

psychiatry a clinical handbook

by M Azam, M Qureshi and D Kinmair · Language: FR

Summary by booksummaryai.com —

<https://booksummaryai.com/country/fr/psychiatry-a-clinical-handbook-resume>

Summary

En 60 secondes

C'est un manuel clinique conçu pour rester à portée de main dans le service, et non sur une étagère. Il montre pas à pas comment recueillir l'anamnèse psychiatrique, examiner l'état mental et structurer un diagnostic avant tout choix de médicament. Il couvre ensuite les principaux troubles — psychotiques, thymiques, anxieux, liés aux substances — avec les signes qui permettent de les distinguer et les traitements qui s'ensuivent. Les derniers chapitres traitent des urgences, des traitements somatiques et du cadre juridique régissant les soins sans consentement.

Pourquoi le lire

Les étudiants en médecine et les jeunes médecins qui découvrent la psychiatrie ont besoin d'un livre qui leur dise quoi faire concrètement au lit du malade. Celui-ci condense la technique d'entretien, l'examen de l'état mental, la classification et la prise en charge sous une forme révisable la veille d'une visite en service. Il sera aussi utile aux infirmiers, aux psychologues et aux proches qui veulent une carte claire de la façon dont les psychiatres raisonnent.

Les idées clés

Le diagnostic commence par l'entretien, pas par le bloc d'ordonnances

Imaginez un jeune médecin face à un patient en détresse dans une consultation externe surchargée, ne sachant par où commencer. La réponse du manuel est une séquence disciplinée : établir le contact, recueillir une anamnèse complète couvrant le motif de consultation, les antécédents psychiatriques et médicaux, l'histoire familiale et personnelle, puis réaliser un examen de l'état mental. Le résultat est un tableau structuré qui peut être communiqué aux collègues et défendu en staff clinique.

La psychiatrie ne dispose d'aucun test sanguin pour la plupart de ses diagnostics, si bien que l'entretien est l'instrument. Une anamnèse bâclée produit un diagnostic erroné qu'aucun scanner ne corrigera. L'insistance du manuel sur une séquence fixe n'est pas de la bureaucratie ; c'est la seule façon pour deux cliniciens différents de parvenir à la même conclusion sur le même patient.

À essayer: Entraînez-vous à rédiger de mémoire une anamnèse psychiatrique complète — du motif de consultation à l'introspection — jusqu'à ce que la séquence devienne automatique.

L'examen de l'état mental est l'examen physique de la psychiatrie

Un patient assis dans le cabinet répond calmement aux questions, mais l'observateur entraîné relève un affect plat, une parole ralentie et un contact visuel pauvre. Le manuel apprend aux lecteurs à consigner l'apparence, le comportement, la parole, l'humeur, la forme de la pensée, le contenu de la pensée, la perception, la cognition et l'introspection, dans cet ordre. Le résultat écrit est un instantané qui permet au clinicien suivant de voir le patient exactement comme l'a vu le premier.

La médecine se fie aux signes mesurables ; l'équivalent en psychiatrie est l'examen systématique de l'état mental. Sans lui, les impressions restent vagues et ne peuvent être comparées dans le temps. Avec lui, « le patient semblait déprimé » devient un ensemble documenté de constatations qui peuvent s'améliorer, s'aggraver ou répondre au traitement en des termes observables.

À essayer: La prochaine fois que vous décrivez l'humeur d'une personne, forcez-vous à nommer séparément l'apparence, la parole et le contenu de la pensée au lieu d'un seul adjectif vague.

Psychose : reconnaître hallucinations, délires et trouble de la pensée

Un jeune homme est amené par sa famille après des semaines à se parler à lui-même et à refuser une nourriture qu'il croit empoisonnée. Le manuel expose les symptômes de premier rang qui orientent vers la schizophrénie : pensées audibles, voix qui discutent ou commentent, perception délirante et vécus de passivité, auxquels s'ajoutent des symptômes négatifs tels qu'un affect émoussé et un retrait social. Le résultat est une identification précoce et un traitement antipsychotique avant que la maladie ne s'installe.

La schizophrénie se définit par le profil des symptômes, non par leur caractère étrange. La valeur du manuel est d'enseigner quels vécus ont un poids diagnostique et lesquels sont des leurres. Reconnaître les symptômes négatifs compte autant que les symptômes positifs spectaculaires, car ce sont eux qui engendrent l'invalidité à long terme et exigent une prise en charge différente.

À essayer: Apprenez la liste des symptômes de premier rang suffisamment bien pour les cocher mentalement lors de tout entretien psychiatrique.

