2011-02-11 MEL

Rapport d’évaluation dicté le 11 février par Maryse Turcotte, résidente, au nom du Dr Guy Lanctot.

Nom de la pte : Sabrina Simard,

Dn : 24 janvier 1975

# dossier : 0431547

Il est à noter que les informations contenues dans ce rapport proviennent de données recueillies au guichet d’accès en santé mentale CSSS ainsi qu’au cours de l,entretien en date du 7 février 2011 avec madame

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ID :

Il s’agit d’une femme de 36 ans, célibataire et sans enfant. Elle vit seule dans une maison bi-génération dont l’étage supérieur est habité par ses parents, et possède un chien doberman comme animal de compagnie. Madame est infirmière à l’Hôtel-Dieu de Québec mais en arrêt de travail depuis octobre 2010 pour une durée indéterminée.

RC :

Madame Sabrina Simard est référée au MEL par le Dr Gilles Langevin, médecin de famille à la Clinique médicale Courville, qui désire un avis quant au diagnostic psychiatrique et au traitement approprié pour cette patiente. La demande date du 2 décembre 2010. Madame relève du CLSC Orléan.

Madame est en accord avec cette évaluation et dit consulter dans le contexte où elle présente des difficultés croissantes à « être entourée de gens », ce qui a des répercussions majeures au travail et dans sa vie personnelle. Elle souligne avoir « l’impression de devenir folle et d’être hors contrôle ». Madame dit également prendre des antidépresseurs sans avoir toutefois l’impression d’être en dépression majeure. Sa demande est de clarifier sa condition psychiatrique et d’ajuster sa médication en conséquence.

ATCD personnels psychiatriques :

Madame n’a aucun épisode d’hospitalisation en psychiatrie dans le passé. Sa prise en charge médicale est assurée par son médecin de famille, le Dr Gille Langevin, et elle a une travailleuse sociale au CLSC Maizeret. Madame a été référée au Guichet unique mais elle a préféré décliner l’offre des rencontres de groupes proposées.

En 2008, elle a été traitée par son ancien médecin de famille Dr Ferron pour une dépression majeure. Les symptômes avaient débuté suite à un événement tragique survenu au travail en 2007, soit le décès d’une des patientes de madame par brûlure accidentelle. Une hypothyroïdie décompensée avait également été révélée et prise en charge du côté médical.

Du point de vue psychiatrique, un essai de traitement au Celexa s’est révélé non efficace et a été remplacé par de l’Effexor à doses allant jusqu’à 262,5 mg die pour une durée de 8 mois et cessé ensuite. Ce changement de médication faisait suite à l’avis d’un psychiatre auquel avait fait appel son médecin de famille. C’est la seule consultation en psychiatrie de madame dans le passé.

Au dossier médical il est fait mention de traits schizoïdes. L’évaluation de madame isabelle Rancourt au CLSC soulève aussi l’hypothèse d’un TDAH, pour lequel madame prend du Concerta depuis janvier dernier.

L’entretien avec madame révèle un trouble des comportements alimentaires vers l’âge de 15 à 16 ans, où elle restreignait ses apports alimentaires jusqu’à 250 calories par jour, sans autre élément purgatif (pas de compulsion sportive, pas de vomissement, pas de médicaments). Elle a alors atteint un poids de 90 livres et présenté une absence de menstruations durant une année. Le tout semble compatible avec un diagnostic d’anorexie mentale pour lequel elle n’a pas consulté.

ATCD de tentative de suicide ou d’automutilation :

Madame n’a jamais commis de tentative de suicide. Toutefois, elle a présenté un premier geste d’automutilation (égratignures avec ses ongles sur les cuisses) alors qu’elle avait 10 ans, rapportant avoir été « méchante envers une personne ». Il n’y a eu aucun autre geste jusqu’à récemment, madame décrivant des moments de crise au cours desquels elle se cogne contre les murs ou des objets, allant même à se brûler avec un fer plat à une reprise.

ATCD familiaux psychiatriques :

Dans la famille maternelle, il y a des antécédents de dépression. Elle décrit aussi une tante ainsi que sa grand-mère comme étant « folles ». Madame ne peut préciser davantage mais selon elle ce serait en en lien avec une histoire de pédophilie, précisant par ailleurs n’avoir elle-même subi aucun abus. Madame ajoute qu’une autre tante a fait 2 tentatives de suicide et qu’un cousin de sa mère est décédé par suicide. Il y a également une problématique de toxicomanie chez certains de ses oncles et cousines. Du côté paternel, elle mentionne que son père est anxieux et qu’il n’y a pas d’autre problème de santé mentale dont elle soit au courant.

