



**Adies-Soignants de Santé Publique**

## **Module : Soins en Neuro Psychiatrie**

Période : 4<sup>ème</sup> Semestre

Volume Horaire : 15 heures

Coefficient : 01

Nombre d'évaluation : 01

### **Objectifs Pédagogiques :**

Participer à la prise en charge d'un malade atteint d'une affection neuro- psychiatrique.

## LA CEPHALEE

### I/ DEFINITION :

Une céphalée ou mal de tête est une douleur locale ressentie au niveau de la boîte crânienne ou parfois de la nuque. Ces douleurs peuvent être latérales, souvent unilatérales, ou bien diffuses et généralisées. Elles se manifestent de façon très variée par des sensations d'oppression ou de compression, de martellement, enfoncement, brûlure, picotement, fourmillement, écrasement; ainsi qu'une hypersensibilité au bruit et à la lumière.

### II/ Classification

#### *A/ Céphalées primaires*

- Migraines
- Céphalées de tension
- Céphalées en grappe et autres céphalées trigémino-autonomes
- Autres céphalées primaires

#### *B/ Céphalées secondaires*

Céphalées causées par

- un traumatisme crânien ou du rachis cervical
- un trouble vasculaire cérébral ou cervical
- une anomalie intracrânienne non vasculaire
- une substance ou son sevrage
- une infection
- un trouble de l'homéostasie
- des affections du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures du visage ou du crâne
- affections psychiatriques

#### *C/ Névralgies crâniennes, algies faciales centrales et primaires et autres céphalées*

- névralgies crâniennes et causes centrales d'algies faciales
- autres céphalées, névralgies crâniennes, algies faciales centrales ou primaires

## LA NEVRALGIE

### I/ DEFINITION :

- ▣ Une **névralgie** est une affection douloureuse causée par un nerf.

### II/ SYMPTOMES

- ▣ Le principal symptôme est une douleur spontanée ou continue, souvent aiguë, siégeant sur le trajet des nerfs, sans signes extérieurs visibles. En fonction de la douleur, une névralgie peut être qualifiée de "intermittente" ou "incessante".

### III/ CAUSES

Les causes peuvent être

- ▣ une névrite,
- ▣ un traumatisme,
- ▣ une infection (ex: le zona),
- ▣ une maladie systémique (ex: le diabète),
- ▣ une compression (ex: une hernie discale),
- ▣ une inflammation.

## Troubles sensoriels

**Les troubles sensoriels** sont des maladies qui touchent particulièrement les enfants et qui se caractérisent par une réponse exagérée ou absente à un stimuli sensoriel. Ces troubles ont très souvent des répercussions importantes sur la vie quotidienne et le développement de l'enfant. Il existe pourtant des solutions pour prendre en charge ces troubles sensoriels. On vous en dit plus dans notre article.

### Les troubles sensoriels : caractéristiques

*Les troubles sensoriels, appelés parfois « hyperréactivité » ou « hyporéactivité », modifient la perception des stimulations et peuvent toucher un ou plusieurs organes des sens : le nez, les yeux, les oreilles, la langue, l'équilibre, ou la peau dans son ensemble.*

Ces troubles particuliers trouvent leur origine dans le système nerveux central, et en particulier dans l'analyse des signaux de l'environnement et du corps, qui se compose de deux fonctions :

- la modulation, qui permet d'ajuster la réponse du cerveau et du corps à une stimulation : une personne atteinte de trouble sensoriel devient hypersensible ou au contraire hyposensible (le toucher ou les odeurs, par exemple, sont alors vécus comme désagréables ou douloureux, ou avec une totale indifférence) ;
- la conceptualisation sensorielle, c'est-à-dire la capacité à comprendre, interpréter et anticiper les stimulations : une mauvaise compréhension des stimuli peut engendrer des troubles du comportement.

### Caractéristiques des troubles sensoriels

Les troubles sensoriels se caractérisent par une réponse plus rapide, plus longue ou plus intense aux stimulations sensorielles par rapport à d'autres personnes. On trouve d'ailleurs autant de troubles sensoriels qu'il existe de personnes atteintes par ce problème.