Dépression et manie : deux pôles, deux traitements différents

Une femme qui n'a pas dormi depuis des jours, dépense sans compter et parle trop vite pour être interrompue est évaluée au regard des critères de manie du manuel, tandis qu'une autre patiente à l'humeur basse, rongée par la culpabilité et réveillée dès le petit matin correspond à un épisode dépressif majeur. Les chapitres séparent les deux pôles du trouble de l'humeur et exposent les antidépresseurs pour l'un, les thymorégulateurs pour l'autre, avec le danger que les antidépresseurs seuls puissent précipiter une manie.

Les troubles de l'humeur se situent sur un spectre, mais les décisions thérapeutiques dépendent de l'identification correcte du pôle. Administrer un antidépresseur à un patient bipolaire peut le basculer dans la manie, c'est pourquoi le manuel insiste sur la recherche d'épisodes passés d'humeur élevée avant de traiter une dépression apparente. La question diagnostique « y a-t-il jamais eu un épisode d'exaltation ? » change toute la prescription.

À essayer: Lors de l'évaluation d'une humeur basse, demandez toujours explicitement s'il y a eu des périodes passées d'humeur élevée, de besoin réduit de sommeil et de dépenses impulsives.

Les troubles anxieux et leurs déguisements somatiques

Une patiente arrive dans un service de cardiologie convaincue de faire des crises cardiaques ; les examens sont normaux et elle finit par être adressée en psychiatrie avec un trouble panique. Le manuel décrit les crises de panique, l'anxiété généralisée, les phobies et le trouble obsessionnel-compulsif, en insistant sur les symptômes physiques - palpitations, sueurs, essoufflement - qui envoient les patients vers toutes les spécialités sauf la psychiatrie d'abord. Le résultat : un diagnostic correct après des mois d'investigations inutiles.

L'anxiété parle à travers le corps. Comme les symptômes autonomes sont bien réels, patients et médecins cherchent d'abord des explications cardiaques, respiratoires ou gastro-intestinales. Le manuel apprend aux cliniciens à reconnaître le schéma d'une peur épisodique ou persistante et à nommer le trouble, car le nommer ouvre la porte à la thérapie cognitivo-comportementale et à un traitement médicamenteux spécifique.

À essayer: Si des investigations médicales répétées reviennent normales mais que la détresse persiste, songez à demander directement s'il y a des crises de panique et un comportement d'évitement.

Conduites addictives : l'anamnèse sans jugement

Un homme admis pour un motif sans rapport devient agité et tremblant le deuxième jour ; les chapitres du manuel sur l'alcool et les drogues expliquent les syndromes de sevrage, le delirium tremens et l'anamnèse structurée nécessaire pour quantifier la consommation. Le résultat : la reconnaissance que l'hospitalisation médicale masque une dépendance qui exige son propre plan de traitement.

Les problèmes de substances se cachent derrière d'autres diagnostics et ils font surface au pire moment - pendant le sevrage dans un service de médecine générale. Le manuel insiste sur une anamnèse quantifiée et sans jugement : quoi, combien, à quelle fréquence, depuis combien de temps. Cette précision détermine si le patient a besoin d'une cure de sevrage, d'un traitement de substitution ou d'un suivi psychiatrique, et elle le protège des dangers d'un sevrage brutal.

À essayer: Prenez une anamnèse alcoolique précise en unités par semaine plutôt qu'avec des termes vagues comme « un peu buveur ».

Psychiatrie de l'enfant : le jeune patient est un patient familial

Une mère amène son enfant de huit ans qui ne tient pas en place en classe et a été exclu deux fois ; les chapitres du manuel consacrés à l'enfant couvrent le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, le trouble des conduites, les troubles émotionnels et le contexte développemental dans lequel ils apparaissent. Le résultat : une évaluation qui inclut les bulletins scolaires et la dynamique familiale, et pas seulement l'enfant isolé.

Les enfants se présentent rarement d'eux-mêmes ; ils arrivent parce que les adultes autour d'eux peinent à faire face. L'évaluation doit donc recueillir des informations auprès des parents et des enseignants, et le traitement signifie souvent travailler avec la famille et l'école. La section du manuel consacrée à l'enfant rappelle aux cliniciens que les symptômes d'un enfant se lisent sur une échelle développementale - ce qui est normal à quatre ans est pathologique à quatorze.

À essayer: Quand le comportement d'un enfant est le motif de consultation, demandez le témoignage d'un enseignant avant de vous forger une opinion.

Psychopharmacologie : connaître le médicament avant de le prescrire

Un patient sous antipsychotique développe une raideur et une agitation ; la section de pharmacologie du manuel explique les antipsychotiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs et les anxiolytiques, leurs profils d'effets indésirables et les syndromes spécifiques - effets extrapyramidaux, toxicité du lithium, excès de sérotonine - qui s'ensuivent. Le résultat : un médecin qui repère tôt les effets indésirables et ajuste le traitement au lieu d'ajouter des médicaments pour traiter les effets indésirables d'autres médicaments.

