la personne.

COMMENTAIRES

Il est inhabituel que la personne présente le même niveau de dysfonctionnement dans tous les environnements ou, dans le même environnement, en toutes circonstances. Ce trouble peut être associé avec une déficience intellectuelle légère et une difficulté d'apprentissage.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Oublis fréquents - Trouve difficile d'aller au bout de son idée - Difficulté à soutenir l'attention - Difficulté à prêter attention aux détails - Travail souvent brouillon, accompli sans soins ni réflexion préalable - Difficulté à suivre une conversation et d'écouter les autres - Facilement distrait par des bruits ou des événements mineurs et sans importance 	<ul style="list-style-type: none"> - Impatient - Les tâches demandant un effort intellectuel, de l'organisation ou de la concentration sont vécues comme déplaisantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent ne fait pas ce qui est demandé - Change fréquemment d'activité, passant d'une tâche à l'autre sans en terminer aucune - Travail souvent désordonné, objets éparpillés, perdus, malmenés ou abîmés 	<ul style="list-style-type: none"> - Parle excessivement - Bougeotte, incapable de rester assis lorsqu'il le faut - Fait beaucoup de bruit lors d'activités calmes

3.2 LES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux se caractérisent par la présence d'une anxiété importante, d'inquiétudes ou de peurs excessives qui engendrent des perturbations majeures de la vie quotidienne. Ces troubles sont souvent accompagnés de divers malaises physiques plus ou moins intenses (ex : étourdissements, nausées, palpitations cardiaques, difficulté à respirer, transpiration et sueurs abondantes, pression sanguine élevée, tremblements, douleurs thoraciques, sensation d'être étouffé, engourdissements ou picotements, bouffées de chaleur ou des frissons, etc.).

À noter qu'à la base, l'anxiété est un mécanisme biologique dont la fonction est de protéger l'individu contre les situations dangereuses. Il est donc naturel de ressentir un peu d'anxiété dans la vie quotidienne, en certaines circonstances. L'anxiété devient un trouble mental lorsqu'elle est excessive, persistante, sans rapport avec un objet ou une situation réelle et qu'elle perturbe gravement le fonctionnement de la personne.

Les troubles anxieux sont accompagnés de comportements typiques d'évitement des situations anxigènes (ex : ne pas aller au cinéma par peur de la foule, refuser de prendre l'avion, refuser de parler en public, etc.).

Cette catégorie de troubles mentaux comporte les troubles suivants :

- L'attaque de panique
- L'agoraphobie (phobie des lieux publics)
- Le trouble panique avec ou sans agoraphobie
- La phobie spécifique
- La phobie sociale
- Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)
- L'état de stress post-traumatique
- L'état de stress aigu
- L'anxiété généralisée

Nous ne parlerons pas ici des autres troubles anxieux dus à une affection médicale générale, induits par une substance ou non spécifiés car leurs symptômes et comportements associés sont similaires à ceux des autres troubles anxieux.

3.2.1 L'ATTAQUE DE PANIQUE

DÉFINITION

C'est un trouble anxieux caractérisé par une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associées à des sensations de catastrophe imminente et un urgent besoin de s'échapper. L'anxiété ou les malaises très intenses sont accompagnés par au moins 4 symptômes somatiques ou cognitifs. Le début est soudain et atteint rapidement son maximum (moins de 10 minutes).

COMMENTAIRES

Les attaques de panique peuvent être retrouvées dans le contexte de plusieurs troubles anxieux et peuvent survenir dans différentes situations. Elles peuvent être de nature intermittente, quasi-paroxystique et leur sévérité les distinguent de l'anxiété généralisée

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Déréalisation ou dépersonnalisation	- Peur de mourir - Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou - Peur d'avoir une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral - Anxiété sociale ou de performance	- Évitement	- Tremblements ou secousses musculaires - Palpitations - Paresthésies et frissons ou bouffées de chaleur - Transpiration - Impression d'étranglement - Nausées ou gêne abdominale - Sensation de souffle coupé - Douleur ou gêne thoracique - Sensation de démangeaison ou d'étouffement - Sensation de vertige ou de tête vide

3.2.2 L'AGORAPHOBIE

DÉFINITION

L'agoraphobie, ou phobie des lieux publics, est caractérisée par une anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquelles aucun secours ne pourrait être trouvé. Ce trouble conduit typiquement à l'évitement de nombreuses situations telles que le fait d'être seul hors de son domicile ou d'être seul chez soi; d'être dans une foule; de voyager en voiture, en bus ou en avion; d'être sur un pont ou dans un ascenseur. Ce trouble peut invalider la personne dans ses activités telles que les voyages, le travail, les relations interpersonnelles.

COMMENTAIRES

L'agoraphobie est associée avec le trouble spécifique dans lequel elle survient : trouble panique avec agoraphobie ou agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Déréalisation ou dépersonnalisation	- Peur de mourir - Peur de perdre le contrôle	- Évitement	- Tremblements, secousses musculaires - Palpitations - Paresthésies et frissons ou bouffées de chaleur - Transpiration - Impression d'étranglement Nausées ou gêne abdominale - Sensation de souffle coupé - Douleur ou gêne thoracique - Sensation de manque d'air ou d'étouffement - Sensation de vertige ou de tête vide

3.2.3 LE TROUBLE PANIQUE (AVEC OU SANS AGORAPHOBIE)

DÉFINITION

La caractéristique essentielle du trouble panique est la présence d'attaques de panique **récurrentes** et **inattendues** suivies de la crainte persistante, pendant au moins 1 mois, d'avoir une autre attaque de panique, de préoccupations quant aux implications possibles et aux conséquences de ces attaques de panique, ou d'un changement significatif de comportement en relation avec les attaques.

COMMENTAIRES

Le trouble panique peut aussi être associé à d'autres troubles mentaux (ex : troubles anxieux ou psychose).

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Attribue ses difficultés à un manque de force ou de caractère 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété diffuse constante ou intermittente - Peur d'être faible - Appréhensions excessives - Anticipation catastrophique - Démoralisation, découragement, honte - Besoin continu de réassurance - Effrayé et non convaincu même si rassuré - Crainte de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Évitement - Peut abandonner son travail à cause des attaques de panique 	<ul style="list-style-type: none"> - Moins tolérant aux effets secondaires des médicaments

3.2.4 LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DÉFINITION

La caractéristique essentielle de la phobie spécifique est une peur marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement visibles et circonscrites. L'exposition au stimulus **phobogène** provoque une réponse anxieuse immédiate pouvant prendre la forme d'une attaque de panique situationnelle. Il peut interférer significativement avec les habitudes quotidiennes, le fonctionnement social ou professionnel. (Exemples : claustrophobie, arachnophobie, etc.)

COMMENTAIRES

La phobie spécifique peut être due à un événement traumatique que la personne a subi ou vu subir par quelqu'un d'autre ou encore, par une transmission d'informations (ex : mises en garde parentales, télévision, journaux, etc.). La peur peut être centrée sur l'anticipation d'un danger lié à l'objet ou à la situation (ex : peur des chiens par crainte d'être mordu). La peur et son intensité peuvent varier en fonction de la proximité de l'objet et de la limitation de s'échapper.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
	<ul style="list-style-type: none"> - Peur de paniquer et de s'évanouir - Peur de perdre le contrôle de soi - Anxiété immédiate en présence du stimulus - Peur marquée, persistante et excessive ou irraisonnable 	<ul style="list-style-type: none"> - Évitement - Limitation du mode de vie - Limitation des activités 	

3.2.5 LA PHOBIE SOCIALE

DÉFINITION

Elle est caractérisée par une peur marquée et persistante de situations sociales ou de performances dans lesquelles un sentiment de gêne peut survenir. L'exposition à la situation provoque une réponse anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique situationnelle. La situation est vécue avec une souffrance intense ou évitée. Les comportements d'évitement par peur ou anticipation de la situation interfèrent avec le fonctionnement habituel.

COMMENTAIRES

La phobie sociale engendre un cercle vicieux :

anticipation ⇒ **cognition** et symptômes anxieux en situation ⇒ mauvaise performance ⇒ gêne et augmentation de l'anxiété anticipatoire ⇒ ...

C'est une phobie fréquente dont les répercussions dépendent de l'intensité.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Confusion - Échecs scolaires et professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Préoccupé par la gêne - Anxiété anticipatoire marquée - Faible estime de soi - Sentiments d'infériorité - Craint d'être jugé anxieux, faible, fou ou stupide - Hypersensibilité à la critique, à l'évaluation négative, au rejet 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à manifester de l'assurance - Évitement des situations - Mauvaises compétences sociales possibles - Réseau social de soutien réduit - Déficit dans le domaine des compétences sociales - Altération du fonctionnement social et professionnel - Évitement de parler en groupe, en public, aux collègues, aux autorités 	<ul style="list-style-type: none"> - Palpitations - Transpiration - Diarrhée - Rougeissement - Tremblement - Gêne gastro-intestinale - Tension musculaire

3.2.6 LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

DÉFINITION

Le trouble obsessionnel-compulsif est caractérisé par des obsessions ou des compulsions récurrentes suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps, un sentiment marqué de souffrance ou une déficience significative du fonctionnement habituel. *L'obsession* est définie comme des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes, vécues comme importunes et inappropriées et entraînant de l'anxiété ou une souffrance importante. *La compulsion* est définie comme un comportement répétitif ou des actes mentaux dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance (ne recherche ni plaisir, ni satisfaction).

COMMENTAIRES

La personne tente d'ignorer ou de supprimer la pensée ou l'impulsion (obsession) et de les neutraliser avec d'autres pensées ou actions (compulsions). Ces pensées ou impulsions sont souvent peu liées à un problème de vie réel. Certains considèrent que, pour être diagnostiqué comme tel, la personne doit le reconnaître. (Ex : laver et nettoyer de façon excessive, compter et recompter, vérifier à plusieurs reprises, actions répétitives, ordre, etc.)

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Contamination des pensées - Représentations sexuelles - Doutes répétés - En situation de sécurité, peut reconnaître ses obsessions et compulsions comme excessives et déraisonnables 		<ul style="list-style-type: none"> - Impulsions agressives ou horribles - Se sent poussé à la compulsion - Actions rigides et stéréotypées non justifiables - Besoin de mettre les choses dans un ordre particulier - Actions excessives sans rapport réaliste avec ce qu'elles sont censées prévenir ou neutraliser 	

3.2.7 L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DÉFINITION

Il est caractérisé par le développement de symptômes suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant un vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou de blessure sévère, menacer sa propre intégrité physique; ou encore être témoin d'un événement de ce type ou apprendre un événement de ce type vécu par quelqu'un de proche ou de la famille.

COMMENTAIRES

Non traité à temps, l'état de stress post-traumatique peut amener d'autres troubles anxieux ou des symptômes dissociatifs (ex : amnésie dissociative).

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Revit l'événement de manière persistante - Symptômes dissociatifs - Perte des croyances antérieures - Baisse de la concentration - Attention extrême 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de désespoir ou d'horreur - Peur intense - Sentiment d'inefficience, de honte - Irritabilité, colère - Altération de la modulation des affects - Sentiment de menace constant - Sentiment de ne plus être comme avant - Affaiblissement ou diminution des réactions générales 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportement auto destructeur et impulsif - Hostilité - Changement de personnalité - Repli social - Altération des relations avec autrui - Évitement persistant de stimuli associés au trauma - Altération du fonctionnement professionnel ou autre 	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de sommeil - Sursauts - Plaintes somatiques

3.2.8 L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

DÉFINITION

Elle est caractérisée par de l'anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) concernant plusieurs événements ou activités. La personne a des difficultés à contrôler ses préoccupations.

COMMENTAIRES

Les personnes souffrant d'anxiété généralisée requièrent l'approbation et la réassurance des autres. Elles sont préoccupées par la ponctualité, sont conformistes, perfectionnistes, peu sûres d'elles-mêmes, refont tout par manque excessif de satisfaction. Elles présentent des somatisations telles que mains froides et humides, bouche sèche, transpiration, nausée ou diarrhée, **pollakiurie** (fréquence exagérée des mictions).

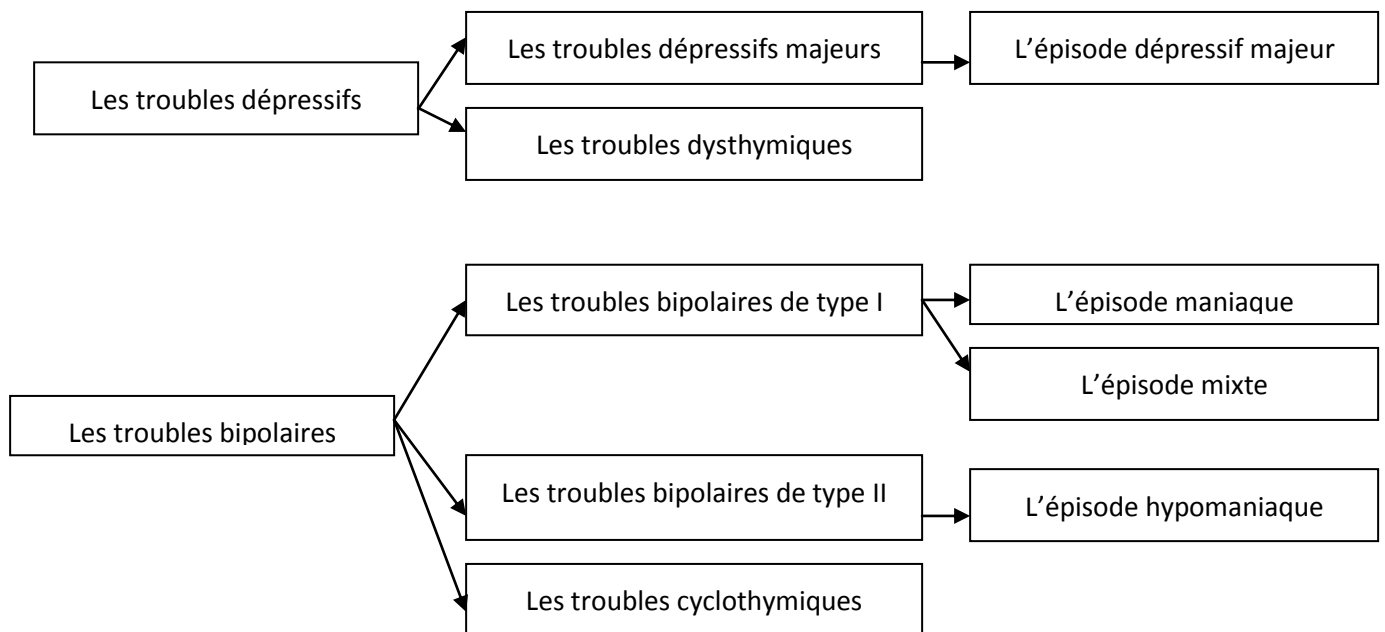
SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Difficulté de concentration	- Irritabilité - Symptômes dépressifs fréquents	- Agitation	- Contractions et douleurs musculaires - Tremblements - Sensations de tremblement - Tension musculaire - Somatisation multiple - Fatigabilité - Perturbation du sommeil - Difficulté à avaler, boule dans la gorge, sursauts exagérés

3.3 LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Les troubles de l'humeur, aussi appelés troubles affectifs, se manifestent par des variations de l'humeur (affects positifs ou négatifs) qui sont plus intenses et plus persistantes que les variations d'humeur occasionnées par la vie de tous les jours. Ces troubles ont tendance à perturber la personne dans son fonctionnement quotidien et peuvent occasionner des comportements mal adaptés.

Pour les fins du présent document, nous les diviserons en 2 grandes catégories : a) les troubles dépressifs caractérisés par le désespoir et la léthargie; b) les troubles bipolaires caractérisés par l'alternance entre la dépression/manie, l'hyperactivité et la surexcitation.



À noter que nous ne traiterons pas ici des autres troubles de l'humeur dus à une affection médicale générale ou aux troubles de l'humeur induits par une substance car ces troubles présentent des symptômes et des comportements similaires aux troubles dépressifs et aux troubles bipolaires.

3.3.1 LES TROUBLES DÉPRESSIFS MAJEURS

DÉFINITION

C'est une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, sans antécédent d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque. Il se divise en plusieurs niveaux : dépression légère, moyenne, sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques, en rémission ou chronique.

L'épisode dépressif majeur est un trouble de l'humeur dans lequel la personne éprouve, sans raison apparente, un sentiment d'inutilité, une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités. Ce trouble persiste depuis au moins 2 semaines.

COMMENTAIRES

Le trouble dépressif majeur est associé à un taux élevé de mortalité (15% de suicides), à des douleurs et maladies somatiques et à une diminution du fonctionnement physique, social et occupationnel. Les symptômes et les comportements associés sont similaires à ceux de l'épisode dépressif majeur.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Rumination obsessionnelle - Idées de mort - Troubles de la mémoire - Distractibilité (facilement distrait) - Altération de la capacité de penser, de prendre des décisions 	<ul style="list-style-type: none"> - Triste, déprimé, sans espoir - Sentiment de vide, de ne rien ressentir - Irritabilité, colère - Sentiment de frustration - Anxiété, phobie - Attaque de panique possible - Dévalorisation, culpabilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Semble sur le point de pleurer, broie du noir - Blâme les autres - Retrait social, désaffectation des activités - Perte d'autonomie - Idéation et comportement suicidaires - Incapacité de prendre soin de soi - Altération du fonctionnement social et professionnel - Perturbation dans les domaines de l'alimentation, l'hygiène et l'habillement 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaintes somatiques, préoccupations excessives - Diminution ou augmentation excessive de l'appétit - Perte ou gain de poids significatif - Insomnie ou hypersomnie (durée excessive du sommeil) - Diminution de l'énergie, fatigue, lassitude

3.3.2 LES TROUBLES DYSTHYMIQUES

DÉFINITION

Ils se caractérisent essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins 2 ans.

COMMENTAIRES

Plusieurs des comportements du trouble dysthymique sont semblables à ceux de l'épisode dépressif majeur. Ce trouble peut être associé à certains troubles de la personnalité : borderline, histrionique, narcissique, évitante ou dépendante.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de concentration - Difficulté à prendre des décisions - Ruminations à propos du passé 	<ul style="list-style-type: none"> - Tristesse extrême - Faible estime de soi - Sentiment de perte d'espoir, désespoir - Sentiment d'insuffisance - Perte d'autocritique - Sentiment de culpabilité - Perte généralisée d'intérêt ou de plaisir - Se considère comme non intéressant ou incapable - Sentiment subjectif d'irritabilité ou de colère excessive 	<ul style="list-style-type: none"> - Retrait social - Diminution de l'activité, de l'efficacité et de la productivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'appétit ou hyperphagie (mange sans arrêt) - Insomnie ou hypersomnie (dort sans arrêt) - Baisse d'énergie, fatigue

3.3.3 LES TROUBLES BIPOLAIRES DE TYPE I

DÉFINITION

Le trouble bipolaire de type I est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou épisodes mixtes ainsi que d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Ce trouble de l'humeur se divise en léger, moyen, sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques, en rémission partielle ou complète, avec caractéristiques **catatoniques** ou début lors du post-partum.

COMMENTAIRES

La personne peut retrouver un niveau de fonctionnement complètement ou partiellement normal entre les épisodes. Elle peut aussi continuer à présenter des fluctuations de l'humeur (**labilité**) et des difficultés relationnelles ou professionnelles entre les épisodes. On observe de 10% à 15% de décès par suicide.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Voir épisode maniaque et épisode mixte	- Voir épisode maniaque et épisode mixte	- Absentéisme et échec scolaire - Divorce - Comportements violents surtout sur les proches - Échec professionnel - Comportements antisociaux épisodiques	- Voir épisode maniaque et épisode mixte

3.3.3.1 L'ÉPISODE MANIAQUE

DÉFINITION

L'épisode maniaque est marqué par un état hyperactif excessivement optimiste et une élévation de l'humeur (expansive ou irritable).

COMMENTAIRES

La personne peut retrouver un niveau de fonctionnement complètement ou partiellement normal entre les épisodes. Elle peut aussi continuer à présenter des fluctuations de l'humeur (labilité) et des difficultés relationnelles ou professionnelles entre les épisodes. On observe de 10% à 15% de décès par suicide.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Discours rapide avec nombreux coq-à-l'âne - Idées de grandeur - Pensée importune (intrusive), tyrannique, exigeante - Fuite des idées, distractibilité - Ne se reconnaît pas malade et refuse d'être traité - Logorrhée (parle sans arrêt) - Troubles du jugement (doit être protégé de lui-même) 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'estime de soi - Irritabilité si contrarié dans ses désirs - Labilité de l'humeur (alterne euphorie/irritabilité) - Humeur euphorique, inhabituellement gaie ou élevée - Enthousiasme permanent et non sélectif pour les relations interpersonnelles, sexuelles ou professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement accru dans des activités - Déménagement impulsif - Habillement inapproprié (excentrique) - Jeux et comportements antisociaux - Peut-être hostile et menacer les autres - Théâtral et maniéré - Peut devenir physiquement agressif ou suicidaire - Activités désorganisées, bizarres - Activités à potentiel élevé de conséquences nuisibles - Plaintes ou commentaires hostiles ou tirades coléreuses - Altération marquée du fonctionnement social et professionnel - Expression verbale pressante, bruyante, rapide, difficile à interrompre 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du besoin de sommeil - Agitation psychomotrice

3.3.3.2 L'ÉPISODE MIXTE

DÉFINITION

L'épisode mixte se caractérise par une oscillation entre le désespoir et la léthargie de la dépression et l'état surexcité de la manie. On observe à la fois les critères d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur, presque tous les jours, avec changements d'humeur rapides (tristesse, irritabilité, euphorie). Les comportements sont semblables à ceux observés lors d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif. En épisode mixte, les personnes ont plus souvent tendance à demander de l'aide que dans les deux premiers.

