



# Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 16

Psychiatrie générale de l'adulte

Trouble de l'humeur

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.*

*Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de R.ABIDINE présenté le 03/04/2024.*

# Troubles de l'humeur

Les QCMs seront bienveillants. Se baser sur les QCMs d'entraînements ++

## I. Episode dépressif

Un épisode dépressif est un ensemble de signes et non une maladie isolée. Il se retrouve dans plusieurs maladies :

- Episode dépressif majeur (EDM)
- Trouble bipolaire = psychose maniaco-dépressive
- Trouble dépressif récurrent
- Dysthymie, personnalité dépressive...

Anciennement, la classification française parlait de dépression endogène (biologique) ou psychogène (environnemental).

### a. Episode Dépressif Caractérisé (EDC)

2 symptômes majeurs :

- Diminution de l'intérêt ou plaisirs (anhédonie)
- Humeur triste

Symptômes mineurs :

- Trouble appétit / poids (-/+)
- Trouble sommeil (-/+)
- Ralentissement / agitation
- Fatigue (asthénie)
- Dévalorisation / culpabilité excessive
- Trouble concentration
- Idées suicidaires

Ces symptômes doivent être supérieurs à 2 semaines et il doit y avoir une rupture avec l'état antérieur pour que le diagnostic d'EDC soit validé.

Les symptômes ne répondent pas aux critères de mixité. La souffrance est cliniquement significative ou altération du fonctionnement. Les symptômes ne doivent pas être imputables à une substance ou une maladie. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil (pathologique).

Autres signes non issus du DSM :

- Troubles sexuels
- Plaintes somatiques
- Anxiété/angoisse ++
- ...

### b. Sémiologie (ne pas apprendre par cœur)

<b>Perturbations psychoaffectives</b>	<p><b>Perturbation de l'humeur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* humeur dépressive/triste ;</li><li>* il s'agit d'un sentiment pénible, douloureux, envahissant ;</li><li>* elle est quasi constante dans le temps, indépendamment des circonstances environnantes ou des événements de vie ;</li><li>* elle prédomine le plus souvent le matin, dès le réveil et a tendance à s'améliorer au cours de la journée.</li></ul> <p><b>Perturbation des émotions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* anhédonie (= perte du plaisir). L'anhédonie est presque toujours présente à des degrés divers. Elle s'évalue en fonction du degré habituel d'intérêt du sujet, très variable d'une personne à l'autre et s'observe dans tous les domaines (vie affective, socio-professionnelle et loisirs) ;</li><li>* anesthésie affective ;</li><li>* anxiétés, angoisses.</li></ul> <p><b>Altérations du contenu de la pensée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>* idées de culpabilité : reproches pour des actes quotidiens banals ou passés qui n'avaient jusque-là suscité aucun sentiment de culpabilité. Sentiment d'une dette envers sa famille, d'être un poids pour les siens, voire à l'extrême, la culpabilité tourne à l'auto-accusation ;</li><li>* idées de dévalorisation : perte de l'estime de soi, autodépréciation, conduisent à un sentiment d'incapacité, d'inutilité ou d'indignité ;</li><li>* idées d'incurabilité.</li></ul> <p><b>Idées suicidaires :</b></p> <p>Il peut s'agir :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* de pensées centrées sur la mort (idées de mort), le patient s'interrogeant sur la nécessité de continuer à vivre ;</li><li>* d'idées suicidaires avec ou sans plan précis pour se suicider.</li></ul>
---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Perturbations psychomotrices</b>	<p><b>Ralentissement psychomoteur ou agitation peuvent alterner ou être associés.</b></p> <p><b>Perturbations du cours de la pensée (ralentissement) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* bradypsychie (ralentissement des idées),</li> <li>* ruminations : pensées répétées, centrées sur soi et à contenu négatif,</li> <li>* monodéisme (pensées répétées sur un seul contenu négatif).</li> </ul> <p><b>Altérations cognitives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* altérations de la concentration,</li> <li>* altérations de la mémoire,</li> <li>* déficit de l'attention,</li> <li>* indécision.</li> </ul> <p><b>Ralentissement moteur et comportemental :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* bradykinésie (lenteur des mouvements),</li> <li>* hypomimie (diminution des expressions du visage), voire amimie,</li> <li>* bradyphémie (lenteur du discours),</li> <li>* voix monocorde (aprosodie),</li> <li>* clinophilie,</li> <li>* incurie,</li> <li>* aboulie (= incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés, et une grande difficulté à prendre des décisions ≠ apragmatisme = difficultés à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités).</li> </ul> <p>L'agitation se manifeste au contraire par des déambulations permanentes, l'incapacité à s'asseoir. Elle est souvent liée à un état de tension interne ou d'anxiété.</p>
<b>Perturbations physiologiques</b>	<p><b>Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* plainte d'insomnie (le plus fréquent) à type de réveils nocturnes, de réveils précoces et/ou difficultés d'endormissement ;</li> <li>* ou plainte de somnolence (cf. Item 108).</li> </ul> <p><b>Fatigue ou perte d'énergie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* fatigue : signe d'appel non-spécifique mais très fréquent ;</li> <li>* asthénie ou la perte d'énergie peut être présente en permanence.</li> </ul> <p><b>Perturbations des conduites alimentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* perte d'appétit (anorexie), le plus fréquent ;</li> <li>* dans d'autres cas : augmentation de l'appétit, et/ou modifications des habitudes alimentaires (remplacement des repas par des prises rapides de nourriture, grignotage plus ou moins permanent, appétence pour les sucrés) ;</li> <li>* variations de poids, le plus souvent dans le sens d'une perte, mais parfois d'un gain.</li> </ul> <p><b>Perturbations de la sexualité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* diminution du désir et de l'excitation sexuelle, hyposexualité.</li> </ul> <p>Autres symptômes neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires, douloureux, etc.</p>