Les médicaments psychiatriques agissent en semaines, pas en heures, et leurs effets indésirables apparaissent souvent avant leurs bénéfices. Connaître le calendrier attendu et les effets indésirables caractéristiques de chaque classe, c'est ce qui distingue une prescription assurée d'un bricolage anxieux. Le manuel traite la pharmacologie comme une compétence clinique, non comme une chimie à mémoriser.

À essayer: Avant de prescrire tout médicament psychiatrique, notez ses trois effets indésirables les plus fréquents et celui, dangereux, qu'il faut surveiller.

Psychological treatments: drugs are not the only tool

A patient with mild depression does not want tablets; the handbook's psychotherapy section outlines supportive therapy, cognitive behavioural therapy, and brief dynamic approaches, and when each is appropriate. The outcome is a treatment plan matched to the patient's preference and the disorder, with psychological treatment as a first-line option rather than a fallback.

For many conditions - mild depression, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder - structured psychological treatment is as effective as medication, and sometimes more durable. A clinician who cannot describe what CBT involves, or who dismisses talking therapies, offers patients half the available toolkit. The handbook insists both modalities belong in the same treatment plan.

À essayer: Learn the basic CBT model - thoughts, feelings, behaviour reinforcing each other - well enough to explain it to a patient in two minutes.

Psychiatric emergencies: when minutes matter

A patient is found in the ward bathroom after a serious overdose attempt; the handbook's emergency chapters cover suicide risk assessment, violent behaviour, and acute agitation, giving a sequence for immediate action. The outcome is a structured response - secure the environment, assess risk, decide on level of observation - rather than paralysed improvisation.

Emergencies strip psychiatry down to its essentials: is this person safe, and what must happen in the next hour? The handbook's value is rehearsing those decisions in advance, because risk assessment done calmly follows a pattern that cannot be reconstructed under panic. Every clinician should know the immediate steps before they need them.

À essayer: Rehearse the immediate steps for a suicide risk assessment - direct questions about intent, plan, means, and past attempts - so they come out automatically.

Organic psychiatry: the mind that has a physical cause

An elderly woman is brought in confused and agitated; the handbook's organic chapters cover delirium, dementias, and psychiatric presentations of physical illness, insisting on examination and investigation before assuming a functional disorder. The outcome is a treatable cause - infection, metabolic disturbance, medication effect - identified rather than missed behind a label of 'confusion'.

The handbook's most repeated warning is that a psychiatric presentation can be the face of physical disease. Delirium is the classic case: acute onset, fluctuating consciousness, and often full reversibility if the underlying cause is treated. Assuming every psychosis is schizophrenia, or every confusion is dementia, is the error this section exists to prevent.

À essayer: In any acute confusion, check for infection, metabolic disturbance, and new medications before settling on a psychiatric label.

Law and ethics: compulsory treatment has rules

A patient with acute psychosis refuses all treatment and his family is desperate; the handbook's legal chapters explain the framework for compulsory admission and treatment, the criteria that must be met, and the safeguards protecting patient rights. The outcome is care that is both lawful and accountable, with the patient's liberty restricted only under defined conditions.

Psychiatry is the only medical specialty that can treat people against their will, which is why the legal framework is not an appendix but a core clinical skill. Knowing the criteria for compulsory admission, the time limits, and the appeal rights of patients is as essential as knowing drug doses. The rules protect patients from arbitrary detention and doctors from acting outside the law.

À essayer: Learn the criteria and time limits for compulsory admission in your jurisdiction before you are in a situation that needs them.

Limites

Un manuel condense par nature, aussi les lecteurs qui veulent approfondir la théorie de la psychothérapie, la psychiatrie culturelle ou les preuves issues de la recherche devront se tourner vers des ouvrages plus volumineux. Les posologies et les cadres juridiques sont propres à une époque et à une juridiction données et doivent être vérifiés auprès des recommandations locales en vigueur avant tout usage clinique. Les systèmes de classification évoluent également, de sorte que certains regroupements diagnostiques peuvent ne pas correspondre aux éditions les plus récentes des manuels internationaux. C'est un compagnon pour la pratique, non un substitut à l'expérience clinique supervisée.

En une phrase

La psychiatrie est une discipline d'observation structurée — anamnèse, état mental, diagnostic, traitement, droit — et ce manuel enseigne chaque étape dans l'ordre où le clinicien en a réellement besoin.

Pour qui

Les étudiants en médecine, les jeunes médecins et les internes qui préparent des visites en service ou des examens de psychiatrie y trouveront un compagnon pratique et révisable. Les infirmiers, les professionnels paramédicaux et les familles averties qui veulent comprendre comment les psychiatres évaluent et traitent y gagneront aussi.