Voici quelques exemples de troubles sensoriels : une hypersensibilité au bruit, l'impossibilité de supporter des vêtements sur la peau, une douleur déclenchée par les touches d'un clavier, une hypersensibilité à la lumière, l'impossibilité de reconnaître certains goûts et une insensibilité aux odeurs.

### Que faire en cas de troubles sensoriels ?

Lorsqu'un enfant ou un adulte présente ce type de symptômes, il est essentiel de consulter le médecin traitant, qui recherchera dans un premier temps un problème physique.

Une fois le diagnostic de troubles sensoriels confirmé, une prise en charge avec un psychomotricien est nécessaire. Il pourra réaliser un examen clinique complet des réactions aux différents stimuli sensoriels, ainsi qu'une évaluation des capacités de coordination et de mobilité.

Différentes mesures peuvent être prises pour améliorer les troubles sensoriels :

- un aménagement de l'environnement ;
- l'utilisation d'autres stimuli sensoriels (la vue chez un enfant hypersensible au bruit, par exemple) ;
- une approche psychocorporelle pour aider à développer la coordination ;
- une aide à la gestion du stress (exercices de [relaxation](#) ou de [méditation](#), par exemple).

## L'EPILEPSIE

### I/ DEFINITION :

L'épilepsie est un syndrome caractérisé par la répétition à moyen ou long terme de crises convulsives.

La crise épileptique ou crise comitiale est une perturbation aigue de l'électrogénèse corticale due à une décharge d'électricité massive et rapide d'une population plus ou moins étendue de neurones du cortex cérébral.

### II/ FORMES CLINIQUES

#### Crise d'épilepsie généralisée

La crise d'épilepsie généralisée est une décharge électrique concernant l'ensemble du cortex.

Perte de connaissance immédiate et complète composée de 3 phases :

- Phase tonique (10-20s) :
  - Contraction de tous les muscles.
- Phase clonique (20s) :
  - Apnée avec cyanose.
  - Morsure de langue.
  - Secousses musculaires de l'ensemble du corps.
- Phase révolutive :
  - Relâchement musculaire complet. Perte d'urine.
  - Respiration stertoreuse : respiration bruyante par des ronflements.
  - Retour progressif à la conscience. Amnésie post-critique.

#### Crises d'épilepsie partielle

La crise d'épilepsie partielle est une décharge électrique concernant qu'une partie du cortex.

#### Crises d'épilepsie partielle simple

- Pas d'altération de la conscience. Déviation conjuguée de la tête et des yeux.
- Mouvement tonico-clonique. Paresthésie. Hallucination visuelle ou auditive.

### Crises d'épilepsie partielle complexe

- Altération de la conscience et amnésie de la crise.
- Automatismes alimentaires, gestuels, verbaux.

### Crises de " grand mal "

- Survenue de crises subintrantes d'une durée supérieure à 30 seconds. C'est une urgence.

### Crises de " petit mal "

- Suspension de conscience pendant 5 à 10 secondes. Début et fin brusque.
- Interruption de l'activité en cours. Regard fixe.

## III/ ETIOLOGIES

Les étiologies de la crise épileptique sont différentes en fonction du type de crise.

- Accident vasculaire cérébral.
- Crises partielles dues à un processus focal : tumeur, accident vasculaire, malformation vasculaire, traumatisme crânien.
- Méningite, encéphalite.
- Troubles métaboliques : hypoglycémie, hypercalcémie, hyponatrémie.
- Intoxication cocaïne, alcool, médicaments. Sevrage alcoolique.

## IV/ COMPLICATIONS

- Traumatisme, luxation, plaie, de la langue, déficit post critique.
- Trouble cardiaque : arrêt cardiaque, poussée hypertensive, trouble du rythme.
- Trouble de la ventilation : hypoxie.

## V/ TRAITEMENTS

- Le traitement a un rôle préventif et non curatif.
- Anticonvulsant.

## VI/ SOINS INFIRMIERS

### Conduite à tenir devant une crise épileptique

- Eviter les dangers, **protéger le patient** des dangers, écarter tout objet dangereux.
- Mettre en position latérale de sécurité après la phase tonico-clonique.