c. Quelle attitude ?

Il faut éviter le jugement, les conseils intempestifs. Il faut réaliser une stimulation bienveillante et adaptée et éviter « faut pas rester comme ça, secouez-vous », la famille ou l'entourage s'en charge « mon pauvre, quelle horreur, ça doit être affreux ». Il faut adopter une attitude neutre mais bienveillante.

## II. Episode maniaque

a. L'épisode maniaque

C'est une élévation de l'humeur sur période délimitée  $\geq 7$  jours

Il faut 4 de ces symptômes :

- Augmentation estime de soi, idées de grandeur
- Réduction des besoins de sommeil
- Plus grande communicabilité
- Fuite des idées
- Distractibilité
- Augmentation de l'activité orientée vers un but
- Engagement dans des activités agréables à potentiel dommageable

Il y a une altération marquée du fonctionnement.

Il y a toujours une nécessité de rupture avec l'état antérieur pour que ces symptômes soient significatifs.

b. L'épisode hypomaniaque

C'est une élévation de l'humeur sur période délimitée  $\geq 4$  jours

Il faut 4 de ces symptômes :

- Augmentation estime de soi, idées de grandeur
- Réduction des besoins de sommeil
- Plus grande communicabilité

- Fuite des idées
- Distractibilité
- Augmentation de l'activité orientée vers un but
- Engagement dans des activités agréables à potentiel dommageable

La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation.

c. Sémiologie

<b>Perturbations psychoaffectives</b>	<p><b>Perturbations de l'humeur :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* humeur élevée, expansive, exaltée, euphorique ; parfois décrite comme « gaie »,</li> <li>* cette exaltation peut être remplacée ou s'associer à une irritabilité (attention le vécu subjectif n'est pas toujours agréable pour le sujet).</li> </ul> <p><b>Perturbations des émotions :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* labilité émotionnelle (émotions versatiles),</li> <li>* hyperréactivité ou hyperesthésie (réponses émotionnelles disproportionnées par rapport aux stimuli émotionnels),</li> <li>* hypersyntonie (participation spontanée et adhésion très rapide à l'ambiance affective du moment).</li> </ul> <p><b>Altérations du contenu de la pensée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* augmentation de l'estime de soi,</li> <li>* idées de grandeur, sentiment de toute-puissance, idées mégalomaniaques,</li> <li>* altérations ou absence de la conscience du trouble.</li> </ul>	<b>Perturbations psychomotrices</b>	<p><b>Perturbations du cours de la pensée (accélération) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* tachypsychie (accélération des idées),</li> <li>* pensée diffuse, fuites des idées (impression que les idées fusent),</li> <li>* coq-à-l'âne (changement rapide d'une idée à l'autre sans lien apparent),</li> <li>* jeux de mots, associations par assonances.</li> </ul> <p><b>Altérations cognitives :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* hypervigilance,</li> <li>* distractibilité,</li> <li>* altérations de l'attention et de la concentration.</li> </ul> <p><b>Accélération motrice et comportemental :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* agitation motrice, hyperactivité souvent stérile,</li> <li>* augmentation de l'énergie,</li> <li>* augmentation des activités à but dirigé (professionnelles, sociales ou sexuelles),</li> <li>* logorrhée (augmentation du temps de parole),</li> <li>* tachyphémie (augmentation de la vitesse de parole),</li> <li>* hypermie (augmentation des expressions du visage),</li> <li>* désinhibition (Ludisme, contact familial).</li> </ul>
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Perturbations physiologiques</b>	<p><b>Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* insomnie partielle ou totale,</li> <li>* réduction du temps de sommeil associée à une absence de sensation de fatigue.</li> </ul> <p><b>Perturbations des conduites alimentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* anorexie (partielle ou totale) ou au contraire hyperphagie,</li> <li>* amaigrissement (même en cas de prises alimentaires augmentées),</li> <li>* possible déshydratation.</li> </ul> <p><b>Perturbations de la sexualité :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* augmentation du désir et de l'excitation sexuelle, hypersexualité (comportements sexuels possiblement à risque).</li> </ul>
-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

d. Quelle attitude ?

