

..... *Référentiel de*

Psychiatrie

Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie

.....

Conception graphique et couverture :

Charlotte Boutreux • PUFR

Mise en page pour le compte des PUFR :

Pauline Borde • Charlotte Boutreux • Bertrand Jouanneau

© Tous droits réservés, 2014

Presses universitaires François-Rabelais

60 rue du Plat d'Étain

BP 12050 • 37020 Tours cedex 1 • France

www.pufr-editions.fr

Dépôt légal : 2^e semestre 2014

ISBN : 978-2-86906-377-8

Collège national des universitaires en psychiatrie
Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique

..... *Référentiel de*

Psychiatrie

Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie

.....



Collection « L'Officiel ECN »
Presses universitaires François-Rabelais
2014

Presses *f* Universitaires
FRANÇOIS-RABELAIS

SOMMAIRE

TABLE DES AUTEURS	11
PRÉFACE DU CNUP	13
PRÉFACE DU COLLÈGE ENSEIGNANT DE PSYCHIATRIE	15

GÉNÉRALITÉS

Item 59 – Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée.....	19
Item 58 – Connaître les facteurs de risque, prévention, dépistage des troubles psychiques de l'enfant à la personne âgée.....	29
Item 01 – La relation médecin-malade.....	37
Item 60 – Décrire l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie, de l'enfant à la personne âgée	49

SITUATIONS D'URGENCE

Item 346 – Agitation et délire aigus.....	65
Item 347 – Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique.....	77
Item 348 – Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge.....	87

SITUATIONS À RISQUE SPÉCIFIQUES

Item 57 – Sujets en situation de précarité	103
Item 67 – Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	113
Item 68 – Troubles psychiques du sujet âgé	125
Item 141 – Deuil normal et pathologique	145

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES À TOUS LES ÂGES

TROUBLES PSYCHOTIQUES

Item 61 – Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte	157
Item 63 – Trouble délirant persistant	179

TROUBLES DE L'HUMEUR

Item 64A – Trouble dépressif de l'adolescent et de l'adulte	187
Item 62 – Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte	201

TROUBLES ANXIEUX

Item 64B – Trouble anxieux généralisé	219
Item 64C – Trouble panique	227
Item 64D – Trouble phobique	235
Item 64E – Trouble obsessionnel compulsif	243
Item 64F – État de stress post-traumatique	253
Item 64G – Trouble de l'adaptation	261

AUTRES TROUBLES

Item 64H – Les troubles de personnalité	269
Item 70 – Troubles somatoformes à tous les âges	279
Item 56 – Sexualité normale et ses troubles	291
Item 108 – Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte	299

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Item 53 – Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence) L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance Troubles de l'apprentissage	325

Item 65 – Troubles envahissants du développement	339
Item 66 – Troubles du comportement de l'adolescent.....	357
Item 69 – Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte	379

LES ADDICTIONS

Item 73 – Addiction au tabac.....	405
Item 74 – Addiction à l'alcool	417
Item 75 – Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés)	431
Item 76 – Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.....	439
Item 77 – Addictions comportementales	473

LES THÉRAPEUTIQUES

Item 11 – Soins psychiatriques sans consentement	487
Item 71 – Différents types de techniques psychothérapeutiques.....	507
Item 72 – Prescription et surveillance des psychotropes.....	515
Item 117 – Le handicap psychique	567
Item 135 – Douleur en santé mentale	577

TABLE

des auteurs de l'ouvrage

Coordination générale de l'ouvrage :

D^r Ali Amad

P^r Vincent Camus

D^r Pierre Alexis Geoffroy

P^r Pierre Thomas

Coordination générale AESP :

D^r Clélia Quiles

D^r Jean-Arthur Micoulaud Franchi

Coordination thématique :

D^r Pierre Alexis Geoffroy
(troubles de l'humeur)

D^{rs} Clélia Quiles & Ali Amad
(troubles psychotiques)

D^r Thomas Fovet
(troubles anxieux)

D^r Farid Benzerouk
(troubles addictifs)

D^r Nora Milliez (pédopsychiatrie)

D^r Jean-Arthur Micoulaud Franchi
(items généraux)

Membres de l'AESP rédacteurs :

D^r Ali Amad
D^r Sara Bahadori
D^r Jean-Marie Batail
D^r Rémy Bation
D^r Farid Benzerouk
D^r Fabienne Cyprien
D^r Marie Laure Daniel
D^r Thomas Desmidt
D^r Aude Doudard
D^r Olivier Gay
D^r Pierre Alexis Geoffroy
D^r Guillaume Fond
D^r Thomas Fovet
D^r Sylvain Iceta
D^r Régis Lopez
D^r Jasmina Mallet
D^r Florence Mesona
D^r Jean-Arthur Micoulaud Franchi
D^r Nora Milliez
D^r Florian Naudet
D^r Aesa Parenti
D^r Baptiste Pignon
D^r Clélia Quiles
D^r Elise Riquin
D^r Ludovic Samalin
D^r Déborah Sebbane
D^r Sarah Tebeka
D^r Antoine Yrondi

Membres du CNUP relecteurs :

P^r Christophe Arbus
P^r Henri-Jean Aubin
P^r Marc Auriacombe
P^r Jean-Marc Baleyte
P^r Frank Bellivier
P^r Amine Benyamina
P^r Gilles Bertschy
P^r Bernard Bonin
P^r Frédérique Bonnet-Brilhault
P^r Thierry Bougerol
P^r Vincent Camus
P^r David Cohen
P^r Emmanelle Corruble

P^r Olivier Cottencin
P^r Philippe Courtet
P^r Anne Danion
P^r Caroline Dubertret
P^r Philippe Duverger
D^r Bruno Etain
P^r Nicolas Franck
P^r Nicolas Georgieff
P^r Priscille Girardin
P^r Philipp Gorwood
P^r Jean-Marc Guilet
P^r Emmanuel Haffen
P^r Marie-Christine Hardy-Baylé
P^r Nematollah Jaafari
P^r Isabelle Jallenques
P^r Louis Jehel
P^r Marie Odile Krebs
P^r Christophe Lançon
P^r Michel Lejoyeux
P^r Frédéric Limosin
P^r Pierre Michel Llorca
P^r Catherine Massoubre
P^r Bruno Millet
P^r Marie Rose Moro
P^r Christine Passerieux
P^r Antoine Pelissolo
P^r Diane Purper Ouakil
P^r Laurent Schmitt
P^r Raymund Schwann
P^r Mario Sperenza
P^r Florence Thibaut
P^r Pierre Thomas
P^r Guillaume Vaiva
P^r Vincent Vandel
P^r Hélène Verdoux
P^r Pierre Vidailhet
P^r Michel Walter

PRÉFACE

*du Collège national des universitaires
de psychiatrie (CNUP)*

La psychiatrie et l'addictologie sont des disciplines médicales qui nécessitent d'intégrer les approches biologiques, développementales, psychologiques et sociales de la santé et du fonctionnement humain. L'abord de ces disciplines peut parfois être complexe pour les étudiants en médecine qui ne seraient pas encore passés en stage dans les services cliniques. Sachez que, quelle que soit la spécialité médicale vers laquelle vous vous orienterez, vos connaissances et votre savoir-faire dans ces disciplines vous seront toujours utiles. Les enseignants universitaires ont bien conscience de la nécessité d'une démarche pédagogique claire et structurée.

C'est pourquoi, le Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP) qui rassemble les enseignants universitaires des facultés de médecine françaises a entrepris la réalisation de cet ouvrage qui couvre le programme de psychiatrie et d'addictologie de l'ECNi. L'objectif de cet ouvrage est de mettre à la disposition des étudiants qui préparent l'ECNi, un outil d'acquisition et d'organisation des connaissances en psychiatrie et en addictologie actualisé et pragmatique.

Le CNUP remercie l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, l'AESP, qui regroupe les plus jeunes d'entre nous, rompus à l'animation des conférences d'internat, pour leur contribution énergique et la qualité du travail de rédaction qu'ils ont fourni.

Pour le CNUP, Pr Pierre Thomas

PRÉFACE

du Collège enseignant de psychiatrie

L'idée de coordonner ce référentiel national de psychiatrie est née de la volonté d'améliorer les connaissances de tous les étudiants de second cycle, pour qui la psychiatrie est souvent une discipline complexe, obscure et difficile à appréhender. Ainsi, cet ouvrage se donne pour objectif d'apporter des bases claires et pragmatiques aux futurs médecins qui, dans toutes les spécialités, seront amenés à soigner des patients souffrant de troubles psychiatriques, ces troubles étant parmi les plus fréquents.

Nous avons donc souhaité que ce manuel de référence soit simple, didactique et complet. Pour ce faire, les enseignants universitaires de psychiatrie de France (PUPH, MCU-PH et CCU-AH) ont contribué, par le biais du Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) et de l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (AESP) à l'élaboration de ce manuel clair et exhaustif portant sur le nouveau programme de l'ECNi. **Il s'agit du seul et unique ouvrage de référence universitaire** : il sera donc utilisé pour l'élaboration des dossiers de l'ECNi en lien avec le SIDES.

Cet ouvrage est aussi le fruit d'une réflexion universitaire nationale dont le but est de rendre notre discipline la plus précise, cohérente et pédagogique possible. Nous avons ainsi souhaité bannir certains termes incorrects et/ou pouvant prêter à confusion : par exemple, le terme de « désorganisation » et non celui de « dissociation » doit être utilisé pour les troubles psychotiques, l'expression « idées délirantes » doit être privilégiée par rapport à « délire », ou encore « épisode dépressif caractérisé » est préférable à « dépression » ou à « épisode dépressif majeur ». Par ailleurs, il nous est apparu important de supprimer les oppositions maladroites entre « pathologie organique/somatique » et « pathologie psychiatrique / psychologique ». En effet, les bases cérébrales des pathologies psychiatriques, qui sont à part entière des pathologies médicales, sont actuellement de mieux en mieux appréhendées et cette vision dichotomique n'a donc plus lieu d'être. On parlera alors de « pathologies médicales psychiatriques » et pour évoquer les grands diagnostics différentiels, on optera pour les termes « pathologies médicales non psychiatriques » ou encore « pathologies médicales générales ». Enfin, rappelons qu'un patient ne se résume pas à sa maladie. Il faut donc éviter

de qualifier un patient de « schizophrène » et préférer « sujet souffrant de schizophrénie ». De la même façon il sera plus convenable de parler de « sujet souffrant de dépendance à l'alcool » plutôt que d'« alcoolique ». Un effort tout particulier a été réalisé pour homogénéiser l'ensemble des items et éviter les confusions de nomenclature ou de vocabulaire. Par ailleurs, même s'ils ne sont pas à connaître par cœur, les critères des classifications internationales des troubles psychiatriques (notamment le DSM) ont finalement été intégrés au contenu de l'ouvrage dans un souci de modernité et de précision.

Il s'agit de la première version du référentiel du collège national de psychiatrie. Nous espérons que les prochaines versions seront améliorées grâce aux avis et commentaires que nos lecteurs ne manqueront pas de nous adresser mais également grâce aux révisions et actualisations qu'effectueront les rédacteurs. La prochaine édition de cet ouvrage devrait aussi intégrer des dossiers cliniques afin de préparer au mieux les étudiants à l'ECNi.

Nous vous souhaitons à toutes et à tous, une riche et profitable lecture de ce manuel.

Sincèrement,

D^{rs} Clélia Quiles, Nora Milliez, Ali Amad, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi,
Thomas Fovet, Farid Benzerouk, et Pierre Alexis Geoffroy.

Pour l'association de l'enseignement de la sémiologie psychiatrique
(AESP – www.asso-aesp.fr)

partie un

GÉNÉRALITÉS

item 59

CONNAÎTRE LES BASES DES CLASSIFICATIONS DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE

- I. De la séméiologie au trouble
- II. Nosographie psychiatrique
- III. Notions d'épidémiologie



OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

- * Connaître les bases des classifications des troubles mentaux de l'enfant à la personne âgée.

1. DE LA SÉMÉIOLOGIE AU TROUBLE

1.1. Signes et symptômes cliniques psychiatriques : un rappel

1.1.1. Définitions

- * Un signe est une observation clinique « objective », par exemple le ralentissement psychomoteur.
- * Un symptôme est une expérience « subjective » décrite par le patient, par exemple l'humeur dépressive.
- * Un syndrome est un ensemble de signes et symptômes formant un ensemble reconnaissable.

Le recueil de la séméiologie psychiatrique implique :

- * une attention au contenu de l'entretien,
- * mais également à son déroulement et à son contexte familial et social (cf. Item 01).

Par exemple, le clinicien doit tenir compte du degré d'anxiété du sujet au cours de l'entretien, d'éventuelles difficultés de communication et de facteurs socioculturels susceptibles d'influencer l'expression ou le vécu des troubles (par exemple : crainte d'une stigmatisation sociale, interprétations subjectives et culturelles des symptômes).

1.1.2. Les domaines de l'examen clinique psychiatrique

L'examen psychiatrique est essentiellement clinique. L'analyse séméiologique en psychiatrie consiste à explorer sept domaines de l'expérience vécue et des conduites du patient. Nous allons rappeler brièvement l'organisation et les termes séméiologiques importants en psychiatrie, qui seront ensuite approfondis dans chaque item de trouble psychiatrique spécifique.

1.1.2.1. La présentation

Parmi la présentation et le contact, il faut notamment analyser :

- * l'apparence avec :
 - l'allure qui peut être extravagante ou bizarre,
 - l'hygiène corporelle qui peut être révélatrice d'une incurie (avec indifférence et manque de soin),
- * la mimique, qui peut être :
 - hypermimique (exagérée),
 - hypomimique (diminuée), voire amimique (disparition de toute mimique),
 - dysmimique, c'est-à-dire en désaccord avec le contenu psychoaffectif (comme les sourires immotivés, ou non adaptés, les paramimies ou les échomimies),
- * et les activités psychomotrices qui peuvent être :
 - excessives (accélération psychomotrice voire agitation),
 - diminuées (ralentissement psychomoteur et bradykinésie),
 - inadaptées (avec des bizarreries, des parakinésies, du maniérisme, des attitudes empruntées ou des stéréotypies).

1.1.2.2. Le discours et la pensée

Le discours et la pensée doivent s'analyser au niveau de leur dynamique, de leur forme et de leur contenu.

- * La dynamique du discours peut être :
 - augmentée (avec la logorrhée, discours abondant et rapide, voire la verbigération),
 - diminuée (avec pauvreté du discours, discours non spontané, réponse laconique, latence des réponses, voire mutisme).
- * Le rythme de la pensée peut lui-même être :
 - augmenté (tachypsychie, fuite des idées, relâchement des associations, coq à l'âne et associations par assonance),
 - diminué (bradypsychie, monoïdéisme, voir anidéisme ou alogie, c'est-à-dire absence de production de pensée).
- * La forme du discours peut être altérée :
 - au niveau phonétique (prosodie diminuée avec possible voix monocorde, augmentée ou dysprosodique),
 - au niveau lexico sémantique (néologismes, c'est-à-dire invention de mots, et paralogismes voire schizophasie, c'est-à-dire invention d'un nouveau langage),
 - au niveau syntaxique (avec agrammatisme),
 - dans sa continuité avec des incohérences, de la diffluence (avec pensée tangentielle, circonlocutoire, digressive, allusive, vague, sans idée directrice) et parfois avec des discontinuités (avec fading, c'est-à-dire arrêt progressif du discours du patient, traduisant un évanouissement du cours de la pensée pouvant aller jusqu'à un barrage).
- * Le contenu du discours et de la pensée peut retrouver :
 - des idées délirantes,
 - des soucis et inquiétudes,
 - des obsessions,
 - des idées phobiques,
 - des idées liées à une anxiété anticipatoire,
 - des idées liées à l'humeur (négatives, de dévalorisation, de mort, de suicide ou au contraire, positives, de grandeur, etc.).

1.1.2.3. La perception

Les modifications de la perception sont notamment :

- * Les hallucinations (perceptions sans objet) qui peuvent être :
 - intrapsychiques (avec perte de l'intimité psychique),
 - sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles, cénesthésiques).
- * Les illusions (perceptions déformées) qui peuvent être :
 - auditives,
 - visuelles,
 - olfactives,
 - gustatives,
 - tactiles,
 - cénesthésiques.

- * Les augmentations de la perception sensorielle (hypersensibilité ou hyperesthésie sensorielle) ou la diminution de la perception sensorielle (hyposensibilité ou hypoesthésie sensorielle) au niveau :
 - auditif,
 - visuel,
 - olfactif,
 - gustatif,
 - tactile,
 - cénesthésique.
- * La déréalisation qui est une perception du monde modifiée avec sentiment d'étrangeté ou d'irréalité, et la dépersonnalisation qui est une perception de soi-même comme différent et étrange.

1.1.2.4. L'affectivité

L'affectivité comprend les émotions et l'humeur :

- * Les émotions sont les réponses affectives immédiates à un stimulus. Les émotions peuvent être :
 - plus intenses (hyperesthésie affective, hyperréactivité émotionnelle),
 - diminuées (hypoesthésie voir anesthésie affective),
 - anxieuses,
 - discordantes avec le contenu psychoaffectif (discordance idéo affective avec possible réaction émotionnelle inappropriée).
 - L'anhédonie désigne plus spécifiquement la perte de la capacité à éprouver du plaisir.
- * L'humeur est la tonalité affective globale et durable qui colore la perception du monde. L'humeur peut être :
 - augmentée (hyperthymie : humeur expansive, exaltée, souvent associée à une hypersyntonie, c'est-à-dire une hypersensibilité au contexte et au ambiance),
 - diminuée (hypothymie : humeur dépressive, douloureuse,) voir absente (athymie),
 - changeante (labilité de l'humeur),
 - L'athymormie désigne tout à la fois la suppression de l'humeur (athymie) et la perte de l'élan vital (aboulie : difficulté à initier des actes).

1.1.2.5. Les fonctions instinctuelles

- * Le sommeil peut être modifié avec :
 - insomnie,
 - hypersomnie,
 - parasomnies.
- * L'alimentation avec :
 - anorexie,
 - hyperphagie.
- * La sexualité avec :
 - hyposexualité,
 - hypersexualité,
 - baisse de la libido,
 - libido exagérée.
- * Au niveau neurovégétatif on peut retrouver des signes sympathiques d'anxiété et d'hyperréactivité neurovégétative.

1.1.2.6. Le comportement

Il peut exister des évitements et des compulsions, c'est-à-dire des comportements permettant de diminuer l'anxiété.

Le fonctionnement interpersonnel peut être inhibé ou désinhibé avec un contrôle des impulsions altéré (avec possible atteinte au mœurs, agressivité et conduite à risque).

1.1.2.7. Jugement et insight

Le jugement peut être distordu avec une logique inappropriée et des indécisions.

L'insight, c'est-à-dire la conscience de la maladie, la capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie, et l'adhésion au traitement peut également être altéré.

1.2. De la nécessité de tenir compte du contexte

Le recueil séméiologique est couplé au recueil d'informations sur le contexte. En particulier :

- * l'âge,
- * le sexe,
- * les antécédents psychiatriques et médicaux, personnels et familiaux,
- * les facteurs de stress et les événements de vie,
- * et l'environnement familial, social et professionnel.

Ces informations permettent de contextualiser les éléments séméiologiques et de guider les hypothèses diagnostiques.

Certaines variables sociodémographiques ou cliniques sont des facteurs de risque ou des facteurs pronostiques permettant d'orienter les options thérapeutiques (cf. Item 58).

1.3. Le trouble mental

1.3.1. L'intérêt de l'approche catégorielle

Un trouble mental (ou trouble psychiatrique) se définit difficilement par une physiopathologie sous-jacente univoque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en psychiatrie le terme de « trouble » est préféré au terme de « maladie ». Pour autant, la compilation de signes et de symptômes et leur classification en entités morbides (catégorielles) est importante pour :

- * étudier l'épidémiologie, avec les facteurs de risque (génétiques et psycho-sociaux) (cf. Item 58),
- * prévoir une évolution ou pronostic, avec la mortalité (par suicide ou par cause médicale non psychiatrique) et la morbidité (sévérité symptomatique et nombre d'hospitalisations, intégration sociale et qualité de vie) (cf. Item 58),
- * formuler des hypothèses étiopathogéniques.

Le modèle catégoriel favorise la prise de décision puisqu'il permet de justifier une thérapeutique qui permet d'influer le pronostic naturel (cf. Item 72). Il facilite également l'information du patient et de son entourage (cf. Item 01).

Un trouble mental a donc été défini de manière statistique par un ensemble de critères permettant lorsqu'ils sont présents d'identifier des entités qui, en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique, présentent un mauvais pronostic (cf. Item 58). L'évolution des connaissances épidémiologiques, pronostiques et thérapeutiques rend parfois nécessaire l'évolution des classifications nosographiques en médecine. L'évolution du DSM (Diagnostic and Statistical Manual)

nord-américain vers sa version 5 ou la future évolution de la CIM (Classification Internationale des Maladies de l'OMS) vers sa version 11, s'inscrivent dans cette démarche pragmatique et scientifique. Ces évolutions restent cependant d'un intérêt secondaire pour le non spécialiste.

1.3.2. Les critères pour définir un trouble mental

Pour définir un trouble mental il faut :

- * des critères séméiologiques spécifiques, avec des symptômes et des signes qui seront le plus souvent organisés en syndrome,
- * des critères d'évolution temporelle, par exemple une rupture par rapport à un état antérieur ou des critères de durée d'évolution des symptômes,
- * des critères fonctionnels avec :
 - une répercussion psychologique (souffrance psychique et/ou altération de la qualité de vie),
 - et/ou une répercussion sociale (avec la notion de handicap).

Enfin, le diagnostic d'un trouble mental ne se pose définitivement qu'après avoir éliminé un diagnostic différentiel :

- * une pathologie médicale psychiatrique (autre trouble mental expliquant mieux la séméiologie recueillie), ou toxique (intoxication ou sevrage)
- * et une pathologie médicale non psychiatrique (encore appelée pathologie/affection médicale générale).

Il n'existe actuellement pas d'examen complémentaire dont la sensibilité ou la spécificité serait suffisante pour confirmer un diagnostic de trouble mental. Par contre, l'élimination d'un diagnostic différentiel toxique ou médicale non psychiatrique peut nécessiter des examens complémentaires.



POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

Commentaires sur la notion de trouble psychiatrique

- * Un syndrome psychiatrique est différent d'un trouble mental qui implique pour être posé les critères supplémentaires présentés précédemment.
 - Par exemple, un syndrome dépressif peut permettre de poser le diagnostic d'un trouble dépressif caractérisé (trouble psychiatrique) à condition que les critères supplémentaires d'évolution temporelle, de répercussions psychologiques, sociales et d'absence de diagnostic différentiel soient remplis.
 - Mais si le syndrome dépressif est mieux expliqué par une pathologie médicale non psychiatrique alors le diagnostic de trouble dépressif caractérisé ne peut être posé ; dans ce cas, le terme de syndrome dépressif secondaire à une cause médicale non psychiatrique est à utiliser.
- * Habituellement en médecine le système nosologique de la Classification internationale des maladies (CIM-10) et le système de Classification internationale du fonctionnement (CIF 10) sont séparés puisque le diagnostic d'une maladie ne dépend pas de ses répercussions fonctionnelles mais de sa physiopathologie sous-jacente (cf. Item 117). Cependant, en psychiatrie, la définition d'un trouble mental implique de tenir compte des répercussions fonctionnelles des symptômes.
- * Du point de vue sémantique il faut retenir qu'un trouble mental (ou psychiatrique) est responsable d'un handicap psychique et non pas d'un handicap mental (terme utilisé plus spécifiquement dans le domaine de la déficience intellectuelle) (cf. Item 117).

2. NOSOGRAPHIE PSYCHIATRIQUE

2.1. Définitions

- * La séméiologie est la science du recueil des signes et symptômes d'une maladie. Elle implique de connaître un vocabulaire spécifique.
- * La nosologie est la science des critères de classification des maladies sur laquelle repose la nosographie.

2.2. Système nosographique psychiatrique

Il existe deux systèmes nosographiques psychiatriques utilisés au niveau international :

- * la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^e édition), rédigée par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) qui classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques,
- * le DSM-5 (5^e révision du Diagnostic and Statistical Manual), rédigé par l'APA (Association américaine de psychiatrie) qui classe uniquement les troubles psychiatriques.

La CIM-10 est le système nosographique de référence utilisé dans les hôpitaux pour la cotation des actes. Le DSM-5 (et son prédécesseur le DSM-IV-TR) est le système nosographique de référence en recherche psychiatrique. De grandes similitudes existent entre ces deux systèmes nosographiques. Les subtilités et différences de ces systèmes concernent uniquement le spécialiste.

Les critères précis des systèmes classificatoires ne doivent pas être appris sans avoir compris leur pertinence séméiologique, en particulier à quels termes séméiologiques précis et à quel ensemble syndromique ils renvoient. À ce titre, ces deux ouvrages, CIM-10 et DSM-5, ne peuvent pas être considérés à proprement parler comme des manuels de psychiatrie.

Il s'agit cependant de comprendre que certaines constellations spécifiques de signes et symptômes permettent dans certaines circonstances (critères définis précédemment au point 1.3.2) de poser rigoureusement des diagnostics de troubles mentaux.

2.3. Les catégories nosographiques

2.3.1. Les catégories principales

La distinction entre névrose et psychose n'est plus à utiliser. Chez l'adulte (et l'enfant) les grandes catégories suivantes sont à connaître :

- * Les troubles du neurodéveloppement qui regroupent entre autres (cf. Items 65 et 66) :
 - le trouble du spectre autistique,
 - le trouble déficit d'attention/hyperactivité,
 - les troubles spécifiques des apprentissages,
 - la déficience intellectuelle.
- * Les troubles psychotiques (cf. Items 61 et 63), caractérisés par « une perte des limites du moi et une altération marquée de l'appréhension de la réalité ».
- * Les troubles de l'humeur (cf. Items 62 et 64), caractérisés par « une perturbation de l'humeur ».

- * Les troubles anxieux (cf. Item 64), caractérisés par « une anxiété sans altération de l'appréhension de la réalité ».
- * Les troubles somatoformes (cf. Item 70) caractérisés par « la présence de symptômes physiques faisant évoquer une pathologie non psychiatrique (ou affection médicale générale) mais qui ne peuvent s'expliquer complètement par une pathologie non psychiatrique ».
- * Les troubles dissociatifs caractérisés par « la perturbation des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement ».
- * Les addictions (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77) caractérisées par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».



POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

Le Mini International Neuropsychiatric Interview

Chez l'adulte le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un entretien diagnostique structuré permettant d'évaluer la présence ou l'absence de ces troubles psychiatriques (à l'exception des troubles somatoformes et dissociatifs).

Le MINI est structuré en items de dépistage et en items de diagnostic. Si la réponse aux items de dépistage est positive, alors les items de diagnostic doivent être évalués. Si la réponse aux items de dépistage est négative alors l'entretien peut se poursuivre sur les items de dépistage du trouble suivant.

2.3.2. La spécification

Quatre étapes de délimitation sont à suivre pour aboutir à un diagnostic de trouble mental spécifique et complet.

La première délimitation consiste à identifier dans quelle grande catégorie nosographique présentée précédemment (troubles du neurodéveloppement, troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles somatoformes, troubles dissociatifs et addictions) la séméiologie recueillie pourrait se situer.

La deuxième délimitation consiste à identifier le type de trouble psychiatrique dans le cadre de la grande catégorie. Par exemple, un recueil séméiologique peut faire évoquer la catégorie « trouble psychotique ». Suite à cette première étape, il s'agit de réaliser une deuxième délimitation pour définir un trouble mental spécifique, par exemple « trouble schizophrénique » ou « trouble délirant chronique ».

La troisième délimitation consiste parfois à caractériser ou spécifier le trouble psychiatrique défini. Par exemple, un trouble schizophrénique peut être « de type paranoïde ». Il s'agit en quelque sorte de définir des formes cliniques.

2.3.3. Les comorbidités

Enfin la quatrième délimitation, est en réalité une ouverture. Le diagnostic d'un trouble mental (par exemple la schizophrénie) ne doit pas faire oublier d'évaluer la comorbidité :

- * psychiatrique (par exemple un trouble anxieux associé à un trouble schizophrénique),
- * addictif (par exemple une dépendance au tabac associé),
- * médicale non psychiatrique (par exemple un diabète sucré de type 2 associé).

En psychiatrie le diagnostic multiple est la règle plus que l'exception. Le diagnostic principal est celui qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission à l'hôpital.

3. NOTIONS D'ÉPIDÉMIOLOGIE

L'emploi de critères diagnostiques précis a rendu possible des études épidémiologiques fiables et valides en psychiatrie. Il permet trois types d'études épidémiologiques (cf. Item 58) :

- * descriptive qui permet d'évaluer la fréquence des troubles psychiques,
- * analytique qui permet d'identifier les facteurs de risque,
- * d'évaluation qui permet d'évaluer les stratégies de soin et de prévention les plus efficaces et les moins coûteuses.

Concernant l'épidémiologie descriptive, la prévalence vie entière pour l'ensemble des troubles mentaux est d'environ 30 %. Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux (troubles phobiques environ 15 %, trouble anxiété généralisée environ 8 %), les troubles de l'humeur (trouble dépressif caractérisé environ 10 %) et les troubles liés à l'usage de substances (dépendance à l'alcool environ 10 %). La prévalence de la schizophrénie et des troubles bipolaires est d'environ 1,5 %.

La prévalence des troubles mentaux en consultation de médecine générale est d'environ 25 %. Il s'agit principalement des troubles anxieux, des troubles dépressifs caractérisés et des troubles somatoformes. Les patients suivis dans les services sectorisés de psychiatrie souffrent principalement de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur sévères.

L'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux est inférieure à celle de la population générale. Les raisons sont :

- * Le risque suicidaire qui renvoie à la notion de gravité en psychiatrie (cf. Item 11). Pour rappel, la gravité d'une maladie est reliée au risque vital à court terme et au degré d'urgence de la situation. Le patient présentant une maladie grave risque de mourir si aucune mesure thérapeutique immédiate n'est mise en place (par exemple un asthme aigu grave).
- * Les retards au diagnostic et au traitement, augmentant la sévérité des maladies en psychiatrie. Pour rappel, la sévérité d'une maladie est reliée au pronostic, en terme de mortalité (rapidité d'évolution, risque de rechute et/ou de récurrence grave) et de morbidité (retentissement fonctionnel de la maladie) (cf. Item 117). L'individu atteint d'une maladie sévère risque d'avoir une qualité de vie altérée si aucune mesure thérapeutique n'est mise en place (par exemple un asthme sévère). Le degré de sévérité d'une maladie est un argument pour évaluer le rapport bénéfice risque d'un traitement et justifier le choix de thérapeutiques au long cours des maladies chroniques.
- * Les comorbidités addictives très fréquemment associées à tous les troubles mentaux (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).
- * Les comorbidités médicales non psychiatriques, d'autant que les patients souffrant de troubles mentaux ont un accès réduit aux soins médicaux (cf. Item 135).



RÉSUMÉ

Une maladie est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques ». En psychiatrie, les maladies sont appelées des troubles mentaux (synonyme de troubles psychiatriques). Le terme trouble plutôt que maladie est utilisé car il n'existe pas une définition parfaite de l'étiologie ou de la physiopathologie du trouble. Un trouble mental peut cependant être parfaitement défini par des critères cliniques. Ces critères cliniques associent des critères sémiologiques (signes, symptômes et syndromes), des critères temporels (de début ou de durée d'évolution de la symptomatologie), des critères de répercussion fonctionnelle (psychologique et/ou sociale) et des critères d'absence de diagnostic différentiel.



POINTS CLEFS

- * Les maladies sont organisées par la classification internationale des maladies, actuellement dans sa version 10 (CIM 10).
- * Cette classification est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- * Cette classification s'applique en psychiatrie comme dans le reste de la médecine.
- * Un système de classification spécifique des troubles mentaux a été défini par l'association américaine de psychiatrie. Il s'agit du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, actuellement dans sa version IV révisée traduit en français (DSM-IV-TR).
- * Le DSM-IV-TR est plus utilisé que la CIM-10 pour les recherches cliniques en psychiatrie. Il tend à faire référence en pratique clinique courante également bien que la CIM-10 reste la référence en France pour la cotation des actes dans les hôpitaux.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Hardy-Baylé M. C., Hardy P., Corruble E., Passerieux C., *Enseignement de la psychiatrie*, 2008, Doin.

Kaplan H. I., Sadock B. J., *Manuel de poche de psychiatrie clinique*, 2005, Pradel Éditions.

Shea S. C., *La conduite de l'entretien psychiatrique : L'art de la compréhension*, 2005, Elsevier Masson.

item 58

CONNAÎTRE LES FACTEURS DE RISQUE, PRÉVENTION, DÉPISTAGE DES TROUBLES PSYCHIQUES DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE

- I. Introduction
- II. Les facteurs de risque des troubles psychiatriques
- III. Prévention et dépistage des troubles psychiatriques



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Savoir identifier les situations à risque et argumenter les principes de la prévention et la prise en charge.

1. INTRODUCTION

1.1. Santé mentale et troubles psychiques

La santé mentale (cf. Item 01) est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». L'OMS rappelle par ailleurs quatre faits principaux :

- * La santé mentale fait partie intégrante de la santé ; en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale.
- * La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux.
- * La santé mentale est déterminée par des facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux.
- * La santé mentale peut bénéficier de stratégies et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer.

Les troubles psychiatriques sont donc des troubles qui ne permettent pas à l'individu d'atteindre et/ou de se maintenir dans un état de bien-être (cf. Item 01).

De nombreux facteurs de risque ont été décrits pour les troubles psychiatriques. Les facteurs de risque sont définis en médecine comme tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie. Ainsi, les facteurs de risque augmentent statistiquement, et ce à l'échelle d'une population, la probabilité de développer une maladie. Les troubles psychiatriques étant multifactoriels, il est très difficile de connaître l'importance de l'effet de ces facteurs de risque à l'échelle individuelle. Cependant, leur connaissance permet de développer des moyens de prévention et de dépistage à l'échelle individuelle et à une échelle plus large, par exemple dans les politiques de santé publique.

Nous évoquerons ainsi dans ce chapitre les facteurs de risque ainsi que les moyens de prévention et de dépistage des troubles psychiatriques.

1.2. Quelques données épidémiologiques

- * En France, presque un individu sur cinq souffre d'au moins un trouble psychiatrique, soit 12 millions de personnes.
- * Les pathologies relevant de la psychiatrie sont au 3^e rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Elles sont bien souvent sources de handicap et altèrent la qualité de vie des individus ainsi que celle de leurs proches (cf. Item 117).
- * Les troubles psychiatriques représentent la 1^{re} cause d'invalidité et sont associés à une mortalité élevée. Les répercussions socioéconomiques qui en découlent en font un enjeu majeur de la santé publique.

1.3. Vulnérabilité, risque et prévention

La vulnérabilité se définit par une prédisposition particulière, génétique et/ou acquise, qui, si elle est présente, peut entraîner un épisode ou un trouble psychiatrique (cf. Item 59) chez l'individu confronté à des facteurs de stress socioéconomiques et environnementaux, psychologiques ou biologiques (cf. Item 01).

On parle plus souvent de « risque », même si ces deux notions sont différentes, le risque pouvant affecter tout le monde, sans notion de prédisposition.

Les concepts de risque et de vulnérabilité présentent trois intérêts :

- * L'identification des sujets vulnérables,
- * La compréhension des mécanismes physiopathologiques de vulnérabilité,
- * La possibilité de proposer des mesures préventives voire curatives pour les sujets « à risque ».

2. LES FACTEURS DE RISQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

2.1. Les différents niveaux de risque

Les déterminants de la santé mentale (et donc des troubles mentaux) sont multiples et regroupent des facteurs :

- * Sociaux et environnementaux,
- * Psychologiques,
- * Biologiques.

Voici une liste non exhaustive des principaux facteurs de risque à rechercher :

Sociaux et environnementaux :

- * Consommation de toxiques (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).
- * Environnement familial :
 - Maltraitance (carence affective, négligence, violences physiques et psychologiques, abus sexuel).
 - Conflits.
 - Difficultés scolaires.
 - Changement social rapide.
 - Conditions de travail.
 - Deuil (cf. Item 141).
 - Isolement (cf. Item 57).
- * Environnement culturel :
 - Précarité (cf. Item 57).
 - Situation économique défavorable (malnutrition, mauvais accès aux soins et à l'éducation) (cf. Item 57).
 - Discrimination.
 - Exclusion.
 - Guerre.
 - Catastrophes naturelles.

Psychologiques :

- * Dimensions de personnalité (tempérament et caractère) (cf. Item 01).
- * Capacités cognitives et niveau intellectuel.

Biologiques :

- * Facteurs génétiques (antécédents familiaux principalement).
- * Certaines pathologies médicales non psychiatriques.

2.2. Les spécificités selon les périodes de la vie

Certains facteurs de risque des troubles psychiatriques sont plus particulièrement liés à l'âge de l'individu.

Voici quelques-uns des facteurs pouvant spécifiquement fragiliser l'individu en fonction des grandes étapes du développement.

2.2.1. La période anténatale (cf. Items 67 et 53)

Les principaux facteurs de risque liés à cette période du développement de l'individu sont :

- * Les troubles psychiatriques chez les parents avec le risque d'une grossesse mal suivie et des conduites à risque (cf. Item 67).
- * L'exposition à certains agents infectieux pathogènes pouvant altérer le neurodéveloppement (cf. Item 53).

2.2.2. L'enfance et l'adolescence (cf. Item 66)

* Sociaux et environnementaux :

- Les troubles psychiatriques chez les parents.
- Les conflits familiaux (traumatismes, séparation, deuil), la maltraitance (de la négligence à l'abus sexuel), la carence affective.
- La précarité, la malnutrition, le non accès aux soins.
- L'échec scolaire, l'exclusion.

* Biologiques :

- Les pathologies médicales non psychiatriques à un âge où l'individu se développe.
- La consommation de toxiques.

2.2.3. L'adulte

- * L'exposition au stress professionnel (mauvaises conditions de travail, surmenage, « burn-out », harcèlement).
- * Le chômage, licenciement avec pour corollaire le sentiment d'exclusion, la précarité (cf. Item 57).
- * Consommation de toxiques (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).

2.2.4. Le sujet âgé (cf. Item 68)

- * Déclin cognitif, maladie chronique, dépendance.
- * Isolement social et familial (deuil, veuvage).
- * Maltraitance, négligence.
- * Précarité, malnutrition.



NEUROSCIENCE ET RECHERCHE

Facteurs de risques : l'exemple de la schizophrénie

* Les facteurs de risque environnementaux :

Plusieurs facteurs de risque environnementaux sont associés à une augmentation de la prévalence de la schizophrénie. Parmi ces facteurs, on retrouve **des facteurs sociodémographiques** : le sexe (être un homme augmente le risque de forme sévère), l'urbanité, le statut migratoire, la saison de naissance (naître en hiver, probablement en lien avec l'action de certains virus sur le neurodéveloppement), l'âge du père à la naissance (le risque est augmenté pour un âge plus élevé) et le statut socioéconomique peu élevé...

Des facteurs de stress psychologiques jouent également un rôle majeur : un stress maternel pendant la grossesse, la maltraitance infantile.

Les facteurs environnementaux sont également **biologiques** et peuvent intervenir de façon précoce (par ex, infections, complications obstétricales) sur le développement de l'individu ou plus tard à l'âge adulte (par ex, le cannabis).

Ces facteurs de risque environnementaux, pris séparément, ne sont ni nécessaires ni suffisants pour développer un trouble schizophrénique et ils s'intègrent dans des modèles de vulnérabilité intégratifs (bio-psycho-sociaux) (cf. Item 61).

* Les facteurs de risque génétiques :

Les études épidémiologiques ont mis en évidence une composante génétique de la schizophrénie. Il s'agit notamment de variants de gènes codant pour certaines protéines du neurodéveloppement cérébral et pour les systèmes de neuromédiateurs. En clinique, ce risque génétique est approché par la recherche d'antécédents familiaux.

* Les interactions gène environnement :

Comme la plupart du temps, l'ensemble de la population générale est exposée à ces facteurs environnementaux et que seule une faible proportion de sujets vulnérables génétiquement va développer un trouble, en présence de certains facteurs, c'est l'interaction entre certains facteurs environnementaux et certains facteurs de vulnérabilité génétique qui va être responsable de la survenue du trouble. Par exemple, les apparentés de patients souffrants de schizophrénie, sont, de part leur vulnérabilité génétique, plus sensibles aux facteurs environnementaux (par ex., effets du cannabis) que les non apparentés.

3. PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

3.1. Les différents types de prévention de l'OMS

Selon l'OMS en 1948 : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'OMS distingue trois types de prévention :

* La prévention primaire :

Qui est l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (incidence). Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques sociétaux ou environnementaux. Elle s'intègre, entre autres, dans les actions générales de santé publique.

* La prévention secondaire :

Dont l'objectif est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore faire disparaître les facteurs de risque. Cette prévention inclut également tous les actes de diagnostic et de prise en charge précoces.

* **La prévention tertiaire :**

Qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Cette prévention vise donc la réadaptation socioprofessionnelle et passe par une meilleure optimisation thérapeutique.

3.2. Prévention primaire (population générale)

Les actions de prévention primaire sont vastes et concernent tous les domaines de l'environnement sociétal, social et culturel de l'individu. Les politiques nationales de santé mentale ne se limitent pas aux champs d'action des troubles mentaux. Elles visent globalement à améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des populations, lutter contre l'isolement social, le chômage, les addictions, la précarité, les inégalités, l'échec scolaire...



POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

Dans le domaine de la santé publique, on peut souligner le rôle :

- * Des campagnes de prévention et sensibilisation (cannabis, alcool, maltraitance).
- * De la promotion des règles hygiéno-diététiques.
- * De l'éducation à la santé en milieu scolaire.
- * Intervention en santé mentale sur le lieu de travail (programmes de prévention du stress).
- * D'un meilleur accès aux soins pour tous (centre médico-psychologiques, CMU, protection sociale).

La prévention primaire des troubles psychiatriques, selon l'OMS, devrait également viser à renforcer l'intégration sociale en diminuant (cf. Item 01):

- * La baisse du niveau d'appartenance sociale, source d'isolement.
- * La perte de sens et de cohérence, facteur d'émoussement du goût de vivre.
- * La diminution du sentiment de contrôler sa propre vie, facteur d'autodépréciation.
- * La disparition de la spiritualité, des références politiques ou éthiques, génératrices d'angoisses existentielles.

3.3. Prévention secondaire (à l'échelle de l'individu)

Cette prévention, incluant le dépistage, s'effectue à l'échelle individuelle. Les situations de dépistage dépendent des différents âges de la vie.

3.3.1. Stade périnatal et petite enfance (cf. Item 53)

- * Dépistage précoce des situations à risque de troubles de l'attachement et de maltraitance : trouble psychiatrique chez la mère, en péri-partum (cf. Item 67),
- * Intervention des services de protection maternelle et infantile (PMI) : suivi rapproché des mères ayant des antécédents psychiatriques,
- * Examens pédiatriques obligatoires (suivi du développement psychomoteur de l'enfant) (cf. Item 53),
- * Dépistage des troubles psychiatriques débutants et prise en charge précoce.

3.3.2. Enfance

- * Surveillance du développement psychomoteur (retard d'apprentissage), suivi social et nutritionnel (règles hygiéno-diététiques) (cf. Item 66).
- * Accompagnement psychologique adapté en cas de séparations, de traumatismes, de pathologies médicales non psychiatriques associées.
- * Repérage des situations de maltraitance (PMI, consultations pédiatriques, milieu scolaire et urgences) et mises en place de mesures adaptées : si nécessaire, signalement au procureur de la République et mise en place de mesures d'aide éducative.
- * Repérage des situations à risque (trouble psychiatrique parentale, antécédents dans la fratrie).
- * Dépistage des troubles psychiatriques débutants et prise en charge précoce.

3.3.3. Adultes

- * Promotion des règles hygiéno-diététiques et de bonne santé (cf. Item 01).
- * Accompagnement et soutien psychologique en cas de situations de vie difficile, de stress au travail, de pathologies médicales non psychiatriques associées en tenant compte des processus de transaction (cf. Item 01).
- * Dépistage et aide au sevrage de toute substance addictive (médecine générale, médecine du travail, milieu carcéral, services de PMI, service d'urgences) (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).
- * Dépistage des troubles psychiatriques débutants et prise en charge précoce.

3.3.4. Personnes âgées (cf. Item 68)

- * Identification des situations à risque de maltraitance, d'isolement, de précarité.
- * Favoriser le maintien d'une vie sociale (structures d'accueil de jour).
- * Dépistage des troubles cognitifs débutants.
- * Dépistage des troubles psychiatriques débutants, en particulier les épisodes dépressifs caractérisés.

3.4. Prévention tertiaire

Elle vise principalement à :

- * Diminuer les rechutes et les hospitalisations via une meilleure optimisation thérapeutique (médicamenteuse et psychothérapeutique) (cf. Items 71, 72 et 117).
- * Améliorer la conscience du trouble (éducation thérapeutique) et favoriser les stratégies d'ajustement du sujet face à la maladie (cf. Item 01).
- * Favoriser une meilleure adaptation socioprofessionnelle des patients (cf. Item 117).
- * La promotion des droits et des soins pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques (cf. Item 117).
- * Favoriser la réduction des risques dans le domaine de l'addiction (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77).



RÉSUMÉ

La santé mentale fait partie intégrante de la santé. Les troubles psychiatriques sont fréquents et peuvent être responsable d'un handicap pour l'individu et son entourage. L'identification des facteurs de vulnérabilités et des facteurs de stress socioéconomiques, environnementaux ou biologiques, en fonction de chaque étape de la vie, peut permettre la mise en place de stratégies pluridisciplinaires de prévention, de dépistage et de prise en charge.

L'OMS a défini trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Ces stratégies de prévention doivent être réfléchies en fonction des connaissances scientifiques que l'on a des différents troubles psychiatriques, mais également en fonction des âges de la vie.



POINTS CLEFS

- * Les facteurs de risques importants des troubles psychiatriques sont les facteurs de stress et la façon dont le sujet peut s'y ajuster.
- * Il existe plusieurs types de facteurs de risque :
 - Socioéconomiques et environnementaux.
 - Psychologiques.
 - Biologiques.
- * Certains facteurs de risque sont plus spécifiquement liés à l'âge de l'individu :
 - Période anténatale : troubles psychiatriques chez les parents, exposition à des agents pathogènes pendant la grossesse.
 - Enfance et adolescence : retard psychomoteur, troubles psychiatriques parentaux, maltraitance, échec scolaire, consommation de toxiques.
 - Adulte : stress professionnel, précarité, consommation de toxiques
 - Personne âgée : déclin cognitif, isolement social et familial (deuil), maltraitance, précarité.
- * L'OMS définit trois types de prévention :
 - La prévention primaire : en amont des troubles, elle vise à diminuer l'apparition de nouveau cas à l'échelle de la population générale. Elle concerne les actions de santé publique mais également les mesures socioculturelles qui permettent l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration de l'individu dans la société.
 - La prévention secondaire : elle correspond au dépistage, à l'échelle individuelle, des troubles psychiatriques et à leur prise en charge précoce, mais également au dépistage des facteurs de risque de ces troubles et à la mise en place de mesures préventives. Elle est spécifique en fonction des différents âges de la vie.
 - La prévention tertiaire : diminue les rechutes et l'incapacité liées aux troubles psychiatriques. Elle passe par une meilleure réadaptation socioprofessionnelle et une optimisation des traitements.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

The Cost of Mental Disorder in France, K. Chevreur et al., Eur Neuropsychopharmacol, 2013 Aug 879-86.

Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé : www.who.int/fr/.

Rapport de la Cour des comptes, Décembre 2011, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" (2005-2010) ».

*item 01***LA RELATION
MÉDECIN-MALADE**

- I. La relation médecin-malade
- II. La position du médecin
- III. La position du patient
- IV. Applications

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- * La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle.
- * La communication avec le patient et son entourage.
- * L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins.
- * La formation du patient.
- * La personnalisation de la prise en charge médicale.
- * Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- * Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- * Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- * Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un événement indésirable associé aux soins.
- * Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (cf. Item 321).

1. LA RELATION MÉDECIN-MALADE

La relation médecin-malade est une relation interpersonnelle, impliquant plusieurs personnes (médecins, soignants, patients, familles, aidants), qui passe par la maladie, qui s'exerce dans un cadre social, inégale, faite d'attente et d'espérance.

- * C'est une relation inégale du côté du patient du fait de sa demande qui le rend tributaire du médecin et du fait de sa souffrance qui le handicape et le rend vulnérable. Le patient est souvent passif (surtout lors des phases aiguës) et tend souvent à rechercher la protection des soignants.
- * C'est une relation inégale du côté du médecin, du fait de son savoir supposé et du fait de son pouvoir supposé. Le médecin est alors en position de domination potentielle.

L'augmentation de la fréquence des maladies chroniques au xx^e siècle a conduit à envisager de nouveaux types de relation médecin-malade. Le type de relation appelé « actif/passif » (ou « paternaliste ») parfois adapté aux maladies aiguës graves, a évolué vers une relation appelée « participative » plus adaptée aux maladies chroniques, en passant par une relation « consensuelle » et « coopérative ».

- * La relation actif/passif n'implique du patient aucune activité, c'est le médecin qui fait son acte thérapeutique. L'exemple paradigmatique est l'acte chirurgical.
- * La relation consensuelle implique du patient une acceptation des soins et une coopération. Cependant, dans cette relation, le patient est déjà convaincu de la nécessité de la prise en charge médicale. C'est par exemple le cas des fractures et de la nécessité de la pose d'un plâtre.
- * La relation coopérative implique du patient comme dans la relation précédente une acceptation et une coopération au geste médical, mais il doit être convaincu. Le médecin doit faire l'effort d'expliquer et de convaincre le patient de la nécessité de sa coopération. C'est par exemple le cas d'un examen gynécologique ou d'un soin dentaire.
- * Enfin, la relation participative positionne le patient comme l'acteur privilégié de la rémission et/ou de la guérison qui doit alors changer son style de vie et ses habitudes.

La relation de type participative nécessite un savoir et une compétence spécifique de la part du médecin. Son savoir sémiologique, nosographique et thérapeutique ne suffit pas. Le médecin, certes, doit apporter des informations scientifiques et un soutien moral au patient mais doit tenir compte également des représentations et des actions du patient concernant sa santé et la maladie afin de mettre en place progressivement un compromis réciproque, responsable et acceptable par le patient comme par le médecin pour la prise en charge de sa maladie chronique.

Certaines théories psychologiques de la deuxième partie du xx^e siècle permettent d'apporter le savoir et des techniques supplémentaires que doit posséder un médecin pour aborder le patient et les maladies chroniques. En particulier, le médecin doit connaître :

- * certaines techniques d'entretien basées sur des principes des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles (cf. Item 71),
- * et certains concepts développés par la psychologie de la santé (qui est « l'ensemble des savoirs fondamentaux de la psychologie appliqué à la compréhension de la santé et de la maladie ») (cf. Item 58).

Ces savoir et techniques d'origine anglo-saxonne ont le mérite de proposer au médecin des compétences l'aidant à optimiser la prévention, la promotion des comportements de santé et la prise en charge des personnes malades. Ils complètent de manière pragmatique l'approche conceptuelle de la relation médecin-malade fondée au début du xx^e siècle sur les concepts psychanalytiques, d'origine continentale (France et Allemagne en particulier), de transfert et de contre-transfert. Cette approche insistait surtout sur les réactions affectives du patient envers le médecin (transfert) et du médecin envers le patient (contre-transfert), sur les enjeux dans la relation médecin-malade et sur leurs conséquences sur celle-ci (en particulier par l'identification de mécanisme de défense,

c'est-à-dire de procédés inconscients mis en place pour gérer des conflits affectifs). Être attentif d'un point de vue personnel dans sa pratique quotidienne à cette dimension affective de la relation médecin-malade permet d'utiliser de manière d'autant plus efficace les stratégies issues des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles et de la psychologie de la santé.

La relation médecin-malade se situant entre deux pôles (médecin versus malade), le chapitre abordera successivement :

- * la position du médecin,
- * puis la position du malade,
- * pour ensuite voir les possibilités de mise en place d'une relation efficace dans le cadre de l'annonce d'une maladie grave et dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique.

	Activité passivité	Consensuel	Coopératif	Participatif
Patient	Passif	Demande d'aide (déjà convaincu)	Accord du patient (à convaincre)	Doit changer ses habitudes
Médecin	Actif	Actif avec l'aide du patient	Le patient suit le médecin	Compromis réciproque et responsable à trouver

Tableau 1. Les différents types de relation médecin-malade.

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Le transfert et le contre-transfert

Le transfert est défini comme la répétition, chez l'adulte, de modalités relationnelles vécues pendant l'enfance. Il tire son origine de la cure psychanalytique mais a été ensuite généralisé à la pratique médicale et au type de relation induit par la situation de soins.

L'usage extensif en psychologie médicale du terme transfert désigne ainsi tout investissement affectif du patient sur le médecin. Il serait particulièrement favorisé dans la relation médecin-malade en ceci que le malade est en « position basse » car il est en demande d'une aide et d'un savoir que détient le soignant d'une part, et de par la fragilisation qu'induit l'irruption de la maladie dans sa vie. Le transfert peut être positif ou négatif selon les représentations et les attentes du patient d'une part, et celles du soignant d'autre part.

Quand le transfert est positif, le patient présente un sentiment de sympathie envers « son médecin » en qui il a confiance. Quand le transfert est négatif, le patient présente un sentiment d'antipathie envers ce médecin de qui il se méfie.

Le pendant du transfert est le contre-transfert, qui désigne les mouvements affectifs du soignant envers le patient et en relation avec son propre vécu infantile. Le contre-transfert peut être lui aussi positif ou négatif en fonction de la polarité des émotions ressenties par le soignant.

Quand le contre-transfert est positif, le médecin sera attentif au patient, au risque s'il l'est trop de ne pouvoir garder l'objectivité nécessaire à la prise de décisions difficiles.

Quand le transfert est négatif, le médecin pourra voir des attitudes qui masqueront un rejet, comme un refus d'écoute, une décision prise trop rapidement, etc.

Les groupes de type Balint permettent aux médecins d'être attentif à ces dimensions affectives de la relation médecin-malade afin d'adapter aux mieux son comportement lors de l'annonce d'une maladie grave ou sévère et lors de la prise en charge d'une maladie chronique.

2. LA POSITION DU MÉDECIN

2.1. Les représentations du savoir médical

Les études de médecine conduisent à la construction d'une théorie savante des maladies. Le médecin apprend un savoir :

- * sémiologique,
- * nosographique,
- * et thérapeutique,

afin :

- * d'identifier des maladies,
- * et de mettre en place des stratégies thérapeutiques pour modifier le pronostic de la maladie.

La définition de la maladie par l'Académie française de Médecine est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques ». Une maladie est un ensemble de symptômes et de signes cliniques dû à une pathologie organique (psychiatrique ou non psychiatrique) sous-jacente (cf. Item 59). Cette théorie savante correspond au savoir biomédical.

Elle ne représente cependant qu'incomplètement ce que les patients vivent, pensent et ressentent quand ils ont une maladie. Le savoir médical se confronte donc à une théorie profane des maladies et de la santé qui influence le comportement des patients, ses actions possibles et leurs relations avec les médecins. Le médecin doit donc tenir compte à la fois :

- * de ses propres représentations concernant la maladie (sa théorie savante),
- * et des représentations et valeurs du patient (sa théorie profane) aux cours des entretiens.

Des techniques spécifiques permettent alors de mener l'entretien efficacement.

2.2. Les techniques d'entretien

2.2.1. Valider les ressentis

Valider les ressentis du patient est capital, l'annonce d'un diagnostic ou de la nécessité d'un traitement pouvant être vécu comme une situation de stress et avoir un très fort impact émotionnel. En pratique, valider les ressentis du patient passe par la reformulation (qui renvoie en miroir au patient ses propres ressentis et lui signifie qu'il a été entendu et qu'il n'est pas seul). Elle implique du médecin de l'empathie.

« Si j'étais à votre place je penserais/ressentirais la même chose » est une phrase clé de l'empathie, elle permet de faire baisser le stress lors d'une situation difficile dans un entretien, et elle est en soi toujours vraie : si nous étions à la place de nos patients, par définition nous ressentirions la même chose car nous aurions également leurs vécus et leurs représentations (théorie profane).

2.2.2. Dépister la résistance

Un élément important auquel le médecin sera attentif sera l'apparition d'une résistance qui peut naître au sein de la relation médecin-malade. Lorsque le médecin veut amener le patient à changer quelque chose dans son style de vie (son alimentation, sa consommation de tabac, son activité physique, la prise d'un traitement...) alors que le patient ne le considère pas encore comme nécessaire, la divergence des représentations et valeurs (en lien avec la confrontation des théories savantes et profanes de la maladie et de la santé) crée une divergence qui peut potentiellement aboutir à un échec thérapeutique. Le patient n'appliquera pas les recommandations du médecin, et éventuellement ne viendra plus le consulter, car il ne se sera pas senti compris.

La résistance n'est pas un signe de mauvaise volonté du patient, mais une réaction naturelle à un changement qui s'impose dans sa vie : le trouble ou la maladie.

La première étape est donc d'explorer avec le patient ses représentations et ses valeurs, et de montrer que ce qui compte vraiment pour lui dans sa vie, est pris en compte par le médecin.

2.2.3. Insister sur le sentiment de liberté

Un élément important pour chaque interlocuteur est le sentiment de liberté. Le médecin peut donc à tout moment utiliser le « mais vous êtes libre de » (de prendre un traitement, de choisir d'arrêter de fumer...). Cette simple amorce augmente sensiblement la probabilité du changement, mais ne doit pas être un moyen pour le médecin d'abandonner toute possibilité de changement avec le patient. Donc, tout en insistant sur le sentiment de liberté, une des techniques issues des entretiens motivationnels pour permettre au patient d'argumenter librement en faveur du changement est de prendre le patient à contre-pied et de se faire le défenseur du « mauvais » comportement. Le patient ne doit jamais sortir d'un entretien avec le sentiment d'avoir été vaincu ou abaissé. Grâce à cette technique, également appelée technique de « l'avocat du diable » en thérapie cognitive, le patient se sentira validé dans ses ressentis et ses difficultés à quitter un « comportement problème », et sera mieux disposé à amorcer le changement.

Repérer et expliquer les 6 étapes du changement peut également s'avérer nécessaire (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77). Pour changer un comportement, les individus vont devoir modifier leurs comportements en passant par une série d'étapes décrites dans le modèle du changement développé par Prochaska et DiClemente. Les principaux stades de changement sont :

- * La pré-contemplation : l'individu n'a pas encore envisagé de changer son comportement qui présente suivant son point de vue moins d'inconvénients que d'avantages.
- * La contemplation : le patient pense que les inconvénients sont aussi importants que les avantages.
- * La détermination : le patient pense que les inconvénients sont plus importants que les avantages et envisage la nécessité du changement.
- * L'action : le patient est activement engagé dans le changement, il pense qu'il peut avoir une efficacité personnelle dans le changement, il met en place librement un changement de comportement.
- * Le maintien : le patient maintient son changement et trouve une confiance en lui dans la cette possibilité.
- * La rechute : le patient abandonne le changement réalisé, mais peut recommencer le cycle des 6 étapes.

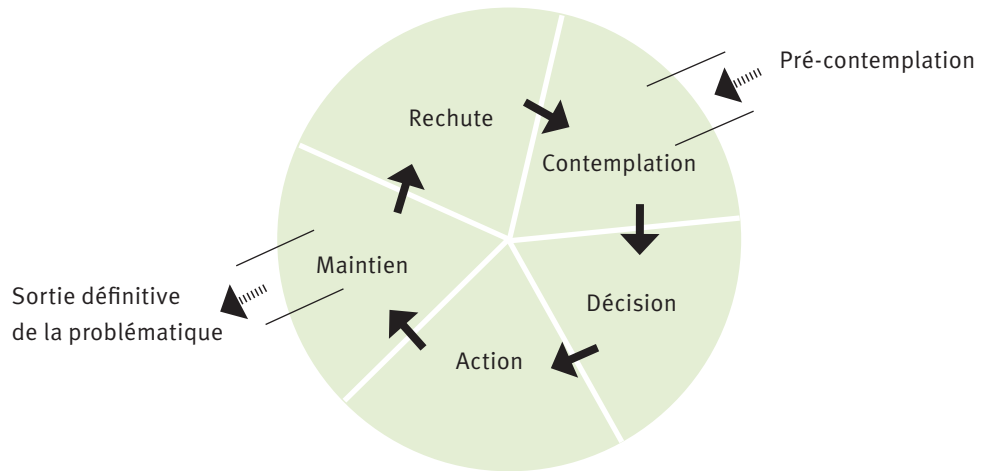


Figure 1. Les six étapes pour changer un « comportement problème ».



EN PRATIQUE

Autres techniques pour éviter la résistance

Une autre façon d'éviter l'apparition d'une résistance est d'utiliser la communication assertive en appliquant la technique du « je/me sentiment sincérité ». Les phrases commençant par « vous » (« vous ne prenez pas correctement votre traitement, madame... ») sont des phrases projectives qui induisent une tension chez le patient qui va devoir se justifier. Toutes les phrases devront commencer par « je » ou « me » et énoncer une émotion sincère, de sorte à ne pas générer de résistance et de sentiment d'agression chez l'interlocuteur. De la même façon, les mots « toujours » et « jamais » sont à proscrire du langage courant car ils renforcent le sentiment d'impuissance et sont la marque d'une distorsion cognitive, souvent associée à des pensées automatiques négatives.



EN PRATIQUE

Autres techniques pour renforcer le sentiment de liberté

Le sentiment de liberté peut être renforcé par d'autres techniques d'entretien annexes, comme la technique de l'amorçage ou pied-dans-la-porte, qui consiste à demander un petit changement pouvant ensuite conduire à un changement plus important. De la même façon, le médecin pourra proposer à un patient réticent à l'idée de prendre un traitement d'essayer le traitement pendant quelques jours, et de l'arrêter en cas d'effet indésirable. La plupart des patients observeront ainsi leur traitement après en avoir testé les effets bénéfiques ou en tout cas l'absence d'effets indésirables.

Le pendant du pied-dans-la-porte est la porte au nez, ou proposer quelque chose d'intenable pour le patient (une psychothérapie basée sur la méditation deux heures par jour par exemple) pour ensuite proposer une prise en charge demandant moins d'investissement en temps ou en énergie.

EN PRATIQUE

Comprendre pourquoi un patient peut persévérer dans une stratégie d'échec apparent

L'effet de gel décrit la persévération d'un individu dans une stratégie d'échec, en se disant qu'il a trop investi, ou qu'il a ce comportement depuis trop longtemps pour l'arrêter car « c'est trop tard ». « Ce n'est pas à quarante ans que je vais changer ! » Ainsi un individu peut persister plusieurs années dans un comportement le conduisant manifestement à l'échec. C'est ce phénomène qui peut s'illustrer chez certains patients restant avec un conjoint maltraitant par exemple. Il s'agit d'un phénomène d'« auto-manipulation » selon les théories de la psychologie sociale développée dans les années 1970 en France.

EN PRATIQUE

Les schémas précoces inadaptés

La résistance entre le malade et le médecin peut provenir également de schémas précoces inadaptés (en référence à la thérapie des schémas de Jeffrey E. Young) qui peuvent concerner aussi bien le médecin que le patient. Un schéma précoce est un apprentissage fait tôt dans l'enfance, qui s'est rigidifié au cours de la vie de l'individu en particulier s'il a été soumis de façon prolongée à l'adversité et que le schéma appris a été renforcé.

Certains schémas peuvent être bénéfiques. De nombreux étudiants en médecine ont appris le schéma « exigence élevée » dans leur enfance et leur adolescence, qui leur a également permis de réussir le concours de médecine. Mais alors qu'un individu développe généralement une panoplie de schémas souples lui permettant de s'adapter aux différentes situations (sociales, affectives, professionnelles, etc.), certains individus peuvent être prisonniers de schémas acquis précocement dans l'enfance et qui vont mener à des conduites dysfonctionnelles à l'âge adulte. L'annonce d'une maladie est une source importante de stress qui va pousser le patient dans le retranchement de mécanismes dits « archaïques », qui peuvent démasquer un schéma précoce inadapté. L'un des schémas fréquemment rencontrés est le schéma abandonnique [la peur d'être abandonné(e) ou rejeté(e)] que l'on retrouve poussé à son extrême dans le trouble borderline. Le schéma « méfiance/abus » (stipulant que tout étranger est a priori un ennemi) pourra conduire à son extrême à des traits de personnalité paranoïaque, etc. Le médecin peut donc explorer la biographie du sujet, et en particulier son enfance et son adolescence, pour se représenter les schémas de son patient, et l'inviter à en prendre conscience pour les assouplir et lui permettre d'avancer sereinement dans le changement.

3. LA POSITION DU PATIENT

3.1. Les représentations du savoir profane

Suivant le point de vue du patient, une maladie n'est pas simplement « une pathologie organique sous-jacente ». La maladie vient faire éruption dans sa santé (cf. Item 58). Selon la définition de l'OMS de 1946, la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap ». Mais la définition révisée de 1984 avance que la santé est « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins ».

Cette définition est en lien :

- * d'une part avec une conception « bio-psycho-sociale » de la maladie,
- * mais également avec le concept de « transaction » défini par la psychologie de la santé.

La maladie est en effet une rupture d'équilibre dans un ensemble biologique, psychologique et sociale, et la prise en charge va consister à redonner au patient l'ensemble des ressources nécessaires pour réaliser ses aspirations et satisfaire à nouveau ses besoins.

Pour cela il est essentiel que le médecin tienne compte :

- * des représentations du patient concernant sa santé et la maladie (théorie profane) qui déterminent les comportements que le patient peut mettre en place, et
- * des processus de transaction que le patient met en place face à la maladie.

Les représentations concernant la maladie peuvent concerner :

- * les causes (« À quoi est due ma maladie ? »),
- * le sens de celle-ci (« Pourquoi cette maladie chez moi dans mon histoire personnelle ? »).

Les représentations de la santé et de la maladie sont parfois peu superposables aux « représentations médicales officielles » (théorie savante) et sont dépendantes de multiples facteurs liés à la personne « malade » (cf. Item 58) :

- * culture,
- * milieu social,
- * personnalité,
- * histoire personnelle.

Les processus de transaction sont les efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par un individu pour s'ajuster aux situations de stress telle que l'est la maladie. Ils déterminent les stratégies d'ajustement que le patient peut mettre en place pour s'adapter à la maladie.

3.2. Les processus de transaction

L'effet sur les réponses d'un individu d'une situation de stress comme la maladie se déroule de façon séquentielle, selon deux phases : une phase d'évaluation (primaire et secondaire) et élaboration d'une ou plusieurs stratégies d'ajustement (ou coping).

3.2.1. Phase d'évaluation

Il existe deux phases d'évaluation.

- * La première phase d'évaluation (ou évaluation primaire), correspond au « stress perçu » par le sujet dans la situation de stress. Le stress perçu se révèle plus prédictif de l'état de santé ultérieur du patient qu'une mesure objective de la situation de stress.
- * La deuxième phase d'évaluation (ou évaluation secondaire), correspond au « contrôle perçu » et au « soutien social perçu » par le sujet pour faire face à la situation de stress. Le contrôle perçu correspond à l'inventaire de ses ressources personnelles et de sa capacité à contrôler la situation et le soutien social perçu correspond à l'inventaire des aides, protections et valorisations relationnelles et sociales disponibles pour lui. Un « contrôle perçu » et un « soutien social perçu » sont des prédicteurs positifs de l'état de santé ultérieur en réduisant l'impact des événements de vie stressant et en facilitant l'adoption de changements de styles de vie nécessaires dans la prise en charge de la maladie. Un sentiment de perte de contrôle ou d'absence de soutien social s'avère donc délétère.

Ces phases d'évaluation sont influencées par des facteurs bio-psycho-sociaux et par la théorie profane du patient (cf. Item 58). Parmi les facteurs déterminants on retrouve que les individus possédant certains traits de personnalité associés à une réactivité psychophysiologique au stress et aux émotions importante présenteront plutôt un stress perçu élevé. Les individus possédant certains traits de personnalité associés à la croyance généralisée que les événements de sa vie dépendent de facteurs externes non maîtrisables (on parle de « lieu de contrôle externe »)

présenteront plutôt un « contrôle perçu » faible, alors qu'à l'inverse les individus possédant certains traits associés à la croyance généralisée que les événements de sa vie dépendent de facteurs internes en lien avec des aptitudes personnelles (« lieux de contrôle interne ») présenteront plutôt un contrôle perçu fort ; enfin, un isolement social ou des relations familiales, professionnelles et sociales peu soutenantes seront plutôt reliées à un « soutien social perçu » faible.

3.2.2. Phase d'ajustement

La phase d'ajustement ou de coping est l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation stressante afin de réduire son impact. Elle est déterminée notamment par la phase d'évaluation précédente.

- * Si le patient pense qu'il peut changer quelque chose à sa situation de maladie, il adoptera des « stratégies centrées sur le problème ».
- * Si le patient pense qu'il ne peut pas grand chose face à sa situation de maladie, il adoptera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (« stratégies centrées sur l'émotion »).

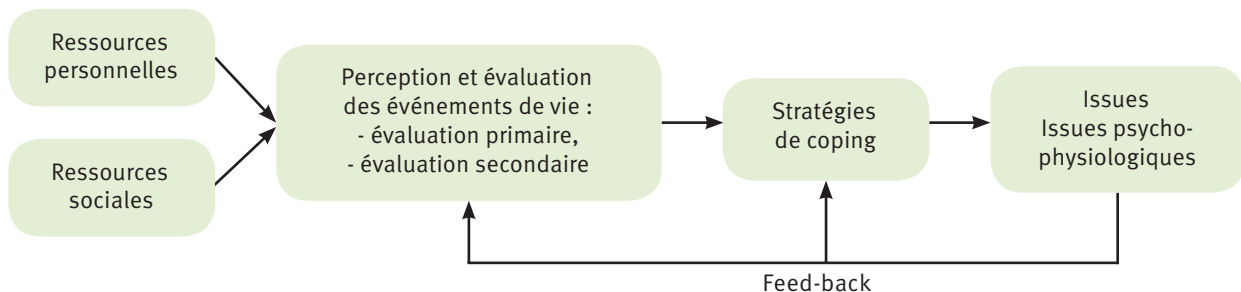


Figure 2. Les processus de transaction, adapté de Bruchon-Schweitzer et Boujut, cf. « Références pour approfondir ».

4. APPLICATIONS

Quelle que soit la situation l'information transmise doit être loyale, claire, appropriée, adaptée à la situation et comprise par le patient. Le patient peut souhaiter que ses proches soient présents lors de la transmission d'informations et cela doit être accepté.

Chez les enfants, l'information est transmise aux parents mais également à l'enfant. Chez les adolescents en particulier, il ne faut pas oublier de proposer un moment d'échange seul sans les parents.