COMMENTAIRES

La personne peut retrouver un niveau de fonctionnement complètement ou partiellement normal entre les épisodes. Elle peut aussi continuer à présenter des fluctuations de l'humeur (labilité) et des difficultés relationnelles ou professionnelles entre les épisodes. On observe de 10% à 15% de décès par suicide.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Idées suicidaires - Idées désorganisées - Caractéristiques psychotiques 		<ul style="list-style-type: none"> - Agitation - Comportements désorganisés - Altération marquée du fonctionnement social et professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnie - Troubles de l'appétit

3.3.4 LES TROUBLES BIPOLAIRES DE TYPE II

DÉFINITION

Ce trouble de l'humeur est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque. Il peut être léger, moyen, sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques, en rémission partielle ou complète, chronique.

L'épisode hypomaniaque est marqué par une période nettement délimitée d'au moins 4 jours, pendant laquelle il existe une élévation anormale et persistante de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable. Il diffère de l'épisode maniaque par l'absence de délire dans les idées de grandeur.

COMMENTAIRES

Le trouble bipolaire de type II peut être accompagné ou associé à l'anorexie mentale, la boulimie, un déficit d'attention/hyperactivité, un trouble panique, une phobie sociale ou une personnalité borderline. La personne montre une souffrance cliniquement significative mais peut retrouver un fonctionnement normal entre les épisodes. On observe 10% à 15% de décès par suicide et 15% continuent à présenter une humeur fluctuante et des difficultés relationnelles ou professionnelles entre les épisodes.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Fuite des idées - Distractibilité - Idées de grandeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'estime de soi - Humeur euphorique, inhabituellement bonne, gaie ou élevée - Enthousiasme dans les relations sociales, interpersonnelles ou professionnelles - Peut alterner entre l'euphorie et l'irritabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements erratiques perturbateurs - Divorce - Absentéisme, échec scolaire ou professionnel - Dépendance ou abus de substance - Engagement excessif dans des activités - Expression verbale plus bruyante et rapide, logorrhée - Comportements impulsifs mais activités organisées, non bizarres - Altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines fonctionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation psychomotrice - Réduction du besoin de sommeil

3.3.5 LES TROUBLES CYCLOTHYMIQUES

DÉFINITION

Les troubles cyclothymiques sont définis comme une évolution chronique et fluctuante de l'humeur comportant une alternance de périodes de symptômes hypomaniaques et de symptômes dépressifs. Le début est insidieux.

COMMENTAIRES

Le trouble cyclothymique peut être accompagné ou associé à des troubles liés à une substance ou à des troubles du sommeil. La personne peut avoir un fonctionnement particulièrement bon au cours d'épisodes hypomaniaques ou une altération du comportement social ou professionnel.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Lunatique - Incohérent 	<ul style="list-style-type: none"> - Capricieux - Humeur expansive ou irritable - Élévation anormale et persistante de l'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Imprévisible - Peu fiable - Altération du comportement social ou professionnel 	

3.4 LES TROUBLES DE PERSONNALITÉ³

DÉFINITION

Ils sont définis comme des modes durables des conduites et de l'expérience vécue qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Ces modes sont envahissants, rigides et inadaptés, établis dans le temps, sources de souffrance ou d'une altération du fonctionnement. Ces troubles se manifestent dans au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel, le contrôle des impulsions. Ils sont souvent caractérisés par des **schémas cognitifs** particuliers et des **distorsions cognitives** plus ou moins perturbatrices.

COMMENTAIRES

Les traits de personnalité sont des caractéristiques composant la personnalité d'un individu. Ils sont différents des troubles de la personnalité en ce qu'ils constituent un ensemble normal de comportements adaptatifs utiles à la survie et à l'identité de l'individu. Les traits de personnalité se développent dès la petite enfance, à partir du tempérament et du caractère innés de la personne conjointement à divers facteurs tels que la culture, l'éducation, la famille, l'environnement, etc.

Chaque trouble de personnalité possède des caractéristiques particulières qui permettent de l'identifier.

Groupe A

- Le trouble de personnalité paranoïde
- Le trouble de personnalité schizoïde
- Le trouble de personnalité schizotypique

Groupe B

- Le trouble de personnalité antisociale
- Le trouble de personnalité limite (ou borderline)
- Le trouble de personnalité histrionique
- Le trouble de personnalité narcissique

Groupe C

- Le trouble de personnalité évitante
- Le trouble de personnalité dépendante
- Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive

³ Aussi appelés autrefois « troubles caractériels ».

3.4.1 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ PARANOÏDE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité paranoïde est caractérisé par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.

COMMENTAIRES

Le schéma cognitif du trouble de personnalité paranoïde est orienté vers le fantasme et l'interprétation erronée des situations. Le doute interne est transformé en soupçon face à son entourage et se traduit par une hypervigilance et une remise en cause constante de la réalité. Ce schéma amène la personne à produire des comportements qui la rendent difficile à supporter pour les autres.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Compliments mal interprétés - Grand besoin de contrôler l'entourage - Besoin exagéré d'autonomie et sens aigu d'indépendance - Fantasmes grandioses et irréalistes de pouvoir et de hiérarchie 	<ul style="list-style-type: none"> - Compliments mal interprétés - Grand besoin de contrôler l'entourage - Besoin exagéré d'autonomie et sens aigu d'indépendance - Fantasmes grandioses et irréalistes de pouvoir et de hiérarchie 	<ul style="list-style-type: none"> - Refus de répondre à des questions personnelles - Procédurier, impliqué dans des litiges - Réactions hostiles pouvant persister longtemps - Stéréotypé, négatif envers autrui - Comportement méfiant, dissimulé ou sournois - Rigide, critique, incapable de collaborer - Prompt à la contre-attaque, réagit avec colère - Veut garder le contrôle total des relations - Reproche aux autres ses propres déficiences 	

3.4.2 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité schizoïde est caractérisé par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles. Parfois associé à d'autres troubles de personnalité (schizotypique, paranoïde et évitante), il peut aussi présenter un portrait de trouble dépressif majeur ou des épisodes psychotiques très brefs (de quelques minutes à quelques heures) en réponse à des facteurs de stress.

COMMENTAIRES

Le schéma cognitif est orienté vers la peur de l'invasion et amène la personne à choisir l'isolement, à se réfugier dans l'abstraction et l'imaginaire, avec une indifférence de façade pour l'entourage, tout en conservant un certain conformisme.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Préfère des tâches mécaniques ou abstraites - Non concerné par ce que les autres pensent de lui 	<ul style="list-style-type: none"> - Façade dénuée de peur et de réactivité émotionnelle - Préfère rester seul - Restriction de la variété des expressions émotionnelles - Ressent rarement des émotions fortes - Absence apparente de désir d'intimité - Détachement des relations sociales - Restriction des affects, semble froid et distant - Indifférent à l'approbation ou à la critique - Plaisir limité quant au ressenti avec le corps, les sens - Indifférents aux possibilités de développer des relations proches - Ne tire pas de plaisir à participer à un groupe social ou familial 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent isolé socialement - Pas de confident ou d'amis sauf un parent proche - Recherche très peu les relations sexuelles - Passe-temps et activités solitaires, sans interaction avec autrui - Paraît gauche, superficiel ou égocentrique - Réactions inadaptées aux signaux sociaux - Répond rarement aux gestes et mimiques (sourire, salut...) 	

3.4.3 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité schizotypique se caractérise par une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et par des conduites excentriques. La personne est mal à l'aise dans les relations interpersonnelles.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité schizotypique est souvent associé à une personnalité schizoïde, paranoïaque, évitante ou limite (borderline). Chez les personnes présentant ce type de personnalité, 30% à 50% ont aussi un trouble dépressif majeur. La personne peut également présenter des épisodes psychotiques brefs et transitoires (de quelques minutes à quelques heures). Le schéma cognitif est marqué par une incompréhension de la réalité, le développement de croyances surnaturelles et l'adoption de conduites bizarres et excentriques.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Idées de référence (interprétations fausses) - Altération des perceptions - Impression d'être doué de pouvoirs spéciaux - Discours flou, digressif ou vague - Réponses trop concrètes ou trop abstraites - Soupçonneux et idées de persécution - Vocabulaire ou syntaxe inhabituels ou idiosyncrasiques (selon son tempérament) - Superstitieux ou préoccupé par des phénomènes paranormaux - Pense posséder des pouvoirs magiques pour contrôler les autres 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendu et méfiant - Faible désir de rapports intimes - Anxieux en situation sociale avec des inconnus - Méfiance à l'égard des intentions des autres - Incapable de maîtriser les affects et signaux sociaux relationnels - Préfère rester seul, se sent différent du groupe 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports mal adaptés, rigides ou gauches - Maniérisme inhabituel - Manque de respect pour les usages sociaux habituels - Bizarre et excentrique - Peu ou pas d'amis sauf parents au premier degré - Habillement négligé 	

3.4.4 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ANTISOCIALE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité antisociale est caractérisé par un mépris et une transgression des droits d'autrui avec la tromperie et la manipulation. Ces caractéristiques peuvent débiter avant l'âge adulte et se poursuivre plus tard. Elle implique un mode de comportement répété et persistant où les droits fondamentaux d'autrui et les principales règles sociales sont bafouées. La personne avec une personnalité antisociale est plus susceptible de faire de la prison et court un risque accru de mourir de mort violente car elle ne parvient pas à se conformer aux normes sociales et légales.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité antisociale peut être associé avec des troubles psychotiques, des troubles anxieux, des troubles dépressifs, des troubles liés à une substance, de la somatisation, le jeu pathologique et autres troubles du contrôle des impulsions. Elle peut aussi être associée à d'autres troubles de la personnalité : limite, histrionique et narcissique. Il arrive que la personnalité antisociale soit confondue avec la psychopathie, la sociopathie ou la personnalité dyssociale. Le schéma cognitif est marqué par le mépris, l'irresponsabilité et l'impulsivité. On observe aussi souvent d'importantes distorsions cognitives.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Décisions sans réflexion sur les conséquences - Irresponsabilité extrême permanente - Mépris inconsidéré pour sa sécurité et celle des autres - Impulsif, incapable de planifier à l'avance - Minimise les conséquences de ses actes ou est indifférent - A des idées sur tout, effronté et trop sûr de soi - Méprise et ne tient pas compte des sentiments, droits et souffrances des autres 	<ul style="list-style-type: none"> - Opinion orgueilleuse et arrogante de soi - Irritable et agressif - Dysphorie, tension, intolérance à l'ennui - Humeur dépressive - Manque d'empathie, immoral, cynique - Absence de remords pour les conséquences de ses actes 	<ul style="list-style-type: none"> - Trompe et manipule à son profit et son plaisir - Détruit des biens - Vols, autres activités illégales - Agresse d'autres personnes - Conduites sexuelles ou toxicomaniaques à haut risque - menteur, escroc, simulateur - Charmeur, superficiel, séducteur, parole facile - Changements soudains de travail, d'habitation, de relations - Bagarres ou attaques physiques (conjoint, enfants, autres) - Excès de vitesse, conduite en état d'ivresse, accidents nombreux - Négligence ou mise en danger d'un enfant à sa charge 	

3.4.5 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE (OU BORDERLINE)

DÉFINITION

Le trouble de personnalité limite (ou borderline) est caractérisé par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. Évolution variable possible : d'une instabilité chronique au début de l'âge adulte vers une plus grande stabilité dans les relations et le travail durant la quarantaine et la cinquantaine. La personne est plus rassurée par un objet transitionnel que par la relation avec une personne. Elle peut aussi présenter des symptômes d'allure psychotique pendant un stress.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité limite (ou borderline) peut être associé à des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur, des troubles liés à l'utilisation d'une substance, des troubles des conduites alimentaires, un état de stress post-traumatique, un déficit de l'attention/ hyperactivité ou d'autres troubles de la personnalité. On observe de 8% à 10% de décès par suicide. Le schéma cognitif est marqué par le **clivage**, l'impulsivité et l'instabilité. La personne a tendance à se saborder juste avant d'atteindre son but.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Idéation persécutoire - Changements brusques d'idées et de projets - Efforts effrénés pour éviter l'abandon réel ou imaginé - Perturbation de l'identité, image ou notion de soi instable - Chute de performance en l'absence de cadre structuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Désespoir, colère, panique ou rage intenses inappropriés - Impulsivité - S'ennuie facilement, recherche une occupation - Intolérance à la solitude - Très sensible aux circonstances de l'environnement - Peur intense de l'abandon - Idéalisation ou dévalorisation des personnes (clivage) - Empathie et serviabilité en attente de réciprocité - Instabilité affective, réactivité marquée de l'humeur - Sensibilité extrême aux facteurs de stress interpersonnels - Accès de colère suivis de honte et de culpabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Pertes d'emploi, échecs scolaires et familiaux - Actes impulsifs - Gestes ou menaces suicidaires répétées - Utilisation de drogues - Sarcastique, acerbe, paroles très virulentes - Difficulté à contrôler sa colère - Mode de relations instable et intense - Pratiques sexuelles dangereuses - Jeux ou dépenses irresponsables 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise de boulimie

3.4.6 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE

DÉFINITION

Autrefois appelée personnalité hystérique, le trouble de personnalité histrionique est caractérisé par un mode général de comportements faits de réponses émotionnelles excessives et d'une quête d'attention envahissante. Le schéma histrionique est marqué par la théâtralité des gestes, des paroles et de l'expression des émotions, la manipulation et la somatisation.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité histrionique peut être associé à des troubles psychotiques, des troubles de la personnalité borderline, narcissique, antisociale et dépendante. Les personnes peuvent présenter des symptômes physiques et psychologiques différents. Elles jouent inconsciemment un rôle dans leurs relations avec les autres dans le but d'être au centre de l'attention d'autrui. On observe un risque accru de gestes ou de menaces suicidaires.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Manière de parler très subjective mais pauvre en détails - Veut impressionner les autres - Très suggestible, facilement influencé par les autres - En quête de compliments - Considère ses relations plus intimes qu'elles ne le sont - Arguments vagues et imprécis - Besoin intense de nouveauté, de stimulation - Tendance à suivre ses intuitions - Tendance à adhérer rapidement à une conviction - Se perd dans des fantasmes romantiques - Ne finit pas ce qu'elle commence, son intérêt ne dure pas 	<ul style="list-style-type: none"> - Expression émotionnelle superficielle et fluctuante - Attitude provocante - Difficulté d'arriver à un stade d'intimité émotionnelle - Tendance à s'ennuyer dans la routine - Intolérant et frustré si gratification non immédiate - Charme par son enthousiasme et son aspect ouvert - Facilement bouleversé par une remarque critique - Émotions déclenchées et interrompues trop vite - Trop confiant surtout face aux figures d'autorité - Devient déprimé et affligé si pas au centre de l'attention 	<ul style="list-style-type: none"> - S'aliène des amis par des revendications constantes - Présentation animée et théâtrale - Cherche à contrôler tout en étant très dépendant - Séduction sexuelle inappropriée - Cherche à contrôler en manipulant émotionnellement - Fait étalage en public de ses émotions - Attire l'attention en utilisant son aspect physique - Opinions fortes exprimées avec panache dramatique - Dramatisation et exagération de l'expression émotionnelle - Dépense temps, énergie et argent pour habillement, toilette, maquillage 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux élevé de somatisation, de conversion et de trouble dépressif majeur

3.4.7 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité narcissique est caractérisé par un mode général de grandiosité, des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie. La personne peut protéger et masquer ses sentiments de grandiosité par un repli social et une apparente humilité. Elle est aussi réticente à prendre des risques dans des situations de compétition où l'échec est possible. Le schéma narcissique est marqué par la surestimation de soi et de sa valeur, des fantasmes de célébrité et de supériorité et des relations interpersonnelles superficielles et utilitaires. Les besoins, désirs ou sentiments d'autrui sont considérés avec mépris comme des marques de faiblesse ou de vulnérabilité.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité narcissique peut être associé à un trouble dysthymique ou dépressif majeur, une humeur hypomaniaque, une anorexie mentale, à des troubles liés à l'utilisation d'une substance (surtout la cocaïne), à des troubles de la personnalité hystrionique, limite, antisociale et paranoïde.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Surestime ses capacités, exagère ses réalisations - Sous-estime (dévalorise) autrui - Rumine sur l'admiration et les privilèges attendus - Besoin excessif d'être admiré - Estime que les gens ordinaires ne peuvent pas comprendre - Préoccupé de l'opinion d'autrui - Pense que tout lui est dû, s'attend à un régime de faveur - Se pense supérieur, spécial ou unique - Envie les autres et croit que les autres l'envient - Se met au même niveau que des gens célèbres ou haut placés - S'attend à ce que les autres le reconnaissent supérieur - Fantasmes de succès sans limite, puissance, éclat, beauté ou amour idéal 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de sensibilité aux besoins et désirs d'autrui - Estime de soi très fragile - Froideur émotionnelle et manque d'intérêt réciproque - Manque d'empathie - Facilement blessé par la critique ou l'échec - Besoin constant d'attention et d'admiration - Étonné ou furieux si on ne s'occupe pas de lui - Jaloux du succès ou des biens des autres - Sentiment d'humiliation, dégradation ou anéantissement si critiqué 	<ul style="list-style-type: none"> - S'arroge des privilèges ou ressources - Paraît vantard et prétentieux - Exploitation consciente ou non des autres - Impose aux autres un travail excessif - Réagit à la critique par le dédain, la rage ou la provocation - Arrogant et hautain - Attitude snob, méprisante ou condescendante - Dénigre ceux qui l'ont déçu - S'étonne de ne pas recevoir les louanges qu'il pense mériter - Méprisant et impatient quand les autres parlent d'eux-mêmes 	<ul style="list-style-type: none"> -

3.4.8 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ ÉVITANTE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité évitante est caractérisé par un mode général d'inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et par une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui. Le schéma évitant est marqué par la timidité, la crainte, le doute, le retrait social, le surconformisme et l'anonymat.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité évitante peut être associé à des troubles de l'humeur, à des troubles anxieux (surtout les phobies sociales), à une personnalité dépendante, à une personnalité limite et aux personnalités du groupe A (paranoïde, schizoïde, schizotypique). Le réseau social de la personnalité évitante est limité.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Voit les autres avec des a priori critiques et désapprobateurs - Doute de sa compétence sociale et de son attirance - Fantasme sur les relations idéales avec les autres - Se pense gauche, sans attrait et inférieur - Exagère les dangers potentiels 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilement blessé par une légère critique - Timide, inhibé, solitaire, isolé - Craint d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté - Besoin d'être sécurisé et rassuré - Très grande sensibilité aux réactions de rejet - Tait ses sentiments intimes - Ne se sent pas à la hauteur, faible estime de soi - Craint d'être exposé à la honte, au ridicule, aux regards 	<ul style="list-style-type: none"> - Évite les contacts sociaux et interpersonnels - Préfère se taire - Réservé, a du mal à parler de lui-même - Réticent à prendre des risques - Problème de fonctionnement social et professionnel - Évite les nouvelles activités - Réagit fortement à des indices subtils de moquerie - Timide, tranquille, transparent - Adopte souvent un style de vie étriqué - Inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles - Attitude craintive et crispée, épie les mouvements et expressions - Ne participe à des activités de groupe que si certain d'être soutenu 	

3.4.9 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ DÉPENDANTE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité dépendante est caractérisé par un comportement soumis et « collant », lié à un besoin excessif d'être pris en charge et à une peur de la séparation ou de l'abandon. Les comportements dépendants et soumis visent à obtenir l'assistance d'autrui suite à une perception de soi-même comme incapable de fonctionner adéquatement sans aide.