- Libérer les voies aériennes, mettre en place une canule de Guedel, surveillance de la respiration, oxygéner.
- Pulsation, tension artérielle, conscience (Score de Glasgow), évaluation des fonctions neurologique.
- Pose d'une voie d'abord veineuse avec un sérum physiologique (pas de sérum glucosé car le glucose peut provoquer un oedème cérébral) : apport hydrique et traitement.
- Après la crise, mettre le patient dans un lit car ressent une grande fatigue. Soins de bouche si morsure de langue. Change si perte d'urines.
- Effectuer une glycémie capillaire.
- Effectuer un bilan sanguin : ionogramme, glycémie, calcémie, recherche de toxique et d'alcoolémie, dosage médicamenteux.
- Effectuer un ECG.
- Prendre rendez-vous EEG.
- Si état de mal : transfert en service de soins intensifs ou de réanimation.

#### Rôle infirmier dans le suivi thérapeutique

- Expliquer l'intérêt des traitements, du respect des horaires de prises, du besoin de régularité.
- Vérifier si la dose est bien adaptée au patient.
- S'assurer de la prise effective du traitement. Ne jamais arrêter le traitement sans avis.
- Apprendre à dépister les innocuités : allergie, somnolence, douleur articulaire, tremblement, céphalées, trouble de l'équilibre.
- Si grossesse, surveillance renforcée de la patiente.

#### Rôle infirmier dans l'aspect socio-éducatif

- S'assurer de la bonne connaissance du diagnostic auprès du patient et de son entourage.
- Veiller à une bonne hygiène de vie : bonne quantité et qualité de sommeil. Ne pas consommer d'alcool et d'excitant.
- Éviter les sports à risques car ils peuvent entraîner une hypoxie.
- Conseiller au patient d'avoir sur lui une carte d'épileptique.

## La maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une maladie du système nerveux qui affecte le mouvement. Elle se développe progressivement, en commençant parfois par un tremblement à peine perceptible d'une seule main. Elle provoque également une raideur ou un ralentissement du mouvement.

La **maladie de Parkinson** est une maladie dégénérative qui résulte de la mort lente et progressive de neurones du cerveau. Comme la zone du cerveau atteinte par la maladie joue un rôle important dans le contrôle de nos mouvements, les personnes atteintes font peu à peu des **gestes rigides, saccadés et incontrôlables**. Par exemple, porter une tasse à ses lèvres avec précision et souplesse devient difficile. De nos jours, les traitements disponibles permettent de diminuer les symptômes et de ralentir la progression de la maladie assez efficacement. On peut vivre avec le Parkinson pendant plusieurs années.

Les troubles liés au **Parkinson** apparaissent le plus souvent vers 50 ans à 70 ans. L'âge moyen d'apparition de la maladie au Canada et en France est de 57 ans. Au début, les symptômes peuvent être confondus avec le **vieillessement** normal de la personne mais au fur et à mesure qu'ils s'aggravent, le diagnostic devient plus évident. Au moment où les premiers symptômes se manifestent, on estime que de 60 % à 80 % des cellules nerveuses de la substance noire (voir encadré) seraient déjà détruites. Ainsi, lorsque les symptômes apparaissent, la maladie a déjà en moyenne 5 à 10 ans d'évolution<sup>35</sup>.

À l'échelle mondiale, la maladie est diagnostiquée chez plus de 300 000 personnes chaque année. Le nombre de cas augmente avec l'âge. On estime qu'à 65 ans, une personne sur 100 serait atteinte, et 2 personnes sur 100 seraient atteintes à 70 ans et plus.

## Causes

Ce qui cause la perte progressive de neurones dans la **maladie de Parkinson** reste inconnu dans la plupart des cas. Les scientifiques s'entendent pour dire qu'un ensemble de facteurs génétiques et environnementaux interviennent, sans toujours pouvoir les définir clairement. Selon le consensus actuel, l'**environnement** jouerait un rôle plus important que l'**hérédité** mais les facteurs génétiques seraient prédominants lorsque la maladie apparaît avant l'âge de 50 ans. Voici quelques facteurs environnementaux mis en cause :

- Une exposition précoce ou prolongée à des **polluants chimiques** ou à des **pesticides**, dont les herbicides et les insecticides (par exemple, la roténone)<sup>14</sup>;
- La MPTP, une **drogue** contaminant parfois l'héroïne, peut causer de manière soudaine une forme grave et irréversible de Parkinson. Cette drogue exerce son effet de manière similaire au pesticide roténone;
- L'intoxication au **monoxyde de carbone** ou au **manganèse**.