4.1. L'annonce d'une maladie grave ou sévère

L'annonce d'une maladie grave, c'est-à-dire entraînant un risque vital à court terme, ou d'une maladie sévère, c'est-à-dire altérant la qualité du vie du patient du fait de la rapidité d'évolution, du risque de rechute et/ou de récurrence grave, et du retentissement fonctionnel de la maladie, ne s'improvise pas. Elle nécessite une succession d'étapes qui peuvent être schématisées de la façon suivante.

- * Premièrement, il faut choisir un lieu d'information calme, connu du patient, où le médecin prendra le temps, dans le cadre d'une relation personnalisée avec le patient, mais également avec les proches si le patient le souhaite.

- * Deuxièmement, il faut se demander « ce que sait déjà le patient de sa situation ».
- * Troisièmement, il faut essayer de savoir « ce que veut savoir le patient ».
- * Quatrièmement, il faut communiquer les informations au patient et à l'entourage si le patient le souhaite. Les étapes de la démarche médicale peuvent être utilisées afin de rendre manifeste au patient les représentations et valeurs sur lesquelles les décisions du médecin ont été, sont ou pourraient être prises :
 - Partir du tableau clinique et des symptômes et signes que le patient et le médecin ont repéré et reconnu ensemble.
 - Expliquer les examens complémentaires réalisés, leur place dans le cheminement diagnostique, ce qui était recherché et ce qui a été obtenu.
 - Informer sur le diagnostic réalisé et sur le fait qu'un nom a été donné aux symptômes et signes à l'origine de la demande médicale. Donner des noms alternatifs que le patient puisse comprendre peut être utile. Enfin, rassurer sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune.
 - Évoquer les facteurs causaux et les mécanismes étiologiques d'une manière compréhensible.
 - Informer sur la prise en charge et l'urgence éventuelle, sur son utilité, les risques fréquents, les alternatives et les conséquences en cas de refus.
 - Expliquer le pronostic et les notions de probabilité.
 - Soutenir le patient et les proches.
- * Cinquièmement, il faut laisser le temps au patient de comprendre ce qui a été transmis, de réagir émotionnellement, et de poser les questions qu'il souhaite en fonction de ses propres représentations ou valeurs qu'il s'agira de respecter.
- * Enfin, il faut proposer un suivi et une prochaine date de rencontre.

4.2. La prise en charge d'une maladie chronique

La prise en charge de la maladie chronique implique une stratégie d'éducation thérapeutique appelée en psychiatrie psychoéducation.

Il s'agit d'un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient plutôt que sur la maladie. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psycho social concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins plus généraux, les hospitalisations, les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé du patient.

Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants dans une relation de type participative, à vivre le plus sainement possible tout en maintenant et améliorant la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique doit rendre le patient capable d'acquérir et maintenir des stratégies nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie, dans la perspective de la définition de la santé de l'OMS de 1984.

Comme pour l'annonce d'une maladie, l'éducation thérapeutique ne s'improvise pas. Elle nécessite une succession d'étapes qui peuvent être schématisées de la façon suivante.

- * Premièrement, un diagnostic éducatif doit être réalisé avec le patient, afin de savoir :
 - Ce qu'il a ? (dimension biomédicale)
 - Ce qu'il sait ? Ce que sont ses représentations ? (dimension cognitive)
 - Ce qu'il ressent ? Ses réactions aux stress ? (dimension affective)
 - Ce qu'il fait ? Comment il est entouré ? (dimension socioprofessionnelle)
 - Ce qu'il veut décider de faire ? (dimension d'avenir)

- * Deuxièmement, et en fonction du diagnostic éducatif, un contrat d'objectif peut être réalisé avec le patient afin de déterminer les compétences qui doivent être acquises suivant les différentes dimensions ciblées de l'étape suivante.
- * Troisièmement, des activités éducatives structurées sont mises en place afin de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs précédents.
- * Enfin, il faut évaluer les effets de l'éducation thérapeutique pour connaître ce qu'il est nécessaire de changer chez le patient, si ces changements correspondent à ses attentes et si une modification du contrat d'objectifs est à réaliser.

Tout au long de cette démarche, le médecin doit être attentif au mouvement affectif de type transfert et contre-transfert qui peuvent influencer la relation médecin-malade au cours de ce processus d'éducation thérapeutique et ainsi éviter toute contre attitude du médecin, en particulier dans les situations où son savoir et pouvoir médical ne serait pas suffisamment efficace ou considéré comme insuffisamment reconnu par le patient.



RÉSUMÉ

Une maladie est identifiée par le médecin suivant une théorie savante correspondant au savoir biomédical. Bien qu'efficace, cette théorie ne représente qu'incomplètement ce que les patients vivent, pensent et ressentent quand ils ont une maladie. Le savoir médical se confronte en effet à une théorie profane des maladies et de la santé qui influence le comportement des patients, ses actions possibles et leurs relations avec les médecins. Le médecin doit tenir compte, pour l'annonce d'une maladie grave ou pour la prise en charge d'une maladie chronique à la fois :

- * de ses propres représentations concernant la maladie (sa théorie savante),
- * et des représentations et valeurs du patient (sa théorie profane) aux cours des entretiens.



POINTS CLEFS

Les quatre types de relation médecin-malade sont :

- * La relation actif/passif.
- * La relation consensuelle.
- * La relation coopérative.
- * La relation participative.

La relation participative implique du médecin de connaître :

- * certaines techniques d'entretien basées sur des principes des thérapies cognitives, comportementales et émotionnelles,
- * et certains concepts développés par la psychologie de la santé.

Les principaux stades de changement sont :

- * La pré-contemplation.
- * La contemplation.
- * La détermination.
- * L'action.
- * Le maintien.
- * La rechute.

Les processus de transaction sont les efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par un individu pour s'ajuster aux situations de stress telle que l'est la maladie. Ils déterminent les stratégies d'ajustement que le patient peut mettre en place pour s'adapter à la maladie.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Bruchon-Schweitzer M., Boujut E., *Psychologie de la santé – Concepts, méthodes et modèles*, 2014, Ellipses.

Miller W. R., Rollnick S., *L'entretien motivationnel*, 2013, InterEditions.

Lançon C., *Conduites addictives et processus de changement*, 2013, John Libbey.

item 60

DÉCRIRE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE, DE L'ENFANT À LA PERSONNE ÂGÉE

- I. Pour comprendre
- II. Contexte épidémiologique
- III. Offre de soins en psychiatrie adulte
- IV. Offre de soins en pédopsychiatrie
- V. Offre de soins spécifiques

1. INTRODUCTION

1.1. Système de santé

Le système de santé est défini comme l'ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains et financiers destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

Sa fonction est la promotion de la santé et son objectif est l'amélioration de la santé.

Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles :

- * la prestation de services,
- * la création de ressources,
- * le financement,
- * la gestion administrative (Organisation mondiale de la santé – OMS).

Selon l'OMS, le système de santé s'organise en 3 niveaux distincts :

- * Niveau I (soins primaires) : soins de premier recours, essentiellement ambulatoires, de proximité, dans la communauté, porte d'entrée dans le système de soins, comme définie en France par la notion de « parcours de soins coordonnés » dont la médecine générale constitue le pivot.
- * Niveau II (ou secondaire) : regroupe des services spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge d'un domaine pathologique donné.
- * Niveau III (ou tertiaire) : constitué de centres de référence, offrant les services de soins les plus spécialisés, souvent à vocation d'enseignement et de recherche.

Le système de santé déploie une offre de soins à ces différents niveaux, autour de 3 types de structure de soins :

- * structures de soins ambulatoires : médecine générale, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de soins...
- * structures intermédiaires : hôpitaux de jours et centres d'accueil à temps partiel qui assurent des soins séquentiels dans la communauté,
- * structures hospitalières : services d'hospitalisation temps plein des hôpitaux publics ou du secteur privé.

Le financement du système de soins est assuré par l'assurance maladie.

L'organisation du système de soins implique de connaître un certain nombre de définitions :

Réseau de soins : il s'agit d'une coordination formalisée de professionnels de santé et des intervenants (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) sur le parcours d'un patient, visant à favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

Parcours de soins : il s'agit d'une organisation d'une prise en charge globale, continue et coordonnée des patients qui sont orientés vers l'offre de soin la plus appropriée à leurs besoins. Son objectif vise une prise en charge au plus proche du lieu de vie des patients, dans un système jusqu'alors très « hospitalo-centré ».

C'est en référence au « parcours de soins coordonné » que chaque assuré est invité à désigner à sa caisse d'assurance maladie un « médecin traitant ». En cas de consultation d'un médecin spécialiste, le taux de remboursement maximal est garanti à l'assuré s'il est adressé par son « médecin traitant ». Cependant, l'assuré de 16 à 25 ans ayant un médecin traitant déclaré peut consulter directement un psychiatre ou un neuropsychiatre sans perte du bénéfice du taux habituel de remboursement. Cette disposition a pour objectif d'améliorer l'accessibilité au système de soins psychiatrique en renforçant le positionnement au niveau des soins primaires.

Secteur social et médico-social : ils ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles » (personnes en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance). Le financement des dépenses d'aide et d'action sociale dans le secteur social et médico-social est assuré par de multiples acteurs (État, assurance maladie et collectivités territoriales).

1.2. Organisation générale des soins en psychiatrie

L'offre de soins psychiatriques s'organise :

- * Aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire, dans une logique territoriale qui a pour objectif de garantir un égal accès aux soins psychiatriques à chacun. Il veille à bien s'articuler avec les soins de premiers recours (médecine générale) mais aussi le secteur médico-social.
- * Autour d'acteurs du secteur public (établissements publics de santé mentale) mais également du secteur privé (psychiatres libéraux, cliniques privées). En 2001, 83 % des lits et places en psychiatrie étaient dans des établissements publics ou privés « participant au service public hospitalier » (PSPH). Pour cette même année l'offre de lits était de 104/100 000 habitants, et sur les 13 000 psychiatres, près de 50 % avaient une activité exclusivement salariée, 35 % une activité exclusivement libérale, 15 % une activité mixte. Le recours au système de soins psychiatriques est en forte augmentation, une étude de la DREES de 2003 faisant état entre 1999 et 2009, d'une augmentation de 56 % du nombre de personnes suivies par un service de psychiatrie publique, et d'une augmentation de près de 20 % du nombre de consultations auprès de psychiatres libéraux.

Le secteur : il correspond à une zone géographique délimitée, au sein de laquelle une équipe multidisciplinaire de psychiatrie publique a la responsabilité de l'offre publique de soins psychiatriques (ambulatoires, intermédiaires, hospitaliers) et la mise en œuvre de toutes les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Le lieu de résidence de chaque patient détermine ainsi le service auprès duquel il peut solliciter une prise en charge par le secteur public. Cependant, le libre choix du médecin demeure le principe général d'organisation du soin, la notion de sectorisation n'y est pas opposable. À sa création l'organisation sectorielle était conçue pour que chaque secteur ait en charge une population moyenne de 67 000 habitants.

L'inter-secteur : il correspond à une zone géo-populationnelle recouvrant le périmètre de plusieurs secteurs de psychiatrie générale pour y développer des activités plus spécialisées, ou au bénéfice de populations spécifiques :

- * Inter-secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- * Dispositifs intersectoriels de psychiatrie d'urgence et de crise, de psychiatrie de consultation-liaison, d'addictologie, de psychiatrie de la personne âgée...

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique (cf. Item 58).

Les troubles psychiatriques sont fréquents et évolutifs, le plus souvent chroniques et fréquemment invalidants (cf. Item 117).

On estime que les maladies mentales touchent 12 millions de français pour un coût évalué à 107 milliards d'euros = 3 à 4 % PIB (coûts directs et coûts indirects liés à la perte de qualité de vie, de travail et de productivité pour les patients et leurs familles).

Selon l'OMS, les pathologies mentales sont le premier contributeur au fardeau global des maladies non transmissibles, devant les maladies cardiovasculaires et le diabète.

En chiffre :

- * Prévalence annuelle des troubles mentaux en population générale et infanto-juvénile d'environ 20 %.
- * Les troubles mentaux représentent :
 - 12 à 15 % des invalidités (autant que les maladies cardiovasculaires et plus que les cancers),
 - 30 % des journées de vie perdues par mortalité évitable ou par invalidité (OMS).
- * Augmentation importante de la demande de soins depuis les années 1990 :
 - file active de psychiatrie adulte égale à 1,3 millions de patients (en 2003),
 - file active de pédopsychiatrie égale à 464 000 patients (en 2003).

Les objectifs de santé publique sont :

- * la lutte contre les troubles mentaux : actions de prévention, diagnostics, soins, réadaptations et réhabilitations psycho-sociales (cf. Items 58 et 117),
- * la lutte contre l'inégalité d'accès aux soins (cf. Item 57),
- * la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques (cf. Item 117).

3. OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE ADULTE

3.1. Établissements publics de santé mentale

3.1.1. Objectifs de l'organisation sectorielle

La mise en place de la sectorisation en France en 1960 s'inscrit dans le contexte général de désinstitutionalisation qui visait à cette époque, à faire sortir de structures asilaires alors lieux de vie autant que lieu de soins, les personnes souffrant de pathologies mentales sévères et chroniques, essentiellement de type schizophrénie. L'objectif est alors de limiter le recours à l'hospitalisation en offrant aux personnes souffrant de troubles psychiatriques des modalités de soins compatibles avec une vie dans la cité. L'offre de soins sectorielle se veut alors adaptée aux différentes pathologies, à chaque phase de la maladie, et accessible pour les patients, ce qui justifie une implantation territoriale qui garantit une offre de proximité.

L'organisation sectorielle a contribué au développement de prises en charges diversifiées et d'alternatives à l'hospitalisation temps plein par l'accès à des consultations ambulatoires, la possibilité de visites à domiciles, la mise en place de soins séquentiels en hospitalisation de jour ou CATTP.

Les apports de l'organisation sectorielle sont :

- * l'égalité d'accès en tout point du territoire,
- * la désinstitutionalisation,
- * la continuité du soin,
- * les soins centrés sur le patient dans son environnement : offre de soins ambulatoires et intermédiaires à proximité de sa résidence et en dehors de l'hôpital,
- * les soins de réhabilitation : ont pour objet de limiter le handicap conséquence de la pathologie, et pour objectif de maintenir le patient dans la communauté (cf. Item 117).

3.1.2. Historique et évolution actuelle

Loi de juin 1938 :

Organisation de la prise en charge des aliénés, création des « asiles psychiatriques » (centres hospitaliers spécialisés d'aujourd'hui).

Circulaire de 1960 :

Mise en place de la politique de secteur.

Loi hospitalière de 1991 :

Régime juridique identique pour la carte sanitaire MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) et la carte sanitaire psychiatrie, selon le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

- * Développement libre et non-homogène du secteur (bases réglementaires limitées, sans politique organisatrice et évaluative) : importantes disparités, soins qui restent hospitalo-centrés (CHS), et peu articulés avec le médical (les autres professionnels de santé, MG en particulier) et le médico-social.
- * Augmentation continue de la demande de soins (+ 50 % de file active sur les secteurs de 1990 à 1997, + 3 à 5 % d'urgences tous les ans. Diversification de l'offre : développement de la psychiatrie libérale, sollicitation des médecins généralistes.
- * Développement et diversification des moyens thérapeutiques. Le secteur reste le dispositif de soins psychiatrique généraliste et de proximité (niveau I et II), pouvant s'appuyer sur le développement d'une offre de soins innovants hautement spécialisés (niveau III).

L'ordonnance du 4 septembre 2003 :

Définit les « territoires de santé » qui deviennent l'échelon de référence pour l'organisation de l'offre de soins psychiatrique et non psychiatrique. Cette évolution implique une solidarité et une complémentarité entre les différents établissements du territoire et soutient le principe de l'intersectorialité pour certains soins spécifiques.

La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) de 2009 :

Porte la création des ARS (agence régionale de santé) chargées de définir de nouveaux territoires de santé pertinents pour lutter contre les inégalités de santé. Les compétences des ARS sont élargies à la planification de l'offre médico-sociale.

La loi du 5 juillet 2011 :

Le rôle des ARS est conforté, notamment dans la coordination des soins entre les établissements de santé.

3.2. Modalités de prise en charge en psychiatrie

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte sont classiquement distingués :

- * ambulatoire,
- * hospitalisation complète,
- * soins séquentiels (hospitalisation de jour ou de nuit, CATTP...).

La psychiatrie est la seule discipline médicale disposant du droit de soigner sans le consentement de la personne (cf. Item 11). Les différents types de soins sans consentement (en hospitalisation complète ou ambulatoire) sont le plus souvent délivrés par les services de psychiatrie publique mais certains établissements privés peuvent également assurer ce type de soins.

3.2.1. L'ambulatoire

Définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation. Il s'organise selon diverses modalités :

- * **Consultations ambulatoires** : les centres médico-psychologiques (CMP) sont les structures pivot du secteur, en amont et en aval de l'hospitalisation, ils permettent une coordination du parcours de soins psychiatriques. Les soins y sont dispensés gratuitement pour en faciliter l'accès.

Les CMP regroupent des compétences multiples au sein d'équipes multidisciplinaires (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, sociothérapeutes...) qui assurent une offre diversifiée de soins, par exemple :

- les centres d'accueil permanent (CAP) offrent une réponse 24 h/24,
- l'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'offrir des soins « intensifs » au domicile du patient et de limiter le recours à l'hospitalisation temps plein,
- l'accueil en appartement thérapeutique à la sortie de l'hôpital et pendant une durée limitée permet de développer les habiletés de la vie quotidienne et de restaurer l'autonomie du patient. Il nécessite le passage quotidien de personnels soignants.
- * **La psychiatrie de liaison** répond aux besoins d'interventions en unités d'hospitalisation non psychiatrique (MCO). Souvent organisée selon un dispositif intersectoriel, elle peut également être organisée pour rendre des avis dans les services d'accueil d'urgences des hôpitaux généraux ou dans des structures médico-sociales ou des EHPAD.

3.2.2. L'hospitalisation

- * **L'hospitalisation temps plein (90 % du temps complet)** correspond à l'hospitalisation « traditionnelle » au sein de l'hôpital (24 h/24), pendant la phase aiguë de la maladie.

Elle instaure une rupture avec le milieu social et familial.

Les unités d'hospitalisation peuvent être localisées au sein des CHS (centre hospitalier spécialisé)/CHG (centre hospitalier général) ou CHR (centre hospitalier régional).

13 % de l'offre d'hospitalisation est dans le secteur privé.

- * **Les centres de postcure** sont des unités de moyen séjour, de transition entre l'hôpital et le retour au domicile, pendant la phase aiguë de la maladie.

Des soins intensifs de réhabilitation peuvent y être délivrés en référence aux principes de la psychothérapie institutionnelle ou de la réhabilitation par le travail. Les soins visent à limiter le handicap et à soutenir le retour à l'autonomie. Ils peuvent durer de plusieurs mois à quelques années.

- * **Le centre d'accueil et de crise d'urgence (CAC) ou U72** : il s'agit de structures hospitalières d'accueil des patients en situation de crise, souvent adossées aux services d'accueil d'urgence des hôpitaux généraux. Les durées moyennes de séjour y sont courtes. Elles ont pour objectif de limiter les hospitalisations en service de psychiatrie à partir des dispositifs d'urgences.

3.2.3. Les soins séquentiels

Ils permettent une prise en charge intensive en ambulatoire sans hébergement (sauf pour l'hôpital de nuit).

- * **L'hôpital de jour (HDJ)** : ils dispensent des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine. Il a pour objectif d'éviter la chronicisation et de préparer la réinsertion dans le milieu de vie.
- * **L'hôpital de nuit** : ils permettent une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine.

- * **Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** : ils dispensent des activités thérapeutiques et occupationnelles. Ils favorisent la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale.

3.3. Professionnels du dispositif de soins psychiatriques

Les soins psychiatriques sont délivrés par une équipe multidisciplinaire qui regroupe des compétences diverses :

- * Le personnel médical : psychiatres.
- * Le personnel non médical : cadres, infirmiers, aide-soignants, psychologues, assistants sociaux, personnel de rééducation (psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute), personnel éducatif (animateur, éducateur), secrétaires médicales, agents de services hospitaliers.

Les équipes multidisciplinaires travaillent en étroite partenariat avec :

- * Les autres professionnels de santé :
 - les médecins généralistes : ils représentent le premier recours lors de la demande initiale de soins et parfois également le dernier interlocuteur accepté par des patients en rupture de soins avec le secteur,
 - la médecine spécialisée.
- * Les partenaires sociaux et médicaux sociaux impliqués dans les différents besoins d'accompagnement des patients : hébergement (foyers occupationnels, foyer d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisé), accompagnement dans la cité (SAVS ou SAMSAH), travail protégé (ESAT).
- * Les forces de l'ordre et les juges.
- * Les personnels pénitentiaires et les conseillers de probation.
- * Les maires dans le cadre des conseils locaux de santé mentale.
- * Les associations d'usagers ou de familles :
 - UNAFAM (Union nationale des familles et amis des malades souffrant de troubles psychiatriques),
 - FNAPSY (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie).

4. OFFRE DE SOINS EN PÉDOPSYCHIATRIE

4.1. Le secteur de pédopsychiatrie

4.1.1. Objectifs

Comme pour la psychiatrie adulte, le but est d'installer la prévention et la continuité des soins dans la communauté pour les enfants et adolescents.

On distingue quelques spécificités relatives à la pédopsychiatrie :

- * priorité donnée aux liens entre l'enfant et son milieu familial et social : éviter les séparations et les ruptures,
- * maintenir l'enfant dans le milieu scolaire,
- * travail de concert avec les acteurs du monde de l'enfance (éducation nationale, services sociaux, associations de parents).

4.1.2. Historique et évolution actuelle

L'histoire et l'évolution du secteur de psychiatrie adulte s'applique au secteur de pédopsychiatrie.

C'est l'application de la circulaire de mars 1972 après celle de 1960 qui met véritablement en place le secteur de pédopsychiatrie.

4.2. Modalités de prise en charge en pédopsychiatrie

On note les mêmes qu'en psychiatrie adulte mais les recours dans chacune des structures diffèrent.

4.2.1. L'ambulatoire

- * Le centre médico-psychologique (CMP) reste la structure pivot du secteur en pédopsychiatrie et représente la première structure utilisée en pédopsychiatrie.
- * La pédopsychiatrie de liaison (surtout aux urgences, en pédiatrie et en maternité).
- * L'hospitalisation à domicile.
- * L'accueil familial thérapeutique.

4.2.2. L'hospitalisation

- * L'hospitalisation temps plein (représente une structure de dernier recours).
- * Les centres de postcure.
- * Centre de crise et centre d'accueil permanent (CAP) (rare).

4.2.3. Les soins séquentiels

- * Hôpital de jour (HDJ) est la deuxième structure la plus utilisée en pédopsychiatrie.
- * Centre d'activité à temps partiel (CATTP) (structure très utilisée aussi).
- * Hôpital de nuit (plutôt rare).

4.3. Professionnels du dispositif de soins pédopsychiatriques

L'équipe de secteur de pédopsychiatrie est aussi multidisciplinaire. Les mêmes professionnels composent une équipe de secteur en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie.

Parmi le personnel spécifique à la pédopsychiatrie, on distingue le personnel de rééducation (psychomotriciens, orthophonistes) et les puéricultrices.

Le secteur de pédopsychiatrie est également en contact avec de nombreux partenaires :

- * le champ sanitaire (médecins généralistes),
- * les champs social et médico-social, l'Éducation nationale, la justice, les services du département (PMI, ASE...).

4.4. Lieux de prise en charge hors secteur (structures médico-sociales)

Il existe deux institutions de soins ambulatoires :

* **Centre Médico-psycho-pédagogiques (CMPP)**

Ce sont des lieux de consultations et de soins ambulatoires où travaille une équipe pluridisciplinaire (comme dans les CMP).

Des personnels de l'Éducation nationale y sont spécifiquement rattachés.

* **Centre d'action médico-social précoce (CAMSP)**

Ce sont des lieux de soins ambulatoires qui prennent en charge les enfants de 0 à 6 ans.

Une équipe pluridisciplinaire y intervient dont des pédiatres. Ils ont une mission de prévention et de coordination.

Ces structures sont à distinguer des institutions médico-éducatives (IMP, IMPro, ITEP, SESSAD), qui reçoivent les enfants « handicapés » et qui relèvent donc de la MDPH.

5. OFFRE DE SOINS SPÉCIFIQUES

5.1. Psychiatrie d'urgence

Elle est organisée en majorité par les hôpitaux généraux assurant un SAU.

Dans certains territoires, d'autres réponses ont pu être mises en place : équipes mobiles, permanence téléphonique, médecins/autres professionnels exerçant au sein d'associations (réponse téléphonique, déplacement à domicile).

5.2. Psychiatrie de liaison

Les équipes de psychiatrie de liaison sont multidisciplinaires (psychiatres, psychologues et infirmiers) et interviennent dans les services de MCO pour assurer les soins en santé mentale.

5.3. Addictologie

Cette sous-spécialité implique une grande transversalité et coordination des intervenants. Le dispositif est souvent intersectoriel.

5.4. Psychiatrie de la personne âgée

Il existe une grande transversalité et coordination des intervenants. Le dispositif est souvent intersectoriel.

On distingue trois types de prise en charge :

- * Hospitalière : complète (unités de soins aigus ou prolongés) ou partielle (HDJ ou hôpital de nuit).
- * Extra-hospitalière (ambulatoire) : équipe de secteur, équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMPG).
- * Consultations de psychiatrie de la personne âgée (souvent à l'hôpital).

5.5. Secteur pénitentiaire

Il est destiné à la prise en charge de la population carcérale.

On distingue :

- * Dans l'établissement pénitentiaire : la psychiatrie de liaison par le secteur et les consultations psychiatriques.
- * Le service médico-psychologique régional (SMPR) : structure de soins psychiatriques située dans l'enceinte de la prison.
- * L'unité hospitalière de spécialement aménagées (UHSA) : hôpital qui accueille une population carcérale uniquement.

5.6. Consultations de recours

Dans certaines situations complexes, un avis spécialisé peut être nécessaire. C'est le cas pour des patients qui ne semblent pas bénéficier des soins assurés par leur médecin généraliste ou dans le cas de doutes diagnostiques/pathologies complexes/nécessité d'évaluation de soins spécifiques/résistance au traitement, etc.

Des consultations spécialisées sont apparues depuis quelques années : soins partagés avec les médecins généralistes, centres experts pour patients bipolaires, schizophrènes ou asperger, trouble dépressif caractérisé résistant, troubles anxieux sévères, cellule d'urgences médico-psychologique. Ces consultations ont également des missions de recherche clinique et de diffusion de soins innovants dans leur territoire.

Les centres ressource autisme (CRA) constituent des lieux de recours à l'ensemble des professionnels concernés par le diagnostic et l'évaluation des troubles du spectre autistique, notamment pour les équipes de psychiatrie et de pédiatrie. Chaque région dispose d'un CRA implanté dans un CHU.

RÉSUMÉ

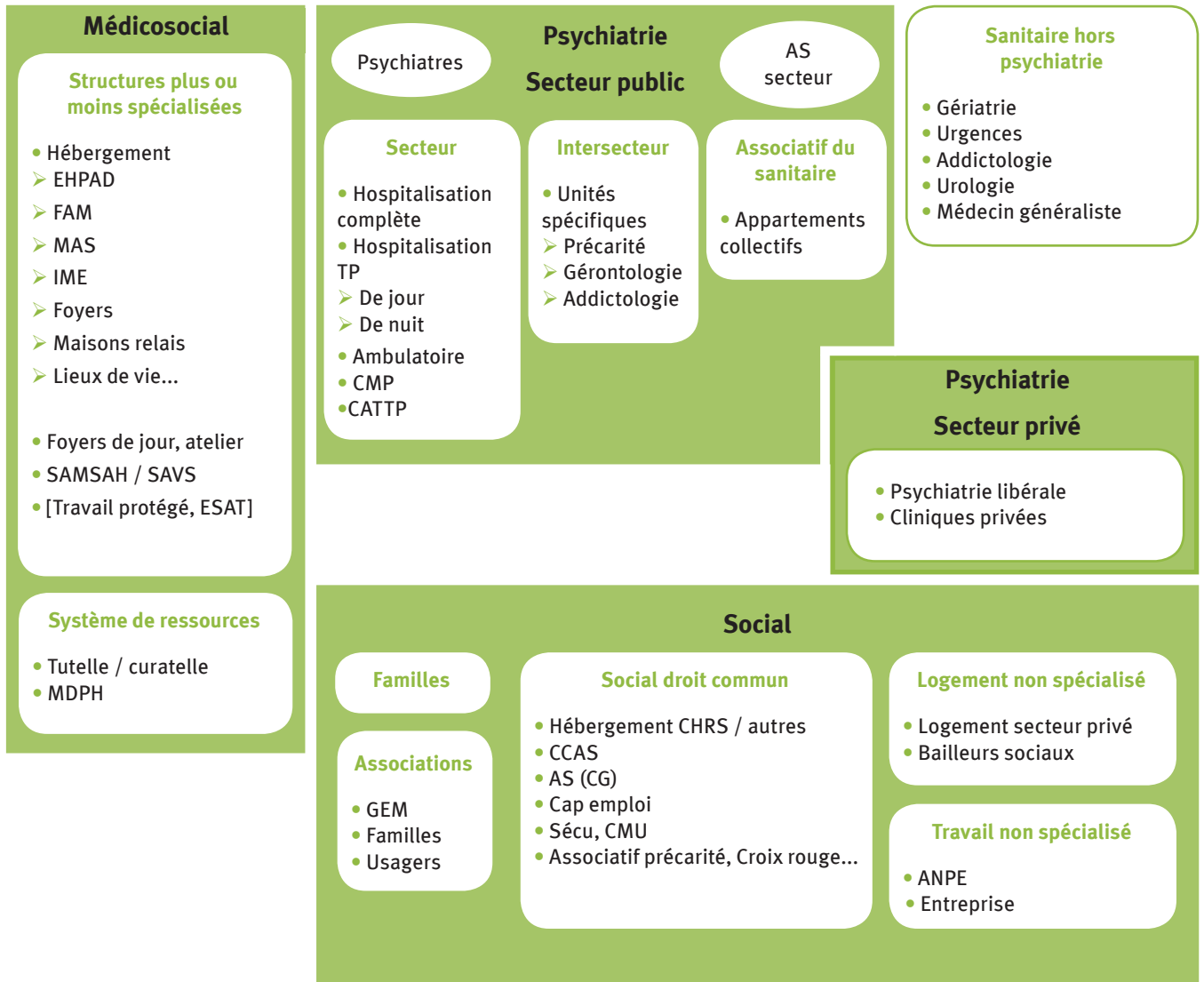


Figure 1. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale, DRESS 2014.

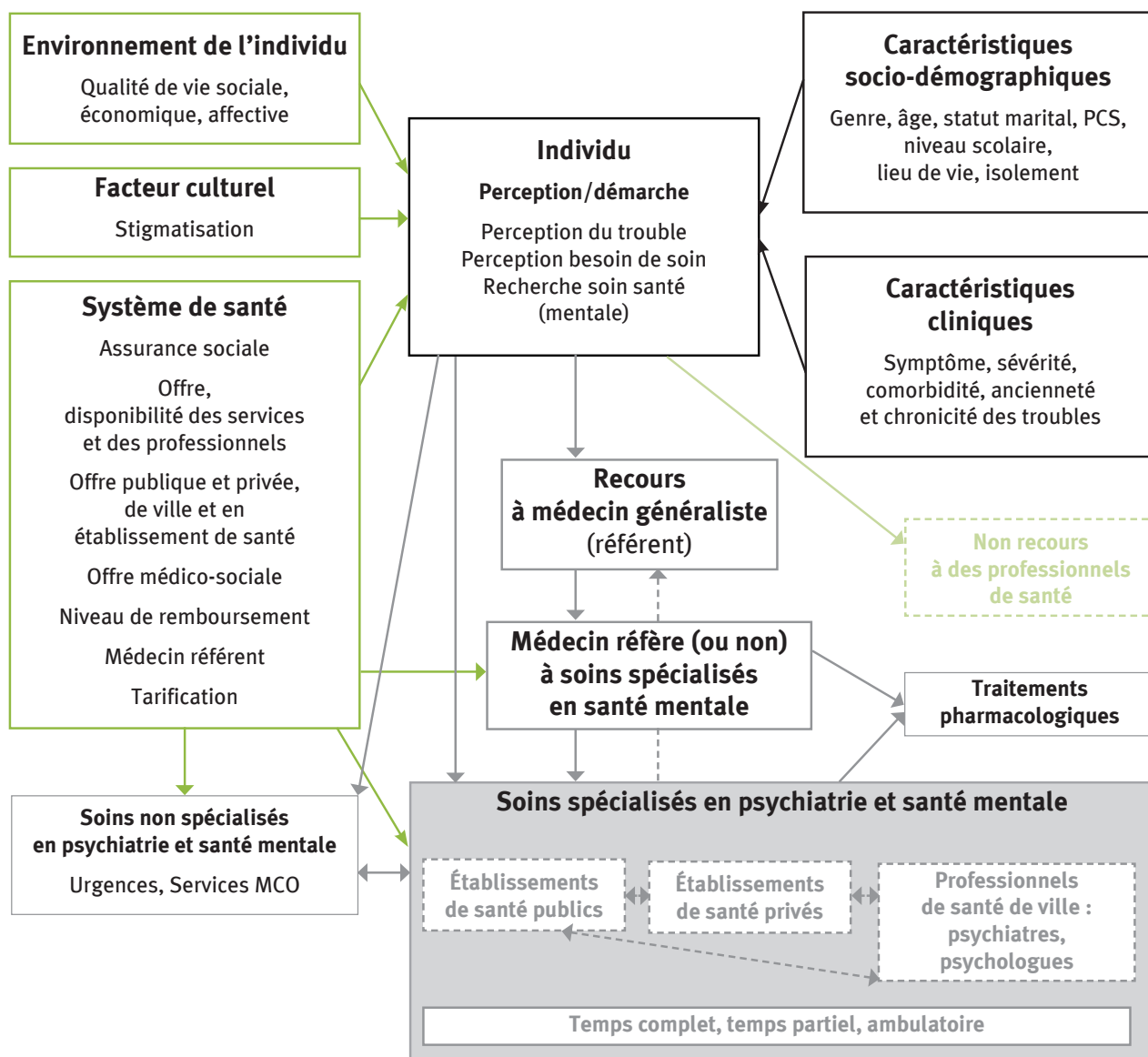


Figure 2. Le recours aux soins en psychiatrie, DRESS 2014.



POINTS CLEFS

Le secteur :

- * la base de l'organisation des soins en psychiatrie,
- * CMP = structure pivot du secteur,
- * coordination et continuité des soins,
- * insertion et maintien du patient dans la communauté.

Développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation temps plein.

Multidisciplinarité.

Disparité importante de l'offre de soins.

Diversification des moyens thérapeutiques.

Soins de recours pour les situations complexes ou nécessitant un avis spécialisé.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

www.drees.sante.gouv.fr : Organisation de l'offre de soins et santé mentale (2014)/La prise en charge de la santé mentale (2007).

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

partie 2

SITUATIONS D'URGENCE

item 346

AGITATION ET DÉLIRE AIGUS

- I. Agitation
- II. Délire aigu



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer une agitation et un délire aigu.
- * Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).

Agitation et délire aigu constituent deux syndromes différents, qu'il s'agit de caractériser indépendamment. Ces deux syndromes, fréquemment retrouvés aux urgences, ne sont pas systématiquement associés. La démarche diagnostique et thérapeutique dépendra de la présence d'un seul ou des deux syndromes. L'agitation et les idées délirantes n'ont pas de spécificité diagnostique et peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles. Une cause non psychiatrique doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées délirantes d'apparition récente.

1. AGITATION

La plupart du temps, la demande de soins dans le cadre de l'agitation aiguë n'émane pas du sujet mais de son entourage, qui fait alors souvent appel à des services d'urgence. Cette demande peut aussi émaner des forces de l'ordre intervenues à domicile ou sur la voie publique. L'agitation, qui représente 10 à 15 % des consultations psychiatriques aux urgences, est une situation complexe à gérer car le praticien doit l'apaiser tout en laissant la possibilité de préciser le diagnostic qui sous-tend ce symptôme.

1.1. Diagnostiquer un état d'agitation aigu

1.1.1. Définition et sémilogie de l'état d'agitation

Un état d'agitation se définit selon le DSM-IV comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirailler ses vêtements, l'incapacité de rester assis ». Il s'agit donc d'un état de tension et d'hyperactivité physique et psychique. Dans la situation d'examen clinique, le sujet est impatient, ne tient pas en place, présentent des gestes répétitifs sans utilité ni but apparent. Les propos, cris, l'irritabilité, l'anxiété traduisent une tension psychique.

Certaines situations peuvent témoigner d'une agitation « intérieure » isolée, qui ne s'accompagne pas forcément d'un retentissement comportemental. Ainsi, une forte anxiété avec hyperactivité improductive de la pensée peut se traduire par une sidération anxieuse, la tachypsychie avec fuite idéique au cours d'un épisode maniaque peut s'accompagner d'une sidération comportementale.

L'agitation doit être distinguée de l'hyperactivité, dans laquelle la motricité est orientée vers un but. Elle doit également être distinguée de l'akathisie (nécessité impérieuse de se déplacer, mouvements incessants des jambes...).

1.1.2. Interrogatoire

L'interrogatoire du patient ou de son entourage doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge : les circonstances de survenue de l'état d'agitation et les antécédents du patient.

1.1.2.1. Circonstances de survenue

Une date de début de l'apparition de l'état d'agitation doit être recherchée, ainsi que la modalité d'apparition : en effet, une agitation apparaissant de manière brutale, en quelques heures, n'orientera pas vers la même étiologie qu'une agitation apparue de manière plus progressive,

sur plusieurs jours ou semaines. Enfin, il faut rechercher un événement récent potentiellement à l'origine de la symptomatologie (voyage ? événement de vie stressant ?).

Aux urgences, l'agitation est sous tendue dans 60 % des cas par une intoxication éthylique et dans 4 % des cas par une autre cause médicale non psychiatrique.

1.1.2.2. Antécédents

Les antécédents, psychiatriques et non psychiatriques, doivent être détaillés, l'état d'agitation pouvant entrer dans le cadre d'une décompensation aiguë d'une pathologie sous-jacente.

1.1.3. Examen clinique

1.1.3.1. Recherche de signes de gravité

La priorité est la recherche de symptômes de gravité mettant en jeu le pronostic vital :

- * Un syndrome confusionnel (perturbation de la conscience accompagnée de modifications cognitives, altération de la mémoire, désorientation temporo spatiale, perturbation du langage, perturbation des perceptions) possiblement à l'origine d'un état d'agitation. La perturbation s'installe en un temps court et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. L'histoire de la maladie, l'examen physique, et les examens complémentaires mettent en évidence l'étiologie de la confusion, conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique, ou d'une combinaison de ces différents facteurs (cf. Item 106).
- * Autres signes de gravité :
 - des symptômes de déshydratation sévère, troubles hydroélectrolytiques ;
 - des symptômes de sepsis, choc cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë.

1.1.3.2. Symptômes non psychiatriques associés

Un examen physique est indispensable afin de rechercher des symptômes non psychiatriques associés, en priorité :

- * des symptômes orientant vers un diagnostic neurologique (épilepsie, hématome sous-dural, hémorragie méningée, processus tumoral intracrânien, accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire, etc.), à savoir myosis, mydriase, symptômes méningés, signes de localisation neurologique, morsure de langue, etc. ;
- * des symptômes orientant vers un diagnostic endocrinien ou métabolique (hypoglycémie, troubles hydroélectrolytiques, dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, maladie d'Addison, etc.) à savoir symptômes de déshydratation, globe urinaire, etc. ;
- * des symptômes orientant vers une origine infectieuse (méningite, encéphalite, septicémie, pneumopathies), à savoir hyperthermie, symptômes méningés, dyspnée, cyanose, sueurs profuses, etc.

1.1.3.3. Symptômes psychiatriques associés

- * symptomatologie thymique (symptomatologie dépressive, maniaque) ;
- * symptomatologie psychotique (idées délirantes, hallucinations) ;
- * symptomatologie anxieuse.

1.1.4. Examens complémentaires

Le bilan biologique initial minimum doit permettre d'éliminer les étiologies mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :

- * un bilan biologique avec glycémie et ionogramme, calcémie, hémogramme, hémostase (en cas de nécessité de traitement par injection intramusculaire) ;
- * un ECG (en cas de nécessité d'administration d'un traitement neuroleptique sédatif).

Les autres examens sont à déterminer en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique complet. Il faut notamment discuter :

- * alcoolémie, dosage urinaire de toxiques ;
- * bilan hépatique, fonction rénale ;
- * la TSH ;
- * ponction lombaire, TDM cérébral, EEG ;
- * ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire.

1.2. Déterminer l'étiologie de l'état d'agitation

Les causes à l'origine d'un état d'agitation sont nombreuses. L'approche consistant à raisonner en fonction des étiologies les plus fréquentes et/ou les plus graves en fonction du contexte épidémiologique permet de s'orienter de manière pragmatique. Trois situations fréquentes peuvent ainsi être distinguées (cf. tableau 1) :

- * L'état d'agitation survient de manière aiguë chez une personne âgée.
- * L'état d'agitation survient chez un sujet jeune, sans antécédents connus.
- * L'état d'agitation survient de manière aiguë chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques.

1.2.1. Chez une personne âgée

La priorité est d'éliminer une cause médicale non psychiatrique, qu'il existe ou non des antécédents de troubles psychiatriques connus. Une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique ou métabolique, une cause neurologique doivent être recherchés en première intention.

- * une iatrogénie médicamenteuse : plusieurs médicaments peuvent être à l'origine d'une agitation dans cette population. Les psychotropes peuvent tous induire un état d'agitation, notamment les benzodiazépines (syndrome confusionnel à l'instauration ou au sevrage après arrêt brutal) et les antidépresseurs (confusion, syndrome sérotoninergique, virage maniaque ou hypomaniaque). D'autres médicaments sont à risque comme les corticoïdes, les agonistes dopaminergiques, les anticholinergiques, ou, plus rarement, les antipaludéens, l'isoniazide, l'interféron, etc. ;
- * un trouble hydro-électrolytique (dysnatrémie, hypercalcémie), une pathologie endocrinienne (hyperthyroïdie) ou métabolique (hypoglycémie) ;
- * une pathologie neurologique ou neurochirurgicale : accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural ou extra-dural, crise convulsive, tumeur, démence débutante.

D'autres étiologies, fréquentes chez les personnes âgées, sont ensuite recherchées :

- * une infection (urinaire, pulmonaire...) ;
- * un globe vésical ou un fécalome ;
- * une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) ;
- * une intoxication au monoxyde d'azote ;
- * une pathologie cardiovasculaire : embolie pulmonaire, infarctus du myocarde.

Une éventuelle pathologie psychiatrique ne pourra être évoquée qu'après un bilan clinique et paraclinique complet. En effet, l'agitation est très rarement un symptôme inaugural d'un trouble psychiatrique chez une personne âgée. Cependant, parmi ces pathologies, peuvent être évoqués :

- * un épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;
- * un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire à début tardif ou induit par les antidépresseurs ;
- * une attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique si les épisodes sont répétés ;
- * un trouble délirant à type de jalousie ou de persécution.

1.2.2. Chez un adulte jeune

De la même manière, chez l'adulte jeune, une pathologie médicale non psychiatrique doit être éliminée. On recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse.

- * une intoxication aiguë à des substances psychoactives : alcool, cannabis et autres hallucinogènes (LSD), psychostimulants (cocaïne, amphétamine, ecstasy) ;
- * un sevrage de substance psychoactive, notamment alcool, héroïne, autres morphiniques ;
- * une iatrogénie médicamenteuse : les antidépresseurs et corticoïdes sont les plus fréquemment en cause. Il faut également connaître les effets paradoxaux des benzodiazépines, plus fréquents chez l'adulte jeune, avec un état d'agitation parfois incoercible. Les antipaludéens (notamment méfloquine) peuvent être impliqués, dans un contexte de voyage récent ;
- * une pathologie métabolique (hypoglycémie) ou endocrinienne (hyperthyroïdie) ;
- * une pathologie infectieuse : méningo-encéphalite herpétique, neuropaludisme ;
- * une pathologie neurologique non infectieuse : crise convulsive, accident vasculaire cérébral hémorragique, etc. ;
- * une intoxication au monoxyde d'azote ;
- * une embolie pulmonaire...

Une fois ces diagnostics éliminés, on peut envisager un diagnostic de trouble psychiatrique. L'agitation est un symptôme totalement aspécifique, et tous les troubles psychiatriques peuvent entraîner un état d'agitation. En l'absence d'antécédents connus, les diagnostics étiologiques les plus fréquents sont :

- * une attaque de panique (crise d'angoisse aiguë) isolée ou dans le cadre d'un trouble panique ;
- * un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire, ou suite à l'initiation récente d'un traitement antidépresseur, ou dans un contexte de post-partum, associé ou non à des symptômes psychotiques ;
- * un épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;
- * un trouble psychotique bref ;
- * un trouble psychotique chronique débutant (trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant) ;
- * enfin, une crise clastique dans le cadre d'un trouble de la personnalité pourrait être évoquée (surtout pour les personnalités borderline, antisociale ou histrionique), mais il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Un diagnostic de trouble de la personnalité est en effet impossible à poser dans un contexte d'urgence.

1.2.3. Chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques

La même démarche étiologique doit être gardée chez ces sujets. Une pathologie médicale non psychiatrique doit être éliminée en priorité. En effet, même si le diagnostic le plus probable de l'état d'agitation est celui d'une décompensation d'un trouble psychiatrique déjà connu, il faut rester vigilant, et notamment penser à rechercher une cause iatrogène à l'état d'agitation :

- * un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte suite à l'initiation d'un antidépresseur ;
- * un syndrome sérotoninergique chez un patient suite à l'initiation d'antidépresseur ;
- * un effet paradoxal des benzodiazépines ;
- * un syndrome extrapyramidal des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie) ;
- * un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique (antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques sédatifs type lévomépromazine ou cyamémazine, correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux des antipsychotiques...).

1.3. Prise en charge d'un état d'agitation

Le patient est hospitalisé en urgence, avec son consentement si possible, sans consentement en cas de refus et de mise en danger (SPDT/SDRE). La prise en charge thérapeutique en urgence comprend une dimension relationnelle et une dimension chimiothérapeutique, symptomatique en urgence (sédation et anxiolyse), et de la pathologie sous-jacente dans le cas où une pathologie psychiatrique serait retrouvée. La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.

1.3.1. Dimension relationnelle

L'état d'agitation pose toujours le problème du passage à l'acte, auto ou hétéroagressif, comportement d'allure impulsive en rupture avec les conduites habituelles du sujet. Un contact verbal instaurant un climat de confiance facilitant une alliance thérapeutique, un comportement empathique peuvent tenter de prévenir un passage à l'acte. La prise en charge relationnelle est une obligation médicale puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle. Des règles générales sont ensuite à appliquer :

- * environnement le plus calme possible, chambre éclairée ;
- * prévention du risque d'auto et hétéro agression, y compris involontaire (enlever tous les objets dangereux, fermer les fenêtres...) ;
- * Les mesures de contention doivent être évitées au maximum car la contention physique peut aggraver un syndrome confusionnel associé à l'agitation. Lorsqu'elle est indispensable du fait de la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage, sa durée doit être limitée le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

1.3.2. Dimension chimiothérapeutique

Le traitement médicamenteux est étiologique et curatif lorsqu'il existe une cause non psychiatrique. Lors d'une agitation dont l'étiologie ne peut être déterminée, si un traitement anxiolytique et sédatif est nécessaire du fait de l'intensité de l'agitation, peuvent être prescrits :

- * Des benzodiazépines à demi-vie courte (par ex., oxazépam per os) ou un anxiolytique d'une autre famille (par ex., hydroxyzine per os). Les contre-indications en urgence sont l'insuffisance respiratoire et la myasthénie. Si le patient refuse les traitements per os et que la voie intramusculaire (IM) est nécessaire, il est préférable de ne pas utiliser de benzodiazépines (mauvaise biodisponibilité par cette voie, durée d'action longue).

- * Des neuroleptiques sédatifs (par exemple : cyamémazine, lévomépromazine, loxapine per os ou IM) doivent être réservés aux d'états d'agitation très sévères car ils peuvent aggraver les troubles de la vigilance, et ne devraient pas être administrés sans électrocardiogramme préalable (risque de troubles de rythme en cas de QT long). Les contre-indications absolues en urgence sont celles des anticholinergiques (glaucome à angle fermé, adénome de la prostate) et un syndrome du QT long. Il faut penser à toujours privilégier la monothérapie, prendre le temps d'évaluer l'effet du premier traitement prescrit, et éviter l'escalade des doses avec des effets cumulatifs différés sur la vigilance.

Une surveillance rapprochée (tolérance sur les fonctions vitales, efficacité sur l'état d'agitation) est indispensable.

Lorsque qu'un trouble psychiatrique est à l'origine de l'état d'agitation, la mise en place d'un traitement adapté au trouble (thymorégulateur, antidépresseur, antipsychotique à visée antidélirante ou antimaniaque) doit se faire de manière différée, afin de permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence, et après un bilan pré-thérapeutique.

2. DÉLIRE AIGU

2.1. Diagnostiquer un délire aigu

2.1.1. Définition d'une idée délirante

Une idée délirante se définit selon le DSM-IV comme « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par exemple : il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) ». On définit son caractère aigu par l'apparition récente depuis moins d'un mois.

2.1.2. Caractérisation de l'idée délirante

2.1.2.1. Thème

Le thème délirant correspond au sujet principal sur lequel porte le délire. La thématique délirante correspond à l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante. Les thématiques peuvent varier à l'infini, être uniques ou multiples dans un même délire, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de trouble psychiatrique. La thématique la plus fréquente est la persécution ; il faut dans ce cas rechercher s'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot.

2.1.2.2. Mécanisme

Le mécanisme du délire correspond au processus par lequel le délire s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation du délire. Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif.

2.1.2.3. Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Elles peuvent être « non systématisées » (ou « paranoïdes ») si elles sont à thèmes multiples (polymorphes), sans cohérence ni lien logique entre elles. Elles sont dites systématisées (ou « paranoïaques ») si elles portent sur un thème unique (persécution, jalousie, érotomanie) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux.

2.1.2.4. Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes, qui correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable mais peut être élevée. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer son propre délire.

2.1.2.5. Retentissement émotionnel et comportemental

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

2.1.3. Symptômes psychiatriques associés

2.1.3.1. Autres symptômes psychotiques

La présence associée d'hallucinations (définies comme des perceptions sans objet) doit être recherchée. Elles peuvent concerner tous les sens : acoustico-verbales (voix unique ou multiples, connues ou inconnues), visuelles, cénesthésiques [sensibilité profonde (ondes, décharges électriques...) ou tactiles (sensibilité superficielle), olfactives (odeurs de putréfaction...), gustatives (goût amer, de pourriture...)].

La présence d'un syndrome de désorganisation (cognitif, émotionnel ou comportemental), et/ou d'un syndrome négatif (cognitif, émotionnel et comportemental) doit également être recherchée.

2.1.3.2. Symptômes thymiques

De manière systématique, il faut explorer la symptomatologie thymique, et si possible déterminer la chronologie d'apparition des symptômes thymiques et psychotiques (concomitante ou non).

2.2. Déterminer l'étiologie du délire aigu

En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique que celle décrite précédemment pour l'état d'agitation s'applique : la recherche systématique d'une pathologie médicale non psychiatrique est indispensable, quels que soient l'âge et les antécédents du patient. Chez la personne âgée, on recherche les mêmes causes que celles évoquées précédemment, avec là encore de manière prioritaire une cause iatrogène, un trouble hydro-électrolytique, une cause neurologique, une infection. Chez l'adulte jeune, on recherche de manière prioritaire une cause toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse, métabolique ou endocrinienne.

En l'absence de pathologie médicale non psychiatrique retrouvée, plusieurs possibilités de diagnostics psychiatriques peuvent être évoquées :

- * en présence de symptômes thymiques associés :

- un épisode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un virage de l'humeur induit par l'initiation d'un traitement antidépresseur : les idées délirantes sont dans ce cas le plus souvent à thème mégalomane ou de persécution, mais tous les thèmes peuvent se rencontrer. L'existence d'une accélération (excitation psychomotrice, logorrhée), d'une diminution du besoin de sommeil orientent vers ce diagnostic ;
- un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques : les idées délirantes congruentes à l'humeur sont le plus souvent à thème de culpabilité, de ruine, ou d'hypochondrie. L'existence d'un ralentissement psychomoteur oriente vers ce diagnostic.
- * en présence d'autres symptômes psychotiques associés :
 - un trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë dans les classifications françaises) : les idées délirantes, hallucinations, la désorganisation du discours et du comportement sont survenues depuis plus d'un jour et moins d'un mois. Ce diagnostic est souvent posé par excès chez des patients présentant des épisodes maniaques ou mixtes avec caractéristiques psychotiques. Les symptômes thymiques doivent donc être évalués très attentivement ;
 - un trouble psychotique chronique débutant ou non diagnostiqué (trouble schizophréniforme si < 6 mois, schizophrénie ou trouble schizoaffectif si > 6 mois, trouble délirant si > 1 mois). Le caractère aigu est ici apparent, le patient est vu en urgence, le plus souvent dans le cadre d'une agitation ou d'un passage à l'acte, alors que les symptômes psychotiques évoluent depuis plusieurs mois, voire plusieurs années ;
 - une « psychose puerpérale », c'est-à-dire la survenue de symptômes psychotiques dans le post-partum (les symptômes thymiques doivent également être soigneusement recherchés car dans la quasi-totalité des cas il s'agit d'épisodes maniaques ou mixtes du post-partum).

2.3. Prise en charge un délire aigu

La prise en charge d'un état délirant aigu rejoint celle d'un état d'agitation aigu, à savoir :

- * hospitalisation, avec ou sans consentement ;
- * prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéroagressif ;
- * dimension relationnelle : climat de confiance, calme, alliance thérapeutique, éviter au maximum les mesures de contention, et si elles sont nécessaires, les limiter dans le temps ;
- * dimension médicamenteuse : traitement anxi-sédatif par benzodiazépines par voie orale, ou neuroleptiques sédatifs par voie orale, ou intramusculaire en cas de refus et de mise en danger du patient ou de l'entourage.

	Chez un sujet âgé	Chez un sujet jeune sans antécédent connu	Chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques
Étiologie médicamenteuse	une iatrogénie médicamenteuse	une iatrogénie médicamenteuse effets paradoxaux des benzodiazépines	un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte suite à l'initiation d'un antidépresseur un syndrome sérotoninergique chez un patient suite à l'initiation d'antidépresseur un effet paradoxal des benzodiazépines un syndrome extrapyramidal des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie) un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique
Étiologie toxique	une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) intoxication aiguë à des substances psychoactives un sevrage de substance psychoactive une intoxication au monoxyde d'azote	une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) intoxication aiguë à des substances psychoactives un sevrage de substance psychoactive une intoxication au monoxyde d'azote	une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) intoxication aiguë à des substances psychoactives un sevrage de substance psychoactive une intoxication au monoxyde d'azote
Autres étiologies	un trouble hydro-électrolytique, une pathologie endocrinienne ou métabolique une infection un globe vésical ou un fécalome une pathologie cardiovasculaire une pathologie neurologique ou neurochirurgicale	une pathologie métabolique ou endocrinienne une pathologie infectieuse une pathologie neurologique non infectieuse une embolie pulmonaire...	une pathologie médicale non psychiatrique en priorité

Tableau 1. Étiologies non psychiatriques à évoquer devant un état d'agitation aiguë selon le terrain.



RÉSUMÉ

Agitation et délire aigu constituent deux syndromes indépendants fréquemment retrouvés aux urgences. L'agitation et les idées délirantes n'ont pas de spécificité diagnostique et peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles. Une cause non psychiatrique urgente doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées

délirantes d'apparition récente. L'agitation se définit comme une activité motrice excessive en général improductive et stéréotypée, associée à un état de tension intérieure. L'interrogatoire du patient ou de son entourage doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge : les circonstances de survenue de l'état d'agitation et les antécédents du patient. L'examen clinique doit rechercher en priorité les signes de gravité, puis les symptômes non psychiatriques et psychiatriques associés. Chez la personne âgée, on recherche de manière prioritaire une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique, métabolique ou une cause neurologique. Chez l'adulte jeune, on recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène ou infectieuse. Chez une personne ayant des antécédents psychiatriques, une décompensation du trouble psychiatrique sera aussi recherchée. Les idées délirantes se caractérisent par leur thème, leur mécanisme, leur systématisation, l'adhésion et le retentissement comportemental et émotionnel. En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique que pour l'agitation aiguë s'applique. En l'absence d'étiologie non psychiatrique, la présence de symptômes thymiques ou psychotiques associée doit être recherchée. La prise en charge thérapeutique en urgence d'une agitation ou d'un délire aigu est celle de la pathologie sous-jacente en cas d'étiologie non psychiatrique. Elle est symptomatique (sédation et anxiolyse) en cas de trouble psychiatrique. La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.



POINTS CLEFS

- * Agitation et délire aigu constituent deux syndromes indépendants.
- * Ces syndromes n'ont pas de spécificité diagnostique.
- * Une cause non psychiatrique doit être systématiquement recherchée.
- * En cas d'agitation, l'étiologie est différente s'il s'agit d'une personne âgée, d'un sujet jeune, ou d'un sujet ayant des antécédents psychiatriques.
- * En cas d'idées délirantes aiguës, lorsqu'une étiologie non psychiatrique a été éliminée, il faut rechercher les symptômes psychiatriques associés.
- * La prise en charge thérapeutique en urgence est celle de la pathologie sous-jacente en cas d'étiologie non psychiatrique.
- * La prise en charge repose la sédation et l'anxiolyse en cas de trouble psychiatrique.
- * Il faut systématiquement rechercher le risque suicidaire ou d'hétéroagressivité.

item 347

CRISE D'ANGOISSE AIGÜË ET ATTAQUE DE PANIQUE

I. Introduction	V. Le pronostic et l'évolution
II. Contexte épidémiologique	VI. La prise en charge psychiatrique
III. Sémiologie psychiatrique	
IV. Le trouble psychiatrique	



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer une crise d'angoisse aiguë et/ou une attaque de panique.
- * Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies).

1. INTRODUCTION

« Crise d'angoisse aiguë » et « attaque de panique » désignent la même entité diagnostique. Nous utiliserons, dans ce chapitre l'expression « attaque de panique » (AP) employée dans les classifications internationales.

L'AP est un épisode aigu d'anxiété, bien délimité dans le temps. Il s'agit d'une situation fréquente en pratique clinique (ceci dans toutes les spécialités).

Il est important de comprendre que l'AP peut survenir chez un sujet en dehors de toute pathologie psychiatrique sous-jacente et demeurer unique. Elle peut également être secondaire à un trouble psychiatrique, particulièrement (mais non exclusivement) le trouble panique caractérisé par la répétition de ces AP.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'AP est fréquente puisqu'on estime qu'une personne sur vingt fera une crise d'angoisse aiguë au cours de sa vie (prévalence vie entière : 3 à 5 %).

Il s'agit d'un tableau clinique fréquemment rencontré dans les services d'urgence, compte tenu des symptômes physiques qui peuvent faire évoquer une urgence médicale non psychiatrique ou chirurgicale.

Le terrain le plus fréquent est l'adulte jeune avec une prédominance féminine (le sex-ratio est de deux femmes pour un homme).

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Parmi les symptômes de l'AP, on distingue : des symptômes **physiques**, des symptômes **psychiques** et des symptômes **comportementaux** (cf. tableau 1).

La chronologie de l'AP est marquée par :

- * un début brutal ;
- * une intensité maximale des symptômes atteinte rapidement (quelques minutes voire quelques secondes après le début de la crise) ;
- * des symptômes bien limités dans le temps : la crise dure en moyenne 20 à 30 minutes ;
- * une décroissance progressive des symptômes de la crise avec soulagement et parfois asthénie post-crise.

3.1. Symptômes physiques

Ces symptômes physiques sont très variables selon les patients. Les plus fréquents sont résumés ici.

3.1.1. Symptômes respiratoires

Ce sont les plus courants. Il s'agit le plus souvent d'une dyspnée avec sensation d'étouffement et surtout de blocage respiratoire pouvant entraîner une hyperventilation.

3.1.2. Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie et palpitations sont fréquemment rencontrées ainsi que les sensations d'oppression thoracique voire de véritables douleurs.

3.1.3. Symptômes neurovégétatifs

Sueurs, tremblements, pâleur ou au contraire érythème facial, sensations d'étourdissement ou de vertige peuvent survenir au cours des épisodes d'AP.

3.1.4. Symptômes digestifs

Il peut s'agir de douleurs abdominales, de nausées/vomissements ou de diarrhée.

3.1.5. Autres symptômes physiques

Il peut s'agir de signes génito-urinaires (pollakiurie, etc.) ou neurologiques (tremblements, impression de paralysie, etc.).

3.2. Symptômes psychiques

Il s'agit d'un ensemble de « **cognitions** (pensées) **catastrophistes** », c'est-à-dire : une peur intense sans objet (sensation de catastrophe imminente) et une sensation de perte de contrôle.

Les pensées associées sont essentiellement centrées sur « la peur de mourir » et « la peur de devenir fou ».

Peuvent s'associer également :

- * des symptômes de dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté et de n'être plus soi-même, sentiment d'être détaché de sa propre identité physique (désincarnation) ou psychique (désanimation) ;
- * des symptômes de déréalisation : sentiment que le monde est irréel, étrange.

3.3. Symptômes comportementaux

Le comportement du patient lors de la survenue de cette AP est variable. On retrouve, le plus souvent une agitation psychomotrice. Cependant, on peut, au contraire, observer une inhibition, pouvant aller jusqu'à la sidération. Même si elle reste exceptionnelle, la principale complication est le passage à l'acte auto-agressif.

Symptômes physiques	Respiratoires Cardiovasculaires Neurovégétatifs Digestifs
Symptômes psychiques	Cognitions catastrophistes (« peur de mourir », « peur de devenir fou »)
Symptômes comportementaux	Agitation psychomotrice Sidération

Tableau 1. Sémiologie de l'attaque de panique.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic de l'AP est un diagnostic **clinique**. L'interrogatoire de l'entourage peut être très informatif.



DSM-IV-R

Critères de l'attaque de panique

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausée ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
9. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
10. Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou.
11. Peur de mourir.
12. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
13. Frissons ou bouffées de chaleur.



CE QUI CHANGE DANS LE DSM-5

Les critères principaux de l'AP n'ont pas subi de modifications majeures dans le DSM-5. Cependant, cette classification propose de différencier deux types d'AP : « attendues » et « non attendues ». Les AP « inattendues » correspondent aux AP « non prévisibles » survenant sans facteur déclenchant et seraient donc plus spécifiques du trouble panique. Les AP « attendues » seraient quant à elles les AP plus prévisibles et réactionnelles (par exemple : exposition brutale au stimulus phobogène dans la phobie spécifique).

L'AP apparaît également dans le DSM-5 comme spécificateur pour toutes les pathologies de la classification, puisqu'elle peut compliquer bon nombre d'entre elles.

4.2. Diagnostics différentiels

Il s'agit essentiellement de pathologies **médicales générales** et **toxiques** qu'il faut impérativement éliminer avant de poser le diagnostic d'AP.

4.2.1. Pathologies médicales non psychiatriques

Compte tenu des symptômes physiques au premier plan dans l'AP, il faut éliminer une étiologie médicale non psychiatrique. Les principales pathologies à éliminer sont :

- * des pathologies **cardiovasculaires** : angor, infarctus du myocarde, poussée d'insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, troubles du rythme, etc. ;
- * des pathologies de l'**appareil respiratoire** : asthme, embolie pulmonaire, etc. ;
- * des pathologies **neurologiques** : épilepsie (notamment les crises partielles temporales), crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc. ;
- * des pathologies **endocriniennes** : hypoglycémie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

Ces pathologies doivent être recherchées au moyen d'un examen **clinique complet**, appareil par appareil, complété si besoin par des examens paracliniques orientés par l'examen physique. Cet examen clinique doit s'efforcer de ne pas renforcer le patient dans sa conviction d'avoir une pathologie médicale générale.

4.2.2. Causes toxiques

La prise de **toxiques** (alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, etc.) doit être recherchée. Il s'agit ici plus d'un élément déclencheur particulier de l'AP que d'un véritable diagnostic différentiel, certaines substances pouvant générer de véritables AP.

Les causes **iatrogènes** doivent également être évoquées, certains traitements pouvant favoriser les AP en cas de surdosage (corticoïdes, hormones thyroïdiennes, etc.).

Un contexte de **sevrage** sera aussi recherché (alcool, benzodiazépines, etc.).

4.3. Notions de physio/psychopathologie

La physiopathologie de la crise d'angoisse aiguë reste mal connue. Certaines manifestations physiques pourraient être liées à l'hypocapnie secondaire à l'hyperventilation (sensations vertigineuses, paresthésies, etc.).

Différents facteurs sont impliqués dans l'AP : des facteurs biologiques avec dysfonctionnement dans la régulation de certains neurotransmetteurs (certaines substances comme la cholécystokinine ou le lactate de sodium sont capables de provoquer de véritables AP), des facteurs psychologiques (auto-renforcement des cognitions catastrophistes par la survenue des symptômes physiques) et environnementaux (inquiétude de l'entourage renforçant les cognitions catastrophistes).

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Crise d'angoisse aiguë isolée

Un épisode d'AP peut demeurer unique. Il s'agit alors le plus souvent d'une AP réactionnelle à une situation de stress.

5.2. Crise d'angoisse dans le cadre d'une pathologie psychiatrique

L'attaque de panique peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.

5.2.1. Le trouble panique

Il se définit par :

- * la **répétition** des AP qui surviennent, au moins en début d'évolution du trouble de manière imprévisible et sans facteur déclenchant (cf. Item 64C) ;
- * le développement d'une **anxiété anticipatoire**.

5.2.2. Autres pathologies psychiatriques

L'AP peut également survenir dans le cadre d'autres pathologies psychiatriques :

- * Confrontation à une situation phobogène (phobie sociale) ou évocatrice d'un traumatisme (état de stress post traumatique).
- * À l'acmé de ruminations anxieuses ou dépressives (trouble anxiété généralisée, épisode dépressif caractérisé).

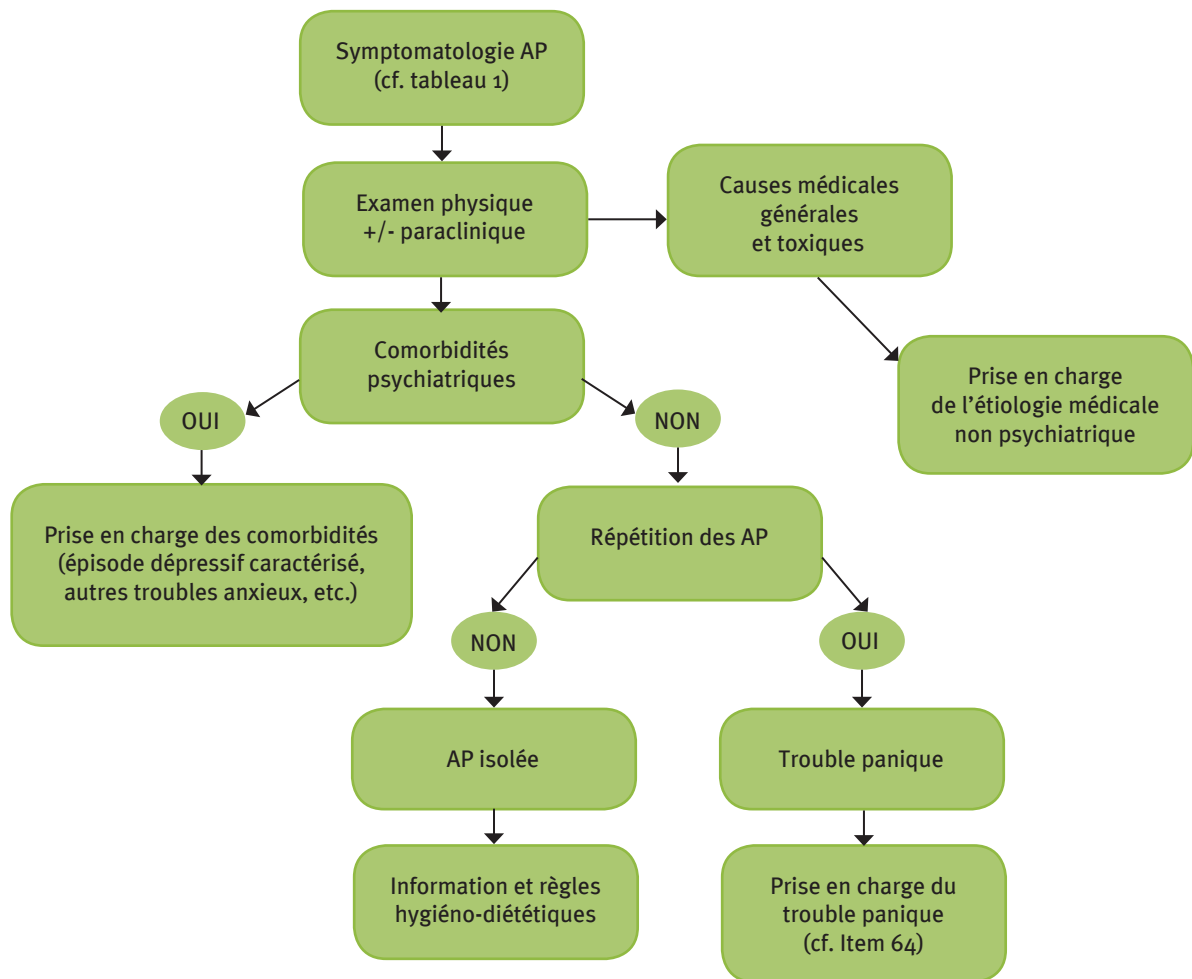


Figure 1. Orientation devant une AP.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Prise en charge en urgence

Devant une AP, un certain nombre de mesures (pharmacologiques et non pharmacologiques) s'imposent. Outre ces mesures et dans le contexte de l'urgence, il faut aussi impérativement éliminer une urgence **médicale générale** ou une prise de **toxique**. Pour la prise en charge : cf. tableau 2.

6.1.1. Mesures non pharmacologiques

Les mesures de prise en charge non pharmacologiques sont primordiales :

- * **Mise en condition** : installation au calme (suppression des éléments anxiogènes, isolement), attitude empathique.

- * **Réassurance** du patient : informer sur l'absence de danger de mort, sur le caractère spontanément résolutif de l'attaque de panique. Il s'agit ici de reconnaître la souffrance subjective du patient. Les symptômes sont réels et particulièrement désagréables, mais pas graves dans le sens d'un danger de mort.
- * Mesures de **contrôle respiratoire** : permettent de refocaliser l'attention du patient et de limiter l'hyperventilation.