COMMENTAIRES

Le trouble de personnalité dépendante est souvent associé à des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles de l'adaptation ou d'autres troubles de personnalité tels que limite, évitante et histrionique. Le schéma dépendant est marqué par la passivité, la peur d'être seul sans protection, la tolérance excessive, l'absence d'initiative ou de désaccord, le renoncement à ses désirs et la soumission à autrui, même à ses propres dépens.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à prendre des décisions dans la vie quotidienne - Pense avoir besoin d'une assistance constante 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin excessif d'être rassuré ou conseillé - Pessimiste et doute de soi - Craint de ne plus être soutenu ou accepté - Peur de s'aliéner les autres - Mal à l'aise ou impuissant lorsque seul - Manque de confiance en soi - S'attache rapidement à la première personne venue - Rabaisse ses capacités et ses dons, se dit stupide 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne sait pas se mettre en colère lorsque nécessaire - Tendance à être passif - Se repose sur autrui, ne peut vivre seul - A du mal à exprimer son désaccord - Prêt à se plier aux demandes déraisonnables d'autrui - Évite les postes à responsabilité - Reste à la traîne des autres pour éviter d'être seul - Recherche la protection et la domination - Peut faire des sacrifices extraordinaires - Fonctionne bien si se sent supervisé et approuvé - Efforts énormes pour s'assurer le soutien et l'appui des autres - Peut tolérer les mauvais traitements verbaux ou physiques - Difficulté à initier des projets ou à faire des choses seul - Laisse les autres prendre l'initiative et assumer les responsabilités 	

3.4.10 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

DÉFINITION

Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisé par une préoccupation de l'ordre, de la perfection et du contrôle mental et interpersonnel, aux dépens de la souplesse, de l'ouverture et de l'efficacité. Elle se distingue du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) en ce que les obsessions et les compulsions sont moins sévères et perturbent moins le fonctionnement quotidien de la personne.

COMMENTAIRES

Il peut exister une association entre ce trouble de personnalité et les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur. Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est aussi associé parfois à un risque élevé d'infarctus du myocarde. Le schéma cognitif est marqué par la rigidité, les scrupules et la culpabilité, ce qui pousse la personne vers le perfectionnisme, l'entêtement, le **collectionnisme**, l'intolérance et le culte des lois et des règles.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Ne veut pas perdre de temps, ne se relaxe pas - Trop consciencieux, scrupuleux - Rigidité, entêtement, principes, perfectionnisme - Privilégie la logique et l'intellect - Très critique face à ses propres erreurs - Prise de décision longue et difficile - Difficulté à déléguer des tâches ou travailler en équipe - Applique les règles à la lettre - S'impose un très haut niveau de performance - Codes moraux et professionnels très stricts - Prévoit tout et difficulté avec le changement - Pense qu'il n'y a qu'une manière de faire les choses - Difficulté à accepter les idées des autres, ne voit pas leur point de vue - Attention laborieuse aux règles, détails mineurs, l'organisation, les listes, les emplois du temps, les questions de forme 	<ul style="list-style-type: none"> - Expression affective contrôlée ou formelle - Difficulté à exprimer des sentiments tendres - Colère indirecte, ruminations, courroux indigné - Intolérance aux comportements émotionnels d'autrui 	<ul style="list-style-type: none"> - Très soigneux, attention excessive aux détails - Tendance à répéter ce qu'il fait - Irrite les autres par les retards et la gêne - Tâches domestiques très investies - Ne respecte pas les délais (recommence tout le temps) - Activités dans un cadre structuré - Avare et radin, vit très en dessous de ses moyens - Relations formelles et guindées - Fait rarement des compliments - Se fâche ou s'irrite facilement si perd le contrôle de l'environnement - Soumission excessive à l'autorité respectée mais résiste si l'autorité n'est pas respectée - Trop de travail et de productivité aux dépens des loisirs et de la vie sociale - Vérifications constantes des erreurs, mauvaise gestion du temps - Incapable de jeter, occupe beaucoup de place, se met en colère si on essaie de jeter des objets 	

3.5 LES TROUBLES SEXUELS

DÉFINITION

Les troubles sexuels se divisent en 3 catégories. *Les dysfonctionnements sexuels* sont caractérisés par une perturbation du désir sexuel ainsi que par des modifications psychophysiologiques de la réponse sexuelle. Ils sont à l'origine d'une souffrance subjective significative et de difficultés interpersonnelles. *Les troubles de l'identité sexuelle* sont caractérisés par le fait qu'une personne s'identifie de manière franche et persistante à l'autre sexe et qu'elle ressent un inconfort persistant par rapport au sexe de sa naissance. *Les paraphilies* sont considérées comme une déviation plus ou moins délinquante par rapport aux normes et lois sociales.

COMMENTAIRES

La plupart des troubles de dysfonctionnement sexuels ne sont pas traités en psychiatrie mais plutôt en médecine générale ou en psychologie. Ce n'est que lorsque ces troubles perturbent gravement le fonctionnement de la personne qu'ils sont considérés comme faisant partie des troubles mentaux. Il en est de même pour les troubles de l'identité sexuelle. Dans notre société, l'homosexualité est acceptée au même titre que l'hétérosexualité, c'est-à-dire comme une orientation sexuelle choisie par des partenaires adultes consentants. Par contre, les paraphilies sont considérées comme pathologiques et traitées comme telles. Les troubles sexuels peuvent être associés à divers troubles mentaux.

TYPES DE TROUBLES SEXUELS

	IDENTITÉ SEXUELLE		DYSFONCTIONNEMENT SEXUEL
	<ul style="list-style-type: none"> - Attiré sexuellement par les hommes - Attirée sexuellement par les femmes - Attiré sexuellement par les deux sexes - Attiré sexuellement ni par un sexe ni par l'autre 		<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du désir sexuel - Troubles de l'excitation sexuelle - Troubles de l'orgasme - Troubles sexuels avec douleurs - Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale - Dysfonction sexuelle induite par une substance - Dysfonction sexuelle non spécifiée

3.5.1 LES PARAPHILIES

DÉFINITION

Les paraphilies, ou perversions sexuelles, sont caractérisées par des impulsions sexuelles, des fantasmes imaginatives ou des comportements survenant de façon répétée et intense. Les paraphilies impliquent des objets inanimés, activités ou situations inhabituelles; la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire; des enfants ou d'autres personnes non consentantes. Elles sont à l'origine d'une souffrance subjective cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Les paraphilies débutent souvent durant l'enfance et deviennent chroniques; la personne ne peut pas avoir de relations sexuelles satisfaisantes en l'absence des éléments qui marquent sa paraphilie.

COMMENTAIRES

La personne atteinte d'une paraphilie est plus susceptible d'être judiciairisée en raison de ses comportements socialement inacceptables et répétitifs (ex : exhibitionnisme, pédophilie, voyeurisme, sadisme). Certains comportements peuvent parfois être associés avec ceux de la personnalité antisociale et, dans ce cas, peuvent devenir extrêmement dangereux. Il n'est pas rare qu'un individu ait plus d'une paraphilie. On observe aussi souvent des distorsions cognitives chez l'individu qui tente de rendre sa déviation 'normale'.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

Exhibitionnisme	Exposition de ses organes génitaux
Fétichisme	Utilisation d'objets inanimés
Frotteurisme	Toucher ou se frotter contre une personne non consentante
Pédophilie	Focalisation sexuelle sur des enfants prépubères
Masochisme	Être humilié ou se faire infliger des souffrances
Sadisme	Infliger humiliation ou souffrance
Transvestisme fétichiste	Revêtir les habits du sexe opposé
Voyeurisme	Observation d'un acte à caractère sexuel
Autres (moins fréquentes)	Scatologie téléphonique, nécrophilie, partialisme, zoophilie, coprophilie, clystérophilie, urophilie, etc.

3.6 LES TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE

DÉFINITION

Les troubles liés à une substance, avec ou sans dépendance physique, sont caractérisés par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques associés à un mode d'utilisation répétée d'une substance. Ils sont divisés en deux groupes : 1) les troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance, abus) et 2) les troubles induits par une substance (intoxication, sevrage et autres troubles mentaux divers induits). Les symptômes de dépendance sont semblables dans les deux groupes, quelle que soit la catégorie de substance, mais sont moins prononcés pour certaines classes de substances.

COMMENTAIRES

À la longue, la consommation de substances peut entraîner des complications neurologiques, cognitives et psychiatriques notables. Une personne toxicomane peut présenter un profil neuropsychologique d'hypofrontalité avec des dysfonctions exécutives, des déficits attentionnels, des conduites impulsives et des décisions pratiques irrationnelles (voir les Troubles neuropsychiatriques, section 3.9). Ce type de tableau présente un obstacle au processus de réadaptation sociale.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'attention - Problèmes de concentration - Atteintes aux habiletés visuospatiales - Atteinte aux fonctions exécutives - Troubles de la mémoire explicite 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Tableau dépressif - Attaques de panique - Faible estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité - Perte de contrôle possible - Délinquance possible - Dénier du problème 	<ul style="list-style-type: none"> - Vasoconstriction avec hypertension artérielle - Trouble de la vitesse psychomotrice - Encéphalopathie et psychose - Accidents cérébrovasculaires (ACV) avec atrophie de la matière grise

3.6.1 LA DÉPENDANCE

DÉFINITION

La dépendance à une ou plusieurs substances est caractérisée par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que la personne continue à prendre une substance malgré les problèmes reliés à celle-ci. L'utilisation répétée conduit en général à de la tolérance et à un comportement de prise compulsive. La dépendance est aussi associée à des symptômes de sevrage.

COMMENTAIRES

La dépendance peut être liée à une ou plusieurs substances : alcool, drogues (amphétamines, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, nicotine, opiacés, phényclidine (PCP), solvants volatils, ou médicaments (sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques) et plusieurs autres substances plus ou moins nocives ou légales.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Impression de manque - Désir persistant pour diminuer ou contrôler l'utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Voir Troubles liés à une substance 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la quantité - Période de plus en plus longue d'utilisation - Diminution ou abandon des activités sociales, familiales, de loisirs, professionnelles - Augmentation du temps d'activités pour s'en procurer, l'utiliser ou récupérer de ses effets 	<ul style="list-style-type: none"> - Effet de tolérance à la substance - Effets de sevrage

3.6.2 L'ABUS

DÉFINITION

L'abus d'une substance se caractérise par l'utilisation répétée et inadéquate d'une substance malgré les conséquences sociales et interpersonnelles indésirables, récurrentes et significatives pour la personne et pour son entourage.

COMMENTAIRES

La personne qui abuse d'une ou de plusieurs substances démontre une incapacité répétée à remplir ses obligations majeures, développe des problèmes judiciaires multiples ainsi que des problèmes sociaux ou interpersonnels récurrents. De plus, elle peut avoir une utilisation de substance dans des situations potentiellement dangereuses pour elle-même ou pour l'entourage (ex : conduite automobile). Enfin, l'abus de substance (alcool ou drogue) est associée à divers problèmes somatiques.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Voir Troubles liés à une substance	- Voir Troubles liés à une substance	<ul style="list-style-type: none"> - Agression, violence - Conduites dangereuses - Mauvaises performances - Absences répétées à l'école ou au travail - Négligence envers ses enfants et sa famille - Altération du fonctionnement (école, travail, maison) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intoxication répétée - « Gueule de bois » récurrente - Insuffisance hépatique - Déséquilibre électrolytique

3.6.3 L'INTOXICATION

DÉFINITION

L'intoxication à une ou plusieurs substances se caractérise par le développement d'un syndrome réversible spécifique dû à l'exposition ou l'ingestion récente d'une substance. Les changements comportementaux ou psychologiques inadaptés associés à l'intoxication sont dus aux effets physiologiques directs de la substance sur le système nerveux central (voir les Troubles neuropsychiatriques, section 3.9) et se développent pendant ou peu après son utilisation. Les perturbations les plus courantes impliquent les perceptions, la vigilance, l'attention, la pensée, le jugement, les comportements psychomoteurs et les comportements interpersonnels.

COMMENTAIRES

En état d'intoxication, la personne manifeste des comportements inadaptés pouvant la placer, elle ou son entourage, dans des situations à risque (ex : accident, complications médicales, rupture des relations sociales ou familiales, difficultés professionnelles ou financières, problèmes judiciaires). Les signes et symptômes d'intoxication s'améliorent progressivement à l'arrêt de la prise.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Altération des perceptions - Altération de la vigilance - Altération de l'attention - Altération du jugement - Perturbation des processus de la pensée 	<ul style="list-style-type: none"> - Labilité de l'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperactivité - Agressivité - Altération du fonctionnement social, interpersonnel, social 	<ul style="list-style-type: none"> - Tachycardie - Dilatation des pupilles - Pression artérielle élevée - Transpiration ou frissons - Problèmes de psychomotricité

3.6.4 LE SEVRAGE

DÉFINITION

Le sevrage à une substance se caractérise par le développement d'une modification comportementale inadaptée avec des concomitants physiologiques et cognitifs, suite à l'arrêt ou à la réduction de l'utilisation massive et prolongée de la substance. Le diagnostic de sevrage est reconnu pour les groupes de substances suivants : alcool, amphétamines et autres substances similaires, cocaïne, nicotine, opiacés ainsi que pour certains médicaments tels que les sédatifs, les hypnotiques et les anxiolytiques.

COMMENTAIRES

Le sevrage se développe quand les doses sont diminuées ou arrêtées. La durée et les symptômes du sevrage peuvent être affectés par divers facteurs : la dose et la durée d'utilisation de la substance, la présence ou l'absence d'autres maladies, etc. Le sevrage peut être associé à certains problèmes somatiques tels que insuffisance hépatique, pneumonie, hémorragie digestive, séquelles de trauma crânien, hypoglycémie, déséquilibre électrolytique ou suites opératoires.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives - Altération de la conscience et de la cognition 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> - Agression, violence 	<ul style="list-style-type: none"> - Tremblements des mains - Insomnie - Nausée, vomissement - Agitation psychomotrice - Hyperactivité neurovégétative (transpiration, fréquence cardiaque >100)

3.6.5 LES TROUBLES LIÉS À L'ALCOOL

DÉFINITION

L'alcool est le dépresseur cérébral le plus fréquemment utilisé et cause une morbidité et une mortalité considérables. Une consommation excessive ou prolongée d'alcool peut conduire à des troubles mentaux graves.

COMMENTAIRES

Certains troubles peuvent être induits par la consommation d'alcool :

- délirium, démence, amnésie
- troubles psychotiques avec idées délirantes ou hallucinations
- troubles de l'humeur
- troubles anxieux
- dysfonction sexuelle
- trouble du sommeil
- convulsions de type grand mal

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Trous de mémoire - Altération du jugement - Discours bredouillant, confus - Altération de la mémoire - Altération de l'attention/concentration 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Labilité de l'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Mode d'utilisation compulsive de l'alcool - Conduites dangereuses - Absences répétées (école, travail) - Agressivité, violence - Altération du fonctionnement social et professionnel - Diminution des performances scolaires et professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie hépatique - Incoordination motrice - Démarche ébrieuse, titubante - Nystagmus - État de stupeur, coma

3.6.6 LES TROUBLES LIÉS AUX DROGUES⁴

DÉFINITION

Nous définissons ici le terme « drogues » comme des substances légales ou illégales qui sont prises de manière à mettre la santé physique et mentale de la personne en danger, soit par dépendance, abus, intoxication ou sevrage. Ces substances sont généralement prises de façon volontaire (dépendance, abus). Parmi ces drogues, plusieurs sont des médicaments habituellement utilisés pour leurs effets analgésiques, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques (ex : les opiacés). Contrairement au 3.6.7, ces médicaments ont été détournés de leur utilisation médicale et pris de manière illégale pour être considérées comme des ‘drogues’.

COMMENTAIRES

Les drogues peuvent être prises par voie orale ou nasale, en intraveineuse, fumées ou inhalées. Certains troubles sont associés à la prise de drogue tel que l'état de stress post-traumatique, la personnalité antisociale, le TDAH et le jeu pathologique. D'autres troubles peuvent être induits par la prise de drogue : le trouble panique, les troubles anxieux, la schizophrénie paranoïde, les troubles de l'humeur, la dysfonction sexuelle, les troubles du sommeil, le délirium, la phobie sociale, les troubles des conduites alimentaires.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Disparition du sens des responsabilités - Idées suicidaires - Altération de la mémoire et du jugement - Dépersonnalisation - Altération de l'attention/concentration - Déficits neurologiques (ex : atrophie cérébrale) - Perturbation dans la prise de conscience, confusion - Désorganisation de la pensée (pensée de persécution, idées de grandeur, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Altération des affects (émoussement, tension, agressivité, euphorie, fébrilité, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements dangereux pour autrui - Comportements suicidaires - Comportements inadaptés, désinhibés - Surdose accidentelle ou volontaire - Comportements sexuels mésadaptés - Activités criminelles - Altérations dans les relations interpersonnelles (conflits, retrait social, etc.) - Perturbation du fonctionnement personnel, social, familial, scolaire ou professionnel - Utilisation de seringues souillées avec risque de transmission d'infections (VIH, hépatite, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification de l'appétit et du poids - Trouble du sommeil - Altération des perceptions sensorielles - Fatigue - Altération des performances motrices - Diminution des réflexes - Douleurs physiques (thorax, tête) - Nausées et vomissements - Sensibilité accrue à la douleur - Faiblesse musculaire - Arythmie cardiaque et tension artérielle - Transpiration et frissons - Agitation, ralentissement, engourdissement - Tremblements, dyskinésie, dystonie - Perturbation des fonctions physiologiques (systèmes immunitaire, gastro-intestinal, nerveux, oculaire)

⁴ La caféine et la nicotine sont exclues du présent document.

3.6.7 LES TROUBLES LIÉS AUX MÉDICAMENTS

DÉFINITION

Certaines classes de médicaments peuvent induire des troubles mentaux liés à la dépendance, à l'abus, à l'intoxication ou au sevrage. Ce sont surtout les médicaments de types sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, ainsi que les benzodiazépines et produits dérivés, les carbamates, les barbituriques, les somnifères et les anticonvulsivants. Ce sont des agents dépresseurs cérébraux qui peuvent causer la mort à forte dose, surtout s'ils sont utilisés avec d'autres substances, en particulier avec de l'alcool.

COMMENTAIRES

L'utilisation illégale des médicaments, sans prescription est considérée comme une prise de drogue (voir 3.6.6) et est associée avec des comportements antisociaux et une personnalité antisociale. Ce n'est pas le cas avec les troubles liés aux médicaments qui sont le plus souvent accidentels.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Altération du jugement - Discours bredouillant, confus - Problèmes d'attention - Problèmes de mémoire (amnésie antérograde – trous de mémoire) - Perturbation des perceptions : hallucinations et illusions visuelles, auditives, tactiles - Perturbation de la conscience et de la cognition 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Labilité de l'humeur - Dépression sévère avec tentatives de suicide ou suicide réussi 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction ou abandon des activités importantes - Conduites dangereuses - Absentéisme, négligence des tâches domestiques - Disputes - Changements comportementaux inadaptés - Comportement sexuel ou agressivité inappropriés - Altération du fonctionnement social et professionnel - Comportement ouvertement agressif avec problèmes interpersonnels et judiciaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Si sevrage, hyperactivité neurovégétative - Démarche ébrieuse, titubante - Hausse de la température corporelle - Nystagmus - Hausse de la fréquence cardiaque > 100 - Insomnie - Hausse ou baisse de la fréquence respiratoire - Tremblement des mains - Hausse ou baisse de la pression artérielle - Incoordination ou agitation motrice - Nausées avec ou sans vomissement - Transpiration - Crise convulsive de type grand mal - Détérioration des signes vitaux - Dépression respiratoire et hypotension (mort) - Blessures accidentelles dues à des chutes ou des accidents d'auto

3.7 LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

DÉFINITION

Les troubles psychotiques comprennent une série de troubles mentaux graves définis par une perte de contact avec la réalité, des idées irrationnelles et de fausses perceptions. Ils se distinguent des troubles névrotiques par leur caractère plus étrange et plus handicapant.

COMMENTAIRES

Les troubles psychotiques, appelés aussi « psychoses », peuvent être associés ou non à d'autres formes de troubles mentaux ou comportementaux. Les personnes avec ce diagnostic sont souvent victimes de préjugés de toutes sortes et sont particulièrement vulnérables au stress.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Délire - Hallucinations auditives, olfactives, visuelles, tactiles, kinesthésiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité accrue aux agents stressants 	<ul style="list-style-type: none"> - Désorganisation du comportement - Désorganisation des conduites sociales 	

3.7.1 LA SCHIZOPHRÉNIE

DÉFINITION

La schizophrénie est définie par un ensemble de troubles psychotiques sévères qui se caractérisent par des symptômes positifs (idées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée et des comportements) ainsi que par divers symptômes dits négatifs (affectivité moins vive, absence de volonté, **indolence**, absence d'intérêt, retrait social, déficits de l'attention, pauvreté du discours, etc.). Les symptômes négatifs peuvent persister longtemps après que les symptômes positifs ont disparu.