Les chercheurs ont également noté que de nombreux changements se produisent dans le cerveau des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, bien que les raisons de ces changements ne soient pas établies. Ces changements incluent:

- La présence de corps de Lewy, qui sont des substances présentes dans les cellules du cerveau (neurones). Les chercheurs pensent que ces corps de Lewy jouent un rôle toxique dans la maladie de Parkinson.
- La présence d'alpha-synucléine dans les corps de Lewy. Bien que de nombreuses substances soient présentes dans les corps de Lewy, les scientifiques estiment que l'alpha-synucléine est une protéine qui joue un rôle néfaste lorsqu'elle est sous une forme agrégée qui ne peut être dissoute par les cellules.

## Evolution et complications possible

pendant de nombreuses années, tandis que d'autres développent des difficultés moteurs plus rapidement. La progression de la maladie de Parkinson varie selon les individus. La maladie de Parkinson est chronique et progresse lentement, ce qui signifie que les symptômes s'aggravent sur plusieurs années.

- Les symptômes moteurs varient d'une personne à l'autre, de même que leur progression.
- Certains de ces symptômes sont plus gênants que d'autres selon qu'une personne fait normalement lors de la journée.
- Certaines personnes atteintes de la maladie de Parkinson vivent avec des symptômes moins handicapant pendant de nombreuses années, tandis que d'autres développent des difficultés moteurs plus rapidement.
- Les symptômes non moteurs varient également d'un individu à l'autre et affectent la plupart des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, quelque soit le stade de la maladie. Certaines personnes atteintes de la maladie constatent que les symptômes tels que la dépression ou la fatigue interfèrent d'avantage avec leurs activités quotidiennes que les problèmes moteurs.

La maladie de Parkinson est souvent accompagnée des problèmes suivants qui peuvent être traitables:

- Difficultés de pensée. L'apparition de troubles cognitifs se produisent généralement dans les derniers stades de la maladie. De tels problèmes cognitifs ne répondent pas très bien aux médicaments.
- Troubles de l'humeur. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson peuvent souffrir de dépression. En bénéficiant d'un traitement contre la dépression, il est plus facile de gérer les autres problèmes de la maladie de Parkinson. D'autres troubles tels que l'anxiété ou la perte de motivation peuvent accompagner la dépression.
- Problèmes de déglutition. La personne a des difficultés à avaler à mesure que son état s'aggrave. La salive peut s'accumuler dans la bouche en raison d'une déglutition lente.
- Troubles du sommeil. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ont souvent des problèmes de sommeil. Elles se réveillent fréquemment la nuit, se réveillent tôt ou s'endorment pendant la journée.
- Incontinence. La maladie de Parkinson peut causer des problèmes de vessie, entraînant une incapacité de contrôler l'urine ou une difficulté à uriner.
- Constipation. Beaucoup de personnes atteintes de la maladie deviennent constipées, principalement du à un tractus digestif plus lent.
- Changement de la pression artérielle, avec des vertiges ou des étourdissements (hypotension orthostatique).
- Troubles de l'odorat. Difficulté à identifier ou différencier certaines odeurs.
- Fatigue. Beaucoup de patients éprouvent de la fatigue, et la cause n'est pas toujours connue.
- Douleur. Beaucoup de personnes atteintes de la maladie souffrent de douleurs, soit dans des zones spécifiques du corps, soit dans tout le corps.
- Dysfonction sexuelle. Certaines personnes atteintes de la maladie rapportent une diminution du désir ou de la performance sexuelle.

## L'ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

### I/ DEFINITION :

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la conséquence d'une baisse du débit sanguin dans le territoire d'une artère cérébrale entraînant une ischémie et donc une hypoxie pouvant évoluer vers la nécrose puis la mort.