6.1.2. Mesures pharmacologiques

Un traitement pharmacologique **anxiolytique** doit aussi être utilisé, notamment si la crise se prolonge.

Le traitement de référence est la prescription d'une **benzodiazépine** par **voie orale** (cf. Item 72).

Exemples :

- * Alprazolam (Xanax®) 0,25 à 0,5 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
- * Lorazepam (Temesta®) 1 à 2 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
- * Diazépam (Valium®) 5 à 10 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.

La voie parentérale ne présente aucun avantage en terme de pharmacocinétique et peut, au contraire renforcer les cognitions catastrophistes du patient : la voie per os doit donc être privilégiée.

Il s'agit d'un traitement ponctuel pour la crise dans le contexte de l'urgence. Celui-ci ne doit pas être reconduit au long cours.

6.1.3. Surveillance

L'efficacité et la tolérance du traitement doivent être évaluées.

6.1.4. Orientation du patient

En règle générale, il n'y a pas d'indication à une prise en charge en hospitalisation pour une AP isolée.

Éliminer une cause médicale générale ou toxique	
Mesures non pharmacologiques	Mise en condition : isolement au calme Réassurance Contrôle respiratoire
Mesures pharmacologiques	Traitement anxiolytique type benzodiazépine par voie orale. Par exemple : lorazepam 1 à 2 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire
Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement	

Tableau 2. Prise en charge en urgence d'une AP.

Cependant, l'évaluation clinique rigoureuse doit permettre de repérer les comorbidités psychiatriques. Une hospitalisation pourra être envisagée en cas de comorbidités lourdes (épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère par exemple), en particulier s'il existe un **risque suicidaire important**.

6.2. Prise en charge à distance

La prise en charge à distance de l'épisode aigu dépend du contexte dans lequel s'inscrit l'AP.

6.2.1. Attaque de panique isolée

L'information et l'éducation thérapeutique sont fondamentales avec deux objectifs :

- * Apprendre au patient à reconnaître une crise d'angoisse aiguë en cas de récurrence.
- * Prévenir une éventuelle récurrence grâce à des règles hygiéno-diététiques simples (diminution des consommations de psychostimulants, règles hygiéno-diététiques de sommeil, etc.).

6.2.2. Attaque de panique dans le cadre d'une pathologie psychiatrique

La crise d'angoisse aiguë peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie psychiatrique. Dans ce cas, la prise en charge de la pathologie psychiatrique sous-jacente est indispensable.

En cas de répétition des attaques de panique, une prise en charge spécifique du trouble panique doit être mise en place (cf. Item 64C).



RÉSUMÉ

L'attaque de panique (AP) est un épisode d'anxiété paroxystique bien délimité dans le temps qui peut survenir soit de manière isolée, soit dans le cadre d'une pathologie psychiatrique (en particulier le trouble panique). Il s'agit d'un tableau clinique fréquent caractérisé par 3 types de symptômes : physiques (respiratoires, cardiovasculaires, neurovégétatifs, digestifs, etc.), psychiques (cognitions catastrophistes : peur de mourir, de devenir fou), comportementaux (de l'agitation à la sidération). Les causes médicales générales et toxiques doivent impérativement être éliminées par un examen physique rigoureux, complété éventuellement par des examens paracliniques. La prise en charge en urgence de l'AP repose sur des mesures non pharmacologiques (mise en condition, réassurance, contrôle respiratoire) et pharmacologique (traitement anxiolytique type benzodiazépine par voie orale).



POINTS CLEFS

- * L'AP correspond à un épisode d'anxiété paroxystique bien délimité dans le temps.
- * L'AP peut survenir de manière isolée ou dans le cadre d'une pathologie psychiatrique (trouble panique notamment).
- * L'AP se manifeste 3 types de symptômes : physiques (respiratoires, cardiovasculaires, neurovégétatifs, digestifs, etc.), psychiques (cognitions catastrophistes : peur de mourir, de devenir fou), comportementaux (de l'agitation à la sidération).
- * Les causes médicales générales et toxiques doivent être éliminées par un examen physique rigoureux, complété éventuellement par des examens paracliniques.
- * La prise en charge en urgence de l'AP repose sur des mesures non pharmacologiques (mise en condition, réassurance, contrôle respiratoire) et pharmacologique (traitement anxiolytique type benzodiazépine par voie orale).



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Guelfi J.-D., Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 888 p. ISBN : 9782294711572.

item 348

RISQUE ET CONDUITE SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT, L'ADOLESCENT ET L'ADULTE : IDENTIFICATION ET PRISE EN CHARGE

A - IDENTIFIER LE RISQUE SUICIDAIRE
CHEZ L'ENFANT, L'ADOLESCENT
ET L'ADULTE

- I. Introduction
- II. Repérer la crise suicidaire
en fonction du terrain et de l'âge
- III. Évaluer la crise suicidaire

B - PRINCIPES DE PREVENTION
ET DE PRISE EN CHARGE

- I. Principes de prévention
- II. Principes de prise en charge
- III. Particularités
liées au terrain et à l'âge



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Détecter les situations à risque suicidaire chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte.
- * Argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge.

IDENTIFIER LE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

1. INTRODUCTION

1.1. Définitions

Les conduites suicidaires comprennent :

- * les suicides ;
- * les tentatives de suicide ;
- * les idées de suicide ;
- * les équivalents suicidaires.

Le **suicide** est l'acte délibéré d'en finir avec sa propre vie, entraînant le décès de l'individu. Pour Durkheim, il s'agit de « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer ».

Le suicidé est l'individu qui s'est donné la mort volontairement.

ATTENTION

Quand une personne décède par suicide, on parle de suicide « abouti » et pas de suicide « réussi ».

La **tentative de suicide** correspond à tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues...) sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

Le **suicidant** est l'individu survivant à sa tentative de suicide.

Les **idées suicidaires** correspondent à la pensée de se donner la mort, à l'élaboration consciente d'un désir de mort qu'il soit actif ou passif. Quand ces idées sont exprimées, on parle de menaces suicidaires.

Le **suicidaire** est l'individu ayant des idées suicidaires et/ou exprimant verbalement ou comportementalement des menaces suicidaires.

Les **équivalents suicidaires** sont des conduites à risque mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il en ait réellement conscience. Cependant, il ne faut pas forcément, comme pour certains gestes autoagressifs (scarifications) les considérer comme des tentatives de suicide.

1.2. La crise suicidaire

La **crise suicidaire** est une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec l'expression d'idées et d'intentions suicidaires.

Le risque majeur est la tentative de suicide et son aboutissement (le décès par suicide). Il s'agit d'un moment donné (avec un début et une fin), dans la vie d'un individu, où ses ressources adaptatives sont épuisées : l'individu dont les mécanisme d'ajustement (cf. Item 01) sont dépassées se sent dans une impasse et les idées suicidaires vont en s'augmentant, avec l'échec des différentes **alternatives** envisagées. Le suicide va progressivement apparaître à l'individu comme l'unique solution permettant de sortir de l'état de crise dans lequel il se trouve. Cette crise est **réversible** et **temporaire** et le suicide est une des sorties possibles de cette crise qui en fait toute sa gravité. La figure suivante illustre ce concept :

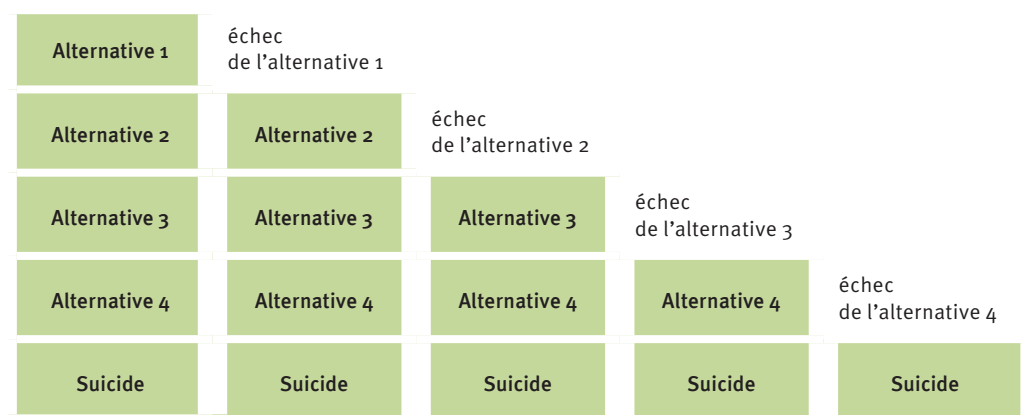


Figure 1. Présentation schématique de la crise suicidaire : les idées de suicide se font de plus en plus présentes au fur et à mesure de l'évolution de la crise suicidaire.

Cliniquement, la crise suicidaire peut se manifester initialement par :

- * des symptômes non spécifiques du registre dépressif ou anxieux ;
- * une appétence alcoolique et tabagique ;
- * un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique ;
- * ainsi qu'un isolement.

Puis cette crise peut se manifester par certaines idées et comportements préoccupants :

- * un sentiment de désespoir ;
- * une souffrance psychique intense ;
- * une réduction du sens des valeurs ;
- * un cynisme ;
- * un goût pour le morbide ;
- * et une recherche soudaine d'armes à feu.

Au cours de l'évolution, une accalmie qui peut faire craindre un syndrome de Ringel évoqué plus loin et un comportement de départ sont des signes de très haut risque.

1.3. Épidémiologie



POUR EN SAVOIR PLUS

L'épidémiologie du suicide n'est pas toujours simple à faire et repose sur l'analyse de différentes données :

- * La mortalité est évaluée à partir des certificats de décès (CépiDc) mais le suicide n'y est pas toujours reconnu comme tel (incertitude sur l'intentionnalité de l'acte) et le phénomène sous estimé. Les instituts médicaux légaux, impliqués dans la certification des décès ont aussi des données sur le suicide.
- * L'autopsie psychologique correspond à la recherche post mortem de l'état psychologique du patient décédé. Elle permet de documenter l'existence de troubles psychiatriques ou non psychiatriques et le type de soins dont avait bénéficié le patient.
- * La morbidité (tentatives de suicide) est évaluée à partir des causes d'hospitalisation, d'enquêtes et par le réseau sentinelle.

Concernant les idéations suicidaires :

- * En 1994, dans la tranche d'âge des 15-19 ans, 23 % des garçons et 41 % des filles ont déclaré avoir eu des idées suicidaires.
- * Un sondage SOFRES en 2000 évaluait la prévalence vie entière des idées suicidaires autour de 13 % en population générale âgée de plus de 18 ans.
- * Selon les données du Baromètre santé 2010, 3,9 % des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.
- * La chronicité de ces idées et l'élaboration d'un plan suicidaire sont des facteurs de risque de passage à l'acte.

Concernant les tentatives de suicide (TS) :

- * On estime entre environ **150 000 et 200 000** le nombre de tentatives de suicides donnant lieu à un contact avec le système de soins en France.
- * Il y a davantage de tentatives de suicide chez les femmes et surtout chez les jeunes. Le sex-ratio F/H est compris aux alentours de 4.
- * En 2010, 5,5 % des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6 % des femmes et 3,2 % des hommes) et 0,5 % au cours des 12 derniers mois (0,7 % des femmes et 0,3 % des hommes).
- * La prévalence des TS est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6 %) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0 %). Le taux de TS au cours des 12 derniers mois tend ensuite à diminuer avec l'âge.
- * Les principaux modes utilisés dans les tentatives de suicide sont dans l'ordre l'intoxication médicamenteuse volontaire et la phlébotomie.
- * Concernant l'évaluation des récurrences, à peu près 1/3 des personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide en ont déjà fait plusieurs (22 % des hommes et 35 % des femmes). On estime à 40 % le taux de récurrences dont la moitié dans l'année, à 1 % la mortalité par suicide dans l'année qui suit une tentative de suicide (soit de l'ordre de 50 fois plus que dans la population générale) et à plus de 10 % le décès par suicide au cours de la vie après une première tentative de suicide.

Concernant les suicides :

- * En France, le suicide reste une des premières causes de mort évitable : 10 314 décès en 2011 (CépiDC INSERM). Les chiffres nationaux sont de 16,4 suicides pour 100 000 habitants (25,3 pour les hommes et 8,0 pour les femmes). Il y a une surmortalité masculine nette avec un sex-ratio H/F de l'ordre de 3.
- * Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge mais différemment selon les sexes.

- * Le nombre de suicide est le plus élevé entre 35 et 54 ans, mais le taux de suicide est maximal chez les hommes de 85 ans ou plus.
- * Les taux de suicide sont plus importants, chez les veufs puis chez les personnes divorcées. Les célibataires et personnes mariées ont des taux plus faibles.
- * Si l'âge a un impact sur le suicide, il existe aussi des facteurs générationnels et les générations nées pendant l'entre deux guerres ont une propension plus faible au suicide que celles nées après 1945.
- * Le suicide est la 2^e cause de mortalité chez les 15-34 ans et la 1^{re} cause de mortalité chez les 25-30 ans.
- * Les modes utilisés dans les suicides aboutis les plus fréquents sont dans l'ordre : la pendaison (en particulier chez les hommes), les armes à feu et les intoxications médicamenteuses volontaires (en particulier chez les femmes).
- * Les études d'autopsie psychologiques montrent que 95 % des suicidés présentaient au moins un trouble mental au moment du décès. Ainsi, le chiffre de la mortalité par suicide est-il souvent à travers le monde un indicateur de santé mentale d'un pays ou d'un territoire.
- * En France on estime qu'il y a 1 suicide toutes les 40 minutes et une tentative de suicide toutes les 4 minutes.

ATTENTION

Les facteurs de risques sont présentés en détail dans la partie évaluation du risque suicidaire.

2. REPÉRER LA CRISE SUICIDAIRE EN FONCTION DU TERRAIN ET DE L'ÂGE

Le repérage de la crise suicidaire s'articule autour de trois axes :

- * **L'expression** d'idéations suicidaires ou d'intention suicidaire.
- * Les manifestations d'une situation de **crise psychique**.
- * Le contexte de **vulnérabilité**.

2.1. La crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent

2.1.1. La crise suicidaire chez l'enfant

Les enfants expriment rarement des idées et des intentions suicidaires.

Certains éléments peuvent témoigner d'une crise psychique comme des plaintes somatiques mal étiquetées, un repli, un isolement, des troubles de la communication, des troubles des apprentissages, une hyperactivité, une encoprésie, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à être le souffre-douleur des autres.

Les éléments suivants sont des facteurs de vulnérabilité : un isolement affectif, des bouleversements familiaux, l'entrée au collège, un contexte de maltraitance.

2.1.2. La crise suicidaire chez l'adolescent

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires n'est plus considérée comme banale et est un motif suffisant d'intervention et de prévention.

Certains éléments peuvent témoigner d'une crise psychique comme une baisse des résultats scolaires, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites excessives ou déviantes, des conduites ordaliques (le sujet remet sa survie dans les mains du « hasard »), des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées (notamment au niveau sexuel), une violence sur soi et sur autrui, des fugues.

Si l'adolescence est en soi une période de vulnérabilité, les éléments suivants le sont aussi : l'isolement affectif, les ruptures sentimentales, les échecs (notamment scolaires), les conflits d'autorité.

2.2. La crise suicidaire chez l'adulte et l'âgé

2.2.1. La crise suicidaire chez l'adulte

L'expression d'idées suicidaires est peu fréquente en dehors de la relation avec le médecin ou de façon très manifeste dans la famille.

Certains éléments peuvent témoigner d'une crise psychique comme l'ennui, les sentiments de perte de rôle, d'échec, d'injustice, d'être en décalage, la perte d'investissement au travail, les difficultés relationnelles, les difficultés conjugales, l'incapacité à supporter une hiérarchie, les arrêts de travail à répétition, au contraire le surinvestissement au travail, des consultations répétées chez le médecin pour des symptômes aspécifiques (douleurs, sensation de fatigue...).

Les éléments suivants sont des facteurs de vulnérabilité : des statuts conjugal, social et professionnel précaires, une ambiance délétère au travail avec ou sans harcèlement, une toxicomanie, le sida, des situations de violence, une atteinte narcissique, l'émigration.

2.2.2. La crise suicidaire chez l'âgé

Les âgés n'expriment que rarement des idées suicidaires ou ont plus rarement que d'autres l'occasion de les exprimer ; mais ils passent à l'acte. Lorsqu'ils en expriment, elles ne doivent pas être banalisées.

Certains éléments peuvent témoigner de la crise psychique comme un repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin.

Les éléments suivants sont des facteurs de vulnérabilité : un état dépressif caractérisée, une affection médicale générale potentiellement à l'origine de handicaps et de douleurs, des conflits, un changement d'environnement, le veuvage.

2.3. La crise suicidaire chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique

Les patients peuvent facilement exprimer des idées suicidaires ou, au contraire, les dissimuler.

La crise suicidaire est faite de moments à haut risque avec des moments d'accalmie alternants sur un fond de variabilité permanente. Certains signes parmi les signes de la maladie peuvent marquer une augmentation du risque :

- * Un isolement avec une décision de rompre les contacts habituels (par exemple la visite de l'infirmier de secteur, etc.).
- * Une réduction et un abandon des activités.
- * Une exacerbation des différents signes de la maladie.

La maladie est en soi un facteur de vulnérabilité.

3. ÉVALUER LA CRISE SUICIDAIRE

Il faut donc être attentif à repérer ces différents signes (assez aspécifiques pris isolément) puisque leur association témoigne d'une crise suicidaire. En tout cas, il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles.

ATTENTION

L'évaluation du risque suicidaire est un réflexe à avoir systématiquement en psychiatrie, et donc à l'IECN. Il faut être systématique et le plan à adopter est en trois parties : Risque-Urgence-Dangerosité.

3.1. Évaluation du risque

Les éléments suivants et leur intrication entre eux permettent l'**évaluation du risque** :

- * **Individuels/personnels** :
 - **Antécédents** suicidaires **personnels**.
 - Diagnostic de **trouble mental** (troubles affectifs, troubles de la personnalité, psychose), abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues.
 - **Estime de soi** : faible ou fortement ébranlée.
 - **Tempérament et style cognitif** de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité).
 - **Santé physique** : problèmes de santé physique qui affectent la qualité de vie.
- * **Familiaux** :
 - **Antécédents** suicidaires **familiaux**.
 - **Violence**, abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu.
- * **Événements de vie** :
 - **Élément déclencheur** : élément récent qui amène la personne en état de crise.
 - **Situation économique** : difficultés économiques.
 - **Isolement** social : réseau social inexistant ou pauvre, problèmes d'intégration.
 - **Séparation ou perte récente** qui affecte encore le patient.
 - **Difficultés dans le développement** : difficultés scolaires ou professionnelles, placement durant l'enfance/adolescence en foyer d'accueil, en détention.
 - « **Contagion** » suite à un suicide : la personne est affectée par un suicide récent.
 - **Difficultés avec la loi** (infractions, délits).
 - Pertes, **échecs** ou événements humiliants.

- * Les **facteurs de protection** sont aussi à envisager comme autant d'élément préservant du passage à l'acte. On peut citer :
 - Du point de vue **individuel**, la **résilience** peut se définir comme la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ;
 - Du point de vue **psychosocial**, le **soutien familial et social**, le fait d'avoir des enfants, des amis sont autant de facteurs protecteurs.

3.2. Évaluation de l'urgence

- * Un **niveau de souffrance** du sujet **élevé** (désarroi, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance ou de culpabilité).
- * Un **degré d'intentionnalité élevé** :
 - Le sujet envisage un scénario suicidaire et a pris des dispositions en vue d'un passage à l'acte (préparation du matériel, etc.).
 - Le sujet n'envisage pas d'autre alternative que le suicide (idées envahissantes, ruminations anxieuses, recherche d'aide et attitudes par rapport aux soins).
 - L'intention a pu être communiqué à des tiers soit directement soit indirectement.
- * Des éléments d'**impulsivité** : tension psychique, instabilité comportementale, agitation, attaque de panique, antécédents de passages à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
- * Un éventuel facteur déclenchant contextuel.
- * Un manque de soutien familial.

3.3. Évaluation de la dangerosité

- * La **dangerosité létale** du moyen considéré.
- * L'**accessibilité** au moyen considéré.

ATTENTION

La conférence de consensus organise l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité en une seule étape. Pour être plus clair nous les avons séparés en deux différents paragraphes. Pour être exhaustifs, tous les éléments décrits pour l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité dans la conférence de consensus ont été repris, même si certains avaient déjà été décrits dans les facteurs de risque.

Le tableau suivant issu de la conférence de consensus reprend les différents éléments de l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité en vous donnant une idée sur le degré d'urgence :

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Bonne alliance thérapeutique	Est isolé	Est très isolé
Veut parler et est à la recherche de communication	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	Complètement ralenti par la dépression ou au contraire dans un état d'agitation, Avec une souffrance et une douleur omniprésente ou complètement tue
Cherche des solutions à ses problèmes	Ne voit pas d'autre recours que le suicide	A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
Pense au suicide sans scénario suicidaire précis	Envisage un scénario dont l'exécution est reportée	A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
Envisage encore d'autres moyens pour surmonter la crise	Envisage le suicide avec une intention claire	Décidé, avec un passage à l'acte planifié et prévu dans les jours qui viennent
N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Présente un équilibre émotionnel fragile	Coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou au contraire, très émotif, agité ou anxieux

ATTENTION

Certains outils psychométriques peuvent aussi être utilisés pour l'évaluation du risque suicidaire. Ils sont peu utilisés en pratique. On peut citer par exemple l'échelle de désespoir de Beck.

Attention, malgré ces techniques d'évaluation clinique du risque suicidaire, le passage à l'acte reste un geste difficilement prévisible.

Attention, il faut être attentif à l'éventualité d'un syndrome pré-suicidaire de Ringel caractérisé par un calme apparent, une attitude de retrait, une diminution de la réactivité émotionnelle, de la réactivité affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels. Ces signes ne sont pas rassurants et cachent un envahissement fantasmatique par des idéations suicidaires.

PRINCIPES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE

1. PRINCIPES DE PRÉVENTION

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Application à la suicidologie	Elle concerne les sujets qui ne sont pas en crise suicidaire mais qui présentent des facteurs de risque. La suppression des facteurs de risque et des facteurs de décompensation auprès des populations à risque a prouvé son efficacité. Il s'agit par exemple du traitement d'un état dépressif. Il s'agit aussi de prévenir le passage à l'acte suicidaire chez les patients hospitalisés en psychiatrie et donc à haut risque.	Dépistage précoce de la crise suicidaire pour arrêter le processus suicidaire avant un passage à l'acte. Ce dépistage passe par le généraliste mais aussi le spécialiste et comprend l'évaluation précédemment décrite auprès du patient et de son entourage (risque, urgence, dangerosité). Lorsqu'un risque suicidaire important est détecté, une hospitalisation, éventuellement en SDT doit être proposée.	La prise en charge des suicidants est détaillée plus bas.
	Les réseaux d'accueil et d'écoute, par exemple par téléphone sont un moyen privilégié de prévention et peuvent intervenir à tout niveau. La prévention passe aussi par la médecine scolaire et la médecine du travail.		

2. PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

2.1. Abord du patient

L'entretien doit se faire dans un endroit calme, en toute confidentialité et en face à face. Il a pour premier but de travailler l'alliance thérapeutique. Il ne faut pas hésiter à laisser le patient exprimer ses émotions.

Les idées suicidaires doivent être abordées par exemple avec des questions comme « avez-vous des idées de suicides ? » ou « avez-vous envie de mourir ? ».

Une souffrance tolérable doit être écoutée, si celle-ci est intolérable (agitation, perplexité anxieuse), il faut la soulager par des médicaments appropriés.

Il **ne faut pas banaliser** des conduites suicidaires qui sont une **urgence psychiatrique**, c'est-à-dire une urgence du moment où l'expression est possible.

À l'inverse, il **ne faut pas dramatiser** la situation et les patients doivent se sentir libre d'exprimer leur vécu et leurs idées. Il peut être utile de recevoir la famille pour expliquer la situation.

L'examen médical du patient est indispensable et permet d'apaiser le patient et d'entrer en relation.

On peut **repérer des soutiens possibles dans l'entourage**, déjà au courant ou non et proposer au patient de les appeler et de les informer pour qu'ils puissent le soutenir. La recherche de soutien sera faite en cas de prise en charge ambulatoire comme en cas d'hospitalisation (HDT).

La participation du patient aux soins doit être évaluée.

Il faut faire la distinction entre :

- * Une crise suicidaire dans un contexte de crise psychosociale.
- * Une crise suicidaire en rapport avec un trouble mental.

2.2. Conduite à tenir en urgence

Les urgences accueillent fréquemment des sujets en situation de crise suicidaire, soit lors d'une tentative de suicide ou lors d'une intoxication alcoolique ou lors d'une attaque de panique, etc.

L'accueil doit se faire au calme dans un box en essayant de garder autour du patient les mêmes interlocuteurs et doit contribuer à sécuriser le patient.

Après **stabilisation du patient** (moyens de réanimation adaptés), un avis psychiatrique et/ou une hospitalisation brève en unité de crise sont recommandés.

L'urgentiste doit décider d'une hospitalisation :

- * Pour stabiliser un patient au pronostic engagé du fait de sa tentative de suicide.
- * Devant un risque suicidaire imminent.
- * Devant une situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie.
- * Devant une perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique.

Le but de l'entretien psychiatrique est de réaliser l'évaluation de la psychopathologie, de la crise suicidaire mais aussi la décision de la prise en charge :

Un **traitement médicamenteux** sera parfois à prescrire en urgence comme des sédatifs ou des anxiolytiques en cas d'agitation ou d'anxiété importante. Leur prescription symptomatique devra être bornée dans le temps.

2.2.1. Indications de l'hospitalisation

L'**hospitalisation** s'impose en cas de niveau d'**urgence élevée**.

Dans les autres situations, elle sera à adapter à la situation du patient par exemple en cas de pathologie psychiatrique sous-jacente, d'isolement social, d'entourage potentiellement délétère, de refus d'aide médicale (refus d'un entretien de réévaluation). L'hospitalisation peut être faite sous le mode de l'hospitalisation libre ou de soins à la demande d'un tiers.

L'**hospitalisation a les objectifs suivants** :

- * Protéger la personne en **limitant le risque de passage à l'acte suicidaire**.
- * **Faciliter la résolution de la crise** (alternatives) en mettant en place une psychothérapie de soutien (relation de confiance, verbalisation de la souffrance, travail de l'alliance thérapeutique, etc.).
- * Mettre en place **un suivi ultérieur en ambulatoire**.
- * **Mettre en place un traitement psychiatrique** adapté à la pathologie en cause.

L'hospitalisation n'empêche pas un patient de se suicider et de nombreux suicides (5 %) ont lieu en établissement de soins. Il faut prendre certaines précautions visant à limiter l'accès à des moyens létaux (suppression des points d'appui résistant au poids du corps, inventaire des affaires et retrait des objets dangereux) et à assurer une **surveillance rapprochée** (chambre près de l'infirmerie).

Il faut bien expliquer, que ce soit en hospitalisation libre ou à la demande d'un tiers, les raisons de l'hospitalisation, les conditions d'accueil (lieu, durée d'hospitalisation, fonctionnement de l'équipe).

ATTENTION

Que se soit en hospitalisation ou en ambulatoire le suivi psychologique permet d'aider le patient à mettre en place des alternatives possibles au projet de suicide. L'entretien doit s'attacher à valoriser les éléments positifs de la vie du patient, de sa personnalité.

De la même manière, que ce soit en hospitalisation ou en ambulatoire, il faudra traiter un trouble psychiatrique comme par exemple un épisode dépressif caractérisé.

Le lithium a une indication dans le trouble bipolaire et est un des seuls psychotropes reconnu comme ayant une action « anti-suicide ».

2.3. Suivi ambulatoire et organisation de la post-crise

En cas de prise en charge ambulatoire :

- * Un rendez vous au bout de quelques jours doit permettre de **réévaluer la situation**.
- * **L'entourage doit être proche et disponible**. Clairement il faut identifier les ressources accessibles dans l'entourage et s'assurer qu'elles sont suffisantes pour soutenir le patient.

La **continuité des soins** doit être envisagé et organisée dès le début de la prise en charge de crise. Les modalités proposées seront adaptées au stade évolutif de la crise, au moment de la prise en charge, au contexte dans lequel elle s'inscrit et aux professionnels ou intervenants sollicités.

La prise en charge doit tenir compte du contexte familial et des entretiens familiaux peuvent être proposés.

En présence d'un cumul de plusieurs facteurs de risque, il faut orienter le patient vers un suivi psychiatrique en hospitalisation ou en ambulatoire.

Une **psychothérapie** peut être indiquée pour traiter les facteurs psychopathologiques de vulnérabilité ou en diminuer les effets critiques.

En l'absence de facteurs de risque, il faut organiser une réévaluation après la crise.

L'**assistant(e) social(e)** joue aussi un rôle important en cas de crise psychosociale.

Durant l'**année qui suit le début de la crise**, le **risque de récurrence** important fait recommander la plus grande vigilance.

ATTENTION

Un moyen important de prévention du suicide est la mise à l'écart des moyens suicidaires létaux comme par exemple les armes à feu.

Il faut y penser et en discuter avec le patient et son entourage.

3. PARTICULARITÉS LIÉES AU TERRAIN ET À L'ÂGE

En plus des éléments précédemment décrits, il existe certaines particularités liées au terrain, à prendre en compte.

3.1. La crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent

3.1.1. La crise suicidaire chez l'enfant

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un enfant, par exemple par un enseignant les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- * Il ne faut pas chercher à résoudre le problème seul.
- * Il faut parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif.
- * Il faut signaler les signes repérés à la famille.
- * Il faut signaler au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste.

En cas de **crise suicidaire avérée**, une **hospitalisation** est nécessaire pendant quelques jours pour **débuter une prise en charge médico-pédopsychiatrique adaptée**.

3.1.2. La crise suicidaire chez l'adolescent

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un adolescent, par exemple par un enseignant les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- * Il faut créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière, psychologue ou assistante scolaire), la famille et le médecin traitant.
- * Il faut avoir recours aux réseaux spécialisés existants.

En cas de **crise suicidaire avérée** et en particulier en cas de tentative de suicide, la **prise en charge hospitalière** est favorisée. **Le suivi ambulatoire sera à mettre en place dès la sortie**. En cas de non venue aux rendez-vous de suivi, on peut mettre en place des visites à domicile quand cela est organisable ou reprendre une hospitalisation si le risque persiste. Il faut s'avoir là aussi s'appuyer sur des intervenants extérieurs (éducateurs, paramédicaux, etc.).

3.2. La crise suicidaire chez l'adulte et l'âgé

3.2.1. La crise suicidaire chez l'adulte

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un adulte, par exemple par l'entourage proche, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- * L'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance.
- * À partir de ces attitudes, l'entourage peut accompagner le patient vers les différents réseaux d'aide et au soin.

En cas de crise suicidaire avérée, la prise en charge est celle expliquée ci-dessus.

3.2.2. La crise suicidaire chez l'âgé

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un âgé, par exemple par le généraliste, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- * Une dépression doit être plus particulièrement recherchée car elle est quasiment constante.
- * L'existence d'un éventuel changement comportemental doit faire envisager une douleur physique et/ou une maltraitance.

En cas de crise suicidaire avérée la prise en charge doit particulièrement veiller à **rechercher des moyens de mort violente** et **les enlever du domicile**.

3.3. La crise suicidaire chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique

Lorsqu'une crise suicidaire est dépistée chez un patient déjà suivi en psychiatrie, les éléments suivants guident la conduite à tenir :

- * Il faut prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels.
- * Il faut assurer la sécurité par rapport à des objets ou des médicaments dangereux.

En cas de crise suicidaire avérée la prise en charge s'appuie généralement sur l'**hospitalisation**.



RÉSUMÉ

La crise suicidaire est une crise psychique réversible et temporaire, dans un contexte de vulnérabilité. Les ressources adaptatives de la personne sont épuisées. Le suicide est une des sorties possibles de cette crise qui en fait toute sa gravité (environ 10 300 par an en France).

L'entretien psychiatrique a pour but l'évaluation du risque (recherche de facteurs de risque et de facteurs de protection), de l'urgence (niveau de souffrance élevé et degré d'intentionnalité élevé) et de la dangerosité (létalité du moyen considéré et facilité d'accès à ce moyen).

L'hospitalisation (libre ou sous contrainte) s'impose en cas de niveau d'urgence élevée. Dans les autres cas, la décision d'hospitaliser sera à adapter à la situation. Il faut en tout cas penser à la mise à distance des moyens létaux. En cas de soins ambulatoires, l'entourage doit idéalement être proche et disponible. On prévoira une réévaluation rapide.



POINTS CLEFS

- * 10 300 suicides par an en France.
- * L'évaluation repose sur la triade risque/urgence/dangerosité.
- * Une hospitalisation est indiquée en cas d'urgence élevée et est à discuter dans les autres situations.
- * Une réévaluation rapide est prévue en cas de prise en charge ambulatoire.
- * L'évaluation du risque suicidaire est un réflexe en psychiatrie.

partie 3

LES SITUATIONS À RISQUE SPÉCIFIQUES

item 57

SUJETS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

- I. Origine et définition du concept de « précarité »
- II. Contexte épidémiologique de la précarité
- III. Évaluation de la précarité
- IV. Précarité et santé
- V. Évaluation d'un sujet en situation de précarité
- VI. Principaux dispositifs de prise en charge de la précarité



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Connaître les facteurs de risque.
- * Évaluer la situation de précarité, définir les différents types et niveaux de précarité.
- * Connaître les morbidités les plus fréquemment rencontrées et leurs particularités.
- * Évaluer la situation médicale, psychologique et sociale d'un sujet en situation de précarité.

1. ORIGINE ET DÉFINITION DU CONCEPT DE « PRÉCARITÉ »

Jusqu'à la Révolution française, l'hôpital chrétien, administré par des religieux, est investi d'une mission sociale de protection des personnes dans la misère mais aussi de protection de la société contre ces personnes.

En 1796, la création des hospices civils fonde l'hôpital moderne. Les hôpitaux sont municipaux et deviennent des lieux de soins, plus que de refuge.

En 1941, l'hôpital cesse d'être un hospice et devient un lieu de soins pour tous.

La loi du 30 juin 1975 dite « loi sociale » relative aux institutions médico-sociales consacre l'existence du social et du médico-social comme un ensemble homogène soumis à des règles communes, et symbolise l'autonomisation du secteur vis-à-vis du champ hospitalier (cf. Item 6o). Sa dernière réforme du 2 janvier 2002 a principalement consisté à élargir le champ d'application du social et médico-social, reconnaissant que l'étanchéité entre le social et le sanitaire peut constituer un frein à l'innovation et l'accompagnement décloisonné de certaines catégories de populations.

1.1. La précarité

La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais un ensemble de situations dont les contours sont souvent difficiles à appréhender.

- * La précarité peut être définie comme un état de fragilité et d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ».
- * C'est un processus dynamique, réversible, multifactoriel. « Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».
- * La notion de précarité est liée à celle d'insécurité.
- * La précarité est le produit de dimensions structurelles (économiques, sociales), de menaces à court ou moyen terme, mais aussi de dimensions subjectives (perception de sa situation, structuration psychique, etc.).
- * La crise économique de 2008 a accéléré les processus de précarisation d'une frange de la population qui n'était que peu connue des professionnels de l'emploi et de l'action sociale : les retraités, les jeunes qualifiés en difficulté sur le marché du travail, les travailleurs paupérisés de l'industrie ou de l'agriculture, les migrants.
- * Le mot « précarité » se traduit en anglais par « precariousness », mais ce terme n'est généralement pas utilisé dans les pays anglo-saxons pour définir un état de fragilité sociale. Les termes de « poverty » (pauvreté) ou de « deprivation » (privation, perte) sont préférés aux Etats-Unis ou au Royaume-Uni pour décrire la précarité socioéconomique.

1.2. La pauvreté

La pauvreté est généralement définie comme l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources. C'est un concept essentiellement économique.

- * Le seuil de pauvreté monétaire correspond à un seuil de ressources du ménage inférieur ou égal à 50 % des ressources médianes des ménages d'une population. Le seuil de pauvreté monétaire à 50 % du niveau de vie médian de la population s'établit, en 2011, à 814 euros mensuels pour une personne seule. 7,9 % de la population vit en dessous de ce seuil, soit 4,9 millions de personnes.
- * Un seuil de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian de la population est également défini. Entre 50 et 60 %, le nombre de personnes pauvres est multiplié par deux. Dit autrement, près de 4 millions de personnes se situent entre ces deux seuils et disposent d'un niveau de vie compris entre 814 et 977 euros par mois.
- * Au seuil de 40 % du niveau de vie médian (soit 640 euros par mois pour une personne seule en 2009), 3,3 % de la population, soit près de 2 millions de personnes, est en situation de grande pauvreté.

L'INSEE calcule également la pauvreté en conditions de vie, mesurée par l'indicateur qui synthétise les réponses à vingt-sept questions relatives à quatre grands domaines (contraintes budgétaires, retards de paiement, restrictions de consommation et difficultés de logement). Cet indicateur cumule, pour chaque ménage, le nombre de difficultés sur les vingt-sept retenues. La proportion de ménages subissant au moins huit carences ou difficultés a été retenue pour définir le taux de pauvreté en conditions de vie, afin de retrouver le même ordre de grandeur que le taux de pauvreté monétaire.

Toutefois, la pauvreté monétaire et la pauvreté en conditions de vie ne se recoupent que très partiellement, de sorte qu'une partie de la population est pauvre selon l'un ou l'autre de ces critères. Même si cet indicateur a diminué depuis 2004, un ménage sur cinq est touché par la pauvreté monétaire ou en conditions de vie.

1.3. L'exclusion

L'exclusion est une réalité dynamique caractérisée par l'absence, pendant une période plus ou moins longue, de la possibilité de bénéficier des droits dus à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. Au sens strictement légal du terme, seuls les « sans-papiers » seraient de véritables « exclus ».

- * Cependant, la réalité est différente et plusieurs centaines de milliers de personnes restent aujourd'hui « exclues » et ne bénéficient pas de la solidarité nationale. L'exclusion peut être économique (chômage de très longue durée), sociale (mères célibataires sans soutien familial ni social, personnes âgées isolées, jeunes déscolarisés, etc.) ou même indirecte (immigrés ou handicapés qui ne peuvent profiter des mêmes droits ni participer aux mêmes activités que les autres). À l'extrême se trouvent les sans domicile fixe (SDF).
- * L'exclusion n'est pas une maladie, mais elle crée des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi à l'origine d'une intense souffrance psychique et la difficulté à s'insérer dans un tissu relationnel. Elle représente en ce sens une situation pathogène.
- * En utilisant une définition minimaliste et considérant qu'un exclu est une personne qui ne bénéficie pas des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé), parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou n'a plus la capacité à faire les démarches nécessaires, le nombre d'exclus peut être estimé à environ 0,4-0,5 % de la population française, soit au maximum 300 000 personnes résidant sur le territoire français.

Une précarité prolongée risque de faire glisser ceux qu'elle affecte vers l'exclusion, qui représente la phase ultime de l'évolution de la précarité. Ainsi, un sujet en situation de précarité n'est pas forcément pauvre ni exclu. L'exclusion et la grande pauvreté sont les formes extrêmes de la précarité.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA PRÉCARITÉ

2.1. Épidémiologie

Il est particulièrement difficile de mesurer, quantifier, diagnostiquer la précarité.

Le phénomène de précarisation, au sens d'absence d'une ou plusieurs sécurités, toucherait 12 à 15 millions de personnes en France, soit 20 à 25 % de l'ensemble de la population.

La précarisation est devenue un processus massif, certes réversible, mais qui laisse des traces durables pouvant provoquer une vulnérabilité à très long terme, responsable d'une dégradation ultérieure de l'état de santé. Elle favorise ainsi la mortalité globale et spécifique (cardiovasculaire, par exemple).

2.2. Facteurs de risque

2.2.1. Facteurs de risque sociaux

- * Bas niveau social : il est à l'origine d'inégalités sociales d'état de santé déterminées principalement par les habitudes de vie, les habitudes alimentaires et les conditions de travail. En France, l'écart d'espérance de vie entre les manœuvres et les cadres supérieurs est très important, de 8 ans à 35 ans et de 4,5 ans à 60 ans, il ne régresse pas malgré l'amélioration globale de l'état de santé.
- * Difficultés dans l'accès aux soins de santé (réduction des dépenses touchant à la prévention de la santé et l'accès aux soins, par exemple suppression de la couverture complémentaire, impossibilité d'accéder à certains types de soins onéreux) aggravant les inégalités sociales d'état de santé.
- * Nationalité étrangère : en particulier en raison du statut juridique (par exemple, absence de titre de séjour) et l'existence de pratiques discriminatoires.

2.2.2. Facteurs de risque médico-psychologiques

Ces facteurs sont bien souvent tout à la fois causes et conséquences de la situation de précarité. Il peut être difficile voire impossible de démêler le sens de ce lien.

La survenue d'un problème de santé peut favoriser une situation de précarité :

- * C'est le cas des maladies chroniques, du handicap, de la dépendance (cf. Item 117).
- * En particulier, tous les troubles psychiatriques et les addictions peuvent avoir un retentissement fonctionnel à l'origine d'une précarisation du patient (difficulté d'insertion professionnelle, isolement, etc.).

À l'inverse, la précarité favorise la survenue de problèmes de santé (ce point est développé dans la section 4 « précarité et santé »).

3. ÉVALUATION DE LA PRÉCARITÉ

Selon la définition de la précarité donnée par le HCSP (Haut Comité de santé publique), elle peut se manifester dans plusieurs domaines tels que le revenu, le logement, l'emploi, les diplômes, la protection sociale, les loisirs et la culture, la santé.

C'est pourquoi, afin de mieux identifier les diverses populations en situation de précarité, un score individuel d'évaluation du niveau de précarité a été développé par le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF) : il s'agit du score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé).

Il permet la mesure multidimensionnelle de la précarité ou de la fragilité sociale et repose sur 11 questions tenant compte des déterminants matériels et psychosociaux de la précarité qui permettent de calculer un score pouvant varier de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale). Le seuil de 30,17 est retenu par le CETAF pour discriminer non-précaires et précaires (tableau 1). Le score EPICES semble permettre d'identifier une population plus à risque de problèmes de santé.

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.			
	Constante	75,14	

Tableau 1. Les 11 questions du score EPICES.

Un autre indicateur de précarité repose sur la définition socioadministrative de la précarité, et regroupe les catégories suivantes : les chômeurs, les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) ou de la Couverture maladie universelle (CMU) ou d'un Contrat d'accompagnement dans l'emploi (CAE), les personnes sans domicile fixe et les jeunes de 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle. La précarité définie selon ces critères semble toutefois moins fortement liée aux indicateurs d'accès aux soins et de santé, que la précarité définie selon le score EPICES.

4. PRÉCARITÉ ET SANTÉ

La morbidité médicale non psychiatrique est augmentée en raison d'un retard fréquent dans le recours aux soins, ainsi qu'une prévalence accrue de pathologies plus sévères, principalement du fait des conditions de vie :

- * pathologies infectieuses : pulmonaires (en particulier tuberculose, pneumopathies), ORL (sinusites, rhinites, otites, trachéo-bronchites), IST (Infections Sexuellement Transmissibles : VHC, VIH), surinfections de pathologies dermatologiques ;
- * problèmes dentaires pouvant se compliquer d'infections ;
- * problèmes dermatologiques : gale, pédiculose, plaies, ulcères, etc.

Les conduites addictives sont fréquentes (alcool, tabac, substances) (cf. Items 73, 74, 75, 76 et 77), avec en corollaire les complications médicales non psychiatriques engendrées par ces addictions qui doivent être recherchées (en particulier pulmonaires et hépato-gastro-entérologiques).

La morbidité psychiatrique est également fréquente, elle est plus importante qu'en population générale. Elle peut pré-exister à la situation de précarité (cf. section 2 de l'item) ou en être la conséquence. Les principaux troubles psychiatriques précédant la situation de précarité sont :

- * les troubles psychotiques (schizophrénie principalement) (cf. Item 61) ;
- * les troubles de la personnalité (personnalité antisociale, par exemple) (cf. Item 64) ;
- * les états de stress post-traumatiques (cf. Item 64).

Les principaux troubles psychiatriques secondaires à la situation de précarité sont :

- * les troubles de l'humeur, en particulier le trouble dépressif caractérisé (on estime par exemple que les symptômes évoquant une épisode dépressif caractérisé sévère surviennent avec une fréquence de près de 20 % chez des hommes bénéficiant à l'époque du RMI contre moins de 3 % en population générale) (cf. Item 62) ;
- * les conduites suicidaires (cf. Item 348) ;
- * les troubles anxieux (cf. Item 64) ;
- * les troubles liés aux facteurs de stress, en particulier troubles de l'adaptation (cf. Item 64) ;
- * les troubles somatoformes (cf. Item 70) ;
- * les troubles psychotiques sont plutôt rares dans ce contexte.

Ces troubles sont certes favorisés par la précarité, mais ils contribuent également à son maintien en aggravant la désinsertion.

De nombreux observateurs et acteurs de terrain soulignent que la précarité provoque des sentiments individuels comme la mauvaise image de soi, la dévalorisation, le sentiment d'inutilité voire même de honte, qui sont à l'origine d'une souffrance psychique aujourd'hui largement répandue. Dans son rapport publié en 1998 sur la progression de la précarité en France, le HCSP estime que la souffrance psychique est le symptôme majeur de la précarité dans le domaine de la santé. Elle est susceptible de conduire à une véritable dégradation de la santé et son ampleur ne peut être ignorée dans la mise en place de dispositifs de prise en charge médico-sociale.

5. ÉVALUATION D'UN SUJET EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

5.1. Situation médicale

- * Écarter une pathologie menaçant le pronostic vital et nécessitant une hospitalisation immédiate : interrogatoire bien conduit, examen clinique complet, mesure du poids, de la température et de la pression artérielle.
- * Se renseigner sur l'existence d'une maladie invalidante ou d'un handicap.
- * Rechercher la présence d'une addiction et d'éventuelles complications médicales non psychiatriques de l'addiction.

5.2. Situation psychologique

- * Elle est déterminée par l'anamnèse et l'interrogatoire. Il est important de rechercher la date d'apparition des troubles, afin de déterminer s'ils pré-existent ou sont secondaires à la situation de précarité. Dans ce dernier cas, il s'agira de préciser les circonstances (facteur précipitant) et le délai d'apparition des troubles par rapport au développement de la précarité,
- * Rechercher des troubles du comportement auto- ou hétéro-agressifs.
- * Évaluer le retentissement des symptômes constatés, en particulier le degré de souffrance psychique.
- * Les conduites addictives peuvent fausser cette évaluation, en modifiant la présentation de la symptomatologie psychiatrique.

5.3. Situation sociale

Le médecin doit connaître le statut social (emploi/scolarité/diplômes/nationalité) du patient, ainsi que ses conditions de vie, sa couverture maladie, ses ressources actuelles, en particulier les aides financières dont il dispose.

Au terme de cette triple évaluation, le médecin doit être à même de différencier les difficultés relevant de l'accès au système de soins liées à l'infrastructure médicale elle-même de celles liées au psychisme du patient. Ainsi, l'hospitalisation pour raison uniquement humanitaire n'est pas recommandée, seule la clinique doit guider l'orientation proposée au patient. En cas de motif psychiatrique justifiant l'hospitalisation, le mode libre doit être préféré à celui sans consentement, lorsque cela est possible.

6. PRINCIPAUX DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DE LA PRÉCARITÉ

La prise en charge du patient en situation de précarité nécessite un abord global, faisant appel à une approche le plus souvent multidisciplinaire.

6.1. Dispositifs législatifs

- * 29 juillet 1998 : la loi de lutte contre l'exclusion définit les missions sanitaires et sociales auxquelles doivent répondre les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).
- * 1^{er} janvier 2000 : création de la CMU. Elle dispense de l'avance des frais, prend en charge le ticket modérateur, le forfait hospitalier sans limitation de durée et une liste de produits (prothèses dentaires, lunettes, audioprothèses) à des tarifs fixés par arrêté interministériel.
- * 23 novembre 2005 : circulaire fixant le cadre d'action des Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).
- * 1^{er} décembre 2008 : création du Revenu de solidarité active (RSA) ayant pour double objectif de lutter contre la pauvreté des personnes sans emploi et des travailleurs pauvres, et inciter au retour à l'emploi.

6.2. Dispositifs médico-sociaux

- * Les dispositifs de droit commun :
 - Cabinets médicaux, en particulier rôle fondamental du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes en situation de précarité.
 - Hôpitaux publics, Centres médico-psychologiques (CMP) favorisant la continuité de la prise en charge par la même équipe médico-sociale, via le secteur géographique psychiatrique.
 - Centres de santé (CDS) caractérisés par un statut spécifique, intermédiaire entre les cabinets libéraux et les établissements de santé, qui leur permet de bénéficier d'une convention avec l'Assurance maladie.
- * Les dispositifs de santé publique : Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centres de prévention.
- * Les PASS : fournissent un accès aux soins au sens large associant consultation médicale généraliste ou spécialisée, soins odontologiques, prise en charge en soins infirmiers, plateau technique, délivrance gratuite de médicaments. Elle permet à tout patient d'être accompagné dans son parcours et d'accéder à l'offre de soins de droit commun, mais aussi de bénéficier d'une continuité de soins conforme à ses besoins. Près de 430 PASS sont implantées dans les établissements de santé et leur développement se poursuit. Elles se situent majoritairement dans des hôpitaux publics de grande taille.
- * Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) : elles interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale. On comptabilise en 2011 près de 110 EMPP, composées de plus de 200 professionnels principalement infirmiers, psychiatres et psychologues et, dans une moindre mesure, assistants sociaux. Le plus fréquemment, ce sont les psychiatres qui coordonnent l'équipe dont le fonctionnement fait l'objet d'une formalisation dans les projets médicaux des établissements.
- * Des aides financières peuvent également être octroyées (encadré ci-dessous).



PRINCIPALES AIDES FINANCIÈRES

visant à protéger les sujets en situation de précarité

Revenu de solidarité active (RSA) socle

Mis en place le 1^{er} juin 2009 en France métropolitaine, il se substitue au RMI, à l'API (Allocation parent isolé) et aux dispositifs d'intéressement à la reprise d'activité qui lui sont associés.

Le RSA est un dispositif sous condition de ressources destiné à un foyer.

Il peut être versé à toute personne âgée d'au moins 25 ans résidant en France, ou sans.

condition d'âge pour les personnes assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les jeunes de moins de 25 ans ayant travaillé au moins deux années au cours des trois dernières années peuvent également en bénéficier. Le RSA est une allocation différentielle.

Le montant du RSA est calculé comme la somme de deux composantes : d'une part, un montant forfaitaire qui varie en fonction du foyer, d'autre part, une fraction (62 %) des revenus professionnels des membres du foyer.

Le RSA socle s'adresse aux personnes dont l'ensemble des ressources est inférieur au montant forfaitaire. Le RSA peut être majoré pour les parents qui assument seuls la charge d'au moins un enfant né ou à naître. À noter que l'allocation garantie par le RSA se situe en dessous du seuil de pauvreté.

Couverture maladie universelle (CMU) de base

Permet l'accès à l'assurance maladie pour toute personne, quelle que soit sa nationalité, résidant en France de façon stable (depuis plus de 3 mois) et régulière, avec ou sans domicile fixe, et qui n'est pas déjà couvert par un régime de Sécurité sociale.

CMU complémentaire (CMU-C)

Donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) pour toute personne, quelle que soit sa nationalité, résidant régulièrement en France de façon stable (depuis plus de 3 mois) et régulière, ayant des ressources inférieures à un plafond annuel de référence (8 593 euros en 2014).

Aide médicale d'état (AME)

Donne droit à la prise en charge des dépenses de santé pour toute personne étrangère en situation irrégulière et résidant en France depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue, ayant des ressources inférieures à un plafond annuel de référence (8 593 euros en 2014).

La date d'ouverture du droit est la date de dépôt de la demande.

L'allocation adulte handicapé (AAH)

Destinée aux adultes à partir de 20 ans résidant de façon permanente en France, dont les ressources ne dépassent pas un plafond annuel, et atteints d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. Ce taux est apprécié par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en fonction d'un guide-barème.

La personne qui ne dispose d'aucune ressource peut percevoir le montant maximum de l'AAH (790,18 euros en 2014).

L'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

Destinée aux personnes âgées d'au moins 60 ans, résidant en France de manière stable et régulière, ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dans un état nécessitant une surveillance régulière (groupes 1 à 4 de la grille Aggir).

6.3. Dispositifs matériels et humains

- * Associations à but non lucratif avec des dispositifs propres à chaque ville : Restos du Cœur, par exemple.
- * Organisations caritatives : centres gérés par les ONG (Organisations non gouvernementales), ATD Quart Monde, Médecins du Monde, Médecins sans frontières, la Croix-Rouge, etc.

La liste et les compétences de ces associations doivent être connues des médecins hospitaliers et des généralistes pour constituer les relais d'amont ou d'aval dans la prise en charge de ces patients.



RÉSUMÉ

La précarité est une situation de fragilité et d'instabilité sociale, réversible, multifactorielle, fréquente (20-25 % de la population), qui mène à l'extrême à la grande pauvreté et à l'exclusion.



POINTS CLEFS

- * Facteurs de risque :
 - Sociaux (bas niveau social, difficultés d'accès aux soins, étrangers).
 - Médico-psychologiques (maladies chroniques, handicap, dépendance, troubles psychiatriques, addictions).
- * Morbidités associées :
 - Non psychiatriques (infectieuses, dentaires, dermatologiques).
 - Addictives.
 - Psychiatriques (souffrance psychique +++, troubles de l'humeur ++, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, conduites suicidaires).
- * Évaluation :
 - Médicale (maladie mettant en jeu le pronostic vital, maladie invalidante, handicap, addictions et leurs complications).
 - Psychologique (anamnèse, interrogatoire, comportements auto/hétéroagressifs, souffrance psychique).
 - Sociale (statut social, conditions de vie, couverture maladie, ressources).
- * Prise en charge :
 - Multidisciplinaire +++.
 - Médico-sociale (cabinets médicaux, hôpitaux publics, CMP pour la psychiatrie, CDS, CDAG, centres de prévention, PASS, EMPP).
 - Aides financières (RSA, CMU, CMU-C, AME, AAH, APA).
 - Associations à but non lucratif.
 - Organisations caritatives.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), « Crise économique, marché du travail et pauvreté », 2011/2012.

Rapport du HCSP, « Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », février 1998.

Blanc M., « Sujets en situation de précarité », *La revue du praticien*, 2008.

Observatoire des inégalités : <http://www.inegalites.fr/>.

item 67

TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST-PARTUM

- I. Introduction
- II. Les facteurs de risques
- III. Grossesse chez une femme présentant des troubles psychiatriques
- IV. Les troubles psychiques pendant la grossesse
- V. Troubles psychiques du post-partum



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du post-partum.
- * Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post-natale.
- * Argumenter les principes de la prise en charge pluridisciplinaire (sociale, psychiatrique, familiale).

1. INTRODUCTION

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à tous les états troubles psychiatriques liés à la période de la gravido-puerpéralité s'étendant de la conception à la première année de l'enfant, incluant l'accouchement, l'allaitement et le sevrage.

La grossesse est une étape essentielle du développement psycho-sexuel et de la parentalité chez la femme. Elle entraîne de profonds remaniements tant somatiques que psycho-sociobiologiques, qui sont à considérer comme des facteurs de stress majeurs (cf. Item 01). Chez la femme, il peut exister une atténuation des troubles psychiatriques mais également une apparition ou une exacerbation.

2. LES FACTEURS DE RISQUES

Ils doivent être dépistés lors de l'entretien du quatrième mois.

2.1. Facteurs de vulnérabilité psychiques

- * Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux.
- * Antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance.
- * Âge (grossesse à l'adolescence et grossesse tardive).
- * Mère célibataire/difficultés conjugales/grossesse non désirée.
- * Précarité socioéconomique/isolement.

2.2. Facteurs culturels

Concerne principalement les femmes migrantes : langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la grossesse.

2.3. Facteurs gynécologiques et obstétricaux

- * Primiparité.
- * Découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale.
- * Accouchement dystocique/césarienne (surtout en urgence et/ou sous anesthésie générale)/prématurité.

3. GROSSESSE CHEZ UNE FEMME PRÉSENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

3.1. Troubles bipolaires, dépressif récurrent, schizophrénie

La grossesse aurait tendance à apaiser les troubles psychiatriques pré-existants. En revanche, le post-partum est une période à risque plus important de décompensation d'un trouble schizophrénique déjà connu ou d'un trouble de l'humeur (les symptômes sont ceux habituellement décrits dans ces tableaux cliniques avec le risque de retentissement sur les interactions mère-enfant).

Avant et pendant la grossesse, si la femme a un suivi en secteur spécialisé, la grossesse doit faire l'objet d'un projet thérapeutique, avec co-suivi régulier par psychiatres et obstétriciens ou sages-femmes. La grossesse ne devrait être envisagée que lorsque le trouble psychiatrique est équilibrée depuis plusieurs mois.

Dans le post-partum, il s'agit de prévenir les décompensations psychiatriques et les troubles de l'attachement. La prise en charge doit être globale et pluridisciplinaire. Le projet de soin sera élaboré en fonction de l'évaluation de la situation médico-psycho-sociale.

3.2. Addictions

Toute femme enceinte doit être informée sur les risques de la prise de toxiques pendant la grossesse. Les premières rencontres doivent favoriser l'alliance thérapeutique. Il faut éviter toute culpabilisation et stigmatisation.

Le traitement de l'addiction maternelle implique l'évaluation des avantages du sevrage versus la substitution (cf. Item 45). L'évaluation des comorbidités psychiatriques associées doit conduire vers une proposition de suivi spécialisé.

À la naissance, une surveillance pédiatrique du bébé est nécessaire. Une hospitalisation en unité mère/bébé de pédiatrie est recommandée pour prise en charge de la mère et de l'enfant, accompagnement des interactions précoces et mise en place du suivi par les services de PMI et sociaux.

3.3. Précautions d'emploi des psychotropes au cours de la grossesse

Si un traitement psychotrope est indiqué, il convient d'évaluer le rapport bénéfice/risque devant la pathologie de la mère et les effets tératogènes de chaque molécule en sachant que tous les psychotropes traversent la barrière placentaire.

- * Le traitement doit être prescrit à posologie efficace.
- * Les modifications pharmacocinétiques en cours de grossesse peuvent amener à augmenter la posologie.
- * L'arrêt brutal d'un traitement lors de la découverte d'une grossesse peut entraîner un sevrage ou la décompensation du trouble sous-jacent, avec un retentissement sur le déroulement de la grossesse.

- * Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, la survenue éventuelle de troubles néonataux transitoires sera prise en compte lors de l'examen du nouveau-né.

3.3.1. Les anxiolytiques

L'Oxazépam (Seresta®) et le Lorazepam (Temesta®) (benzodiazépine de demi vie courte), soit l'Hydroxyzine (Atarax®) (antiH1 sédatif).

3.3.2. Les antidépresseurs

Certains antidépresseurs peuvent être prescrit durant toute la grossesse : inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS) fluoxétine (Prozac®), sertraline (Zoloft®), citalopram (Seropram®) ou escitalopram (Seroplex®) ; IRS/Noradrénergique, venlafaxine (Effexor®) ; antidépresseurs tricycliques : on choisira si possible la clomipramine (Anafranil®).

Ne pas prescrire de Paroxétine Deroxat® pendant le 1^{er} trimestre.

Pendant l'allaitement : certains antidépresseurs passent à de faible taux dans le lait et les concentrations sanguines chez les enfants allaités sont faibles ou indétectables : inhibiteur de recapture de la sérotonine (IRS) : paroxétine (Deroxat) et la sertraline (Zoloft®) ; tricycliques : clomipramine (Anafranil®).

3.3.3. Les Antipsychotiques :

L'halopéridol (Haldol®), la chlorpromazine (Largactil®) ou l'olanzapine (Zyprexa®) sont les plus documentés et seront utilisés préférentiellement.

En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance l'utilisation de l'amisulpride peut être envisagée.

3.3.4. Les thymorégulateurs :

Les thymorégulateurs les plus documentés et pouvant être prescrit chez la femme enceinte sont : la lamotrigine (Lamictal®) et l'olanzapine (Zyprexa®).

Toutes les mesures doivent être mises en œuvre pour éviter une grossesse sous acide valproïque, divalproate de sodium ou valpromide (Dépakine®, Dépakote®, Dépamide®).

L'utilisation du lithium est possible, mais doit rester restreinte à un cadre strict de suivi multidisciplinaire obstétrical, psychiatrique et pédiatrique spécialisé durant toute la période périnatale.

3.3.5. Électroconvulsivothérapie :

La grossesse est une indication privilégiée de l'ECT devant un trouble grave de l'humeur mais nécessite la prévention systématique d'une MAP par tocolyse IVSE après M6.



POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

Le lithium, prescrit dans le trouble bipolaire, ne doit pas être prescrit durant la grossesse. Toutefois, des études actuelles l'envisagent durant la grossesse pour des situations bien spécifiques avec une surveillance rapprochée de patientes souffrant de troubles bipolaires sévères équilibrés sous lithium et dont l'arrêt induirait une décompensation marquée et délétère. En l'absence de données supplémentaires, il convient toutefois d'envisager une autre molécule. Au moindre doute, consulter le site du CRAT (Centre de référence sur les agents tératogènes – www.lecrat.org) ou le service de pharmacovigilance de votre établissement.

4. LES TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE

4.1. Nausées et vomissements gravidiques

Les femmes présentent au cours du premier trimestre de grossesse des nausées et des vomissements dans 50 % des cas, sans retentissement sur leur état général. Ces troubles disparaissent spontanément au deuxième trimestre.

Dans certains cas, les vomissements gravidiques se majorent et/ou se pérennisent avec un retentissement à type de perte de poids, de déshydratation et de troubles hydroélectriques.

Pour la prise en charge, une hospitalisation est parfois nécessaire selon la sévérité des vomissements, avec correction des troubles hydroélectriques et évaluation psychologique.

4.2. Troubles anxieux

4.2.1.Épidémiologie

Les troubles anxieux touchent entre 5 à 15 % des femmes dans la période prénatale. Ils sont plus fréquents au premier et dernier trimestre de grossesse.

4.2.2.Sémiologie psychiatrique

L'anxiété spécifique de la grossesse se définit par des inquiétudes et des préoccupations se rapportant directement à la grossesse.

Les thèmes les plus fréquents portent sur :

- * les modifications corporelles ;
- * le risque de malformation du fœtus ;
- * l'angoisse de l'accouchement ;
- * la capacité à s'occuper du bébé.

Elle peut se manifester par une crainte permanente, des crises d'angoisse, des conduites d'évitement, ou de réassurance, des obsessions, des rituels, de l'irritabilité, des envies alimentaires et/ou des troubles du sommeil.

4.2.3.Pronostic/évolution

Aggravation en post-partum. Risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé.

4.2.4.Prise en charge

- * Accompagnement de la femme ou du couple par des méthodes de préparation à l'accouchement (information sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, techniques de relaxation).
- * Psychothérapie selon sévérité des troubles anxieux.
- * Traitement anxiolytique en dernier recours.

4.3. Troubles de l'humeur

4.3.1. Épidémiologie

Un épisode dépressif caractérisé anténatal touche environ 10 à 20 % des femmes enceintes. Les épisodes dépressifs caractérisés sévères sont rares pendant la grossesse.

4.3.2. Sémiologie psychiatrique

La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, hormis la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle. L'intensité de l'épisode dépressif est le plus souvent légère ou moyenne.

4.3.3. Pronostic/évolution

Facteur de risque de complications obstétricales.

4.3.4. Prise en charge

- * Soins le plus souvent en ambulatoire avec suivi psychothérapeutique, se poursuivant en post-natal.
- * Association avec un traitement antidépresseur et si besoin un traitement anxiolytique selon sévérité des symptômes et balance bénéfice/risque.

4.4. Dénî de grossesse

4.4.1. Épidémiologie

Le déni de grossesse concerne environ 3 femmes enceintes sur 1 000.

4.4.2. Sémiologie psychiatrique

Il se définit comme le refus non volontaire de reconnaître l'état de grossesse pendant les premiers mois et parfois jusqu'à l'accouchement. Il se différencie du phénomène volontaire de dissimulation que l'on peut retrouver lors de grossesse chez une adolescente ou lorsque l'environnement est hostile à une grossesse.

On observe une complaisance somatique, c'est-à-dire peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse.

4.4.3. Pronostic/évolution

La découverte de la grossesse est souvent fortuite.

Facteurs de risques obstétricaux par manque de suivi médical de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, malformations du fœtus, accouchement dans des conditions d'urgence...).

4.4.4. Prise en charge

Surveillance psychologique de la mère et des interactions précoces mère-bébé.

5. TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse.

5.1. Le post-partum blues

Il ne s'agit pas d'un état pathologique (ce n'est pas un trouble psychiatrique, cf. Item 59). Cependant, il faut le considérer comme un facteur de risque de trouble psychiatrique du post-partum lorsqu'il est trop long ou trop sévère.

5.1.1. Épidémiologie :

Le post-partum blues (ou baby blues ou syndrome du 3^e jour) concerne selon les auteurs 30 à 80 % des accouchées.

5.1.2. Date de survenue en post-partum :

Cet état transitoire survient entre le 2^e et le 5^e jour après l'accouchement, avec un pic au 3^e jour. Réduit parfois à 24 heures, il dure 4 à 7 jours au maximum.

5.1.3. Sémiologie psychiatrique

Il associe : anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, dysphorie, troubles du sommeil, fatigue et plaintes somatiques. Les crises de larmes, la susceptibilité, la crainte d'être délaissée ou de ne pas pouvoir s'occuper du bébé surprennent et déroutent l'entourage, surtout lorsque l'accouchement s'est bien déroulé.

Ce tableau, relativement fréquent, est de faible intensité et ne doit pas être considéré comme pathologique, mais plutôt comme une phase brève d'hypersensibilité émotionnelle. S'y ajoutent les réaménagements affectifs et cognitifs liés à l'accouchement et au processus de « maternalité ».

5.1.4. Prise en charge

Le post-partum blues ne nécessite pas de traitement médicamenteux.

La relation avec les soignants, la mobilisation de l'entourage, l'information, une attitude chaleureuse et compréhensive suffisent le plus souvent pour passer sans encombre une phase considérée comme « une variation de la normale ».

Si les symptômes persistent après la première semaine ou s'intensifient, on entre alors dans le cadre différent des épisodes dépressifs caractérisés du post-partum. Il est donc important de dépister le baby blues et de le surveiller.

5.2. Troubles anxieux

Les symptômes anxieux peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum. Ils peuvent aussi être l'expression de troubles anxieux pré-existants. Le post-partum est une période propice à leur aggravation, en particulier concernant les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) (Item 41 partie 3).

Certains tableaux cliniques présentent des spécificités :

- * Les phobies d'impulsion sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées.
- * Un état de stress post-traumatique peut marquer les suites d'un accouchement ayant eu lieu en urgence et/ou avec des complications obstétricales.

5.3. Troubles de l'humeur

5.3.1. Épidémiologie

Ils concernent 10 à 20 % des femmes.

Souvent, il s'agit du premier épisode dépressif caractérisé.

Ce sont en majorité des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée sans caractéristique psychotique. Ils représentent un problème de santé publique de par leur fréquence, leur diagnostic difficile et les risques graves encourus par la mère et le bébé.

5.3.2. Date de survenue en post-partum

Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé du post-partum peut être envisagé soit en cas de prolongation des symptômes du post-partum blues au-delà de 7 jours, soit dans l'année suivant l'accouchement, le plus souvent dans les 3 à 6 semaines.

5.3.3. Sémiologie psychiatrique :

Épisode dépressif caractérisé du post-partum sans caractéristique psychotique :

- * Humeur triste, avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle.
- * Plaintes somatiques insistantes (céphalées, douleurs abdominales).
- * Anxiété importante s'exprimant surtout par des phobies d'impulsion, des craintes de faire du mal au bébé, et un évitement du contact avec celui-ci.
- * Forte culpabilité (« j'ai tout pour être heureuse ») avec minimisation des troubles, voir dissimulation à l'entourage.
- * Manifestations devant alerter sur une possible souffrance psychique du bébé : troubles du comportement (agitation, apathie), retard du développement psychomoteur, troubles fonctionnels (sommeil, alimentation) et pathologies médicales non psychiatriques (coliques).
- * Troubles des interactions mère bébé (Item 32 partie 3).

Épisode dépressif caractérisé du post-partum avec caractéristique psychotique :

- * À la symptomatologie de l'épisode dépressif précédente s'associe des idées délirantes dont le thème est centré sur le bébé (idée de substitution, d'empoisonnement, d'envoûtement) ou sur la filiation (négation du couple, de la maternité).
- * Le risque suicidaire ou le risque d'infanticide doivent être rigoureusement évalués.
- * Le diagnostic différentiel est la psychose puerpérale.

5.3.4. Pronostic/évolution

Un épisode dépressif caractérisé du post-partum est un facteur de risque de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse ainsi qu'en dehors de la périnatalité. Parfois, un épisode dépressif caractérisé du post-partum est la première manifestation d'un trouble bipolaire qui justifiera d'une prophylaxie spécifique.

L'impact des troubles dépressifs du post-partum sur le développement psychique de l'enfant n'est pas négligeable lorsque le trouble n'est pas identifié et soigné. La mère doit donc être prise en charge afin que l'épisode ne se prolonge pas et que les interactions précoces évoluent dans les meilleures conditions.

Critères DSM = critères de l'épisode dépressif caractérisé (cf. Item 64)

5.3.5. Prise en charge

Prévention

Il s'agit de femmes qui, si elles ne viennent pas aux consultations prévues, doivent impérativement être rappelées et soutenues. Une attitude ferme, ni dramatisante ni moralisatrice est éthiquement justifiée. Ici comme souvent, la qualité des échanges et des liens entre l'équipe obstétricale, le médecin généraliste et les psychiatres joue un rôle majeur.

Il est primordial de repérer un épisode dépressif caractérisé du post-partum le plus tôt possible.

La prise en charge des difficultés sociales est une autre nécessité. Le recours aux services sociaux devra éventuellement être déclenché même si l'intéressée banalise la situation.

Traitement

- * Psychothérapie selon 2 axes : psychothérapie individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère bébé.
- * Chimiothérapie par antidépresseur +/- anxiolytique.
- * Arrêt de l'allaitement conseillé.
- * Sismothérapie indiquée devant un tableau mélancolique.
- * Suivi ambulatoire pluridisciplinaire [psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et service de la protection maternelle infantile (PMI)].

Hospitalisation

Il est à noter que dans les cas de troubles dépressifs sévères du post-partum, le recours à une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant est actuellement recommandé. Une hospitalisation en milieu spécialisé doit éventuellement être imposée. En cas de défaillance maternelle grave ou en cas de danger immédiat pour le bébé, la mère doit être séparée de son bébé. Les contacts mère-bébé sont réinstaurés dès que possible et médiatisés par des soignants.