COMMENTAIRES

La schizophrénie se divise en plusieurs types, en fonction des symptômes observés : paranoïde, désorganisée (ou hétéroforme), catatonique, indifférenciée ou résiduelle. Elle peut être associée ou non à d'autres troubles mentaux ou comportementaux tels que démence, troubles de la personnalité, toxicomanie, etc. Les personnes avec ce diagnostic sont souvent vulnérables aux agents stressants.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'attention et de concentration - Perception : hallucinations - Confusion ou désorientation - Pensée déductive erronée ou perturbée - Dépersonnalisation, déréalisation - Langage et communication perturbés - Modification de la pensée et du discours 	<ul style="list-style-type: none"> - Affects perturbés - Perte d'intérêt - Perte de la capacité hédonique - Perte de volonté et de dynamisme - Dépression - Anxiété - Colère 	<ul style="list-style-type: none"> - Idées et comportements bizarres - Comportement puéril - Habillement inapproprié - Agitation imprévisible - Comportement sexuel inapproprié - Perte de participation - Idées et comportements suicidaires - Isolement social - Maniérisme, stéréotypie, ritualisation - Refus de s'alimenter - Difficulté de réaliser ses activités de vie quotidienne - Difficulté de réaliser ses activités de vie domestique 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbation du cycle du sommeil - Activité psychomotrice anormale - Préoccupations somatiques - Anomalies motrices secondaires à la médication

3.7.1.1 TYPE PARANOÏDE

DÉFINITION

Comme les autres types de schizophrénie, elle se caractérise par des symptômes positifs (délire, hallucinations, désorganisation de la pensée et du comportement) et par divers symptômes négatifs (perte de volonté, indolence, absence de plaisir, retrait social, etc.). Le type paranoïde se distingue particulièrement par les idées de persécution et la peur engendrée par ces idées.

COMMENTAIRES

Dans la schizophrénie de type paranoïde, le fonctionnement cognitif peut être préservé.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations auditives - Hypervigilance (attention extrême) - Idées délirantes : persécution, mégalomanie, mystique, jalousie, somatique 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Colère, hostilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Idées et gestes suicidaires - Querulence (attitude revendicatrice) - Attitudes distantes, hautaines, condescendantes - Relations interpersonnelles formelles et compassées, ou très intenses - Violence verbale et physique potentielle (délire mégalomane + colère) 	

3.7.1.2 TYPE DÉSORGANISÉ (OU HÉBÉPHRÉNIQUE)

DÉFINITION

La schizophrénie de type désorganisé (anciennement hébéphrénique) se caractérise par des symptômes positifs (délire, hallucinations, désorganisation de la pensée et des comportements) et par divers symptômes négatifs (affectivité moins vive, absence de volonté, indolence, absence de plaisir, retrait social, déficits de l'attention, pauvreté du discours, etc.).

COMMENTAIRES

Ce trouble survient le plus souvent au moment de la puberté et débute par une tendance à la mélancolie, de vagues idées ambitieuses ou de persécution, des mouvements de colère ou de violence. Les aptitudes sociales et les activités de vie quotidienne sont très perturbées.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Discours désorganisé - Si délire ou hallucination, c'est fragmentaire et incohérent	- Affects abrasés (morcelés) ou inappropriés	- Comportements bizarres - Grimaces - Maniérisme - Difficulté à réaliser ses activités de vie quotidienne	

3.7.1.3 TYPE CATATONIQUE

DÉFINITION

La schizophrénie de type catatonique se caractérise par des symptômes positifs (délire, hallucinations, désorganisation de la pensée et des comportements) et par divers symptômes négatifs (affectivité moins vive, absence de volonté, indolence, absence de plaisir, retrait social, déficits de l'attention, pauvreté du discours, etc.). Elle se distingue des autres formes de schizophrénie par l'inertie et le négativisme.

COMMENTAIRES

On constate parfois un syndrome psychomoteur de tension musculaire et de mouvements paradoxaux.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Stupeur - Écholalie (répétition des mots) 	<ul style="list-style-type: none"> - Négativisme extrême 	<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes, gestes et paroles bizarres et stéréotypées - Perte d'initiative - Immobilité ou activité excessive - Maniérisme - Obéissance ou imitation automatique - Mutisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbation motrice importante - Échopraxie (répétition des gestes) - Singularité des mouvements volontaires - Risques potentiels de malnutrition, d'épuisement, d'hyperthermie ou de blessure à soi ou aux autres

3.7.1.4 TYPE INDIFFÉRENCIÉ

DÉFINITION

La schizophrénie de type indifférencié répond aux critères de la schizophrénie tels que les symptômes positifs et les symptômes négatifs. Cependant, elle ne correspond pas aux symptômes ni aux comportements associés aux autres types de schizophrénie.

COMMENTAIRES

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Délire - Hallucinations - Pensée désorganisée - Déficits de l'attention - Pauvreté du discours 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de volonté - Indolence - Absence de plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements désorganisés - Retrait social 	

3.7.1.5 TYPE RÉSIDUEL

DÉFINITION

Dans la schizophrénie de type résiduel, il n'y a plus de symptômes positifs manifestes, c'est-à-dire que la personne n'a plus de délire, ni d'hallucination, ni de désorganisation de la pensée ou du comportement. Cependant, il existe encore des symptômes négatifs qui peuvent persister encore longtemps (incapacité d'éprouver du plaisir ou de la colère, pauvreté du discours, perte de volonté, etc.)

COMMENTAIRES

C'est souvent avec l'âge que l'on constate une diminution des symptômes positifs de la schizophrénie. Les causes en sont encore mal connues. Toutefois, son évolution peut être limitée dans le temps et ne représenter qu'une période de transition entre un épisode actif et une rémission complète. Il peut également persister de façon continue pendant plusieurs années sans crises aiguës.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Discours légèrement désorganisé - Croyances bizarres - Perceptions inhabituelles 		<ul style="list-style-type: none"> - Comportements excentriques 	

3.7.2 LES TROUBLES SCHIZO-AFFECTIFS (OU SCHIZOPHRÉNIE AFFECTIVE)

DÉFINITION

Même si elle est dite « schizo », cette forme de trouble psychotique n'appartient pas vraiment à la famille des schizophrénies. En fait, elle se caractérise plutôt comme un épisode dépressif majeur, un épisode maniaque ou un épisode mixte en même temps qu'un délire, des hallucinations, de la désorganisation de la pensée et des comportements, ainsi que par d'autres symptômes négatifs tels que ceux que l'on retrouve dans la schizophrénie.

COMMENTAIRES

Ce trouble est parfois associé à des épisodes de trouble thymique, un trouble dépressif majeur, un trouble bipolaire, des épisodes de schizophrénie, de troubles schizophréniformes ou de troubles liés à l'alcool ou d'autres substances. Il pourrait aussi être précédé d'une personnalité schizoïde, schizotypique, borderline ou paranoïde.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Anosognosie (méconnaissance de sa maladie même si elle est évidente) - Idées délirantes - Hallucinations 	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur dépressive envahissante - Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir - Labilité de l'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des activités - Restriction de l'éventail des contacts sociaux - Difficulté à assurer ses soins personnels - Risque accru de suicide - Agitation - Comportement désorganisé 	

3.7.3 LES TROUBLES DÉLIRANTS

DÉFINITION

Ils se caractérisent par la présence d'une ou de plusieurs idées délirantes qui ne sont pas bizarres et qui persistent pendant au moins un mois. Les hallucinations visuelles et auditives, lorsqu'il y en a, ne sont pas au premier plan. Il peut y avoir des hallucinations tactiles ou olfactives au premier plan si elles sont reliées au thème délirant. Mis à part l'impact direct des hallucinations, le fonctionnement psychosocial n'est pas altéré et le comportement n'est ni manifestement singulier, ni bizarre.

COMMENTAIRES

Le terme « bizarre » peut être défini différemment selon les cultures. En général, les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont nettement invraisemblables et incompréhensibles (ex : se faire enlever le cerveau sans trace de cicatrice). Elles sont considérées comme non bizarres si elles pourraient survenir dans la vie réelle (ex : être suivi dans la rue). Le trouble délirant peut être associé au trouble obsessionnel-compulsif, à une dépression légère, à la peur d'une dysmorphie corporelle et aux personnalités paranoïaque, schizoïde ou évitante.

SOUS TYPES DE TROUBLES DÉLIRANTS

ÉROTOMANIAQUE	Conviction d'être aimé par une autre personne. Habituellement, la personne essaie d'entrer en contact avec l'objet de son délire. Problèmes légaux possibles.
MÉGALOMANIAQUE	Conviction de posséder un don supérieur ou d'avoir fait une grande découverte et que c'est méconnu de la population. Comportement procédurier possible.
DE TYPE JALOUSIE	Conviction que le conjoint est infidèle sans raison valable, s'appuyant sur des déductions erronées. Des colères marquées et des comportements violents peuvent se produire. Problèmes légaux possibles.
DE TYPE PERSÉCUTION	Conviction délirante qu'on complotte contre lui, qu'il est trompé, espionné, poursuivi, etc. Des colères marquées et des comportements violents peuvent se produire.
DE TYPE SOMATIQUE	Conviction impliquant des fonctions ou des sensations corporelles (ex : être infesté d'insectes). Tests et investigations médicales inutiles. Ne pas confondre avec l'hypocondrie (trouble névrotique somatique non délirant).
DE TYPE MIXTE	Le délire est présent mais aucun thème ne prédomine.
DE TYPE NON SPÉCIFIÉ	La conviction délirante ne peut être clairement déterminée ou elle n'est pas décrite dans les types spécifiques ci-dessus.

3.7.4 LE TROUBLE PSYCHOTIQUE PARTAGÉ (FOLIE À DEUX)

DÉFINITION

La « Folie à Deux » se caractérise par la mise en place d'un système délirant chez une personne, suite à sa relation étroite et de longue durée avec une autre personne ayant déjà un trouble psychotique avec des idées délirantes prononcées. Elle partage alors, partiellement ou complètement, ses croyances délirantes. Celles-ci peuvent être bizarres, non bizarres ou congruentes à l'humeur. Habituellement, c'est la personne atteinte en premier qui, de par sa position dominante dans la relation (ex : mère-fille), impose peu à peu son système délirant à la seconde qui elle, est plus passive et n'était pas atteinte au début de la relation.

COMMENTAIRES

Habituellement limitée à deux personnes, la « Folie à Deux » peut parfois impliquer tout un système familial, à des degrés variables. Lorsque la relation cesse, la personne ou les personnes contaminées voient leurs croyances délirantes diminuer ou disparaître graduellement. À ne pas confondre avec le terme « famille ou milieu pathogène ».

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Adoption de croyances délirantes, bizarres ou non	- Relation affective étroite, parfois fusionnelle, avec une personne atteinte d'idées délirantes	- Comportement relativement normal chez la personne contaminée - Possibilité de comportements reproduisant ceux de la personne réellement affectée	

3.8 LA DÉMENCE ET LES TROUBLES COGNITIFS

3.8.1 LA DÉMENCE

DÉFINITION

La démence est caractérisée par des déficits cognitifs multiples dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale, aux effets d'une substance ou à des étiologies multiples (Alzheimer, vasculaire, VIH, traumatisme crânien, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, maladie de Pick, maladie de Creutzfeldt-Jakob, etc.)

COMMENTAIRES

La démence peut être associée ou non à d'autres troubles mentaux ou comportementaux. Les personnes avec ce diagnostic sont souvent vulnérables aux abus physiques, sexuels et psychologiques. Les démences sont classées selon l'étiologie présumée :

- Démence de type Alzheimer,
- Démence vasculaire
- Démence due à d'autres affections médicales générales
- Démence persistante induite par une substance
- Démence due à des étiologies multiples
- Démence non spécifiée (indéterminée)

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la mémoire (surtout récente, au début de la maladie) - Délire et hallucinations - Jugement pauvre - Confusion - Désorientation dans les 3 sphères (temps, espace, personnes) - Syndrome crépusculaire - Troubles de l'expression et de la compréhension verbale ou écrite (aphasie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Trouble de l'humeur - Sensibilité accrue aux agents stressseurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Idées et comportements suicidaires (surtout au début) - Errance - Violence physique et verbale - Désinhibition - Perturbation du comportement et des conduites sociales - Troubles des fonctions exécutives (comportements flexibles et adaptés au contexte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Apraxie (perte de la compréhension et de l'exécution des mouvements) - Agnosie (perte de la reconnaissance des objets usuels et de la compréhension de leur usage) - Troubles du sommeil

3.8.2 LE DÉLIRIUM

DÉFINITION

C'est une perturbation de la conscience accompagnée d'une modification du fonctionnement cognitif. Il peut s'installer en quelques heures ou en quelques jours et il tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

COMMENTAIRES

Les troubles du Délirium sont classés selon les causes présumées :

- Délirium dû à une affection médicale générale
- Délirium induit par une substance (abus, intoxication ou sevrage)
- Délirium dû à des causes multiples
- Délirium non spécifié (cause indéterminée)

Ne pas confondre avec les troubles délirants psychotiques.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de l'état de conscience de l'environnement - Désorientation - Facilement distrait par des stimuli hors de propos - Troubles du jugement - Altération de la mémoire - Perturbation des perceptions - Capacité réduite ou incapacité d'écrire - Idées délirantes - Interprétations erronées, illusions ou hallucinations - Altération de l'attention - Incapable de maintenir une conversation cohérente 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété - Peur - Dépression - Irritabilité - Colère - Euphorie ou apathie - Changements rapides et imprévisibles de l'état émotionnel possibles - Réactions émotionnelles en rapport avec le contenu de ses hallucinations 	<ul style="list-style-type: none"> - Réactions comportementales en rapport avec le contenu de ses hallucinations - Peut se blesser ou blesser autrui pour se défendre (hallucinations) - Émissions vocales inappropriés : appels, cris, jurons, marmonnements - Comportements inappropriés, surtout la nuit, en l'absence des repères de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbation du langage, aphasie - Perturbation du cycle veille-sommeil - Perturbation du comportement psychomoteur : agitation, hyperactivité - Hyperactivité motrice, peut devenir dangereuse pour la personne - Diminution de l'activité motrice, lenteur, léthargie, stupeur - Fluctuations extrême de l'activité motrice dans la même journée - Tremblements, myoclonies, astérisis, modification des réflexes ou du tonus musculaire

3.8.3 LES TROUBLES AMNÉSIIQUES

DÉFINITION

Les troubles amnésiques sont caractérisés par la présence d'une perturbation de la mémoire suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel. Cette perturbation est soit la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale (ex : traumatisme crânien, carence vitaminique), soit liée directement aux effets persistants de l'utilisation d'une substance (abus, intoxication, sevrage) ou d'étiologie inconnue.

COMMENTAIRES

La capacité d'apprendre et de se rappeler des informations nouvelles est toujours atteinte. Cependant, la capacité à se souvenir d'informations anciennes peut être plus ou moins altérée selon l'endroit et la gravité de la lésion au cerveau.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la mémoire - Désorientation dans le temps et dans l'espace - Altération de la capacité d'apprendre de nouvelles informations (mémoire immédiate) - Difficulté à se rappeler des informations apprises antérieurement ou des événements passés (mémoire ancienne) 	<ul style="list-style-type: none"> - Changements de personnalité - Diminution possible des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération et déclin du fonctionnement social ou professionnel 	

3.9 AUTRES TROUBLES NON RÉPERTORIÉS DANS LE DSM-IV-TR, 2003

Certains troubles traités en milieu psychiatrique ne sont pas inclus dans le DSM-IV-TR, version 2003, soit parce qu'ils sont d'origine purement neurologique, soit parce qu'il n'y a pas de consensus établi entre les cliniciens (ex : burnout, potomanie) sur la pertinence de les inclure. Nous ajoutons ici deux de ces troubles auxquels sont confrontés de plus en plus les intervenants de notre milieu. Il s'agit de la potomanie et des troubles neuropsychiatriques.

3.9.1 LA POTOMANIE

DÉFINITION

Elle se caractérise par un besoin permanent et difficilement maîtrisable de boire, sans que cela soit nécessaire (jusqu'à 8 litres par jour et parfois plus de 12 litres par jour). La personne boit principalement de l'eau mais d'autres liquides peuvent être consommés en grande quantité. En causant un déséquilibre des électrolytes, elle entraîne un risque au niveau des reins et du cerveau. Ce trouble demande un encadrement étroit afin de prévenir les dangers pour la santé physique de la personne.

COMMENTAIRES

Certains problèmes de santé mentale ou physique peuvent aussi causer un dérèglement du centre nerveux de la soif : diabète sucré, diabète insipide, perturbation de centres cérébraux régulant la soif, névrose infantile avec une fixation au stade oral, psychose infantile, **oligophrénie**, retard mental, schizophrénie, démence, manie, troubles neurologiques par atteinte de certaines zones de l'hypothalamus.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Apport hydrique trop important des cellules pouvant causer l'apparition de troubles neurologiques très sévères 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaisir intense (remplissage de la bouche, évacuation urinaire) - Euphorie - Gel des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportement compulsif (syndrome frontal) - Vie rythmée par l'absorption des liquides - Fréquentation assidue des cafés, cafétérias, bars et toilettes 	<ul style="list-style-type: none"> - Polyurie (augmentation importante de la fréquence et du volume urinaire, > 2500 ml par jour) - Syndrome d'intoxication par l'eau (consommation > 10 L par jour) - Sensation excessive de soif causée par certains médicaments (diurétiques, phénothiazine) - Diminution de la quantité de sels (hyponatrémie) à l'intérieur du sang, avec œdème au sein du cerveau - Si hyponatrémie sévère, léthargie, désorientation, convulsions, état comateux, arrêt respiratoire

3.9.2 LES TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES

DÉFINITION

Les troubles neuropsychiatriques peuvent provenir de diverses sources : les traumatismes craniocérébraux, la maladie de Parkinson, l'hydrocéphalie normotensive, la toxicomanie, la sclérose en plaques, les dégénérescences cérébelleuses (ex : **ataxie** de Friedrich, atrophie spinocérébelleuse), les maladies neurodégénératives (chorée de Huntington, encéphalopathie de Wernicke, maladie de Creutzfeldt-Jakob, épilepsie, tumeurs cérébrales, etc.). Ils peuvent être associés également avec divers types de démence (vasculaire, de Pick, etc.). Ils peuvent se manifester par le biais de divers syndromes selon la région cérébrale atteinte par le trouble neurologique : frontal, pariétal, temporal, occipital.

COMMENTAIRES

Tout symptôme neuropsychiatrique a une base biologique et nécessite donc une thérapeutique neurologique et psychiatrique. Cependant, les personnes aux prises avec des troubles neuropsychiatriques peuvent aussi grandement bénéficier d'interventions psychosociales afin de les aider à faire face aux conséquences de ces troubles sur leur comportement social et émotionnel ainsi que sur leur capacité de s'adapter à un environnement physique et social.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - État de vigilance (niveau d'éveil) - Lenteur de la pensée - Capacités d'orientation temporelle et spatiale - Langage - Résolution de problèmes - Perceptions - Fonctions mnésiques (mémoire) - Degré de fatigabilité lors d'efforts cognitifs soutenus 	<ul style="list-style-type: none"> - Traits de personnalité - Attitude générale sur le plan de la motivation - Réactions émotionnelles (apathie, familiarité, impulsivité, etc) - État émotionnel (indifférence, labilité de l'humeur, anxiété, traits dépressifs, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportements inadaptés - Fonctions exécutives (exécution des tâches) - Apparence de la personne - Flexibilité du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctions sensorielles et motrices - Fonctions praxiques (exécution des mouvements) - Fonctions visuelles, perceptives et spatiales

3.9.2.1 Le syndrome frontal

DÉFINITION

Lorsqu'il y a lésion frontale, c'est-à-dire en avant du cerveau, on observe des troubles cognitifs, des déficits du comportement social et émotionnel, une incapacité à mettre en œuvre, parmi l'éventail des réponses possibles, celle qui est la plus appropriée, l'impossibilité à pouvoir estimer et prévoir l'éventuelle inefficacité d'une réponse et de l'abandonner au profit de nouveaux modes d'action, une difficulté à faire des choix, à prendre des décisions, à réagir par le comportement le plus approprié au contexte.

COMMENTAIRES

Le syndrome frontal se caractérise surtout par la désorganisation des comportements fonctionnels, des troubles de l'activité et des fonctions cognitives. Il se démarque des autres syndromes par les difficultés éprouvées par la personne à programmer ses activités au quotidien.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Expression verbale et non verbale - Mémoire de travail - Planification et utilisation de stratégies - Prise de décision et anticipation - Inhibition et flexibilité mentales - Persévération - Confabulation (récit fantaisiste délirant) 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification de la personnalité - Émoussement affectif (diminution des réactions émotionnelles positives et négatives) - Modification de la valence émotionnelle (remplacement ou association des combinaisons d'émotions) 	<ul style="list-style-type: none"> - Manière d'utiliser les objets - Impulsivité, agressivité - Troubles du comportement - Désinhibition : libération des comportements instinctifs (ex : urination) 	<ul style="list-style-type: none"> - Persévérations motrices - Akinésie et bradykinésie - Réflexes archaïques

3.9.2.2 Le syndrome pariétal

DÉFINITION

Lorsqu'il y a lésion pariétale, c'est-à-dire au-dessus du cerveau, on observe des difficultés au niveau du processus de l'information verbale, des tâches spatiales ou visuospatiales, ainsi qu'au plan de l'intégration polysensorielle, somatosensitive, vestibulaire, visuelle et symbolique. On observe également des troubles de l'activité nerveuse supérieure.