Il faut être calme+++ , réduire les sources de stimulation, favoriser les temps de repos ou les activités calmes. Les patients sont rarement accessibles à une attitude raisonnée donc il faut éviter de débattre (et se battre) avec le patient.

III. **Moyen thérapeutique « ça ne tombe pas au partiel »**

a. Pharmacothérapie

Parmi les médicaments il y a :

- Thymorégulateurs = stabilisant de l'humeur (= normothymique). Ils ont une action sur les symptômes maniaques aigus, les symptômes dépressifs aigus et sont efficaces sur la prévention des récurrences maniaques et dépressives
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques/hypnotiques
- Antipsychotique

b. Neuromodulation

C'est une méthode d'électroconvulsiothérapie (ECT) = sismothérapie. Il existe aussi le rTMS et tDCS (moins d'efficacité pour le DCS).

Cet appareil crée un courant électrique afin de créer une stimulation intracérébrale et parfois aussi au niveau de nerf vague.



Molécules	Mécanismes d'action	Effets indésirables
<b>Tricycliques (TCA)</b>	Blocage non sélectif du transporteur sérotoninergique et noradrénergique	Toxicité cardiaque, sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire, hypotension, gain de poids
<b>Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS)</b>	Blocage sélectif du transporteur sérotoninergique	Nausées, somnolence, vertiges, perte de libido
<b>Inhibiteurs de Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSN)</b>	Blocage sélectif du transporteur sérotoninergique et noradrénergique	Troubles gastro-intestinaux, perte de libido, hypertension (fortes doses)
<b>Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase (IMAO)</b>	Inhibition de la Monoamine oxydase	Hypotension orthostatique, Hyper Tension Artérielle paroxystique, rétention urinaire,

### c. Psychologie

La psychothérapie utilise des moyens tels que la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), la psychanalyse, le mindfulness. Ces peuvent être individuels ou en groupe.

La psychoéducation est importante dans la prise en charge avec la connaissance de maladie, le fait que le patient soit informé des symptômes, des signes et facteurs de rechutes, évolution sans et avec traitement, effets indésirables et modalités de surveillance des traitements.

Les facteurs d'environnement sont à respecter : Règles d'hygiène de vie simples, aucune consommation de drogues et de psychostimulants, rythme de sommeil régulier (limiter les décalages horaires, planification de l'emploi du temps pour réduire les stress et les changements brusques des rythmes de vie...)

## IV. Troubles dépressifs

### a. Définition

La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu.

Un nombre important de substances addictogènes, certains médicaments et certaines affections somatiques peuvent être associés à des phénomènes de type dépressif. Il est tenu compte de ce fait dans les catégories diagnostiques de trouble dépressif induit par une substance/un médicament et de trouble dépressif dû à une autre affection médicale.

### b. Epidémiologie

En France : Prévalence annuel de 5 %, prévalence vie entière de 11 % chez les hommes et 22 % chez les femmes. 130000 personnes en ALD pour dépression.

Il est associé à un risque suicidaire important puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et que plus de 80 % des suicidés présentent un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte.

Il survient indépendamment de l'ethnie, du niveau d'éducation et du statut socio-économique.

Il est à l'origine de coûts (directs et indirects) conséquents pour la société et génère un haut niveau de handicap (1re cause d'année de vie perdue en bonne santé dans le monde).

### c. Plusieurs troubles

Les troubles dépressifs comportent :

- Le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé)
- Le trouble dépressif persistant (dysthymie)
- Le trouble dysphorique prémenstruel
- Le trouble dépressif induit par une substance/un médicament
- Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale.