On distingue plusieurs types d'accidents vasculaires cérébraux :

- **Accidents ischémiques** (infarctus cérébrale), liés à l'occlusion (par thrombose ou embolie) plus ou moins prolongée d'une artère ou d'une veine cérébrale.
  - *Accidents ischémiques transitoires* : déficit neurologique focal d'origine ischémique et entièrement régressif en moins de 1 heure associé à une IRM (imagerie à résonance magnétique) normal.
  - *Lacunes* : petits infarctus profonds consécutifs à l'occlusion d'une artère perforante.
- **Accidents hémorragiques** (hématome cérébral), liés à la rupture d'une artère ou d'une malformation vasculaire cérébrale, un trouble de la coagulation.

### II/ ETIOLOGIES

- Athérome : infiltration de la paroi de l'artère par des dépôts de cholestérol, de fibrine, de calcium et de cellules inflammatoires qui épaissit cette paroi puis rétrécit la lumière de l'artère.
- Embolie.
- Dissections artérielles : il s'agit du clivage de la paroi artérielle par un hématome pariétal lequel peut être favorisé par un traumatisme ou survenir le plus souvent spontanément.

### III/ FACTEURS DE RISQUES

Les principaux facteurs de risque de la survenue d'un accident vasculaire cérébral sont :

- L'hypertension artérielle.
- Le tabac (facteur de risque de l'athérosclérose carotidienne)
- L'hypercholestérolémie.
- Le diabète.
- L'alcoolisme chronique.

#### *Soins en neuropsychiatrie*

- Les contraceptifs oraux.

### IV/ SIGNES CLINIQUES

- **Troubles moteurs** : hémiplégie, ataxie (trouble de la coordination), dysphagie.
- **Troubles sensoriels** : paresthésie, hémiparésie.
- **Troubles visuels** : hémianopsie latérale homonyme (perte d'une moitié du champ visuel homonyme), diplopie (vision double).
- **Troubles du langage** : aphasie, dysarthrie (trouble de l'articulation de la parole).
- **Troubles cognitifs** : perte de mémoire, baisse du champ d'attention de la capacité de concentration, et de l'acuité mentale.
- **Troubles émotionnels** : perte de la maîtrise de soi, dépression, peur, repli sur soi.

### V/ EXAMENS COMPLIMENTAIRES

- Scanner cérébral sans injection de produit de contraste : plage sombre (hypodensité) pour l'ischémie ; plage blanche (hyperdensité) pour l'hémorragie cérébrale.
- E.C.G. : recherche cardiopathie emboligène.
- Radiographie thoracique.
- Bilan sanguin : NFS, plaquette, TP, TCA, ionogramme, glycémie, urée, créatinine, enzymes.
- Echo-doppler cervical : recherche lésions athéromateuses ou signe de dissection.
- Echographie cardiaque transthoracique : recherche cardiopathie emboligène.
- Angiographie à résonance magnétique.

### VI/ COMPLICATIONS

- Hypertension intracrânienne : se manifeste par des troubles de la conscience, céphalées, nausées, bâillements.
- Vasospasme : réaction inflammatoire de l'artère au contact d'une hémorragie méningée.
- Crises comitiales : peuvent aggraver le déficit focal, les troubles de conscience, les troubles de déglutition.

- Trouble de la déglutition.
- Pneumopathies : dues aux troubles de la déglutition : troubles respiratoires avec encombrement bronchique.
- Thrombose veineuse périphérique.

## VII/ SOINS INFIRMIERS

- Position demi-assise ou légèrement surélevé, repos strict au lit : maintenir une perfusion cérébrale correcte en limitant la pression intracrânienne.
- Assurer une bonne ventilation (enlever l'appareil dentaire).
- **Surveillance des paramètres neurologiques :**
  - Conscience : ordres simples, questions temporo-spatial.
  - Mouvement des 4 membres.
  - Evaluer la tonicité : flasque (hypertonie) / spastique (hypotonie).
  - Réaction au stimuli : chaud / froid.
  - Orientation temporo-spatial.
  - Réflexe pupillaire.
- **Altération de la mobilité physique :**
  - Surélevé le bras hypotonique pour éviter l'œdème et l'algo-neuro-dystrophie.
  - Mettre le membre inférieur en alignement du corps pour éviter les positions vicieuses.
  - Mettre écharpe ou attelle de posture au membre supérieur autour du bras hémiplegique quand le patient est au fauteuil pour éviter l'hypertonie.
  - Mettre les objets à portée de mains.
- **Déficit en auto-soins :**
  - Toilette, change fréquent.
  - Proposer bassin.
- **Risques de troubles de la déglutition :**
  - Peut entraîner une broncho-pneumopathie de déglutition.
  - Evaluer la conscience et la vigilance.
  - Vérifier réflexe de la déglutition et surveiller si nausées.