5.4. Épisode psychotique bref du post-partum = psychose du post-partum = psychose puerpérale

5.4.1. Épidémiologie

Elle concerne 1 à 2 naissances sur 1 000.

5.4.2. Date de survenue en post-partum

Elle débute le plus souvent de façon brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10^e jour.

5.4.3. Sémiologie psychiatrique

- * Un post-partum blues sévère avec éléments de confusion ou de bizarrerie est souvent prodromique.
- * Épisode d'agitation associé à des troubles thymiques et des éléments confusionnels, marqué par une labilité des symptômes.
- * Idées délirantes de mécanismes polymorphes et de thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint.
- * Manifestations thymiques marquées par une alternance de phases mélancoliques et de phases maniaques avec agitation.
- * Syndrome confusionnel avec désorientation temporo-spatiale, perturbation du rythme veille-sommeil.
- * Risque majeur suicidaire ou d'infanticide.

Penser aux diagnostics différentiels : la thrombophlébite cérébrale, la rétention placentaire, les infections, la prise de toxiques ou de médicaments.

5.4.4. Pronostic/évolution

- * Dans 70 % des cas, l'accès restera isolé.
- * 20 à 30 % de récides au décours de grossesses ultérieures.
- * Dans 10 % des cas, évolution vers un trouble psychiatrique chronique (schizophrénie ou trouble bipolaire).



CRITÈRES DSM-IV-TR

Critères d'épisode psychotique bref

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé.
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d'1 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement pré-morbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un trouble schizo affectif, ou une schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification :

- * **Avec facteur(s) de stress marqué(s)** (psychose réactionnelle brève) : si les symptômes surviennent peu de temps après — et apparemment en réaction à — des événements qui, isolement ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.
- * **Sans facteur de stress marqué** : si les symptômes psychotiques *ne surviennent pas* peu de temps après — ou ne sont pas apparemment réactionnels à — des événements qui, isolement ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.
- * **Avec début lors du post-partum** : si les symptômes surviennent dans les 4 semaines du post-partum.

5.4.5. Prise en charge

Hospitalisation

- * Un épisode psychotique bref du post-partum est une urgence thérapeutique.
- * La patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu spécialisé, avec ou sans son consentement.
- * Assurer la sécurité du bébé.
- * Chimiothérapie par antipsychotique atypique +/- anxiolytique.
- * Arrêt de l'allaitement.
- * Sismothérapie indiquée en fonction de la gravité de la symptomatologie, du risque suicidaire et d'infanticide.
- * Suivi ambulatoire pluridisciplinaire (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et service de la protection maternelle infantile (PMI), avec psychothérapie individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère bébé, dès la sortie de l'hospitalisation.



RÉSUMÉ

Les facteurs de risques de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum sont liés au terrain et/ou aux antécédents de la patiente. Ils doivent être repérés pendant le suivi de la grossesse et au décours de l'accouchement. Les troubles psychiatriques sont plus fréquents lors du post-partum que lors de la grossesse. Il s'agit principalement des épisodes dépressifs caractérisés et plus rarement des épisodes psychotiques brefs du post-partum, avec un risque de suicide et/ou d'infanticide. Les soins débutent au cours de la période anténatale et se poursuivent au cours de la période post-natale. Ils se font en réseau selon une prise en charge pluridisciplinaire. Les troubles psychiatriques maternels retentissent sur les interactions précoces entre la mère et le bébé. L'attention et les soins apportés à ces premiers échanges permettent de prévenir l'apparition de troubles psychiques chez le bébé.

123



POINTS CLEFS

- * Les troubles psychiatriques sont principalement les épisodes dépressifs caractérisés du post-partum et plus rarement des épisodes psychotiques brefs du post-partum.
- * Rechercher et prévenir un risque de suicide et/ou d'infanticide.
- * Dans les cas de troubles dépressifs sévères du post-partum, le recours à une unité d'hospitalisation conjointe mère enfant est actuellement recommandé (possiblement imposé selon sévérité).
- * Dans les cas des épisodes psychotiques brefs du post-partum, la patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu spécialisé, avec ou sans son consentement.
- * En cas de défaillance maternelle grave ou en cas de danger immédiat pour le bébé (risque d'infanticide), la mère doit être séparée de son bébé.
- * Le post-partum blues n'est pas pathologique.
- * Les traitements psychotropes doivent être prescrits avec prudence tant pendant la grossesse que pendant l'allaitement.

item 68

TROUBLES PSYCHIQUES DU SUJET ÂGÉ

- I. Les spécificités cliniques, physiopathologiques et de l'organisation des soins de la psychiatrie du sujet âgé
- II. Les principaux troubles psychiques du sujet âgé
- III. Psychopharmacologie et vieillissement



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer les principaux troubles psychiques du sujet âgé en tenant compte des particularités épidémiologiques.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique spécifique et planifier le suivi spécifique des principaux troubles psychiques du sujet âgé.

1. LES SPÉCIFICITÉS CLINIQUES, PHYSIOPATHOLOGIQUES ET DE L'ORGANISATION DES SOINS DE LA PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

La psychiatrie du sujet âgé (ou gériopsychiatrie) est une sur-spécialisation (quoique non formellement reconnue en France par un diplôme de sur-spécialisation type DESC, alors qu'elle l'est dans de nombreux autres pays) relativement récente de la psychiatrie dont la définition proposée par l'OMS en 1996 indique qu'elle « est une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences ».

La psychiatrie du sujet âgé s'intéresse donc :

- * non seulement aux troubles psycho-comportementaux des démences ;
- * mais aussi à tous troubles psychiatriques de la personne âgée (dont l'âge seuil a été fixé à 65 ans sur la base des départs à la retraite des pays anglo-saxons, mais également pour tenir compte de la surmortalité prématurée associée aux troubles psychiatriques d'évolution chronique, comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires).

On peut distinguer deux grands types de troubles psychiatriques chez le sujet âgé :

- * d'une part, les troubles psychiatriques qui sont apparus à un âge plus jeune et qui évoluent avec le vieillissement (la schizophrénie ou le trouble bipolaire vieillis par exemple) (cf. Items 61 et 62) ;
- * et d'autre part les troubles psychiatriques qui se déclarent tardivement, à un âge avancé (les formes tardives de schizophrénie ou de trouble dépressif caractérisé par exemple).

Comme pour la gériatrie, les spécificités du vieillissement s'appliquent à la psychiatrie du sujet âgé. Le vieillissement expose aux événements de vie de type perte, deuil, à la fragilisation tant psychologique que corporelle, à la perte d'autonomie et aux éventuelles difficultés financières. Par exemple, la forte comorbidité entre troubles psychiatriques et pathologies médicales non psychiatriques chez le sujet âgé, notamment dans le cadre des maladies neurodégénératives, modifie significativement la sémiologie des troubles psychiatriques et influe sur la pertinence des critères diagnostiques validés chez l'adulte non âgé. En outre, elle implique une évaluation et une prise en charge globale et multidisciplinaire (psychiatres, gériatres, neurologues). L'enjeu est de pouvoir faire la part entre ce qui relève d'un trouble psychiatrique caractérisé, de dimensions de personnalité, d'une affection médicale générale, neurodégénérative, d'effets iatrogènes, ou encore d'une inadaptation du sujet aux modifications de son environnement. Ainsi, l'utilisation des psychotropes chez le sujet âgé est un véritable enjeu à la fois individuel et de santé publique, notamment en raison du risque iatrogène élevé dans cette population.

L'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé est en plein essor, même s'il existe encore des disparités importantes d'un territoire à l'autre. Elle se décline :

- * en unités d'hospitalisation complète dédiées (unités gériopsychiatriques, unités cognitivo-comportementales) ;
- * en hôpitaux de jour (d'évaluation pluridisciplinaire ou d'alternative à l'hospitalisation complète) ;
- * et en offre de soins ambulatoires (consultations, équipes mobiles, équipes de liaison).

À terme, ces différentes structures devront se coordonner et composer un réseau de soins s'articulant avec les services gériatriques, les centres mémoire, les secteurs de psychiatrie adulte, mais également les établissements médicosociaux, au premier rang desquels les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, équivalent des maisons des retraites) et la médecine de ville, en particulier les médecins généralistes (cf. Item 60).

2. LES PRINCIPAUX TROUBLES PSYCHIQUES DU SUJET ÂGÉ

2.1. Troubles de l'humeur et troubles anxieux

2.1.1. Épidémiologie

Le trouble dépressif caractérisé est une pathologie fréquente chez le sujet âgé. En population générale, on estime que 1 à 4 % des personnes âgées de plus de 65 ans souffrent d'un épisode dépressif caractérisé.

Contrairement à une idée reçue, l'âge n'est pas en soi un facteur de risque de dépression. Il n'est donc pas normal de « souffrir et d'être triste quand on vieillit ». Néanmoins, plusieurs facteurs de risque d'épisode dépressif caractérisé se retrouvent préférentiellement chez la personne âgée :

- * les pathologies médicales non psychiatriques ;
- * la perte d'autonomie ;
- * la iatrogénie ;
- * les événements de vie de type perte (décès d'un proche, séparation, changement de domicile, notamment l'entrée en institution).

Les patients âgés sont donc exposés à une sommation de facteurs de stress et de facteurs réduisant les stratégies d'ajustement (cf. Item 01). Les connaître permet de prévoir le risque d'épisode dépressif caractérisé et d'en assurer le dépistage précoce (cf. Item 58).

POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

La prévalence des symptômes dépressifs considérés comme cliniquement significatifs est estimée à plus de 10 %. La plupart des patients âgés dépressifs ne répondent donc pas aux critères d'épisode dépressif caractérisé alors même qu'ils souffrent de symptômes dépressifs invalidants dont il a été montré qu'ils augmentent la morbi-mortalité et altèrent le pronostic fonctionnel et la qualité de vie. Il est possible que cette contradiction soit le fait d'un biais méthodologique lié à l'atypicité symptomatique de l'épisode dépressif du sujet âgé rendant son diagnostic standardisé plus délicat (mauvaise adaptation des critères aux particularités sémiologiques du sujet âgé).

Également, les études épidémiologiques tendent à montrer que l'épisode dépressif du sujet âgé n'est pas toujours bien identifié, avec près de 50 % des sujets âgés dépressifs qui seraient sous-diagnostiqués et sous-traités. Enfin, les résidents des EHPAD sont particulièrement exposés au risque de dépression, avec près de 15 % d'entre eux qui souffriraient d'un épisode dépressif caractérisé et 35 % qui présenteraient des symptômes dépressifs.

En population générale, la prévalence des troubles anxieux du sujet âgé caractérisés selon les classifications internationales est évaluée à plus de 10 %. Le trouble anxieux généralisé et les phobies sont les troubles anxieux les plus fréquents chez le sujet âgé.

Il y a peu de données concernant la prévalence des troubles bipolaires mais il s'agirait d'une pathologie rare du sujet âgé, estimée à 0,1 % dont 50 % seraient des troubles bipolaires vieillis, 20 % des troubles bipolaires à début tardif et 30 % des troubles dépressifs récurrents qui deviendraient des troubles bipolaires tardivement.

2.1.2. Sémiologie

2.1.2.1. L'épisode dépressif caractérisé

Les critères diagnostiques d'épisode dépressif caractérisé chez l'adulte non âgé sont en théorie applicables au sujet âgé (cf. Item 64).

L'épisode dépressif caractérisé présente des critères de sévérité et de gravité spécifiques chez le sujet âgé.

- * Ainsi, de nombreuses études ont montré qu'un épisode dépressif caractérisé s'associe chez le sujet âgé à un risque élevé de déclin fonctionnel.
- * De plus, l'épisode dépressif caractérisé est le facteur de risque le plus déterminant de passage à l'acte suicidaire. Or, les sujets âgés représentent la tranche de la population la plus exposée au risque suicidaire (cf. Item 348). Les sujets les plus à risque de suicide sont les hommes âgés et ce d'autant plus qu'ils avancent en âge (65/100 000 et 14/100 000 suicides chez les hommes et les femmes respectivement, dans la tranche d'âge 75-84 ans ; contre 109/100 000 et 18/100 000 respectivement, au-delà de 85 ans). Les moyens les plus fréquemment utilisés sont les intoxications médicamenteuses volontaires (surtout chez les femmes) et la pendaison (plus particulièrement chez les hommes). Les armes à feu sont également utilisées. Le ratio tentatives de suicide/suicides est beaucoup plus faible chez les sujets âgés (4/1) que chez les adolescents (200/1) ou qu'en population générale (20/1), ce qui signifie que quand il passe à l'acte, le sujet âgé a une probabilité beaucoup plus élevée d'en mourir. Ainsi, tout épisode dépressif caractérisé et/ou toute évocation d'idées suicidaires doit conduire à une évaluation fine du risque de passage à l'acte suicidaire (cf. Item 348).
- * Il faut évaluer l'ensemble des facteurs de risque suicidaire, au premier rang desquels l'épisode dépressif caractérisé et son intensité (un épisode dépressif caractérisé sévère expose à un risque plus élevé de passage à l'acte suicidaire).
- * Les autres facteurs de risque comprennent les addictions (à l'alcool en particulier), l'invalidité et le handicap fonctionnel liés aux pathologies médicales non psychiatriques (cancer, accident vasculaire cérébral, douleurs chroniques...), les événements de vie de type perte (deuil, entrée en institution...).
- * Il faut également évaluer l'intentionnalité suicidaire (notamment l'élaboration d'un scénario suicidaire précis) et la dangerosité du passage à l'acte éventuel (élevée si les moyens envisagés sont à fort risque létal, comme la pendaison ou les armes à feu). Cette évaluation est plus difficile chez le sujet âgé qui spontanément parle peu de ses préoccupations suicidaires qui sont donc à rechercher au moindre doute par un interrogatoire précis.

2.1.2.2. Les formes « masquées » d'épisode dépressif caractérisé chez le sujet âgé

Un épisode dépressif caractérisé du sujet âgé peut s'exprimer cliniquement par des symptômes atypiques.

- * Le sujet âgé se plaint plus rarement d'une tristesse ou d'une humeur dépressive.
- * Il consultera plutôt pour des symptômes et signes en rapport ou non avec une pathologie médicale non psychiatrique. Cette attitude peut s'expliquer en partie par le fait que ces générations ont manqué d'informations tant sur les troubles psychiatriques que sur les moyens de prise en charge.
- * Différents symptômes sont alors mis en avant :
 - désordres gastro-intestinaux ;
 - mauvais état général ;
 - douleurs ostéo-articulaires et musculaires ;
 - troubles cardiovasculaires.

- * Les autres plaintes générales qui doivent alerter sont :
 - les troubles du sommeil ;
 - les altérations de l'appétit ;
 - ainsi que les plaintes mnésiques ou les difficultés de concentration.
- * Parfois, le tableau est dominé par des symptômes cognitifs qui peuvent évoquer une maladie neurodégénérative, il convient alors de rechercher un épisode dépressif caractérisé sous-jacent, qui, traité, peut permettre une évolution favorable.

2.1.2.3. Les formes à caractéristiques psychotiques

- * Les idées délirantes ne sont pas rares dans un épisode dépressif caractérisé du sujet âgé et sont, le plus souvent, des idées de persécution, de jalousie, de culpabilité ou de registre hypocondriaque. Le syndrome de Cotard (idée délirante de négation d'organe ou de sa propre personne) peut également se retrouver chez le sujet âgé.
- * Les phénomènes hallucinatoires associés sont relativement rares.
- * Il faut se rappeler que parmi les personnes âgées autonomes, sans aucun trouble psychiatrique caractérisé, 2 à 5 % présentent des idées de préjudice et 4 à 5 % des hallucinations.

2.1.2.4. Épisode dépressif caractérisé et comorbidités médicales non psychiatriques

Chez le sujet âgé, les symptômes dépressifs sont souvent associés à des pathologies médicales non psychiatriques. Cette association est bidirectionnelle, les pathologies médicales non psychiatriques étant des facteurs de risque d'épisode dépressif caractérisé (de par leurs conséquences en termes de douleurs, de handicap, de perte d'autonomie, de tolérance des traitements nécessaires, du pronostic associé...), épisode dépressif qui lui-même peut prédisposer à certaines pathologies médicales non psychiatriques.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (maladies neurodégénératives et cérébrovasculaires) sont souvent associées à des symptômes dépressifs (dans 50 % des cas en moyenne). Ils entrent alors dans le cadre nosographique des symptômes psycho-comportementaux de la démence (SPCD) ou sont considérés comme des comorbidités psychiatriques à part entière. Or, l'apathie est un autre de ces SPCD et peut être facilement confondue avec un symptôme d'épisode dépressif caractérisé puisqu'elle se caractérise par un déficit de la spontanéité et de la réactivité comportementale, cognitive et émotionnelle. À la différence du sujet souffrant d'un épisode dépressif caractérisé qui la plupart du temps souffre de son altération de l'humeur, le sujet apathique manifeste une indifférence émotionnelle aux émotions positives mais aussi négatives. Un épisode dépressif caractérisé peut également précéder le diagnostic de maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, et un trouble dépressif caractérisé chez le sujet âgé peut évoluer vers une maladie neurodégénérative.

2.1.2.5. Épisode dépressif caractérisé à début tardif

Deux types de situations se rencontrent en psychiatrie du sujet âgé :

- * d'une part, des troubles psychiatriques qui se sont déjà manifestés à l'âge adulte et qui peuvent continuer à évoluer lors du vieillissement ;
- * et d'autre part, des troubles psychiatriques qui apparaissent pour la première fois à un âge avancé.

Dans le cas des troubles dépressifs caractérisés, on parle de trouble à déclaration tardive lorsque le premier épisode dépressif caractérisé survient après, selon les auteurs, 50 ou 60 ans. Les troubles dépressifs à déclaration tardive est associée à davantage de troubles cognitifs, d'anomalies à l'imagerie cérébrale (aspect de lésions vasculaires diffuses à l'IRM) et à un risque plus élevé d'évolution vers une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

2.1.2.6. Trouble dépressif caractérisé et comorbidités psychiatriques : troubles anxieux, trouble bipolaire et trouble dépressif récurrent

Un épisode dépressif caractérisé du sujet âgé est souvent associée à des symptômes, voire des troubles anxieux. Face à un épisode dépressif caractérisé, il est donc nécessaire d'évaluer la présence des symptômes anxieux et inversement.

Les troubles anxieux les plus fréquents chez le sujet âgé sont l'anxiété généralisée et les troubles phobiques. Il existe peu de spécificités cliniques liées à l'âge pour les troubles anxieux qui répondent aux mêmes critères diagnostiques chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune (cf. Item 64). Le trouble panique (réurrence d'attaques de panique et anxiété anticipatoire) est plus rare chez le sujet âgé et comme chez l'adulte jeune ne doit pas faire méconnaître une pathologie médicale non psychiatrique (syndrome coronarien, trouble du rythme cardiaque, embolie pulmonaire...).

Un épisode dépressif caractérisé du sujet âgé peut s'inscrire dans un trouble de l'humeur de type trouble bipolaire ou trouble dépressif caractérisé récurrent. Ainsi, 15 à 20 % des troubles bipolaires sont diagnostiqués après 55 ans. Comme chez l'adulte jeune, la prise en charge n'est pas la même en cas d'épisode dépressif caractérisé isolé ou en cas de trouble uni ou bipolaire (cf. Item 64).

La présentation clinique du trouble bipolaire du sujet âgé diffère peu de celle de l'adulte jeune. Cependant, les symptômes maniaques sont souvent atténués et les épisodes thymiques sont caractérisés par moins d'épisodes mixtes, moins de symptômes psychotiques et un meilleur taux de réponse au lithium. Comme pour le trouble dépressif récurrent, le trouble bipolaire à déclaration tardive est associé à davantage de lésions cérébrovasculaires.



POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

Dépression mineure/subsyndromique, dysthymie et trouble de l'adaptation

La dépression mineure (ou subsyndromique) est fréquente chez le sujet âgé. Elle se caractérise par la présence de symptômes dépressifs invalidants mais en nombre insuffisant pour pouvoir poser le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. La dépression mineure est une situation à risque d'évoluer vers un épisode dépressif caractérisé et est en soi associée à un mauvais pronostic fonctionnel. Néanmoins, nous disposons de peu de données sur la façon de prendre en charge ce trouble.

Comme chez l'adulte jeune, la dysthymie correspond à une humeur dépressive chronique évoluant pendant au moins 2 ans, et le trouble de l'adaptation à une réaction émotionnelle (tristesse de l'humeur et/ou anxiété) à un stress identifié. Il y a peu de spécificités de ces troubles chez le sujet âgé et ils doivent être évalués et pris en charge comme chez l'adulte non âgé (cf. Item 64).

2.1.3. Diagnostic positif

Un épisode dépressif caractérisé du sujet âgé doit être suspectée et dépistée devant une plainte d'allure dépressive mais aussi devant des symptômes atypiques, des signes d'appel et certaines situations à risque. Les signes d'appel les plus fréquents rapportés par le patient et/ou son entourage sont les suivants :

- * plaintes médicales d'allure non psychiatrique (douleurs gastro-intestinales, articulaires...) ;
- * plainte anxieuse ;
- * plainte mnésique ;
- * difficultés de concentration ;
- * insomnie ;
- * anorexie ;
- * amaigrissement ;

- * asthénie ;
- * désintérêt pour les activités habituelles ;
- * irritabilité ;
- * changement de comportement.

Devant ces signes d'appel, la meilleure façon de dépister un épisode dépressif caractérisé est d'interroger le patient sur :

- * la tristesse qu'il peut ressentir ;
- * ses idées de découragement, de mort ;
- * ses idées suicidaires ;
- * ses pertes récentes d'intérêt et de plaisir.

On peut s'aider d'échelles psychométriques comme la MADRS ou la GDS (Geriatric Depression Scale) qui permettent de détecter un épisode dépressif caractérisé avec une assez bonne fiabilité. Toutefois, la positivité à un tel questionnaire ne suffit pas à poser un diagnostic mais indique une forte probabilité de présence d'épisode dépressif caractérisé.

Comme chez l'adulte jeune, le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé est retenu en utilisant les critères DSM/CIM (cf. Item 64), en tenant compte des formes spécifiques, dont les formes « masquées ».

Parallèlement, il faut caractériser l'épisode dépressif caractérisé :

- * en évaluant l'ancienneté des symptômes, en les situant dans les antécédents familiaux et personnels de troubles de l'humeur (épisode dépressif à déclaration tardive ? trouble dépressif récurrent ? trouble bipolaire ?) ;
- * en recherchant les comorbidités médicales non psychiatriques (douleurs, handicap, maladies cardiovasculaires, cancer, maladies neurologiques, neurodégénératives...) et psychiatriques (troubles anxieux, addictions, troubles de la personnalité...) ;
- * en évaluant le contexte de vie du patient (événements de perte, décès du conjoint, de proches, isolement, difficultés financières, entrée en institution...).

Les éléments de gravité de l'épisode dépressif caractérisé sont à rechercher, en premier lieu, par l'évaluation du risque suicidaire avec l'identification des facteurs de risque, de l'intentionnalité suicidaire et de la dangerosité des moyens envisagés (cf. Item 348).

Les symptômes atypiques sont à évaluer également, notamment les symptômes délirants (idée délirante de persécution, d'incurie, de culpabilité, de ruine, syndrome de Cotard...).

Le retentissement fonctionnel et médicale générale est également à évaluer (perte d'autonomie, dénutrition...).

Le trouble bipolaire et les troubles anxieux sont diagnostiqués selon les mêmes critères nosographiques (DSM/CIM) que l'adulte jeune, en insistant sur la recherche des comorbidités médicales non psychiatriques.

2.1.4. Diagnostics différentiels

2.1.4.1. Les pathologies médicales non psychiatriques

En raison de la présentation souvent atypique des troubles de l'humeur et des troubles anxieux du sujet âgé, les diagnostics différentiels concernent d'abord les pathologies médicales non psychiatriques.

Les troubles ioniques, métaboliques, neurologiques et cardiovasculaires doivent être recherchés.

Un examen clinique complet est indispensable et orientera le bilan paraclinique nécessaire.

Ce bilan peut ainsi comprendre selon les points d'appel : NFS, ionogramme sanguin, calcémie, albuminémie, TSH, vitamines B9-B12, ECG, imagerie cérébrale...

2.1.4.2. Les troubles psychiatriques

Les diagnostics différentiels psychiatriques concernent principalement les troubles délirants (cf. infra) lorsque la symptomatologie dépressive comporte des symptômes psychotiques, les troubles somatoformes, les troubles de l'adaptation qui nécessitent avant tout de modifier le contexte et les événements stressants dans la mesure du possible.

2.1.4.3. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Enfin, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comprennent à la fois des symptômes cognitifs (altérations mnésiques, altérations du langage, altérations praxiques, altérations gnosiques, altérations des fonctions exécutives) mais aussi des symptômes psycho-comportementaux. Il n'est pas toujours aisé de distinguer les symptômes qui relèvent d'un épisode dépressif caractérisé de ceux qui relèvent d'une maladie neurodégénérative.

Dans tous les cas, il convient de considérer la probabilité d'un épisode dépressif caractérisé, la réalisation d'une exploration des fonctions cognitives et d'une imagerie cérébrale pouvant être différée après traitement du tableau thymique. Enfin, l'aboulie (retrouvé dans un épisode dépressif caractérisé) et l'apathie se confondent souvent, l'apathie étant principalement rencontrée dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés chez le sujet âgé (cf. infra). La prise en charge de l'apathie diffère de celle de l'aboulie, notamment parce que les antidépresseurs n'ont pas d'effet démontré sur l'apathie. Il est préconisé de privilégier les approches non pharmacologiques et certaines techniques de soins, notamment par des stimulations adaptées aux centres d'intérêts et aux capacités du patient.

2.1.5. Prise en charge psychiatrique

L'orientation du patient vers une prise en charge spécialisée se justifie notamment en cas d'éléments de gravité et/ou de symptômes sévères. L'orientation vers une hospitalisation, éventuellement sans consentement, peut se justifier en cas de symptômes dépressifs sévères ou graves mettant en jeu du pronostic fonctionnel et/ou vital. La prise en charge du risque suicidaire est souvent le motif principal d'hospitalisation. Elle passe par le traitement des facteurs de risque (notamment de l'épisode dépressif caractérisé elle-même), par la mise à l'abri du patient, la mise à l'écart d'un contexte de vie stressant, par la prise en charge des comorbidités médicales non psychiatriques éventuelles (dont la prise en charge de la douleur, cf. Item 135) et la mobilisation de l'entourage du patient.

Le choix du traitement du trouble de l'humeur ou du trouble anxieux dépend de la sévérité des symptômes. Dans tous les cas, un suivi et une réévaluation régulière sont nécessaires. Un soutien psychologique et une psychothérapie peuvent être proposés. L'adaptation du contexte de vie du patient, pour en limiter les éléments stressants et favoriser les facteurs protecteurs, est à envisager.

De nombreux médicaments (psychotropes, cardiotropes, antalgiques, anticancéreux, antihormonaux...) favorisent la survenue de symptômes dépressifs et l'adaptation du traitement du patient peut limiter le risque iatrogène de syndrome dépressif induit.

Si les symptômes sont d'intensité légère, ces prises en charge peuvent permettre d'obtenir une rémission des symptômes en quelques semaines.

En cas de symptômes d'intensité modérée ou sévère, la prescription d'un traitement antidépresseur se justifie.

Chez la personne âgée, le principe est de privilégier les molécules les mieux tolérées. Le rapport efficacité/tolérance est en effet un critère de choix encore plus important que chez le sujet plus jeune. Dans les épisodes dépressifs caractérisés et les troubles anxieux, les médicaments de première intention sont les antidépresseurs sérotoninergiques : inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) (cf. infra sur la psychopharmacologie et le vieillissement).

L'antidépresseur est introduit à faible posologie, adaptée à la fonction rénale, et augmentée progressivement jusqu'à une dose efficace selon l'évolution clinique et la tolérance. Comme pour l'adulte jeune, la durée de prescription dépend du nombre de récurrences antérieures. En cas de premier épisode, une durée d'un an après rémission des symptômes est généralement recommandée.

Les traitements anxiolytiques ne sont pas recommandés systématiquement dans un épisode dépressif caractérisé ou le trouble anxieux de le sujet âgé.

Le traitement du trouble bipolaire du sujet âgé repose sur l'utilisation de thymorégulateurs. Le lithium a un rapport bénéfice/risque satisfaisant à des doses faibles. La cible plasmatique de la lithiémie est généralement plus faible que celle de l'adulte plus jeune (0,4 à 0,7 mEq/l). Les anti-convulsivants et les neuroleptiques sont à risque d'effets iatrogènes importants chez le sujet âgé.

2.2. Troubles psychotiques vieilliss et tardifs

2.2.1. Épidémiologie

La schizophrénie, qui se déclare la plupart du temps à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, n'est pas rare dans la population des plus de 65 ans. En effet, avec l'allongement de l'espérance de vie, de nombreux patients souffrant de schizophrénie atteignent maintenant fréquemment un âge avancé (cf. Item 61).

La prévalence de la schizophrénie dans la population âgée est tout de même inférieure à celle retrouvée dans la population adulte jeune (0,6 % vs 1 %). Il y a probablement plusieurs raisons à cela :

- * d'une part, une rémission complète des symptômes est possible pour certains patients schizophrènes ;
- * et d'autre part, le taux de mortalité prématurée, avant 65 ans, est 2 à 3 fois plus élevé chez les patients schizophrènes qu'en population générale.

La première cause de cette surmortalité précoce reste le suicide mais toutes les causes naturelles sont également surreprésentées, notamment les maladies cardiovasculaires, respiratoires ou cancéreuses.

En plus des patients schizophrènes qui vieillissent, il existe des formes de schizophrénie à début tardif, au-delà de 40 ans (schizophrénie à déclaration tardive ou Late-Onset Schizophrenia – LOS), voire très tardif, au-delà de 60 ans (schizophrénie à déclaration très tardive ou Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis – VLOSLP).

Mais les troubles psychotiques du sujet âgé ne comprennent pas uniquement les troubles schizophréniques. En effet, les troubles délirants (cf. Item 63) ne sont pas rares et parmi les patients ayant présenté un syndrome psychotique après l'âge de 40 ans, un peu moins de la moitié correspond aux critères diagnostics de la schizophrénie et l'autre moitié correspond, en proportion similaire, soit à un trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques, soit à une psychose secondaire à une pathologie médicale non psychiatrique, soit à un trouble délirant persistant.

2.2.2. Sémiologie

2.2.2.1. La schizophrénie vieillie

Les critères diagnostics et les symptômes de la schizophrénie vieillie (du sujet âgé ayant déclenché sa schizophrénie au début de l'âge adulte) sont sensiblement les mêmes que ceux du sujet jeune (cf. Item 61). Il y a peu d'études d'ampleur sur la schizophrénie du sujet âgé mais certains symptômes évolueraient avec l'âge. Les idées délirantes s'atténueraient avec l'âge et à l'inverse, les troubles cognitifs s'accroîtraient, les symptômes dépressifs seraient plus fréquents et près de la moitié des patients schizophrènes ne seraient pas suffisamment autonomes pour rester à domicile sans

aide. L'augmentation du risque d'évolution vers une démence, par rapport à la population générale, n'est pas établie.

2.2.2.2. La schizophrénie tardive

Le diagnostic de schizophrénie tardive a fait l'objet d'une conférence de consensus internationale en 1998. Il se distingue de la schizophrénie du sujet jeune uniquement par des critères d'âge (âge de début entre 40 et 60 ans pour la schizophrénie à déclaration tardive, et au-delà de 60 ans pour la schizophrénie très tardive). Les critères diagnostics sont les mêmes que ceux des classifications internationales DSM/CIM.

Néanmoins, la clinique de la schizophrénie tardive se distingue par :

- * une prédominance féminine ;
- * davantage d'hallucinations (visuelles, cénesthésiques, olfactives) ;
- * davantage d'idée délirante de persécution ;
- * et par moins de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs.

Par ailleurs, la schizophrénie à déclaration très tardive (VLOSLP) est souvent associée à des déficits sensoriels et à un contexte d'isolement social. Toutefois, la schizophrénie se déclare rarement après 60 ans et les idées délirantes et hallucinations, fréquents chez la personne âgée, sont la plupart du temps les symptômes d'un diagnostic différentiel (confusion, maladies neurodégénératives et cérébrovasculaires, troubles de l'humeur, troubles délirants...). En outre, la VLOSLP se caractérise fréquemment par des symptômes affectifs et la présence d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur, ce qui a conduit certains auteurs à envisager un spectre commun avec les troubles de l'humeur et des stratégies thérapeutiques privilégiant les antidépresseurs.

2.2.2.3. Les troubles délirants

Les troubles délirants (ou troubles délirants persistants selon la classification CIM) sont fréquents chez le sujet âgé. Ils se distinguent de la schizophrénie par la présence isolée d'idées délirantes non bizarres (c'est-à-dire impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que des idées de persécution d'être poursuivi, des idées de jalousie dans lesquelles le partenaire est infidèle, des idées hypocondriaques d'être atteint d'une maladie... – La notion de délire non bizarre a disparu du DSM-5 et le diagnostic de trouble délirant repose uniquement sur la présence d'idées délirantes isolées et persistantes). Dans le trouble délirant, il n'y normalement pas de symptômes de désorganisation, ni de symptômes négatifs ou d'hallucinations. Les critères diagnostics sont les mêmes que pour le sujet jeune (cf. Item 63).

2.2.3. Diagnostic positif

Le diagnostic positif de la schizophrénie qu'elle soit vieillie ou tardive et du trouble délirant repose sur les critères DSM/CIM (cf. Items 61 et 63).

La caractérisation sémiologique repose sur l'identification des symptômes positifs, négatifs et de désorganisation, en insistant sur la portée du retentissement fonctionnel. Le mécanisme (interprétatif, hallucinatoire, imaginatif...), la thématique (persécution, mystique...) et l'adhésion (degré de conviction) aux idées délirantes doivent être également caractérisés.

Les éléments de gravité sont à rechercher, et en premier lieu, la présence d'un épisode dépressif caractérisé comorbide et/ou d'un risque suicidaire. Le retentissement fonctionnel et cognitif est à évaluer également ainsi que les comorbidités médicales non psychiatriques éventuelles, ce d'autant que les études montrent que les sujets souffrant de schizophrénie sont moins bien suivis sur le plan médicale, notamment cardiovasculaire, alors même qu'ils sont particulièrement exposés (par exemple, prise de poids et syndrome métabolique liés à certains antipsychotiques).

2.2.4. Diagnostics différentiels

2.2.4.1. Troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques

Des symptômes thymiques sont fréquents dans la schizophrénie et il est parfois difficile de distinguer la schizophrénie des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques. En général, les symptômes psychotiques d'un épisode dépressif caractérisé ou maniaque sont congruents à l'humeur (idée délirante de grandeur, érotomanie, de culpabilité, de ruine, hypocondriaque...). Les hallucinations auditives sont moins courantes dans un épisode dépressif caractérisé. Dans les troubles de l'humeur, les symptômes affectifs précèdent généralement les symptômes psychotiques.

2.2.4.2. Symptômes psycho-comportementaux de la démence

Les symptômes psychotiques sont fréquents dans la démence. Les idées délirantes dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés correspondent souvent à des idées de persécution et/ou à des troubles de l'identification en lien avec les troubles cognitifs. Les hallucinations visuelles sont fréquentes également, tandis que les hallucinations auditives sont plus rares. Néanmoins, tout type d'idée délirante peut s'observer, parfois de façon précoce, dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés qui restent la première cause de symptômes psychotiques chez le sujet âgé du fait de leur prévalence.

2.2.4.3. Troubles psychotiques d'origine médicale non psychiatrique et induits par une substance

La confusion (cf. Item 63) est un syndrome très fréquent du sujet âgé et est souvent associée à des symptômes psychotiques, notamment des hallucinations visuelles d'apparition brutale et qui disparaissent avec l'amélioration de la confusion. Les autres causes de troubles psychotiques d'origine médicale non psychiatrique incluent les pathologies neurologiques, métaboliques et endocriniennes. Également, certaines substances, comme les morphiniques ou les psychotropes, peuvent induire des symptômes psychotiques au même titre que le sevrage des benzodiazépines ou de l'alcool par exemple. En général, l'arrêt et/ou le sevrage complet de ces substances conduit à la rémission des symptômes psychotiques.

2.2.5. Prise en charge psychiatrique

Le traitement pharmacologique des sujets âgés avec schizophrénie ou trouble délirant repose sur l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération qui, à des doses modérées (environ 4 fois inférieures aux doses moyennes recommandées chez le sujet jeune), ont un profil efficacité/tolérance satisfaisant.

Les antipsychotiques de seconde génération exposent tout de même aux risques d'effets extrapyramidaux et aux effets anticholinergiques mais dans une moindre mesure que les antipsychotiques de première génération. Les antipsychotiques exposent également au risque de syndrome métabolique mais ce risque serait moins important chez les sujets âgés.

Pour les patients avec schizophrénie vieillie, il a été montré que le changement d'un antipsychotique de première génération pour un de seconde génération apportait un bénéfice sur les symptômes moteurs et cognitifs.

La prise en charge de la schizophrénie ne se limite pas à la prescription d'antipsychotique mais doit être globale. Elle doit comprendre la surveillance des facteurs de risque médicaux non psychiatriques, notamment vasculaires, et viser à limiter les conséquences fonctionnelles et cognitives de la maladie, par le biais de la prise en charge du handicap si nécessaire (cf. Item 117).

2.3. Symptômes psychiatriques des pathologies neurodégénératives et cérébrovasculaires

2.3.1. Épidémiologie

La description princeps par Aloïs Alzheimer de la maladie qui portera son nom concernait une patiente de 51 ans dont les manifestations cliniques initiales étaient des idées délirantes de persécution et de jalousie. Secondairement, se sont installés des altérations mnésiques et aphaso-apraxo-agnosiques puis une apathie sévère qui a conduit au décès de la patiente par complication de décubitus.

Dès la première description donc, les manifestations psycho-comportementales sont apparues comme faisant partie intégrante du tableau clinique de la maladie d'Alzheimer. On sait désormais qu'il ne s'agit pas de simples comorbidités psychiatriques mais que ces manifestations sont présentes chez plus de 80 % des patients avec maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. De plus, les symptômes affectifs et comportementaux sont parmi les facteurs qui aggravent le plus le pronostic de la maladie et qui ont des conséquences parfois sévères pour le patient et son entourage. Ils sont en grande partie responsables de l'épuisement des soignants et des proches, se révèlent des déterminants importants de l'entrée en institution et sont à l'origine de demandes de soins et de coûts de prise en charge accrus.

Le terme de SPCD (symptômes psycho-comportementaux de la démence) a été proposé par une conférence de consensus récente, pour décrire l'ensemble de ces manifestations non cognitives.

Il existe plusieurs types de SPCD. Si l'on se réfère à l'échelle psychométrique du NPI (neuropsychiatric inventory), la plus utilisée pour les caractériser, on en identifie 12.

- * Les altérations les plus fréquentes sont les symptômes dits de retrait, que sont l'apathie et les symptômes dépressifs. Leur prévalence respective est estimée à 60 % et 50 % en moyenne.
- * Les symptômes psychotiques sont également fréquents dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés et représentent en moyenne 20 % pour les idées délirantes et 10 % pour les hallucinations.
- * Les autres SPCD sont :
 - l'agitation/agressivité (plus de 30 % en moyenne) ;
 - l'anxiété (40 %) ;
 - l'euphorie (5 %) ;
 - la désinhibition (plus de 10 %) ;
 - l'irritabilité (30 %) ;
 - les comportements moteurs aberrants (20 à 30 %, notamment la déambulation) ;
 - les troubles du sommeil ;
 - et les altérations de l'appétit (respectivement, 15 % et plus de 20 %).

La prévalence des SPCD varie selon le stade de la maladie avec une tendance à la diminution des idées délirantes dans les stades sévères et au contraire une augmentation de l'apathie.

2.3.2. Sémiologie

Les idées délirantes sont classiquement de deux ordres dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Il s'agit d'idées de persécution (le patient croit être en danger et/ou que des personnes lui veulent du mal) et des troubles de l'identification. Ces derniers correspondent à une interprétation erronée généralement en lien avec les altérations mnésiques et qui prennent une forme délirante. Les plus fréquents concernent les convictions délirantes que le patient se fait voler des objets, qu'il occupe un domicile qui n'est pas le sien, qu'un autre pensionnaire habite à son domicile. Ces idées

délirantes peuvent prendre la forme d'un authentique syndrome de Capgras (délire des sosies) au cours duquel le patient croit qu'une personne familière (son conjoint...) a été remplacée par un sosie qui lui est identique physiquement mais qui n'est pas la personne qu'il connaît.

Les 5 modes de l'hallucination peuvent se retrouver dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés mais ce sont les hallucinations visuelles qui sont les plus fréquentes. Souvent complexes, elles mettent en scène des animaux, des personnages et la participation affective est modérée. Elles sont favorisées par les déficits sensoriels qu'il convient de corriger. La présence d'hallucinations visuelles importantes doit faire évoquer une confusion ou une démence à corps de Lewy (dont c'est un critère diagnostique). Les hallucinations auditives, complexes ou élémentaires, ne sont pas rares non plus, de même que les hallucinations cénesthésiques qui peuvent prendre la forme d'un délire d'infestation (syndrome d'Ekbom, impression délirante que la peau est envahie de parasites).

Les symptômes dépressifs dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés prend rarement la forme d'un épisode dépressif caractérisé, quoique les critères diagnostics soient à rechercher systématiquement, mais il s'agit plus souvent de symptômes dépressifs, comme une tristesse de l'humeur, une culpabilité, un pessimisme et des idées de mort. Le risque suicidaire est à évaluer systématiquement.

L'apathie se caractérise par une perte ou une réduction de l'initiation et/ou des réponses du patient dans les 3 domaines du comportement (perte des comportements auto-initiés comme entamer une conversation, réaliser les activités de la vie quotidienne ou répondre dans la conversation), de la cognition (diminution de l'intérêt pour les affaires personnelles, familiales ou sociales...) et de l'émotion (indifférence émotionnelle, faible réactivité aux événements agréables ou désagréables).

L'anxiété peut se manifester comme un trouble anxieux ou par des symptômes d'attaque de panique ou des ruminations. L'agitation, l'agressivité et l'irritabilité correspondent souvent à des accès de colère avec violence et opposition. L'euphorie se caractérise par une joie excessive, une tendance à la régression puérile et à l'humour excessif. Elle est parfois difficile à distinguer d'un état hypomaniaque, ce trouble n'étant pas rare dans la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Les symptômes hypomaniaques sont souvent caractérisés par une agitation psychomotrice marquée, une logorrhée et une tachypsychie, que l'on retrouve rarement dans l'euphorie isolée. La désinhibition correspond à une tendance à l'impulsivité et à une hyperfamiliarité avec perte des convenances. Elle s'inscrit souvent dans un syndrome frontal.

2.3.3. Diagnostic positif

Dans les maladies d'Alzheimer et apparentées, l'évaluation des SPCD doit être systématique, au même titre que les fonctions cognitives. Elle se fait avec le patient mais aussi avec ses proches. Elle consiste en :

- * l'identification des SPCD, au besoin à l'aide d'échelles psychométriques comme le NPI ;
- * l'appréciation sémiologique précise (notamment pour la distinction idées délirantes/troubles de l'identification, ou encore pour la distinction aboulie/apathie) ;
- * l'évaluation du contexte cognitif, médicale non psychiatrique, environnemental du patient ;
- * l'appréciation du degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel ;
- * le retentissement sur les proches du patients.

Les SPCD ont souvent une origine multifactorielle et doivent faire l'objet d'une enquête étiologique. En particulier, les causes médicales non psychiatriques sont à rechercher en premier lieu, en raison de leur gravité potentielle et des réponses thérapeutiques rapides qui peuvent y être apportées.

Un examen médical général, éventuellement complété par des examens paracliniques, recherchera notamment une douleur insuffisamment soulagée, un fécalome, un globe vésical, une infection, etc.

Les sujets avec maladie d'Alzheimer et troubles apparentés sont particulièrement exposés aux risques iatrogènes et de nombreuses substances peuvent favoriser les SPCD.

Les troubles psychiatriques caractérisés peuvent favoriser les SPCD et doivent être recherchés (épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, trouble délirant, trouble psychiatrique vieilli et décompensé...).

Enfin, les changements environnementaux et/ou les événements de vie stressants favorisant les SPCD sont à identifier.

2.3.4. Diagnostics différentiels

2.3.4.1. Les pathologies médicales non psychiatriques

Comme les démences avec SPCD, le syndrome confusionnel comprend à la fois des troubles cognitifs et des manifestations psychiatriques. Contrairement aux SPCD, le syndrome confusionnel comprend des symptômes d'apparition brutale en rapport avec une affection médicale non psychiatrique aiguë (cf. Item 63). Les symptômes fluctuent dans la journée, le trouble de la vigilance et la désorientation temporo-spatiale sont marqués. Les manifestations psychiatriques prédominantes comprennent généralement une agitation et des hallucinations visuelles. Le traitement de la confusion est le traitement de la cause médicale non psychiatrique.

2.3.4.2. Les troubles psychiatriques

Comme indiqué supra, les SPCD peuvent se confondre avec les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles psychotiques.

2.3.5. Prise en charge psychiatrique

La prise en charge d'un patient avec SPCD est globale. Elle intéresse à la fois le patient, son environnement et les interactions avec ses proches. Le traitement d'une cause éventuelle aux SPCD est systématique, que ce soit une origine médicale non psychiatrique, psychiatrique ou iatrogène. Les approches non médicamenteuses sont à privilégier. L'éducation des proches (et des soignants en EHPAD) aux techniques de soins permet souvent de diminuer les SPCD. Les interventions non médicamenteuses par des équipes spécialisées peuvent être indiquées également, notamment par le biais de structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge des patients avec maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.

L'hospitalisation peut être indiquée notamment en cas de risque vital, de mise en danger du patient ou des proches, lorsque les modifications thérapeutiques envisagées requièrent une surveillance médicale rapprochée, en cas de risque de maltraitance. L'hospitalisation sans consentement et les mesures de contention physique doivent rester très exceptionnelles.

La prescription de psychotropes est réservée aux SPCD avec un retentissement sévère et en cas d'échec des mesures non pharmacologiques. Un traitement par psychotrope ne doit pas être instauré si les symptômes sont d'origine médicale non psychiatrique ou iatrogène. L'analyse sémiologique guide la prescription médicamenteuse.

En cas d'urgence, un traitement sédatif de courte durée peut être indiqué. Il repose souvent sur l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération, par exemple la rispéridone à 0,5 mg/jour. En dehors du traitement de l'urgence et en cas de symptômes anxieux, dépressif ou d'accès de colère, les antidépresseurs sérotoninergiques (ISRS, par exemple citalopram 10 mg/j) peuvent avoir une efficacité.

En cas d'hallucinations ou d'idée délirante avec retentissement sévère, un traitement de quelques jours par antipsychotique de seconde génération (rispéridone 0,5 mg/j par exemple) peut se justifier. Les antipsychotiques ne sont pas indiqués dans les troubles de l'identification. Les antidépresseurs ne sont pas indiqués dans l'apathie. Dans tous les cas, le rapport bénéfice/risque est à évaluer régulièrement et le traitement à arrêter dès que possible, le risque iatrogène étant élevé dans la population des patients avec SPCD.

3. PSYCHOPHARMACOLOGIE ET VIEILLISSEMENT

3.1. Particularités de la prescription des psychotropes chez le sujet âgé

La surconsommation des psychotropes est un problème de santé publique qui concerne particulièrement les sujets âgés. Une personne sur 2 de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. Les benzodiazépines seraient prescrites régulièrement à plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans. 3 % des plus de 65 ans, près de 6 % des personnes de plus de 85 ans et 18 % des patients avec une maladie d'Alzheimer consomment de façon régulière des antipsychotiques. Enfin, 13 % des plus de 65 ans et 18 % des plus de 85 ans consomment des antidépresseurs.

- * D'un côté, l'utilisation des psychotropes se justifie par la fréquence élevée des troubles psychiatriques chez le sujet âgé et par les risques à laisser évoluer sans traitement des troubles psychiatriques qui peuvent avoir des complications dramatiques en termes d'altération de la qualité de vie, de l'autonomie fonctionnelle et de risque suicidaire.
- * D'un autre côté, les prescriptions inappropriées de psychotropes restent très nombreuses dans cette population. Les psychotropes sont ainsi sous-utilisés dans certaines pathologies, ou à l'inverse à l'origine d'une sur-prescription dans d'autres.

Au-delà du coût financier, les psychotropes sont responsables d'une grande partie des accidents iatrogènes qui ont des conséquences particulièrement dramatiques chez le sujet âgé. Les études épidémiologiques montrent une inadéquation entre diagnostic psychiatrique et traitement psychotrope, aussi bien dans le sens de l'absence d'un usage en présence d'un trouble avéré que dans celui d'un usage en l'absence de trouble avéré. Par exemple, certaines études montrent qu'un tiers des sujets avec un épisode dépressif caractérisé de plus de 65 ans consomment au moins un traitement antidépresseur alors qu'un autre tiers consomment uniquement des anxiolytiques et que le dernier tiers ne reçoit aucun traitement psychotrope. De plus, les anxiolytiques et les hypnotiques sont souvent prescrits en l'absence de diagnostic psychiatrique établi. En outre, 2 fois sur 3, les anxiolytiques et les hypnotiques sont prescrits au long cours pendant des périodes supérieures à 3 mois, dépassant ainsi les recommandations pour la pratique clinique.

Le vieillissement provoque une diminution physiologique des capacités fonctionnelles de la plupart des organes du corps humain. La prise en compte de ces modifications et de leurs conséquences en termes de pharmacocinétique et de pharmacodynamie est nécessaire à une bonne prescription des psychotropes.

Les modifications pharmacocinétiques liées au vieillissement rendent les sujets âgés à haut risque d'effets médicamenteux indésirables et sont caractérisées par :

- * une diminution de l'absorption (par diminution de l'acidité, de la mobilité, de l'afflux sanguin et de la surface gastro-intestinale) ;
- * une diminution de la fixation protéique (par diminution de l'albuminémie) ;
- * une augmentation de volume de distribution des médicaments lipophiles ;
- * une diminution du métabolisme hépatique et de l'excrétion rénale.

De façon générale, les modifications pharmacodynamiques liées au vieillissement provoquent une hypersensibilité du cerveau aux psychotropes et une élimination plus lente et une métabolisation moins efficace des psychotropes.

En outre, les sujets âgés souffrent fréquemment de comorbidités médicales non psychiatriques à risque de se voir décompenser par les effets indésirables des psychotropes.

Enfin, les personnes âgées sont sujettes à la polymédication et ainsi exposées au risque d'interaction médicamenteuse. Certains médicaments agissent sur le système des cytochromes P450 en tant qu'inducteur ou inhibiteur enzymatique. C'est principalement par ce biais que se produisent les interactions médicamenteuses lorsqu'un cytochrome P450 particulier est inhibé ou induit par un médicament en même temps qu'il doit métaboliser une autre molécule prise de façon concomitante. De nombreux traitements utilisés fréquemment chez la personne âgée sont métabolisés par les cytochromes P450 comme :

- * les antihypertenseurs (Bétabloquants, ARA II, inhibiteurs calciques) ;
- * les statines ;
- * les anti-inflammatoires ;
- * les benzodiazépines ;
- * ou encore les antipsychotiques.

Les inhibiteurs fréquemment retrouvés chez le sujet âgé sont :

- * les inhibiteurs de la pompe à proton ;
- * la fluoxétine ;
- * la paroxétine ;
- * la fluvoxamine ;
- * ou la venlafaxine par exemple.

Les inducteurs enzymatiques sont moins fréquents ; on peut citer la carbamazépine.

En outre, les sujets âgés polypathologiques souffrant de diabète ou d'hypertension ont une activité enzymatique diminuée et sont ainsi plus à risque d'effets médicamenteux indésirables.

La prudence face au risque d'effet indésirable implique une rigueur dans la pratique pour une bonne prescription. Il s'agit avant tout de ne pas nuire. Les règles fondamentales à garder à l'esprit sont les suivantes :

- * débiter à une posologie en générale plus faible que chez l'adulte jeune ;
- * les augmentations posologiques, lorsqu'elles sont nécessaires, doivent se faire lentement (règle dite du « start low, go slow ») ;
- * il est recommandé de ne prescrire qu'un seul psychotrope par classe, en évitant les associations et en modifiant de toute façon un seul psychotrope à la fois ;
- * enfin, peut être plus encore que chez l'adulte jeune, il semble important d'évaluer régulièrement l'efficacité en recourant au besoin à des échelles validées chez le sujet âgé afin de s'assurer que le traitement est suffisamment bénéfique. En effet, les symptômes psychiatriques du sujet âgé sont parfois moins évident et plus difficile à identifier que chez l'adulte jeune et la pertinence d'un traitement psychotrope devrait être régulièrement évaluée et jamais banalisée car potentiellement dangereuse dans cette population particulièrement à risque d'effets indésirables.

3.2. Principales classes de psychotropes et leurs modalités d'usage chez le sujet âgé

3.2.1. Les anxiolytiques

Les benzodiazépines sont le traitement de référence face à des symptômes anxieux aigus. Elles sont efficaces rapidement et bien tolérées chez le sujet âgé, si la prescription s'en tient aux bonnes pratiques généralement recommandées :

- * faible posologie ;
- * durée de quelques jours uniquement ;

- * et dans tous les cas un maximum de 12 semaines pour les anxiolytiques et de 4 semaines pour les hypnotiques.

Néanmoins dans la grande majorité des troubles anxieux qui dépassent le stade de l'attaque de panique isolée, la prescription d'anxiolytique n'est pas recommandée et le traitement de première intention des troubles anxieux sont les antidépresseurs type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa).

La prise au long cours des benzodiazépines expose à :

- * une somnolence diurne excessive ;
- * des troubles cognitifs (dont un risque augmenté de démence dans certaines études) ;
- * une confusion ;
- * un risque de chutes ;
- * des réactions paradoxales ;
- * des syndromes amnésiques ;
- * une insuffisance respiratoire aiguë (en particulier en cas de pathologie pulmonaire pré-existante) ;
- * une dépendance et des symptômes de sevrage marqués.

Face à une prescription au long cours de benzodiazépines, il est recommandé d'envisager un sevrage le plus complet possible, limitant le risque d'effets indésirables à court et long termes. En cas d'utilisation d'une benzodiazépine chez le sujet âgé dans des situations aiguës, il est recommandé d'avoir recours aux benzodiazépines de demi-vie courte (par exemple, l'oxazépam ou le lorazépam) car ils ne subissent que la phase II du métabolisme et sont inactivées par conjugaison directe dans le foie.

Certains autres anxiolytiques sont à risque iatrogénique chez le sujet âgé, notamment l'hydroxyzine qui est parfois utilisée dans le traitement de l'anxiété légère. Son utilisation prolongée est potentiellement à risque chez les patients âgés, en raison des effets anticholinergiques, de la sédation excessive et du risque de confusion.

3.2.2. Les antidépresseurs

Les ISRS (citalopram, sertraline...) sont le traitement de première intention dans les épisodes dépressifs caractérisés du sujet âgé en raison de leur bonne efficacité et leur tolérance satisfaisante. Les effets secondaires des ISRS comprennent :

- * nausées ;
- * céphalées ;
- * agitation ;
- * insomnies ;
- * troubles sexuels ;
- * prise de poids ;
- * syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) (potentiellement mortelle mais le plus souvent sans gravité et réversible rapidement à l'arrêt du traitement) ;
- * risque dose-dépendant de chute et de fracture ;
- * temps de saignement augmenté ;
- * symptômes extrapyramidaux.

Contrairement aux antidépresseurs tricycliques, les ISRS ne provoquent pas d'hypotension orthostatique et sont moins susceptibles de causer des troubles cognitifs, des effets anticholinergiques ou cardiovasculaires indésirables (quoique certains ont été associés à un risque d'allongement du QT).

Il convient de débiter le traitement par une posologie quotidienne basse (citalopram 10 mg/j, sertraline 25 mg/j) puis d'augmenter la posologie progressivement jusqu'à des doses thérapeutiques quotidiennes qui ne diffèrent généralement pas de celles prescrites chez l'adulte non âgé. La réponse thérapeutique est néanmoins souvent plus longue à obtenir que chez l'adulte plus jeune.

D'autres antidépresseurs peuvent être utilisés chez le sujet âgé. Les IRSNa (venlafaxine, duloxétine, milnacipran) sont efficaces et globalement bien tolérés chez le sujet âgé. Ils partagent les effets indésirables des ISRS, provoquant parfois davantage de nausées et de céphalées et peuvent également provoquer une augmentation modeste de la pression artérielle. La mirtazapine et la miansérine sont eux aussi efficaces et globalement bien tolérés chez le sujet âgé. Leurs effets indésirables incluent notamment un effet sédatif.

À l'inverse, les antidépresseurs tricycliques (ou imipraminiques – clomipramine, amitriptyline... –) sont déconseillés chez le sujet âgé en raison de leur effets indésirables importants, notamment cardiotoxiques (augmentation du QT) et anticholinergiques. Ils peuvent néanmoins être prescrits en cas de résistance aux autres antidépresseurs en surveillant particulièrement leur tolérance cardiaque.

3.2.3. Les thymorégulateurs

Les principes de l'utilisation des thymorégulateurs sont sensiblement identiques chez le sujet âgé comparé à l'adulte plus jeune avec cependant un risque d'effets secondaires plus important. Comme pour l'adulte jeune, le traitement de référence est le lithium mais l'élimination rénale du lithium complique son utilisation chez la personne âgée dont la clairance rénale est souvent diminuée. De plus, le lithium interagit avec de nombreux médicaments couramment prescrits chez le sujet âgé (diurétiques, IEC, AINS...). Les effets indésirables du lithium peuvent être sévères chez le sujet âgé et son utilisation doit être prudente sans chercher à obtenir nécessairement la lithiémie cible du sujet jeune.

Les anticonvulsivants (acide valproïque, lamotrigine...) sont des alternatives au traitement du trouble bipolaire chez le sujet âgé mais ils exposent également à des effets indésirables sévères (encéphalopathie notamment).

3.2.4. Les antipsychotiques

Les antipsychotiques de seconde génération (rispéridone, olanzapine, aripiprazole...) ont moins d'effets secondaires que les antipsychotiques de première génération, en particulier moins de symptômes extrapyramidaux et anticholinergiques ; pour cette raison ils sont préférés en 1^{re} intention dans les troubles psychotiques. Néanmoins, le sujet âgé reste particulièrement exposé au risque de symptômes parkinsonien qui peuvent apparaître précocement après le début du traitement. Comme pour les tricycliques, les sujets âgés sont particulièrement exposés aux effets anticholinergiques des antipsychotiques.

Les effets anticholinergiques périphériques comprennent :

- * bouche sèche ;
- * constipation ;
- * rétention urinaire ;
- * tachycardie ;
- * vision floue ;
- * exacerbation d'un glaucome à angle fermé.

La sécheresse de la bouche peut aggraver des problèmes dentaires, la constipation peut se compliquer d'occlusion, la rétention urinaire peut être majorée par une hypertrophie de la prostate et le flou visuel peut aggraver des troubles visuels pré-existants.

Les effets anticholinergiques centraux comprennent :

- * confusion ;
- * idée délirante ;
- * aggravation des altérations cognitives (attention, mémoire...) ;
- * sédation ;
- * hypotension orthostatique ;
- * risque de chutes et de fractures.

En plus de l'hypotension orthostatique, les antipsychotiques peuvent être responsables d'une tachycardie, d'un allongement du QT et du PR, un sous-décalage ST, un aplatissement des ondes T. Le risque principal est l'allongement du QT qui peut provoquer des torsades de pointes puis une asystolie.

Les antipsychotiques sont également à risque d'interactions médicamenteuses. Les antipsychotiques de seconde génération favorisent l'apparition d'un syndrome métabolique chez le sujet jeune mais les données disponibles sont moins formelles pour le sujet âgé.

Enfin, chez le patient avec maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, la prescription d'antipsychotiques de seconde génération est associée à une surmortalité notamment par accident vasculaire cérébral lorsqu'ils sont prescrits pendant plus de 3 mois. Leur utilisation dans les SPCD doit être prudente. Parmi les antipsychotiques atypiques, la rispéridone est le traitement de première intention recommandé dans la plupart des troubles psychotiques du sujet âgé, en particulier en raison d'un moindre risque d'effets secondaires (dont anticholinergiques) et de sa demi-vie courte (6 h).



RÉSUMÉ

Les troubles psychiatriques, fréquents chez la personne âgée, sont soumis aux spécificités du vieillissement qui influent sur leur présentation clinique et leur prise en charge, notamment en raison des comorbidités médicales non psychiatriques et de l'évolution de l'environnement socioaffectif.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, associés à des conséquences fonctionnelles majeures et à un risque suicidaire élevé, ne sont pas toujours faciles à identifier, car ils se manifestent fréquemment par des symptômes atypiques.

La schizophrénie et les autres troubles délirants ne sont pas rares chez le sujet âgé et peuvent, dans certains cas, se déclarer tardivement, après 60 ans.

Il faut également insister sur les symptômes psychiatriques et psycho-comportementaux associés aux pathologies médicales non psychiatriques, et tout particulièrement aux maladies neurodégénératives et cérébrovasculaires. Ils répondent eux aussi à une sémiologie et une prise en charge spécifiques.

Enfin, il convient de connaître les particularités de l'utilisation des psychotropes chez le sujet âgé pour optimiser les prises en charge et limiter le risque de prescriptions inappropriées aux effets iatrogènes délétères.



POINTS CLEFS

- * Les troubles psychiatriques du sujet âgé, notamment les épisodes dépressifs caractérisés, sont souvent sous-diagnostiqués et font l'objet de prescriptions médicamenteuses souvent inappropriées.
- * La sémiologie des troubles psychiatriques du sujet âgé se caractérise par des spécificités cliniques.
- * La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées se manifestent non seulement par des altérations cognitives mais également par des modifications psycho-comportementales dont il importe de connaître les modalités de prise en charge.
- * Le risque iatrogène lié à l'utilisation des psychotropes est majeur chez le sujet âgé.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Haute Autorité de Santé. « Dépression chez la personne âgée ». 2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937773/fr/depression.

Haute Autorité de Santé. « Prescription des Psychotropes chez le Sujet Âgé (Psycho SA) ». Programme Pilote 2006-2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013.

Haute Autorité de Santé. « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs ». 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs?xtmc=&xtcr=2.

Clément J.-P., & Collectif. 2010. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris : Médecine Sciences Publications.

Schuster J.-P., Manetti A., Aeschmann M., Limosin F. 2013. « Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(2) : 181-185.

Desmidt T., & Camus V. 2011. « Psychotropes et sujet âgé ». *EMC - Psychiatrie*, 8(2), 1-13.

Limosin F. 2014. « Le lithium chez le sujet bipolaire âgé ». *Annales Médico-Psychologiques*, 172 : 234-237.

item 141

DEUIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE

- I. Le processus du deuil
- II. Les complications possibles du deuil
- III. L'accompagnement de la personne en deuil



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Distinguer un deuil normal d'un deuil pathologique et argumenter les principes de prévention et d'accompagnement.

1. LE PROCESSUS DU DEUIL

Le deuil correspond aux réactions :

- * émotionnelles,
- * cognitives,
- * fonctionnelles,
- * comportementales,
- * et socioculturelles,

face à la perte d'une personne proche comme un parent, une épouse, un ami.

Par extension, il peut s'agir de la perte irréversible d'un objet ou d'une situation particulièrement investie.

Il fait partie de la trajectoire de vie de chacun et correspond à une réaction normale pour la majorité des personnes.

Le deuil ne se résume pas à une simple douleur morale ; c'est un processus complexe dont l'évolution vers un apaisement et une réorganisation est indispensable pour traverser la difficulté existentielle et éviter une complication vers un épisode dépressif caractérisé (cf. Item 64). Certains auteurs parlent de résilience, c'est-à-dire la capacité à se réorganiser après un traumatisme pour s'y adapter sans séquelles sinon sans traces (cf. Item 01).

1.1. Les étapes du deuil

Plusieurs auteurs ont décrit différentes étapes dans le processus du deuil. Dans la plupart des cas, on peut regrouper ces étapes en 3 phases :

- * la période initiale qui correspond au choc de la perte avec souvent un état de sidération affective et un abattement qui, avec la prise de conscience progressive du caractère permanent de la perte, évolue vers la 2^e phase qui est celle de :
- * la décharge émotionnelle (tristesse, colère, désespoir, culpabilité...) et du risque d'épisode dépressif caractérisé, jusqu'à :
- * la 3^e phase qui est celle de la réorganisation avec acceptation et adaptation à une vie quotidienne investie à nouveau, quoique différemment.

La 2^e phase comporte souvent des symptômes dépressifs. Elle est particulièrement sensible car elle détermine l'évolution vers un état fonctionnel (la 3^e phase) ou vers un deuil pathologique en cas de stagnation. En outre, elle est particulièrement exposée au risque d'épisode dépressif caractérisé. Elle dure en général moins d'un an.

1.2. Les conséquences du deuil sur la sphère bio-psycho-sociale

1.2.1. Biologique

Au niveau biologique, le deuil est associé à davantage de complications médicales non psychiatriques, que ce soit la décompensation de pathologies pré-existantes ou l'apparition de nouveaux troubles.

Il s'agit d'une période de fragilisation et de nombreuses personnes se plaignent de symptômes non psychiatriques divers relatifs au vécu affectif et anxieux, comme des douleurs, des plaintes digestives, une fatigue, des troubles du sommeil. Par ailleurs, les pathologies cardiovasculaires,

ischémiques notamment, sont particulièrement à risque, de se décompenser ou d'apparaître dans les semaines qui suivent le début du deuil, en particulier chez les personnes âgées.

1.2.2. Psychologique

Au niveau psychologique, le deuil se manifeste généralement par une forte réactivité émotionnelle. Il s'agit d'un état de choc et de souffrance dans lequel se mélangent des émotions comme la tristesse, la peur, la colère, l'angoisse, le désespoir. Dans un premier temps, cet état de choc envahissant est constant, puis assez rapidement il se produit par vagues, d'abord spontanées puis induites par certains souvenirs spécifiques liés au défunt. Néanmoins, à cet état de choc s'entremêlent également des émotions positives comme la joie, la paix, le soulagement qui peuvent parfois être vécus avec culpabilité. Ces sentiments positifs favorisent pourtant le processus du deuil.

Face à la souffrance, la personne en deuil va mettre en œuvre des stratégies d'adaptation. Elles visent au contrôle émotionnel par l'acceptation de la perte, la redéfinition de la perte dans un sens positif, la rationalisation de la mort, l'humour, les distractions, la foi en Dieu, etc. La capacité à se focaliser sur les aspects positifs de la vie du défunt est une stratégie protectrice dans le deuil. D'autres stratégies comme l'évitement, la recherche de l'isolement, la consommation d'alcool sont au contraire à risque d'accentuer le sentiment de tristesse, de vide et de désespoir.

Le processus du deuil consiste aussi à intégrer progressivement le caractère effectif et irréversible de la mort de la personne proche. Pendant ce processus d'intégration, il n'est pas rare que la personne en deuil présente des manifestations psychiques telles que : rêves au sujet du défunt, sentiments de présence, l'impression d'entretenir une discussion avec le défunt ou même des hallucinations auditives et/ou visuelles qui ne sont pas rares dans la phase précoce mais qui ne persistent généralement pas.

À mesure de l'adaptation au deuil, le vécu émotionnel est moins intense et fréquemment la personne construit un nouveau sens à sa vie, en intégrant le décès du proche. Il peut y avoir un sentiment plus marqué d'autonomie et d'indépendance par exemple. Il n'est pas rare non plus que, ayant fait l'expérience que la vie peut se terminer à tout moment, la personne développe de nouveaux objectifs existentiels.

1.2.3. Social

Au niveau social et des relations affectives, certains changements significatifs peuvent se produire. Un deuil peut conduire à l'exacerbation de conflits ou au contraire à l'apaisement de blessures anciennes. Les enfants peuvent avoir tendance à mimer l'attitude du parent décédé, notamment en rassurant l'autre parent. La perte d'un enfant peut provoquer l'évitement des couples avec enfants. Néanmoins et de façon générale, les amis et la famille sont des soutiens importants qui favorisent souvent le processus du deuil. Ils permettent à la souffrance de s'exprimer librement et d'être partagée. Les amis ou la famille peuvent, eux, se sentir submergés par l'intensité de la souffrance et avoir tendance à éviter la personne endeuillée. Le milieu socioculturel influence le processus du deuil (par le biais des rituels en particulier) et les changements dans les relations socioaffectives. Il peut soit favoriser la tendance à l'isolement (comme certaines de nos sociétés occidentales) ou au contraire le regroupement de la communauté autour de la personne en deuil. Pendant l'intégration et la phase tardive du deuil, de nouvelles relations peuvent se construire. Un remariage n'est pas rare dans les 2 ans suivant le deuil du conjoint, notamment chez les hommes.

1.3. Les spécificités du deuil selon les tranches d'âge

1.3.1. Le deuil chez l'enfant et l'adolescent

Les enfants peuvent manifester une réaction initiale modérée puis ressentir les effets complets plus tardivement. Plutôt que de la tristesse, l'enfant peut manifester de l'indifférence, de la colère, une peur de l'abandon ou des troubles du comportement. L'enfant peut manifester de l'hostilité contre le défunt ou le parent survivant, désormais perçu comme celui qui pourrait l'abandonner aussi. Les jeux impliquant la mort sont fréquents et ils permettent à l'enfant d'exprimer ses sentiments. Les caractéristiques du deuil d'un enfant dépendent de son âge, de sa personnalité, de son niveau de développement, de sa relation avec le défunt et d'éventuelles expériences passées de deuils. Avant l'âge de 2 ans, l'enfant peut manifester un stress diffus et une perte du langage. Avant l'âge de 5 ans, l'enfant peut manifester des signes de dysfonctions urinaires, des troubles du sommeil, de l'appétit, du transit. Les enfants plus âgés peuvent devenir phobiques ou hypochondriaques, hyper-matures, leurs performances scolaires et relations sociales peuvent chuter. Les adolescents peuvent manifester des troubles du comportement, des symptômes somatiques, des fluctuations de l'humeur ou une indifférence.

Les enfants sont exposés au risque de complications psychiatriques, notamment de troubles anxieux et d'épisode dépressif caractérisé. En outre, il existerait un risque accru de développer un trouble psychiatrique, notamment dépressif, à l'âge adulte pour les personnes qui ont été endeuillées dans l'enfance.

Comme pour l'adulte, l'environnement socioaffectif est crucial dans le processus du deuil de l'enfant. La capacité des membres de la famille à communiquer et à continuer à vivre en tant que famille, ainsi que la capacité du parent à faire face au stress sont des facteurs importants qui aident au processus d'intégration. De façon générale, l'enfant devrait être encouragé à exprimer ses sentiments et ses inquiétudes et les réponses devraient être simples et claires.