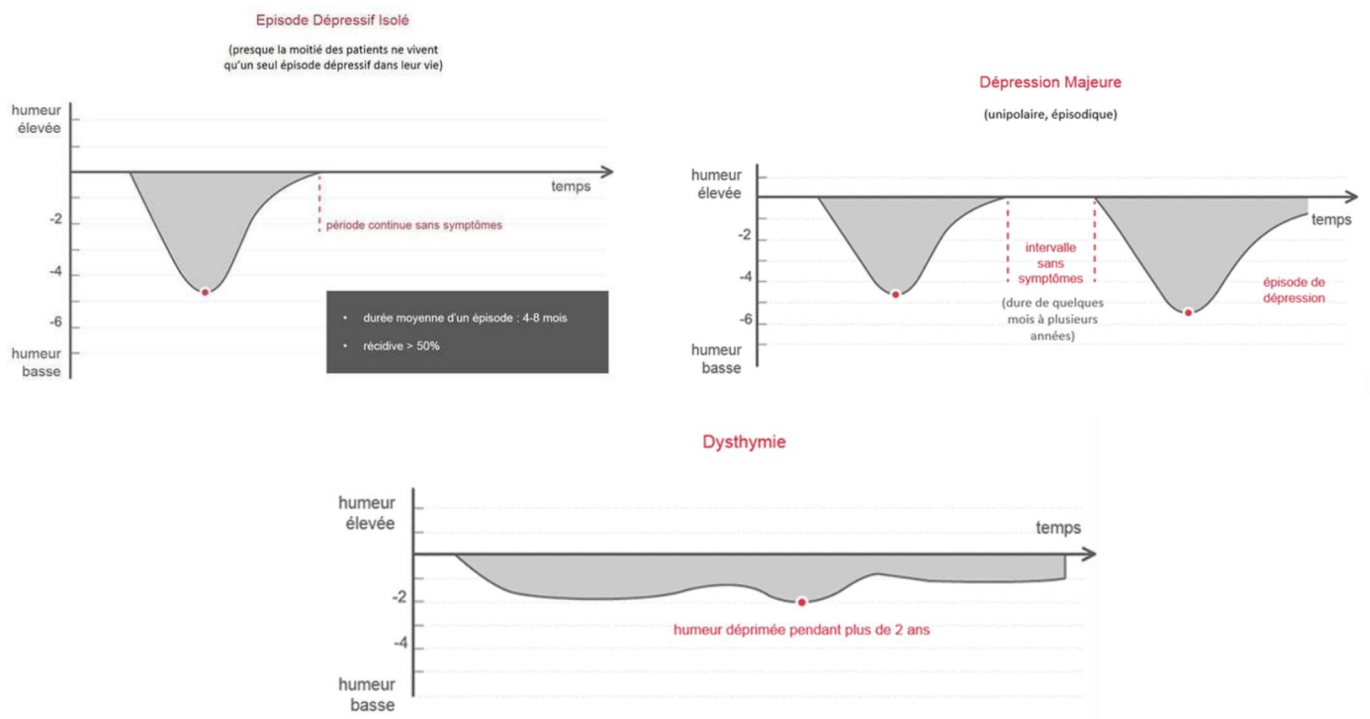
Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées.

### d. Les différentes formes cliniques des troubles dépressifs

Le DSM-5 définit ainsi en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution d'un (ou des) épisode(s) dépressif(s) caractérisé(s) différents types de troubles dépressifs :

- Trouble dépressif caractérisé isolé : Présence d'un unique épisode dépressif caractérisé.
- Trouble dépressif caractérisé récurrent : Présence d'au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs.
- Trouble dépressif persistant (anciennement trouble dysthymique) : Il correspond à la présence d'une humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins 2 ans (1 an pour les adolescents)
- Trouble dysphorique prémenstruel (uniquement chez la femme) : Il correspond à la présence de symptômes dépressifs pouvant être associés à une labilité émotionnelle marquée, une anxiété importante ou des symptômes physiques (tension des seins, douleurs articulaires ou musculaires) au cours de la plupart des cycles menstruels.

Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées.



Ces schémas font la différence entre les différents troubles dépressifs.

## V. Physiopathologie

L'épisode dépressif caractérisé est multifactoriel mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux. Chez les patients présentant des troubles dépressifs on observe des déséquilibres de plusieurs systèmes biologiques impliquant la neurotransmission monoaminergiques (sérotonine, noradrénaline, dopamine), l'axe corticotrope, des biomarqueurs inflammatoires, des neurotrophines (BDNF), ainsi que des boucles fronto-sous corticales.

### a. Bilan paraclinique (=étiologique) *Ne pas apprendre par cœur*

<b>Bilan sanguin</b>	Glycémie capillaire, voire veineuse. Ionogramme, calcémie. Bilan urinaire : urée, créatinémie. NFS, plaquettes, CRP. TSHus. Bilan hépatique.
<b>Bilan urinaire</b>	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.
<b>Imagerie</b>	Cérébrale : scanner cérébral en urgence (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique), ou IRM si accès et possible. EEG (si c'est un premier épisode ou pour les autres épisodes s'il existe des signes d'appel neurologique). ECG (bilan pré-thérapeutique des antipsychotiques).
<b>Autres examens complémentaires</b>	Selon points d'appels cliniques.