ATCD judiciaires : aucun.

ATCD médicaux :

Madame est traitée depuis l’âge de 16 ans pour une hypothyroïdie. Elle présente aussi une hypertension artérielle récente et non traitée, qui selon madame est en lien avec la prise de poids des derniers mois.

Il n’y a pas de trauma crânien, d’épilepsie ni d’histoire de perte de conscience.

Habitus :

Madame ne fume pas, consomme très rarement de l’alcool et ne prend aucune drogue. Elle dit avoir fait l’essai de hash, de cannabis et de cocaïne vers l’âge de 18 ans de façon ponctuelle et pour une courte période.

Elle ne consomme pas de produit naturel ni en vente libre, ne boit pas de café mais avait l’habitude de boire une boisson énergisante le matin au travail.

La médication actuelle de madame est prescrite par son médecin de famille. Depuis janvier 2011 il y a eu introduction d’une nouvelle médication soit le Cipralex 20 mg die, qui a permis d’améliorer les symptômes anxieux et impulsifs, ainsi que du Concerta 27 mg die, l’effet bénéfique se traduisant par une hausse de l’énergie.

Au dossier de décembre 2010, il apparait que madame prend de l’Effexor XR 225 mg die, du Rivotril 0,5 mg au besoin à raison de 2 à 3 comprimés die et du syntroïd.

Hx longitudinale :

Enfant unique, elle se décrit solitaire et dit avoir toujours eu un « monde imaginaire très développé ». Madame rapporte avoir « joué des rôles » pour fonctionner en société. À l’école, elle préférait être seule et le midi elle mangeait à la bibliothèque. Elle affirme qu’elle agissait ainsi parce qu’elle aimait être seule et non par anxiété de se retrouver avec les autres. Elle a eu quelques relations d’amitié qui étaient agréables mais à raison de 1 à 2 personnes à la fois.

Madame a dû reprendre sa première année et selon son souvenir, son professeur aurait dit qu’elle n’était « pas prête ». À ce sujet, madame ajoute qu’elle n’avait pas aimé cette année scolaire ni ce professeur mais que par la suite, elle a bien évolué dans ses études. Madame rapporte une seule relation amoureuse de l’âge de 32 à 34 ans, période au cours de laquelle elle a habité avec ce conjoint. Pour elle, il s’agissait « d’une facette sociale, d’un rôle » qu’elle n’a pas aimé. Par ailleurs, elle mentionne ne pas désirer fonder une famille. Au dossier, nous trouvons mention de possible violence verbale non abordée lors de notre entrevue.

Également au dossier, la note de madame Rancourt du clsc rapporte une enfance décrite « heureuse au sein d’un couple parental harmonieux ».

HMA :

Madame débute l’entrevue en mentionnant être probablement un cas grave puisqu’elle a plusieurs problèmes et que c’est sans doute pour cette raison qu’elle a obtenu un rendez-vous rapide pour l’évaluation psychiatrique. Elle dit présenter des difficultés au travail depuis plusieurs années. D’abord employée à titre d’infirmière sur les étages, elle souligne une problématique davantage de nature relationnelle en lien avec l’organisation en « dyade avec des infirmières auxiliaires ». Elle rapporte un événement traumatisant en 2007, au cours duquel une de ses patientes est décédée des suites de brûlures accidentelles, ayant allumé une cigarette alors qu’elle recevait de l’oxygène. Madame dit n’avoir commis aucune faute ni fait l’objet d’accusation mais a tout de même présenté une culpabilité importante par la suite car elle était en pause lors du drame. Elle s’est longtemps questionnée à savoir comment elle aurait pu éviter que ceci se produise. C’est dans ce contexte qu’elle a été en arrêt de travail et traitée pour une dépression majeure sur une période de 8 mois en 2008.

De retour au travail, elle a obtenu un poste au bloc opératoire à sa demande. Toutefois, elle rapporte une grande anxiété la poussant à se revérifier et ce, de plus en plus intensément. Dans ce contexte, ses relations de travail se sont détériorées de même que sa performance qu’elle qualifie « en dents de scie » sans capacité de « reprendre le dessus car l’anxiété m’empêche de penser».