COMMENTAIRES

Le syndrome pariétal se caractérise surtout par la désorganisation de l'encodage et du décodage des informations de toutes provenances sensorielles (sensations cutanées, musculaires, tendineuses et articulaires). La personne n'est plus capable de comprendre les informations qui lui parviennent et ne peut donc pas les utiliser.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Trouble du schéma corporel - Troubles de la mémoire - Syndromes confusionnels - Démence - Agraphie (perte de la capacité d'écrire) - Alexie (perte de la capacité de lire) - Astéréognosie (perte de la possibilité de reconnaître l'objet par le toucher) - Hémignégligence motrice (ignorance, perte d'attention ou perte de conscience d'une moitié du corps, habituellement le côté gauche) 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la personnalité 		<ul style="list-style-type: none"> - Nystagmus optocinétique (oscillation réflexe de l'oeil) - Aphasie - Troubles de la discrimination des sens - Troubles gustatifs (le goût) - Troubles trophiques (nutrition d'un organe) - Troubles sensitifs (les sens) - Troubles visuospatiaux (reliés à la vision et à l'espace) - Troubles moteurs (la mobilité) - Troubles vasomoteurs (constriction ou dilatation des vaisseaux sanguins) - Négligence spatiale unilatérale (incapacité de percevoir ce qui est situé d'un côté sans atteinte motrice ou sensorielle de l'œil) - Hémignégligence visuelle, le plus souvent par hémianopsie

3.9.2.3 Le syndrome temporal

DÉFINITION

Lorsqu'il y a lésion temporale, c'est-à-dire sur l'un ou l'autre ou les deux côtés du cerveau, on observe des troubles au plan de l'intégration des expériences sensorielles plurimodales (généralisées) et de l'intégration polysensorielle : olfactive, gustative, auditive, visuelle et somesthésique. On observe aussi des difficultés au niveau de la signification émotionnelle et motivationnelle. La personne a des difficultés à faire l'association avec un effet positif, négatif ou neutre pouvant modifier son comportement; tous les stimuli sont traités comme égaux. La personne peut également présenter des troubles du comportement et des troubles de l'humeur.

COMMENTAIRES

Le syndrome temporal se caractérise surtout par la désorganisation des sens. Il se démarque des autres syndromes par l'occultation des aspects émotionnels de la vie courante. La personne a de la difficulté à donner une signification aux émotions, à reconnaître et à lire les émotions, celles des autres autant que les siennes propres. Elle ne comprend pas les émotions vécues par les autres et peut passer pour psychopathe.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Mémoire verbale et non verbale - Troubles de perception et d'intégration visuelle - Troubles de la vigilance (niveau d'éveil) - Déficit de la perception du temps - Amnésie globale transitoire - État onirique et confusionnel - Aphasie de Wernicke (impossibilité de comprendre le langage entendu même si l'audition est bonne) - Agnosie visuelle (trouble de la reconnaissance visuelle des objets) - Prosopagnosie (incapacité d'identifier un visage connu, voire son propre visage, dans un miroir) 	<ul style="list-style-type: none"> - Manie - Dépression - Crises de rage - Agressivité - Délire 	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperoralité (tendance à attraper divers objets à l'aide de la bouche) - Exacerbation de l'instinct sexuel - Changement des habitudes alimentaires - Habiletés sociales inadéquates 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'audition - Troubles gustatifs - Épilepsie temporale - Troubles des informations visuelles et auditives - Troubles visuels (hémianopsie, hallucinations visuelles)

3.9.2.4 Le syndrome occipital

DÉFINITION

Lorsqu'il y a lésion occipitale, c'est-à-dire en à l'arrière du cerveau, on observe des troubles au plan de l'extraction et de l'analyse des caractéristiques physiques de toute information visuelle. La personne a de la difficulté à réaliser une exploration active de l'environnement dans le but de trouver un cadre de référence spatiale aux objets qui l'entourent. La primauté fonctionnelle dans l'appréhension des patterns visuels complexes, des visages et des relations topographiques lui cause des difficultés ainsi d'ailleurs que le décodage des symboles visuo-graphiques et les opérations de catégorisation sémantique.

COMMENTAIRES

Le syndrome occipital se caractérise surtout par la désorientation dans l'espace et dans la reconnaissance des personnes. Cette désorientation est surtout causée par des troubles fonctionnels de la vue. La personne perd ses points de repère et n'est plus capable de comprendre les symboles ou graphismes (ex : toilette pour homme ou pour femme).

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Amnésie - Désorientation topographique et visuelle - Illusions et hallucinations visuelles - Délirium - Agnosie visuelle pour les objets et les images (incapacité à reconnaître) - Alexie agnosique (perte de la capacité de lire par incapacité à reconnaître les lettres) - Prosopagnosie (perte de la faculté de reconnaître les physionomies) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation 		<ul style="list-style-type: none"> - Cécité corticale - Amnésie globale transitoire - Achromatopsie (abolition de la perception des couleurs) - Akinétopsie (incapacité de percevoir le mouvement) - Astéréopsie (incapacité de percevoir la forme et le volume des objets) - Extinction visuelle et négligence spatiale unilatérale - Syndrome de Balint : paralysie psychique du regard, ataxie optique, simultagnosie)

4. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LES ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES

DÉFINITION

Les troubles du comportement sont définis comme des actions irritantes, perturbatrices, nuisibles ou déviantes de la norme et qui tendent, par nature, à être récurrentes comme l'abus physique ou verbal, la résistance aux soins, les gestes répétitifs, l'errance, l'agitation, la méfiance, le déshabillage et le comportement sexuel inappropriés, etc. Ils sont aussi parfois appelés troubles de la conduite, comportements agressifs perturbateurs ou comportement d'agitation pathologique. Ils peuvent se retrouver associés à un ou à plusieurs troubles mentaux et peuvent varier d'intensité selon les personnes, le contexte, l'environnement et la sévérité des troubles mentaux.

COMMENTAIRES

Le trouble du comportement n'est pas un terme diagnostique. C'est un signe ou symptôme observé dont il faut décoder le sens. Cette signification est à la base même de toute intervention cohérente et efficace. Ce qui revient à dire qu'il y a une raison à tout comportement et que, trouver cette raison, c'est aussi trouver l'intervention la plus appropriée pour résoudre les comportements inappropriés ou conflictuels.

SYMPTÔMES ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Troubles organiques (incluant la démence) - Troubles psychotiques - Troubles de l'humeur - Troubles anxieux - Troubles de la personnalité - Troubles de l'adaptation - États confusionnels - Déficits cognitifs - Toxicomanie - Les contraintes psychologiques 	<ul style="list-style-type: none"> - La faim - La soif - La douleur - La maladie physique - Les déficits sensoriels - Le sevrage ou l'intoxication - La fatigue - Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le bruit excessif - L'éclairage inadéquat - Les contraintes physiques - Le manque d'intimité et de respect - Les horaires surchargés - Les changements dans le milieu 	<ul style="list-style-type: none"> - L'histoire de vie - Les sentiments d'inconfort et d'insécurité - La difficulté de s'adapter au changement - La difficulté de s'adapter à l'environnement - La difficulté de s'adapter aux pertes - Les sentiments de frustration et les délais d'attente

4.1 LES TROUBLES DU COMPORTEMENT LES PLUS FRÉQUEMMENT RAPPORTÉS

Bien qu'il existe une longue liste de comportements inappropriés, le présent document ne présente que ceux qui sont le plus souvent rencontrés chez les personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants, indépendamment du diagnostic. Ce sont d'ailleurs ces troubles - parce qu'ils dérangent l'entourage - qui sont généralement à l'origine d'une demande de consultation ou d'une hospitalisation en psychiatrie.

Les comportements anxieux

Les comportements méfiants

Les comportements de refus

Les comportements d'agressivité

Les comportements suicidaires

Les comportements délirants

Les comportements institutionnalisés

Pour chacun d'eux, nous présentons une série (non exhaustive) de signes qui permettent d'identifier de quel type de comportement il s'agit. Nous désignons ensuite une liste d'attitudes qui, dans la pratique quotidienne, se sont révélées les plus aidantes et les moins aidantes (nuisibles) dans la gestion et le contrôle de ces comportements, autant pour l'intervenant que pour son client.

4.1.1 LES COMPORTEMENTS ANXIEUX

SIGNES À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Discours décousus (fuite des idées) 	<ul style="list-style-type: none"> - Humeur labile (changement fréquent et rapide de l'humeur) - Seuil de frustration bas (tolère mal les frustrations et les délais d'attente) 	<ul style="list-style-type: none"> - Demandes multiples ou répétitives (ressemble à du harcèlement) - Soliloques (parle tout seul) - Hygiène inadéquate 	<ul style="list-style-type: none"> - Akathisie (a la bougeotte)

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Accepter que l'anxiété est une composante de base du comportement humain - Aider la personne à trouver des moyens de mieux faire face à son anxiété (ex : relaxation, retrait à sa chambre, écouter de la musique, etc.) - Avoir une approche calme et rassurante - Faire verbaliser la personne sur les situations et les moments qui suscitent de l'anxiété chez elle - Prendre le temps d'écouter la personne - Rappeler notre disponibilité à la personne - Se préoccuper d'abord de sécuriser la personne avant de changer quoi que ce soit - Utiliser la suggestion positive - Utiliser un langage simple, court 	<ul style="list-style-type: none"> - Donner des ordres - Exiger que la personne se calme - Nier l'angoisse de la personne - Parler fort

4.1.2 LES COMPORTEMENTS MÉFIANTS

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Peut interpréter les propos de l'entourage	- N'a confiance en personne	- Se retire du groupe - Refuse de parler à de nouvelles personnes - Peut refuser sa médication - Peut refuser la nourriture	- Posture et attitude non verbale

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Agir avec tact et courtoisie - Amener graduellement la personne à participer au groupe - Choisir le moment opportun afin de rectifier ou de donner l'interprétation juste des événements - Confier à la personne des responsabilités adaptées à ses capacités - Demander si la personne accepte qu'on s'assoit près d'elle (respecter sa 'bulle') - Établir un climat de confiance (ça peut être long) - Offrir diverses activités à la personne, sans insister - Offrir notre disponibilité à la personne, sans insister - Respecter le rythme de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> - Agir en cachette de la personne - Argumenter - Blâmer les actions et les comportements de la personne - Chuchoter en présence de la personne - Insister, obliger la personne à faire des choses - Nier les idées fausses

4.1.3 LES COMPORTEMENTS DE REFUS

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
	<ul style="list-style-type: none"> - Retrait sur soi - Irritabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Argumentation - Négation - Réponse évasive - Opposition active ou passive - Hygiène inadéquate 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte d'appétit

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Accepter momentanément le refus et revenir plus tard - Assurer une surveillance étroite mais discrète - Garder une certaine distance physique - Offrir notre disponibilité - Se limiter à ce qui est vraiment nécessaire - Suggérer plutôt que d'exiger - Utiliser des phrases courtes et simples - Utiliser un ton de voix doux - Vérifier les raisons du refus 	<ul style="list-style-type: none"> - Argumenter - Commander - Entretenir de longs discours - Faire des reproches ou commentaires négatifs - Insister - Tenter de raisonner la personne - Vouloir toucher la personne

4.1.4.1 Les comportements d'agressivité et d'hostilité

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Faible autocritique - Hallucination ou délire 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à tolérer l'entourage - Irritabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Blasphémer, injurier - Bousculer les objets ou les personnes - Menacer de frapper - Parler fort, hausser le ton, crier 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation motrice - Poings fermés - Yeux exorbités

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une approche calme et sécurisante - Garder son sang-froid - Diminuer les stimuli - Offrir sa disponibilité et son écoute - Dédramatiser la situation (sans la nier ni la ridiculiser) - Respecter une distance physique sécuritaire (OMEGA) - Permettre à la personne de verbaliser sur ce qui ne va pas, trouver l'élément déclencheur - Utiliser les techniques OMEGA de pacification - Donner à la personne une instruction courte et directe de ce qu'on attend d'elle - Faire un retour sur l'événement ayant occasionné le comportement (attendre le moment opportun) - Se centrer sur la situation actuelle afin de pouvoir intervenir rapidement (éviter l'escalade – besoins insatisfaits) - Un seul intervenant intervient, l'autre demeure en soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confronter - Contredire - Parler fort, crier - Braver, perdre patience - S'esquiver et ignorer - Nier le problème - Intervenir à plusieurs en même temps, ce qui risque d'augmenter la confusion entre les intervenants et l'agressivité de la personne qui se sentira davantage menacée - Tolérer l'hostilité verbale ou psychologique (cela ne peut que susciter son retour à plus ou moins brève échéance).

4.1.4.2 Les comportements d'agression et de violence

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Faible autocritique - Hallucination ou délire 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à tolérer l'entourage - Colère et rage - Irritabilité - Perte de contrôle émotionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Blasphémer, injurier - Humilier, intimider, menacer - Bousculer les objets ou les personnes - Frapper et briser les objets - Menacer de frapper - Frapper les personnes - Parler fort, hausser le ton, crier - Hurler 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitation motrice - Figure crispée - Poings fermés - Lèvres et dents serrées - Yeux exorbités - Mouvements volontaires violents

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une approche calme et sécurisante - Respecter une distance physique sécuritaire - Garder son sang-froid - Contrôler les stimuli et l'environnement - Retirer la personne du groupe - Aviser la personne que la violence est inacceptable - Utiliser l'approche OMEGA de pacification (si la personne est réceptive) - Dédramatiser la situation (sans la nier ni la ridiculiser) - Donner à la personne une instruction courte et directe de ce qu'on attend d'elle - Permettre à la personne de verbaliser sur ce qui ne va pas, trouver l'élément déclencheur - Se centrer sur la situation actuelle afin de pouvoir intervenir rapidement (éviter l'escalade – besoins insatisfaits) - Deux intervenants : un intervient directement, l'autre demeure en soutien - Si la personne est inaccessible, utiliser les techniques OMEGA de contrôle comportemental - Si besoin, faire appel au Service de sécurité et à la mise en isolement (dernier recours) - Faire un retour sur l'événement (debriefing) ayant occasionné le comportement (pour la personne et pour les intervenants) 	<ul style="list-style-type: none"> - Confronter, contredire - Paniquer - Parler fort, crier, agresser - Braver, perdre patience - S'esquiver et ignorer - Nier le problème - Intervenir à plusieurs en même temps, ce qui risque d'augmenter la confusion entre les intervenants et l'agressivité de la personne qui se sentira davantage menacée - Tolérer ou ignorer la violence verbale, physique ou psychologique (cela ne peut que susciter son retour à plus ou moins brève échéance et mettre les personnes en danger)

4.1.4.3 TRUCS ET CONSEILS ANTI-VIOLENCE⁵

Il y a moyen de prévenir ou de désamorcer une crise. Une personne en état de crise étant souvent frustrée ou anxieuse, le meilleur antidote à la violence est la prévention des situations frustrantes ou anxiogènes. Lorsque la crise survient, une attitude empathique, calme et ferme devient la meilleure solution. Voici quelques trucs simples pour calmer et apaiser une personne en colère.

- Se préparer, lorsqu'on prévoit entrer en contact avec une personne difficile.
- Utiliser un ton de voix calme et posé.
- Respecter l'espace vital de la personne agressive (ne pas la toucher ni s'en approcher à moins d'un mètre).
- Tenir compte du principe donner/recevoir : « *Je fais preuve de bonne volonté, pourquoi ne pas faire de même vous aussi?* »
- Ne pas avoir peur de dire « *Vous avez peut-être raison* ».
- Écouter la personne, lui permettre de ventiler ses émotions.
- Demeurer toujours poli mais ferme.
- Utiliser des mots simples et répéter une explication, si nécessaire.
- Inviter la personne à poser des questions.
- Éviter de juger la personne.
- Reformuler ce qu'elle dit pour montrer qu'on la comprend.
- Ne pas lui donner de conseils ni d'ordres.
- Regarder la personne dans les yeux.
- Reconnaître sa propre émotion (peur, colère, tristesse, etc.).
- Démontrer de l'empathie par rapport à ce que vit et ressent l'autre.
- Mettre en valeur les ressources et les qualités de la personne (compétences, formation, esprit d'initiative, etc.).
- Lui rappeler les rapports antérieurs, s'ils étaient harmonieux.
- Établir une entente visant la recherche de solutions.
- Faire connaître ses limites et introduire des éléments de réalité.
- Être intègre, ne pas mentir.

⁵ Conseils tirés d'un document de la Direction de la réadaptation de la CSST, printemps 1995.

Bien entendu, il faut éviter de :

- Ø Perdre son sang-froid.
- Ø Proférer soi-même des menaces.
- Ø Blâmer ou accuser.
- Ø Imposer ses solutions.
- Ø Argumenter ou se justifier.
- Ø Provoquer, humilier ou ridiculiser.
- Ø Faire des blagues inappropriées.
- Ø Changer de sujet.
- Ø Se taire ou se dire « *C'est la faute du système* ».
- Ø Parler trop.
- Ø Intimider plutôt que de convaincre.

4.1.5 LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
- Idées et propos suicidaires	- Perte d'intérêt - Apathie - Anxiété	- Retrait du groupe - Menaces suicidaires - Activités à risques élevés de dommages corporels	- Perte d'appétit - Perte du sommeil

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Prendre au sérieux toute menace de suicide - Demeurer calme - Verbaliser notre inquiétude face à ses propos - Faire verbaliser la personne - Tenter de trouver l'agent déclencheur - Évaluer l'environnement - Demeurer disponible et offrir sa disponibilité - Offrir son PRN - Trouver des centres d'intérêts à la personne - Procéder à l'évaluation du risque suicidaire - Surveillance étroite à distance (sommeil, alimentation, retrait) - Renforcer les aspects positifs et les réussites antérieures de la personne - Établir un contrat thérapeutique signé par les deux parties (personne + intervenant) : la personne nous le signale lorsqu'elle ressent l'envie de passer à l'acte 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre les propos de la personne à la légère - Mettre la personne au défi - Narguer la personne - Nier la problématique - Menacer, faire du chantage - Minimiser le risque

4.1.6 LES COMPORTEMENTS DÉLIRANTS

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
<ul style="list-style-type: none"> - Confabulations - Désorientation - Discours et propos incohérents - Souvent accompagnés d'hallucinations 	<ul style="list-style-type: none"> - Affects inappropriés (ex : rire ou pleurer sans motif observable) - Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> - Accusations invraisemblables ou non fondées sur la réalité - Refus de s'alimenter - Refus de sortir 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbation du sommeil

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Agir avec tact et courtoisie - Établir un climat de confiance - Faire diversion, lui changer les idées en lui parlant de choses qui l'intéressent ou en dirigeant son attention ailleurs (musique, livres, etc.) - Assurer une surveillance discrète - Garder une certaine distance physique - Tenter d'identifier l'événement ou l'élément déclencheur - Lui donner sa médication PRN si nécessaire - Si la personne a des hallucinations visuelles, sortir si possible de son champ de vision directe (pour ne pas se faire intégrer dans l'hallucination) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nier les idées fausses - Argumenter, tenter de raisonner la personne - Entrer dans le délire de la personne (la faire parler sur son délire), cela risque d'ancrer encore plus la personne dans son délire - Faire des commentaires négatifs - Ignorer le problème

4.1.7 LES COMPORTEMENTS INSTITUTIONNALISÉS

Ce sont des comportements délinquants appris en institution. Plus la personne a été hospitalisée fréquemment ou longtemps, plus elle risque de présenter ce type de comportements.

SIGNE À DÉTECTER			
COGNITIF	AFFECTIF	COMPORTEMENTAL	SENSORI MOTEUR
		<ul style="list-style-type: none"> - Quêter de l'argent, des cigarettes, du café, etc. - Le troc - Faire des demandes répétitives, insistantes, harcelantes - Le vol - Non-respect de son intimité ou de celle des autres - Le mensonge systématique - Plaintes ou accusations injustifiées (non délirantes) - Sollicitations et pratiques sexuelles inappropriées - Langage vulgaire, injurieux, irrespectueux envers le personnel et les autres - Non-respect de son plan d'action ou d'intervention (excuses nombreuses et inappropriées) 	

QUOI FAIRE ET QUOI NE PAS FAIRE ?

ATTITUDES	
AIDANTES (à privilégier)	NUISIBLES (à éviter)
<ul style="list-style-type: none"> - Adopter une attitude calme mais ferme - Avoir une démarche d'équipe cohérente et systématique - Établir en équipe un plan d'action qui sera appliqué par tous, de la même manière - Identifier les gains (pour la personne) qui font persister le comportement inacceptable - Donner des instructions courtes et claires sur ce qui est attendu de la personne - Explications courtes et précises sur ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas - Informer la personne sur les conséquences possibles de ses comportements et les risques encourus pour sa propre sécurité (infection, représailles des victimes, etc.) - Valoriser verbalement les comportements socialement acceptables 	<ul style="list-style-type: none"> - Confronter, argumenter - Ignorer le problème ou le comportement (c'est lui donner l'autorisation implicite de recommencer) - Menacer de punir - Perdre patience, parler fort

4.1.8 QUELQUES TECHNIQUES D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE SUGGÉRÉES

LE DISQUE RAYÉ : Consiste à répéter la même phrase ou consigne jusqu'à ce que la personne obtempère. Elle permet de s'assurer que la personne a bien compris la consigne et les conséquences de son comportement. Pour être efficace à long terme, cette technique doit être utilisée à chaque fois que le comportement visé se reproduit. Très utile pour gérer les comportements institutionnalisés.