1.3.2. Le deuil chez la personne âgée

Le vieillissement expose à une fragilité médicale non psychiatrique, cognitive et sociale qui sont autant de facteurs risquant de ralentir et compliquer le processus du deuil. Le processus de réorganisation peut être particulièrement long, d'autant plus que l'isolement socioaffectif est important et que la personne souffre de comorbidités somatiques et psychiatriques. En outre, les deuils sont de plus en plus fréquents avec le vieillissement, ce qui, selon les personnes, peut les fragiliser davantage. Il existe plusieurs équivalents de deuils spécifiques de l'âge avancé, par exemple de quitter définitivement son domicile pour entrer en institution ou apprendre que son conjoint souffre d'une maladie d'Alzheimer. Néanmoins, lorsque leur état de santé et leurs relations socioaffectives sont satisfaisantes, les personnes âgées n'ont pas davantage de difficultés face aux deuils, de sorte que, comme pour un épisode dépressif caractérisé du sujet âgé, le vieillissement n'est pas en soi un facteur de risque de deuil pathologique. Cependant, les sujets âgés sont particulièrement exposés au risque d'épisode dépressif caractérisé et le risque de suicide est d'autant plus élevé que l'on avance en âge, en particulier chez les hommes (cf. Items 348 et 68).

2. LES COMPLICATIONS POSSIBLES DU DEUIL

Malgré la souffrance du deuil, la plupart des personnes s'adapte à la perte et continue à vivre de façon satisfaisante. Pour un certain nombre de personnes néanmoins, le deuil se complique de troubles du comportement, émotionnels, cognitifs et limite le fonctionnement social.

On parle de deuil pathologique (ou compliqué) lorsque le processus n'évolue pas vers la phase de réorganisation et qu'il stagne pendant au moins 12 mois chez l'adulte ou 6 mois chez l'enfant. On parle de deuil pathologique également lorsque des troubles psychiques, notamment un épisode dépressif caractérisé, surviennent pendant la période du deuil.

2.1. Le deuil compliqué persistant (Persistent Complex Bereavement Disorder)

Le trouble du deuil compliqué persistant a été proposé dans le DSM-5 pour caractériser le deuil pathologique. Ce cadre nosographique a fait l'objet d'un consensus d'experts mais il fait partie du chapitre « conditions for further study » dans lequel sont regroupés les troubles dont la validation nécessite des données d'évidence supplémentaires pour recommander leur utilisation en pratique clinique.

Selon les critères du DSM-5, un deuil compliqué persistant survient lorsqu'un sujet a fait l'expérience du décès d'une personne proche et qu'il présente des symptômes cliniquement significatifs, disproportionnés pour sa culture et responsables d'une incapacité fonctionnelle importante, pratiquement tous les jours et pendant une durée supérieure à 12 mois (6 mois pour les enfants).

Les symptômes caractéristiques du deuil compliqué persistant sont ceux d'une nostalgie et de ruminations envahissantes associés à une réaction de détresse intense et à des perturbations marquées dans les relations sociales et dans sa propre existence (cf. « pour en savoir plus » pour la liste complète des symptômes).

POUR EN SAVOIR PLUS

Les critères symptomatiques du deuil persistant compliqué selon le DSM-5 (traduction personnelle des auteurs)

- * Au moins 1 symptôme parmi les 4 suivants :
 - une nostalgie persistance concernant le défunt,
 - une tristesse et une souffrance intense en réaction à la mort,
 - des ruminations concernant le défunt,
 - des ruminations concernant les circonstances de la mort.
- * et au moins 6 symptômes parmi les 12 suivants :
 - une difficulté marquée à accepter la mort,
 - une incrédulité ou une anesthésie affective concernant la perte,
 - des difficultés à se remémorer des souvenirs positifs du défunt,
 - de la colère ou de l'amertume face à la perte,
 - une tendance à l'auto-accusation relative au décès,
 - un évitement excessif des situations/objets qui rappellent le défunt,
 - des idées de mort pour rejoindre le défunt,
 - des difficultés à faire confiance à autrui depuis le décès,
 - un sentiment de solitude ou de détachement vis-à-vis d'autrui depuis le décès,
 - un sentiment que la vie est vide de sens sans le défunt ou la croyance qu'il est impossible de continuer à vivre sans le défunt,
 - un sentiment de perte d'identité (comme l'impression qu'une partie de soi est morte avec le défunt),
 - un refus ou une réticence à investir des nouveaux objectifs et à planifier le futur depuis la perte.

2.2. Le risque d'épisode dépressif caractérisé

Le deuil est l'un des facteurs de stress le plus à risque de précipiter un épisode dépressif caractérisé. Les études épidémiologiques montrent qu'environ un tiers des sujets veufs manifestent un épisode dépressif caractérisé dans le mois qui suit la mort du conjoint, environ un quart à 7 mois et 15 % à 1 et 2 ans. Néanmoins et même si la plupart des personnes endeuillées manifeste une tristesse intense, une minorité d'entre elles présente les critères d'un épisode dépressif caractérisé. Près de 90 % des personnes endeuillées déclarent ressentir une souffrance intense dans les 2 mois qui suivent la perte du proche, mais seulement 20 % remplissent les critères de d'épisode dépressif caractérisé.

Dans un épisode dépressif caractérisé comme au cours du deuil, on retrouve une tristesse de l'humeur et un repli social mais certains éléments cliniques permettent de distinguer un épisode dépressif caractérisé du processus normal du deuil (cf. tableau 1). Dans le deuil, les personnes expriment des émotions négatives mais aussi certaines émotions positives. De plus, les symptômes fluctuent et évoluent, pour diminuer progressivement et faire place aux aspects positifs de la relation avec le défunt. La tristesse se manifeste par accès déclenchés par le souvenir du défunt, plutôt que continuellement, et les intervalles entre ces accès deviennent de plus en plus longs. Dans un épisode dépressif caractérisé au contraire, les émotions négatives sont persistantes, quasi permanentes et les émotions positives sont pratiquement absentes.

Sur le plan clinique, un épisode dépressif caractérisé qui survient dans un contexte de deuil est similaire à un épisode qui survient en dehors d'un deuil. Le pronostic, également, est similaire, que ce soit la durée de l'épisode, les comorbidités et la réponse aux traitements. Comme pour un épisode dépressif caractérisé en générale, les antécédents familiaux et personnels de troubles psychiatriques, troubles de l'humeur en particulier, sont des facteurs déterminant du risque d'épisode dépressif caractérisé au cours du deuil (cf. Item 64).

Deuil normal	Épisode dépressif caractérisé
L'affect prédominant est un sentiment de vide et de perte.	L'affect prédominant est une humeur dépressive persistante et une incapacité à anticiper des moments de joie ou de plaisir.
Les réactions émotionnelles vives se produisent par accès déclenchés par les souvenirs du défunt et ont tendance à diminuer en intensité avec le temps.	L'humeur dépressive est quasi constante et pas déclenchée uniquement par les souvenirs du défunt.
La souffrance du deuil est aussi accompagnée par des périodes d'affects positifs.	La tristesse et les émotions négatives sont persistantes.
Le deuil comporte généralement une tendance à la rumination des souvenirs du défunt.	Un épisode dépressif caractérisé comporte généralement une tendance aux pensées pessimistes et à l'autodépréciation.
L'estime de soi est généralement préservée.	L'estime de soi est faible avec des sentiments d'inutilité et de dégoût de soi.
Lorsque des idées de suicide sont présentes, elles impliquent généralement l'idée de « rejoindre » le défunt.	Les idées de suicide sont généralement associées à un sentiment d'inutilité, de ne pas mériter de vivre ou d'incapacité à faire face à la souffrance d'un épisode dépressif caractérisé.

Tableau 1. Principaux critères cliniques permettant de distinguer le deuil normal d'un épisode dépressif majeur.

2.3. Le risque de suicide

Le risque de suicide est fortement augmenté dans le deuil, notamment dans les quelques jours qui suivent le décès (parfois avec l'intention « d'aller rejoindre le défunt »). Il est multiplié par plus de 50 chez les hommes et par 10 chez les femmes, dans la 1^{re} semaine du deuil.

2.4. Les autres tableaux psychiatriques du deuil compliqué

D'autres symptômes et troubles psychiatriques peuvent compliquer un deuil. Il peut s'agir :

- * d'une insomnie ;
- * d'une anorexie ;
- * de plaintes somatiques ;
- * de symptômes anxieux ou de troubles caractérisés comme un trouble de l'adaptation, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique ou encore un état de stress post traumatique (ESPT).

Le risque de développer un ESPT est d'autant plus grand que le décès est soudain, inattendu et de cause non naturelle et violente comme un homicide ou un suicide.

3. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE EN DEUIL

3.1. La question de la médicalisation du deuil

Le deuil n'est pas une pathologie médicale en soi et il faut être vigilant par rapport au risque de sur-médicalisation du deuil normal. En effet, certains auteurs estiment qu'il y a un risque de prescription excessive de psychotropes (antidépresseurs, etc.) dans une situation normale de la vie. Le clinicien doit être attentif à bien distinguer le deuil normal du deuil pathologique et d'un épisode dépressif caractérisé. Mais toute personne endeuillée doit/devrait pouvoir bénéficier des évaluations et prises en charge présentées ci-dessous.

3.2. La consultation médicale de la personne endeuillée

La consultation médicale face à un patient en deuil repose sur les attitudes suivantes :

- * Accompagner la personne par une écoute empathique.
- * Identifier et expliquer les étapes du processus normal du deuil.
- * Expliquer en quoi le deuil impacte le fonctionnement biopsychosocial, que cela dure un certain temps, mais que l'évolution se fait vers une réorganisation.
- * Identifier un éventuel deuil pathologique et en rechercher les facteurs de risque et les attitudes favorisantes.
- * Identifier un éventuel épisode dépressif majeur (et tout autre trouble psychiatrique, notamment un trouble anxieux caractérisé) et en rechercher les facteurs de risque, notamment les antécédents personnels et familiaux.
- * Rechercher et évaluer le risque d'un passage à l'acte suicidaire.
- * Réaliser un examen somatique, notamment cardiovasculaire.

- * Insister sur l'importance de partager sa souffrance avec sa famille et ses amis.
- * En cas de deuil pathologique : assurer un suivi régulier et orienter vers une prise en charge spécialisée si nécessaire.
- * En cas d'épisode dépressif majeur : bien s'assurer que les symptômes se distinguent du deuil normal et évaluer et prendre en charge de la même manière qu'un épisode dépressif majeur habituel, notamment prendre en charge le risque suicidaire.

3.3. Surveillance du deuil normal

Le deuil est un événement particulièrement douloureux à risque de provoquer des pathologies médicales psychiatriques et non psychiatriques. Il est possible que la personne vienne consulter son médecin et lui demande si elle réagit de façon anormale.

Il convient pour le médecin d'évaluer la dynamique psychique du processus de deuil et d'identifier la phase dans laquelle se situe le patient. Il faut lui rappeler que la phase aiguë du deuil est intense, qu'il s'agit d'une réaction normale et qu'elle se résout progressivement à mesure que la réalité de la perte est intégrée dans la vie quotidienne. La plupart des personnes en deuil n'ont pas besoin de prise en charge médicale. L'entourage, la famille, les amis fournissent le soutien nécessaire. À l'inverse, la présence d'un trouble psychiatrique, d'un épisode dépressif caractérisé en particulier ou d'un deuil pathologique peuvent nécessiter l'assistance d'un professionnel.

3.4. Accompagnement dans les situations à risque

Certaines attitudes sont à risque d'évolution vers un deuil pathologique, comme :

- * une difficulté persistante à accepter la mort ;
- * des interprétations négatives de la mort (par exemple, que le deuil ne devrait pas finir car c'est tout ce qui reste de la relation avec le défunt ou qu'il est mauvais d'apprécier la vie alors que le défunt est absent) ;
- * un hyper-investissement des activités en lien avec le défunt (passer de longues heures à ranger ses affaires par exemple) ;
- * des comportements d'évitement persistants (notamment, évitement des activités qui rappellent le souvenir du défunt).

Les autres facteurs de risque d'une évolution vers un deuil pathologique sont :

- * la nature de la relation avec le défunt (d'autant plus à risque que la relation était forte) ;
- * les antécédents de troubles de l'humeur et de troubles anxieux ;
- * certains types de personnalité (comme les personnalités dépendantes) ;
- * certaines circonstances de la mort (notamment soudaine, inattendue et violente).

Dans ces circonstances à risque, il convient :

- * d'assurer un suivi régulier ;
- * d'identifier les attitudes délétères ;
- * de suggérer des stratégies d'adaptation, notamment l'importance de ne pas rester seul et au contraire de partager sa souffrance avec ses amis et sa famille ;
- * et de proposer une prise en charge psychothérapeutique si les symptômes persistent.

3.5. Prise en charge des complications du deuil

3.5.1. Le deuil compliqué persistant

Dans le deuil pathologique, les personnes ont des difficultés prolongées à accepter la mort et restent envahies par des pensées et des souvenirs du défunt. Dans ce cas, les antidépresseurs sont peu efficaces alors que les psychothérapies ciblées sur le deuil pathologique facilitent l'évolution du processus.

3.5.2. L'épisode dépressif caractérisé et les complications psychiatriques du deuil

Le consensus des nosographies internationales actuelles (DSM-5/CIM-10) tend à considérer l'épisode dépressif caractérisé qui survient dans le contexte d'un deuil comme tout autre type d'épisode dépressif caractérisé et le clinicien ne doit pas sous-estimer les symptômes de l'épisode sous prétexte qu'ils surviennent dans une période particulièrement stressante. En effet, certaines études tendent à montrer que les caractéristiques de l'épisode dépressif caractérisé sont les mêmes en cours d'un deuil ou en dehors de celui-ci et l'évaluation, le traitement et l'attitude du clinicien devrait être la même dans les 2 cas.

Il convient d'évaluer et de prendre en charge les troubles psychiatriques caractérisés qui surviennent au décours d'un deuil de la même manière que lorsqu'ils surviennent dans un autre contexte.

Les critères de gravité doivent être recherchés et le risque suicidaire doit être soigneusement évalué.

Lorsqu'un épisode dépressif caractérisé vient compliquer un deuil, les antidépresseurs et/ou les psychothérapies peuvent être utilisés, de la même manière et avec la même efficacité que lorsque l'épisode dépressif caractérisé survient en dehors d'un deuil.

- * Lorsque les symptômes dépressifs sont légers, l'information au patient, un soutien psychologique et une surveillance rapprochée peuvent suffire.
- * Dans un épisode modérée ou sévère, une psychothérapie ciblée et/ou un traitement par antidépresseur devraient être discutés.

La prescription d'un antidépresseur est particulièrement indiquée en cas d'antécédent d'épisode dépressif caractérisé, d'idées suicidaires, de ralentissement psychomoteur et de sentiment de culpabilité marqués, d'un retentissement fonctionnel sévère. À noter enfin que les antidépresseurs n'entravent pas le processus du deuil.



RÉSUMÉ

Pour la majorité des personnes, un deuil ne requiert pas de prise en charge médicale. Néanmoins, il s'agit d'une période plus ou moins longue qui expose à certaines complications médicale non psychiatriques, psychiatriques et sociales. De plus, lorsque le processus du deuil stagne, que les symptômes sont sévères et/ou qu'apparaît un trouble psychiatrique, l'intervention d'un professionnel de santé devient nécessaire. Le clinicien doit donc être capable d'identifier et de surveiller le processus du deuil normal et de reconnaître un deuil pathologique. L'évaluation clinique repose sur des recommandations et doit permettre notamment d'éviter un double risque : sur-médicaliser le deuil et laisser sans traitement des troubles exposant à des conséquences potentiellement graves.



POINTS CLEFS

- * Le deuil normal est un processus qui répond à une certaine dynamique qu'il convient de connaître, qui peut parfois être long et par moment ressembler à un épisode dépressif caractérisé.
- * Le deuil pathologique correspond soit à la persistance, pendant plus de 12 mois (ou 6 mois pour les enfants), de symptômes psychiques sévères et invalidants, soit à la survenue d'un trouble psychiatrique caractérisé.
- * Lorsqu'un trouble psychiatrique est identifié au décours d'un deuil, il convient de le prendre en charge de la même manière que s'il était survenu dans un autre contexte.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Girault N, Fossati P. « Deuil normal et pathologique ». *EMC, Traité de Médecine Akos*, 7-0315, 2008.

Association, American Psychiatric. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition : DSM-5. 5 edition. Washington, D.C. : American Psychiatric Publishing. Chapitre sur le « persistent complex bereavement disorder » p. 789 et sur le « Major depressive disorder » p. 160.

partie quatre

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

À TOUS LES ÂGES

TROUBLES PSYCHOTIQUES

item 61

TROUBLE SCHIZOPHRÉNIQUE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble schizophrénique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

1. INTRODUCTION

La schizophrénie, décrite au début du xx^e siècle, est une maladie fréquente et grave. Cette maladie est actuellement classée par l'OMS parmi les dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité en particulier chez les sujets jeunes. Elle fait partie des troubles psychotiques chroniques qui se caractérisent par une perte de contact avec la réalité.

La physiopathologie de la schizophrénie n'est pas entièrement élucidée mais résulte de l'interaction entre des facteurs de vulnérabilité génétiques et des facteurs environnementaux. L'hypothèse d'un trouble du neurodéveloppement, postulant que la schizophrénie est la conséquence d'anomalies du neurodéveloppement débutant des années avant le début de la maladie, est aujourd'hui prévalente.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0,6-0,8 %. Son incidence a été mesurée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes entre 1965 et 2001. La fréquence de la schizophrénie a longtemps été considérée comme invariable selon les lieux et les populations mais cette fréquence dépend en fait de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore l'urbanisation.

La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans, mais il existe des formes rares très précoces (pré-pubertaires) ou tardives (après 35 ans). L'âge de début est généralement plus tardif chez la femme par rapport à l'homme d'environ 5 ans. L'émergence des symptômes schizophréniques est généralement précédée par des altérations cognitives et des symptômes prodromiques non spécifiques peuvent être présents 2 à 5 ans avant l'émergence du trouble. Chez certains patients, la schizophrénie apparaît après un parcours de difficultés d'apprentissage et de développement. Le sex-ratio est assez équilibré, même s'il existe une légère prédominance chez les hommes (x 1,4).

Les principaux facteurs de risques sont de nature génétique (variants hérités ou mutation de novo plus rarement), obstétricale (difficultés périnatales) ou environnementale (cannabis, migration, urbanisation).

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome positif

3.1.1. Idées délirantes

Les idées délirantes correspondent à des altérations du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité. Les idées délirantes font l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », pouvant être plausible ou invraisemblable, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet. Dans la schizophrénie, la prévalence des idées délirantes est estimée à plus de 90 %. On décrit les idées délirantes par rapport à leur thème, mécanisme et structure ou organisation.

3.1.1.1.Thèmes

Le thème de l'idée délirante correspond au sujet principal sur lequel porte cette idée. Les thématiques peuvent varier à l'infini, être uniques ou multiples, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Dans la schizophrénie, les thèmes sont multiples et hétérogènes (voir les exemples dans le tableau 1) : thème de persécution, mégalomaniaque, mystique, de filiation (le sujet étant persuadé d'avoir d'illustres ascendants), somatique, érotomaniaque (cf. Item 63), d'influence, de référence.

Nom du thème	Définition	Exemple
Persécution	Idée délirante dans laquelle le thème central consiste pour le sujet à être attaqué, harcelé, trompé, persécuté ou victime d'une conspiration.	« Je sais bien que vous mettez des médicaments dans mon pain pour que je me taise et que je ne révèle pas au monde le soulèvement populaire communiste qui est en train de se préparer. »
Grandeur/mégalomaniaque	Idée délirante qui implique de la part du sujet un sentiment exagéré de son importance, de son pouvoir, de son savoir, de son identité ou de ses relations privilégiées avec Dieu ou une autre personne célèbre.	« Vous voulez me faire une prise de sang pour le revendre. Mais je suis votre directeur et votre roi, je refuse que vous preniez mon sang. »
Mystique	Idée délirante dont le thème central est la religion.	« Je sais que je suis le fils préféré de Dieu, et qu'il m'a confié un rôle spécial sur Terre. »
Somatique	Idée délirante dans laquelle le thème central touche au fonctionnement du corps.	« Je sens mauvais parce que mes intestins sont tombés. En plus, avec la ventilation j'ai attrapé des boutons qui sont en fait des caméras microscopiques qui enregistrent tout. »
De référence	Idée délirante dans laquelle le sujet pense que certains éléments de l'environnement possèderaient une signification particulière pour lui, idée dans laquelle le sujet est lui même la référence.	« Le présentateur du journal télévisé s'adresse spécifiquement à moi lorsqu'il annonce qu'un grave accident d'avion a lieu hier. »

Tableau 1. Thèmes délirants les plus fréquemment retrouvés dans la schizophrénie.

3.1.1.2.Mécanismes

Le mécanisme de l'idée délirante correspond au processus par lequel l'idée délirante s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation de l'idée délirante. Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginaire (cf. Tableau 2).

Type de mécanisme délirant	Définition	Exemple
Interprétatif	Attribution d'un sens erroné à un fait réel.	« Je vous ai vu rire toute à l'heure. Je sais que c'est parce que vous ne me croyez pas. Je vous laisse m'injecter quelque chose pour me tuer, qu'on en finisse. »
Hallucinatoire	Construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination.	« Je vois les morts, là en ce moment il y a un cadavre décomposé allongé par terre à ma gauche, il me demande de l'aide mais je ne peux pas l'aider ! Alors je suis triste. »
Intuitif	Idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique en dehors de toute donnée objective ou sensorielle.	« Je suis l'envoyé de Dieu, je le sais, c'est ainsi. »
Imaginatif	Fabulation ou invention où l'imagination est au premier plan et le sujet y joue un rôle central.	« Il faut arrêter les moteurs diesel et utiliser les moteurs à venin de scorpion. J'ai passé plusieurs milliards d'années à extraire du venin de scorpion, c'est le mieux pour les moteurs. »

Tableau 2. Principaux mécanismes délirants retrouvés dans la schizophrénie.

3.1.1.3.Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Une idée délirante est considérée peu systématisée lorsque l'organisation est floue, vague et peu cohérente. Dans la schizophrénie, on retrouve dans la majorité des cas des idées délirantes non systématisées, floues, sans logique, incohérentes, contrairement au trouble délirant persistant de type persécution au cours duquel les idées délirantes sont généralement systématisées et où la cohérence donne une certaine logique à la production délirante.

3.1.1.4.Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable, mais peut être élevée. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer ses propres idées délirantes.

3.1.2. Hallucinations

L'hallucination est définie comme une **perception sans objet**. Dans la schizophrénie, 75 % des patients présentent des hallucinations, notamment en phase aiguë.

3.1.2.1. Psychosensorielles

Il s'agit d'hallucinations relevant de manifestations sensorielles. Dans la schizophrénie, tous les sens peuvent être touchés.

Les hallucinations les plus fréquentes sont les **hallucinations auditives** présentes chez environ 50 % des patients. Il peut s'agir de sons simples (sonnerie, mélodie), mais le plus souvent il s'agit de voix nettement localisées dans l'espace, on parle alors **d'hallucinations acoustico-verbales**. Elles peuvent converser entre elles et s'adresser au sujet à la troisième personne. Il s'agit en général de phrases courtes avec une connotation négative. Des attitudes d'écoute, la mise en place de moyens de protection (écouter de la musique, se concentrer sur une tâche, se boucher les oreilles, des réponses brèves ou en aparté, une soliloque, une distractibilité pendant l'entretien) sont évocateurs d'hallucinations auditives dont le sujet ne parle pas toujours spontanément.

Les **hallucinations visuelles** touchent quant à elles 30 % des patients atteints de schizophrénie. Elles peuvent être élémentaires (lumières, tâches colorées, phosphènes, ombres, flammes, flashes, parfois formes géométriques), ou plus complexes (objets, figures, scènes, etc.) sous forme de scènes visuelles comme une âme sortant d'un corps, d'un phœnix volant dans le ciel, ou de façon plus angoissante, des démons et des morts sortant du sol.

Les **hallucinations tactiles** (sens du toucher superficiel) sont présentes chez environ 5 % des patients souffrant de schizophrénie. Les patients peuvent sentir des coups de vent sur le visage, des sensations de brûlures, de piqûres, le corps d'un individu à côté d'eux, ou croient toucher des objets, des animaux... Ces hallucinations peuvent être rapportées à des contacts manuels, des phénomènes d'électrisation ou la sensation d'être couvert de parasites. Les sujets touchent parfois leurs hallucinations pour tenter de les éliminer (se libérer de liens, écraser les parasites...).

Les hallucinations touchant les autres sens sont moins fréquentes. Parmi elles, les **hallucinations gustatives** (modification du goût des aliments par exemple), les **hallucinations olfactives** qui portent le plus souvent sur des mauvaises odeurs provenant du patient lui-même. Les **hallucinations cénesthésiques** intéressent la sensibilité interne. Il peut s'agir d'impressions de transformation du corps dans son ensemble (évidement, éclatement, possession animale ou diabolique, transformation corporelle, sensations d'être traversé de part et d'autre par un voile ou parfois par une balle...) ou d'impressions localisées à une partie du corps, éventuellement la sphère sexuelle.

3.1.2.2. Intrapyschiques

Les hallucinations intrapsychiques correspondent à un phénomène psychique, vécu dans la propre pensée du patient sans manifestation sensorielle. Ces hallucinations ne sont pas objectivées dans le monde extérieur (elles ne présentent pas de caractère de sensorialité ni de spatialité) ; elles sont perçues comme des phénomènes intrapsychiques étrangers au sujet. La pensée prend alors une forme hallucinatoire avec des voix intérieures, des murmures intrapsychiques. Le sujet souffrant de ce type d'hallucinations peut entendre ses pensées comme si elles venaient d'autrui et a l'impression de vol, de divulgation, de devinement de la pensée, de transmission de la pensée, de pensées imposées... Dans le phénomène d'écho de la pensée, le sujet entend ses propres pensées répétées à voix haute, comme renvoyées par un écho. Ces phénomènes sont aussi appelés « perte de l'intimité psychique ».

Historiquement, les hallucinations intrapsychiques étaient distinguées en « automatisme » mental et « syndrome d'influence » (sentiment d'être dirigé, d'avoir sa volonté dominée, et d'avoir sa personnalité modifiée à distance).



NOTION D'HISTOIRE : L'AUTOMATISME MENTAL DE CLERAMBLAUT

Le syndrome d'automatisme mental

Ce syndrome est marqué par des hallucinations intrapsychiques qui s'imposent à la conscience du patient, le vol et le devinement de la pensée par autrui, les commentaires de la pensée et des actes, les échos de la pensée (les pensées sont répétées à haute voix).

Le syndrome d'influence

Le syndrome d'influence est caractérisé par le sentiment d'être dirigé, d'avoir sa volonté dominée, et d'avoir sa personnalité modifiée à distance. Ce syndrome est le plus souvent associé aux hallucinations acoustico-verbales qui commandent ou donnent des ordres au patient.

3.2. Syndrome négatif

Le syndrome négatif regroupe les signes cliniques qui traduisent un appauvrissement de la vie psychique.

3.2.1. Au niveau affectif : l'émoussement des affects

Les affects sont émoussés et sans réaction aux événements extérieurs. Cela se traduit par l'absence d'émotions dans l'expression du visage et dans l'intonation de la voix. Au niveau physique, le regard est fixe, le corps paraît figé et le sourire rare. L'ensemble de ce tableau donne à l'interlocuteur une impression de froideur, de détachement et d'indifférence.

Une anhédonie, qui se définit comme une perte de capacité à éprouver du plaisir, peut également être présente.

3.2.2. Au niveau cognitif : la pauvreté du discours, ou alogie

La pauvreté du discours se manifeste par des difficultés à converser avec des réponses brèves, évasives et parfois interrompues.

3.2.3. Au niveau comportemental : l'avolition, l'apragmatisme et le retrait social

L'avolition est marquée par une diminution de la motivation, de la capacité à mettre en œuvre et maintenir une action. L'apragmatisme est une perte de l'initiative motrice, une incapacité à entreprendre des actions. Au maximum, le patient peut rester assis ou au lit (clinophilie) à ne rien faire en permanence, jusqu'au point de négliger son hygiène (incurie).

Dans le syndrome négatif de la schizophrénie, l'anhédonie, surtout sociale, l'avolition et l'apragmatisme peuvent entraîner une vie relationnelle pauvre, sans recherche de contact, ainsi qu'une perte de l'intérêt social ou retrait social.

3.3. Syndrome de désorganisation

Le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique entre idées, affectivité et attitudes. Ce syndrome est marqué par des manifestations affectant notamment les cognitions, les émotions et les comportements.

DÉSORGANISATION OU DISSOCIATION ?

Dans la schizophrénie, il est préférable d'utiliser le terme désorganisation plutôt que le terme « dissociation » pourtant longtemps utilisé dans les classifications françaises. Actuellement, le terme dissociation correspond en fait aux « troubles dissociatifs » (dépersonnalisation, amnésie dissociative) souvent secondaires à des traumatismes.

3.3.1. Cognitif

3.3.1.1. Altérations du cours de la pensée

L'altération du cours de la pensée va se traduire par un discours diffluent (elliptique et sans idée directrice), et des propos décousus parfois incompréhensibles. Le sens des phrases est obscur, le discours est hermétique et la pensée impénétrable. On retrouve également l'existence de **barrages** (brusque interruption du discours, en pleine phrase, suivie d'un silence plus ou moins long), et de **fading** (ralentissement du discours et réduction du volume sonore).

3.3.1.2. Altérations du système logique ou illogisme

La pensée du patient désorganisé ne repose pas sur des éléments de logique communément admis, ce qui peut se traduire par : l'ambivalence (tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet), le rationalisme morbide (logique incompréhensible, raisonnement à partir d'arguments ne reposant sur aucun élément de réalité), et le raisonnement paralogique (qui s'appuie sur des intuitions, des mélanges d'idées, des analogies). On note également une altération des capacités d'abstraction (interprétation des propos au premier degré que l'on peut évaluer par exemple en demandant la signification de proverbes).

3.3.1.3. Altérations du langage

La désorganisation au niveau cognitif se manifeste aussi par une symptomatologie touchant le langage. Le débit verbal du patient peut être variable : de très lent à très rapide, parfois associé à un bégaiement intermittent. On peut retrouver un certain maniérisme marqué par l'utilisation d'un vocabulaire précieux et décalé.

La forme du langage peut également se trouver modifiée. Ainsi, le patient va créer des **néologismes** (nouveaux mots), ou encore des **paralogismes** (nouveau sens donné à des mots connus). Au maximum, il peut exister un véritable néo-langage, jargonophasie ou schizophasie totalement incompréhensible.

3.3.2. Affectif

On retrouve ici essentiellement le phénomène d'ambivalence affective ou discordance idéo-affective qui s'exprime par la coexistence de sentiments et d'émotions contradictoires. L'ambivalence se manifeste aussi par l'expression d'affects inadaptés aux situations, par des sourires discordants et des rires immotivés témoignant de l'incohérence entre le discours et les émotions exprimées.

3.3.3. Comportemental

La désorganisation comportementale est le reflet de l'absence de relation entre les différentes parties du corps, entre les pensées et le comportement.

On retrouve :

- * Un maniérisme gestuel : mauvaise coordination des mouvements.
- * Des parakinésies : décharges motrices imprévisibles, paramimies (mimiques qui déforment l'expression du visage).
- * Un syndrome catatonique qui est un syndrome psychomoteur associant :
 - catalepsie : il s'agit d'une flexibilité cireuse des membres avec maintien des attitudes imposées,
 - négativisme : attitudes de résistance voire d'opposition active pouvant aller jusqu'au refus de s'alimenter,
 - troubles du comportement : stéréotypies, impulsions, ou encore écholalie (répétition non volontaire de la fin des phrases, mots ou sons de l'interlocuteur) ou échopraxie (imitation non volontaire en miroir des gestes de l'interlocuteur).

3.3.4. Autres syndromes associés

3.3.4.1. Altérations des fonctions cognitives

Les altérations cognitives sont fréquentes (environ 70 %) et souvent sévères dans la schizophrénie à tel point que pour certains auteurs la schizophrénie est une maladie de la cognition. D'un point de vue qualitatif, les domaines cognitifs reconnus les plus altérés sont les fonctions exécutives, la mémoire épisodique verbale, l'attention et la vitesse de traitement de l'information (cf. tableau 3). D'autres domaines sont préservés, comme la mémoire implicite (mémoire procédurale).

Fonction cognitive	Définition	Exemples
Fonctions exécutives	Ces fonctions sont impliquées dans toute action orientée vers un but. Elles comprennent les processus de planification, autorégulation, gestion des conséquences avec rétrocontrôle.	Par exemple, difficultés à prévoir les séquences d'actions nécessaires pour se rendre au travail ; difficultés à organiser son travail et à gérer les priorités ; difficultés à s'adapter à une nouvelle stratégie et à inhiber l'ancienne.
Mémoire épisodique verbale	Mémoire des expériences personnelles dans leur contexte temporo-spatial et émotionnel.	Difficultés à évoquer et réutiliser des souvenirs.
Attention et vitesse de traitement de l'information	Capacité à identifier un stimulus pertinent dans l'environnement, se concentrer et maintenir l'attention sur celui-ci.	Difficulté à se concentrer sur une tâche pendant plusieurs minutes comme lire un texte en entier, difficulté à sélectionner l'information pertinente lorsqu'il y a plusieurs informations comme écouter les consignes pour un travail alors que le téléviseur est en marche.

Tableau 3. Altérations cognitives dans la schizophrénie.

Les altérations cognitives précèdent souvent le début de la maladie. Après une majoration accompagnant l'émergence des troubles psychotiques, elles restent relativement stables au cours de l'évolution de la maladie. Elles sont associées à un fort retentissement fonctionnel (ex : absence d'emploi, difficultés à vivre de façon indépendante), à l'origine d'un handicap psychique important (cf. Item 117).

3.3.4.2. Troubles de l'humeur associés

Les troubles de l'humeur sont fréquents dans la schizophrénie. Ainsi, 80 % des patients présentent des troubles de l'humeur lors d'un premier épisode psychotique.

Des symptômes maniaques (excitation psychomotrice, tachypsychie, impulsivité) sont souvent observés lors des épisodes aigus de schizophrénie. D'autre part, un épisode dépressif caractérisé post psychotique constitue la complication la plus fréquente au décours d'un épisode aigu.

Parfois, les troubles de l'humeur sont présents à toutes les rechutes ou presque, on parle alors de trouble schizo-affectif.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Pour poser le diagnostic de schizophrénie

Le diagnostic de schizophrénie est clinique. Il faut que les critères suivants soient remplis :

1. L'association d'au moins deux syndromes parmi les suivants :
 - Syndrome positif (idées délirantes ou hallucinations).
 - Syndrome de désorganisation.
 - Syndrome négatif.
2. Une évolution de ces signes depuis au moins 6 mois :
 - Si les symptômes évoluent moins d'un mois, on parle de trouble psychotique bref.
 - Si les symptômes évoluent sur une durée comprise entre un et six mois, on parle de trouble schizophréniforme.
3. Des répercussions fonctionnelles sociales ou professionnelles depuis le début des troubles.
4. L'absence de diagnostic différentiel.

Des examens complémentaires permettent d'éliminer un diagnostic différentiel. Il s'agit d'un bilan biologique standard, d'une recherche de toxiques urinaires et d'une imagerie cérébrale (au mieux une IRM). L'EEG est utile lors d'un premier épisode ou plus tard, pour éliminer une comitialité. D'autres examens peuvent être utiles. Le bilan sera orienté selon la clinique et les antécédents du patient, en particulier en cas de début très brutal : une note confusionnelle, un déclin cognitif, une résistance aux traitements appellent à réaliser un bilan plus poussé.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

4.1.2.1. Selon le mode de début

La schizophrénie peut apparaître de façon aiguë ou de façon insidieuse.

Début aigu

La schizophrénie commence dans environ 1 cas sur 2 par un épisode psychotique aigu. On retrouve souvent quelques jours voire quelques semaines avant l'épisode des signes peu spécifiques comme : sentiment de malaise, fatigue, difficultés de concentration, angoisses, sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires. Des événements stressants peuvent précéder l'épisode : rupture sentimentale, examen, problème de santé, consommation de cannabis...

Au niveau clinique, le syndrome positif et de désorganisation sont en général très marqués. Le syndrome négatif deviendra plus apparent au décours de l'épisode.

Parfois, des troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé ou accès maniaque) dits atypiques, c'est-à-dire associés à des bizarreries, des préoccupations à thème sexuel ou hypocondriaque, des hallucinations, des stéréotypies, constituent des formes aiguës de début de schizophrénie.

Finalement, les formes aiguës de début de schizophrénie peuvent se manifester par des troubles du comportement : gestes auto ou hétéro-agressifs impulsifs et bizarres, sans explications, fugues...



POUR EN SAVOIR PLUS

Les épisodes psychotiques aigus et le concept de bouffée délirante aiguë

Le concept de bouffée délirante aiguë (BDA) est encore très utilisé en France. La BDA correspond à l'apparition d'idées délirantes polymorphes, multi-thématiques en quelques jours ou semaines. Le diagnostic de BDA permet de différer le diagnostic de schizophrénie. Il est en effet extrêmement difficile de prédire à ce stade si le trouble aigu restera un épisode isolé, évoluera vers une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Toutefois, le diagnostic de BDA n'est pas reconnu sur le plan international. On parle de trouble schizophréniforme dans le DSM-IV (entre 1 et 6 mois) et de trouble psychotique bref (< 1 mois) dans le DSM ou trouble psychotique aigu transitoire (< 1 mois) dans la CIM-10.



POUR EN SAVOIR PLUS

Les prodromes de la schizophrénie

Même dans les formes dites à début aigu, un interrogatoire précis retrouve presque toujours des symptômes prodromiques non spécifiques dans les 2 à 4 ans avant le premier épisode et des symptômes psychotiques atténués présents à bas bruit ou de façon très transitoire, généralement dans l'année précédant le premier épisode. Des troubles cognitifs entraînant une plainte subjective (difficulté de concentration) ou des difficultés de fonctionnement (rupture scolaire) peuvent être présents de façon très précoce. Cependant, un individu peut présenter des symptômes prodromiques sans développer de schizophrénie. Ces conceptions, issues de l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie, laissent espérer la possibilité d'intervention précoce, à la phase prodromique afin d'éviter le passage de « symptômes » à celui de schizophrénie constituée.

Début insidieux

Dans la moitié des cas, le début de la maladie a été précédé de manifestations parfois très discrètes, ayant pu évoluer sur plusieurs mois voire plusieurs années. Dans ce cas, le diagnostic est souvent porté tardivement, retardant considérablement l'accès aux soins.

On retrouve ici un retrait social progressif au premier plan : désintérêt et désinvestissement des activités habituelles (sports, loisirs, cercle d'amis), fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle. En revanche l'intérêt du sujet peut se porter de façon exclusive vers le mysticisme ou l'ésotérisme.

On peut également retrouver des modifications des traits de personnalité : agressivité, hostilité envers les proches ou au contraire une indifférence, un isolement.

4.1.2.2. Formes cliniques symptomatiques

Les formes cliniques actuelles sont définies par la symptomatologie prédominante rencontrée chez le patient au cours de l'évolution de son trouble.

La schizophrénie paranoïde

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome positif.

La schizophrénie désorganisée ou hébéphrénique

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome de désorganisation.

La schizophrénie catatonique

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome catatonique associé. Il faut toutefois garder à l'esprit que le syndrome catatonique est dit « transnosographique » et peut se rencontrer dans de très nombreuses pathologies. En psychiatrie le syndrome catatonique est ainsi plus fréquent dans les troubles de l'humeur que dans la schizophrénie. Il existe un très grand nombre d'étiologies au syndrome catatonique (ex. : encéphalites, pathologies (neuro)inflammatoires, maladie d'Addison, déficit en vitamine B12...).

Autres formes cliniques

D'autres formes cliniques ont été décrites mais ne sont pas répertoriées dans les classifications internationales. Il s'agit notamment de la schizophrénie héboïdophrénique (conduites antisociales et impulsivité au premier plan) et de la schizophrénie pseudo-névrotique (ruminations anxieuses au premier plan).

Il est important de noter que ces sous-types ne sont pas valables pour la vie entière d'un patient et que les symptômes et syndromes prédominants peuvent évoluer au cours du temps.

4.1.2.3. Selon l'âge de début

La schizophrénie débute classiquement chez l'adulte jeune entre 18 et 35 ans, cependant des formes peuvent se développer avant 18 ans, on parle de schizophrénie à début précoce, voire avant l'âge de 13 ans, on parle alors de schizophrénie à début très précoce. À l'inverse, après l'âge de 40 ans on parle de schizophrénie à début tardif. Cette forme a longtemps été appelée psychose hallucinatoire chronique en France (PHC). La schizophrénie à début tardif présente quelques caractéristiques cliniques. Il s'agit d'une forme plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (sex-ratio de 7/1), notamment si celles-ci vivent de manière isolée, et marquée par une symptomatologie hallucinatoire riche dans toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives...), ainsi que par l'absence de désorganisation.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Causes médicales non psychiatriques

- * Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de Huntington, neuro-lupus, etc.).
- * Endocriniennes (dysthyroïdie, altération de l'axe corticotrope, etc.).
- * Métaboliques (maladie de Wilson, etc.).
- * Infectieuses (neurosyphilis, SIDA, etc.).

4.2.2. Symptômes psychotiques induits par une substance

- * Intoxication aiguë ou chronique au cannabis.
- * Symptômes liés à l'intoxication d'amphétaminiques et autres (anticholinergiques, LSD, kétamine, phencyclidine...).

4.2.3. Causes psychiatriques

Les troubles de l'humeur (cf. Item 62)

La présence des syndromes positif, négatif ou de désorganisation ne doit pas conduire automatiquement au diagnostic de schizophrénie s'il existe un syndrome dépressif ou maniaque associé. Deux situations doivent être envisagées :

- Lorsqu'il n'y a plus de syndrome dépressif ou maniaque et que les syndromes positif, négatif ou de désorganisation persistent, alors le diagnostic de trouble schizo-affectif doit être posé.
- Lorsqu'il n'y a plus de syndrome dépressif ou maniaque, et que les syndromes positif, négatif ou de désorganisation disparaissent complètement, alors le diagnostic d'un épisode thymique (dépressif ou maniaque) avec caractéristiques psychotiques doit être posé (cf. Items 62 et 64).

Les troubles délirants chroniques (cf. Item 63).

Le diagnostic de trouble délirant chronique se pose quand il existe uniquement un syndrome positif sans éléments de bizarrerie. Il n'y a classiquement pas d'hallucination, de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif au premier plan contrairement à la schizophrénie.

Les troubles envahissant du développement (cf. Item 65).

4.3. Notions de physiopathologie

La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et repose sur l'interaction de facteurs de vulnérabilité génétiques (modèle polygénique) et de facteurs environnementaux. Les principales hypothèses actuelles sont présentées rapidement. Ces différentes hypothèses sont en réalité complémentaires.

4.3.1. Hypothèse dopaminergique

Au niveau neurobiologique, c'est à partir de la découverte des neuroleptiques et de l'étude de leur cible, les récepteurs dopaminergiques, que l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie a été formulée. Dans cette hypothèse, le syndrome positif dans la schizophrénie serait lié à une hyperactivation de la transmission dopaminergique au niveau mésolimbique et le syndrome

négatif serait associé à une hypoactivation de la transmission dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale. Si l'hypothèse dopaminergique reste pertinente vis-à-vis des phénomènes positifs (délirants et hallucinatoires), d'autres neurotransmetteurs ont été incriminés. En effet, les perturbations dopaminergiques semblent plutôt être secondaires à des anomalies liées à l'altération des systèmes glutamatergiques et GABAergiques (balance excitation/inhibition).

4.3.2. Hypothèse neurodéveloppementale

La schizophrénie est une maladie neurodéveloppementale, c'est-à-dire que la schizophrénie est le point final de processus développementaux qui débutent des années avant le début de la maladie. Le développement peut être perturbé de façon précoce (ex. : vie intra-utérine ou période périnatale) ou tardive (ex. : au moment de l'adolescence). Ces perturbations entraînent des modifications de la maturation du cerveau (anomalie de migration durant le développement, altération de la myélinisation) entraînant des dysfonctionnements responsables des signes cliniques de schizophrénie. Par exemple, les aires cérébrales des patients souffrant de schizophrénie ne sont pas connectées de la même façon que des témoins sans pathologie (anomalies de connectivité).

4.3.3. Modèle stress/vulnérabilité

Selon le modèle de vulnérabilité au stress de la schizophrénie, chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs génétiques. Ces derniers interagissent avec des facteurs environnementaux (la consommation de cannabis, les complications obstétricales, l'urbanisation et la migration) pour aboutir au développement de la maladie. Le seuil critique, pour le développement de la schizophrénie, varie donc pour chaque individu et dépend des niveaux de vulnérabilité et de stress vécus. Pour les personnes très vulnérables, un stress relativement minime serait suffisant pour dépasser le seuil critique menant à la maladie.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre.

L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus ou moins espacés avec des intervalles plus ou moins symptomatiques. Le déficit est variable, et se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution. Il est important de garder à l'esprit que le premier épisode ou les rechutes sont favorisés par les facteurs de stress (drogues, ruptures, deuil...).

Dans les formes résiduelles, on décrit classiquement une diminution du syndrome positif et une majoration du syndrome négatif altérant le fonctionnement social et la qualité de la vie. Le taux de suicide et la santé générale des patients souffrant de schizophrénie restent des problèmes majeurs.

Cependant, grâce aux progrès réalisés au niveau pharmacologique et psychothérapeutique, il est possible dans 20 à 25 % des cas de guérir de cette maladie et dans une majorité des cas de conserver une qualité de vie globalement satisfaisante même si 50 à 75 % des patients ne retrouvent pas leur niveau de fonctionnement antérieur. Des facteurs de bon pronostic ont été mis en évidence :

- * sexe féminin,
- * environnement favorable,
- * bon fonctionnement pré-morbide,
- * début tardif,
- * bon insight (reconnaissance de ses propres troubles),
- * traitement antipsychotique précoce et bien suivi.

Les prises en charge thérapeutique devront s'attacher à agir sur ces deux derniers facteurs, par des mesures appropriées de psychoéducation.

5.1. Comorbidités et morbi-mortalité

5.1.1. Comorbidités psychiatriques

Les troubles de l'humeur sont fréquemment associés à la schizophrénie en phase aiguë (éléments dépressifs ou maniaques) ou au décours d'un épisode psychotique dans 20 à 75 % des cas. On parle dans ce cas d'épisode dépressif caractérisé post-psychotique dont l'impact sur l'évolution de la maladie (rechutes, mauvaise observance) semble important.

5.1.2. Comorbidités addictologiques

La schizophrénie est fréquemment associée à une consommation de tabac, de cannabis ou d'alcool.

Parmi les patients souffrant de schizophrénie :

- * 70 % fument du tabac,
- * 50 % consomment du cannabis,
- * 10 à 50 % présentent un abus voire une dépendance à l'alcool.

5.1.3. Comorbidités médicales générales

La moitié des patients souffrant de schizophrénie souffrent d'une affection médicale générale. Chez ces patients, les anomalies cardiométaboliques incluant le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie affichent une prévalence nettement plus élevée que la population générale. Ces altérations conduisent généralement à une prise de poids, une dérégulation glucidique et lipidique, ainsi qu'à une hypertension artérielle source de problèmes de santé majeurs chez ces patients.

Ce profil cardiométabolique définit en pratique le « syndrome métabolique » ; associant un ensemble de perturbations cliniques et biologiques et qui est un facteur prédictif du développement des maladies cardiovasculaires. Ainsi, on estime la prévalence du syndrome métabolique dans la schizophrénie entre 30 et 60 % des cas, et l'obésité (IMC > 30) toucherait environ 50 % des sujets.

Les effets indésirables des traitements antipsychotiques peuvent expliquer en partie cette surreprésentation de troubles métaboliques chez ces patients (cf. partie traitement). On retrouve également une grande fréquence des facteurs de risque évitables comme le tabagisme, les consommations d'alcool, le manque d'exercice physique...

5.1.4. Morbi-mortalité

La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie. En effet, la mortalité des personnes souffrant de schizophrénie est 2 à 3 fois plus élevée que celle de l'ensemble de la population, en raison principalement de comorbidités parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires figurent en tête. Le psychiatre doit donc jouer un rôle central dans la prise en charge globale de la santé des patients souffrant de schizophrénie dont l'accès aux soins est généralement limité. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire (médecin généraliste, endocrinologue...).

Le suicide est également un des facteurs expliquant la mortalité plus importante de cette population. En effet, 10 % des patients souffrant de schizophrénie décèdent par suicide.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation (en urgence ou non, dans un service de psychiatrie) se justifie dans plusieurs situations :

- * Épisode aigu avec troubles du comportement.
- * Risque suicidaire ou de mise en danger.
- * Risque hétéro-agressif.

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre. Dans certaines situations, si le patient refuse, si sa capacité à donner son consentement est trop altérée ou s'il existe un comportement hétéro-agressif, des soins sous contrainte peuvent se justifier (cf. Item 11).

6.2. Les antipsychotiques : traitement psychopharmacologique de fond

Le traitement médicamenteux de la schizophrénie a évolué au travers de deux étapes : tout d'abord la découverte de la chlorpromazine au début des années 1950, qui a permis d'améliorer de façon inédite les symptômes positifs de la schizophrénie. Ce médicament a été le premier agent d'une famille pharmacologique baptisée « neuroleptique ». Cette classe médicamenteuse provoquait la survenue d'effets secondaires moteurs extrapyramidaux simultanément aux effets thérapeutiques. L'introduction des antipsychotiques atypiques ou de seconde génération au début des années 1990 a permis de montrer que les effets extrapyramidaux n'étaient pas nécessaires aux effets thérapeutiques antipsychotiques. Pour cette raison, les antipsychotiques atypiques ou de seconde génération sont désormais utilisés en première intention, devant les antipsychotiques typiques ou de première génération.

6.2.1. Pour comprendre

Les neuroleptiques agissent principalement comme antagonistes des récepteurs dopaminergiques de type D₂ : ils bloquent les récepteurs post-synaptiques des quatre principales voies dopaminergiques, avec pour conséquence certains effets thérapeutiques, mais aussi indésirables. Les corps cellulaires des neurones dopaminergiques sont essentiellement situés dans le tronc cérébral, au niveau du mésencéphale (aire tegmentale ventrale –ATV, substance noire), et, accessoirement dans l'hypothalamus ; leurs projections sont longues et diffuses.

- * La voie mésolimbique, issue de l'ATV, projette vers le noyau accumbens (ou striatum ventral) cette voie intervient dans la régulation de la vie émotionnelle, dans le contrôle de la motivation, l'association des actions et de leurs conséquences. Le fonctionnement excessif de ce système pourrait être à l'origine de la symptomatologie psychotique. L'action des neuroleptiques sur cette voie est donc recherchée car elle sous-tendrait leurs effets thérapeutiques en s'opposant à l'hyperdopaminergie sous-corticale supposée.
- * La voie mésocorticale, issue de l'ATV, projette vers le cortex préfrontal : cette voie favorise les performances du lobe préfrontal, c'est-à-dire tout ce qui concerne la planification des actions et le déclenchement des actions volontaires. Chez les sujets souffrant de schizophrénie, une hypoactivité à ce niveau pourrait sous-tendre les symptômes négatifs, ainsi que les déficits attentionnels et exécutifs observés. Les neuroleptiques de première génération pourraient aggraver cet hypofonctionnement, qui serait impliqué dans la genèse de symptômes négatifs

et de déficits attentionnels et exécutifs secondaires. L'effet antagoniste des récepteurs 5-HT₂ des neuroleptiques de seconde génération atténuerait l'antagonisme des récepteurs D₂ striaux et préviendrait l'apparition d'effets indésirables neurologiques.

- * La voie nigrostriée, issue de la substance noire, projette vers le striatum dorsal (noyau caudé, putamen) : cette voie est impliquée dans le contrôle du mouvement (une perte neuronale à ce niveau entraîne l'apparition d'un syndrome parkinsonien). Lorsque le blocage des récepteurs D₂ de la voie nigrostriée par les neuroleptiques dépasse un certain seuil, des symptômes extrapyramidaux apparaissent, sous forme d'un syndrome parkinsonien, de dyskinésies aiguës ou d'une akathisie (impossibilité de tenir en place). Par ailleurs, l'utilisation à long terme de ces substances peut entraîner une hypersensibilisation de ces récepteurs, à l'origine de dyskinésie tardive.
- * La voie tubéro-infundibulaire est responsable des effets endocriniens : l'effet des neuroleptiques sur cette voie entraîne une diminution de l'effet inhibiteur sur la sécrétion de prolactine normalement exercée par la dopamine au niveau de l'hypophyse. Cet effet peut conduire à l'apparition d'une hyper-prolactinémie, avec pour conséquences possibles une aménorrhée-galactorrhée chez la femme ou une impuissance chez l'homme.

Les neuroleptiques bloquent aussi d'autres récepteurs :

- * adrénergiques, à l'origine de l'effet hypotenseur orthostatique et sur le rythme cardiaque ;
- * cholinergiques, à l'origine d'une action de nature inhibitrice sur les récepteurs muscariniques, concernant à la fois les récepteurs périphériques, avec production d'effets atropiniques tels qu'une sécheresse de la bouche, une constipation, des troubles de l'accommodation, une rétention urinaire ; et les récepteurs centraux, avec pour conséquence des troubles de l'attention (à l'origine d'une amnésie antérograde), voire une sédation ;
- * histaminergique, participant à la sédation, l'augmentation de l'appétit et la baisse de la vigilance.

Les neuroleptiques atypiques agissent principalement par antagonisme des récepteurs dopaminergiques D₂ et sérotoninergiques 5HT_{2A}. L'équilibre sérotonine/dopamine n'étant pas le même dans les différentes voies cérébrales, la double action des neuroleptiques atypiques permet d'obtenir des résultats différents dans ces différentes voies. Ainsi, par exemple, un neuroleptique atypique va augmenter l'activité dopaminergique au niveau de la voie mésocorticale alors qu'il la réduira au niveau de la voie mésolimbique (contrairement aux neuroleptiques classiques qui réduisent cette activité dans toutes les voies).

6.2.2.Objectifs généraux du traitement

Le traitement pharmacologique de la schizophrénie varie selon trois objectifs. Le premier objectif concerne l'épisode aigu, et le contrôle rapide de symptômes mettant potentiellement en danger le patient et son entourage (agitation, auto ou hétéro-agressivité). Le choix du traitement de fond est réalisé dans un deuxième temps selon l'évolution des symptômes et de la tolérance. Dans un troisième temps, en phase de rémission, les objectifs thérapeutiques consistent à minimiser le plus possible sur le long terme le retentissement de la maladie et celui des effets secondaires du traitement. Ils doivent viser à la meilleure récupération fonctionnelle et devraient s'accompagner d'une prise en charge psychosociale, allant de l'éducation thérapeutique du patient et des proches, aux programmes de remédiation cognitive et de réhabilitation professionnelle.

6.2.3.Prise en charge de l'épisode aigu

L'épisode aigu est caractérisé par la recrudescence de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucination, désorganisation, repli, etc.).

En cas d'anxiété ou d'agitation modérée, deux possibilités de molécules anxiolytiques et sédatives s'offrent au thérapeute :

- * les neuroleptiques « sédatifs » (cyamémazine, lévomépromazine),
- * les benzodiazépines (diazépam, oxazépam) pendant une durée limitée ont fait preuve de leur efficacité pour apaiser le patient et faciliter la poursuite de la prise en charge et l'introduction du traitement antipsychotique. Le risque de développer une dépendance aux benzodiazépines si le traitement est prolongé doit inciter à ne pas prolonger le traitement.

6.2.4. Mise en place du traitement de fond

Le choix de l'antipsychotique est fait en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements déjà reçus. Les antipsychotiques atypiques sont recommandés en première intention :

- * amisulpride (Solian),
- * aripiprazole (Abilify),
- * olanzapine (Zyprexa),
- * quétiapine (Xeroquel),
- * rispéridone (Risperdal).

L'antipsychotique choisi doit être approprié à la phase aiguë et au long terme. Il est prescrit à la posologie la plus efficace. Un autre traitement neuroleptique peut être proposé en deuxième intention.

Classiquement, lorsque le patient a résisté à deux antipsychotiques atypiques à posologie et durée efficaces : la clozapine (Leponex) doit être envisagée (cf. Item 72). Dans les situations où l'observance est difficile, certains antipsychotiques d'action prolongée ou « retard » existent sous forme intra-musculaire permettant selon les molécules une injection tous les 15 jours ou 3 semaines [par ex., rispéridone (Risperdal Consta, Xeplion), olanzapine (Zypadhera)] (cf. Item 72).

6.2.5. Prise en charge au long court

Au terme de l'épisode aigu, l'objectif principal est de consolider l'alliance thérapeutique et d'assurer une transition vers la phase d'entretien avec une posologie qui permet un contrôle optimal des symptômes et un risque minimal d'effets secondaires. Les patients et les familles doivent être informés des effets secondaires potentiels du traitement antipsychotique et conseillés sur la façon dont ils peuvent être évités ou atténués. L'ouverture des droits de prise en charge à 100 % permet de faciliter l'accès aux soins. Les projets de réinsertion sociale et de réhabilitation peuvent d'ores et déjà être évoqués de façon à ce que le traitement antipsychotique soit intégré au projet et non pas relayé par le projet.

6.2.6. Durée du traitement

Après un épisode unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins 2 ans après avoir obtenu la rémission totale des symptômes psychotiques. Après un 2^e épisode ou une rechute, le traitement doit être poursuivi au moins 5 ans. L'arrêt doit se faire de manière progressive, et tenir compte des échéances scolaires ou professionnelles. Une décision d'arrêt doit dans tous les cas se faire de manière progressive (pas plus de 10 % de diminution de la posologie par mois) et sous surveillance médicale : il faut maintenir le suivi au long terme au moins 12 mois, les rechutes pouvant survenir tardivement.

6.2.7. Surveillance et tolérance

Les recommandations plaident en faveur d'un suivi attentif de la réponse précoce au traitement et encouragent l'interventionnisme plutôt que d'attendre des semaines ou des mois. En cas de persistance des symptômes psychotiques, il faut chercher les causes pour lesquelles il y a

souvent des solutions. L'inobservance du traitement en est la première cause. Parallèlement au suivi de l'efficacité du traitement antipsychotique, il est important de veiller à sa bonne tolérance.

Le profil d'effets secondaires des neuroleptiques correspond à leur action sur les différentes voies dopaminergiques (syndrome parkinsonien, dyskinésies aiguës, dyskinésies tardives, akathisie), adrénergique (hypotension orthostatique, allongement du QT, troubles du rythme cardiaque), cholinergique (sècheresse buccale, constipation, rétention urinaire) et histaminergique (sédation, baisse de la vigilance).

Les antipsychotiques atypiques ont pour principal effet secondaire la prise de poids et les effets métaboliques. Les recommandations internationales imposent le dépistage systématique et régulier des facteurs de risque cardiovasculaire, d'une prise de poids et des anomalies métaboliques. Le bilan initial et de suivi consiste à relever systématiquement le poids, le diamètre abdominal, de réaliser un électrocardiogramme et un bilan biologique comprenant les transaminases, les lipides sanguins et la glycémie. Plusieurs antipsychotiques atypiques peuvent provoquer une élévation de la prolactine sérique, même si elle reste généralement asymptomatique. Le risque d'hyperprolactinémie augmente avec la durée du traitement.

	Avant le traitement	1 ^{er} mois	3 ^e mois	Une fois par trimestre	Une fois par an	Une fois tous les 5 ans
Poids et IMC	+	+	+	+		
Périmètre abdominal	+				+	
Glycémie à jeun	+		+		+	
Bilan lipidique	+		+			+
Tension artérielle	+		+		+	

Tableau 4. Surveillance clinique et paraclinique d'un patient traité par antipsychotiques.

Une complication rare mais potentiellement mortelle des neuroleptiques doit impérativement être connue : le syndrome malin des neuroleptiques (cf. Item 72).

6.3. Traitement psychopharmacologique des comorbidités thymiques

Les antidépresseurs peuvent être prescrits lors des épisodes dépressifs, en association avec le traitement antipsychotique.

Dans les troubles schizoaffectifs, les thymorégulateurs (ex. : Depakote, ou Lithium) peuvent être utilisés en association avec le traitement antipsychotique.

6.4. Place de l'électro-convulsivo-thérapie ou sismothérapie

Elle peut être utilisée dans les schizophrénies catatoniques, lorsqu'il existe des épisodes thymiques, ou rarement à l'heure actuelle, dans les formes résistantes. D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (voir encadré « Pour en savoir plus » : la stimulation magnétique transcrânienne).



POUR EN SAVOIR PLUS

La stimulation magnétique transcrânienne

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (notée rTMS pour repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) est une technique permettant de réaliser, de manière non invasive et indolore chez l'homme, une stimulation cérébrale focalisée au travers du crâne grâce à ses propriétés de modification de l'excitabilité corticale. Le principe repose sur un champ magnétique généré de manière intermittente par le passage d'un courant électrique dans une bobine qui peut ensuite facilement pénétrer les tissus de surface. À visée thérapeutique, la rTMS est délivrée de manière répétée sous la forme de sessions quotidiennes pendant plusieurs jours, voire semaines. La rTMS est devenue une alternative prometteuse dans la prise en charge thérapeutique des situations de résistance au traitement conventionnel. Par exemple, chez 25 à 30 % des patients souffrant de schizophrénie, les hallucinations acoustico-verbales (HAV) peuvent persister malgré un traitement antipsychotique bien conduit. Chez ces patients, l'utilisation de la rTMS permet ainsi de réduire l'hyperexcitabilité corticale des régions retrouvées activées dans les hallucinations en imagerie cérébrale.

6.5. Réhabilitation psycho sociale

Depuis une trentaine d'années, se sont développés des soins de réhabilitation psychosociale. En effet, si les antipsychotiques ont permis une amélioration de certains aspects des troubles (idées délirantes, hallucinations, désorganisation du comportement et de la pensée), leur limite est également évidente en ce qui concerne la symptomatologie négative (retrait social, manque d'initiative et de motivation, difficultés relationnelles), les troubles cognitifs, le fonctionnement social et la qualité de vie. De plus, les patients souffrant de schizophrénie ont tendance à interrompre leur traitement encore plus souvent que ceux atteints d'autres pathologies chroniques. Se sont ainsi développés différents traitements non médicamenteux. La réhabilitation psychosociale pourrait se définir comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser un fonctionnement autonome optimal dans leur milieu (psychoéducation, psychothérapie cognitivo-comportementale, remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, mesures d'accompagnement socioprofessionnel). En pratique, ces soins sont proposés de manière complémentaire au suivi médical dans les centres médico-psychologiques ou les hôpitaux de jour du secteur public où sont suivis une grande majorité des patients souffrant de schizophrénie.

6.5.1. Psychoéducation

La psychoéducation vise à transmettre au patient, et éventuellement à sa famille, un certain niveau de compréhension et de maîtrise de ses troubles, maîtrise qui passe par une utilisation pertinente des ressources thérapeutiques. L'objectif est de construire avec chaque patient un minimum de langage commun et de consensus sur les difficultés et les objectifs des soins. La psychoéducation en groupe (qui se déroule le plus souvent sur une dizaine de séances de 1 heure 30 à 2 heures) est privilégiée parce qu'elle favorise des prises de conscience par le partage d'expérience. Il a été montré que la psychoéducation améliore les compétences des patients à faire face à leurs troubles et leurs soins. Il existe également des groupes de psychoéducation des familles qui ont montré un impact sur la diminution des rechutes et réhospitalisations du patient.

6.5.2. Psychothérapie cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif de réduire les symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit. Le principe de ces thérapies repose sur le principe que les idées délirantes et les hallucinations résulteraient d'erreurs d'interprétation, d'attributions erronées en lien avec des biais cognitifs (biais de raisonnement). Les thérapies cognitivo-comportementales visent alors à modifier ces erreurs de raisonnement et surtout les conséquences émotionnelles et comportementales qui en résultent, afin de permettre au patient de faire face de manière plus rationnelle à ses symptômes. Il s'agit de thérapies individuelles, une séquence de soins comportant une quinzaine de séances d'une demi-heure à une heure.

6.5.3. Remédiation cognitive (cf. Item 117)

Les altérations cognitives dans la schizophrénie, peu accessibles au traitement pharmacologique, expliquent une grande part du handicap psychique de ces patients. Ce constat a conduit au développement de techniques visant à rééduquer ou « remédier » le fonctionnement cognitif, qu'il s'agisse de compétences neuropsychologiques non spécifiques (attention, mémoire, fonction exécutive, métacognition) ou de cognition sociale (reconnaissance des émotions, capacités d'attribution d'intention à autrui).

6.5.4. Entraînement aux habiletés sociales

La schizophrénie entraîne le plus souvent une altération importante des capacités de communication et des compétences sociales. L'objectif de cette forme de thérapie de groupe est de développer ces capacités par des exercices portant sur des situations de la vie quotidienne.

6.5.5. Réhabilitation et cadre de soin

L'ensemble de ces soins requiert des compétences et des métiers multiples. Les secteurs de psychiatrie organisent ces soins, au sein de centres médico-psychologiques et d'hôpitaux de jour, de Centre d'activité thérapeutique à temps partiel..., dans une stratégie globale d'aide à l'accès au travail ou à des activités favorisant le maintien d'un lien social. Cette prise en charge nécessite un partenariat entre les structures sanitaires qui assurent les soins de réhabilitation et des structures médico-sociales qui ont en charge un accompagnement des patients dans la vie quotidienne ou professionnelle. Le parcours médico-social se construit en parallèle d'un projet pour l'hébergement, lorsque le patient n'a pas ou plus l'autonomie suffisante pour vivre seul : foyers thérapeutiques, appartements thérapeutiques, lieux de vie, accueil familial thérapeutique peuvent être un recours pour permettre un retour à l'autonomie et s'articulent avec des structures médicosociales. C'est lorsque l'ensemble de la dynamique fonctionne de manière synergique que des progrès importants peuvent être attendus.



RÉSUMÉ

La schizophrénie est une maladie fréquente (prévalence d'environ 1 %) et grave. Cette maladie est actuellement classée par l'OMS parmi les dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité en particulier chez les sujets jeunes. En effet, la maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. La physiopathologie de la schizophrénie est complexe et résulte de facteurs de vulnérabilité génétiques et de facteurs environnementaux.

Les signes cliniques de la schizophrénie sont représentés par le syndrome positif (idées délirantes et hallucinations), le syndrome de désorganisation et le syndrome négatif (repli social, émoussement des affects, isolement). D'autres syndromes sont fréquemment associés (altérations cognitives, troubles de l'humeur...). Le diagnostic de schizophrénie est clinique et repose sur l'association d'au moins deux syndromes (positif ou négatif ou de désorganisation) ainsi qu'une évolution de ces signes depuis au moins 6 mois. L'absence de diagnostic différentiel est également un élément clé du diagnostic et comporte un examen physique complet, un bilan biologique et une IRM cérébrale. On distingue différentes formes cliniques selon le mode de début (aigu ou insidieux), selon la symptomatologie prédominante et selon l'âge de début.

La schizophrénie est une maladie dont l'évolution est très variable d'un sujet à l'autre et d'une forme à l'autre. L'évolution est généralement chronique, marquée par des épisodes psychotiques plus ou moins espacés avec des intervalles plus ou moins symptomatiques. La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie principalement en raison de comorbidités parmi lesquelles les maladies cardiovasculaires figurent en tête.

La prise en charge de la schizophrénie repose sur des structures de soins adaptées (hospitalisation complète, hôpital de jour, centre médico-psychologique...), un traitement pharmacologique de fond : les antipsychotiques, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psycho-sociale (psycho-éducation, thérapie cognitivo-comportementale et remédiation cognitive).



POINTS CLEFS

- * La prévalence de la schizophrénie est d'environ 1 %.
- * La maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans.
- * Le mode de début peut être aigu ou insidieux.
- * Le diagnostic de schizophrénie est clinique.
- * La schizophrénie se caractérise par trois grands syndromes : le syndrome positif (idées délirantes et hallucinations), le syndrome de désorganisation (cognitif, affectif et comportemental) et le syndrome négatif (cognitif, affectif et comportemental).
- * Les idées délirantes se caractérisent par leur thème, mécanisme, systématisation, adhésion, et retentissement émotionnel et comportemental.
- * L'évolution de la schizophrénie est chronique. L'espérance de vie est diminuée, principalement en raison des comorbidités (notamment les maladies cardiovasculaires).
- * La prise en charge repose sur un traitement pharmacologique antipsychotique, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psycho-sociale (psycho-éducation, thérapie cognitivo-comportementale et remédiation cognitive).



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

J. Daléry, T. d'Amato, M. Saoud, et Collectif, *Pathologies schizophréniques*, Médecine Sciences Publications, 2012.

J. Van Os, et S. Kapur, « Schizophrenia », *Lancet* 374, n° 9690 : 635645.

TROUBLES PSYCHOTIQUES

item 63

TROUBLE DÉLIRANT PERSISTANT

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble délirant persistant.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

1. INTRODUCTION

La plupart des troubles délirants chroniques non schizophréniques ont été décrits en Europe au début du ^{xx}e siècle et regroupaient classiquement la psychose paranoïaque, la psychose hallucinatoire chronique, la paraphrénie et les psychoses passionnelles. Aujourd'hui, les délires chroniques non-schizophréniques ne sont plus reconnus en tant qu'entités distinctes dans les nomenclatures internationales et sont regroupés sous le label « troubles délirants persistants ».



HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

L'École psychiatrique française reconnaît trois types de délires persistants non schizophréniques différenciés selon leur mécanisme principal : la psychose hallucinatoire chronique, la paraphrénie et les délires paranoïaques. Sérieux et Capgras présentent, en 1909, le délire chronique d'interprétation (ou folie raisonnante). En 1911, le psychiatre français Gilbert Ballet individualise la psychose hallucinatoire chronique. Les délires d'imagination (paraphrénie) sont décrits en 1913 par Dupré et Logre. Les nouvelles classifications définissent les délires persistants comme des délires non bizarres : la paraphrénie tardive et la psychose hallucinatoire chronique font donc désormais partie des maladies du spectre schizophrénique et ne sont pas traitées dans cet item.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'épidémiologie exacte du trouble délirant persistant est difficile en raison de sa rareté relative. Le trouble délirant peut être sous-évalué car ces patients recherchent rarement une aide psychiatrique. La prévalence estimée de ce trouble est actuellement de 0,02 à 0,03 %. L'âge moyen de début est d'environ de 40 ans.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Rappel sur les idées délirantes

Définition et caractérisation d'une idée délirante : une idée délirante correspond à un trouble du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité. Le délire est souvent l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », pouvant être plausible (non bizarre), mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet.

3.2. Caractérisation des idées délirantes dans les troubles délirants chroniques

3.2.1. Thèmes

Les thèmes les plus fréquemment retrouvés sont la persécution, la grandeur (mégalomanie), l'érotomanie, la jalousie, et le délire somatique.

3.2.2. Mécanismes

Les mécanismes rencontrés sont principalement l'interprétation, l'intuition, et l'imagination. Il n'y a pas de mécanisme hallucinatoire dans les troubles délirants persistants contrairement à la schizophrénie.