Madame rapporte au moins 3 épisodes de « chaleur et de sensation d’étouffer » survenant alors qu’elle est en poste au bloc opératoire, l’obligeant parfois à quitter la salle pour se reprendre. Un arrêt de travail a été prescrit à la demande de madame en avril 2010 avec un retour progressif tenté en août à la suggestion du médecin de famille. Madame dit qu’elle ne se sentait pas prête et le tout fut un échec, qu’elle attribue d’une part aux commérages et préjugés des autres infirmières qui l’ont catégorisée comme « folle », et d’autre part à une lenteur de sa pensée et de ses actions qui ont nuit considérablement à l’exécution de ses tâches. Par exemple, elle décrit des moments de « blocage » lorsqu’elle doit donner un instrument au chirurgien et il lui arrive d’échapper des instruments. Elle est donc en arrêt de travail pour une durée indéterminée depuis octobre 2010.

Depuis au moins 1 an, madame n’a fréquenté aucun lieu public et ses parents se chargent de faire son épicerie. Lorsqu’elle était au travail, elle présentait également de plus en plus de difficultés à aller manger à la cafétéria. Ces derniers mois, madame dit s’isoler complètement de tout contact social hormis celui de ses parents. Sa seule véritable amie est en fait une cousine mais elle dit éviter de la voir.

Madame décrit son humeur comme neutre à triste. Ses seuls loisirs sont de s’occuper de son chien et de prendre des marches avec lui. Ceci demeure plaisant mais il n’y a aucune autre activité agréable. Elle dit conserver une bonne énergie, effectue son ménage et ne néglige pas son hygiène personnelle. L’attention et la concentration demeurent précaires et elle limite ses déplacements en voiture à un « rayon précis de distance ».

L’appétit est déclaré trop élevé, ponctué de moments de rages alimentaires où elle ingère une quantité importante de nourriture ce qui l’a mené à une prise de poids de 50 livres depuis environ 1 an. Elle nie avoir utilisé des moyens purgatifs, se laissant aller. Elle dit être en voie de reprendre le contrôle dans un but de retrouver un poids idéal.

En ce qui concerne le sommeil, elle le décrit « fragmenté par de nombreux éveils ». Deux cauchemars sont fréquents. Le premier engendre un sentiment de panique et intègre madame dans son milieu de travail où elle y fait une erreur occasionnant des complications pour le patient. Le deuxième est plutôt empreint d’un sentiment de bien-être, madame se retrouvant entourée de « zombies » qu’elle massacre avec des armes.

Intérieurement, elle dit avoir honte, se « trouver débile » et être enragée contre elle. Madame mentionne des pertes de contrôle depuis environ 2 ans, où elle crie, se frappe contre les murs ou découpe ses vêtements avec des ciseaux. Ceci semble plus fréquent depuis cet automne et plus intense, madame décrivant récemment s’être brûlée à une reprise aux membres supérieurs avec un fer plat et avoir « brassé son chien pour un léger écart de conduite». Suite à ces accès de colère, madame dit se sentir coupable, avoir des regrets et se détester d’être ainsi.

Elle déclare avoir eu des idées suicidaires depuis au moins l’été 2010 en contexte d’anticipation du retour au travail. Madame avait songé à divers moyens notamment le recours à une injection de potassium ou d’insuline en intraveineux, de même que l’utilisation d’un cathéter d’hémodialyse allant jusqu’à se procurer des tubulures à même les réserves de l’hôpital où elle travaillait. Madame est ferme lorsqu’elle affirme s’être débarrassé de tout cela et actuellement et se dit en contrôle, le désir de vivre et l’espoir d’un changement l’emportant sur les aspects négatifs de sa vie. Elle dit n’avoir aucune intention suicidaire en ce moment.

Madame nie tout élément relatif au TOC tel qu’exposé en entrevue. Elle affirme ne jamais avoir vécu de phénomènes hallucinatoires mais avoue faire parfois des liens entre des propos tenus à la télévision et sa propre personne, sans que ceci la mène à accomplir des actions particulières.

Examen mental :