- Essayer de faire avaler une crème ou une eau gélifiée sur prescription médicale.
- **Risques de troubles de la conscience ou de la vigilance :**
  - Surveiller l'état de conscience toutes les 2 heures.
  - Surveiller le réflexe pupillaire.
  - Surveiller l'apparition de céphalée.
  - Evaluer le score de Glasgow.
  - Noter si le patient répond ou non aux ordres simples.
  - Noter s'il y a une relation sociale normale.
- **Risques infectieux :**
  - Trouble de la déglutition favorise les infections pulmonaires : aspiration, oxygène.
  - Si incontinent risque de rétention urinaire et donc infections urinaires : surveiller la diurèse, présence d'un globe vésical.
  - Surveiller l'état cutané. Prise de la température.
- **Altération de la communication verbale :**
  - Noter si le patient parle, s'il est aphasique ou dysarthrique.
  - Utiliser la communication non verbale, des moyens écrits ou des images.
  - Faire répéter en commençant par la première syllabe sans fatiguer le patient.
  - Faire appel à un orthophoniste pour la rééducation verbale suite aux aphasies.
- **Risques de troubles de l'élimination :**
  - Surveillance de la diurèse. Feuille de bilan entrée / sortie.
  - Faire une rééducation vésicale dès que le patient peut comprendre en lui présentant le bassin toutes les 3 heures.
  - Surveiller les dates des selles. Alimentation riche en fibres.
- **Risque d'anxiété :**
  - Etablir une relation d'aide, parler au patient même s'il ne peut pas répondre.
  - Lui expliquer le programme de sa rééducation et les progrès qu'il peut en espérer.
  - Faire appel à un psychologue si besoin et discuter avec le médecin d'un éventuel traitement antidépresseur.
- **Risques thromboemboliques :**

- Surveiller les signes : dissociation pouls / température, diminution du ballonnement du mollet, rougeur, chaleur, douleur.
- Traitement anticoagulant.
- Mobiliser, surélever les membres.

## VIII/ TRAITEMENTS

- Anti-agrégant plaquettaire et anti-coagulants en prévention des récides..
- Fibrinolyse : dissolution du caillot de fibrine par fibrinolytiques.
- Equilibre hydroélectrolytique : la déshydratation entraîne une hypoperfusion cérébrale.
- Oxygénothérapie en cas de trouble respiratoire avec hypoxémie.
- Traitement de l'hypertension artérielle : anti-hypertenseur.
- Traitement des hyperglycémies : aggrave et risque l'extension de la nécrose.
- Traitement diurétique ou osmotique en cas de risque d'hypertension intracrânienne.
- Traitement des crises d'épilepsie.
- Traitement des pneumopathies de déglutition par antibiotiques après hémocultures.
- Traitement préventif des thromboses veineuses profondes.
- Rééducation : kinésithérapie, orthophonie.
- Soutien psychologique du patient et de la famille par rapport à l'handicap.

## LA PARALYSIE

### I/ DEFINITION :

- ▣ La **paralysie** ou **plégie** est une perte de motricité par diminution ou perte de la contractilité d'un ou de plusieurs muscles, due à des lésions de voies nerveuses ou des muscles : si le phénomène est incomplet, on parle de *parésie*. Les paralysies d'origine nerveuse sont centrales ou périphériques. Quelques maladies métaboliques du système musculaire peuvent être responsables de paralysies sans lésion nerveuse ni musculaire (myasthénie).

### II/ IMPORTANCE DE LA PARALYSIE

Le degré de paralysie se cote de 0 à 5 (selon Daniels & Worthingham) :

- ▣ 0 : aucune contraction (paralysie totale ou plégie) ;
- ▣ 1 : contraction visible n'entraînant aucun mouvement ;
- ▣ 2 : contraction permettant le mouvement en l'absence de pesanteur ;
- ▣ 3 : contraction permettant le mouvement contre la pesanteur ;
- ▣ 4 : contraction permettant le mouvement contre résistance ;
- ▣ 5 : force musculaire normale.