Règles à suivre :

- répéter les mêmes mots dans le même ordre, en gardant le même ton de voix calme
- la même consigne doit être répétée par le même intervenant. S'il y a deux intervenants, un seul intervient directement auprès de la personne, l'autre n'est là qu'en support en cas de besoin
- persister jusqu'à ce que la personne accomplisse le comportement attendu
- à ce moment, la remercier d'avoir fait le comportement attendu
- une fois le comportement attendu obtenu, cesser toute intervention
- *ne jamais* utiliser cette technique avec un individu en crise aiguë ou dont le comportement comprend des éléments de dangerosité immédiate
- *ne jamais* l'utiliser si on n'est pas certain de pouvoir persévérer aussi longtemps que nécessaire

LA DIVERSION : Consiste à orienter les pensées de la personne dans une direction contraire à son comportement actuel. Elle permet de dédramatiser les situations pénibles ou stressantes, de diminuer l'attention apportée au comportement inadéquat et d'amener la personne à en changer sans provoquer de heurt ni de tension supplémentaire. Très utile pour gérer les comportements anxieux ou délirants.

Règles à suivre :

- avoir une alternative intéressante à proposer en échange du comportement visé
- utiliser les intérêts particuliers de la personne pour orienter son attention ailleurs
- prendre le temps d'écouter et de décrypter son besoin réel et lui faire savoir ce que l'on a compris de son comportement en l'orientant vers ce besoin

LE CONDITIONNEMENT OPÉRANT : Consiste à programmer une série d'actions séquentielles suite à un comportement précis que l'on veut voir disparaître complètement. Le comportement appelle une action (STIMULUS 1) dont on attend une réponse. Si la réponse n'arrive pas, on passe à une action de niveau supérieur (STIMULUS 2), et ainsi de suite.

Les stimuli sont gradués en intensité allant de la moins aversive et coercitive à la plus aversive et la plus coercitive (dans les limites de l'acceptable et du justifiable).

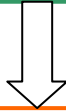
L'ANALYSE FONCTIONNELLE SYSTÉMATIQUE : Consiste à structurer un système d'observation continue et systématique des comportements indésirables afin d'en connaître la fréquence, l'intensité, les antécédents (motifs), les types d'interventions susceptibles d'être plus efficaces et les réponses à ces interventions. Elle permet de structurer l'intervention subséquente en fonction d'une base d'informations et d'établir un plan d'action interdisciplinaire.

5. LES STRATÉGIES D'INTERVENTION

Chaque catégorie d'intervenants utilise des outils cliniques spécifiques à sa discipline. Cependant, il existe aussi d'autres outils, d'ordre plus général, utilisables par tous les intervenants, indépendamment de leur formation. Les outils dont nous parlons ici sont basés sur l'observation et l'application des meilleures pratiques cliniques. Nous les avons regroupés en trois catégories.

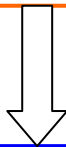
LA COMMUNICATION

Préalable indispensable au travail d'équipe et à la coordination des services, la communication est un processus rationnel qui permet d'entrer en relation avec l'autre, qu'il soit client ou collègue de travail. Une communication réussie se doit d'être réciproque.



LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Le travail d'équipe est « ...*l'interaction de trois personnes ou plus, réunies en situation de face à face, dans la recherche, la définition ou la poursuite d'une cible commune; interaction de chacune de ces personnes avec cette cible commune et interactions des personnes entre elles* ». (St-Arnaud, 1970)



LA COORDINATION DES SERVICES

La coordination des services est constituée d'un ensemble d'outils qui permettent « ... *d'offrir le bon service à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût humain et social* ». (Agence, Estrie, 2004)

5.1 LA COMMUNICATION

STRATÉGIE...

COMMUNIQUER, C'EST...

- entrer en relation avec une autre personne afin de lui faire connaître nos idées et de l'influencer
- écouter l'autre et accepter d'être influencé
- essayer de convaincre et accepter de se laisser convaincre
- être capable d'exprimer ses satisfactions et ses insatisfactions, son accord ou son désaccord, ses désirs et ses refus
- être capable d'établir ses limites et d'exprimer ses sentiments
- être capable d'écouter l'autre lorsqu'il veut s'exprimer
- être capable de respecter les idées de l'autre

Le menuisier utilise son marteau pour faire entrer ses clous.

L'intervenant en santé mentale utilise la communication pour faire passer ses idées et ses messages.

3 TYPES DE COMMUNICATION

- la communication sociale
- la communication aidante
- la communication thérapeutique (5.1.1)

FACTEURS INFLUENÇANT LA COMMUNICATION

- la perception
- les valeurs
- l'éducation
- la culture

CRITÈRES D'EFFICACITÉ DE LA COMMUNICATION

- la **rétroaction**
- l'empathie
- l'authenticité
- la chaleur et la cordialité
- le respect et l'acceptation de l'autre
- le sens de l'immédiat
- le questionnement
- le résumé
- le **reflet**
- la **normalisation**
- la transmission d'information au lieu de conseil

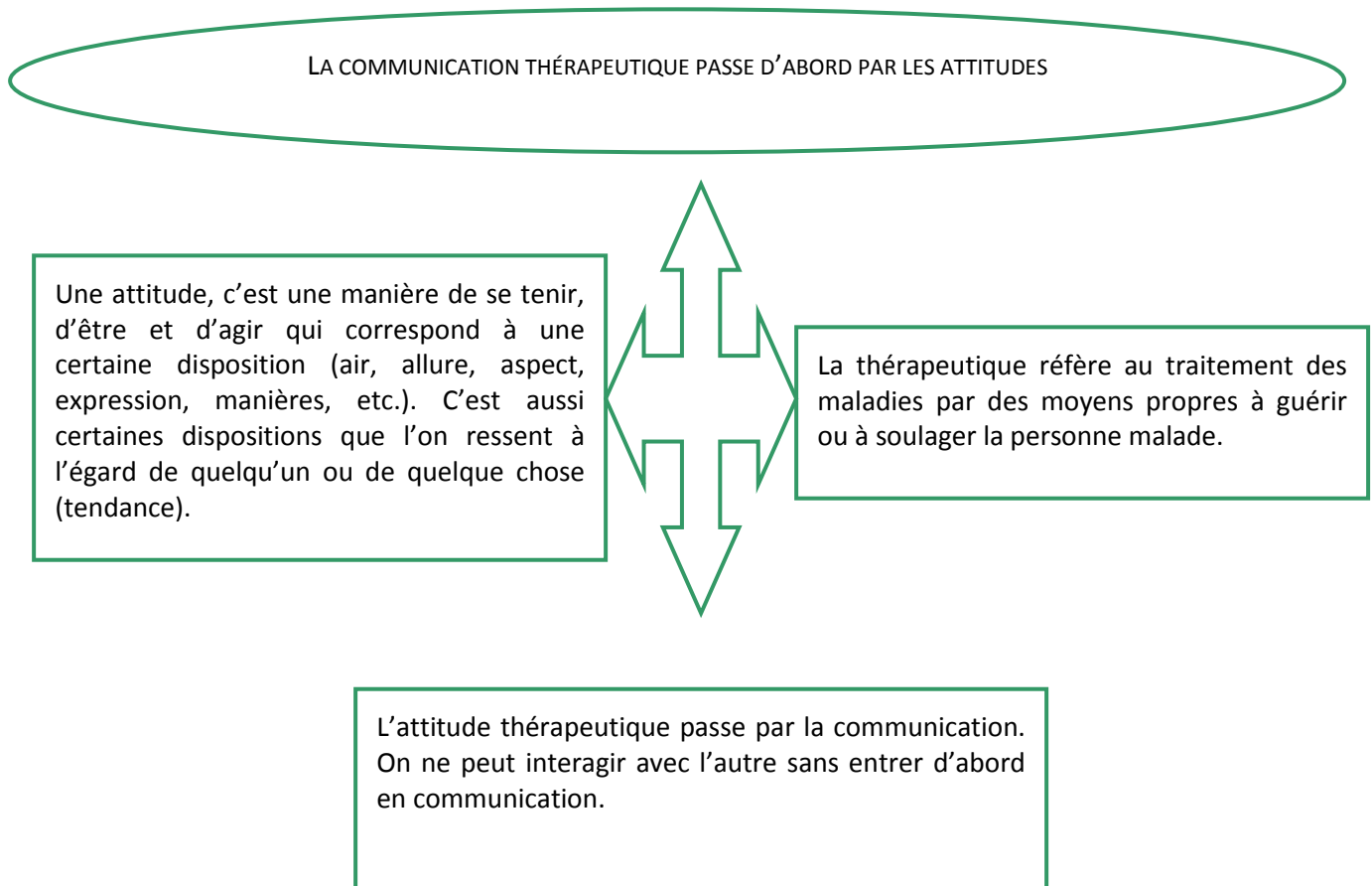


À un bout, il y a une personne qui a quelque chose à dire, un message à passer.

À l'autre bout, il y a une personne qui a le goût, qui est disposée à entendre quelque chose, espérons-le.

Entre les deux, il y a le message.

5.1.1 LA COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE



LES CODES DE COMMUNICATION

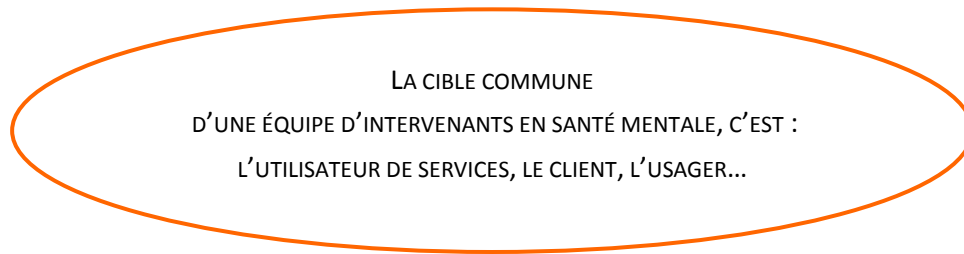
- Le langage somatique (non verbal, corporel, posture, regard)
- Le langage des symboles (objets, pictogrammes, images comme signes de reconnaissance)
- Le langage des actes (mouvements, gestes, actions, attitudes)
- Le langage des objets (vêtements, bijoux, couleurs, etc.)
- Le langage digital (verbal, écrit)

5.1.2 SUGGESTIONS POUR UNE COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE

La communication thérapeutique devient particulièrement importante dans les situations où il y a des problèmes dus à la désintégration des processus de pensée. Voici quelques suggestions pour faciliter les interventions.

OBSERVATIONS ⇒	EXPLICATIONS
<p>Vous ne comprenez pas. Dites-le. ⇒</p>	<p>La personne utilise un langage qui vous semble être du français mais vous ne pouvez pas répondre parce que vous n'avez pas compris. Si vous doutez de votre compréhension, encouragez la personne à répéter. Laissez-lui savoir que vous ne comprenez pas ce qu'elle a dit mais que vous aimeriez bien comprendre. La communication est moins difficile si les personnes qui se parlent sont honnêtes et précises.</p>
<p>Il est plus important de reconnaître la tonalité émotive que le contenu de la communication. ⇒</p>	<p>Les émotions peuvent être plus faciles à reconnaître que le contenu spécifique de la communication. Soyez conscients de ce que la personne vous communique concernant ses émotions, que son langage soit verbal ou non verbal. Il est possible que vous reconnaissiez la tonalité affective des messages avant d'en connaître le contenu; cela vous aidera à mieux comprendre le message.</p>
<p>Aidez la personne à régulariser son débit verbal afin de mieux la comprendre. ⇒</p>	<p>Si la personne communique trop d'idées et de façon trop rapide, demandez-lui de ralentir. Essayez de saisir une idée à la fois.</p>
<p>Écoutez très attentivement. ⇒</p>	<p>Écoutez attentivement ce que la personne dit. Quand vous pensez avoir compris, partagez le message avec elle. Si votre compréhension n'est pas la bonne, la personne vous le dira et répétera son message.</p>
<p>Ne vous montrez ni en accord ni en désaccord avec les délires ou les hallucinations. ⇒</p>	<p>Le délire est très réel pour la personne, même s'il vous semble farfelu. Si vous essayez d'argumenter ou de raisonner la personne, elle se sentira obligée de vous convaincre qu'elle a raison. Cela ne fait que consolider et systématiser son délire. Le délire n'était pas réel, il ne faut pas l'encourager. Dites à la personne que vous comprenez que sa perception vous semble réelle mais qu'elle ne l'est pas pour vous. Procédez de même pour les hallucinations. À noter qu'en cas d'hallucination visuelle, il est préférable de ne pas demeurer dans le champ visuel de la personne pour ne pas être intégré dans son hallucination. Placez-vous de côté pour lui parler, jamais derrière.</p>
<p>La compréhension véritable des modes de communication désintégrés exige beaucoup de temps et de patience. ⇒</p>	<p>La pensée confuse, désorientée, altérée ou désintégrée est très difficile à comprendre. Prenez votre temps et ne précipitez rien. Avec le temps et la pratique, vous apprendrez à saisir les éléments du langage psychotique et vous deviendrez plus aptes à aider les personnes dans leur progression.</p>

5.2 LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

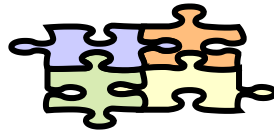


5.2.1 TROIS POSTULATS DÉTERMINENT LA DÉFINITION OPÉRATIONNELLE D'UNE ÉQUIPE :

- 1) Il ne suffit pas de réunir quelques personnes dans un lieu donné pour constituer une équipe.



- 2) L'équipe est différente de la somme des individus qui la composent.



- 3) L'équipe est une entité psychologique, sociale et autonome; c'est un organisme qui naît, croît, atteint la maturité et meurt.

5.2.2 QUATRE CONDITIONS DE SYNERGIE DANS L'ÉQUIPE

Pour éviter que l'équipe ne meure, il est essentiel d'entretenir la synergie entre ses membres. Pour que chacun des membres participe à cette synergie, il doit :

- ☺ se sentir concerné
- ☺ s'engager par rapport à la cible commune
- ☺ se respecter soi-même et respecter les autres
- ☺ apporter sa contribution personnelle soit à titre d'animateur, de participant ou d'expert.

5.2.3 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Dans le secteur de la maladie mentale, les personnes ont de multiples besoins auxquels un seul intervenant ne peut pas répondre à lui seul. Il a donc tout avantage à participer aux équipes interdisciplinaires afin de : partager ses connaissances et profiter de celles de ses collègues; partager les tâches et diminuer sa propre charge de travail en évitant le dédoublement des interventions; contribuer à l'efficacité des interventions et au bien-être de la personne en besoin.

Le travail disciplinaire peut se définir selon un continuum allant de moins à plus de collaboration.

Unidisciplinaire	Pluridisciplinaire	Multidisciplinaire	Interdisciplinaire	Transdisciplinaire
------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Unidisciplinaire

Signifie qu'une seule discipline intervient auprès d'un usager même si plusieurs personnes s'impliquent en rotation. S'il y a consultation, elle s'effectue entre collègues d'une même discipline et la collaboration attendue des autres professionnels est minimum. Exemple : un groupe d'infirmières.

Pluridisciplinaire

Signifie que plusieurs disciplines interviennent auprès de l'utilisateur à tour de rôle, sans nécessairement se consulter entre elles. Exemple : le médecin examine, pose le diagnostic et prescrit le traitement; l'infirmière auxiliaire donne les soins de base; l'éducateur établit son plan d'action; la technicienne en loisirs procure une activité pour meubler les temps libres. Tout ça pour un même usager. On attend la collaboration de l'utilisateur mais pas nécessairement des intervenants des autres disciplines.

Multidisciplinaire

Signifie que plusieurs disciplines, dans le cadre d'un système fonctionnel de référence et de circulation d'information, interviennent de façon simultanée auprès d'un usager afin de lui offrir un ensemble de services complémentaires. Exemple : lors d'une réunion de plan d'intervention, une équipe d'intervenants de diverses disciplines déterminent ensemble les interventions à réaliser pour répondre à chacun des besoins d'un usager, dans un laps de temps donné. On s'attend à ce que chacun, dans son domaine d'action, collabore au plan d'intervention.

Interdisciplinaire

Signifie que plusieurs disciplines se concertent sur la lecture des problèmes, l'élaboration d'objectifs communs, la dispensation des services et l'évaluation des résultats, dans le but d'offrir à un usager un ensemble de services intégrés et convergents, c'est-à-dire qui tendent tous vers un même but : répondre aux besoins de l'usager. Exemple : lors d'une réunion d'équipe, on découvre qu'un usager ne va plus à ses activités parce qu'il a de la difficulté à se diriger dans l'espace à cause d'une perte de vision. L'équipe détermine alors un objectif commun : compenser pour la perte de vision. Chaque discipline travaillera dans sa spécialité pour atteindre cet objectif. L'infirmière consultera en optométrie pour lui obtenir des lunettes; l'ergothérapeute proposera des moyens d'adopter l'environnement de sa chambre et de l'unité; la psychologue proposera un système de communication orale visant à informer et à rassurer l'usager quant à ce qui se passe; la préposée et l'infirmière auxiliaire l'accompagneront à tour de rôle à ses activités en dehors de l'unité; la technicienne en loisirs adaptera les activités en fonction de la capacité visuelle de la personne. On s'attend à ce que chacun, dans son champ de compétence et d'expertise, collabore étroitement avec les autres membres de l'équipe et on prévoit que chacun apportera ses commentaires et ses correctifs, si besoin, lors de la prochaine réunion d'équipe.

Transdisciplinaire

Signifie que, tout comme pour l'interdisciplinaire, plusieurs disciplines offrent des services intégrés et convergents à un usager. Cependant, les disciplines sont interpénétrées, c'est-à-dire qu'il y a formation réciproque entre les disciplines afin que chacune puisse suppléer à l'autre en cas de besoin. En milieu hospitalier, où les tâches et fonctions sont définies souvent de manière exclusive, ce concept est impossible à appliquer. De fait, ce terme implique que n'importe quel intervenant ayant reçu une formation de base adéquate puisse remplacer n'importe quel autre lorsque le besoin se fait sentir. La concertation et la collaboration sont à leur maximum. En réalité, c'est un concept plus susceptible d'être rencontré dans les organismes communautaires où il arrive fréquemment que tous les intervenants, peu importe leur formation d'origine (éducation spécialisée, travail social, etc.), portent tous le seul titre d'intervenant et peuvent remplacer leurs collègues dans l'ensemble des tâches. En réalité, ce type de collaboration n'est possible que parce que les tâches à réaliser avec et pour l'usager n'exigent pas de connaissances surspécialisées ou ne font pas appel à des actes protégés tels que des soins médicaux ou infirmiers.

L'interdisciplinarité n'est pas chose facile à implanter et à vivre dans un travail d'équipe où plusieurs disciplines professionnelles sont appelées à travailler de concert, chacune avec ses spécialités et son langage particulier. Il y a souvent des zones grises qui peuvent freiner l'entente quant aux domaines d'intervention de chacun des membres dans l'équipe et faire craindre ou mener à l'ingérence professionnelle. Il y a parfois les barrières de langage qui peuvent causer des malentendus ou des incompréhensions. C'est pourquoi, afin de réussir le travail en équipe interdisciplinaire, il est fondamental que les zones grises soient éclaircies en établissant dès le début les frontières entre les disciplines, que le rôle de chacun des membres soit précisé en respectant la spécificité de chaque discipline, et qu'un objectif commun à atteindre soit déterminé par consensus de tous les membres de l'équipe. La communication est donc un outil de travail essentiel et elle doit s'établir sur des bases respectant les valeurs et les spécificités de chacun.