Il s’agit d’une dame de 36 ans qui paraît un peu plus jeune que son âge. Elle porte les cheveux longs, attachés et est légèrement maquillée. Son apparence générale est jolie, de taille moyenne et présentant un léger surplus de poids réparti harmonieusement. Elle est convenablement vêtue et son hygiène est adéquate. Le contact visuel est variable car elle fixe ses mains par moment. Madame fait preuve d’une bonne collaboration, notamment dans le contexte de la présence de trois personnes qui, de son aveux, la rend très mal à l’aise (le Dr Lanctôt, une résidente et une externe en médecine). L’attitude est craintive en début d’entrevue mais plus ouverte par la suite. L’activité psychomotrice est légèrement augmentée, madame triturant un mouchoir entre ses mains et agitant volontairement ses jambes comme si elle était en proie d’une tension interne insoutenable. Par ailleurs, elle éclate en larmes en début d’entrevue et pleure à bas bruit un certain temps avant de parvenir à reprendre le contrôle. L’activité verbale est normale. L’humeur rapportée est neutre à triste. Les affects en entrevue sont plutôt anxieux avec des pointes de découragement, tout de même mobilisables et concordants aux propos rapportés. Il n’y a pas d’anomalie du cours et de la forme de la pensée, quoique madame soit parfois imprécise quant aux moments des épisodes symptômatiques décrits. Le contenu spontané est relatif à l’impression d’être un cas grave, ainsi qu’aux problématiques en milieu de travail et au fonctionnement social général. Actuellement, il y a des pensées suicidaires sous forme de flash, sans plan ni intention actuelle de commettre un geste attentant à sa vie. L’épisode de ruminations suicidaire vécu en fin d’été 2010, au cours duquel madame avait identifié des moyens potentiels de passage à l’acte est en contrôle selon l’entrevue réalisée ce jour et décrit dans l’HMA. Notons l’absence d’intention hétéroagressive envers d’autres personne. Toutefois, il ressort un geste où elle aurait malmené son chien sans le blesser, avec regret par la suite. Quelques idées de référence en lien avec la télévision ont été mentionnées en fin d’entrevue et ne nous apparraissent pas d’intensité surinvestie ni déliante pour l’instant.

Il n’y a pas de troubles perceptuels et les fonctions mentales supérieures semblent dans les limites de la normale en entrevue. Madame nous paraît fiable dans ses propos et elle démontre une autocritique satisfaisante. La capacité d’introspection semble limitée en ce moment mais il ne s’agit que d’une première rencontre.

Impression diagnostique :

Axe 1 : Dépression majeure, récurrent.

Trouble anxieux NS

Trouble des conduites alimentaires NS

TDAH au dossier

Axe 2 : Traits de personnalité schizoïde au dossier

Axe 3 : Hypothyroïdie traitée depuis l’âge de 16 ans

 Prise de poids de 50 livres en 1 an

 HTA récente, suivie par MD de famille sans mesure pharmacologiques pour l’instant.

Axe 4 : Problèmes relationnels, isolement social, problèmes professionnels avec arrêt de travail

 depuis octobre 2010.

Axe 5 : Fonctionnement actuel autour de 50 sur l’EGF

Compréhension :

Il s’agit d’une dame de 36 ans infirmière, célibataire, présentant des symptômes anxio-dépressifs depuis 2007 et plus récemment, des gestes impulsifs et crises de colères. L’élément déclencheur est relié au travail soit le décès accidentel d’une patiente sous la charge de madame. Des éléments biologiques contribuant à sa situation sont des antécédents personnels de troubles de comportements alimentaires ainsi que des antécédents familiaux de dépression, d’anxiété et de gestes suicidaires.

Une hypothèse psychologique pourrait résider dans le fait que madame a été élevée en tant qu’enfant unique et semble présenter un mode de relations sociales minimales au long cours. Cette première rencontre ouvre des portes quant à la possibilité d’une organisation de personnalité d’ordre névrotique/obsessionnelle au Surmoi punitif, mais soulève également l’idée d’une organisation limite et immature dont un conflit sous-jacent pourrait être relié au refus de prendre son rôle de femme.

Recommandations :

Actuellement, nous devons poursuivre l’évaluation dans un but de préciser les diagnostics. Il nous apparaît important de revoir madame dans un contexte où l’anxiété serait mieux contrôlée car cela teinte le tableau clinique. Ceci est d’autant plus important car les éléments de personnalité semblent contributoires. Nous croyons que ce premier contact permettra à madame d’être davantage à l’aise lors des rencontres subséquentes, la relation de confiance s’étant établie.

Pour l’instant, nous lui remettons un questionnaire concernant le TDAH qui sera évalué à la prochaine rencontre. Nous suggérons à madame d’augmenter son cipralex à raison de 25 mg die dans l’objectif de mieux contrôler les symptômes anxio-dépressifs, ce qu’elle accepte. Également, en ce qui a trait aux problèmes de sommeil et d’impulsivité, nous proposons l’utilisation du Séroquel mais suite aux explications des effets indésirables possibles dont le gain de poids, elle préfère ne pas recevoir cette médication. Le reste de la médication est inchangé pour l’instant, et un prochain rendez-vous est fixé le 23 février à 14h30.

Rapport d’évaluation dicté le 11 février par Maryse Turcotte, résidente, au nom du Dr Guy Lanctot.

SVP faire parvenir copie au Dr Lanctot à l’HEJ pour correction.