### III/ LES FORMES DE LA PARALYSIES

- ▣ Formes systématiques d'origine neurologique On distingue les paralysies d'origine centrale, dues à une lésion au niveau du cerveau, du tronc cérébral ou de la moelle épinière :
- ▣ hémiplégie, proportionnelle si elle touche de façon comparable l'ensemble d'un hémicorps, ou non proportionnelle ;
- ▣ paraplégie ;
- ▣ quadriplégie (ou tétraplégie) ;
- ▣ et les paralysies d'origine périphérique, dues à l'atteinte d'une ou plusieurs racines, ou bien d'un ou plusieurs nerfs, par exemple :
- ▣ paralysie radiale ;
- ▣ paralysie du nerf médian (comme dans le syndrome du canal carpien).
- ▣ Formes d'origine psychodynamique Les paralysies fonctionnelles affectent des mouvements coordonnés pour réaliser un type d'action déterminé : par exemple l'astésie-abasie (trouble de la marche et de la station debout, mais permettant d'autres mouvements en dehors de la marche).

## LE COMA

### I/ DEFINITION :

Le coma est une altération aigue ou sub-aigue du fonctionnement des structures cérébrales qui assurent la vigilance et le comportement conscient.

La vigilance est la réactivité du patient, c'est l'éveil comportemental.

La conscience est la connaissance de soi même et de l'environnement que l'on peut tester par des stimuli adéquat.

### II/ SIGNES CLINIQUES

#### Examen neurologique

- Conscience : score de Glasgow : réponse verbal, ouverture des yeux, réponse motrice. Se fait après normalisation de l'état hémodynamique et ventilatoire et avant sédation.
- Réflexe pupillaire : abolie (affection lésionnelle du système nerveux central ; conservé (coma métabolique).
- Réflexe oculaire : lors du déplacement de la tête, les yeux se déplacent de façon conjuguée dans le sens opposé si le tronc cérébral est intact.
- Réflexe cornéen.
- Fonction motrice.

| Echelle de Glasgow |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| Ouverture des yeux |                                     |
| 4                  | Spontanée                           |
| 3                  | A la demande                        |
| 2                  | A la douleur                        |
| 1                  | Aucune                              |
| Réponse verbale    |                                     |
| 5                  | Orientée                            |
| 4                  | Confuse                             |
| 3                  | Inappropriée                        |
| 2                  | Incompréhensible                    |
| 1                  | Aucune                              |
| Réponse motrice    |                                     |
| 6                  | A la demande verbale                |
| 5                  | Orientée à la douleur               |
| 4                  | Réaction d'évitement                |
| 3                  | Flexion-décortication stéréotypée   |
| 2                  | Extension-décérébration stéréotypée |
| 1                  | Aucune                              |

## LES NEVROSES

En psychiatrie et en psychopathologie psychanalytique, le terme névrose désigne des troubles psychiatriques sans lésion organique démontrable. Le sujet reste conscient de sa souffrance psychique et vit dans la réalité.

### I/ La névrose d'angoisse

La crise d'angoisse associe un fond anxieux chronique intercritique, des crises d'angoisses paroxystique sans facteurs déclencheurs. Il y a une absence de symptômes phobiques, obsessionnels ou hystériques prévalents.

### II/ La névrose hystérique

L'hystérie est une affection aux manifestations cliniques polymorphes et réversibles, caractérisée par l'expression symbolique de conflits psychiques inconscients sous forme de symptômes corporels et/ou psychiques variés, paroxystiques ou plus ou moins durables.

La personnalité de l'hystérique est caractérisé par :

- La psychoplasticité : son psychisme est modulable, influençable.
- La suggestibilité.
- La formation imaginaire de son personnage : imagination très productive.
- En modifiant l'environnement, on modifie le symptôme.

### III/ La névrose obsessionnelle

L'obsession est une idée, un sentiment ou une image s'imposant de manière répétée et incohérent à l'esprit du sujet.