3.2.3. Systématisation

Les idées délirantes persistantes sont systématisées (par opposition à la schizophrénie où les idées délirantes sont non systématisées, marquées par l'illogisme et l'incohérence). Elles comportent généralement un thème et un mécanisme principaux (contrairement à la schizophrénie où les idées délirantes sont polymorphes).



POUR EN SAVOIR PLUS

On parle de délire « en secteur » lorsque le délire n'envahit qu'un champ de la vie du sujet (les délires passionnels comme érotomanie, jalousie, délires de revendication), et non pas la totalité des domaines de la vie du sujet par une extension du délire dit « en réseau ».

181

3.2.4. Adhésion

Le sujet adhère totalement à ses croyances délirantes.

3.2.5. Participation affective/retentissement

Le trouble délirant chronique peut s'accompagner d'épisodes dépressifs caractérisés (notamment dans les troubles délirants de persécution, la jalousie et l'érotomanie).

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Pour poser le diagnostic de trouble délirant

Les idées délirantes doivent être non bizarres, c'est-à-dire que le contenu du délire apparaît relativement plausible. Ces idées doivent persister depuis plus d'un mois.

Il n'y a pas d'hallucination, de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif au premier plan contrairement à la schizophrénie. Du fait de l'absence de syndrome de désorganisation ou négatif, le trouble délirant chronique est généralement associé à un retentissement moins marqué du fonctionnement.



DSM-5

Le diagnostic de trouble délirant persistant peut être posé si :

- A. Il y a présence **d'une ou plusieurs idées délirantes pendant plus d'un mois**.
- B. Que le critère A de la schizophrénie **n'est pas valide** (par exemple des hallucinations peuvent exister à bas bruit et être concordantes avec le thème du délire, comme des sensations d'infestations parasitaires associées à un délire parasitaire).
- C. Le **fonctionnement** n'est **pas altéré** et le comportement n'est **pas bizarre** en dehors du domaine du délire.
- D. Si des symptômes maniaques ou dépressifs ont eu lieu, ils ont été très brefs par rapport à la durée du délire.
- E. Le délire **n'est pas** la conséquence de l'utilisation d'une substance.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

Les différentes formes des troubles délirants persistants sont définies en fonction du thème des idées délirantes.

4.1.2.1. Érotomaniaque et de jalousie

Les idées délirantes à thématique érotomaniaque sont centrées sur la conviction erronée d'être aimé(e) par un individu. Elles résultent d'un mécanisme **intuitif** au départ, puis **interprétatif**. Ces idées délirantes sont plus fréquentes chez les femmes. Dans sa description initiale, les idées délirantes évoluent en trois phases : d'abord une phase longue d'espoir, à laquelle succède une phase de dépit, puis de rancune durant laquelle les sollicitations deviennent injures et menaces. Le risque de passage à l'acte est alors important et peut justifier une hospitalisation sous contrainte.

Les idées délirantes de **jalousie** portent sur la conviction **délirante** que son partenaire est infidèle (plus fréquentes chez les hommes et favorisées par un contexte d'alcoolodépendance).



POUR EN SAVOIR PLUS

En 1921, le psychiatre français Gaëtan de Clérambault isole de ces délires d'interprétation, *les psychoses passionnelles*, en décrivant l'érotomanie et le délire de jalousie.

4.1.2.2. Mégalomaniaque et de persécution

Les idées délirantes **mégalomaniaques** ou **grandioses** portent sur la conviction délirante d'être doué d'un talent ou d'un pouvoir méconnu, ou d'avoir fait une découverte importante (« inventeurs méconnus »).

Les idées délirantes de **persécution** (anciennement nommées paranoïaques) portent sur la conviction délirante d'être victime d'un complot, d'un espionnage, ou d'être victime d'une conspiration visant à empêcher l'aboutissement des projets personnels de l'individu. (La paranoïa n'existe plus dans le DSM contrairement à la CIM).



POUR EN SAVOIR PLUS

La psychiatrie française distingue de façon historique dans le groupe des délires paranoïaques :

- * Les délires d'interprétation systématisés qui touchent progressivement tous les domaines de la vie du sujet par une extension du délire en réseau.
- * Les délires des sensitifs qui ne s'étendent pas au-delà du domaine relationnel.
- * Les délires passionnels : de revendication, de jalousie, et l'érotomanie développés en secteur sur un thème prévalent n'envahissant pas toute la vie psychique du sujet.

4.1.2.3. Somatique

Les idées délirantes **somatiques** portent sur les sensations ou les fonctions corporelles.

4.2. Diagnostics différentiels

Psychiatriques :

- * La schizophrénie et le trouble schizo-affectif.
- * Un trouble de l'humeur.
- * Certains troubles de personnalité notamment le trouble de personnalité paranoïaque, le trouble de personnalité borderline et le trouble de personnalité antisociale.

Non-psychiatriques :

- * Traitement médicamenteux (L-Dopa, Baclofène...).
- * Troubles neurologiques (confusion, accident vasculaire cérébral, encéphalite, épilepsie focale, syphilis stade III) s'accompagnant d'autres signes neurologiques (troubles de la vigilance...).
- * Autres : maladie de Wilson, maladie de Nieman-Pick de type C (splénomégalie idiopathique, paralysie supra-nucléaire du regard, ataxie)...

5. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

5.1. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation d'un patient souffrant d'idées délirantes chroniques de persécution pose de nombreux problèmes sur le plan thérapeutique car elle accentue le sentiment de persécution et peut aggraver les comportements de revendication, c'est-à-dire à réclamer une réparation disproportionnée d'un préjudice délirant. L'hospitalisation sous la modalité des **soins à la demande d'un représentant de l'état** (SDRE) est le plus souvent préférable à l'hospitalisation à la demande d'un tiers qui pourrait être désigné comme persécuteur par la suite. Les indications d'hospitalisation sont le **danger pour la sécurité des personnes et les troubles à l'ordre public** (cf. Item 11).

5.2. Traitement psychopharmacologique ou électrique

- * Le recours au **traitement antipsychotique** est recommandé dans les troubles délirants. Les mêmes précautions d'emploi que chez les patients souffrant de schizophrénie sont nécessaires. De faibles posologies au début de traitement sont le plus souvent recommandées du fait de la grande sensibilité de ces patients aux effets secondaires des médicaments antipsychotiques (syndrome extrapyramidal). Les médicaments antipsychotiques atténuent les convictions délirantes, atténuent l'angoisse et réduisent l'agressivité du patient.
- * L'association à un traitement **antidépresseur** est parfois nécessaire dans les idées délirantes chroniques en cas d'épisode dépressif caractérisé associé.

5.3. Psychothérapie

L'essentiel d'une psychothérapie efficace est l'établissement d'un rapport de confiance entre le patient et le thérapeute. La thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe. Les thérapies de soutien, comportementale ou cognitive, ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement peuvent être proposées.



RÉSUMÉ

Les troubles délirants persistants correspondent aux anciens troubles délirants chroniques non schizophréniques décrits en Europe au début du xx^e siècle. L'épidémiologie exacte de ce trouble délirant persistant est difficile à définir précisément mais semble assez rare (0,05 %). Pour poser le diagnostic de trouble délirant persistant, les idées délirantes doivent être non-bizarres, c'est-à-dire que le contenu du délire apparaît relativement plausible, et doivent persister depuis plus d'un mois. Il n'y a pas d'hallucination, de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif au premier plan contrairement à la schizophrénie.



POINTS CLEFS

- * On distingue différentes formes cliniques en fonction du thème des idées délirantes (persécution, érotomanie, jalousie).
- * Le traitement repose sur l'utilisation des différentes structures de soins selon la situation (hospitalisation en psychiatrie, consultation et soins ambulatoires), d'un traitement antipsychotique et de la psychothérapie dont l'objectif essentiel est l'établissement d'un rapport de confiance entre le patient et le thérapeute.
- * Les thérapies de soutien, comportementales ou cognitives, ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement peuvent être proposées.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Schizophrénie. Synopsis de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte I. Kaplan H., Sadock B. eds. Masson. Paris, 1998. p. 176-218.

Autres troubles psychotiques. Synopsis de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte I. Kaplan H., Sadock B. eds. Masson. Paris, 1998. p. 219-257.



LE DÉLIRE AU CINÉMA

Le délire érotomane est illustré dans le film *À la folie* de Laetitia Colombani (2002), le délire passionnel dans le film *L'enfer* de Claude Chabrol (1984) et le délire parasitaire/somatique dans le film *Bug* de William Friedkin (2006).

TROUBLES DE L'HUMEUR

item 64a

TROUBLE DÉPRESSIF DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble dépressif
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. Prise en charge psychiatrique d'un épisode dépressif caractérisé



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble dépressif.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

La « dépression » ou épisode dépressif caractérisé est une affection psychiatrique courante associée à un risque élevé de suicide.

Elle s'intègre dans différentes entités nosographiques (trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire) ou peut être comorbide d'un autre trouble psychiatrique (troubles anxieux, addiction) ou d'une affection médicale générale. Elle peut être isolée dans un contexte réactionnel à un événement de vie.

Le terme dépression correspond dans la classification actuelles du DSM-5 à **l'épisode dépressif caractérisé** (anciennement épisode dépressif majeur).



EN PRATIQUE

La traduction française de la dernière version du DSM-5 a modifié l'ancienne terminologie « épisode dépressif majeur » pour « épisode dépressif caractérisé ». Cette modification permet d'éviter la confusion avec les critères de sévérité de l'épisode (léger, moyen, sévère). En conséquence, nous vous conseillons d'utiliser le terme épisode dépressif caractérisé.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'OMS recense dans le monde chaque année plus de 100 millions de cas d'épisode dépressif caractérisé.

Le trouble dépressif est une pathologie fréquente avec une prévalence ponctuelle des épisodes dépressifs caractérisés en France de 5 % et une prévalence vie entière de 11 % chez les hommes et 22 % chez les femmes.

Il est associé à un risque suicidaire majeur puisque 30 à 50 % des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé.

Le premier épisode dépressif peut survenir à tout âge. Il est très souvent observé juste avant la trentaine.

Il est plus fréquent chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de 1/2 (1 homme pour 2 femmes).

Facteur de risque d'épisode dépressif indépendant de l'ethnie, du niveau d'éducation ou du statut socioéconomique.

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

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Un épisode dépressif est une modification pathologique de l'humeur.

Un épisode dépressif est un syndrome caractérisé par une constellation de symptômes et de signes, qui varie d'un sujet à un autre.

Perturbation de l'affectivité	* Perturbation de l'humeur : - Humeur triste, symptôme majeur. - Il s'agit d'un sentiment pénible, douloureux, envahissant. - Elle prédomine le plus souvent le matin, dès le réveil et elle a tendance à s'améliorer au cours de la journée. * Psychologie dépressive avec sentiment de dévalorisation ou de culpabilité : - Modification du contenu des pensées. - Dévalorisation : perte de l'estime de soi, doutes, autodépréciation, conduisent à un sentiment d'incapacité, d'inutilité. - 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 voir à l'extrême, la culpabilité tourne à l'auto-accusation. * Perturbation des émotions avec anhédonie (= perte d'intérêt ou du plaisir) : - Symptôme majeur. - L'anhédonie est presque toujours présente à des degrés divers chez les déprimés (jusqu'à l'aboulie ou l'apragmatisme). - S'évalue en fonction du degré habituel d'intérêt et d'hédonie du sujet, très variable d'une personne à l'autre. - S'observe dans tous les domaines (vie affective et socioprofessionnelle).
Ralentissement psychomoteur ou agitation	Ralentissement psychomoteur ou agitation peuvent alterner ou être associés. * Le ralentissement, le plus souvent présent, porte sur les fonctions psychiques : - Bradypsychie (ralentissement des idées). - Ruminations (piétinement de la pensée). * et sur les fonctions motrices : - Bradykinésie (lenteur des mouvements). - Hypomimie (pauvreté des mimiques) voire amimie. - Bradyphémie (lenteur du discours). - Voix monocorde (prosodie monocorde). - Clinophilie jusqu'à la prostration. - Incurie. - Aboulie (= incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés, et une grande difficulté à prendre des décisions ≠ apragmatisme = incapacité à entreprendre des actions – pas de planification non plus). * L'agitation se manifeste par des déambulations permanentes, l'incapacité à s'asseoir. Elle est souvent liée à un état de tension interne.

Signes associés

* **Idéations suicidaires :**

- L'attrait de la mort est presque une constante de la constellation dépressive.
- Il peut s'agir :
 - de simples pensées centrées sur la mort (idées noires), le patient s'interrogeant sur la nécessité de continuer à vivre,
 - d'idées suicidaires avec ou sans plan précis pour se suicider.

* **Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens :**

- Modifications quantitatives : insomnie (le plus fréquent) à type de réveils nocturnes et/ou difficultés d'endormissement (liées à l'anxiété) ; OU hypersomnie (> 10 h de sommeil).
- Modifications qualitatives : sensation que les nuits ne sont pas réparatrices.

* **Fatigue ou perte d'énergie :**

- La fatigue : signe d'appel non spécifique.
- Elle peut conduire un patient à consulter son médecin sans nécessairement exprimer au premier abord une souffrance psychique.
- L'asthénie ou la perte d'énergie peut être présente en permanence. Classiquement « l'asthénie psychique » prédomine le matin.

* **Modifications de l'appétit ou du poids :**

- La perte d'appétit (anorexie) est très fréquente au cours d'un épisode dépressif.
- 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).
- Variations de poids, le plus souvent dans le sens d'une perte mais parfois d'un gain.

* **Symptômes cognitifs**

- Difficultés de concentration, troubles de la mémoire, indécision, déficit de l'attention.
- Les troubles de la concentration sont perçus comme un dysfonctionnement : « mon cerveau ne marche plus ».
- Aspects variables en fonction de leur intensité et du fonctionnement habituel du sujet, de ses activités et de l'importance qu'il y attache.

* **Autres :**

- Baisse de la libido, troubles neurovégétatifs, digestifs, urinaires, cardiovasculaires, polyalgies...

4. LE TROUBLE DÉPRESSIF

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé

Le DSM-5 définit l'épisode dépressif caractérisé (EDC) :



Définition de l'épisode dépressif caractérisé

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et avoir représenté un **changement par rapport à l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

* NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. **Perte ou gain de poids significatif** (5 %) en l'absence de régime, ou **diminution ou augmentation de l'appétit** tous les jours.

* NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours.

6. **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.

7. **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires** récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une **détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement** social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont **pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale**.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

NB : La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peuvent ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- * Léger (symptômes juste suffisant au diagnostic/peu de retentissement).
- * Moyen (plus de symptômes que nécessaire/retentissement modéré).
- * Sévère (quasiment tous les symptômes/retentissement social majeur).

4.1.2. Les différentes formes cliniques d'épisode dépressif caractérisé

Le DSM-5 précise des spécifications de l'épisode dépressif caractérisé qui vont correspondre à des formes cliniques distinctes :

- * avec caractéristiques mélancoliques,
- * avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur,
- * avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur,
- * avec caractéristiques mixtes,
- * avec caractéristiques atypiques,
- * avec catatonie,
- * avec détresse anxieuse,
- * avec début dans le péri-partum.

EDC avec caractéristiques mélancolique (ou mélancolie)

- * La mélancolie correspond à un épisode dépressif d'intensité particulièrement sévère associée à un risque suicidaire élevé. La souffrance morale est profonde, le ralentissement moteur est majeur et peut être associé à un mutisme.
- * Elle se caractérise par une anhédonie et/ou un manque de réactivité aux stimuli habituellement agréables (anesthésie affective), associés à plusieurs des symptômes suivants :
 - une humeur dépressive marquée par un découragement profond, un sentiment de désespoir voire d'incurabilité,
 - des troubles du sommeil avec réveils matinaux précoces,
 - une agitation ou un ralentissement psychomoteur marqué,
 - une perte d'appétit ou de poids significative,
 - une culpabilité excessive ou inappropriée.

EDC avec caractéristiques psychotiques (autrefois appelé dépression psychotique ou mélancolie délirante)

- * L'épisode dépressif est associé à la présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. Les thématiques délirantes sont les plus souvent des idées de ruine, d'incapacité, de maladie, de mort, d'indignité, de culpabilité.
- * Le DSM-5 spécifie l'EDC avec caractéristiques psychotiques en 2 sous-types :
 - EDC avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : le contenu de toutes les idées délirantes et des hallucinations est en rapport avec les thèmes dépressifs.
 - EDC avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : le contenu de toutes les idées délirantes et des hallucinations n'ont aucun rapport avec les thèmes dépressifs (thème mystique par ex.).

- * Le **Syndrome de Cotard** ou de négation d'organe est une forme particulière de mélancolie délirante où s'associent des idées de négation d'organes, négation du temps (immortalité) ou de négation du monde.

EDC avec caractéristiques mixtes (anciennement épisode mixte)

- * Au moins 3 symptômes maniaques ou hypomaniaques sont présents pendant la majorité des jours de l'EDC.

EDC avec caractéristiques atypiques

- * La caractéristique atypique s'applique lorsque le sujet présente une réactivité de l'humeur qui vient s'opposer à l'habituelle humeur triste quasi constante dans le temps indépendamment des circonstances environnantes ou des événements de vie.
- * D'autres symptômes peuvent être associés à cette réactivité de l'humeur :
 - Une augmentation de l'appétit ou une prise de poids importante.
 - Une hypersomnie.
 - Une sensation de membres lourds.
 - Une sensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles ne se limitant pas à l'épisode.

EDC avec détresse anxieuse

- * L'épisode dépressif est associée à des signes d'anxiété au 1^{er} plan. L'agitation anxieuse peut être associée à un risque majeur de passage à l'acte suicidaire (raptus anxieux).
- * Les principaux symptômes sont une :
 - Sensation d'énervement ou de tension intérieure.
 - Sensation d'agitation inhabituelle.
 - Difficulté à se concentrer en raison de l'inquiétude.
 - Peur que quelque chose de terrible n'arrive.
 - Impression de perte de contrôle de soi-même.

4.1.3. Les troubles dépressifs

L'épisode dépressif caractérisé peut être isolé, récurrent, persistant, induit ou secondaire. Le DSM-5 définit ainsi en fonction du contexte d'apparition et de l'évolution de ou des épisodes dépressifs caractérisés différents types de troubles dépressifs :

- * **Trouble dépressif caractérisé isolé.** Présence d'un EDC.
- * **Trouble dépressif caractérisé récurrent.** Présence d'au moins 2 EDC séparés d'une période 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 marquée ou des symptômes physiques (tension des seins, douleurs articulaires ou musculaires) au cours de la plupart des cycles menstruels.
- * **Trouble dépressif induit par une substance ou un médicament**
- * **Trouble dépressif dû à une autre affection médicale.**

4.2. Diagnostics différentiels

Il est nécessaire de discuter des autres troubles de l'humeur, des psychoses chroniques (si présence de symptômes psychotiques associés) et de rechercher une cause non psychiatrique, iatrogène ou toxique.

- * Troubles de l'humeur : troubles bipolaires type I, II ou trouble cyclothymique.
- * Psychoses chroniques : trouble schizoaffectif, schizophrénie, psychoses chroniques non dissociatives.
- * Pathologies médicales générales :
 - causes neurologiques (maladie de Parkinson, SEP, démences, lésions cérébrales...),
 - causes endocriniennes (hypothyroïdie, hypercorticisme...),
 - causes générales (maladies de systèmes, infectieuses...),
 - causes iatrogènes ou toxiques :
 - iatrogène : corticoïdes, interféron, bêta-bloquants, L-Dopa,
 - toxiques : alcool, cannabis, cocaïne...

Ces 2 derniers groupes de diagnostics différentiels correspondront aux troubles dépressifs induits par une substance ou un médicament et aux troubles dépressifs dus à une autre affection médicale.

En conséquence, un bilan médical général complet (et pré-thérapeutique) devra être réalisé lors d'un épisode dépressif caractérisé :

- * Examen clinique complet (avec PA, FC, FR, T°, IMC).
- * Bilan biologique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie à jeun, créatinémie, bilan hépatique (GGT, ASAT, ALAT), TSHus, BHCG (si femme en âge de procréer).
- * Recherche de toxiques (selon le contexte).
- * TDM cérébrale avec injection de produit de contraste voir IRM cérébrale (si pas d'antécédent).
- * ECG.
- * EEG.

4.3. Comorbidités psychiatriques et non psychiatriques

Les comorbidités sont fréquentes dans le trouble dépressif.

- * **Comorbidités anxieuses (50 à 70 %)** : troubles anxieux tels que le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxieux généralisé, le trouble obsessionnel compulsif, la phobie sociale ou l'état de stress post-traumatique.
- * **Comorbidités addictives (30 %)** : les abus d'alcool, l'alcoolodépendance et dans une moindre mesure les consommations de toxiques (cannabis, cocaïne...).
- * Le **trouble schizophrénique** : dans le cas d'un épisode dépressif post-psychotique dans la suite d'un épisode de décompensation psychotique aigu (même s'il est parfois difficile de le distinguer avec un trouble schizo-affectif).
- * Les **troubles de conduites alimentaires** : anorexie mentale, boulimie.
- * Les troubles du contrôle des impulsions.
- * Les troubles de la personnalité.
- * **Comorbidités non psychiatriques** (pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, maladies neurodégénératives...).

4.4. Psychopathologie

- * Le trouble dépressif est multifactoriel mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.
- * Les théories psychopathologiques de la dépression sont nombreuses :
 - Théorie psychanalytique : la perte de l'objet renvoie au détachement de l'investissement de l'amour du sujet pour son objet (deuil, séparation...) et réactive les situations d'abandon.
 - Théorie cognitive : biais négatif dans le traitement de l'information.
 - Théorie neurobiologique : dysfonctionnement des neurotransmetteurs monoaminergiques (sérotonine) et des neuro-hormones (cortisol) ainsi que de la neuroplasticité.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable :

- * un seul épisode dépressif caractérisé sur la vie,
- * récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés avec une fréquence variable,
- * rémissions partielles entre les épisodes,
- * chronicisation (évolution de l'épisode supérieure à 2 ans),
- * résistance (échec à deux traitements antidépresseurs bien conduits en terme de posologie et de durée).

Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socioprofessionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.

Les facteurs de mauvais pronostics, prédictifs de rechutes dépressives sont :

- * le sexe féminin,
- * une histoire familiale de trouble de l'humeur,
- * un âge de début précoce,
- * le nombre d'épisodes passés,
- * une durée plus longue de l'épisode index,
- * la persistance de symptômes résiduels dépressifs,
- * la présence d'une comorbidité psychiatrique ou non-psychiatrique.

6. PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

6.1. L'hospitalisation en psychiatrie



INDICATIONS D'HOSPITALISATION

- * EDC sévère.
- * Formes à caractéristiques mélancoliques, psychotiques et atypiques.
- * Risque suicidaire élevé.
- * Comorbidités psychiatriques (addiction, troubles anxieux sévères).
- * Isolement sociofamilial.
- * Altération des capacités d'autonomie et d'observance.
- * Résistance actuelle ou passée au traitement.
- * État médical général préoccupant.
- * Âges extrêmes de la vie (sujet jeune, sujet âgé).

Modalités de soins sans consentement à évaluer en fonction de la capacité du patient à donner son consentement.

En cas de prise en charge ambulatoire, proposer des consultations rapprochées et régulières (1x/semaine) avec réévaluation systématique de l'état clinique, de la réponse thérapeutique et du risque suicidaire.

En cas d'hospitalisation, réévaluation du risque suicidaire, inventaire des effets personnels, prévention du risque d'auto-agression, évaluation de la nécessité d'un isolement thérapeutique, prévention des complications éventuelles d'un alitement prolongé ou de carences alimentaires.

6.2. Traitement pharmacologique ou physique

6.2.1. Bilan pré-thérapeutique clinique complet et para-clinique

- * Notamment poids, T°, PA, FC, état buccodentaires, IMC, mesure du périmètre abdominal.
- * NFS, plaquette, ionogramme sanguin, glycémie, bilan rénal (urée, créatinémie), bilan hépatique (GGT, ASAT, ALAT), bilan lipidique (TG, cholestérol), bilan thyroïdien (TSHus), BHCG.
- * ECG (QT), EEG de référence, discuter d'un TDM cérébral avec injection de produit de contraste voire IRM cérébrale si 1^{er} épisode dépressif caractérisé sévère ou sans facteur déclenchant.

6.2.2. Traitement médicamenteux

Pour les formes modérées à sévères un traitement antidépresseur est recommandé.

- * En 1^{re} intention : un inhibiteur sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance.
- * Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines et doit être donné au patient. L'évaluation de la réponse au traitement nécessite 2 semaines de traitement à doses efficaces.



SPÉCIFICITÉ DE L'INSTAURATION DU TRAITEMENT

En fonction de l'âge :

Enfant et adolescent : la posologie sera adaptée en fonction du poids, l'initiation sera plus progressive que chez l'adulte, la surveillance médicale sera plus rapprochée que chez l'adulte (risque de levée d'inhibition). Le traitement antidépresseur ne sera instauré qu'après plusieurs consultations (4 à 6) qui ont pour but de confirmer le diagnostic.

Sujet âgé : la posologie sera adaptée à la fonction rénale et hépatique, l'initiation sera plus progressive que chez l'adulte, la surveillance médicale sera plus rapprochée que chez l'adulte (notamment de la tolérance), une évaluation précise d'éventuelles interactions médicamenteuses sera réalisée.

- * Pour les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques un traitement par antipsychotique de seconde génération peut être associé à l'antidépresseur.
- * Dans l'attente de l'effet du traitement antidépresseur, dans le but de soulager le malade un traitement anxiolytique par benzodiazépine peut être instauré. De même, en cas de troubles du sommeil un traitement hypnotique pourra être proposé. Du fait des risques d'accoutumance la posologie doit être régulièrement réévaluée et la durée de prescription limitée (4 semaines).
- * Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire et prendra en compte notamment l'évaluation du risque suicidaire et le risque de virage de l'humeur sous antidépresseur.
- * L'arrêt du traitement médicament d'un premier EDC 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).
- * En cas de trouble dépressif récurrent :
 - après rémission des symptômes, traitement de maintien par : antidépresseurs,
 - +/- psychothérapie pendant une durée de 18 mois à 2 ans,
 - utiliser la molécule et la posologie qui ont permis d'obtenir la rémission des symptômes ».
- * NB : La notion de trouble dépressif résistant se définit par les échecs successifs de 2 antidépresseurs à dose efficace durant une durée suffisante (au moins 6 semaines).

6.2.3. Traitement physique

- * L'électroconvulsivothérapie (ECT) est indiquée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif (formes à caractéristiques mélancoliques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux.
- * L'ECT vise à induire des crises d'épilepsies par un passage transcranien d'un courant électrique durant quelques secondes au cours d'une brève anesthésie générale (avec curarisation pour limiter les risques liés à la crise tonico-clonique induite).
- * Le nombre de séances d'ECT préconisées pour traiter un épisode dépressif caractérisé est d'environ 12 séances à raison de 2 à 3 séances/semaine.
- * Dans certains cas, des ECT d'entretien sont proposées (1x/mois) durant plusieurs mois pour prévenir le risque de rechute dépressive.
- * Les principaux effets secondaires sont les troubles mnésiques (le plus souvent réversibles en quelques heures) et les céphalées.

6.3. Psychothérapies

- * La psychothérapie de soutien est toujours indiquée.
- * Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérés à sévères.
- * Ainsi, en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées :
 - thérapie d'inspiration psychanalytique,
 - thérapie cognitivo-comportementale,
 - thérapie familiale,
 - thérapie interpersonnelle.



RÉSUMÉ

Le trouble dépressif est une pathologie fréquente (prévalence 5 %, sex-ratio 1/2) et s'associe à un risque suicidaire majeur. Un épisode dépressif caractérisé (EDC) est un syndrome caractérisé par une constellation de symptômes et de signes, qui varie d'un sujet à un autre. Il associe des troubles de l'affectivité (humeur, émotion et psychologie dépressive avec sentiment de dévalorisation ou de culpabilité), un ralentissement psycho-moteur (ou une agitation) et des signes associés (idées suicidaires, troubles du sommeil, asthénie, perte de l'appétit ou du poids, troubles cognitifs, etc.). Un EDC de forme modérée ou sévère nécessite toujours un traitement antidépresseur, qui doit être maintenu pendant au moins 6 mois à posologie efficace. Une surveillance clinico-biologique de l'évolution et de la tolérance thérapeutique est absolument nécessaire, et s'accompagne notamment d'une réévaluation répétée du risque suicidaire.



POINTS CLEFS

Le trouble dépressif est associé à un risque suicidaire majeur.

* Un épisode dépressif caractérisé (EDC) se définit par :

A. Une rupture avec l'état antérieur avec la présence d'au moins 5 des symptômes suivants, dont l'humeur triste ou la perte d'intérêt ou du plaisir, présents presque tous les jours pendant une durée d'au moins 2 semaines consécutives :

- augmentation/diminution significative du poids ou de l'appétit,
- insomnie ou hypersomnie,
- agitation ou ralentissement psychomoteur,
- fatigue ou perte d'énergie,
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité,
- trouble de concentration ou indécision,
- idées noires ou suicidaires.

B. Souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement.

C. Absence de causes médicales non psychiatriques ou absence de causes toxiques.

D. Ne répond pas aux critères d'un trouble psychotique chronique.

E. Pas d'antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

* Son intensité peut être légère, modérée ou sévère.

* Les différentes formes cliniques de l'épisode dépressif caractérisé sont :

- avec caractéristiques mélancoliques,
- avec caractéristiques psychotiques (congruentes ou non à l'humeur),
- avec caractéristiques mixtes,
- avec caractéristiques atypiques,
- avec détresse anxieuse,
- avec catatonie,
- avec début durant le péri-partum.

* Le trouble dépressif caractérisé peut se présenter sous différentes formes évolutives :

- trouble dépressif caractérisé isolé,
- trouble dépressif caractérisé récurrent,
- trouble dépressif persistant (anciennement trouble dysthymique),
- trouble dysphorique prémenstruel.

* Diagnostics différentiels : autres troubles de l'humeur (toujours rechercher un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire, une psychose chronique, une cause médicale non psychiatrique, iatrogène ou toxique).

* Comorbidités : troubles anxieux, addictions (alcool), troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, comorbidités non-psychiatriques.

* Les complications sont principalement représentées par le risque de suicide, de désinsertion socioprofessionnelle, de récurrences dépressives et de comorbidités psychiatriques et non-psychiatriques.

* Pour les formes modérées à sévères, le traitement médicamenteux est toujours nécessaire : antidépresseur (1^{re} intention ISRS) pendant au moins 6 mois. Nécessité d'une surveillance clinico-biologique et réévaluation du risque suicidaire.

* L'ECT est indiqué dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux.

* Toujours associée une psychothérapie de soutien +/- une psychothérapie structurée.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Haute Autorité de Santé. ALD n° 23 – *Trouble dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte*. 2009.

Haute Autorité de Santé. *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours*. 2014.

Guelfi J.-D., Rouillon F. *Manuel de Psychiatrie*. 2^e édition. Elsevier Masson. 2012.

TROUBLES DE L'HUMEUR

item 62

TROUBLE BIPOLAIRE DE L'ADOLESCENT À L'ADULTE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble bipolaire
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble bipolaire.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi à tous les stades de la maladie.

1. INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est une maladie psychiatrique sévère, chronique et fréquente. Cette maladie est décrite depuis l'Antiquité et se caractérise par des **changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentées (la manie) ou diminuées (la dépression)**. En dehors de ces épisodes maniaques ou dépressifs, il est maintenant bien connu que les sujets atteints présentent également des troubles au cours des phases de stabilité de l'humeur avec des altérations persistantes, notamment : des fonctions cognitives, du sommeil, des rythmes circadiens, des systèmes immuno-inflammatoire, métaboliques, neurodéveloppementales et neurophysiologiques.

Le trouble bipolaire est d'origine multifactorielle, mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux.



HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Les premières descriptions de la mélancolie et de la manie sont apparues dans l'Antiquité, et c'est Arétée de Cappadoce qui fut le premier à utiliser le mot « manie » au II^e siècle av. J.-C. L'idée que la mélancolie et la manie pouvaient être liées à une seule et même maladie a été attribuée simultanément en 1854 à Jules Baillarger décrivant « la folie à double forme » et à Jean-Pierre Falret décrivant quant à lui « la folie circulaire ». Puis Emil Kraepelin en 1899 reconnaît une prédisposition constitutionnelle et héréditaire de la maladie qu'il appela alors les « psychoses maniaco-dépressives » individualisées des « démences précoces » appelées maintenant « schizophrénie ». Puis dans les années 1960, les auteurs internationaux séparent en deux entités distinctes les troubles unipolaires caractérisés par des épisodes dépressifs récurrents et les troubles bipolaires.

Les classifications nosographiques actuelles (CIM et DSM par exemple) ont toutes adopté maintenant l'entité nosographique « trouble bipolaire » et reconnaissent un spectre de sous-types de la maladie définissant ainsi « les troubles bipolaires ». Les deux grands sous-types à identifier pour l'ECN sont le trouble bipolaire de type I (alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés) et le trouble bipolaire de type II (alternance d'épisodes hypomaniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés).

Actuellement, il n'existe pas d'outil d'évaluation paraclinique pour le diagnostic des troubles bipolaires, c'est donc un **diagnostic clinique**. Plus précisément, le diagnostic des épisodes est **clinique**, le diagnostic de la maladie ou de ses sous-types est **évolutif**.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Il est classiquement reconnu que **1 à 4 % de la population générale** est atteinte des formes typiques du trouble bipolaire (sous-types I ou II). Néanmoins, si l'on considère le « spectre » de la maladie regroupant des entités moins sévères et/ou typiques, la prévalence de la maladie peut aller jusqu'à 10 % de la population générale.

L'âge de début du trouble bipolaire se fait classiquement entre 15 et 25 ans (juste après la puberté). Le sex-ratio est autour de 1. La moitié des sujets atteints débutent leur maladie avant 21 ans. Environ 60 % des sujets présentant un premier épisode maniaque ont un antécédant d'épisode dépressif majeur. On dit que c'est une maladie chronique car plus de 90 % des personnes ayant connu un épisode maniaque présenteront d'autres épisodes de troubles de l'humeur. À ce jour, le retard diagnostic est un véritable problème de santé publique et est d'environ 10 ans. Une

personne débutant son trouble vers 25 ans perd en moyenne : 9 années de vie, 12 années en bonne santé et 14 années d'activité professionnelle. **Selon l'OMS, le trouble bipolaire fait partie des dix maladies les plus invalidantes et coûteuses au plan mondial.**

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome maniaque

Le syndrome maniaque est caractérisé par la persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie.

L'installation peut être brutale ou progressive, avec ou sans facteur déclenchant externe. Les troubles du sommeil (insomnie) sont souvent prodromiques d'un nouvel épisode.

On peut comparer le sujet en état maniaque à une pile nucléaire chez qui tout va trop vite. C'est une urgence médicale (diagnostique et thérapeutique) même si le sujet généralement résiste et ne ressent pas le besoin d'être traité.

Les symptômes du syndrome maniaque peuvent être divisés en 3 grandes composantes :

- 1) les perturbations de l'affectivité (humeur, psychologie et émotions),
- 2) l'accélération psychomotrice
- 3) les signes associés (sommeil et rythmes, fonctions cognitives, alimentation, libido, retentissements).

Perturbation de l'affectivité	* Perturbations de l'humeur : - Gaie ; parfois décrite comme élevée, expansive, exaltée. - La joie et la gaité peuvent être remplacée par une irritabilité (attention le vécu subjectif n'est pas toujours agréable pour le sujet). * Psychologie maniaque (vision du monde) : - Augmentation de l'estime de soi, idées de grandeurs, sentiment de toute-puissance, mégalomanie. - Ludisme, contact familial, désinhibition. * Perturbations des émotions : - Labilité émotionnelle (émotions versatiles). - Hyperréactivité ou hyperesthésie (réactivité excessive de l'humeur aux stimuli émotionnels externes). - Hypersyntonie (participation spontanée et adhésion très rapide à l'ambiance affective du moment).
Accélération psychomotrice	* Accélération psychique : - Agitation psychique. - Tachypsychie (accélération des idées). - Pensée diffluente, fuites des idées (impression que les idées fusent). - Coqs à l'âne (changement rapide d'une idée à l'autre sans lien apparent). - Jeux de mots, associations par assonances.

Accélération psychomotrice	* Accélération motrice : - Agitation motrice, hyperactivité motrice. - Augmentation des activités à but dirigé (professionnelles, sociales ou sexuelles). - Logorrhée (augmentation du temps de parole). - Tachyphémie (augmentation de la vitesse de parole). - Hypermimie (augmentation des mimies).
Signes associés	* Perturbations du sommeil et des rythmes circadiens : - Insomnie partielle ou totale. - Réduction du besoin de sommeil. - Absence de sensation de fatigue. - Hypersthénie. * Perturbations des fonctions cognitives : - Anosognosie partielle ou totale (absence de conscience du trouble). - Hypervigilance, hyperréactivité. - Distractibilité, troubles de l'attention et de la concentration. - Hypermnésie. * Perturbations des conduites alimentaires : - Anorexie ou au contraire hyperphagie. - Amaigrissement (même en cas de prises alimentaires augmentées). - Possible déshydratation. * Augmentation de la libido, hypersexualité, comportements sexuels possiblement à risque. * Retentissement fonctionnel (social et professionnel) majeur. * Achats pathologiques/dépenses inconsidérées. * Comportements à risque, recherche de sensation fortes, prise de toxiques, conduites sexuelles à risque, vitesse... * Possibles actes médico-légaux à prévenir.

3.2. Syndrome hypomaniaque

Le syndrome hypomaniaque est également caractérisé par la persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie. Mais la symptomatologie et le retentissement fonctionnel sont moins importants que lors d'un accès maniaque.

Bien que **le tableau clinique soit moins sévère que pour l'épisode maniaque, le sujet présente une rupture totale avec l'état antérieur** (souvent constaté par l'entourage) **et manifeste comme pour l'épisode maniaque des perturbations pathologiques de l'affectivité (humeur et émotions), une accélération psycho-motrice et des signes associés (sommeil et rythmes, fonctions cognitives, alimentation, libido, retentissements).**

Ces perturbations doivent être présentes tous les jours pendant au moins 4 jours. Ce critère de durée peut également faire la différence avec un épisode maniaque dont la durée doit être > à 7 jours.

Contrairement à l'épisode maniaque, l'épisode hypomaniaque ne nécessite souvent pas d'hospitalisation en milieu de soins spécialisés. Néanmoins, un épisode hypomaniaque doit également être rapidement pris en charge avec adaptation thérapeutique.

3.3. Syndrome dépressif

Cf. Item 64.

3.4. Spécifications décrivant les caractéristiques du syndrome (épisode) actuel

3.4.1. Caractéristique psychotique

Un épisode maniaque ou dépressif caractérisé peut s'accompagner d'idées délirantes.

Attention, lors d'un état maniaque l'augmentation de l'humeur et de l'énergie se traduit par une augmentation de l'estime de soi avec des idées mégalomaniaques qui sont « pseudo-délirantes ». Il faudra différencier ces idées de grandeur d'un véritable syndrome délirant pour porter le diagnostic d'épisode maniaque avec caractéristique psychotique qui est composé :

- * De mécanismes délirants imaginatif et/ou intuitif, et/ou hallucinatoire, et moins souvent interprétatif.
- * Les thèmes sont souvent mégalomaniaques, mystiques, prophétiques, avec ou sans syndrome d'influence, et possiblement érotomaniaques, de persécution, de revendication, etc.
- * Ils sont systématisés mais peu organisés.
- * L'adhésion ou critique des idées délirantes est variable.

On spécifiera si ces idées délirantes sont congruentes ou non à l'humeur :

- * **La caractéristique psychotique sera congruente à l'humeur** dans le cas où le contenu des idées délirantes est consistant avec les thèmes typiques de l'épisode de l'humeur en cours. Par exemple, les idées maniaques de grandeur prennent une véritable organisation délirante mégalomaniaque, d'invulnérabilité ; ou des thèmes délirants de ruine, de culpabilité au cours d'un épisode dépressif.
- * Elles seront **non congruentes** si le contenu des idées délirantes n'est pas en lien avec les thèmes de l'épisode de l'humeur.

3.4.2. Caractéristique mixte

Des symptômes dépressifs peuvent apparaître au cours d'un épisode maniaque et durer quelques moments, heures, ou plus rarement des jours. On parle alors d'épisode maniaque ou hypomaniaque de caractéristique mixte.

Réciproquement des symptômes maniaques peuvent apparaître au cours d'un épisode dépressif. On parle alors d'épisode dépressif de caractéristique mixte.

Il est absolument indispensable d'identifier cette caractéristique car elle s'associe à un risque très augmenté de suicide.

3.4.3. Caractéristique anxieuse

Des symptômes anxieux peuvent accompagner un épisode maniaque, hypomaniaque ou dépressif. Ils peuvent se manifester chez le sujet par la sensation d'être tendu, d'être énervé ou impatient de manière inhabituelle, de présenter des difficultés de concentration à cause d'inquiétudes, la peur que quelque chose de terrible puisse arriver et l'impression que le sujet peut perdre le contrôle de lui-même.

Cette caractéristique anxieuse des épisodes doit être identifiée car elle s'associe à un risque augmenté de suicide, de durée plus longue du trouble, et de non réponse thérapeutique.

3.4.4. Caractéristique de début en péri-partum

Cette caractéristique est portée lorsque l'épisode de l'humeur ou ses symptômes se manifestent **au cours de la grossesse et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement (post-partum)**.

3.4.5. Caractéristique catatonique

Il s'agit d'un **syndrome trans-nosographique** qui peut apparaître au cours d'un épisode de l'humeur et qui peut se manifester par :

- * une **immobilité motrice se manifestant par une catalepsie** comprenant une flexibilité cireuse catatonique) ou une **stupeur catatonique**,
- * une **activité motrice excessive non influencée par les stimuli extérieurs et apparemment stérile** (on parle également de catatonie agitée lorsque présent),
- * une **négativisme extrême** (résistance immotivée et maintien d'une position rigide) ou **mutisme**,
- * des **mouvements volontaires particuliers et positions catatoniques** (maintien d'une position inappropriée ou bizarre), **mouvements stéréotypés, maniérismes ou grimaces**,
- * une **écholalie ou échopraxie** (répétition de mots ou de gestes).

3.4.6. Caractéristique mélancolique (si épisode dépressif caractérisé)

Cette caractéristique se manifeste par une **perte complète de la capacité à ressentir du plaisir** (cf. Item 64 : trouble dépressif).

3.4.7. Caractéristique atypique (si épisode dépressif caractérisé)

Cette caractéristique se manifeste par une réactivité de l'humeur et possiblement une augmentation du poids ou de l'appétit, une hypersomnie, des impressions de pesanteur/lourdeur d'un ou plusieurs membres et une sensibilité aux rejets interpersonnels.

3.5. Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents

3.5.1. Caractère saisonnier

Ce caractère peut être **porté quelque soit la polarité de l'épisode** (maniaque, hypomaniaque ou dépressif), et doit se manifester par :

- * une **relation temporelle régulière** entre la survenue des épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs et une période particulière de l'année (e.g. en automne ou en hiver), et non lié à des facteurs de stress environnementaux évidemment en lien avec la période (anniversaires traumatiques, etc.),
- * des **rémissions complètes** (ou un virement d'un épisode dépressif caractérisé vers un épisode maniaque ou hypomaniaque ou inversement) surviennent aussi au cours d'une période particulière de l'année,
- * **au moins 2 épisodes saisonniers** maniaques, hypomaniaques ou dépressifs **aux cours des 2 dernières années** et en l'absence d'épisodes non-saisonniers au cours de la même période,
- * une **vie entière du sujet marquée par nettement plus d'épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs saisonniers** que non saisonniers.

3.5.2. Cycles rapides

Cette spécification est associée avec un pronostic plus sévère et une résistance thérapeutique plus élevée. Elle est définie par la présence **sur les 12 derniers mois d'au moins 4 épisodes de l'humeur** toute polarité confondue (maniaques, hypomaniaques ou dépressifs).

4. LE TROUBLE BIPOLAIRE

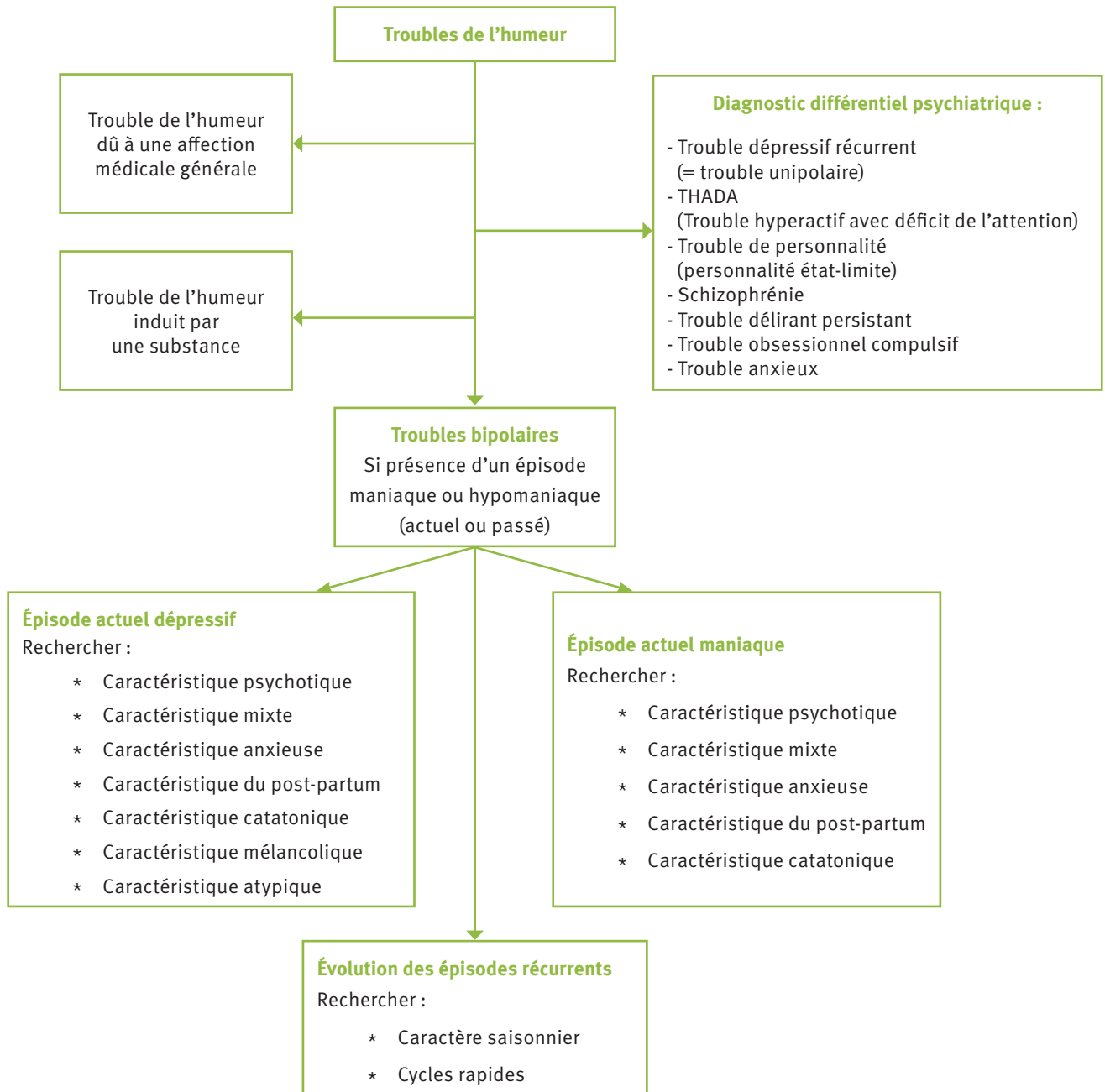


Figure 1. Arbre décisionnel résumant la stratégie diagnostic devant des troubles de l'humeur.

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Évaluations à réaliser lors du bilan initial

Lors du bilan initial, il faut effectuer un :

- * Recueil de l'anamnèse de l'histoire de la maladie avec les antécédents complets (revue de tous les épisodes passés et symptômes présents entre les épisodes).
- * Recherche d'antécédents de symptômes hypomaniaques, y compris sous antidépresseur.
- * Recueil des antécédents familiaux psychiatriques et addictologiques (en particulier de trouble de l'humeur et de tentatives de suicides).
- * Recueil des antécédents personnels de réponse aux traitements chez les sujets traités pour troubles de l'humeur.
- * Rechercher d'éventuels facteurs déclenchant des épisodes antérieurs.
- * S'aider de la présence d'un tiers lorsque le patient est d'accord et en sa présence.
- * Évaluation de l'affectivité, de l'énergie, du fonctionnement psychomoteur et recherche de signes associés.
- * Évaluer le fonctionnement familial, social et professionnel.
- * Rechercher systématiquement la présence d'idées suicidaires.
- * Rechercher systématiquement les comorbidités associées.

4.1.2. Poser le diagnostic d'épisode maniaque

Pour poser le diagnostic d'épisode maniaque dans le cadre du trouble bipolaire, il faut :

- * Une sémiologie telle que décrite précédemment.
- * Une évolution depuis plus de une semaine (ou tout autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- * Une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- * L'absence de diagnostic différentiel (effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale).

DSM-5

Épisode maniaque

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante ; et une augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but de manière anormale et persistante, pendant au moins une semaine et présent la plupart du temps, presque tous les jours (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante et représentent un changement marqué des conduites habituelles :
 1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. réduction du besoin de sommeil (par ex., le sujet se sent reposé après 3 heures de sommeil).
 3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. distractibilité (par ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants), rapportée ou observée.
 6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (i.e. activité non-orientée vers un but ou sans but).
 7. engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.
- C. Les perturbations de l'humeur sont suffisamment sévères pour entraîner une altération marquée du fonctionnement ou des activités sociales ou professionnelles, ou nécessiter une hospitalisation pour prévenir un danger pour soi ou les autres, ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.
- D. L'épisode ne doit pas être attribuable aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

L'utilisation d'échelles ou de questionnaires peut aider au dépistage, tel que le Mood Disorder Questionnaire (= « questionnaire des troubles de l'humeur », MDQ).

4.1.3. Les différentes formes cliniques

- * **Type I** : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) maniaque(s) ou mixte(s). Le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif. Il peut y avoir des épisodes hypomaniaques. Sans cause médicale non psychiatrique, iatrogénique ou toxique.
- * **Type II** : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) hypomaniaque(s) et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Sans cause médicale non psychiatrique, iatrogénique ou toxique.
- * **Virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseur (aussi appelé Type III)** : survenue d'un ou plusieurs épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) uniquement sous antidépresseur.

Il existe d'autres sous-types s'intégrant dans le spectre dit « élargi » des troubles bipolaires. Ces autres sous-types sont davantage l'affaire des spécialistes.

4.2. Diagnostics différentiels

Comme pour toute pathologie psychiatrique, a fortiori aiguë, une affection médicale générale devra être éliminée à l'aide :

- * **Bilan clinique complet** : à détailler de manière hiérarchique selon la présentation clinique. On recherchera en particulier des signes de : hypothyroïdie ou hyperthyroïdie, accidents vasculaires cérébraux et troubles neurologiques de type démence (surtout si patients de plus de 40 ans avec des troubles bipolaires d'apparition retardée), pathologie vasculaire ou tumorale frontale qui peut mimer certains troubles de l'humeur.

* **Bilan para-clinique :**

Bilan sanguin	Glycémie capillaire, voire veineuse. Ionogramme, calcémie. Bilan urinaire : urée, créatinémie. NFS, plaquettes, CRP. TSH _{US} . Bilan hépatique. Gaz du sang.
Bilan urinaire	Toxiques urinaires : cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines.
Imagerie	Cérébrale : scanner cérébral en urgence. EEG. ECG (bilan pré-thérapeutique des antipsychotiques).
Autres examens complémentaires	Selon points d'appels cliniques.

Les diagnostics différentiels liés à des affections médicales générales, pouvant induire des symptômes de troubles de l'humeur, sont :

- * Neurologiques : tumeur cérébrale, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, un début de démence.
- * Endocriniennes : troubles thyroïdiens, maladie de Cushing.
- * Métaboliques : hypoglycémie, troubles ioniques, etc.
- * Iatrogéniques : médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron-alpha, etc.).
- * Toxique : substances psychoactives (alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes). C'est le diagnostic différentiel le plus fréquent +++.

Les diagnostics différentiels psychiatriques du trouble bipolaire sont :

- * Trouble dépressif récurrent (=trouble unipolaire) (cf. Item 64).
- * Trouble de personnalité (personnalité état-limite) (cf. Item 64).
- * TDAH (Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) (cf. Item 66).
- * Schizophrénie (cf. Item 61).
- * Trouble anxieux (cf. Item 64).
- * Trouble obsessionnel compulsif (cf. Item 64).
- * Trouble délirant persistant (cf. Item 73).

Ces diagnostics différentiels psychiatriques, de par leur possible superposition symptomatique, contribuent à l'errance diagnostique du trouble bipolaire.

**IMPORTANT**

C'est le recueil rigoureux de l'anamnèse et de l'évolution des troubles du patient qui permettra de porter le diagnostic de trouble bipolaire et d'éviter ainsi le retard diagnostique et thérapeutique.

4.3. Comorbidités psychiatriques et non psychiatriques

De part leur fréquence et leur impact, ces comorbidités psychiatriques du trouble bipolaire devront systématiquement être recherchées (ils peuvent parfois se confondre avec les symptômes du trouble bipolaire):

- * **Addictions : environ 40 % à 60 % vie entière.** En particulier l'alcool (30-40 %), le cannabis (10-25 %), cocaïne et psychostimulants (10 %), sédatifs (< 10 %).
- * **Troubles anxieux : environ 40 % vie entière.** En particulier le trouble panique (15-25 %), les phobies sociales 10-20 %, les phobies simples (10 %).
- * **TDAH : environ 30 %** selon les études.
- * **Trouble de personnalité : environ 30 %** selon les études (surtout personnalité état-limite ou dite « borderline »).
- * **Troubles des conduites alimentaires :** 15 à 30 % vie entière.
- * **Trouble obsessionnel compulsif :** 10 à 30 % vie entière.
- * **Comorbidités non psychiatriques :** syndrome métabolique, risque cardiovasculaire, syndrome d'apnée obstructive du sommeil, pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, maladies neuro-dégénératives...

4.4. Notions de physio/psychopathologie

L'étiopathogénie exacte des troubles bipolaires n'est pas connue, mais la participation de facteurs génétiques et environnementaux est bien démontrée.



NEUROSCIENCE ET RECHERCHE

La présence d'un apparenté de premier degré atteint de trouble bipolaire entraîne une augmentation par 10 du risque de développer la maladie pour un sujet. L'héritabilité de la maladie (c'est-à-dire la part d'expression clinique liée aux gènes) est de 70 à 80 %. Il existe par ailleurs un nombre important de facteurs de risque environnementaux dont les traumatismes dans l'enfance (sexuels, affectifs ou émotionnels) et les stress environnementaux plus tardifs (aigus ou répétés).

Plusieurs biomarqueurs de susceptibilité et d'état de la maladie ont été mise en évidence en génétique, en neuro image-rie, en neurocognition, en sommeil, en biologie des rythmes circadiens, en immuno-inflammation, en neurophysiologie, en biochimie, etc.

Les recherches scientifiques actuelles tentent de transférer l'utilisation de ces biomarqueurs en clinique afin d'améliorer le dépistage et les prises en charge des patients.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

Le **pronostic de la maladie en est à sa prise en charge précoce et adaptée.**

Bien traités, les sujets atteints de trouble bipolaire peuvent présenter une rémission symptomatique et fonctionnelle avec une excellente insertion familiale, professionnelle et sociale. Néanmoins certains sujets peuvent présenter des symptômes résiduels en dehors des épisodes de l'humeur dont l'impact peut être très important en particulier sur le plan fonctionnel.

Si le **trouble bipolaire n'est pas correctement pris en charge, il peut se compliquer** :

- * **évolution plus sévère** des troubles avec l'apparition :
 - de **cycles rapides**,
 - de **troubles psychiatriques associés** : addictions à l'alcool et aux substances psychoactives illicites, troubles anxieux, etc.,
 - de **pathologies médicales non psychiatriques associées** : maladies cardiovasculaires, diabète, etc.
- * **suicide** (15 % des patients ayant un trouble bipolaire décèdent par suicide).
- * **actes médicolégaux** (liés à la désinhibition psychocomportementale).
- * **désinsertion** familiale (3 fois plus de divorces chez les sujets atteints de trouble bipolaire), professionnelle et sociale.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Stratégies de prévention

Certains antécédents du patient doivent faire penser au diagnostic de trouble bipolaire :

- * La présence d'antécédents de 3 épisodes dépressifs récurrents ou plus.
- * La notion d'hypomanie même brève, qui passe souvent inaperçue (non rapportée spontanément par le patient).
- * Un épisode atypique déclenché par un antidépresseur.
- * Le début d'un épisode (maniaque, dépressif ou psychotique) durant le post-partum.
- * Un début des épisodes dépressifs récurrents avant l'âge de 25 ans.
- * La présence d'antécédents familiaux de troubles bipolaires, de troubles dépressifs récurrents, d'addictions ou de suicide.
- * Des antécédents personnels de tentative de suicide.
- * Un antécédent de réponse atypique à un traitement antidépresseur (non-réponse thérapeutique, aggravation des symptômes, apparition d'une agitation, apparition de symptômes d'hypomanie).

6.2. Prise en charge en phase aiguë

Un épisode maniaque est une urgence médicale !

La prise en charge aiguë d'un épisode maniaque comporte :

- * **Hospitalisation en urgence en psychiatrie en milieu fermé.**
- * Admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (ASPD ou SDT).
- * Réhydratation.
- * Recherche systématique de prise de toxique.
- * Eliminer une cause médicale non psychiatrique.
- * Recherche systématique de contagage (MST).
- * **Chimiothérapie par thymorégulateur (appelé aussi stabilisateur de l'humeur) le plus précocement et au long cours** (car curatif de l'épisode aigu quelque soit sa polarité, préventif des récidives, et améliore le pronostic de la maladie et l'espérance de vie du patient).

- * Les 3 thymorégulateurs ci dessous ont tous l'AMM en 1^{re} intention :

Lithium (traitement de référence) :

TERALITHE 400 mg LP, 1 CP en posologie initiale avec **contrôle de la lithémie à 12 heures de la prise** (généralement le matin à 8 heures) : **équilibre entre 0,8 et 1,2 mEq/L**.

Le Lithium est le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide et sera donc à privilégier chez un patient suicidaire et/ou avec antécédent de tentative de suicide.

- * Le schéma d'introduction du lithium peut être le suivant pour adulte de poids et taille dans la moyenne :
 - 1 CP de TERALITHE LP 400 pendant 2 jours.
 - puis 2 CPs pendant 4 jours et dosage à 12 heures de la lithémie.
- * Si Lithémie < 0,5 mEq/L : augmentation de 1 CP et dosage à 4 jours.
- * Si Lithémie entre 0,5 et 0,8 mEq/L : augmentation de ½ CP et dosage à 4 jours.
- * Quand Lithémie est dans la fourchette thérapeutique (0,8 et 1,2 mEq/L) sur trois prélèvements hebdomadaires successifs : Lithémie tous les quinze jours pendant deux mois puis tous les 3 mois pendant un an puis tous les 6 mois.

Bilan pré-thérapeutique du Lithium :

- * NFS-plaquettes.
- * Ionogramme sanguin Créatininémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie.
- * Bilan hépatique.
- * Bilan thyroïdien (TSH).
- * ECG.
- * EEG (si antécédents de comitialité).
- * βHCG (femme en âge de procréer).

Surveillance par bilans rénal et thyroïdien annuel.

Anticonvulsivant

Anticonvulsivant type Divalproate de sodium (DEPAKOTE) 750 mg/jour en posologie initiale en 2 ou 3 prises.

- * Bilan pré-thérapeutique du Valproate :
 - NFS-plaquettes.
 - Bilan hépatique.
 - βHCG (femme en âge de procréer).
- * Surveillance par bilans NFS-plaquettes et hépatique réguliers pendant l'initiation puis tous les 6 mois.

Antipsychotique

Antipsychotique atypique (2^e génération) : Olanzapine (Zyprexa), Risperidone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel).

- * **Exemple** : Quetiapine, 400 mg/jour en 1 prise.
- * Avec ECG (mesure du QT corrigé préalable selon formule de Bazett), IMC (poids et tour de taille à surveiller), glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique.

- * **Tous** les autres thymorégulateurs sont en 2^e intention !
- * Il est possible de mettre une combinaison thérapeutique Lithium ou Valproate + antipsychotique atypique d'emblée pour les cas d'épisodes maniaques sévères.

- * Traitement symptomatique sédatif possible :
 - Benzodiazépines de type Diazepam 10 mg x4/jour (Valium) ou Lorazepam (Temesta) 2,5 mg x4/jour à but anxiolytique et sédatif, per os.
 - Sinon voie IM avec par exemple Diazepam 10 mg (Valium) ou Clorazépate dipotassique 20 mg (Tranxene).
 - ET/OU Neuroleptique sédatif type Loxapine (Loxapac) 50 mg IM.
 - * En dernier recours : isolement et contention des 4 membres pour protection du sujet (et après sédation chimique), si troubles du comportements majeurs avec risque auto ou hétéro-agressif élevé.
 - * **Prévention et surveillance du risque suicidaire et du risque hétéro-agressif.**
 - * **Sauvegarde de justice** (si dépenses ou achats excessifs) pour protection des biens en urgence (curatelle et tutelle prennent du temps et ne se font pas en urgence !).
 - * **ALD 30, à 100 %**, avec exonération du ticket modérateur.
 - * **Information des proches.**
 - * Suivi au long cours en ambulatoire à prévoir, et liaison avec le médecin traitant.
 - * **Surveillance efficacité et tolérance du traitement, de manière clinique et paraclinique :**
 - Examen clinique : agitation, symptômes maniaques, sommeil.
 - Surveillance de la tolérance des traitements : sédation trop profonde, hypotension orthostatique, constipation, dyskinesie aiguë, akathisie, syndrome extra-pyramidal.
 - Constantes : FC, PA (debout/couché), FR, Température.
 - ECG, Bilan lipidique, poids, tour de taille, Glycémie et ionogramme sanguin.
- De manière plus générale dans le trouble bipolaire, une hospitalisation se justifie en cas de :**
- * Troubles du comportement majeurs, qui peuvent engendrer des conséquences délétères pour le patient et pour l'entourage et les soignants.
 - * Risque suicidaire élevé.
 - * Forme sévère et/ou résistante au traitement nécessitant une réévaluation diagnostique et thérapeutique.
 - * Comorbidités complexes.
 - * Situation d'isolement ou de soutien sociofamilial non adapté.

6.3. Prise en charge au long cours

Les objectifs de prise en charge thérapeutiques à long terme énumérés par la HAS sont :

- * Stabiliser l'humeur.
- * Prévenir les rechutes.
- * Dépister et traiter les comorbidités psychiatriques et médicales.
- * Aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement.
- * Préserver les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie du patient.
- * Évaluer et tenter de préserver au maximum le niveau de fonctionnement social et professionnel, et la vie affective et relationnelle.
- * Prendre en compte le mode de fonctionnement psychique et une dimension plus subjective (affectivité, représentations).

L'hospitalisation n'est nécessaire pour la très grande majorité des patients que lors des phases de décompensations thymiques sévères et aiguës.

Ainsi, une prise en charge au long cours se réalise :

- * **En ambulatoire**, sur son secteur psychiatrique (zone de soins en fonction du domicile afin de proposer des soins au plus proche des patients).
- * HDJ et/ou CATTP peuvent être proposés en post-hospitalisation afin d'accompagner le patient et s'il persiste des symptômes résiduels.
- * **Prise en charge multidisciplinaire** (psychiatre, assistante sociale, psychologue, neuropsychologue, infirmière à domicile, ergothérapeute, médecin généraliste).
- * **Sur le plan chimiothérapeutique :**
 - Poursuite du traitement de fond thymorégulateur avec surveillance de la tolérance et de l'efficacité.
 - Éducation pour l'observance
 - Si possible, diminution et arrêt des traitements à risque de dépendance (Benzodiazépines, hypnotiques, etc.).
 - Pas d'automédication.
 - Surveillance et/ou arrêt des toxiques, aide au sevrage (cannabis, alcool, tabac).
- * **Psychothérapie avec objectifs à définir avec le patient** (voir plus bas).
- * Information et éducation sur la maladie.
- * Associations de patients et associations de familles : aide à informer et à soutenir les patients et leurs proches.
- * Liaison et Lettre au médecin traitant indispensable pour favoriser la bonne coordination des soins.
- * Prise en charge sociale :
 - Prise en charge à 100 % au titre de l'ALD 23.
 - Prise en charge du handicap mental (selon le cas) = Dossier MDPH/CDAPH en vue des différentes aides possibles (AAH, APL, MVA, PCH, autres).
 - Curatelle ou tutelle selon le cas (y penser dans les maladies psychiatriques chroniques en général).
- * Mesures de réinsertion professionnelle.
- * Objectif du suivi au long cours :
 - Diminution de la morbidité et de la mortalité.
 - Prévention des décompensations (rupture de traitement, toxiques).
 - Prévention du risque suicidaire et du passage à l'acte auto-agressif.

6.4. Traitement électrique

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.
- * Pour les patients dont les symptômes peuvent mettre en jeu le pronostic vital dans le cadre :
 - de troubles dépressifs sévères et/ou réfractaires aux thérapeutiques,
 - de mauvaise tolérance des psychotropes, comorbidités médicales non psychiatriques, terrain débilité, risque de décompensation de tare,
 - d'un état catatonique,

- d'un épisode maniaque sévère et prolongé,
- de contre-indication aux autres traitements (femme enceinte, personne âgée, etc.).

6.5. Psychoéducation

La psychoéducation se présente sous la forme de programmes d'information structurée.

La psychoéducation a démontré une excellente efficacité thérapeutique dans les troubles bipolaires en particulier. Ces mesures psychoéducatives sont proposées au patient et/ou à son entourage, en fonction des souhaits du patient et du secret médical.

Les objectifs sont :

- * d'améliorer la compréhension du trouble bipolaire,
- * d'améliorer la compréhension et l'utilité des traitements (action, effets secondaires, balance bénéfice-risque, etc.),
- * de développer la capacité à détecter les signes précurseurs de rechute,
- * d'encourager une régularité des rythmes de vie (régulation du sommeil, des rythmes sociaux),
- * de développer des capacités d'autosurveillance et de meilleures aptitudes à la gestion des facteurs de stress.

6.6. Psychothérapie

Attention, la psychothérapie s'associe au traitement médicamenteux sans s'y substituer !

La psychothérapie se fait en fonction de l'indication médicale, du désir du patient, de ses capacités d'élaboration et de la faisabilité de la technique employée.

Les différentes approches psychothérapeutiques possibles sont :

- * la psychothérapie de soutien,
- * la psychothérapie d'inspiration psychanalytique,
- * les thérapies comportementales et cognitives,
- * les thérapies interpersonnelles,
- * les thérapies familiales et systémiques,
- * l'hypnose.

Les objectifs possibles sont pour le patient :

- * d'accepter la maladie,
- * d'améliorer l'observance,
- * d'identifier des prodromes de rechutes,
- * de lutter contre le découragement et le sentiment d'échec personnel des patients, en particulier lors de rechutes,
- * d'apprendre à gérer les symptômes résiduels,
- * d'identifier les idées de suicide.

6.7. Remédiation cognitive

La remédiation cognitive est destinée à pallier les conséquences des troubles cognitifs (présentes chez 1/3 des patients avec trouble bipolaire) grâce à l'utilisation de méthodes rééducatives.

Cette thérapie se fait après un bilan neuropsychologique afin de définir les objectifs de travail avec le patient et d'en suivre les effets.

Elle peut avoir pour cibles thérapeutiques les troubles :

- * attentionnels,
- * mnésiques,
- * visuospatiaux,
- * exécutifs,
- * métacognitifs,
- * de cognition sociale.

6.8. Stratégies de réhabilitation

Chez certains patients et sur indication, des stratégies de réhabilitation sociale et professionnelle peuvent être travaillées. Ceci peut passer par une prise en charge institutionnelle ambulatoire (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, etc.).



RÉSUMÉ

Le trouble bipolaire est une maladie très sévère touchant 1 à 4 % de la population générale. L'étiopathogénie de la maladie se compose de facteurs de risque génétiques et environnementaux. La maladie se caractérise classiquement par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentés (manie) ou diminués (dépression). Ces épisodes de l'humeur font place à des périodes dites d'euthymie (stabilité de l'humeur) qui comportent souvent des symptômes intercritiques. Il existe des traitements thymorégulateurs (Lithium, Depakote, antipsychotiques atypiques) efficaces en aiguë et en prophylaxie. La chimiothérapie s'associera à des traitements adjuvants proposés au patient (psychoéducation, psychothérapie, remédiation cognitive, stratégies de réhabilitation, etc.). La prise en charge du patient avec un trouble bipolaire comportera également la prévention active du suicide et le traitement des comorbidités (addictions, troubles anxieux, TDAH, trouble de personnalité, troubles des conduites alimentaires et trouble obsessionnel compulsif).



POINTS CLEFS

- * Début typique des troubles bipolaires : 15-25 ans.
- * Épisode maniaque = persistance dans le temps d'une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie = urgence médicale !
- * Syndrome maniaque divisé en 3 grandes composantes :
 - 1) perturbations de l'affectivité : humeur et émotions,
 - 2) accélération psychomotrice,
 - 3) signes associés : sommeil et rythmes, fonctions cognitives, alimentation, libido, retentissements.
- * Spécifications décrivant les caractéristiques du syndrome (épisode) actuel :
 - Caractéristique psychotique.
 - Caractéristique mixte.
 - Caractéristique anxieuse.
 - Caractéristique de début en péri-partum.
 - Caractéristique catatonique.
 - Caractéristique mélancolique (si épisode dépressif caractérisé).
 - Caractéristique atypique (si épisode dépressif caractérisé).
- * Spécifications décrivant l'évolution des épisodes récurrents :
 - Caractère saisonnier.
 - Cycles rapides.
- * **Surveiller et prévenir le suicide +++.**
- * Repérer et traiter les **comorbidités**.
- * **Chimiothérapie par thymorégulateur le plus précocement et au long cours :**
 - Lithium (traitement de référence) : Teralithe 400 mg LP, équilibre entre 0,8 et 1,2 mEq/L. Le seul thymorégulateur efficace dans la prévention du suicide.
 - Anticonvulsivant type Divalproate de sodium (Depakote) 750 mg/jour.
 - Antipsychotique atypique (2^e génération) : Olanzapine (Zyprexa), Risperidone (Risperdal), Aripiprazole (Abilify), Quetiapine (Xeroquel).
- * Sauvegarde de justice pour protection des biens en urgence.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé – OMS).

DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition), American Psychiatric Association (APA).