### b. Diagnostics différentiels

Psychiatrique :

- Autres troubles de l'humeur : troubles bipolaires type I ou II
- Troubles psychotiques : schizophrénie, délirants persistants



- Trouble de personnalité (dont personnalité état-limite) (cf. Item 64)
- Trouble anxieux (cf. Item 64)
- Trouble obsessionnel compulsif
- Troubles addictifs.

Etiologie non-psychiatrique pouvant induire du syndrome dépressif :

- Toxiques : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent
- Neurologiques : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, un début de démence (surtout si patients âgé), épilepsie focale (rare)
- Endocriniennes : troubles thyroïdiens (hypothyroïdie), maladie de Cushing (hypercorticisme)
- Métaboliques : hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc.
- Iatrogéniques : médicamenteuses (corticoïdes, interféron-alpha, bêta-bloquants, L-Dopa, etc.)

### c. Pronostic

Il y a une forme de récurrence : les troubles dépressifs sont récurrents s'il y a plus de 2 EDM.

- Une dépression : 50 %
- Deux dépressions : 70 %
- Trois dépressions : 90 %

Chronicité (> 2 ans) : 10 %

- Événements de vie
- Délai important avant le traitement
- Traitement inadéquat ou défaut d'observance
- Trouble de la personnalité

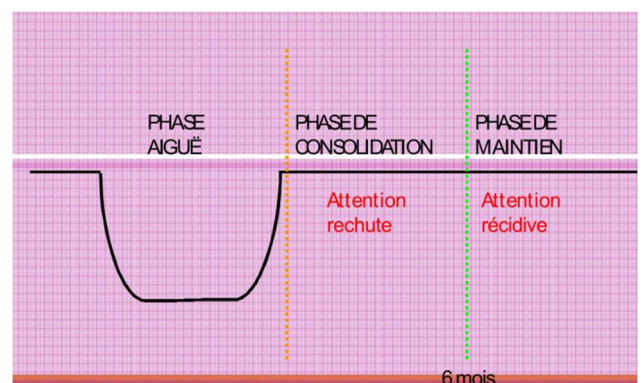
### d. Prise en charge psychiatrique d'un épisode dépressif caractérisé dans le cadre du trouble dépressif caractérisé (à connaître)

Une hospitalisation se justifie en cas de :

- Risque suicidaire élevé ou de mise en danger
- Episode dépressif caractérisé sévère
- Episode avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques

Traitement pharmacologique :

- Traitement antidépresseur
- + antipsychotiques si caractéristiques psychotiques
- + anxiolytiques si anxiété
- + hypnotique si insomnie



L'arrêt du traitement médicamenteux d'un premier épisode dépressif caractérisé isolé peut être discuté 6 mois à 1 an après obtention de la rémission clinique (le risque maximum de rechute se situant dans les 6 à 8 mois qui suivent l'arrêt du traitement).

Traitements non pharmacologiques :

- Traitement physique :
  - o L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisés (formes à caractéristiques mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation).
  - o Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive (rTMS)
- Psychothérapies

- Réhabilitation psychosociale
- ➔ Vidéo cas clinique

## VI. Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire de type :

- I : alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés)
- II : alternance d'épisodes hypomaniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés

1 à 4 % de la population générale. L'âge de début du trouble bipolaire est traditionnellement entre 15 et 25 ans et il existe un retard diagnostic d'environ 10 ans. Selon l'OMS, le trouble bipolaire fait partie des dix maladies les plus invalidantes et coûteuses au plan mondial.

### a. Epidémiologie

Trouble bipolaire I : 1 %

Trouble bipolaire I et II : 2%-3%

Retard diagnostic :

- Délai 1ers symptômes et traitement : 10 ans
- Délai 1ère consultation et traitement : 5 ans
- Risque suicidaire élevé (1/10)

Age moyen de début : entre 15 et 30 ans

Débuts tardifs / précoces dans l'enfance possibles

Sexe ratio = 1

6ème position en nombre de DALYs (Disability Adjusted Life Years)

### b. Conséquences

Socioprofessionnelles : 44 % considèrent que la maladie affecte leur travail.