- Les obsessions typiques
- L'obsession phobique
  - Le patient est obsédé par une idée phobogène qui l'inquiète.
  - Le plus souvent, il s'agit de la phobie de la saleté, ou de la phobie du contact avec des matières et des objets souillés ou contaminés. Le patient a alors des compulsions de lavage et de nettoyage incessant.
- L'obsession impulsive
  - Il s'agit de la crainte obsédante d'être poussé de façon impulsive à commettre contre son gré des actes absurdes, sacrilège (prononce des mots sacrilège en passant devant une église) ou criminel (blesser un individu, pousser quelqu'un sous le métro, se jeter par la fenêtre)

- Les comportements agressifs ne sont, en pratique, jamais réalisés.
- L'obsession idéative
- Le patient est assiégé d'idées préoccupantes relatives au besoin d'ordre et de perfection, ou de rumination mentales interminables de pensées liées à des idées, des mots, des chiffres, des noms d'objets.

#### IV/ La névrose phobique

La névrose phobique est dû à une prédominance de l'angoisse, qui est focalisé sur des choses extrêmement concrètes : sur des personnes, des objets, des lieux, ou des actes devenant l'objet d'une terreur paralysante. C'est la crainte angoissante déclenchée par la présence de choses n'ayant pas un caractère dangereux.

La phobie n'existe que lorsque le sujet est confronté à l'objet ou à la situation phobogène.

##### Les phobies d'espaces

- Agoraphobie : peur des grands espaces.
- Claustrophobie : peur des espaces clos.

Il y a deux techniques pour éviter cette peur :

- L'évitement.
- Le subterfuge : la personne se fait accompagner ou utilise un objet qui la rassure.

##### Les phobies sociales

La phobie sociale est la peur du contact humain, qu'il soit physique (peur de toucher) ou relationnel (peur de parler).

Comme stratagème d'évitement, les femmes utilisent du maquillage accentué.

##### Les phobies d'objet

La phobie d'objet est la peur persistante face à un stimulus déterminé, objet ou animaux. L'exposition au stimulus phobogène provoque quasi systématiquement une réaction anxieuse immédiate.

##### Autres phobies

- Nosophobie : peur d'être atteint d'une maladie, évite les hôpitaux, les malades, hypocondriaque.
- Dismorphobie : conviction de posséder une partie du corps disgracieuse.
- Phobie d'impulsion : crainte angoissante d'accomplir un acte en présence de l'objet permettant d'accomplir cet acte (les couteaux).

## LA PSYCHOSE

### I/ DEFINITION :

La psychose est une affection mentale dont le malade n'est que partiellement conscient et qui altère son sens de la réalité.

- Etat psychotique aigu : bouffée délirante aiguë.
- Etat psychotique chronique : schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique.

### II/ SYMPTOMES

Les symptômes de la psychose sont :

- Le délire.      L'autistique.      La dissociation psychique.      L'apragmatisme.

#### Le délire

Le délire est une croyance erronée en contradiction avec la réalité. Dans un contexte de trouble de la conscience, c'est l'objet d'une conviction inébranlable qui s'impose comme une évidence.

Il se caractérise par sa structuration, ses thèmes et son mécanisme.

- Sa structuration : le délire peut être ou non structuré, incohérent.
- Ses thèmes : idée de persécution, de grandeur (richesse, mission, filiation royale), d'influence (est sous l'emprise d'une force extérieure), de jalousie, idée mystique, indignité, dépréciation, incurabilité, négation d'organes.
- Son mécanisme :
  - Phénomène perceptif : hallucination (perception sans objet).
  - Phénomène idéatoire : mécanisme interprétatif, mécanisme imaginatif.

L'autistique On observe une attitude de retrait majeur, un repli sur soi.

#### La dissociation psychique

La dissociation psychique est la perte d'unité de la personne, perte de la cohérence de la personnalité.

- Dissociation de la pensée : ralentie, suspendue.
- Dissociation affective : angoisse, ambivalence, indifférence à autrui, froid dans le contact, insensible.
- Dissociation comportementale : indécision dans le geste, refuse le contact.

#### L'apragmatisme

- Le patient est très peu motivé à cause de la maladie qui altère l'envie de faire des choses, de s'activer, et l'envie de ne rien faire