Guelfi J.-D., Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 888 p. ISBN : 9782294711572.

Bourgeois M.-L., Gay C., Henry C., Masson M. *Les Troubles bipolaires*. Édition Lavoisier (Coll. Psychiatrie, Olié J.-P.). 2014. 620 p. ISBN : 9782257205650. Plus particulièrement voir les chapitres 53 et 54 sur la prise en charge médicamenteuse.

Recommandation HAS de mai 2009 sur les troubles bipolaires.

TROUBLES ANXIEUX

item 64b

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble anxieux généralisé.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

Le **trouble anxieux généralisé** (TAG) est un trouble anxieux marqué par une symptomatologie anxieuse chronique (soucis excessifs et mal contrôlés) évoluant pendant plus de 6 mois. On l'appelle parfois la « maladie des inquiétudes ».

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Ce trouble est fréquent puisque sa prévalence sur la vie entière en population générale serait de l'ordre de 5 %. On retrouve une prédominance féminine (2 femmes pour un homme).

Le TAG peut débuter à tout âge de la vie, mais le plus souvent il apparaît vraiment autour de 35-45 ans, chez des sujets ayant auparavant des traits de personnalité anxieuse. Il s'agit du trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Anxiété et soucis excessifs

La caractéristique principale du TAG est une appréhension continue non associée à un événement déclencheur particulier. Le patient présente des **inquiétudes** et des ruminations diverses (d'où l'appellation « généralisée ») concernant l'avenir, pour des petites choses ou des problèmes plus sérieux : problèmes de santé, risques d'accident pour soi-même ou ses proches, difficultés financières, etc. Cette **anxiété** apparaît **excessive**, c'est-à-dire **non justifiée** par des éléments réalistes, et **non contrôlable**, entraînant des problèmes de concentration sur les tâches courantes et des troubles très fréquents de l'endormissement. On peut aussi retrouver des symptômes d'**hyper-vigilance** avec réactions de sursaut au moindre bruit ou à la moindre surprise. Les symptômes doivent être continus, présents tous les jours ou presque.

3.2. Symptômes fonctionnels chroniques

Le TAG comprend également des **symptômes fonctionnels chroniques** qui peuvent être d'expression clinique variée : myalgies, céphalées, troubles du sommeil, troubles digestifs, hyperactivité végétative, asthénie, irritabilité, difficultés de concentration, etc.

Ces symptômes retardent fréquemment le diagnostic de TAG, les patients étant orientés vers des spécialités médicales non psychiatriques.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostic positif

DSM-IV-R

Critères du trouble anxieux généralisé

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois).
 - 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
 - 2. Fatigabilité.
 - 3. Difficultés de concentration ou trous de la mémoire.
 - 4. Irritabilité.
 - 5. Tension musculaire.
 - 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant).
- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, par exemple : l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une attaque de panique (trouble panique), d'être gêné en public (phobie sociale), d'être contaminé (trouble obsessionnel compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (trouble anxieux de séparation), de prendre du poids (anorexie mentale), d'avoir des multiples plaintes somatiques (trouble somatisation), ou d'avoir une maladie grave (hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post traumatique.

CE QUI CHANGE DANS LE DSM-5

Aucun changement n'a été apporté pour le DSM-5 en ce qui concerne les critères du TAG

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies médicales non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes **médicales générales** doivent être éliminées. Il s'agit essentiellement :

- * des pathologies cardiovasculaires : angor, hypertension artérielle, infarctus, troubles du rythme, etc.,
- * des pathologies de l'appareil respiratoire : asthme, etc.,

- * des pathologies neurologiques : épilepsie sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc.,
- * des pathologies endocriniennes : hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

4.2.2. Prises de toxiques

La prise de certains toxiques doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.2.3. Pathologies psychiatriques

Il s'agit des autres troubles anxieux, notamment l'état de stress post traumatique ou le trouble de l'adaptation avec anxiété (contrairement à ces pathologies « réactionnelles au stress », les patients souffrant de TAG présentent des inquiétudes permanentes, même en dehors de tout événement de vie stressant), le trouble panique et le trouble obsessionnel compulsif. L'hypochondrie doit également être évoquée, même si beaucoup de TAG ont une composante hypochondriaque (inquiétudes concernant la santé).

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TAG constitué.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

- * les autres troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, etc.),
- * les troubles de la personnalité dits « anxieux » (personnalité dépendante et personnalité évitante),
- * l'abus et la dépendance à une substance,
- * l'épisode dépressif caractérisé.

4.4. Notions de physio/psychopathologie

L'origine du TAG est multifactorielle avec l'implication de facteurs de vulnérabilité génétique (tempérament anxieux, sensibilité au stress) mais également de facteurs environnementaux (pression professionnelle, stress divers).

Au niveau cognitif, les mécanismes centraux sont les interprétations erronées avec attribution d'un caractère dangereux et menaçant aux stimuli environnementaux qui ne présentent aucune menace objective. Les modèles actuels insistent également sur le concept d'« intolérance à l'incertitude » dans le TAG.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Complications

L'épisode dépressif caractérisé est une complication fréquente du TAG qui doit toujours être recherchée. Le risque suicidaire doit donc régulièrement être évalué également.

Une pathologie addictive (alcool, benzodiazépines, cannabis) peut compliquer le TAG également.

Les répercussions socioprofessionnelles peuvent être importantes (arrêts de travail, perte de productivité).

5.2. Évolution

L'évolution du TAG est chronique, mais avec de possibles fluctuations (atténuation sur quelques semaines ou moins, puis nouveaux épisodes). Les liens avec les autres troubles anxieux sont étroits, de même qu'avec la dépression.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Le TAG est un trouble chronique qui nécessite donc un **traitement de fond**, au long cours, avec une approche préventive. Le traitement associe une **psychoéducation** de même que des moyens **psychothérapeutiques** et éventuellement **psychopharmacologiques**.

6.1. Psychoéducation

La **psychoéducation** est centrale dans la prise en charge du TAG. Elle doit associer explications sur les symptômes, réassurance et information sur la pathologie.

Des règles hygiéno-diététiques simples mais à installer sur la durée doivent également être expliquées au patient :

- * Arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres toxiques.
- * Bon équilibre alimentaire.
- * Règles hygiéno-diététiques de sommeil.
- * Pratiquer une activité physique régulière.
- * Techniques de relaxation.
- * Information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques.

Une information sur les risques de dépendance liée à l'usage prolongée des benzodiazépines doit être donnée, en raison de l'usage fréquent de ces médicaments en auto-médication.

6.2. Psychothérapie

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) doivent être privilégiées, ayant largement montré leur intérêt dans cette pathologie (cf. Item 71). Parmi elles, les stratégies centrées sur la gestion des émotions et des inquiétudes sont les plus pertinentes, avec un apprentissage de techniques de relaxation qui peut être décisif. Si le patient présente de bonnes capacités d'introspection, les thérapies psychanalytiques peuvent être envisagées.

6.3. Traitement psychopharmacologique

6.3.1. Traitement psychopharmacologique de fond

Le recours à un traitement médicamenteux au long cours peut se justifier dans les formes sévères et invalidantes, notamment lorsque les mesures précédentes n'ont pas été efficaces ou applicables. Le traitement psychopharmacologique principal repose sur l'utilisation des **antidépresseurs** avec en première intention les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) (cf. Item 72).

L'efficacité de ces molécules dans le TAG est indépendante de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée.

Le délai d'action des ISRS est de 3 à 4 semaines. La posologie est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. Cependant, on privilégiera des doses faibles à l'introduction du traitement. La durée du traitement est de 6 à 12 mois.

Exemple : paroxétine (Deroxat®).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) peuvent également être utilisés.

Exemple : venlafaxine (Effexor®).

La buspirone (Buspar®) peut également être utilisée, notamment chez le sujet âgé ou en cas de consommations massives d'alcool. En effet, cette molécule est dépourvue d'effets sédatifs ou cognitifs, d'interaction avec l'alcool ou de potentiel addictif. Son délai d'action est également de 2 à 3 semaines.

6.3.2. Traitement psychopharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les benzodiazépines peuvent également être utilisés de manière ponctuelle et bien limitée dans le temps (maximum 12 semaines) en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes. Elles peuvent aussi être utilisées transitoirement en association avec les antidépresseurs en attendant une efficacité optimale de ces derniers. L'hydroxyzine (Atarax®) peut constituer une alternative aux benzodiazépines. Ces molécules ne constituent en aucun cas un traitement de fond du TAG.

6.4. Prise en charge des comorbidités et complications

Les comorbidités et complications doivent également être prises en charge, notamment les abus ou dépendance à une substance et l'épisode dépressif caractérisé.

6.5. L'hospitalisation en psychiatrie

Elle n'est jamais nécessaire pour le TAG, sauf en cas exceptionnel de phase très aiguë et surtout en cas de comorbidité dépressive.



RÉSUMÉ

Le trouble anxieux généralisé est un trouble anxieux chronique fréquent (prévalence vie entière = 5 %). Il se caractérise par des **inquiétudes, permanentes, durables** (plus de 6 mois), **difficilement contrôlables** et **dirigées** sur au moins deux thèmes différents. Des **symptômes fonctionnels chroniques** sont également très souvent retrouvés. Ces symptômes, qui peuvent être d'expression clinique variée (myalgies, céphalées, troubles du sommeil, troubles digestifs, etc.) retardent fréquemment le diagnostic de TAG, les patients étant orientés vers des spécialités médicales non psychiatriques. Comme les autres troubles anxieux, l'évolution du TAG peut être marquée par plusieurs complications : épisode **dépressif caractérisé, suicide**, pathologies **addictives**. La prise en charge du TAG doit combiner une **psychoéducation**, une **psychothérapie** (TCC), et un traitement **psychopharmacologique** basé sur les **antidépresseurs** (ISRS) au long cours dans les formes sévères.



POINTS CLEFS

- * Le trouble anxieux généralisé est un trouble anxieux chronique caractérisé par des inquiétudes, permanentes, durables (évoluant depuis plus de 6 mois), difficilement contrôlables et dirigées sur au moins deux thèmes différents.
- * Le TAG comporte également des symptômes fonctionnels chroniques qui peuvent être d'expression clinique variée, souvent source d'un non-repérage des symptômes psychiques. L'insomnie est souvent au premier plan.
- * Les principaux diagnostics différentiels sont les pathologies médicales générales, les prises de toxiques, les autres troubles anxieux et l'épisode dépressif caractérisé.
- * Les complications principales sont l'épisode dépressif caractérisé et le suicide, ainsi que les pathologies addictives.
- * La prise en charge doit combiner une psychoéducation, une psychothérapie (TCC), et un traitement psychopharmacologique basé sur les antidépresseurs (ISRS) au long cours dans les formes sévères.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Guelfi J.-D., Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Édition : 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 888 p.

Pelissolo A. *Troubles anxieux et névrotiques*. EMC Traité de médecine Arkos. 2012 ; 7-0150.

TROUBLES ANXIEUX

item 64c

TROUBLE PANIQUE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble panique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

Le trouble panique (TP) est un trouble anxieux caractérisé par la **répétition** des **attaques de panique** (AP) et par la peur de leur survenue.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence sur la vie entière du TP varie entre 1 et 3 % selon les études en population générale. Il est plus fréquent en population féminine.

L'âge de début se situe typiquement entre 20 et 30 ans. Cependant, on retrouve également des débuts plus précoces à l'adolescence et sporadiquement à tout âge de la vie.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. La répétition des attaques de panique

La **répétition** des **attaques de panique** est la caractéristique principale du TP. Le plus souvent, ces AP sont spontanées et imprévisibles (pas de facteur déclenchant identifié), au moins au début de l'évolution du trouble.

Secondairement, les crises vont être de moins en moins spontanées et être liées à une anxiété **anticipatoire**, souvent associée à la confrontation à des situations redoutées dans le cadre d'une **agoraphobie** compliquant fréquemment le TP.

Pour la description de l'AP : cf. Item 347.

3.2. L'anxiété anticipatoire

La répétition des crises entraîne l'apparition d'une **anxiété anticipatoire**. Cette anxiété se manifeste par une anticipation permanente de la survenue d'une AP : le patient vit dans la crainte de voir se reproduire les AP de manière inopinée (puisqu'elles peuvent survenir effectivement de manière imprévisible). On parle de la « peur d'avoir peur ». Se développent alors des préoccupations concernant les conséquences possibles de l'AP, comme la peur de mourir ou de devenir fou, qui peuvent modifier le comportement du patient, et aboutir à des complications (isolement social, changement des habitudes de vie, etc.). Finalement, un mécanisme de conditionnement interne se met en place : tous les symptômes d'une AP potentielle et débutante, comme des palpitations ou des sensations vertigineuses, deviennent angoissants et peuvent déclencher réellement une crise complète.

3.3. L'agoraphobie

Une **agoraphobie** peut venir compliquer le TP. Le patient craint alors l'ensemble des situations dans lesquelles il ne pourrait facilement s'échapper ou dans lesquelles il ne pourrait être secouru en cas d'AP (espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos, etc.). Le patient finit par éviter ces situations, ce qui peut restreindre considérablement son autonomie. L'**agoraphobie** ne désigne donc pas seulement la peur de la « place publique » (agora) et des grands espaces, mais la peur de toutes les situations associées au risque d'AP.

Bien que TP et agoraphobie soient fréquemment associés, ces 2 entités diagnostiques peuvent être retrouvées de manière isolée chez certains patients. Il existe ainsi des formes d'agoraphobie sans TP et des formes de TP sans agoraphobie.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostic positif

DSM-IV-R

Critères du trouble panique sans agoraphobie

- A. À la fois critère (1) et critère (2) :
1. Attaques de panique récurrentes et inattendues.
 2. Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.
 - Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences.
 - Changement de comportement important en relation avec les attaques.
- B. Absence de l'agoraphobie.
- C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un TOC, un PTSD ou un trouble anxieux de séparation.

DSM-IV-R

Critères du trouble panique avec agoraphobie

- A. À la fois (1) et (2) :
1. Attaques de panique récurrentes et inattendues.
 2. Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.
 - Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences.
 - Changement de comportement important en relation avec les attaques.
- B. Présence d'agoraphobie.
- C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un TOC, un PTSD ou un trouble anxieux de séparation.



CE QUI CHANGE DANS LE DSM-5

Agoraphobie et TP ont été séparés puisque ces entités diagnostiques peuvent exister de manière isolée.

4.2. Les différentes formes cliniques

On distingue principalement 2 formes de TP : le TP avec ou sans agoraphobie. Il existe par ailleurs des formes de sévérité différente, notamment en fonction du nombre d'AP qui peut varier de quelques-unes par an à plusieurs par jour.

4.3. Diagnostics différentiels

4.3.1. Pathologies médicales non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes médicales générales doivent être éliminées. Il s'agit essentiellement :

- * Des pathologies cardiovasculaires : angor, hypertension artérielle, infarctus, troubles du rythme, etc.
- * Des pathologies de l'appareil respiratoire : asthme, etc.
- * Des pathologies neurologiques : épilepsie, sclérose en plaque, crises migraineuses, accidents ischémiques transitoires, etc.
- * Des troubles ORL : pathologies de l'oreille interne.
- * Des pathologies endocriniennes : hypoglycémie, diabète, dysthyroïdie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie, etc.

4.3.2. Prises de toxiques

La prise de certains toxiques doit être recherchée : amphétamines, cocaïne, hallucinogènes, cannabis, etc.

Un syndrome de sevrage doit également être éliminé (alcool, benzodiazépines, opiacés, etc.).

4.3.3. Pathologies psychiatriques

Il s'agit des autres troubles anxieux (phobie sociale, phobie spécifique, état de stress post traumatique, etc.). L'hypochondrie doit également être recherchée, mais elle est souvent associée au trouble panique.

Un épisode dépressif caractérisé constitue également un diagnostic différentiel mais peut très bien compliquer un TP constitué.

4.4. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

- * Les autres troubles anxieux (phobie sociale, trouble panique, etc.).

- * Les troubles de la personnalité dits « anxieux » (personnalité dépendante et personnalité évitante).
- * L'abus et la dépendance à une substance.
- * L'épisode dépressif caractérisé.

4.5. Notions de physio/psychopathologie

Les mécanismes étiopathogéniques du TP ne sont pas connus. L'origine de cette pathologie est multifactorielle : facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux.

Au niveau cognitif, les modèles actuels mettent en avant l'interprétation erronée des sensations internes (c'est le concept de « phobie intéroceptive »). Les patients auraient ainsi tendance à interpréter de manière catastrophiste certaines sensations internes physiologiques. Ceci renforcerait l'anxiété et ses symptômes physiques, générant de nouvelles interprétations catastrophistes. Un véritable « cercle vicieux » s'installe alors.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Complications

L'épisode dépressif caractérisé est une complication fréquente du TP qui doit toujours être recherchée (60 à 70 % des cas). Le risque suicidaire doit donc régulièrement être évalué.

Une pathologie addictive vient aussi fréquemment compliquer le TP (20 à 40 % des cas).

Les répercussions socioprofessionnelles peuvent également être importantes : besoin d'être accompagné, limitation des déplacements par crainte des transports en communs, des lieux publics, de l'éloignement du domicile, etc.

5.2. Évolution

L'évolution du TP est généralement chronique. Les principaux facteurs de pronostic sont la durée d'évolution du trouble, les comorbidités psychiatriques et addictologiques et l'importance du retentissement sur la vie quotidienne du patient. Une amélioration partielle est possible spontanément sur le long terme (après 10 ou 15 ans par exemple) : les AP peuvent s'espacer voire disparaître, mais l'anxiété anticipatoire et surtout l'agoraphobie persistent souvent pendant des années.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Le TP est un trouble chronique qui nécessite donc un **traitement de fond**, au long cours. Le traitement associe des moyens **psychopharmacologiques**, **psychothérapeutiques** et une **psychoéducation**. L'objectif principal est le contrôle des AP.

6.1. Psycho éducation

La **psychoéducation** est centrale dans la prise en charge du TP car il s'agit souvent d'une pathologie chronique avec des risques importants de rechute. Elle doit associer explications sur les symptômes de l'AP, réassurance et information sur la pathologie.

Des règles hygiéno-diététiques simples doivent également être expliquées au patient :

- * Arrêt des excitants : café, tabac, alcool et autres toxiques.
- * Bon équilibre alimentaire.
- * Règles hygiéno-diététiques de sommeil.
- * Pratiquer une activité physique régulière.
- * Techniques de relaxation.
- * Information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques.

6.2. Psychothérapie

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) doivent être privilégiées, ayant largement montré leur intérêt dans cette pathologie (cf. Item 71). Les techniques les plus utiles sont centrées sur l'exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des AP et aux situations redoutées en cas d'agoraphobie associée. La place des méthodes de relaxation est également importante. Dans certains cas, d'autres formes de psychothérapie (psychanalytique, familiale) peuvent être envisagées, en fonction de la demande du patient et des facteurs psychologiques associés.

6.3. Traitement psychopharmacologique

6.3.1. Traitement psychopharmacologique de fond

Le traitement psychopharmacologique principal repose sur l'utilisation des **anti-dépresseurs** avec en première intention les **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) (cf. Item 72). Cette prescription est justifiée dans les formes sévères, avec des AP fréquentes et un retentissement important.

L'efficacité de ces molécules dans le TP est indépendante de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée.

Le délai d'action des ISRS est de 3 à 4 semaines. La posologie est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. Cependant, on privilégiera des doses faibles à l'introduction du traitement, car une augmentation trop rapide des posologies peut aggraver les AP initialement. La durée du traitement est de 6 à 12 mois.

Exemple : paroxétine (Deroxat®).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) peuvent également être utilisés.

Exemple : venlafaxine (Effexor®).

6.3.2. Traitement psychopharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les psychotropes à activité anxiolytique rapide comme les benzodiazépines peuvent également être utilisés de manière ponctuelle et bien limitée dans le temps (lors des crises ou sur quelques jours au maximum) en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes. Elles peuvent aussi être utilisées transitoirement en association avec les antidépresseurs en attendant une efficacité optimale de ces derniers, en prévenant le patient des risques de dépendance et en associant une prise en charge comportementale. L'hydroxyzine (Atarax®) peut constituer une alternative aux benzodiazépines. Ces molécules ne constituent en aucun cas un traitement de fond du TP.

6.4. L'hospitalisation en psychiatrie

Elle doit rester exceptionnelle, en cas de manifestations anxieuses envahissantes ou de comorbidité dépressive avec risque suicidaire.

6.5. Prise en charge des comorbidités et complications

Les comorbidités et complications doivent également être prises en charge, notamment les abus ou dépendance à une substance et l'épisode dépressif caractérisé.



RÉSUMÉ

Le trouble panique est un trouble anxieux chronique fréquent (prévalence vie entière = 1 à 3 %) caractérisé par la **répétition d'attaques de panique**, pour certaines **spontanées** et **imprévisibles** (notamment en début d'évolution du trouble). Secondairement, les crises vont être de moins en moins spontanées et être liées à une **anxiété anticipatoire** (« peur d'avoir peur »), souvent associée à la confrontation à des situations redoutées dans le cadre d'une **agoraphobie** compliquant fréquemment le TP. Comme pour les autres troubles anxieux les principales complications sont : l'épisode dépressif caractérisé, le **suicide**, les pathologies **addictives** mais également celles liées à un évitement de situations redoutées. La prise en charge doit combiner une **psychoéducation**, une **psychothérapie** (TCC), et un traitement **psychopharmacologique** basé sur les **antidépresseurs** (ISRS).



POINTS CLEFS

- * Le trouble panique est un trouble anxieux chronique caractérisé par la **répétition d'attaques de panique**, pour certaines **spontanées** et **imprévisibles**.
- * La répétition des crises entraîne l'apparition d'une **anxiété anticipatoire** qui peut alors se compliquer d'**agoraphobie**.
- * Les principaux diagnostics différentiels sont les pathologies **médicales générales**, les prises de **toxiques**, certaines pathologies **psychiatriques**.
- * Les complications principales sont l'épisode dépressif caractérisé et le **suicide**, les pathologies **addictives** et les complications liées à un évitement de nombreuses situations redoutées.
- * La prise en charge doit combiner une **psychoéducation**, une **psychothérapie** (TCC), et un traitement **psychopharmacologique** basé sur les **antidépresseurs** (ISRS).



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Guelfi J-D, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Édition : 2e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 888 p.

Pelissolo A. *Troubles anxieux et névrotiques*. EMC Traité de médecine Arkos. 2012 ; 7-0150.

TROUBLES ANXIEUX

item 64d

TROUBLE PHOBIQUE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Diagnostics préférentiels
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble phobique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

Une phobie se caractérise par :

- * une peur très intense et souvent incontrôlable déclenchée par la confrontation à un objet ou une situation redoutée mais non objectivement dangereuse ;
- * cette peur entraîne des conduites d'évitement ;
- * lorsque le sujet est obligé de se confronter à l'objet ou à la situation phobogène, cela se fait au prix d'une angoisse extrême et éventuellement d'une attaque de panique (cf. Item 347) ;
- * la peur est source de handicap du fait des conduites d'évitement et des anticipations anxieuses.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les phobies sont parmi les pathologies psychiatriques les plus fréquentes. Au cours de leur vie, 10 à 12 % des sujets présenteront une phobie spécifique et environ 5 % une phobie sociale.

3. SÉMÉIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Phobies spécifiques

3.1.1. Description clinique

Autrement appelées phobies simples, elles se définissent par la **crainte irraisonnée et incontrôlable** d'un objet ou d'une situation (que l'on appellera phobogène) qui n'ont pas de caractère dangereux objectif. La peur, qui peut aller jusqu'à une **attaque de panique** (cf. Item 347), apparaît en présence de l'objet ou de sa représentation mais elle peut parfois être déclenchée par sa simple évocation mentale et disparaît en l'absence de l'objet ou en dehors de la situation.

La peur entraîne deux types de réactions : la sidération ou les comportements d'**évitement** (la fuite). Elle peut également être à l'origine d'**attitudes de réassurance** telles que l'utilisation d'objets contra-phobiques (réellement protecteurs ou seulement rassurants symboliquement). On peut également observer une anticipation anxieuse avec hyper vigilance du sujet pour s'assurer de l'absence de l'objet phobogène. Ces phobies sont dites **spécifiques** car limitées à un seul « objet » bien défini, avec un mécanisme de conditionnement simple (« réflexe de peur »), alors que l'agoraphobie et les phobies sociales, sous-tendues par des mécanismes plus complexes, peuvent s'étendre à un grand nombre de situations différentes.

À noter que les phobies spécifiques sont très fréquentes chez l'enfant et s'inscrivent généralement dans le développement normal. Les thématiques évoluent avec l'âge, par exemple peur des créatures imaginaires, peur des phénomènes naturels (orage, feu, eau), peur de l'obscurité, peur des animaux, etc. On ne considérera ces phobies de l'enfant comme pathologiques que si leur intensité est importante, si elles persistent de manière prolongée et surtout si elles deviennent envahissantes au point d'avoir un retentissement sur les activités de l'enfant.

3.1.2. Sous-types

On distingue :

* Les **phobies typiques** :

- Les phobies d'**animaux** (zoophobies) : ce sont les plus fréquentes des phobies avec par ordre de fréquence les phobies des araignées (arachnophobie), d'insectes, de souris, de serpents mais tous les animaux peuvent être concernés.
- Les phobies d'**éléments naturels** : elles regroupent la phobie des orages, des hauteurs, du vide, de l'eau.
- La phobie du **sang** : on y rattache également la phobie des injections et des interventions chirurgicales. Elle a la particularité physiologique de provoquer une bradycardie et très souvent un évanouissement, contrairement aux autres phobies qui entraînent une tachycardie. Ce phénomène peut être déclenché par la vue mais aussi par la simple odeur du sang.
- Les phobies de type **situationnel** : il peut s'agir de la peur des tunnels, des ponts, des lieux clos (claustrophobie). Ce sous-type moins homogène inclut probablement des patients présentant un trouble panique avec agoraphobie (cf. Item 64C).

* Les **phobies atypiques** (« faux-amis ») :

- La **nosophobie**, ou peur de contracter une maladie, peut s'intégrer dans différents cadres nosologiques : trouble obsessionnel compulsif, mélancolie, syndromes délirants.
- Les phobies d'**impulsion** : il s'agit de la crainte de réaliser impulsivement et sans le vouloir, en présence d'objets ou de situations pouvant être utilisés de façon agressive, un acte immoral, dangereux, auto ou hétéro agressif. Ces peurs sont aujourd'hui classées dans les troubles obsessionnel-compulsifs, car le symptôme principal est une obsession (peur de ne pas pouvoir se contrôler). On peut retrouver également des phobies d'impulsion dans certains épisodes dépressifs caractérisés, notamment du post-partum (peur de blesser son enfant). L'acte redouté n'est jamais commis, s'il n'est pas désiré par le patient.
- * La **phobie scolaire** : chez l'enfant, il s'agit d'une phobie de situation. La crise d'angoisse aiguë ou l'attaque de panique survient au moment où l'enfant se rend à l'école ou est déjà dans l'école. Cette peur peut-être globale ou partielle, portant sur certaines composantes de la scolarité (mathématique, lecture, temps de récréation, etc.) Lorsque l'enfant est contraint d'affronter la situation, il manifeste des réactions de fuite, de détresse ou d'agressivité.

3.2. Phobie sociale

3.2.1. Description clinique

La phobie sociale est la **crainte** d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le **jugement d'autrui**. Cette crainte est accompagnée de manifestations somatiques de l'anxiété (tachycardie, rougeur, polypnée, sueurs, etc.) qui sont eux-mêmes redoutés, et peut aller jusqu'à une **attaque de panique**. L'anxiété sociale est source :

- * d'une grande souffrance ;
- * d'une **anxiété anticipatoire** : le sujet anticipe d'être humilié par son propre comportement (par exemple rougir, bredouiller), mais il anticipe aussi le jugement négatif d'autrui ;
- * d'**évitements** multiples des situations sociales qui entraînent une altération de la qualité de vie du sujet.

Les phobies sociales incluent la peur de parler ou de se produire en public, la peur de rougir ou éreutophobie, la peur de manger ou de boire en public.

3.2.2. Formes cliniques

On distingue les :

- * formes **limitées** à une ou deux situations sociales telles que la peur de manger ou de parler en public (anxiété de performance, forme très intense et systématique du « trac ») ;
- * formes **généralisées** à toutes les situations sociales : toute interaction sociale est source pour le sujet d'un sentiment d'angoisse et de honte intense ;
- * formes **confrontantes** : le patient affronte les situations redoutées grâce à des évitements plus subtils (froideur relationnelle, agressivité, ironie systématique) mais les situations sociales restent source d'une grande tension interne ;
- * formes **associées à une personnalité évitante** : ce sont les plus difficiles à traiter, du fait d'une mauvaise prise de conscience de la peur sous-jacente aux évitements, qui sont peu « égodystoniques ».

3.3. Agoraphobie

Il s'agit de la peur des espaces d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels il pourrait être difficile d'obtenir du secours en cas de problème (par exemple un supermarché, une foule, mais aussi un lieu isolé). Cette peur est à l'origine du déclenchement d'attaques de panique lorsque le sujet se trouve confronté à la situation redoutée (on parle d'ailleurs de trouble panique avec ou sans agoraphobie). Cf. Item 64C.

4. DIAGNOSTIC DES TROUBLES PHOBQUES

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic des troubles phobiques repose sur :

- * le caractère persistant, intense et irraisonné de la peur ;
- * la symptomatologie anxieuse paroxystique réactionnelle à l'exposition à l'objet ou la situation phobogène ;
- * les évitements, l'anticipation anxieuse ou la souffrance, causes d'un retentissement sur la vie quotidienne du sujet.

DSM-IV

Critères diagnostiques de la phobie spécifique

- A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (par exemple, prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang).
- B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.
- D. La (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

DSM-IV

Critères diagnostiques de la phobie sociale

- A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante.
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
- D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex., une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.
- H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles.

DSM-5 : CE QUI CHANGE

- A. La durée d'évolution d'au moins 6 mois est étendue à tous et non plus seulement aux sujets de moins de 18 ans.
- B. Le critère selon lequel le sujet reconnaît le caractère irraisonné de sa peur disparaît.
- C. Le type « généralisé » est supprimé.

4.2. Diagnostics différentiels

Avant de porter le diagnostic de phobie spécifique, il faut éliminer :

- * une agoraphobie : peur de se retrouver dans une situation où l'on ne peut être aidé ou dont on ne peut sortir facilement en cas de problème ;
- * un trouble panique : les attaques de panique sont récurrentes, inattendues et non limitées aux situations phobogènes ;
- * un état de stress post-traumatique : les évitements sont liés à des stimuli qui évoquent le traumatisme. Le tableau est complété par un syndrome de répétition et par une hyper-activation neuro-végétative ;
- * un trouble obsessionnel-compulsif notamment avec phobies d'impulsion ;
- * une schizophrénie ou un autre trouble psychotique.

Avant de porter le diagnostic de phobie sociale, il faut éliminer :

- * une agoraphobie : certaines situations sociales peuvent être redoutées, comme la foule ou les lieux publics, mais du fait de l'impression d'enfermement qu'elles déclenchent et non du fait d'une peur du jugement d'autrui ;
- * un trouble panique : les attaques de panique sont récurrentes, inattendues et non limitées aux situations sociales ;
- * un trouble envahissant du développement et personnalité schizoïde : les situations sociales sont évitées non pas par crainte du jugement d'autrui mais par manque d'intérêt ;
- * un trouble anxieux généralisé : l'anxiété ne porte pas uniquement sur les situations sociales et n'est pas liée au jugement d'autrui ;
- * un épisode dépressif caractérisé : l'anxiété et l'évitement social peut être un symptôme inclus à un syndrome dépressif, mais ces deux diagnostics peuvent aussi être associés.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Les phobies simples sont peu sources de complication sauf en cas de retentissement très sévère sur la vie du sujet.

Au contraire, la phobie sociale étant généralement source d'un plus grand handicap fonctionnel avec réduction du soutien social, isolement, difficultés scolaires et professionnelles, elle peut être associée aux troubles suivants :

- * Dépendance et abus de substance : la phobie sociale est un grand pourvoyeur de dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines ou au cannabis.
- * Épisode dépressif caractérisé.
- * Autre trouble anxieux.

4.4. Notions de psychopathologie

La pathologie phobique a une double étiologie :

- * Un terrain de **vulnérabilité biologique** inné (lié à des facteurs génétiques).
- * Des **influences environnementales** : les événements de vie traumatisant, l'apprentissage social par imitation de modèles (par exemple, un des parents présentant lui-même une phobie) ou l'intégration de messages d'alertes (par exemple, un parent trop anxieux qui souligne les dangers liés à certaines situations).

La part de ces deux facteurs semble être variable en fonction du type de phobie.

Des mécanismes de conditionnement (« réflexe de peur ») sont toujours présents, associés dans les phobies sociales à des traits de personnalité anxieuse ou fragile (émotivité, faible estime de soi, etc.).

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

Les phobies spécifiques apparaissent généralement durant l'enfance ou au début de l'adolescence mais la plupart disparaîtront ou s'atténueront au début de l'âge adulte. Par contre si elles persistent au début de l'âge adulte, leur évolution est alors le plus souvent chronique, le taux de rémission spontanée ne dépassant pas les 20 %.

La phobie sociale apparaît généralement entre 10 et 20 ans. Le début peut-être insidieux ou brutal, faisant suite à une expérience stressante ou humiliante. Son évolution est ensuite chronique bien que la sévérité du trouble puisse s'atténuer avec les années. Le principal risque évolutif est lié à son retentissement sur l'insertion socioprofessionnelle du sujet. Ainsi, par peur de la prise de parole en public, un sujet peut renoncer à passer certains examens ou à une promotion professionnelle. Il risque également d'avantage de s'isoler sur le plan affectif.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Psychothérapie

La prise en charge des troubles phobiques se fait en ambulatoire et repose en premier lieu sur une prise en charge psychothérapeutique.

Les **thérapies comportementales et cognitives** (TCC) sont validées dans le traitement des troubles phobiques. Elles s'appuient sur diverses techniques :

- * L'exposition in vivo graduée ou désensibilisation systématique : le sujet s'expose volontairement de façon progressive mais prolongée aux objets ou situations redoutées (y compris aux situations sociales dans le cas de la phobie sociale).
- * La restructuration cognitive : le patient apprend à identifier puis à modifier ses croyances et pensées automatiques à propos de la situation.

Dans le cas des phobies sociales, les TCC de groupe sont les plus efficaces, car elles permettent des exercices d'exposition au « public », des jeux de rôle et un apprentissage de l'affirmation de soi.

6.2. Place de la pharmacothérapie

Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques. Les anxiolytiques sont souvent utilisés ponctuellement mais ne modifient pas le trouble phobique au long cours et exposent à un risque de dépendance.

En revanche, dans la prise en charge des phobies sociales sévères, le recours aux **antidépresseurs** de type **inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine** peut permettre de diminuer les anticipations anxieuses et les activations émotionnelles en situation sociale. Ceci facilitera alors les expositions et donc le travail psychothérapeutique.



RÉSUMÉ

Les troubles phobiques sont des **troubles anxieux chroniques** caractérisés par **une peur intense, incontrôlable et irrationnelle** d'un **objet** ou d'une situation donnée. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une **anticipation anxieuse** et de **conduites d'évitements**.

Parmi les phobies, on distingue :

- * Les **phobies spécifiques** limitées à des objets ou des situations très particulières. Plusieurs sous-types sont décrits : animaux, éléments naturels, sang et situationnels.
- * La **phobie sociale** : peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui. Sa gravité est liée au retentissement sur la qualité de vie et l'insertion socioprofessionnelle du sujet.

Leur évolution est le plus souvent **chronique** même si l'intensité des symptômes peut avoir tendance à diminuer avec les années. Plusieurs complications sont possibles, notamment pour la phobie sociale : **trouble lié à l'usage d'une substance, épisode dépressif caractérisé** ou **autre trouble anxieux**. La prise en charge des phobies repose sur les **thérapies comportementales et cognitives** mais un traitement médicamenteux par **inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine** peut être envisagé dans les formes de phobie sociale invalidante.



POINTS CLEFS

Les troubles phobiques sont des **troubles anxieux chroniques** caractérisés par **une peur intense, incontrôlable et irrationnelle** d'un **objet** ou d'une situation donnée. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une **anticipation anxieuse** et de **conduites d'évitements**.

Les **phobies spécifiques** se limitent à des objets ou des situations très particulières.

La **phobie sociale** est la peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui.

L'évolution est le plus souvent **chronique** même si l'intensité des symptômes peut avoir tendance à diminuer avec les années.

La phobie sociale peut se compliquer de **trouble lié à l'usage d'une substance**, d'un **épisode dépressif caractérisé** ou d'un **autre trouble anxieux**.

La prise en charge repose sur les **thérapies comportementales et cognitives**.

Le traitement médicamenteux par **inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine** est utile dans les formes de phobie sociale invalidante.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

André C. « Phobies spécifiques et phobies sociales ». In Guelfi J.-D., Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Édition : 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 888 p.

Pelissolo A. *Troubles anxieux et névrotiques*. EMC Traité de médecine Arkos. 2012 ; 7-0150.

TROUBLES ANXIEUX

item 64e

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Diagnostic des troubles phobiques
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble obsessionnel compulsif.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est l'une des pathologies psychiatriques les plus **fréquentes** et les plus **invalidantes**. Il associe de façon variable 2 types de symptômes spécifiques : des **obsessions** et des **compulsions**.



POUR EN SAVOIR PLUS : HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Jusque dans les années 1980, le terme de névrose obsessionnelle était utilisé pour décrire des patients présentant des obsessions, des compulsions et certains traits de personnalité (personnalité obsessionnelle ou anankastique). À partir des années 1980, et de la parution de la troisième version du DSM, apparaît le concept de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Cette présentation marque un tournant vers une conception athéorique du trouble. Le diagnostic de TOC devient indépendant de la personnalité présentée par le patient. Cette conception diffère de l'approche psychodynamique qui prévalait jusqu'alors pour laquelle la présence simultanée de symptômes obsessionnels et compulsifs et d'une personnalité obsessionnelle était requise pour porter le diagnostic. Dans le DSM-5 (2013), le TOC est une pathologie qui sort du groupe des troubles anxieux. Les experts du groupe de réflexions sur le TOC ont en effet considéré que l'anxiété constitue un phénomène secondaire. Dans cette nouvelle classification, le TOC intègre d'autres pathologies dites du spectre obsessionnel et compulsif comme la trichotillomanie, le trouble d'excoriation compulsive, la dysmorphophobie, l'accumulation compulsive.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence des TOC sur la vie entière est estimée à environ 2 %. C'est globalement une maladie du sujet jeune puisque 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ un tiers dès l'enfance. Le sex-ratio est de 1.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Les obsessions

Les **obsessions** sont caractérisées par **l'irruption de pensées**, de représentations en désaccord avec la pensée consciente du sujet (mais perçues comme provenant de son esprit). Elles sont :

- * récurrentes et persistantes ;
- * ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet ;
- * source d'anxiété ou d'inconfort. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

La reconnaissance du caractère pathologique (excessif et non raisonnable) des symptômes n'est pas systématique. Elle est, en effet, variable selon les patients et selon les situations (faible lors de la survenue d'obsessions). On estime ainsi que près de 30 % des patients ont un insight (ou conscience du trouble) faible à nul.

3.2. Les compulsions et rituels

Les **compulsions** sont des **comportements répétitifs** (se laver, ordonner, ranger, vérifier, etc.) ou actes mentaux (compter, répéter des mots, etc.) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

Ces compulsions sont destinées à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés. Elles sont soit sans relation réaliste avec ce qu'elles proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessives et ne sont pas source de plaisir au delà du soulagement de l'angoisse.

Les **rituels** sont des actes rigides et stéréotypés obéissant à des règles idiosyncrasiques ayant un caractère conjuratoire.

3.3. L'évitement

Un grand nombre de patients développent, pour limiter la survenue des obsessions et des compulsions, un évitement vis à vis des situations favorisant l'émergence d'obsessions ou compulsions.

3.4. Thématiques

Les obsessions et compulsions peuvent avoir différents thèmes. On peut retenir quatre grandes thématiques aux symptômes obsessionnels et compulsifs (cf. tableau 1).

Nom du thème	Caractéristiques
Contamination (« les laveurs »)	Obsessions de contamination Compulsions et rituels de lavage (des mains, du corps entier, des objets) et d'évitement (ne pas toucher, porter des gants)
Pensées interdites (« les vérificateurs »)	Obsessions de pensées interdites : Catastrophe : survenue d'un accident qui pourrait se produire du fait de la responsabilité du sujet (mettre le feu ou être à l'origine d'un accident par négligence, renverser un piéton en voiture sans s'en rendre compte, etc.) Impulsion agressive : crainte de perdre le contrôle de soi, peur de commettre un acte répréhensible contre son gré, crainte de violence envers autrui ou soi-même, images de violence ou d'horreur, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, peur de faire quelque chose qui mette dans l'embarras, peur de voler des choses, etc. Thématique sexuelle : contenu sexuel jugé répréhensible par la personne (homosexualité, inceste, etc.). Thématique religieuse : préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, des préoccupations liées aux sacrilèges et aux blasphèmes. Elles s'associent possiblement à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux. Thématique somatique : la peur d'être atteint d'une maladie et les obsessions portant sur l'aspect d'une partie de son corps. Compulsions : vérifications, rituels mentaux (mots que les patients se répètent mentalement pour « conjurer » les effets redoutés de l'obsession).
Symétrie	Obsessions : ordre, symétrie, exactitude Compulsions : souci extrême de l'ordre, de la symétrie, de l'exactitude. Grande rigidité dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrie des objets, marche sur les lignes du sol).
Accumulation (« les amasseurs »)	Obsessions : peur de perdre un objet important. Difficultés à se débarrasser d'objets sans valeur artistique ou sentimentale et tendance à accumuler des objets (accumulation). Si cette thématique n'est pas associée à d'autres thématiques, le diagnostic à porter est celui d'accumulation compulsive ou syllogomanie.

Tableau 1. Grandes thématiques du TOC.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour faire le diagnostic de TOC



DSM-5

Critères du trouble obsessionnel compulsif

- A. La présence d'obsession ou/et de compulsion (il existe de rares formes purement obsessionnelles ou purement compulsives).
- B. Les symptômes font perdre au moins une heure par jour au patient ou entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération au niveau social, occupationnel ou dans un autre domaine important du fonctionnement.
- C. Les symptômes obsessionnels et compulsifs ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. Les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par les symptômes d'une autre pathologie psychiatrique.

4.1.2. Formes cliniques

Les formes typiques de TOC sont retrouvées chez l'adulte jeune mais des formes plus précoces sont possibles. Les présentations cliniques du TOC chez les enfants sont généralement similaires à celles de l'adulte. Le lavage, la vérification et les rituels de rangement selon un certain ordre sont particulièrement communs chez les enfants. Attention cependant car certains rituels apparaissant au cours du développement n'ont aucune valeur pathologique (rituels d'endormissement par exemple) et ne doivent pas être confondus avec un TOC.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies médicales non psychiatriques

Certaines pathologies neurologiques impliquant les noyaux gris centraux peuvent provoquer des symptômes obsessionnels et compulsifs. Il s'agit entre autre du syndrome Gilles de la Tourette, de la chorée de Huntington et possiblement du PANDAS (*Paediatric Autoimmune Disorders Associated with Streptococcus infections*) qui est une entité controversée qui associerait des mouvements anormaux et des TOC ou tics chez l'enfant dans les suites d'une infection par streptocoques bêta-hémolytique du groupe B.

4.2.2. Pathologies psychiatriques

Le principal diagnostic différentiel est celui de schizophrénie : la distinction entre idées délirantes et obsessions se fait habituellement sur le caractère egosyn-tonique (absence de lutte intérieure) et la conviction inébranlable de l'idée délirante.

Les autres diagnostics à éliminer sont :

- * les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, phobie spécifique notamment) ;
- * l'hypochondrie ;
- * les mouvements anormaux : tics (mouvements ou vocalisations répétitives involontaires qui ne sont pas dirigés vers un but. Ils ne sont pas précédés d'obsessions) ;
- * trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive : elle n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique un mode de fonctionnement de pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle. Les traits de personnalité s'installent au début de la vie adulte. Au contraire des TOC, la personnalité obsessionnelle évolue selon un mode égosyntonique.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Elles sont très fréquentes, notamment l'épisode dépressif caractérisé, les troubles anxieux, les tics (25 %), les autres troubles du spectre obsessionnel et compulsif (trichotillomanie, excoriation compulsive, accumulation compulsive, dysmorphophobie). Les troubles de la personnalité les plus souvent retrouvés sont : obsessionnelle (30 %), évitante, dépendante.

4.4. Notions de physio/psychopathologie

L'origine du TOC est multifactorielle. Les connaissances actuelles suggèrent un substrat génétique pour la maladie. Les gènes impliqués seraient des gènes codant pour des protéines des systèmes sérotoninergique et dopaminergique notamment. Les facteurs environnementaux restent quant à eux extrêmement mal connus.



POUR EN SAVOIR PLUS : NEUROSCIENCE ET RECHERCHE

Les symptômes obsessionnels et compulsifs semblent associés à des dysfonctionnements des boucles fronto-striato-pallido-thalamo-corticales. Les noyaux gris centraux ont pour rôle d'intégrer les afférences variées en provenance du cortex, de les intégrer et de modifier, via les boucles cortico-sous-corticales spécifiques, le fonctionnement du cortex frontal, lequel va sélectionner certains programmes moteurs et/ou cognitifs. Deux circuits, orbitofrontal et préfrontal dorsolatéral, semblent jouer un rôle particulier dans la physiopathologie des TOC. Ces deux circuits ont des propriétés fonctionnelles bien distinctes. Si le circuit orbitofrontal a un effet activateur au niveau du relais thalamique (intermédiaire entre le cortex et les noyaux gris centraux), la mise en jeu du circuit préfrontal dorsolatéral se traduit par une inhibition thalamique. Une perturbation de l'équilibre entre ces deux boucles allant dans le sens d'une hyperactivité du circuit orbitofrontal et d'un hypofonctionnement de la boucle préfrontale dorsolatérale pourrait sous-tendre les manifestations cliniques du TOC. Le circuit orbitofrontal s'activerait sans fin, conduisant à l'émergence de pensées obsédantes intrusives autour de phénomènes incontrôlés de « soucis, doutes et culpabilité excessifs » ainsi qu'à l'irruption compulsive de séquences comportementales répétitives de routine et/ou d'habitudes. Ces réponses comportementales seraient destinées à diminuer l'anxiété générée par une situation pour atteindre un niveau compatible avec un fonctionnement normal. Ce modèle est étayé par des études d'imagerie fonctionnelle qui retrouvent une hyperactivation du cortex orbito-frontal et des noyaux caudés chez les patients, une diminution de cette hyperactivation après traitement, la constatation de déficits neuropsychologiques portant sur des fonctions sous-tendues par ces boucles (inhibition), l'existence de symptômes obsessionnels ou compulsifs dans certaines maladies des noyaux gris centraux, l'efficacité sur les TOC de techniques de neurostimulations ciblant ces zones cérébrales.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Complications

L'épisode dépressif caractérisé est une complication fréquente du TOC qui doit toujours être recherchée.

Le risque suicidaire doit régulièrement être évalué également (plus de 10 % des patients souffrant de TOC feront une tentative de suicide).

5.2. Évolution

En l'absence de prise en charge, l'évolution tend à être péjorative avec une diminution des tentatives de résistance aux symptômes, la mise en place d'évitements de plus en plus importants, un isolement social, etc.

La sévérité du trouble est très variable : de légère avec un impact modéré sur le fonctionnement social du sujet à sévère avec une grande difficulté dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Chez 20 % des patients, les symptômes ont une évolution intermittente.

Les principaux facteurs de pronostic sont :

- * la durée de la maladie ;
- * l'âge de début ;
- * la qualité de la conscience des troubles (insight) ;
- * la présence ou non d'un épisode dépressif caractérisé associé.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Psychoéducation

La **psychoéducation** est très importante car le TOC est une maladie chronique souvent considérée comme honteuse et inquiétante (« je deviens fou ») par les patients, ce qui explique en partie le retard de diagnostic souvent important. Les objectifs de la psychoéducation sont :

- * rassurer le patient sur le fait qu'il ne va pas perdre le contrôle ou devenir fou ;
- * nommer le trouble, souligner sa tendance à la chronicité sans prise en charge, l'impact fonctionnel qu'il peut entraîner ;
- * insister sur l'existence de traitements médicamenteux efficaces, leur délai d'action important (6 à 12 semaines), la nécessité d'utiliser des posologies importantes, le rôle limité des anxiolytiques dans la prise en charge au long cours ;
- * expliquer la nécessité de réaliser les exercices de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en dehors des séances pour pouvoir progresser ;
- * rencontrer l'entourage pour l'informer et afin de pouvoir travailler avec le patient et ses proches (informer l'entourage sur l'importance de ne pas participer aux rituels, ne pas faciliter l'évitement, ne pas répondre aux demandes de réassurances répétées qui peuvent contribuer au maintien du trouble).

6.2. Traitement psychopharmacologique

6.2.1. Traitement psychopharmacologique de fond

Les **antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) ont une efficacité démontrée dans les TOC. Cette efficacité nécessite des **posologies élevées** (souvent le double de la posologie recommandée dans l'épisode dépressif caractérisé) et présente un délai d'apparition plus important que pour la dépression (6 à 12 semaines). Il est donc extrêmement important de maintenir le traitement **au moins 12 semaines** avant de conclure à un échec. Pour éviter une rechute, il est conseillé de maintenir le traitement à la dose maximale pendant au moins 1 à 2 ans, puis de diminuer la dose progressivement afin d'atteindre la dose minimale efficace.



POUR EN SAVOIR PLUS : EN PRATIQUE

La clomipramine (tricyclique à action sérotoninergique forte) aurait possiblement une efficacité supérieure par rapport aux inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS). Les effets indésirables liés à la clomipramine sont par contre plus importants. La clomipramine est donc à envisager qu'après l'échec de deux ou trois ISRS. L'échec à un ISRS n'est pas prédictif de la réponse à un autre ISRS, ce qui valide la stratégie de « switch » au sein de la même classe. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline n'ont pas d'AMM dans cette indication et n'ont pas fait l'objet de suffisamment d'études.

Pour les patients résistants à plusieurs essais d'antidépresseurs, il est licite d'envisager une potentialisation du traitement antidépresseur par l'ajout d'un médicament d'une autre classe. Dans cette indication, les antipsychotiques de première génération auraient une efficacité particulièrement chez les patients présentant également des tics. Les antipsychotiques de nouvelle génération à faible posologie permettent une réponse thérapeutique chez environ un tiers des patients résistants. Les antipsychotiques ne doivent en aucun cas être utilisés en monothérapie. On peut également à ce stade de résistance discuter de la combinaison d'un antidépresseur tricyclique avec un ISRS.

6.2.2. Traitement psychopharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les anxiolytiques sont un palliatif pour diminuer l'anxiété. Ils ne réduisent ni les obsessions, ni les rituels. Leur utilisation doit rester ponctuelle.

6.3. Psychothérapie

Les **thérapies cognitives et comportementales** (TCC) ont fait la preuve de leur efficacité dans les TOC (environ 50 % de patients répondeurs).

La méthode de référence est l'exposition avec prévention de la réponse (approche comportementale). Elle consiste à exposer le patient aux conditions qui déclenchent les obsessions anxieuses (exposition in vivo et en imagination), à empêcher toute compulsion (observable ou mentale), à apprendre au patient à faire face à l'anxiété, à apprivoiser les émotions suscitées par les obsessions et à développer son sentiment d'efficacité personnelle face à celles-ci. Cette technique consiste donc à confronter progressivement le patient aux stimuli anxiogènes (idées ou représentations obsédantes) sans recourir à ses rituels qui sont conçus comme des stratégies d'évitement de l'angoisse.

L'association avec un traitement pharmacologique semblent présenter un intérêt car l'ajout de la TCC réduirait les risques de rechute à l'arrêt du traitement. En cas de réussite, des séances de « rappel » peuvent être proposées à distance pour maintenir les progrès effectués par le patient.

6.4. L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation n'est à envisager qu'en cas de risque suicidaire majeur, notamment en cas d'épisode dépressif caractérisé associé.



POUR EN SAVOIR PLUS

La stimulation cérébrale profonde dans les TOC résistants

Plusieurs études contrôlées ont montré l'efficacité d'un traitement par stimulation cérébrale profonde de zones cérébrales faisant partie des boucles fronto-striales impliquées dans le TOC. Cette technique utilisée couramment dans le traitement de la maladie de Parkinson consiste en l'implantation intra-cérébrale guidée par un cadre stéréotaxique (coordonnées repérées par neuro-imagerie) d'électrodes pouvant délivrer des stimulations électriques à haute-fréquence. À ce jour, plus d'une centaine de patients dans le monde ont bénéficié de ce nouveau traitement.



RÉSUMÉ

Le **TOC** est une pathologie **fréquente** et encore largement **sous-diagnostiquée**. Le trouble débute généralement dans l'**enfance** ou au début de l'**âge adulte** (avant 30 ans). Le diagnostic repose sur la présence d'**obsessions** et **compulsions**. Les obsessions sont des pensées ou images qui s'imposent au sujet avec un caractère intrusif, répétitif et provoquent un inconfort. Les compulsions sont des comportements ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession. Elles sont sans relation réaliste avec ce qu'elles visent à neutraliser ou manifestement excessives. Les deux types de TOC les plus fréquents sont les TOC de contamination avec compulsions de lavage et les TOC avec compulsions de vérification et répétition. Les **comorbidités** psychiatriques sont très fréquentes en particulier l'épisode **dépressif caractérisé**. En l'absence de prise en charge, l'évolution est le plus souvent **chronique** avec l'apparition progressive d'un **handicap fonctionnel** qui peut devenir sévère. Les **antidépresseurs ISRS** prescrits avec une **posologie** élevée, sur une **durée prolongée** (début de l'effet après 6 à 12 semaines) ont une efficacité équivalente aux **thérapies cognitives et comportementales**. Ces deux traitements doivent être associés dans les cas sévères ou résistants.



POINTS CLEFS

- * Le TOC est une pathologie **fréquente** débutant dans l'enfance ou chez l'**adulte jeune**.
- * Le diagnostic repose sur la présence d'**obsessions** ou/et de **compulsions**, d'un impact fonctionnel des troubles et de l'élimination d'autres phénomènes mentaux ou comportementaux à rattacher à d'autres pathologies psychiatriques
- * Les **comorbidités** sont fréquentes en particulier l'**épisode dépressif caractérisé**.
- * Les TCC basées en particulier sur la technique d'exposition avec prévention de la réponse et les **antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** ont une efficacité similaire.
- * Le traitement par ISRS doit être effectué à **dose forte** et sur une **durée d'au moins 12 semaines**.
- * Il est nécessaire de maintenir un **traitement** de consolidation pendant au moins **1 à 2 ans** après l'obtention de la réponse.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. HAS 2005.

Clair, A.-H., Trybou, V., Hantouche, E., & Mallet, L. (2013). *Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs [nouvelles approches]*. Paris : Dunod.

Millet B, Jaafari N. *Traitement du trouble obsessionnel-compulsif*. Rev Prat. 2007 Jan 15;57(1):53-7.

Sauteraud A. *Comprendre et soigner les troubles obsessionnels compulsifs*. Odile Jacob.

TROUBLES ANXIEUX

item 64f

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Séméiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un état de stress post-traumatique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

L'état de stress post-traumatique (ESPT) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'**exposition directe et personnelle à un traumatisme**. Ce **traumatisme** est défini comme un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort ou encourir des blessures graves, et qui entraîne chez le sujet une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance. La nature de l'événement est variable mais pour parler d'événement traumatique, il doit être responsable d'un fort sentiment de débordement associé à un **vécu d'impuissance** chez le sujet.



POUR EN SAVOIR PLUS

Histoire de la psychiatrie

Déjà Hippocrate, 400 ans av. J.-C., décrivait des rêves traumatiques. Le terme de névrose traumatique apparaît en premier avec H. Oppenheim en 1884 pour décrire les symptômes présentés par certaines victimes de catastrophe ferroviaire. Selon les auteurs et les époques, elle sera successivement vue comme une pathologie rattachée à la neurasthénie (J. M. Charcot) ou comme une pathologie autonome (S. Freud, E. Kraepelin). Mais c'est suite à la guerre du Vietnam et au retour des vétérans sur le sol américain que la pathologie connaîtra un regain d'intérêt et réapparaîtra en tant que telle dans le DSM-III (1980). L'évolution de la nosographie se fera ensuite vers la notion de trouble, différenciant les symptômes de survenue précoce, tel l'état de stress aigu, aux symptômes d'évolution plus chronique.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence du trouble sur la vie entière en population générale est de 1 %. Elle peut être plus importante au sein des populations plus exposées aux traumatismes comme par exemple, celles qui ont émigré récemment de zones géographiques instables ou en guerre. Les études chez les sujets exposés à un traumatisme retrouvent un risque de développer le trouble d'environ 10 % mais pouvant aller jusqu'à 50 %, notamment chez les victimes de viol, les survivants de combats, de détention militaire, de génocide et d'internement ethnique ou politique.

Le sex ratio est de 2 femmes pour 1 homme, les femmes étant souvent victimes de traumatismes plus graves (agressions sexuelles notamment).

Certains facteurs de risque sont identifiés : le sexe féminin, les antécédents psychiatriques, l'existence d'une comorbidité en particulier d'un autre trouble anxieux ou d'un trouble dépressif, un niveau socioéconomique bas.

3. SÉMÉIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome de répétition

Les patients souffrant d'ESPT **revivent** involontairement certains aspects de l'**expérience traumatique** de manière vivace et angoissante. Ces expériences qui génèrent un sentiment de détresse intense peuvent prendre la forme de :

- * **reviviscences** ou **flashbacks** lors desquels le sujet agit ou ressent les mêmes émotions que lors du traumatisme. Il s'agit souvent d'images ou expériences sensorielles liées au traumatisme qui s'imposent au sujet de manière intrusive et répétitive ;
- * **cauchemars**.

3.2. Conduites d'évitement

L'évitement des stimuli qui rappellent au sujet le traumatisme est aussi un symptôme-clé pour le diagnostic d'ESPT. Ces stimuli peuvent être des personnes, des lieux, des situations ou des circonstances qui ressemblent ou sont associées au traumatisme. Les patients souffrant d'ESPT s'efforcent à évacuer tout souvenir rattaché au traumatisme, par exemple en évitant d'y penser ou d'en parler de manière détaillée, surtout pour les souvenirs les plus difficiles.

D'un autre côté beaucoup de patients ruminent de manière excessive certains questionnements, ce qui les empêche d'évoquer le souvenir de l'événement en tant que tel. Ces questionnements peuvent avoir divers thèmes : pourquoi est-ce que l'événement est arrivé au sujet, qu'est-ce qu'il aurait fallu faire pour l'empêcher ou comment le sujet pourrait se venger.

3.3. Hyper activation neuro-végétative

Les symptômes qui témoignent d'une **hyperactivation neuro-végétative** regroupent :

- * une **hypervigilance** à la menace ;
- * des réactions de **sursaut** exagérées ;
- * une **irritabilité** ou des accès de colère ;
- * des **difficultés de concentration** ;
- * des **troubles du sommeil** : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu.

Cependant, beaucoup de patients souffrant d'ESPT décrivent également des symptômes d'indifférence émotionnelle. Cela peut aller de la difficulté à éprouver des sentiments, au détachement vis à vis des autres, à l'abandon des activités auparavant importantes pour le sujet, voire à l'amnésie de certains éléments significatifs du traumatisme.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Pour poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique

Le sujet doit avoir été **exposé directement** à un événement traumatique au cours duquel lui-même ou d'autres personnes sont mortes ou ont risqué de mourir, ou d'être gravement blessées ou menacées dans leur intégrité (par exemple un attentat, une expérience de guerre, une prise d'otage, une agression violente à caractère sexuel ou non).

Selon le DSM-IV, il faut réunir les critères symptomatiques (cf. encadré). Il faut également que les symptômes perdurent plus d'un mois après la survenue de l'événement traumatique. Le DSM-IV différencie ainsi état de stress aiguë et état de stress post-traumatique.



DSM-IV

Critères du trouble état de stress post-traumatique

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée,
2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. (N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.)

B. L'événement traumatique est constamment revécu.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme).

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

4.1.2. Les différentes formes cliniques

Plusieurs formes cliniques d'ESPT ont été décrites :

- * aiguë : si les symptômes ne durent pas plus de trois mois ;
- * chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus ;
- * avec survenue différée : si les symptômes apparaissent plus de six mois après l'événement traumatique.

Les formes pédiatriques d'ESPT méritent également d'être citées ici. En effet, l'ESPT peut aussi survenir chez les enfants. Sa symptomatologie est alors souvent différente de celle rencontrée chez l'adulte. Les symptômes de reviviscence, par exemple, peuvent prendre la forme de répétitions de la scène traumatique sous forme de jeux répétitifs, de dessins ou de rêves effrayants.

4.2. Diagnostics différentiels**4.2.1. État de stress aigu**

L'état **de stress aigu** désigne l'apparition d'une symptomatologie similaire à l'état de stress post-traumatique dans les jours suivant le traumatisme mais ne perdurant pas au delà d'un mois. La symptomatologie de l'état de stress aiguë dure ainsi de **2 jours à 4 semaines** et apparaît dans les **suites immédiates du traumatisme**. On peut retrouver un syndrome de répétition dont l'intensité peut-être équivalente à celui retrouvé dans les états de stress post-traumatique et une hyperactivation neuro-végétative.

Son évolution est souvent spontanément résolutive, mais peut aussi se compliquer d'un ESPT. Cette évolution défavorable serait plus fréquente lorsque le patient présente dans les suites immédiates du traumatisme, une symptomatologie dissociative avec mutisme, errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation, voir une amnésie lacunaire de l'événement.

4.2.2. Trouble de l'adaptation

L'événement stressant est moins sévère et ne correspond pas à la notion de traumatisme telle que décrite précédemment. Il n'existe pas de phénomène de reviviscence.

4.2.3. Trouble obsessionnel compulsif

Les patients présentant un trouble obsessionnel compulsif peuvent présenter des idées ou images intrusives mais celles-ci ne sont pas en lien avec un événement traumatique.

4.2.4. Troubles hallucinatoires

Le sujet souffrant d'ESPT ne présente pas d'idée délirante, perçoit le caractère pathologique de ses troubles et est capable de critiquer les expériences de reviviscence, contrairement aux patients souffrant de schizophrénie ou d'autres troubles délirants.

4.3. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses avec essentiellement :

- * **Abus de substance et dépendance** : les patients souffrant d'ESPT peuvent se servir de l'alcool, des drogues, de la nicotine ou des psychotropes pour atténuer leurs symptômes, avec un risque d'évolution vers une dépendance.
- * **Épisode dépressif caractérisé** : en plus de la symptomatologie classique de l'épisode dépressif caractérisé, les patients souffrant d'ESPT présentent souvent des idées de honte ou de culpabilité, une perte de leur libido ce qui accroît encore leur détresse et les conséquences du trouble sur leur fonctionnement. Le risque évolutif principal de cette co-morbidité est le risque suicidaire.
- * **Autres troubles anxieux** : la comorbidité avec un trouble panique ou un trouble obsessionnel compulsif entraîne des restrictions supplémentaires dans la vie du sujet.

4.4. Notions de psychopathologie

L'ESPT est une pathologie secondaire à l'exposition à un traumatisme. Cependant, il ne survient pas systématiquement après un événement traumatisant : chaque individu présente un niveau de vulnérabilité plus ou moins important. La composante génétique de cette vulnérabilité est majeure, et commence à être mieux appréhendée.

Pour ce qui est de la physiopathologie du syndrome de répétition, celui-ci impliquerait des processus mnésiques (étape d'encodage en particulier). Le traumatisme pourrait agir comme « un raz de marée », dépassant les ressources du sujet pour traiter l'information. Ainsi, les traces mnésiques attachées à l'événement seraient différentes des souvenirs autobiographiques classiques. En conséquence, certains aspects des traces mnésiques laissées par le traumatisme sont très facilement activables et arrivent à la conscience du patient sous la forme de reviviscence et non de souvenirs du passé. Ces mécanismes font actuellement l'objet de très nombreuses études.

Pour ce qui est de l'évitement : selon la théorie du conditionnement classique, certains éléments de contexte lors de l'événement traumatique sont associés à la peur ressentie par le sujet. Par conséquent, les stimuli évocateurs sont ensuite à l'origine d'un grand sentiment de détresse et donc évités.

Enfin, en ce qui concerne la nature de l'événement traumatique, le degré de détresse ressentie lors de l'événement dépend de la signification que le sujet lui rattache. Par exemple, le fait que le sujet perçoive ou non sa propre vie comme menacée durant l'épisode a un impact sur le risque de développer un ESPT. De même, le sentiment de culpabilité ou de honte augmente le risque d'évolution chronique.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Pronostic

Après exposition à un événement traumatisant, la probabilité de développer un ESPT dépend en majeure partie de la sévérité, la durée et la proximité de l'exposition au facteur traumatique. Les autres facteurs de pronostic sont la qualité du soutien social du sujet, les antécédents personnels et familiaux de trouble psychiatrique et les expériences durant l'enfance. Ce trouble peut cependant se développer chez des sujets ne présentant aucun facteur prédisposant, surtout si le facteur de stress a été particulièrement important.

5.2. Évolution

La durée des symptômes est variable. Dans environ la moitié des cas, une guérison complète survient en trois mois. D'autres évolutions sont plus péjoratives comme les formes chroniques pour lesquelles la symptomatologie peut persister plus de douze mois après le traumatisme ou les évolutions alternant périodes d'amélioration et d'aggravation des symptômes. Par ailleurs, une réactivation des symptômes peut survenir en réponse à certains éléments rappelant le traumatisme initial, à des stress liés à la vie, ou bien à de nouveaux événements traumatisants.

La gravité du tableau est liée à son retentissement sur le fonctionnement social avec risque de désinsertion progressive, de repli mais aussi à la survenue de complications (épisode dépressif caractérisé notamment).

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Prévention

Les techniques dites de « débriefing », ou intervention unique en urgence auprès des sujets victimes d'un événement traumatique, sont contestées sur la base d'études scientifiques contrôlées. Les interventions précoces auprès des victimes doivent donc être limitées et réalisées en individuel et non pas en groupe. Leurs principaux objectifs sont :

- * le repérage et le traitement des patients présentant des manifestations aiguës de stress et notamment une symptomatologie dissociative ;
- * l'information des victimes et de leurs proches sur les modalités évolutives de leurs symptômes et les possibilités d'aide en cas de persistance de ces derniers ;
- * la mise à disposition d'un soutien psychologique (possibilité d'une écoute pour les sujets souhaitant verbaliser les émotions souvent violentes ressenties au cours de la situation traumatique).

Cette intervention précoce peut-être réalisée en cas de catastrophe d'ampleur par une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui regroupe des psychiatres, psychologues et infirmiers volontaires.

La majorité des sujets présentant des symptômes psychiques modérés en phase aiguë connaîtront une évolution favorable spontanée sous quelques semaines (généralement moins d'un mois). Il

est recommandé de ne pas leur proposer de prise en charge thérapeutique systématique à but préventif (abstention thérapeutique vigilante) mais de proposer au sujet une nouvelle consultation à un mois pour juger de l'évolution.

6.2. Psychothérapie

Certaines psychothérapies ont plus particulièrement été développées pour la prise en charge des ESPT.

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) centrées sur le traumatisme se sont montrées efficaces d'autant qu'elles sont débutées précocement après le traumatisme. Elles ont pour objet la gestion de l'anxiété, la lutte contre les évitements qu'ils soient cognitifs ou comportementaux et utilise des techniques classiques telles que la relaxation, les techniques d'exposition graduée aux stimuli, la restructuration cognitive.

L'**Eye Movement Desensitisation and Reprocessing** (EMDR) a été développée par Shapiro en 1989. Cette technique repose sur la théorie selon laquelle les symptômes de l'ESPT sont liés à l'encodage impropre des informations attachées à l'événement en mémoire implicite. La procédure d'EMDR vise à stimuler les processus de traitement de l'information afin que les souvenirs de l'événement traumatique acquièrent le statut de souvenirs contextualisés. Le patient est invité selon une procédure standardisée à évoquer certains éléments de souvenir alors que son attention est focalisée sur des stimuli bilatéraux visuels.

6.3. Traitement psychopharmacologique

En phase aiguë, immédiatement après la survenue du traumatisme, il est recommandé de limiter l'usage des benzodiazépines, certaines études suggérant qu'elles augmenteraient le risque ultérieur de développer un état de stress post-traumatique. Cependant les hypnotiques peuvent s'avérer utiles pour traiter les troubles du sommeil durant la phase aiguë mais leur prescription ne doit pas excéder quelques jours.

Chez les sujets présentant un état de stress post-traumatique constitué, le traitement pharmacologique reposant sur l'usage **d'antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine** ne constitue pas un traitement de première intention mais peut être utilisé pour des sujets présentant des symptômes sévères ou chroniques ou ne souhaitant pas suivre une psychothérapie.

6.4. L'hospitalisation en psychiatrie

La prise en charge de l'ESPT se fait généralement en ambulatoire mais l'hospitalisation peut être indiquée en cas de symptômes sévères ou en cas de complication notamment dépressive en présence d'idées suicidaires.



RÉSUMÉ

L'état de stress post-traumatique correspond à l'apparition de symptômes caractéristiques à type de syndrome de répétition (reviviscences et cauchemars), de conduite d'évitement, d'hyperactivation neuro-végétative, pendant plus d'un mois, chez un sujet qui a été exposé à un événement traumatique lors duquel lui-même ou d'autres personnes a (ont) pu risquer de mourir ou être sévèrement blessé(s). Les facteurs pronostics sont d'abord liés à la nature de l'événement et de l'exposition, puis à des facteurs individuels (soutien social, antécédents personnels et familiaux de troubles psychiatriques). La prise en charge repose d'abord sur l'information des sujets exposés au traumatisme et le repérage des sujets à risque. Le traitement est d'abord psychothérapeutique et repose sur les thérapies cognitives et comportementales. Les antidépresseurs (ISRS) peuvent être utiles en cas de symptômes persistants ou sévères ou d'impossibilité à accéder à une psychothérapie.



POINTS CLEFS

- * Le diagnostic repose sur : caractère traumatique de l'événement + triade symptomatique (reviviscence, évitement, hyperactivation neurovégétative) + évolution pendant plus d'un mois.
- * On porte le diagnostic d'état de stress aiguë lorsque les symptômes évoluent depuis moins d'un mois.
- * Les principaux facteurs de risque sont le sexe féminin, la comorbidité avec un autre trouble psychiatrique, un bas niveau socioéconomique.
- * Le risque évolutif principal est l'évolution vers une complication de type épisode dépressif caractérisé avec risque suicidaire ou de type addictive.
- * La prise en charge du trouble repose d'abord sur les psychothérapies centrées sur le trauma, et éventuellement sur les antidépresseurs (ISRS).