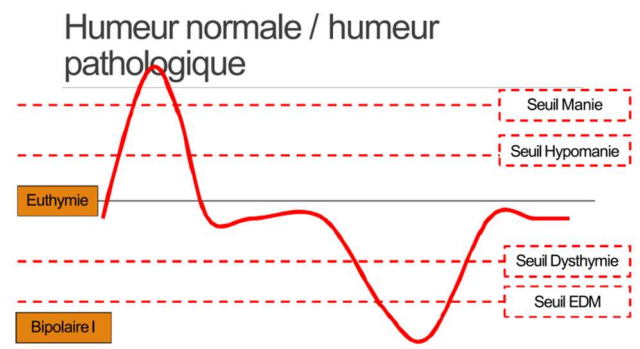
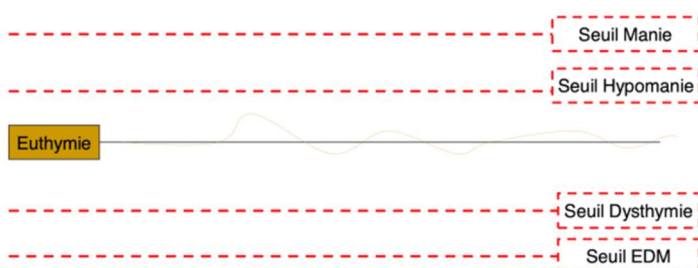
Socio-familiales :

- Difficultés avec l'entourage proche
- Problèmes de relations interpersonnelles avec leur famille et leurs amis
- Séparation conjugale : 80%

### c. Panorama clinique

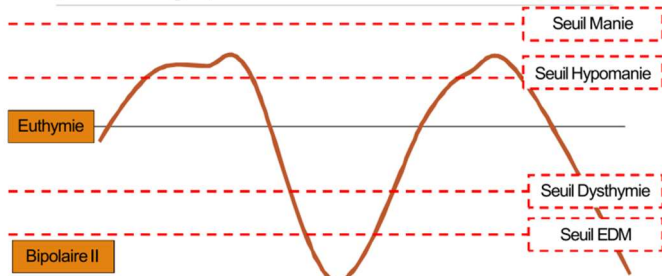
- Trouble bipolaire de type I (TBI) : Manie +/- Dépression
- Trouble bipolaire de type II (TBII) : Dépression + 1 épisode hypomane
- Cycles rapides : quatre cycles par an.
- Cyclothymie

## Humeur normale / humeur pathologique

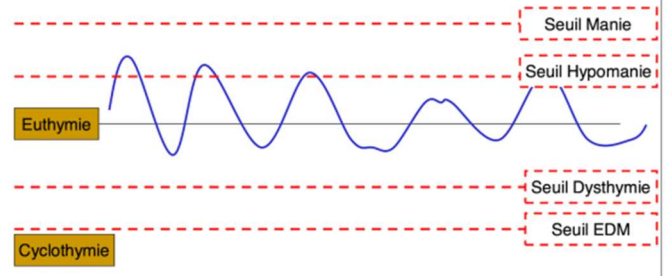




## Humeur normale / humeur pathologique



## Humeur normale / humeur pathologique

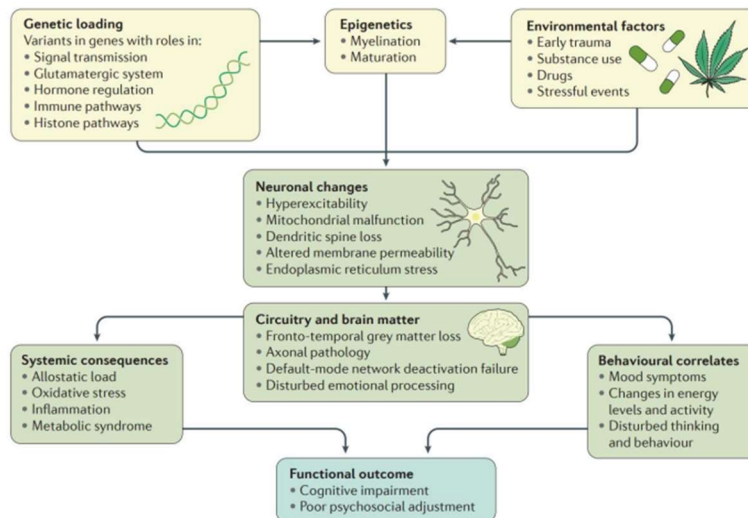


### d. Etiologie

Modèle biopsychosocial :

- 40 à 70% de risque chez jumeaux MZ (Homozygote)
- Modèle physiopathologique le plus admis : multifactoriel, polygénique à effet de seuil
- Expositions répétées / stress
  - o => SNC = seuil de réactivité aux stress ultérieurs
    - Véritable autonomisation du trouble
    - Survenant ensuite sans facteur déclenchant

Physiopathologie :



### e. Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels liés à une étiologie non-psychiatrique, pouvant induire des syndromes maniaque, hypomaniaque ou dépressif, sont :

- Toxiques : usage de substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent +++
- Neurologiques : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, un début de démence (surtout si patients de plus de 40 ans avec des troubles bipolaires d'apparition tardive), épilepsie focale (rare)
- Endocriniennes : troubles thyroïdiens (hypo- et hyper-thyroïdie), maladie de Cushing (hypercorticisme)
- Métaboliques : hypoglycémie, troubles ioniques, maladie de Wilson, etc.
- Iatrogéniques : médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron-alpha, bêtabloquants, L-Dopa, etc.)