5.2.4 CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA RÉUSSITE D'UN VÉRITABLE TRAVAIL D'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

CONDITIONS PERSONNELLES	CONDITIONS ORGANISATIONNELLES
Reconnaître le client comme partenaire du changement.	De la souplesse dans les modalités de travail.
Être capable d'accueillir une vision de la réalité différente de la sienne.	Du soutien et de l'encouragement lors des premières tentatives.
Être capable d'entendre les commentaires de chacun quelle que soit la position hiérarchique de l'interlocuteur.	Du temps pour les réunions requises.
Avoir atteint une maturité personnelle et professionnelle.	Une implantation progressive.
Accorder de la crédibilité à ses partenaires.	Une animation compétente des discussions de cas.
Partager son pouvoir en diffusant la totalité de l'information pertinente que l'on possède.	Des modalités claires de fonctionnement.
Informers ses partenaires des expertises spécifiques de même que des limites que l'on se connaît.	Le développement du rôle d'intervenant pivot, responsable ou privilégié.
Avoir la conviction du caractère indispensable de chaque partenaire.	Du soutien face aux besoins de perfectionnement complémentaire.
Être à l'aise avec le phénomène d'une intervention planifiée.	Des principes d'intervention axés sur l'interdisciplinarité.
Être capable de directivité face au processus.	Du temps pour remettre en question les croyances « freinantes ».
Être capable de non directivité face aux choix du client.	Une clarification organisationnelle des rôles et responsabilités, des structures, des disciplines et des fonctions.
Être à l'aise avec le phénomène d'une action concertée et l'engagement qui s'y rattache.	
Être capable d'abandonner ses habitudes au profit d'une expérimentation.	Du temps pour discuter avec le client et les partenaires.
Être profondément convaincu que nul ne peut parvenir à posséder à lui seul, en tout temps, toute l'information et la compétence requises.	Un consensus autour de certaines valeurs personnelles et professionnelles de tous, y compris celles du client et de ses proches.

5.3 LA COORDINATION DES SERVICES

Dans le secteur de la maladie mentale, la coordination des services constitue un aspect essentiel de l'intervention de courte, moyenne et longue durée. Trois outils en particulier ont été développés au fil des années pour faciliter ce processus.

5.3.1 LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ (PSI)

Le PSI réfère à la démarche concertée avec le client et au moins 2 organisations de services (établissement hospitalier, établissement scolaire, organismes communautaires, CLSC, autres). Il vise à assurer la coordination des services dans le but de supporter l'intégration ou le maintien de la personne dans son milieu de vie, en laissant le maximum de pouvoir à la personne. La démarche conduit à l'identification des engagements des parties et des échéanciers prévus par rapport aux besoins de la personne, aux objectifs à atteindre, aux services requis et au partage des responsabilités (identification des organisations responsables des suivis).

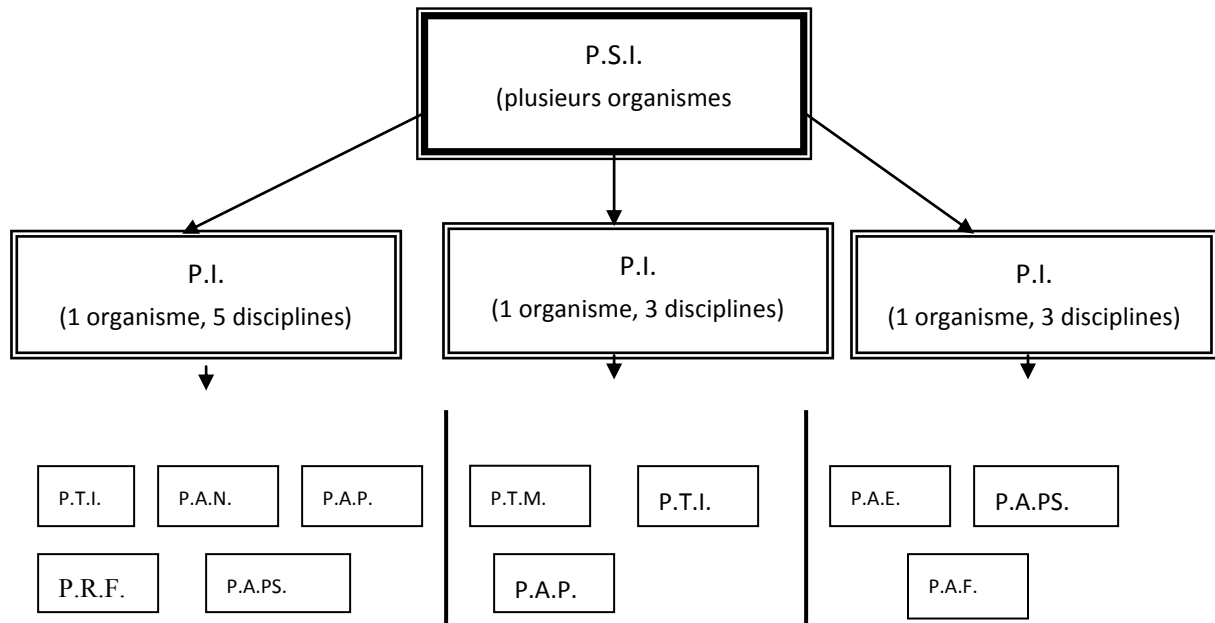
5.3.2 LE PLAN D'INTERVENTION (PI)

Le PI réfère à la démarche d'une équipe interdisciplinaire oeuvrant au sein d'un même organisme, d'une même organisation ou d'un même établissement. Cette démarche de coordination des services concerne l'identification des forces et des besoins de la personne, la formulation d'objectifs généraux correspondant aux besoins priorités, la détermination du type d'interventions requises, le partage des responsabilités (identification des personnes responsables des suivis) et la durée des interventions prévues. En principe, il s'inscrit dans les orientations du plan de services individualisé (PSI) lorsqu'il y en a un. Il vise à responsabiliser la personne en l'aidant à réaliser un projet de vie et en la supportant dans la prise en charge de ses besoins. Le P.I. englobe, dans une vision bio-psycho-sociale, les champs de la santé physique, de la santé mentale, de l'adaptation/réadaptation (habiletés et autonomie), et de l'intégration sociale.

5.3.3 LE PLAN D'ACTION (PA) PROFESSIONNEL

Le plan d'action professionnel concerne la planification des interventions individuelles d'un intervenant, dans le but d'atteindre les objectifs spécifiques convenus avec le client. Il découle généralement du plan d'intervention (PI) mais peut aussi le précéder lorsque la personne n'a pas encore de plan d'intervention. Ces plans d'action portent divers noms, selon la discipline, la région ou l'organisme : plan de traitement, plan thérapeutique infirmier, plan d'action éducateur, plan nutritionnel, plan de réadaptation fonctionnelle, plan pharmaceutique ou pharmacologique, plan d'action psychosocial, et bien d'autres appellations.

5.3.4 SCHÉMA ORGANISATIONNEL DES PSI, PI ET PA



- P.S.I. Plan de services individualisés

- P.I. Plan d'intervention

- P.T.I. Plan thérapeutique infirmier
- P.T.M. Plan de traitement médical
- P.A.E. Plan d'action éducateur
- P.R.F. Plan de réadaptation fonctionnelle
- P.A.P. Plan d'action pharmacologique
- P.A.N. Plan d'action nutritionnel
- P.A.P.S. Plan d'action psycho-social
- P.A.F. Plan d'action familial

6. CONCLUSION

Chacun d'entre nous éprouve, à certaines périodes de sa vie, des difficultés à maintenir l'équilibre entre les divers aspects de sa vie et, à ce titre, nous sommes tous porteurs de symptômes et de comportements plus ou moins adaptés. Comprendre ces symptômes et leurs impacts sur notre manière de fonctionner dans la vie de tous les jours, c'est ce qui nous permet de continuer à nous développer et à nous engager dans un processus visant l'atteinte de l'équilibre et du mieux-être.

En tant qu'intervenants dans le domaine de la santé mentale, nous sommes amenés à aider d'autres personnes à trouver ou à retrouver cet équilibre et ce mieux-être. Le chemin vers le rétablissement de la santé mentale est un chemin difficile, parsemé de barrières et d'obstacles souvent dus au manque d'informations, de connaissances ou d'expérience.

Dans cette perspective, le « Guide pratique d'intervention / Notions de base sur les maladies mentales » se veut un outil de référence rapide, pratique et facile à consulter pour les intervenants de diverses disciplines, afin de leur permettre:

- d'étendre leurs connaissances et leur compréhension des diverses maladies mentales et de leurs impacts sur les personnes atteintes;
- de développer des stratégies d'interventions personnalisées et adaptées;
- de comprendre l'importance du travail d'équipe, de la collaboration et de la concertation dans le domaine de la santé mentale;
- de diminuer les préjugés envers la maladie mentale et ses diverses manifestations;
- de mieux aider la personne atteinte à comprendre ce qu'elle vit et la soutenir dans son processus de rétablissement;
- de cultiver et de préserver un espoir réaliste et lucide pour soi et pour la personne.

Il est bien évident que ce guide ne comporte pas de formules magiques. En fait, c'est un condensé de connaissances théoriques et pratiques provenant de diverses sources. Quant aux stratégies d'intervention proposées, elles sont basées sur des pratiques cliniques quotidiennes observées pendant plusieurs années afin d'identifier celles qui fonctionnent le mieux dans le processus de rétablissement de la personne et son intégration dans la communauté.

Il est bien évident, également, qu'aucun individu ne correspond à 100% aux tableaux cliniques présentés dans ce guide. Celui-ci ne doit donc pas être utilisé pour accoler un diagnostic à la personne auprès de laquelle on intervient. Il vise plutôt à identifier les diverses manifestations symptomatologiques et comportementales que l'intervenant peut s'attendre à voir apparaître dans sa pratique quotidienne. Averti de ces manifestations potentielles, l'intervenant pourra mieux planifier et cibler ses interventions dans le but de les rendre encore plus pertinentes et efficaces.

7. GLOSSAIRE DES TERMES TECHNIQUES

Certaines définitions ont été prises telles quelles dans le DSM-IV-TR; ces définitions sont indiquées par un astérisque (*). Les autres définitions ont été adaptées à partir de plusieurs sources indiquées dans la bibliographie et les références. À noter que ces définitions tiennent compte du contexte psychiatrique, médical, neurologique ou psychologique. Nous avons évité les définitions populaires qui ont souvent un sens différent.

Activité nerveuse supérieure : Ce terme réfère au plus haut niveau d'intégration des fonctions cérébrales, au centre du cortex cérébral. On y retrouve le langage, la pensée et le comportement par le biais des processus sensoriels, moteurs et cognitifs.

Activités de vie domestique (AVD) : Se rapportent aux activités concernant l'hygiène corporelle, l'habillement, l'alimentation, l'élimination et les déplacements. La personne peut être totalement autonome, partiellement autonome ou dépendante.

Activités de vie quotidienne (AVQ) : Se rapportent aux activités concernant l'entretien des vêtements et de son milieu de vie, les achats et la gestion de ses biens personnels.

Affect* : Ensemble de comportements observables qui expriment un état émotionnel subjectivement éprouvé. (exemples : tristesse, colère). Se rapporte à des modifications et à des fluctuations de l'état émotionnel.

Affects abrasés* : Absence complète ou presque complète d'expression affective.

Affects émoussés* : Réduction significative de l'intensité de l'expression affective.

Affect inapproprié* : Discordance entre l'expression affective et le contenu du discours ou de la pensée. (exemple: la personne dit qu'elle est triste tout en souriant).

Affect labile* : Variabilité anormale des affects avec modifications répétées, rapides et précipitées de l'expression affective.

Affect restreint* : Réduction légère du registre affectif dans son étendue et son intensité.

Agitation* : (Agitation psychomotrice). Activité motrice excessive associée à un état de tension intérieur. L'activité est en général improductive et stéréotypée. (exemples : marche de long en large, impossibilité de tenir en place, frottement des mains, tirer ses vêtements, incapacité de rester assis).

Agnosie : Perte de l'habileté à comprendre la signification ou à reconnaître l'importance de diverses formes de stimulation. L'agnosie tactile est caractérisée par l'incapacité de percevoir la forme et la nature des objets par le toucher.

Agraphie : Trouble de l'expression écrite référant à l'incapacité d'écrire. La personne éprouve soudain des difficultés ou même une impossibilité à écrire les mots qu'elle savait pourtant écrire auparavant.

Akathisie : C'est un symptôme défini par le besoin impérieux de bouger, particulièrement au niveau des jambes, et qui survient surtout en position assise ou allongée. À distinguer du syndrome des jambes sans repos dont les causes sont différentes.

Akinésie : C'est une lenteur dans l'initiation des mouvements avec une tendance à l'immobilité et une perte des mouvements automatiques inconscients et ce, en l'absence de paralysie (exemple : démarche à petits pas, pieds collés au sol, bras immobiles, dos courbé en avant, cou raide). Le visage est figé, peu expressif, le regard fixe; la parole est rare, mal articulée, monotone.

Alexie : Trouble de la lecture qui affecte la compréhension du langage écrit et la lecture à haute voix. La personne ne peut plus reconnaître les stimuli visuels qui constituent la langue écrite. Il s'agit d'un trouble sensoriel acquis ou congénital de type aphasique.

Amnésie antérograde* : Perte de la mémoire d'événements survenus après le début de l'agent ou de l'état causal. (exemple : ne se souvient pas de ce qui s'est passé après son accident de voiture).

Amnésie rétrograde* : Perte de mémoire d'événements survenus avant le début de l'agent ou de l'état causal. (exemple : ne se souvient pas de ce qui s'est passé avant son accident de voiture).

Angoisse : C'est un état d'anxiété et de peur inexplicable, sans motif rationnel. Elle peut avoir un impact débilant sur la vie de tous les jours.

Anorexie : Du point de vue strictement médical, c'est un symptôme qui correspond à une perte réelle de l'appétit. Il peut conduire à la malnutrition et à ses complications. À distinguer de l'anorexie mentale qui est un trouble mental; la personne n'a pas perdu l'appétit mais elle lutte contre la faim en refusant de manger ou en se faisant vomir après avoir mangé dans le but de contrôler son poids.

Anosognosie : C'est la méconnaissance, par la personne, de la maladie dont elle est atteinte alors que la maladie apparaît de façon évidente. La personne ne peut pas reconnaître les troubles dont elle est atteinte. Ne pas confondre avec le déni ou la négation qui sont des mécanismes de défense.

Anticipation : Processus cognitif qui permet à la personne de se projeter dans l'avenir, de se représenter les résultats d'une action ou d'une stratégie, ainsi que des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Anxiété* : Anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension. L'anxiété peut être centrée sur un danger anticipé intérieur ou extérieur.

Anxiogène : Réfère à quelque chose qui suscite l'anxiété, l'angoisse, l'inquiétude.

Apathie : C'est un état d'indifférence par rapport à ce qui se passe. La personne apathique est amorphe, le visage abattu, légèrement somnolente et présente un temps de réaction allongé. Elle demeure consciente et conserve ses capacités de relations avec le monde extérieur. Ne pas confondre avec la torpeur, la somnolence, l'asthénie ou la fatigue.

Aphasie* : Perturbation de la compréhension ou de la transmission idéique du langage quelle que soit sa forme (langage lu, écrit ou parlé) due à une lésion ou à une maladie des centres nerveux impliqués dans le langage.

Apraxie : Réfère à l'incapacité d'effectuer un mouvement ou une série de mouvements sur consigne, même si la personne est capable de bien les exécuter spontanément. La personne n'est plus capable de conceptualiser et de programmer le mouvement.

Astéréognosie : Réfère à l'incapacité de reconnaître un objet au toucher.

Astérixis : C'est un symptôme caractérisé par la chute courte et brutale du tonus musculaire de la main. La personne produit un mouvement rythmique ressemblant à un battement d'aile.

Ataxie* : Perte complète ou partielle de la coordination du mouvement volontaire.

Attention* : Capacité de se concentrer de façon soutenue sur un stimulus particulier ou une activité précise. Un trouble de l'attention peut se manifester par une tendance à être facilement distrait (distractibilité) ou par une difficulté à terminer des tâches entreprises ou à se concentrer sur un travail.

Avolition* : Incapacité à initier et à poursuivre des activités orientées vers un but. (exemple: travail, activité intellectuelle, soin de sa propre personne).

Bradykinésie : Lenteur des mouvements volontaires que l'on observe dans certains syndromes post-encéphaliques.

Capacité hédonique : Réfère à la capacité d'éprouver du plaisir.

Catalepsie* : Flexibilité cireuse. Maintien prolongé d'une position du corps.

Catatonique: Anomalies motrices marquées comprenant une immobilité motrice, certains types d'activité motrice excessive, un négativisme extrême, ou un mutisme, un trouble de la posture ou des mouvements stéréotypés, et une écholalie ou une échopraxie.

Clivage : Plusieurs définitions sont possibles. Le clivage du Moi réfère à la coexistence de deux ou plusieurs potentialités contradictoires chez la personne. Le clivage des affects réfère à l'absence d'intégration des affects pour lutter contre l'angoisse de destruction. Le clivage relationnel réfère au changement d'attitude envers une ou plusieurs personnes. La personne se perçoit ou perçoit les autres soit tout blanc, soit tout noir. Par exemple, la même infirmière peut être perçue, alternativement, comme bonne ou mauvaise; ou la personne sera passive ou agréable avec une infirmière et agressive ou violente envers une autre.

Cognition : Réfère à toutes les activités mentales associées avec la pensée, la connaissance et la mémoire. C'est aussi une activité mentale associée au traitement, à la compréhension et à la transmission de l'information (Myers, 1995).

Collectionnisme : Appelée aussi « amasement pathologique à caractère compulsif » ou « entassement pathologique », c'est une activité rituelle et stéréotypée caractérisée par un amoncellement hétéroclite et pêle-mêle de divers objets sans valeur réelle (ex : journaux, morceaux de bois, clous rouillés, aliments, etc.). La personne est incapable de jeter des objets usagés.

Comportement catatonique* : Anomalies motrices marquées comprenant une immobilité motrice, certains types d'activité motrice excessive, un négativisme extrême, ou un mutisme, un trouble de la posture ou des mouvements stéréotypés, et une écholalie ou une échopraxie.

Comportement instinctif : Comportement complexe, ayant une structure définie, commune à tous les membres d'une espèce et qui n'est pas appris (Myers, 1995).

Concentration : Capacité de rassembler ses énergies cognitives autour d'un seul objet à la fois.

Confabulation : Récit d'expériences imaginaires basées sur de fausses perceptions ou de faux souvenirs. Ce sont des propos étrangers aux circonstances et qui sont associés à des troubles de la conscience, de la mémoire ou de l'intelligence. Ce peut être un moyen de compenser pour certaines difficultés ou des carences de la mémoire. 106

Idée de grandeur* : Sentiment exagéré de sa propre importance, de son pouvoir, de sa valeur ou de son identité. Poussée à l'extrême, l'idée de grandeur peut prendre des proportions délirantes.

Idée délirante* : Croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Jugement excessif dépassant toute crédibilité.

Idiosyncrasie (idiosyncrasique) : En général, ce terme désigne le comportement particulier de chaque individu face à un événement extérieur, sa manière de réagir selon son tempérament. En psychiatrie, ce terme désigne des comportements non souhaités tels que l'utilisation de néologismes, de mots ou de phrases hors contexte et inadaptés par rapport à la situation.

Illusion* : Perception inexacte ou mauvaise interprétation d'un stimulus extérieur réel, par exemple le bruissement des feuilles est pris pour des voix. À distinguer de l'hallucination.

Inadapté : Qui ne peut pas s'adapter aux normes de son milieu ou de la société (ex : personne asociale). Désigne aussi ce qui n'est pas approprié (ex : réaction inadéquate).

Inattendu : Spontané, non induit, non associé à un facteur situationnel déclenchant (survient à l'improviste).

Indolence : Insouciance, paresse, nonchalance.

Insomnie* : Plainte subjective concernant la difficulté à trouver le sommeil ou à rester endormi ou la mauvaise qualité du sommeil.

Instinctif : Comportement complexe, ayant une structure définie, commune à tous les membres d'une espèce et qui n'est pas appris (Myers, 1995)

Kinesthésique (hallucination) : Hallucination concernant la position et le mouvement des différentes parties du corps.

Labilité de l'humeur : Instabilité, variations ou fluctuations plus ou moins rapides de l'humeur.

Logorrhée* : Discours abondant, accéléré et difficile ou impossible à interrompre. En général, il est également bruyant et emphatique. Fréquemment, le sujet parle en l'absence de la moindre stimulation sociale et il peut continuer à parler même si personne ne l'écoute.

Macropsie* : Perception visuelle des objets plus grands que ce qu'ils sont réellement.

Maniérisme : Moyens d'expression qui manquent de naturel et de simplicité : attitudes, gestes, actes, paroles et propos. Exemples : discours grandiloquent ou posture exagérée.

Dissociation* : Rupture des fonctions – habituellement intégrées – de conscience, de mémoire, du sens de l'identité ou de la perception de l'environnement.

Dissonances cognitives : État motivationnel produit par l'inconsistance entre ce que la personne sait et la manière dont elle agit (exemple : prendre plaisir à fumer malgré la croyance que la cigarette est nocive).

Distorsions cognitives : Croyances anormales ou contradictoires avec la réalité en l'absence de délire ou de psychose. Ces croyances sont à la base de plusieurs comportements pathologiques (ex : 'les femmes aiment se faire violer').

Distractibilité* : Incapacité à maintenir l'attention qui passe d'un thème ou d'un sujet à un autre à la suite d'une incitation minime, ou attention trop fréquemment attirée par des stimulations extérieures sans importance ou négligeables.

Dysarthrie* : Trouble de l'articulation de la parole dû à des perturbations du contrôle musculaire.

Dyskinésie* : Distorsion de mouvements volontaires avec activité musculaire involontaire.