Les diagnostics différentiels psychiatriques du trouble bipolaire sont :

- Trouble dépressif récurrent
- Trouble de personnalité (dont personnalité état-limite)
- TDAH (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité)
- Schizophrénie
- Trouble anxieux
- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble délirant persistant
- Troubles Addictifs.

Ces diagnostics différentiels psychiatriques, de par leur possible superposition symptomatique, contribuent à l'errance diagnostique du trouble bipolaire. C'est le recueil rigoureux de l'anamnèse et de l'évolution des troubles qui permettra de porter le diagnostic de trouble bipolaire et d'éviter ainsi le retard diagnostique et thérapeutique.

#### f. Evolution

Le pronostic de la maladie dépend en partie d'une prise en charge précoce et adaptée.

Bien traités, les sujets atteints de troubles bipolaires peuvent présenter une rémission symptomatique et fonctionnelle avec une bonne insertion familiale, professionnelle et sociale.

15 % des patients ayant un trouble bipolaire décèdent par suicide.

#### g. Traitement (*à connaître*)

Pour l'épisode maniaque :

Objectifs : Réduction de la sévérité des symptômes et stabilisation de l'épisode.

En pratique :

- Traitement thymorégulateur ou antipsychotique
- Anxiolytiques - Hypnotiques
- Le choix du traitement se fait en fonction des variations individuelles de réponse au traitement et les potentiels effets indésirables spécifiques
- Arrêt du traitement antidépresseur si présent (les antidépresseurs peuvent induire un virage maniaque)
- Traitement pharmacologique par un psychotrope anti-maniaques (qui sont tous thymorégulateur appelé aussi stabilisateur de l'humeur)
- Les 3 thymorégulateurs ci-dessous ont tous l'AMM en 1re intention dans le traitement de l'épisode (hypo) maniaque du trouble bipolaire
  - o Lithium
  - o Valproate
  - o Antipsychotique de 2e génération (Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Aripiprazole)

Pour l'épisode dépressif :

Objectifs : Réduction de la sévérité des symptômes et Stabilisation de l'épisode

En pratique :

- Traitement thymorégulateur ou antipsychotique
- Anxiolytiques - Hypnotiques +/- antidépresseur
- Choix du traitement se fait en fonction des variations individuelles de réponse au traitement et les potentiels effets indésirables spécifiques +/- ECT
- Traitement pharmacologique par un traitement thymorégulateur qui aura un rôle antidépresseur du trouble bipolaire le plus précocement et au long cours
- Les options thérapeutiques suivantes sont possibles :
  - o Lithium
  - o Lamotrigine

- Quetiapine

- Si le patient a déjà un thymorégulateur (Lithium ou Valproate) à posologie efficace, un traitement par un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) peut être introduit

Au long court :

Objectifs : Prévention du risque suicidaire et prévention des rechutes après un temps de rémission ou durant la durée de l'épisode.  
Prévention des récurrences pour un nouvel épisode après rétablissement ou durant la phase de maintien.

En pratique :

- Traitement thymorégulateur
- Choix du traitement se fait en fonction des variations individuelles de réponse au traitement et les potentiels effets indésirables spécifiques

- h. La prise en charge psychiatrique

Une hospitalisation se justifie en cas de :

- Risque suicidaire élevé ou de mise en danger
- Episode avec troubles importants du comportement, qui peuvent engendrer des conséquences délétères pour le patient et pour l'entourage et les soignants
- Risque hétéro agressif

Un épisode maniaque est une urgence médicale et requiert dans la majorité des situations une hospitalisation en urgence, en psychiatrie, si nécessaire en milieu sécurisé.

- i. Traitements non pharmacologiques

L'électroconvulsivothérapie (ECT) (ou sismothérapie) est recommandée comme traitement curatif des épisodes afin de réaliser une amélioration rapide et à court terme des symptômes sévères après échec des autres options thérapeutiques. Elle est utile pour les patients dont les symptômes peuvent mettre en jeu le pronostic vital (risque vital ou risque de dénutrition/déshydratation)

Psychothérapies

Réhabilitation psychosociale

## VII. Suicide

- a. Quelques définitions « consensuelles » sur les conduites suicidaires

Le suicide est un acte infligé par le sujet lui-même avec une intention de mourir et ayant conduit à la mort : Personne suicidée