Dysphorie : Instabilité de l'humeur avec malaises, anxiété et souvent réactions coléreuses..

Dystonie* : Perturbation du tonus musculaire.

Écholalie* : Répétition pathologique – comme un perroquet – et apparemment sans but d'un mot (ou d'une phrase) qui vient d'être dit par une autre personne.

Échopraxie* : Répétition par imitation des mouvements d'autrui. L'action, ni désirée ni volontaire, est semi-automatique et ne peut être contrôlée.

Empathie (versus sympathie) : Capacité à comprendre ce que ressent une autre personne, à se placer dans la peau de quelqu'un (Myers, 1995), en faisant abstraction de ses propres conceptions pour se centrer sur les perceptions de l'autre. À ne pas confondre avec la sympathie qui est la capacité de ressentir les émotions de l'autre ou même de réagir à sa place. La sympathie est utile dans les relations humaines mais, si excessive ou mal utilisée, elle peut causer une surcharge émotionnelle ou une confusion entre les émotions de l'autre et les siennes propres.

Encéphalopathie : C'est un ensemble de troubles du cerveau d'origines diverses : toxique, dégénérative, métabolique, infectieuse, vasculaire, etc.

Encodage/décodage : Traitement de l'information permettant de l'introduire (encoder) dans le système de mémoire en extrayant sa signification (décoder) (Myers, 1995). Il peut être sémantique (les mots), acoustique (les sons) ou visuel (les images).

Errance: Réfère au fait de se déplacer ici et là, parfois sans but, parfois avec un but non réaliste. Comportement fréquent dans la démence. À ne pas confondre avec l'agitation psychomotrice.

État émotionnel* : « le temps qu'il fait »

État onirique : État dans lequel la personne a l'impression de vivre dans un rêve, sans lien avec la réalité.

Étiologie: C'est l'étude des causes et des facteurs d'une pathologie ou d'une maladie. Désigne aussi les causes elles-mêmes.

Euphorie : Dans son sens médical et pathologique, l'euphorie est une impression inadéquate de bien-être physique et moral. La personne peut être exaltée et excitée, avec un sentiment excessif de contentement et confiance en soi qui ne correspond pas à la réalité.

Évitement : Mécanisme ou comportement de défense utilisé pour ne pas se confronter avec une situation redoutée. Il peut être orienté vers les personnes, les situations, les animaux, les objets.

Flash-back* : Résurgence d'une expérience passée (mémoire, sentiment ou perception)

Fluence (de la pensée, du discours) : Se rapporte à la fluidité, au débit selon un rythme équilibré.

Fonctions exécutives : Ensemble de processus cognitifs permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Regroupent les capacités suivantes : anticipation, planification, organisation, formulation d'hypothèses différentes, autocritique et autocorrection, souplesse mentale, résolution de problème, raisonnement logique, mémoire de travail, contrôle cognitif, pensée abstraite, apprentissage des règles, attention sélective, sélection de réponses motrices, motivation, initiative, persistance dans la tâche, ajustement en cours de route, adaptation aux changements.

Fonctions praxiques : Fonctions cérébrales de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée.

Fonctions sensori motrices : Fonctions cérébrales référant aux mouvements du regard, à la génération de trajectoires dans ses déplacements, à des stratégies cognitives concernant la mémoire spatiale, à la perception et à l'expression des émotions et des actions chez les autres.

Fonctions visuo spatiales : Fonctions cérébrales qui permettent d'analyser et de comprendre l'espace en deux ou trois dimensions grâce au traitement visuel des informations. Les processus concernés sont l'imagerie mentale, la navigation mentale, l'évaluation des distances, l'évaluation de la profondeur et la construction visuo-spatiale.

Fuite des idées* : Flot accéléré et pratiquement ininterrompu du discours comprenant de brusques changements de sujet, qui repose habituellement sur des associations compréhensibles, des stimulus divers sources de distractions, ou des jeux de mots. Lorsque la fuite des idées est importante, le discours peut être désorganisé et incohérent.

Hallucination* : Perception sensorielle qui procure la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle en l'absence de stimulation externe de l'organe sensoriel intéressé. Les hallucinations doivent être distinguées des illusions. Les hallucinations peuvent être auditives (l'ouïe), gustatives (goût), olfactives (odorat), somatiques (sensation physique), tactiles (le toucher), visuelles (la vue).

Hémianopsie : Affaiblissement, diminution ou perte de la vue dans une moitié du champ visuel d'un œil ou des deux yeux. La personne voit avec des œillères.

Hémi négligence motrice : Trouble sévère de perception de la moitié de l'espace, généralement du côté gauche, sans qu'il y ait atteinte sensorielle ou motrice de l'œil. La personne peut ne percevoir qu'une partie de son propre corps (ex : se rase du côté droit seulement) ou une partie de son environnement (ex : ne mange que ce qui se trouve dans la moitié droite de son assiette) et ne réagit pas à ce qui se trouve à gauche.

Humeur* : Émotion globale et durable qui colorie la perception du monde (exemple : dépression, colère, anxiété, allégresse). Se rapporte au climat émotionnel.

Hyperphagie : Trouble des conduites alimentaires caractérisé par une prise exagérée de nourriture selon un choix précis d'aliments, dépassant ce que la plupart des gens mangent dans le même temps et les mêmes circonstances. Il s'agit d'une compulsion incontrôlable. À distinguer de la boulimie au cours de laquelle il y a vomissement et contrôle du poids.

Hypersomnie* : Tendance excessive à dormir comme en témoignent un allongement du temps de sommeil nocturne, une difficulté à rester éveillé le jour ou des épisodes non désirés de sommeil au cours de la journée.

Idéation persécutoire* : Idée d'une intensité moindre que celle de l'idée délirante concernant la suspicion ou la croyance d'être harcelé, persécuté ou injustement traité.

Idée de grandeur* : Sentiment exagéré de sa propre importance, de son pouvoir, de sa valeur ou de son identité. Poussée à l'extrême, l'idée de grandeur peut prendre des proportions délirantes.

Idée délirante* : Croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Jugement excessif dépassant toute crédibilité.

Idiosyncrasie (idiosyncrasique) : En général, ce terme désigne le comportement particulier de chaque individu face à un événement extérieur, sa manière de réagir selon son tempérament. En psychiatrie, ce terme désigne des comportements non souhaités tels que l'utilisation de néologismes, de mots ou de phrases hors contexte et inadaptés par rapport à la situation.

Illusion* : Perception inexacte ou mauvaise interprétation d'un stimulus extérieur réel, par exemple le bruissement des feuilles est pris pour des voix. À distinguer de l'hallucination.

Inadapté : Qui ne peut pas s'adapter aux normes de son milieu ou de la société (ex : personne asociale). Désigne aussi ce qui n'est pas approprié (ex : réaction inadéquate).

Inattendu : Spontané, non induit, non associé à un facteur situationnel déclenchant (survient à l'improviste).

Indolence : Insouciance, paresse, nonchalance.

Insomnie* : Plainte subjective concernant la difficulté à trouver le sommeil ou à rester endormi ou la mauvaise qualité du sommeil.

Instinctif : Comportement complexe, ayant une structure définie, commune à tous les membres d'une espèce et qui n'est pas appris (Myers, 1995)

Kinesthésique (hallucination) : Hallucination concernant la position et le mouvement des différentes parties du corps.

Labilité de l'humeur : Instabilité, variations ou fluctuations plus ou moins rapides de l'humeur.

Logorrhée* : Discours abondant, accéléré et difficile ou impossible à interrompre. En général, il est également bruyant et emphatique. Fréquemment, le sujet parle en l'absence de la moindre stimulation sociale et il peut continuer à parler même si personne ne l'écoute.

Macropsie* : Perception visuelle des objets plus grands que ce qu'ils sont réellement.

Maniérisme : Moyens d'expression qui manquent de naturel et de simplicité : attitudes, gestes, actes, paroles et propos. Exemples : discours grandiloquent ou posture exagérée.

Mésadapté : Synonyme d'inadapté. Peut aussi référer à des comportements désappris et qui sont devenus inadaptés.

Micropsie* : Perception visuelle des objets plus petits que ce qu'ils sont réellement.

Mnésique : Se rapportant à la mémoire.

Moi : Partie assumant la position de direction de la personnalité, largement consciente et qui, selon la théorie freudienne, est l'intermédiaire entre les demandes du Ça, du Surmoi et de la réalité (Myers, 1995). À ne pas confondre avec le Soi.

Morbidité (comorbidité) : La morbidité se rapporte à des statistiques, i.e. le nombre de personnes qui ont une maladie donnée, pendant un temps donné. La comorbidité réfère aux maladies qui accompagnent une maladie spécifique.

Mutisme : Lorsque lié à des troubles mentaux, le mutisme réfère au refus de parler. Il peut être psychotique, organique, infantile ou sélectif.

Myoclonie : Il s'agit d'une contraction musculaire, involontaire, de faible amplitude, d'un ou de plusieurs muscles. Elle peut être due à diverses affections neurologiques : épilepsie partielle ou généralisée, certaines encéphalopathies, démence.

Nécrophilie : Perversion sexuelle dans laquelle le plaisir sexuel est obtenu au contact physique de cadavres.

Neurovégétatif (activité, système) : Appelé aussi système nerveux autonome ou viscéral, il a pour rôle le maintien et l'entretien des fonctions vitales : cardiovasculaire, gastro-intestinal, respiratoire et urogénital.

Normalisation : Principe voulant rendre les conditions d'existence aussi près que possible du contexte régulier. Mouvement à l'origine de la réinsertion sociale des personnes avec une déficience intellectuelle ou des troubles mentaux sévères et persistants.

Nystagmus* : Mouvements rythmiques involontaires des yeux qui consistent en des saccades rapides de faible amplitude dans une direction et en un mouvement plus ample, plus lent, récurrent, effectué dans la direction opposée. Un nystagmus peut être horizontal, vertical ou rotatoire.

Oligophrénie : Terme générique signifiant 'peu intelligent' et synonyme de déficience intellectuelle.

OMEGA : Programme de formation des intervenants auprès d'une clientèle à potentiel de dangerosité. Principes de prévention, de gestion et de contrôle des comportements violents.

Paresthésie : Réfère à des sensations de fourmis ou de décharges électriques survenant sur une partie précise du corps et pouvant durer tant que les nerfs sont irrités ou atteints. De nombreuses maladies neurologiques peuvent en être responsables telles que la sclérose en plaques, les polynévrites, les multinévrites.

Paroxystique (quasi) : Expérience atteignant un degré extrême d'intensité, voisin de l'excès.

Partialisme : Perversion sexuelle au cours de laquelle la personne se focalise sur une partie du corps à l'exclusion de tout autre, comme seule source de satisfaction sexuelle.

Pathogène : Agent à l'origine d'une maladie, ce qui la provoque ou l'entraîne. Exemples : pollution, germes, animaux, champignons, plantes, situations particulières, stress, etc.

Pensée analogique : Système de pensée qui compare une situation connue et concrète à une situation inconnue et abstraite, dans le but d'en tirer des explications.

Pensée déductive : Système de pensée qui envisage les conséquences d'un fait, en partant du général vers le particulier, pour tirer des conclusions.

Pensée dialectique : Système de pensée qui confronte et organise des concepts appartenant à des champs différents. Très utile en interdisciplinarité.

Pensée inductive : Système de pensée qui part du particulier pour trouver une loi générale; elle conduit à des inférences. Très utile en recherche.

Pensée magique* : Croyance erronée que ses pensées, ses mots ou ses actions pourront causer ou empêcher, d'une manière ou d'une autre, par des moyens défiant les lois normales de la causalité, un résultat particulier. La pensée magique peut faire partie du développement normal de l'enfant.

Perception : Processus d'organisation et d'interprétation des informations sensorielles qui nous permet de reconnaître les événements et les objets qui ont un sens (Myers, 1995).

Persévération motrice : Pathologie qui incite la personne à poursuivre le mouvement amorcé sans être capable de l'arrêter. Exemples : se bercer sans arrêt, le collectionnisme.

Peur : Sentiment d'insécurité, émotion ressentie en présence réelle ou imaginée d'un danger. Elle peut être présente à divers degrés : appréhension, crainte, frayeur, effroi, épouvante, terreur.

Phobie* : Peur persistante et irrationnelle d'un objet, d'une activité ou d'une situation (le stimulus phobogène) qui débouche sur un désir irrésistible de l'éviter. Souvent le sujet parvient à éviter le stimulus phobogène ou il affronte celui-ci avec terreur.

Phobogène : Situation qui génère un sentiment de terreur accompagné de sensations physiques pénibles.

Pollakiurie : Miction excessive, fréquente mais peu abondante.

Polyurie : Miction excessive, abondante, anormale (> 2500ml/jour) qui peut être associée à la soif excessive retrouvée dans plusieurs pathologies ou suscitée par des médicaments.

PRN : Du latin 'pro re nata' qui signifie prendre au besoin.

Psychomotricité : Ensemble des fonctions motrices en interaction avec l'activité cérébrale, la vie psychique, affective, intellectuelle et relationnelle, qui permet d'accomplir les activités de la vie.

Psychotique* : Une perte des limites du moi ou une altération importante de l'expérience de la réalité.

Quérulence : Tendance pathologique à un comportement revendicateur. La personne se croit victime de préjudice, d'injustices ou de dommages imaginaires pour lesquels elle réclame réparation.

Récurrent : Persistant, peut devenir chronique et fragilisant avec recours excessif à des soins médicaux.

Reflét : Technique de thérapie qui consiste identifier et à nommer les sentiments de la personne pour l'aider à les reconnaître, vérifier qu'on a bien compris et lui permettre d'accéder à d'autres émotions.

Représentations sexuelles : Elles sont le résultat d'un processus cognitif par lequel une perception ou une image mentale liée à la reproduction et au comportement érotique est présenté à la conscience.

Rétroaction : Aussi appelé « feedback », c'est une réaction, une réponse à une information qui peut en augmenter l'effet, le réduire ou introduire un effet de boucle.

Rumination : En psychologie, c'est l'action de repasser sans fin dans son esprit une idée, un sentiment ou un événement. En médecine, il s'agit d'un trouble alimentaire caractérisé par la régurgitation d'aliments mais sans vomissement.

Scatologie : Perversion sexuelle où la personne trouve son plaisir dans des écrits ou des propos grossiers où il est question d'excréments.

Schéma cognitif : Concepts ou cadres à partir desquels la personne organise et interprète l'information cognitive.

Schéma corporel : Concepts ou cadres à partir desquels la personne organise et interprète la perception de son propre corps.

Sensation : Processus par lequel les récepteurs sensoriels et le système nerveux reçoivent et représentent les énergies du stimulus provenant de notre environnement (Myers, 1995). (ex : le chaud, le froid, etc.).

Sensori-moteur : Fonctions cérébrales référant aux mouvements du regard à la génération de trajectoires dans ses déplacements, à ces stratégies cognitives concernant la mémoire spatiale, à la perception et à l'expression des émotions et des actions chez les autres.

Soi : Concept qui réfère à l'ensemble de nos pensées et de nos sentiments à propos de nous-mêmes. L'estime de soi réfère au sentiment de sa propre valeur; la confiance en soi réfère à la perception de ses propres capacités et habiletés; l'image de soi permet à la personne de se situer par rapport aux autres.

Somatique : Réfère à ce qui est ressenti au niveau corporel.

Stéréotypie : Tendence à répéter les mêmes attitudes, gestes, actes ou paroles. Elle s'apparente à l'échopraxie, à l'écholalie et aux tics.

Stupeur* : Absence de réactivité avec immobilité et mutisme.

Syndrome* : Ensemble de signes et de symptômes reposant sur la fréquence de leur survenue conjointe, ce qui fait évoquer une pathogénie, une évolution, des aspects familiaux ou des choix thérapeutiques sous-jacents communs.

Syndrome crépusculaire : État dû à l'altération du rythme biologique de la personne sur une période de 24 heures. Il est caractérisé par une baisse plus ou moins importante et durable du niveau de vigilance (désorientation, onirisme, amnésie) avec conservation de certains automatismes.

Syndrome pyramidal : Désigne l'ensemble des troubles de la motricité dus à une lésion de la voie pyramidale qui a pour fonction principale d'assurer la motricité par l'intermédiaire de la volonté, d'inhiber le tonus musculaire et les réflexes.

Tachycardie : C'est l'accélération du rythme cardiaque au-dessus de la normale (> 90/mn chez l'adulte).

Tonus musculaire (versus force musculaire) : Le tonus est l'état de tension des muscles qui permet à ceux-ci de réagir aux commandes nerveuses (exemple : garder son équilibre). À ne pas confondre avec la force qui réfère à la puissance et à la robustesse. La personne peut avoir le tonus suffisant pour se maintenir debout avec appui mais ne pas avoir la force nécessaire pour marcher.

Troubles névrotiques : Trouble dans le fonctionnement du système nerveux.

Urophilie : Perversion sexuelle liée à une érotisation anormale des fonctions urinaires.

Valence émotionnelle : Valeur agréable ou désagréable, positive ou négative, attachée aux mots, aux idées, aux objets, aux personnes, aux stimuli.

Vasoconstriction : Diminution du calibre des vaisseaux sanguins par suite de la contraction de leurs fibres musculaires.

Vigilance : Réfère à l'état d'éveil d'une personne consciente des stimuli internes et externes. C'est aussi une attention ou une surveillance soigneuse portée sur quelque chose ou sur quelqu'un.

Visuospatiales : Fonctions cérébrales qui permettent d'analyser et de comprendre l'espace en deux ou trois dimensions grâce au traitement visuel des informations. Les processus concernés sont l'imagerie mentale, l'évaluation des distances, l'évaluation de la profondeur et la construction visuo-spatiale.

Zoophilie : Aussi appelée bestialité, c'est une perversion sexuelle où les rapports sexuels sont orientés vers les animaux.

8. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

Allain P., Kauffman M., Dubas F., Berrut G. & Le Gall D. (2007). *Fonctionnement exécutif et vieillissement normal : étude de la résolution de problèmes numériques*. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, vol. 5, no 4, 315-325.

American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Texte révisé (Washington DC, 2000), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1120 pages.

Antoine P., Antoine c. & Poinso R. (2007). *Détresse du sujet âgé : identification des schémas cognitifs*. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, vol. 5, no 4, 305-314.

Bergeret J. et coll. (1982). Psychologie pathologique. 3^{ème} édition, Masson, Paris.

Bernier J. (2010). Questionnaire d'identification des besoins de formation continue en lien avec la collaboration interprofessionnelle RCPI. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux, CSSS de la Vieille-Capitale.

Botez-Marquard et Boller (2005). Neurologie clinique et neurologie du comportement.

Carton S. (2007). *Conscience et émotion*, Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, vol. 5, no 4, 240-260.

Chassagne P., Idrissi-Kassimy F. & Rigal O. (2008). *Comorbidité et syndromes démentiels*, Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, vol. 6, no 1, 43-48.

Debray & Nollet (2001). Les personnalités pathologiques.

De Brucq H. & Vital I. (2008). *Addictions et vieillissement*, Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement, vol. 6, no 3, 177-182.

Derouesné C. (2009). *La méconnaissance de la maladie ou de ses conséquences dans les affections cérébrales : un phénomène complexe et multidimensionnel*, Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement, vol. 7, no 4, 243-251.

Derouesné C., Baudouin-Madec V., Lacomblez L. (2001). *Apathie et émoussement affectif : actualité et ambiguïtés des concepts*. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, vol. 5, no 46, pp. 5-11.

Freud A. (1946, 1949, 1972). Le Moi et les mécanismes de défense. Presses universitaires de France.

Garnier M. & Delamare V. (1967). Dictionnaire des termes techniques de médecine. Librairie Maloine S.A., Paris.

Hales R.E. & Yudofski S.C., éd. (1987). Textbook of Neuropsychiatry, The American Psychiatric Press Inc., N.W., USA.

Koegel L.K., Liegel R.L. & Dunlap G. (1996). Positive Behavioral Support Including People with Difficult Behavior in the Community. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore, Maryland.

Lalonde P. et coll. (1988). La schizophrénie expliquée. Gaëtan Morin, éditeur, Montréal, P.Q.

Lalonde P., Grunberg F. et coll. (1980, 1983). Psychiatrie clinique : Approche contemporaine, 4^{Ème} édition, Gaëtan Morin, éditeur, Montréal, P.Q.

Myers D.G. (1997). Psychologie, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris.

Robert P. (1988). Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris.

SITES INTERNET

<http://fr.thefreedictionary.com>

<http://fr.wikimediawiki.org>

<http://fr.wikipedia.org/wiki>

<http://www.centre-mosaique.com>

<http://www.definitions-de-psychologie.com>

<http://www.innovation-democratique.org>

<http://www.jle.com>

<http://www.nlm.nih.gov/cgi>

<http://www.phac-aspc.gc.ca>

<http://www.psychomedia.qc.ca>

<http://www.psychoweb.fr>

<http://www.redpsy.com>

<http://www.topsante.com>

<http://www.vulgaris-medical.com>