Une tentative de suicide est acte infligé par le sujet lui-même avec une intention de mourir et n'ayant pas conduit à la mort : Personne suicidante

Les idées suicidaires sont des pensées de se donner la mort, s'étendant de vagues idées de fuir à un plan suicidaire avancé. Elles définissent la crise suicidaire : Personne suicidaire

- b. Introduction

Étymologie (XVIII<sup>e</sup> siècle) : du latin. Sui : de soi, et caedere : tuer

Conduites suicidaires (Rudd, 2001) :

- Idéations suicidaires : pensées que l'on pourrait se donner la mort, construction de scénario
- Menaces suicidaires
- Comportements suicidaires : sans intention explicite ou implicite de mourir
- Tentative de suicide avec ou sans blessures : avec intention explicite ou implicite de mourir
- Suicide

### c. Epidémiologie

Problème de santé publique mondial :

- 814000 morts en 2000
- 3ème cause de décès chez les 25-34 ans

En France :

- 12000 décès/an (ANAES, 2002), 11000 décès/an (ANAES, 2014)
- 1ère cause de mortalité dans la tranche d'âge des 25-34 ans
- 130 000 à 180 000 tentatives de suicide/an

En Midi-Pyrénées :

- 410 suicides/an enregistrés (2003-2005)
- 5700 TS/an aux urgences en 2006

Suicide

- Hommes, sujets âgés, veufs, divorcés +++
- Modalités :
  - o Pendaison
  - o Arme à feu
  - o IMV
  - o Noyade/précipitation d'un point élevé
- Tentatives de suicide
  - o 2-3 femmes/homme, 15-34 ans +++
  - o Modalités : 90% IMV

### d. Evaluation

On peut évaluer le suicide avec le RUD : Risque, Urgence et Dangerosité

### e. Facteur de risque primaire

Ces éléments ont une valeur d'alerte importante, car ils sont fréquemment associés au risque suicidaire. Ils sont, pour certains, accessibles à la prise en charge.

Trouble psychiatrique :

- Trouble de l'humeur (dépression/mélancolie)
- Troubles de la personnalité (Borderline : crise, abandon)
- Troubles psychotiques (délire)
- Abus de substance

Antécédents familiaux de suicide

Antécédents personnels de TS

Communication à autrui de l'intention suicidaire

Impulsivité favorisant le passage à l'acte

### f. Facteurs de risque secondaires

Observés fréquemment dans la population générale, ils n'ont qu'une faible valeur prédictive s'ils ne sont pas associés aux facteurs de risque primaires. Ils sont difficilement modifiables par la prise en charge.

- Pertes parentales précoces
- Isolement social : séparation, divorce, veuvage...
- Chômage ou difficultés financières
- "événements de vie " négatifs sévères

- Exposition à un suicide (même médias...)
- g. Facteurs de risque tertiaires

Ils correspondent à des éléments épidémiologiques qui ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur inquiétante que lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs de risque :

- Sexe masculin
- Âge, en particulier l'adolescence et la sénescence
- Période de vulnérabilité (phase prémenstruelle, période estivale)
- h. Facteurs protecteurs (APA)
  - Avoir des enfants au domicile (sauf pour psychose post-partum) ++
  - Sentiment de responsabilité/famille ++
  - Grossesse ++
  - Religion ++
  - Bonne capacité à résoudre des problèmes
  - Soutien social
  - Prise en charge médicale, psychiatrique
  - Relation thérapeutique positive
  - Absence d'accès au moyen léthal
- i. Urgence

Probabilité de mourir dans les 48h

Elle se fonde sur :

- La persistance des idées suicidaires (fréquence, intensité)
- L'absence d'alternative au suicide (degré de désespoir)
- Le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte
- Le niveau de soutien, mobilisation du groupe
  - o Faible : pense au suicide, pas de scénario précis
  - o Moyenne : scénario envisagé, mais reporté
  - o Élevée : planification claire, passage à l'acte prévu et imminent

j. Evaluation : danger

Dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen, accessibilité

Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

Il faut enlever les moyens.

k. Evaluation des idées suicidaires

- Intensité (actuelle et maximale)
- Fréquence
- Durée, Caractère envahissant
- Niveau de contrôle, Variabilité/fluctuations
- Causes
- Degré de planification
- Critère d'urgence
- Corrélé à la gravité de la TS et risque accru de décès
- Éléments dissuasifs
- Poser la question de manière claire non équivoque (ne cause pas une envie suicidaire)

I. Ce que vous pouvez faire

On peut conseiller au patient de consulter (médecin, urgences), alerter médecin généraliste/psychiatre, alerter la famille, prévenir le SAMU si sentiment de risque imminent, parler avec le patient et parler de suicide n'augmente pas le risque de passage à l'acte!!