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Post-Traumatic Stress Disorder. The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline N26. The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005.

Psycho-traumatologie : évaluation, clinique, traitement. JEHEL L., LOPEZ G., collection « Psychothérapies », Dunod, Paris, 2006.

L'aide-mémoire de psycho-traumatologie. 2^e éd. KEDIA M., SABOURAUD-SEGUIN A. et al., Dunod, Paris, 2013.

TROUBLES ANXIEUX

item 64g

TROUBLE DE L'ADAPTATION

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble de l'adaptation.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

La notion de trouble de l'adaptation (TA) est un terme utilisé depuis les années 1980 dans la classification américaine de référence, le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Il représente, tout comme l'état de stress post-traumatique, un **syndrome de réponse au stress** (traumatismes, événements de vie stressants, etc.). Le patient souffrant de TA présente des symptômes **réactionnels** à un ou des événement(s) de vie au(x)quel(s) il n'arrive pas à **s'adapter**. Ce trouble survient quand les capacités d'adaptation du patient à son milieu sont momentanément dépassées, mais qu'il n'y a pas de critère suffisant pour établir un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La **prévalence** des TA est estimée à **1 %** de la population générale. Il s'agit d'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale (entre 10 et 20 %), en psychiatrie ambulatoire (entre 5 à 10 % des consultations) et en psychiatrie de liaison (12 % sur l'hôpital général, 20 % en oncologie).

Les TA peuvent survenir à tout âge. Ils sont cependant plus fréquemment retrouvés chez le sujet âgé. À l'âge adulte, les femmes sont plus touchées que les hommes (2/3), alors que chez l'enfant, l'adolescent et le sujet âgé, le sex ratio s'équilibre.

Le facteur de risque principal est l'existence d'un **trouble de personnalité**, qui constitue une **vulnérabilité psychique** limitant les capacités d'adaptation.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Événement(s) stressant(s)

Si les **événements de vie** jouent un rôle dans toutes les pathologies psychiatriques, ils sont centraux dans le trouble de l'adaptation (TA). En effet, celui-ci se définit par l'apparition et la persistance de symptômes cliniquement significatifs, en réaction à des événements de vie stressants ou à leur répétition.

Le facteur de stress est **identifiable**. Il concerne le domaine professionnel ou personnel et constitue un changement imposant au sujet de s'adapter. Il peut être unique ou multiple, récurrent ou continu, concerner le patient seul ou un groupe plus large. Il est souvent associé aux transitions de vie (mariage, rupture sentimentale, changement de métier, difficultés financières, etc.). Les troubles liés au deuil sont regroupés dans les deuils pathologiques (cf. Item 141). Le TA peut faire suite à l'annonce diagnostique d'une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable. En population pédiatrique, les TA suivront souvent une séparation des parents, une entrée au lycée ou un échec à l'examen. À noter que certains événements d'apparence « non stressants » (naissance, déménagement, promotion professionnelle) peuvent être à l'origine de TA, notamment chez des patients vulnérables. Dans tous les cas, l'événement de vie vient déborder les **capacités d'adaptation** du patient.

Le TA apparaît par définition au plus tard **dans les 3 mois suivants** le début du facteur stress bien identifié, et disparaît **6 mois après l'arrêt de ce dernier**. Il se caractérise par des symptômes **émotionnels** ou **comportementaux** qui ne remplissent pas les critères diagnostiques d'un autre trouble psychiatrique caractérisé (trouble anxieux, épisode dépressif). Le caractère pathologique de cette réaction au stress se situe dans **l'altération du fonctionnement psycho-social**.

3.2. Types de symptômes

Les symptômes varient d'une personne à l'autre et peuvent être de plusieurs types :

- * **Anxieux** :
 - Signes psychiques : sensation de tension, difficultés de concentration et d'attention, ruminations, irritabilité, etc.
 - Signes physiques : céphalées, sensation d'étouffement thoracique, troubles fonctionnels digestifs, etc.
- * **Dépressifs** : tristesse de l'humeur, culpabilité, trouble des fonctions instinctuelles (alimentation, sommeil), idées suicidaires, etc.
- * **Comportementaux** : isolement, absentéisme, abus de médicaments (anxiolytiques) ou de substances (tabac, alcool, stupéfiants), fugue, comportements suicidaires, etc.

Si un trouble anxieux ou thymique caractérisé préexiste à l'événement déclenchant le TA, c'est le diagnostic de ce trouble qui sera retenu.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostic positif

Le TA n'est pas évalué par les instruments classiques de diagnostic psychiatrique comme le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) et le Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Certaines échelles sont en cours d'évaluation, comme le Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). Le DSM-IV-TR rassemble les critères permettant de le définir.

DSM-IV

Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation

- A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
 1. soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress,
 2. soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.
- D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

4.2. Les différentes formes cliniques

- * Le DSM-IV-TR distingue différentes formes cliniques de TA en fonction des manifestations cliniques prédominantes.
- * Les **TA avec humeur dépressive** peuvent associer des symptômes dépressifs, tels qu'une humeur triste, des pleurs répétés et des troubles cognitifs affectant la concentration et la mémoire. Ces tableaux, bien qu'ayant un retentissement sur la vie des patients, ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif caractérisé. Il s'agit de la forme de TA la plus fréquente.
- * Les **TA avec anxiété** entraînent des symptômes anxieux invalidants (attaques de panique, anxiété généralisée), ainsi que des manifestations somatiques (céphalées, troubles digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires). Là encore, les critères cliniques des troubles anxieux ne sont pas retrouvés. Les personnes âgées vont plus fréquemment développer ce type de TA (cf. tableau 1).
- * Les **TA avec anxiété et humeur dépressive** associent des symptômes dépressifs et anxieux, dont l'intensité reste insuffisante pour s'inscrire dans un trouble anxieux ou un épisode dépressif caractérisé.
- * Les **TA avec perturbations des conduites** se traduisent par des comportements à risque à type d'alcoolisation, d'opposition ou encore d'hétéro-agressivité. Ces attitudes « antisociales » ne relèvent pas de trouble de la personnalité, et sont bien en lien avec un événement stressant. Cette forme de TA est plus fréquente chez les adolescents (cf. tableau 1).
- * Enfin, les **TA avec perturbations à la fois des conduites et des émotions** regroupent différents symptômes cités plus haut.

4.3. Diagnostics différentiels

4.3.1. Réaction adaptée au stress

Le TA se distingue d'une réaction adaptée à un stress extérieur par l'intensité des symptômes et/ou l'altération du fonctionnement occasionnée par cet événement. Il faut être vigilant à ne pas diagnostiquer le TA par excès.

4.3.2. Pathologies médicales non psychiatriques

Comme devant tout tableau psychiatrique, les causes médicales générales doivent être éliminées.

4.3.3. Pathologies psychiatriques

Le TA fait partie des **troubles liés aux traumatismes et au stress**, tout comme **l'état de stress aigu** ou de **stress post traumatique** (cf. Item 64F). Cependant, le TA se distingue clairement de cette entité de par son délai d'apparition, sa durée et sa symptomatologie.

Les événements de vie stressants peuvent être des facteurs déclenchant de nombreuses pathologies. Cependant, comme nous l'avons déjà signalé, le TA exclut les diagnostics d'**épisode dépressif caractérisé** ou de **trouble anxieux**, en raison de critères insuffisants en nombre, en durée ou en intensité.

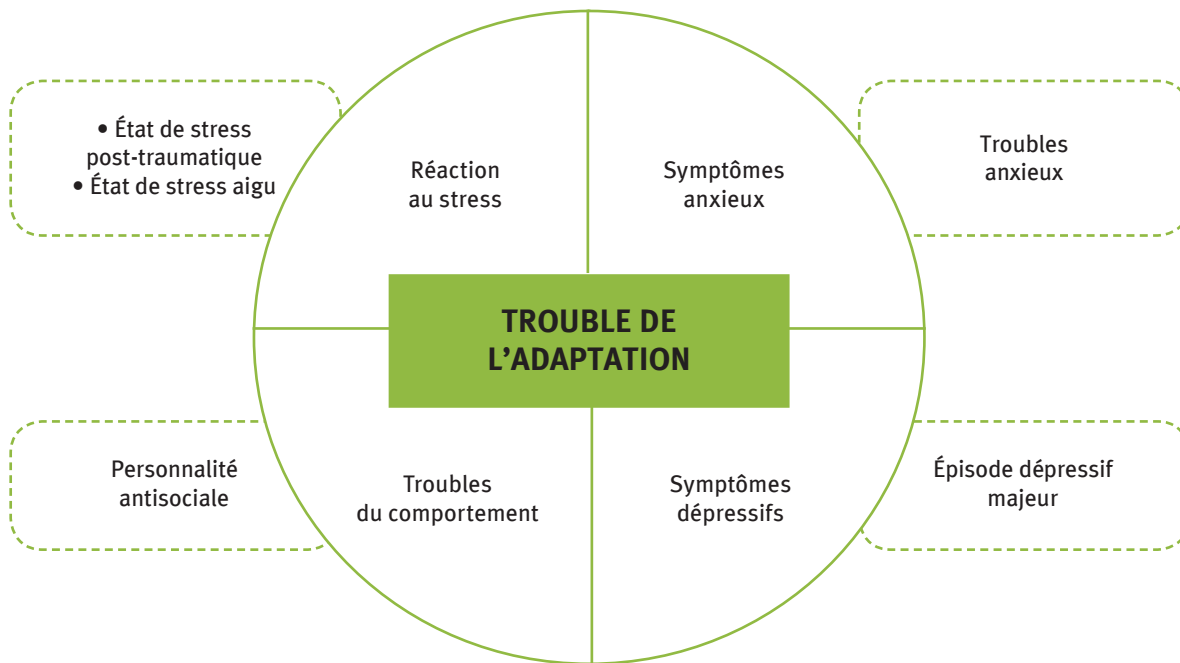


Figure 1. Diagnostics différentiels du TA.

4.4. Les comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques TA ne se limitent pas au **trouble de personnalité** qui prédispose au TA et lui sont associées dans 15 % des cas.

Les **troubles liés à l'usage des substances** compliquent 7 % des tableaux de TA.

4.5. Notions de physio/psychopathologie

Suite à un événement stressant, la réaction initiale est le choc pendant lequel peuvent coexister un déni et une sidération. Secondairement, les **capacités d'adaptation** du patient vont se mettre en place et lui permettre de réagir. Celles-ci dépendent de l'événement en cause et de facteurs individuels.

La durée et l'intensité de l'événement sont deux éléments importants. Ainsi, devant un facteur de stress aigu et peu intense, un individu pourra plus aisément mettre en place ses capacités d'adaptation. Soulignons que l'intensité de l'événement est une notion subjective : seule l'évaluation du patient doit être prise en compte car c'est elle qui détermine l'impact du stress vécu.

Les facteurs individuels mêlent des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. D'un point de vue biologique, il n'existe pas de modèle déterminé en lien avec le TA. Cependant, on retrouve, dans la littérature, différents modèles expérimentaux de réaction au stress mettant en cause les systèmes **dopaminergique**, **noradrénergique** et **sérotoninergique**, ainsi que des troubles endocriniens affectant **l'axe hypothalamo-hypophysaire**.

Sur le plan psychologique, l'existence de comorbidités psychiatriques (trouble de personnalité, trouble de l'usage de substance), un antécédent de TA, mais également une faible estime de soi, un pessimisme ou une culpabilité importante sont éléments qui fragilisent et prédisposent au TA.

Enfin, d'un point de vue social, l'absence d'un entourage soutenant ainsi qu'une situation économique précaire, fragiliseront d'autant plus le patient.

Pour qu'un TA se développe, il y a donc une combinaison entre un facteur de stress vécu douloureusement et une vulnérabilité individuelle.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. Complications

La complication principale est le **suicide** : entre 2 et 4 % des patients atteints de TA font des **tentatives de suicide**. Les adolescents sont les plus touchés par les suicides avec près de 10 % d'entre eux qui feront une tentative de suicide au cours du TA.

Chez l'adulte et la personne âgée, les TA peuvent évoluer vers un **épisode dépressif caractérisé**, particulièrement pour les TA avec humeur dépressive. Un **trouble lié à l'usage de substance** est également possible.

Suite à un TA, les adolescents peuvent développer une gamme plus large de troubles psychiatriques : allant du **trouble de l'humeur**, à une **personnalité pathologique** ou un **trouble lié à l'usage de substance** (cf. tableau 1).

5.2. Évolution

Par définition, le TA est **transitoire** et cède dans les 6 mois suivant la fin du facteur de stress.

Le pronostic global d'un TA est généralement **favorable**, avec 75 % des adultes qui ne présenteront aucune complication ni séquelle. Cependant, il peut parfois se chroniciser ou se compliquer de troubles thymiques ou anxieux caractérisés.

Les facteurs prédictifs de mauvais pronostic sont la **durée** d'évolution des symptômes, les **troubles du comportement**, un **trouble de la personnalité** associé ou encore l'existence d'un **trouble lié à l'usage de substance**.

	Enfant/adolescent	Adulte	Personne âgée
Sex-ratio	1	2/3 de femmes	1
Formes cliniques	Adolescent : TA avec perturbation des conduites	TA avec humeur dépressive	TA avec anxiété
Tentative de suicide et/ou suicide	9 %	2 à 4 %	
Évolution	Trouble de l'humeur Personnalité antisociale Trouble lié à l'usage de substance	Épisode dépressif caractérisé Trouble lié à l'usage de l'alcool	

Tableau 1. Particularités selon l'âge.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

Le TA est la plupart du temps **spontanément résolutif** à 6 mois de l'arrêt du facteur de stress. Des traitements spécifiques sont cependant parfois nécessaires, en raison de l'altération de la qualité de vie et du risque d'évolution vers un trouble chronique anxieux ou thymique caractérisé.

6.1. Psychothérapie

L'abord psychothérapeutique est à privilégier, afin de permettre une verbalisation autour de la situation stressante et de ses conséquences sur la vie du sujet. Selon les capacités d'élaboration du patient, cette verbalisation permettra d'abaisser le niveau de tension émotionnelle. Le travail psychothérapeutique sera de comprendre la signification du facteur de stress et de le mettre en lien avec l'équilibre antérieur du patient.

Les psychothérapies adaptées seront plutôt les **thérapies d'intervention brève**, de type thérapie centrée sur la recherche de solutions ou thérapies interpersonnelles. Le but est de résoudre les problèmes rencontrés par le patient, en s'appuyant sur ses capacités d'adaptation et sur son réseau de soutien familial et social. Une prise en charge **systémique** sera également judicieuse, en particulier chez les enfants et adolescents.

Les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC) ont également démontré une efficacité.

6.2. Traitement psychopharmacologique

Le recours aux psychotropes est parfois nécessaire, à visée symptomatique. Une **anxiolyse** par benzodiazépines peut être indiquée quand les symptômes anxieux sont invalidants. Elle doit être inférieure à 12 semaines, afin de limiter les risques de dépendance. L'arrêt doit être progressif pour éviter le phénomène d'anxiété rebond ou les symptômes de sevrage. L'hydroxyzine (Atarax®) est une bonne alternative aux benzodiazépines.

Les **hypnotiques** type zolpidem (Stilnox®) ou zopiclone (Imovane®) sont indiqués en cas de troubles importants du sommeil.

6.3. L'hospitalisation en psychiatrie

L'indication principale sera la prise en charge d'une **crise suicidaire**. Le risque suicidaire sera évalué en fonction des facteurs de risque retrouvés à l'examen clinique. Si un risque de passage à l'acte auto-agressif est retrouvé, l'hospitalisation sera indispensable (cf. Item 348).

Un **environnement** très négatif, aggravant ou causant le TA, est une autre indication à l'hospitalisation, afin d'évaluer et d'intervenir sur cet environnement.



RÉSUMÉ

La prévalence estimée du trouble de l'adaptation (TA) est de 1 %. Il s'agit d'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale et en psychiatrie. Le facteur de risque principal est le trouble de personnalité.

Le TA désigne des symptômes qui apparaissent dans les 3 mois suivants un événement de vie vécus comme stressants ; et il disparaît dans les 6 mois suivants l'arrêt de celui-ci. Les signes du TA sont anxieux, dépressifs et/ou comportementaux et il existe différentes formes cliniques selon les manifestations cliniques prédominantes.

Les troubles liés à l'usage des substances sont une comorbidité fréquente du TA.

Les TA sont transitoires par définition. Ils sont de bon pronostic dans 75 % des cas, mais peuvent se chroniciser en troubles thymiques ou anxieux caractérisés, ou se compliquer de trouble lié à l'usage des substances. La principale complication est la tentative de suicide.

Pour les prises en charge des TA, l'abord psychothérapeutique est privilégié. Un traitement médicamenteux symptomatique est parfois nécessaire.



POINTS CLEFS

- * La prévalence du trouble de l'adaptation (TA) est de 1 %.
- * Le facteur de risque principal est le trouble de personnalité.
- * Le TA apparaît dans les 3 mois suivants un événement de vie vécu comme stressant, et disparaît dans les 6 mois après l'arrêt de ce dernier.
- * Les symptômes du TA sont de plusieurs types : anxieux, dépressifs et/ou comportementaux.
- * La principale complication est la tentative de suicide.
- * Les TA peuvent également se compliquer de troubles thymiques ou anxieux chroniques caractérisés, ou encore trouble lié à l'usage des substances.
- * Le traitement de première intention est la psychothérapie.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Manuel de psychiatrie. Guelfi J.-D., Rouillon F. (sous la direction de). Paris : éditions Masson, 2007.

Adolescence et psychopathologie. Marcelli D., Braconnier A. Collection « les âges de la vie ». Paris : éditions Masson, 6^e édition, 2004.

AUTRES TROUBLES

item 64h

LES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

- I. Introduction
- II. Épidémiologie des troubles de personnalité
- III. Les comorbidités psychiatriques des troubles de personnalité
- IV. La prise en charge des troubles de personnalité
- V. L'évolution des troubles de personnalité
- VI. Les aspects spécifiques de chaque trouble de personnalité



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble de personnalité.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.

1. INTRODUCTION

La **personnalité** désigne ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement psychologique d'un individu : c'est la signature psychologique d'un individu. Elle résulte de l'intégration de facteurs **cognitifs**, **émotionnels** et **pulsionnels**.

Les **traits de personnalité** sont relativement **stables** dans le temps, et définissent un fonctionnement psychologique, une perception de l'environnement et une façon de gérer ses relations inter-personnelles.

La personnalité associe le tempérament et le caractère.

- * Le **tempérament** fait référence aux aspects biologiques, innés et stables de la personnalité.
- * Le **caractère**, qui désigne les dimensions de la personnalité déterminées par les expériences de la vie et l'apprentissage social, est susceptible de varier au cours du temps.

La personnalité « normale » est souple et **adaptable**, elle utilise des modalités de fonctionnement variées. Elle évolue au gré des expériences de vie.

On parle de **personnalité pathologique ou de trouble de la personnalité** lorsque les traits de personnalité sont peu nombreux, particulièrement marqués et qu'ils induisent une **altération du fonctionnement** social et une incapacité à s'adapter aux différentes situations de la vie. Le trouble de personnalité constitue un facteur de vulnérabilité aux autres troubles psychiatriques : troubles dépressifs, anxieux et addictifs essentiellement.

Contrairement aux autres troubles psychiatriques, dont l'expression est symptomatique et donc **égodystonique** (reconnue par le sujet comme extérieure à lui), l'expression du trouble de la personnalité est **égosyntonique** (intégrée dans la façon d'être du sujet et difficilement identifiable par le sujet, qui est quasi-anosognosique de son trouble de la personnalité). Ainsi, le trouble de la personnalité s'exprimera à travers des modalités relationnelles à l'autre, des styles cognitifs et/ou une impulsivité.

Les classifications de la personnalité sont classiquement de deux types : dimensionnelle ou catégorielle. Ces deux types de classification peuvent d'ailleurs être associés.

- * **L'approche dimensionnelle**, issue de la tradition psychologique et statistique, décrit des traits de personnalité, indépendants les uns des autres, et continus du normal au pathologique. Le nombre pertinent de dimensions de personnalité varie selon les modèles, et est le plus souvent compris entre 3 et 7 dimensions. On peut citer le modèle des Big Five, qui comporte cinq dimensions : l'extraversion, l'amabilité, l'application, la stabilité émotionnelle et l'ouverture à l'expérience. Dans cette approche, une personnalité est dite pathologique lorsque ses traits sont des variantes extrêmes de ceux d'une personnalité normale.
- * **L'approche catégorielle**, issue de la tradition médicale, est basée sur la description d'entités cliniques pertinentes à partir de l'observation de patients. Dans ce type de modèle, au dessus d'un seuil le sujet présente un trouble de la personnalité, en dessous du seuil il n'en présente pas. Cette approche a pour conséquence le grand nombre de comorbidités entre les troubles de personnalité. C'est cette approche qui est utilisée dans les classifications psychiatriques internationales le *Manuel statistique et diagnostique de l'association américaine de psychiatrie* (DSM) et la *Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé* (CIM). Dans l'encadré suivant figurent les critères généraux de diagnostic d'un trouble de personnalité dans le DSM. Ces derniers sont similaires à ceux utilisés pour la CIM.

DSM-IV

Critères généraux d'un trouble de personnalité

- A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
1. La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).
 2. L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
 3. Le fonctionnement interpersonnel.
 4. Le contrôle des impulsions.
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. : une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par ex. : un traumatisme crânien).

Sur la base d'analyses statistiques, les différentes personnalités pathologiques ont été regroupées en 3 familles ou « **clusters** » (cf. tableau 1).

- * Le **cluster A**, qui regroupe les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique, correspond aux **personnalités psychotiques**.
- * Le **cluster B**, qui regroupe les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique, se caractérise par l'hyper-émotivité et les comportements **impulsifs**.
- * Le **cluster C** qui regroupe les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive, correspond aux personnalités **anxieuses**.

Cluster	Caractéristique principale	Troubles de personnalité
A	Psychotique	Personnalité paranoïaque Personnalité schizoïde Personnalité schizotypique
B	Émotionnelle	Personnalité antisociale Personnalité borderline Personnalité histrionique Personnalité narcissique
C	Anxieuse	Personnalité évitante Personnalité dépendante Personnalité obsessionnelle-compulsive

Tableau 1. Les 3 clusters définis par le DSM et les 10 troubles des personnalités.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

Les troubles de la personnalité concernent environ **10 % de la population générale**. Chacun des troubles de personnalité concerne entre 1 et 3 % de la population générale. Le trouble de personnalité borderline est le plus fréquent.

Les troubles de personnalité ne sont pas exclusifs les uns des autres, et beaucoup de patients se retrouvent en situation de comorbidités. Ainsi, environ 50 % des troubles de la personnalité sont en effet comorbides.



EN PRATIQUE

Âge et diagnostic de trouble de personnalité

Le diagnostic de trouble de personnalité se fait généralement après 18 ans. Toutefois, quand les traits sont présents pendant plus de 1 an, on peut en faire le diagnostic avant 18 ans.

3. LES COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

Chaque trouble de personnalité prédispose à de nombreuses comorbidités psychiatriques, au premier rang desquels **les addictions, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur**. Les traits de personnalité peuvent alors être soit accentués soit abrasés par une pathologie psychiatrique associée. De plus, les troubles mentaux ont un pronostic plus péjoratif lorsqu'ils sont associés à un trouble de la personnalité.

Le **risque suicidaire** est majeur chez les patients présentant des troubles de la personnalité, en particulier lorsqu'il existe d'autres troubles psychiatriques associés.

4. LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

La prise en charge des troubles de personnalité peut être complexe. Le traitement reposera au moins autant sur celui des **pathologies associées** (traitements biologiques et psychothérapiques), que sur le traitement de la personnalité pathologique. Pour ce dernier, la **psychothérapie** est centrale. Le type de psychothérapie dépendra du trouble de personnalité ainsi que des caractéristiques individuelles du patient.

5. L'ÉVOLUTION DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

Les troubles de la personnalité ont un impact marqué sur la **qualité de vie** des patients et leur **insertion socioprofessionnelle**. Leur évolution dépend largement de celle des comorbidités. Elle peut être stable au cours du temps, peut s'aggraver ou au contraire s'améliorer avec l'âge.

6. LES ASPECTS SPÉCIFIQUES DE CHAQUE TROUBLE DE PERSONNALITÉ

6.1. Le trouble de personnalité paranoïaque

Le trouble de personnalité paranoïaque est caractérisée par une **méfiance** généralisée à l'égard d'autrui, dont toutes les intentions sont perçues comme malveillantes, une **hypertrophie du moi**, une altération du jugement et une **rigidité**. Il montre très **peu d'émotions**.

Le trouble de personnalité paranoïaque ne doit pas être confondu avec le trouble délirant chronique de persécution, la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques, car ces derniers sont marqués par des symptômes psychotiques persistants. Il doit également être distingué des symptômes qui accompagnent l'usage chronique d'une substance psychoactive (cannabis).

Les autres troubles de personnalité du cluster A présentent des traits en commun avec la personnalité paranoïaque. Cette dernière se distingue de la personnalité schizotypique par l'absence de distorsions cognitives ou d'excentricité, même si elles partagent les idées de méfiance.

Le plus souvent, l'évolution clinique est fluctuante. Avec l'âge, l'accentuation des traits paranoïaques est la règle même si certains évoluent favorablement. L'apparition d'un **trouble délirant chronique de persécution** peut classiquement compliquer l'évolution – avec une inflation des interprétations et la construction d'un délire qui s'accroît au fil du temps.

6.2. Le trouble de personnalité schizoïde

Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par une tendance à la solitude, une **absence d'intérêt** pour autrui et les relations sociales, ainsi qu'une **réactivité émotionnelle peu marquée**. Les individus présentant une personnalité schizoïde tirent **peu de plaisir à la participation aux activités sociales**.

Lors de certains événements de vie, ils peuvent présenter des **épisodes psychotiques très brefs** (quelques heures au plus), avec notamment des idées délirantes de persécution ou des hallucinations.

Le diagnostic de personnalité schizoïde est posé quand les symptômes ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'un trouble psychotique, d'un trouble envahissant du développement ou d'une pathologie neurologique.

Le trouble de personnalité schizoïde peut-être confondu avec d'autres troubles psychotiques (schizophrénie, trouble de l'humeur délirant...) lors d'épisodes psychotiques très brefs. Il s'en distingue par le caractère transitoire des éléments psychotiques.

Les formes légères de trouble du spectre autistique ou de syndrome d'Asperger peuvent également prêter à confusion. Dans ces troubles, les perturbations des interactions sociales sont encore plus sévères et s'accompagnent de comportements stéréotypés.

Il doit également être distingué des symptômes qui accompagnent l'usage chronique d'une substance psychoactive (cannabis).

Les autres troubles de personnalité du cluster A présentent des traits en commun avec la personnalité schizoïde. Cette dernière se distingue de la personnalité schizotypique par l'absence de distorsions cognitives ou d'excentricité et de la personnalité paranoïaque par l'absence de méfiance ou d'hypertrophie du moi et de troubles du jugement.

6.3. Le trouble de personnalité schizotypique

Le trouble de personnalité schizotypique est caractérisé par des **compétences sociales altérées**, **une vie psychique relativement riche**, marquée par des champs d'intérêt particuliers et « originaux » (science fiction, ésotérisme, superstition, phénomènes paranormaux ou magiques par exemple), qui les fait identifier ces personnalités de « **bizarres** » par autrui.

On retrouve souvent dans l'enfance ou l'adolescence une tendance à la solitude, des relations sociales pauvres ou des manifestations anxieuses en situations sociales. Leur discours est parfois flou, digressif ou vague. Ils n'ont pas ou peu d'amis et un faible intérêt pour les relations sentimentales et/ou sexuelles. Leurs **affects sont pauvres** et difficilement accessibles.

Lors de certains événements de vie, ils peuvent présenter une **symptomatologie psychotique de manière transitoire**, qui est souvent une aggravation des distorsions cognitives préexistantes, de durée trop brève pour évoquer un trouble psychotique.

Le trouble de personnalité schizotypique doit être distingué du trouble psychotique, de la schizophrénie ou du trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Il doit également être distingué des symptômes qui accompagnent l'usage chronique d'une substance psychoactive (cannabis par exemple).

Les autres troubles de personnalité du cluster A présentent des traits en commun avec la personnalité schizotypique. Cette dernière peut-être différenciée par la présence de distorsions cognitives et une excentricité marquée.

Le trouble de la personnalité schizoïde est souvent associé au trouble de la personnalité schizotypique.

L'évolution du trouble de personnalité schizotypique est le plus souvent **stable**. Une faible proportion évoluera vers une **schizophrénie** ou un autre trouble psychotique.

6.4. Le trouble de personnalité antisociale

Le trouble de personnalité antisociale est également parfois nommé **psychopathie**, **sociopathie** ou personnalité **dyssociale**. Ce trouble de personnalité se caractérise par une impulsivité, une tendance au passage à l'acte, une absence de culpabilité, une incapacité à se conformer aux normes sociales, un **mépris** et des **transgressions répétées** des droits d'autrui, une tendance à la **manipulation** d'autrui, pour en obtenir des bénéfices souvent immédiats.

La biographie de ces patients est marquée par l'**instabilité** et est souvent émaillée de contacts avec la police et la justice, voire de condamnations. On retrouve dans l'enfance des comportements transgressifs répétés comme des agressions, des destructions ou des vols, le tout faisant porter un diagnostic de **trouble des conduites avant l'âge de 15 ans**. Ces comportements se perpétuent à l'âge adulte.

Les patients souffrant d'un trouble de personnalité antisociale présentent un risque accru de **décès prématuré** par mort violente ou par **suicide** par rapport à la population générale. Les **comorbidités additives et dépressives**, fréquentes, sont également partiellement responsables d'une diminution de leur espérance de vie.

Le trouble de personnalité antisociale présente par définition une évolution chronique, mais on note souvent une **diminution de l'impulsivité avec l'âge**, et la survenue fréquente de **troubles dépressifs** parfois sévères au milieu de la vie.

6.5. Le trouble de personnalité borderline ou état-limite

Le trouble de personnalité borderline est caractérisé par 4 grandes familles de symptômes :

- * Les symptômes affectifs marqués par une instabilité émotionnelle, un sentiment envahissant de vide, une tendance à l'humeur dépressive.
- * Des distorsions cognitives pouvant aller de sentiments de déréalisation ou de dépersonnalisation jusqu'à d'authentiques symptômes psychotiques, survenant notamment dans les périodes de stress avec des hallucinations et des idées de persécution.
- * Des troubles du comportement liés à l'impulsivité : auto-mutilation, conduites à risque et tentatives de suicide répétées. L'impulsivité étant souvent précipitée par des menaces de séparation réelles ou vécues comme telles.
- * Une instabilité interpersonnelle majeure marquée par des relations intenses et instables alternant entre les deux extrêmes de l'idéalisation et du rejet. Ces patients ont en effet une **peur intense d'être abandonnés**, et font donc des efforts effrénés pour éviter les abandons.

Un **antécédent de violence** physique – en particulier sexuelle – ou psychique, de **négligence dans l'enfance** est un facteur de risque de trouble de personnalité borderline.

Le trouble de personnalité borderline est marqué par de fréquentes comorbidités dont les principales sont les **abus de substance**, les **troubles de l'humeur** bipolaires et unipolaires, les **troubles anxieux** et les **troubles du comportement alimentaire**. **Le risque suicidaire est élevé** dans les troubles de la personnalité borderline. **8 à 10 %** des sujets atteints de trouble de personnalité borderline décèdent par **suicide**. Leur biographie est marquée par une instabilité mais leur adaptation sociale peut être néanmoins relativement bonne.

6.6. Le trouble de personnalité histrionique

Le trouble de personnalité histrionique anciennement appelée hystérique est une personnalité qui se caractérise par une **labilité émotionnelle**, une **quête affective** excessive, une **hyperexpressivité** des affects, un **théâtralisme** et une **suggestibilité**. Elle est parfois associée à une **dépendance affective**.

D'une façon inconsciente, leur quête affective les conduit à tenter d'attirer l'attention et d'obtenir des compliments via leur apparence physique et une attitude parfois provocante et séductrice inappropriées.

Les comorbidités les plus fréquentes sont les **troubles de l'humeur**, les **troubles anxieux**, les **addictions** et les autres **troubles de la personnalité**. Les tentatives de **suicide** sont fréquentes et souvent intégrées dans la dimension de quête affective. Cependant, le risque de suicide est également élevé dans ce trouble de la personnalité. Il faut savoir que ces patients suscitent souvent le rejet de la part des soignants, qui les considèrent souvent, mais à tort, comme des « faux malades ».

6.7. Le trouble de personnalité narcissique

Les patients qui souffrent d'un trouble de personnalité narcissique ont un sens **grandiose de leur propre importance**, surestimant leurs capacités et ayant une volonté de puissance et de succès illimité. Se jugeant **supérieurs, spéciaux ou uniques**, ils s'attendent à être reconnus, admirés et traités avec respect, et tolèrent mal la critique. **L'autre est dévalorisé et sous-estimé**. Ces patients manquent d'empathie, et sont relativement insensibles aux besoins et aux sentiments d'autrui. Ils peuvent ainsi être perçus comme **prétentieux, arrogants et méprisants**. Cependant, leur estime d'eux-mêmes, d'apparence élevée, est en réalité très fragile.

Les comorbidités psychiatriques associées à ces troubles de la personnalité sont principalement des **troubles de l'humeur et des addictions**. Le risque **d'isolement social** est important.

6.8. Le trouble de la personnalité évitante

Le trouble de la personnalité évitante se caractérise par une **inhibition relationnelle et sociale**, une **mésestime** de soi et une **sensibilité exacerbée au jugement négatif d'autrui**.

Des conduites d'**évitement** de situations – nécessitant des contacts sociaux importants ou les exposant aux regards d'autrui – sont fréquentes.

La personnalité évitante doit être distinguée de la phobie sociale généralisée (symptômes phobiques) et de la personnalité schizoïde.

Ses principales comorbidités sont les **troubles anxieux, addictifs et dépressifs**.

Avec l'âge, ce trouble de personnalité tend à **s'atténuer**.

6.9. Le trouble de la personnalité dépendante

La trouble de la personnalité dépendante se caractérise par un **besoin excessif d'être pris en charge** par autrui. Les individus présentant une personnalité dépendante ont tendance à se **dévaloriser**, ne se sentent **pas capables** d'assumer leurs propres responsabilités et sollicitent à l'excès un tiers pour qu'il décide à leur place.

Ces patients éprouvent le besoin de s'assurer du soutien de la personne dont ils dépendent ; ainsi ils n'osent pas s'affirmer, ou exprimer un désaccord. Leurs **relations sociales sont souvent déséquilibrées** et limitées à quelques rares personnes.

Les principales comorbidités psychiatriques sont les **troubles anxieux, addictifs et dépressifs**. La surmortalité par suicide est faible.

6.10. Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive se caractérise par une **méticulosité**, un souci du détail, de l'ordre, une **rigidité**, un **perfectionnisme**, une tendance à la **procrastination** et une **prudence excessive**. Ses patients sont souvent **conscientieux et scrupuleux**.

Ils ont des **valeurs morales ou éthiques contraignantes**. Leurs relations sont formelles. Ils expriment leurs **émotions avec contrôle** et peu de spontanéité.

La personnalité obsessionnelle-compulsive ne doit pas être confondue avec un trouble obsessionnel compulsif : elle ne comporte en effet pas d'obsessions et de compulsions.

Ces patients présentent un risque accru de **troubles anxieux** (trouble anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif, troubles phobiques), de troubles de **l'humeur** et, dans une moindre mesure de troubles addictifs. Le risque suicidaire est relativement faible.

Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive a plutôt tendance à s'aggraver avec le temps.



RÉSUMÉ

La personnalité désigne ce qu'il y a de stable et unique dans le fonctionnement d'un individu. Elle associe tempérament (aspects biologiques, « innés ») et le caractère (dimensions déterminées par l'apprentissage et l'expérience) et est composée des traits de personnalité. La personnalité dite pathologique est composée de traits rigides qui induisent une altération du fonctionnement social. Elle se manifeste dans les cognitions, les affects, le fonctionnement interpersonnel et/ou le contrôle des impulsions d'un individu.

Les troubles de personnalité sont classées en 3 familles ou clusters : A, qui correspond aux personnalités psychotiques ; B, qui correspond aux personnalités émotives et impulsives ; C, qui correspond aux personnalités anxieuses. Les troubles de personnalité ne sont pas exclusifs les uns des autres.

La prévalence des troubles de personnalité est de 10 %. Le trouble de personnalité borderline est le plus fréquent.

Chaque trouble de personnalité prédispose à des comorbidités psychiatriques dont la prise en charge est essentielle.

Le trouble de personnalité paranoïaque se caractérise par une méfiance généralisée et une hypertrophie du moi.

Le trouble de personnalité schizoïde se caractérise par un repli des différentes activités sociales et des affects pauvres.

Le trouble de personnalité schizotypique se caractérise par des compétences sociales altérées et une vie psychique riche.

Le trouble de personnalité antisociale se caractérise par une impulsivité, une absence de culpabilité et une incapacité à se conformer aux normes sociales.

Le trouble de personnalité borderline (ou état-limite) se caractérise par une instabilité de l'humeur et des relations interpersonnelles associée à une impulsivité marquée.

Le trouble de personnalité histrionique se caractérise par une labilité émotionnelle, une quête affective excessive, un théâtralisme et une suggestibilité.

Le trouble de personnalité narcissique se caractérise par un sens grandiose de leur propre importance, surestimant leurs capacités et ayant une volonté de puissance et de succès illimité.

Le trouble de la personnalité évitante se caractérise par une inhibition relationnelle et sociale et une sensibilité exacerbée au jugement négatif d'autrui.

Le trouble de la personnalité dépendante se caractérise par un besoin excessif d'être pris en charge par autrui et une tendance à la dévalorisation.

Le trouble de la personnalité obsessionnelle se caractérise par une méticulosité, une rigidité, un perfectionnisme, une tendance à la procrastination et une prudence excessive.



POINTS CLEFS

- * La personnalité d'un individu est stable.
- * La prévalence des troubles de personnalité est de 10 %.
- * Chaque trouble de personnalité prédispose à des comorbidités psychiatriques dont la prise en charge est primordiale.
- * La mortalité par suicide est élevée chez les patients qui souffrent de troubles de personnalité.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Guelfi Julien-Daniel. *Les personnalités pathologiques*. Médecine Sciences Publications, 2013.

Le film *Borderline* réalisé par Lyne Charlebois.

AUTRES TROUBLES

item 70

TROUBLES SOMATOFORMES À TOUS LES ÂGES

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie
- IV. Les troubles psychiatriques
- V. Le pronostic et l'évolution
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble somatoforme.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

1. INTRODUCTION

La distinction entre trouble somatoforme et trouble psychosomatique n'est pas toujours aisée et les modifications à répétition des classifications nosographiques ont participé à la confusion.

Le trouble psychosomatique est un trouble médical non psychiatrique objectivable dont la dimension psychologique (notamment par les facteurs de stress, cf. Item 01) est déterminante dans sa survenue et dans son évolution. Les troubles psychosomatiques sont étudiés dans chaque spécialité médicale. Les pathologies les plus fréquemment impliquées sont : l'asthme, les eczémas, les céphalées, les colopathies, l'ulcère gastroduodénal.

Le qualificatif « somatoforme » a été choisi pour désigner un ensemble de symptômes, de signes, de syndromes ou de plaintes de type physique pour lesquels aucune anomalie identifiable de type lésionnel ne peut être incriminée. Parmi les troubles somatoformes on distingue :

- * le trouble somatisation ;
- * le trouble de conversion ;
- * le trouble douloureux ;
- * l'hypochondrie ;
- * et les dysmorphophobies (voir l'encadré pour en savoir plus, pour la correspondance avec le DSM-5).

En psychiatrie une telle catégorie diagnostique implique :

- * une souffrance psychique avec altération du fonctionnement socioprofessionnel ;
- * la non-imputabilité à un autre trouble psychiatrique ou non psychiatrique caractérisé ;
- * une participation psychologique à l'étiopathogénie du trouble.

Bien qu'il faille les distinguer, dans la littérature, les deux concepts de troubles psychosomatiques et de troubles somatoformes sont souvent regroupés sous le terme de trouble psychosomatique au sens large, c'est-à-dire des manifestations à expression essentiellement physique, mais dont le déterminisme et l'évolution sont fortement marqués par l'intervention de facteurs psychologiques ou psychopathologiques. Ces troubles partageraient ainsi le fait d'être des expressions corporelles des tensions psychologiques. Le symptôme corporel se substituerait alors à une réaction psychique, c'est-à-dire à une attitude dirigée vers soi-même ou vers le monde extérieur.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence des troubles somatoformes est difficile à cerner et dépend des seuils diagnostiques : elle est probablement dans une fourchette de 5 à 10 % pour l'ensemble des troubles somatoformes en population générale (et bien plus encore dans une population de consultants en médecine).

Le trouble somatisation commence classiquement à la fin de l'adolescence ou chez le jeune adulte, à tout âge pour le trouble de conversion et pour le trouble douloureux. Le ratio selon le sexe est de 2/1, avec une présence plus fréquente chez les femmes.

La prévalence des tentatives de suicide est fonction de la comorbidité psychiatrique dépressive à rechercher systématiquement.

Les facteurs de risque sont les facteurs de stress (de tous types, notamment traumatiques et conflits relationnels) et des stratégies d'ajustement au stress réduites (notamment dans le cadre d'un trouble de la personnalité), les antécédents familiaux de troubles somatoformes.

3. SÉMIOLOGIE

Les troubles somatoformes sont caractérisés par des symptômes et signes cliniques d'allure non psychiatriques reliés en fait à un trouble mental. Les symptômes et signes cliniques de ces troubles étant d'allure non psychiatriques, la démarche naturelle des patients est d'aller consulter d'abord un médecin non psychiatre. Il n'existe pas d'anomalies lésionnelles mais de très probables modifications psychophysiologiques fonctionnelles. On peut parler de symptômes ou signes cliniques somatoformes. Il faut éviter de parler de symptômes ou signes cliniques « médicalement inexpliqués » et surtout bannir le terme de symptômes ou signes cliniques « hystériques ».

3.1. Symptômes et signes fonctionnels

Il s'agit de plaintes fonctionnelles pouvant toucher les domaines corporels suivants :

- * gastro-intestinal ;
- * cardiovasculaire ;
- * génito-urinaire et sexuel ;
- * cutané.

L'association de multiples plaintes fonctionnelles polymorphes et durables a été appelée syndrome de Briquet.

3.2. Symptômes et signes d'allure neurologique

Il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique pouvant :

- * toucher la sphère motrice, avec altération de la coordination et de l'équilibre, faiblesse localisée, parésie, contracture, dystonie, tremblement, aphonie, diplopie, difficulté de déglutition, rétention d'urine, etc. ;
- * toucher la sphère sensorielle et sensitive, plus souvent le côté gauche, avec diminution de la sensibilité, cécité, surdité, parfois des hallucinations souvent polysensorielles et fantasmatiques ;
- * être des mouvements anormaux, des convulsions, ou des crises d'allure épileptique avec perte de connaissance.

Le terme de symptômes ou signes « pseudo neurologiques » est à éviter. Ces symptômes et signes ne respectent pas l'organisation anatomique du système nerveux central ou périphérique. Ils peuvent être influencés par la suggestion. Il faut noter que ces symptômes et signes peuvent être associés environ dans 30 % des cas à une maladie neurologique (par exemple convulsion non épileptique et crise épileptique, faiblesse non systématisée et sclérose en plaque ou myasthénie, contracture et dystonie idiopathique). Dans ce cas, ces symptômes ou signes ne sont pas expliqués entièrement par la maladie neurologique. La fréquence de la comorbidité neurologique impose donc la prudence quant à l'interprétation psychiatrique de symptômes ou signes neurologiques présentant une organisation anatomique peu évidente.

3.3. Symptômes douloureux

Il s'agit de douleurs dont l'intensité doit être évaluée par une échelle visuelle analogique. On parle de symptômes douloureux aigus si la durée est inférieure à 6 mois, et chroniques si la durée est supérieure à 6 mois. Une pathologie médicale non psychiatrique peut être associée à ces symptômes, mais celle-ci n'explique pas alors la sévérité et/ou le maintien de la douleur.

4. LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Il existe trois troubles somatoformes principaux : le trouble somatisation, le trouble de conversion et le trouble douloureux. Ces troubles se distinguent en fonction du type de symptômes ou signes cliniques :

- * s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels, on évoquera le trouble somatisation ;
- * s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique, on évoquera le trouble de conversion ;
- * et s'il s'agit de symptômes douloureux, on évoquera le trouble douloureux.

Deux autres troubles somatoformes sont identifiés :

- * l'hypochondrie : conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique qui persiste plus de 6 mois malgré un bilan médical approprié et rassurant ;
- * la peur d'une dysmorphie corporelle ou dysmorphophobie : préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique.

	Trouble somatisation	Trouble conversion	Trouble douloureux	Hypochondrie	Peur d'une dysmorphie corporelle
Symptômes ou signes cliniques	Symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels	Symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique	Symptômes douloureux	Conviction erronée de présenter une pathologie médicale non psychiatrique, qui persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant.	Préoccupation portant sur un défaut imaginaire de l'apparence physique
Critère temporel	Début avant l'âge de 30 ans et évolution depuis plusieurs années	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Facteur psychologique de stress déclenchant ou entretenant le trouble	Plus de 6 mois	

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Pour poser le diagnostic d'un trouble somatisation

Il faut :

- * des symptômes fonctionnels atteignant dans la forme complète au moins trois des domaines corporels cités plus haut, donc il faut une relative sévérité de symptômes ;
- * une évolution ayant débuté avant l'âge de 30 ans et évoluant depuis plusieurs années ;
- * des répercussions fonctionnelles ;
- * et surtout l'absence de diagnostic différentiel.

Les bilans complémentaires nécessaires des pathologies médicales non psychiatriques sont donc à réaliser, mais il faut savoir aussi les arrêter une fois le diagnostic psychiatrique posé.

Des tableaux cliniques moins complets que le trouble somatisation sont appelés troubles somatoformes indifférenciés (si la durée est supérieure à 6 mois) et non spécifiés (si la durée est inférieure à 6 mois). Ils n'atteignent généralement qu'un domaine corporel. Les médecins non psychiatres fréquemment confrontés à des troubles somatoformes indifférenciés ont proposé leur propre appellation, utilisant le plus souvent le terme de « trouble fonctionnel » ou de « trouble psychogène ». Ainsi, on retrouvera notamment : en gastro-entérologie : la colopathie fonctionnelle, le syndrome du colon irritable, en cardiologie/pneumologie : la spasmophilie ou syndrome d'hyperventilation ou tétanie normocalcémique, la précordialgie non angineuse, en neurologie : les céphalées de tension, en rhumatologie/médecine interne : la fibromyalgie (ou syndrome polyalgique idiopathique diffus SPID), le syndrome de fatigue chronique, en stomatologie : le syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur (SADAM), en gynécologie : les vulvodynies, anodynies, algies pelviennes, syndrome douloureux prémenstruel, etc...

L'ensemble de ces troubles appartient à la catégorie des troubles somatoformes. Cependant, du fait de leur fréquence et de leur sévérité psychiatrique moins grande que le trouble somatisation complet, la prise en charge de ces formes cliniques plus légères et monosymptomatiques reste du domaine des spécialités non psychiatriques.

4.1.2. Pour poser le diagnostic d'un trouble de conversion

Il faut :

- * des symptômes ou signes d'allure neurologique ;
- * un facteur psychologique retrouvé ;
- * des répercussions fonctionnelles ;
- * et surtout l'absence de diagnostic différentiel.

Les bilans complémentaires nécessaires sont donc à réaliser pour éliminer une maladie neurologique expliquant mieux les symptômes et signes cliniques.

Les psychiatres distinguent les troubles de conversion en fonction de la sphère d'allure neurologique prépondérante des symptômes. Ainsi on parlera de trouble de conversion de type moteur, sensitif/sensoriel, et de type malaise/convulsion.

Les médecins non psychiatres qui ont affaire fréquemment à des troubles conversion ont proposé leur propre appellation, utilisant le plus souvent le terme de trouble psychogène. Ainsi, on retrouvera donc les paralysies psychogènes, les aphonies psychogènes, les surdités psychogènes, les crises non épileptiques psychogènes, etc.

4.1.3. Pour poser le diagnostic d'un trouble douloureux

Il faut :

- * des symptômes douloureux ;
- * un facteur psychologique retrouvé ;
- * des répercussions fonctionnelles ;
- * et surtout l'absence de diagnostic différentiel.

Cependant, une pathologie médicale non psychiatrique source de douleur est possible. Pour conserver le diagnostic de trouble douloureux il faut que les symptômes douloureux soient alors insuffisamment expliqués par la pathologie médicale non psychiatrique associée. Les bilans complémentaires nécessaires sont donc à réaliser pour éliminer une maladie neurologique expliquant mieux les symptômes et signes cliniques.

On peut distinguer :

- * une forme aiguë (moins de 6 mois) ;
- * une forme chronique (plus de 6 mois) ;
- * et une forme associée à une pathologie médicale non psychiatrique.

4.2. Diagnostiques différentiels

4.2.1. Pathologies médicales psychiatriques

Les troubles somatoformes doivent être nettement différenciés de deux troubles psychiatriques :

- * Des troubles factices qui correspondent à la production intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, pour jouer le rôle de malade. Le trouble factice est également appelé syndrome de Münchhausen et reste en fait exceptionnel.
- * Des troubles psychosomatiques, qui sont des pathologies médicales non psychiatriques (avec une lésion identifiable) pour lesquels des facteurs psychologiques (en particulier facteurs de stress) jouent un rôle prépondérant comme facteur déclenchant ou entretenant.

4.2.2. Pathologies médicales non psychiatriques

Le bilan complémentaire sera guidé par les symptômes et le contexte d'apparition. Il permettra d'éliminer une pathologie médicale non psychiatrique pouvant mieux expliquer la sémiologie.

4.3. Comorbidités

4.3.1. Pathologies médicales psychiatriques

Un trouble somatoforme peut être associé à d'autres troubles psychiatriques comorbides qu'il s'agit d'évaluer, en particulier :

- * le trouble dépressif caractérisé ;
- * les troubles anxieux ;
- * le trouble de l'adaptation ;
- * les troubles de personnalité.

Les frontières diagnostiques peuvent être difficiles à établir entre un épisode dépressif caractérisé associé à un trouble somatoforme de type douloureux et un épisode dépressif caractérisé avec de simples symptômes douloureux (qui sont fréquents chez les déprimés). Cependant, dans le deuxième cas, les symptômes douloureux disparaissent lors de l'amélioration de la symptomatologie dépressive.

Les troubles dissociatifs (amnésie dissociative, trouble dépersonnalisation/déréalisation) peuvent être également associés au trouble conversion.

4.3.2. Pathologies médicales non psychiatriques

Les troubles somatoformes peuvent être fréquemment comorbides d'une pathologie médicale non psychiatrique qu'il s'agit de ne pas sous-évaluer.

4.4. Notions de physio/psychopathologie

4.4.1. Le concept historique de « conversion hystérique »

Le terme conversion provient du vocabulaire de la thermodynamique et correspond à la transformation d'une énergie en une autre.

Le terme hystérie provient étymologiquement du grec *hystera* qui signifie « utérus ». Le terme « hystérie » était déjà utilisé par les médecins grecs pour évoquer des maladies secondaires à la migration d'un utérus resté trop longtemps stérile après la puberté.

Plus métaphoriquement la psychanalyse attribua les symptômes et signes cliniques de la maladie hystérique, non pas directement à la migration de l'organe utérus, mais à la conversion d'une énergie « psychique » en énergie « somatique ». L'aspect sexuel de l'utérus est retrouvé puisque l'énergie « psychique », qui sera convertie, serait reliée à la représentation d'un traumatisme sexuel. La conversion permettrait le refoulement dans l'inconscient de cette représentation anxio-gène que la conscience ne pourrait pas assumer. Ce refoulement se ferait au prix de symptômes ou signes cliniques hystériques qui seraient la mise en scène symbolique par le corps (énergie « somatique ») de la représentation du traumatisme sexuel, que ce traumatisme soit réel ou symbolique.

Cependant, bien que les facteurs de stress soient retrouvés dans les facteurs de risque, déclenchant ou entretenant des troubles somatoformes, leur nature « sexuelle » est loin d'être la règle, et dans certains cas s'acharner à décrypter la symbolique du traumatisme sexuel inconscient sera au mieux inutile.

4.4.2. Les modèles actuels psychophysiologiques

Les modèles actuels permettent de dépasser le clivage entre la « psyché » et le « soma » et entre discipline neurologique et psychiatrique. Basé sur un postulat psychophysiologique retrouvant dans toute expérience une dimension subjective (vécue) et objective (mesurable par les outils de la neuroimagerie fonctionnelle), les modèles actuels associent les troubles somatoformes à des modifications fonctionnelles des régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle et la représentation de soi (cortex cingulaire et cortex préfrontal ventro-médial notamment). Les facteurs de stress pourraient entraîner des modifications du fonctionnement de ces régions. Chez certaines personnes vulnérables il y aurait alors un défaut d'intégration psychophysiologique harmonieux des vécus émotionnels. Les régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle et la représentation de soi pourraient alors venir inhiber/moduler les régions plus directement responsables des symptômes et signes cliniques : par exemple, le cortex central moteur en cas de trouble de conversion de type moteur, ou le cortex pariétal en cas de trouble de conversion de type sensitif.

Bien que ces modèles doivent encore être confirmés par de nouvelles études de neuroimagerie fonctionnelle, ils montrent que les troubles somatoformes constituent une énigme psychophysiologique passionnante à la fois pour le psychiatre et le neurologue, mais aussi une énigme pour le sujet lui-même, ouvrant à la nécessité d'une prise en charge adaptée.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. La mortalité

La mortalité est principalement liée au suicide en cas de trouble dépressif comorbide. Elle peut être iatrogène, liée à des investigations ou interventions médicales ou chirurgicales injustifiées (exemple : la prise en charge inutile en réanimation (avec intubation) dans le cas des troubles de conversion avec crise non épileptique).

5.2. La morbidité

La morbidité et le pronostic fonctionnel sont altérés en cas de syndrome clinique sévère, de comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique, de diagnostic tardif (avec répétition des examens para-cliniques, d'hospitalisations ou de prises en charge aux urgences), de durée d'évolution longue, de difficulté pour reconnaître les facteurs de stress et émotionnels engagés fréquemment dans ces troubles.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. L'hospitalisation

L'hospitalisation est en général non nécessaire. Une hospitalisation courte en médecine peut être parfois indiquée pour réaliser les examens complémentaires permettant d'éliminer un diagnostic différentiel de pathologie médicale non psychiatrique. La présence d'une comorbidité psychiatrique avec signes de gravité peut parfois également nécessiter une hospitalisation en psychiatrie.

En pédopsychiatrie, l'hospitalisation peut être nécessaire pour une évaluation pluridisciplinaire avec double prise en charge systématique et coordonnée :

- * Pédiatrique avec exploration médicale non psychiatrique pour éliminer les principaux diagnostics différentiels, en ciblant les examens complémentaires utiles et en sachant les limiter, et pour rassurer au mieux l'enfant-l'adolescent et sa famille tout en ouvrant sur la dimension psychologique.
- * Pédopsychiatrie avec observation clinique et recherche des comorbidités psychiatriques, mise en place d'une prise en charge adaptée tout en limitant les facteurs de maintenance et les bénéfices secondaires.

6.2. Initier la prise en charge psychiatrique

L'objectif est d'éviter de multiplier au-delà du raisonnable des investigations contribuant à pérenniser le trouble, et de savoir orienter le patient sur un suivi psychiatrique. Il faut garder à l'esprit que la démarche de santé normale d'un individu présentant une plainte d'allure non psychiatrique est de consulter un médecin non psychiatre en première ligne. L'objectif est donc de reconnaître la légitimité de cette démarche et d'informer le patient afin qu'il trouve un intérêt progressif à une démarche de santé tournée vers la santé mentale.

Pour cela des stratégies de communication du diagnostic de troubles somatoformes peuvent être utilisées. Il faut notamment :

- * Reconnaître que les symptômes sont « véritables » : les symptômes sont « réels » et peuvent être très effrayants et invalidants, il s'agit de ne pas contester leur légitimité, ne jamais dire « il n'y a rien ».
- * Donner une étiquette : donner le nom du trouble mental, donner des noms alternatifs que le patient puisse comprendre, les termes fonctionnels ou émotionnels sont souvent bien acceptés par les patients, et rassurer sur le fait qu'il s'agit d'une maladie commune et reconnue.
- * Évoquer les facteurs déclenchants et de maintenance : il ne s'agit pas d'une pathologie médicale non psychiatrique avec une lésion, les examens complémentaires ont permis de l'affirmer et des examens complémentaires ne sont pas nécessaires, les facteurs prédisposants et causaux sont difficiles à identifier, mais ils peuvent être liés au stress et aux émotions, les facteurs de maintenance peuvent créer un cercle vicieux impliquant : inquiétude-stress-symptômes-inquiétude. La recherche de ces facteurs fait partie de la démarche diagnostique qui peut gagner à être complétée par un avis psychiatrique spécialisé.
- * Discuter du traitement : les médicaments ne sont pas efficaces en l'absence de comorbidité psychiatrique dépressive ou anxieuse (à la nuance près de l'intérêt des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline dans la fibromyalgie et des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans la dysmorphophobie). Par contre, il existe des preuves scientifiques que le traitement psychologique est efficace. Il est indispensable de discuter avec le patient de l'orientation nécessaire vers une prise en charge psychiatrique, en soulignant que la maladie peut s'améliorer.

6.3. Poursuivre la prise en charge psychiatrique

6.3.1. Maintien d'une prise en charge collaborative

Le maintien d'une prise en charge collaborative avec le médecin orientant le patient sur le psychiatre est nécessaire, au moins au début. Cette double prise en charge médicale et psychiatrique permet de rassurer au début le patient et de limiter les consultations aux urgences.

6.3.2. Maintien d'une relation médecin-patient

Une perspective de psychologie de la santé (cf. Item 01), permettant au patient de mieux identifier son stress perçu, son soutien social perçu, son contrôle perçu et ses stratégies d'ajustement au stress est nécessaire. À partir de cette perspective partagée avec le médecin orientant le patient, une prise en charge psychiatrique plus spécifique en particulier de gestion émotionnelle doit être réalisée. Les objectifs thérapeutiques doivent être modestes mais centrés chez l'adulte sur l'atténuation des symptômes et de leur retentissement psychosocial plutôt que la guérison (cf. Item 117).

6.3.3. Traitement de la comorbidité

La présence d'une comorbidité d'un trouble dépressif caractérisé, d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'adaptation ou d'un trouble de personnalité nécessite chez l'adulte une prise en charge spécifique combinant notamment pour les deux premiers pharmacothérapie par antidépresseur et psychothérapie, et privilégiant l'abord psychothérapeutique en première intention chez l'enfant et l'adolescent.

6.3.4. Traitement spécifique

En l'absence de trouble psychiatrique comorbide, des approches thérapeutiques ciblant les mécanismes psychophysiologiques entretenant le trouble somatoforme (voir encadré) permet d'améliorer les symptômes et signes cliniques en particulier dans les troubles somatoformes pauci-symptomatiques ou de types douloureux :

- * Relaxation avec ses exercices respiratoires, la baisse de la tension musculaire et le biofeedback.
- * Méditation (avec ses exercices d'entraînement attentionnel).
- * La thérapie cognitivo-comportementale (qui améliore la reconnaissance et la gestion émotionnelle).

Si le facteur de stress retrouvé comme facteur déclenchant et entretenant est avant tout lié à la dynamique familiale, une prise en charge en thérapie systémique peut être proposée. C'est notamment le cas chez l'enfant et l'adolescent avec les thérapies familiales.

En dehors des indications mentionnées plus haut, les antidépresseurs sérotoninergiques permettent parfois de réduire les symptômes des troubles somatoformes en l'absence de trouble dépressif caractérisé associé. Leur efficacité reste cependant médiocre. Les troubles conversion à type de déficit moteur peuvent être améliorés par la rTMS ciblant le cortex moteur.

En pédopsychiatrie, la prise en charge spécifique repose essentiellement sur une approche psychothérapeutique :

- * Psychothérapie individuelle avec une approche psychopathologique et/ou cognitive et comportementale.
- * Thérapie familiale.

Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent n'ont pas d'indication en dehors de la présence d'un trouble comorbide tel qu'un épisode dépressif caractérisé ou un trouble anxieux ne répondant pas à la prise en charge psychothérapeutique.

6.3.5. Stratégies de réhabilitation

En cas de symptômes sévères une prise en charge centrée sur le handicap est nécessaire. L'étiologie psychiatrique des symptômes ou signes cliniques ne doit pas conduire à sous-évaluer les répercussions fonctionnelles du trouble.



POUR EN SAVOIR PLUS

Correspondance entre DSM-IV-TR et DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
Troubles somatoformes	Troubles à symptomatologie somatique et apparentée <i>Somatic symptom and related disorders</i>
Trouble somatisation	Troubles à symptomatologie somatique <i>Somatic symptom disorder</i>
Trouble de conversion	Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel <i>Functional neurological symptom disorder</i>
Trouble douloureux	Troubles à symptomatologie somatique à prédominance douloureux <i>Somatic symptom disorder with predominant pain</i>
Hypocondrie	Crainte excessive d'avoir une maladie <i>Illness anxiety disorder</i>
Trouble psychosomatique	Facteurs psychologiques influençant une affection médicales <i>Psychological factors affecting other medical conditions</i>

Le terme « troubles somatoformes » était employé à la fois par la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV-TR) et la classification de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10). CF. Item 59.

La nouvelle version de la première (DSM-5) a officialisé le remplacement du terme troubles somatoformes par « troubles à symptomatologie somatique et apparenté » en centrant ce chapitre sur un « trouble à symptomatologie somatique » qui intègre à la fois le trouble somatisation et le trouble somatoforme indifférencié. Le trouble douloureux est désormais une forme clinique spécifique du trouble à symptomatologie somatique. Le trouble de conversion s'appelle désormais « trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel ». Enfin, l'hypocondrie s'appelle dans le nouveau DSM-5 « crainte excessive d'avoir une maladie ».

La nouvelle version de la classification de l'OMS (CIM-11) n'est pas encore définitive mais un changement d'appellation, pas forcément identique, est attendu pour ce chapitre sur les troubles somatoformes. Ces changements d'appellation s'imposeront peut-être dans les années futures mais ne modifient pas fondamentalement les contenus cliniques et thérapeutiques abordés dans ce chapitre.



RÉSUMÉ

Les troubles somatoformes doivent être différenciés des troubles psychosomatiques, qui sont des pathologies médicales non psychiatriques (avec une lésion identifiable) pour lesquels des facteurs psychologiques (en particulier facteurs de stress) jouent un rôle prépondérant comme facteur déclenchant ou entretenant. Les troubles somatoformes désignent un ensemble de symptômes, de signes, de syndromes ou de plaintes de type physique pour lesquels aucune anomalie identifiable de type lésionnel ne peut être incriminé.



POINTS CLEFS

Il existe trois troubles somatoformes principaux :

- * le trouble somatisation ;
- * le trouble de conversion ;
- * le trouble douloureux.

Ces troubles se distinguent en fonction du type de symptômes ou signes cliniques :

- * s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques touchant plusieurs domaines corporels, on évoquera le trouble somatisation ;
- * s'il s'agit de symptômes ou signes cliniques d'allure neurologique, on évoquera le trouble de conversion ;
- * s'il s'agit de symptômes douloureux, on évoquera le trouble douloureux.

La prise en charge consiste :

- * à éviter de multiplier au-delà du raisonnable des investigations contribuant à pérenniser le trouble ;
- * à savoir orienter le patient sur un suivi psychiatrique ;
- * il est important de reconnaître la réalité des symptômes et plaintes du patients et d'informer le patient sur sa maladie afin qu'il trouve un intérêt progressif à une démarche de santé tournée vers la santé mentale.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Guelfi J.-D., Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Édition : 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. 888 p.

AUTRES TROUBLES

item 56

SEXUALITÉ NORMALE ET SES TROUBLES

- I. Le comportement sexuel « normal »
- II. Conduite à tenir devant un trouble sexuel
- III. Les troubles des conduites sexuelles



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Identifier les principaux troubles de la sexualité.
- * Dépister une affection organique en présence d'un trouble sexuel.
- * Savoir aborder la question de la sexualité au cours d'une consultation.

1. LE COMPORTEMENT SEXUEL « NORMAL »

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libre de toute coercition, discrimination ou violence.

OMS, 2002

Les limites d'un comportement sexuel normal sont d'autant plus difficiles à définir que la sexualité de l'adulte reste empreinte, plus directement que n'importe quel autre comportement, de l'évolution de la sexualité infantile, elle-même marquée par des contraintes éducatives, morales et sociales qui subissent des modifications au cours du temps et selon les cultures.

La relation sexuelle est précédée d'une phase de désir sexuel associée aux fantasmes. Elle est constituée de plusieurs phases successives, que ce soit chez l'homme ou chez la femme :

- * La phase d'excitation, caractérisée chez l'homme par l'établissement de l'érection, et chez la femme par la lubrification vaginale et la tumescence de la muqueuse du tiers inférieur du vagin.
- * La phase en plateau, durant laquelle les phénomènes de la phase d'excitation restent stables. Cette phase nécessite le maintien d'une stimulation (coït...).
- * L'orgasme est une manifestation complexe et globale de l'organisme, vécu généralement comme un plaisir intense. Chez l'homme orgasme et éjaculation coïncident généralement ; chez la femme, l'orgasme est plus complexe et peut-être unique ou multiple. La différence vaginale ou clitoridienne correspond à des modalités de stimulation différente, mais est sous-tendue par une même entité anatomophysiologique (gland ou piliers du clitoris).
- * Il s'ensuit la phase de résolution, pendant laquelle les phénomènes de la phase d'excitation diminuent rapidement ; chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire, pendant laquelle toute stimulation sexuelle est inefficace.

L'activité sexuelle met en jeu :

- * les effecteurs périphériques (organes génitaux, zones érogènes primaires et secondaires), leur vascularisation, leur innervation,
- * le système nerveux central, avec la dopamine qui serait plus particulièrement impliquée dans les phénomènes de plaisir et de désir, alors que la sérotonine exercerait un rôle anti-libido et retarderait l'orgasme, les endorphines joueraient un rôle dans la phase réfractaire.

La définition d'une « sexualité normale » est difficile à établir, c'est surtout le vécu individuel, en relation avec le/la/les partenaire(s), qui compte – dans les limites de la loi – et la capacité de la personne à trouver un équilibre et une satisfaction dans ses pratiques. Les notions de déviance, de normalité de l'accomplissement de l'acte sexuel et d'identité de rôle comportemental peuvent varier selon les cultures et les époques.

L'âge, en particulier l'installation de la ménopause ou de l'andropause, modifie également l'activité sexuelle du fait du déficit en œstrogènes ou en testostérone. Un traitement substitutif hormonal pourra alors être proposé (oestroprogestatif chez la femme ou par testostérone chez l'homme sous stricte surveillance médicale et en respectant les contre-indications).

2. CONDUITE À TENIR DEVANT UN TROUBLE SEXUEL

2.1. Entretien

Il s'agit d'un moment fondamental du bilan des dysfonctions sexuelles.

- * Idéalement en deux temps : le patient seul puis avec son partenaire habituel.
- * On réalise d'abord un « interrogatoire classique » qui permet également de nouer une relation médecin malade.
- * Chez la femme, on recueillera avec précision toute l'histoire gynéco-obstétricale.
- * Ensuite, on cherche à comprendre la nature précise et l'historique du problème sexuel (début brutal ou progressif, caractère permanent ou occasionnel, primaire ou secondaire...).
 - Quel est le motif de la consultation à ce moment précis ?
 - Quels sont les éléments les plus importants du développement psychosexuel du patient et l'existence éventuelle d'expériences sexuelles traumatiques ?
 - Quelle sont ses relations avec sa famille ? Ses parents ? Son partenaire sexuel (difficultés de couple...) ? Quelle représentation a-t-il du couple et de la sexualité ?
 - Quel est son environnement ? Son contexte culturel et ses attitudes envers la sexualité ? La recherche de facteurs de stress, de conduites addictives, d'événements de vie récents négatifs (deuil, chômage, infertilité...) ou positifs (naissance d'un enfant, nouvelle rencontre...).
 - Quel est sa perception du genre et l'investissement de son rôle masculin ou féminin ?
 - Comment s'est construite sa sexualité ? Son couple ? Quelles sont ses habitudes et pratiques ? En considérant tout particulièrement la réponse sexuelle et ses différentes phases (désir, excitation, orgasme, résolution).

2.2. Examen clinique

- * D'abord général, on recherche tout particulièrement :
 - une obésité,
 - un syndrome d'apnée du sommeil,
 - des signes de maladies générales (diabète, maladie cardio-vasculaire ou neurologique, cancer, hémochromatose...),
 - des signes d'hypogonadisme ou de trouble endocrinien (hyperprolactinémie, maladies thyroïdiennes ou surrénaliennes),
 - des prises médicamenteuses (antihypertenseurs, anticholinergiques, antihistaminergiques, diurétiques, traitements hormonaux, psychotropes, contraceptifs oraux, chimiothérapie...),
 - des antécédents de radiothérapie pelvienne ou lombo-aortique.
- * puis urologique :
 - malformation, coudure (maladie de Lapeyronie),
 - hypotrophie testiculaire,
 - perte de pilosité,
 - phimosis,
 - nodules fibreux...
- * gynécologique (irritation, mycoses, malformations, douleurs chroniques, endométriose...) ;

- * et enfin psychiatrique (recherche de troubles anxieux ou dépressifs, de conduites addictives, de consommation excessive d'alcool, de toxiques ou de produits dopants).

Tout au long de cet examen il convient de garder une attitude empathique et de rester neutre.

2.3. Bilan paraclinique

Il sera réalisé en fonction des résultats de l'interrogatoire et de l'examen clinique et pourra comporter :

- * NFS, ionogramme, glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique, créatininémie, parfois bilan hormonal (TSH, LH, Prolactine, testostérone libre et totale avec protéine de transport TeBG, FSH et oestradiol, PSA...).
- * Doppler des membres inférieurs et des artères génitales, pléthysmographie pénienne nocturne, cavernographie (fuite veineuse, Lapeyronie)...

3. LES TROUBLES DES CONDUITES SEXUELLES

Les troubles des conduites sexuelles sont classiquement distingués en trois catégories :

3.1. Les dysfonctions sexuelles

La définition des dysfonctions sexuelles a beaucoup évolué au cours du temps. Elles sont aujourd'hui décrites en référence à la phase de la relation sexuelle qui est altérée.

Le caractère permanent ou occasionnel, l'ancienneté (primaire ou secondaire), la sélectivité (concerne un seul partenaire) ainsi que le rôle respectif des facteurs psychiatrique et non psychiatrique est nécessaire dans la description des dysfonctions sexuelles. Leur intensité sera également évaluée ainsi que leur retentissement psychologique pour le sujet.

Une proportion assez élevée d'hommes et de femmes dans la population générale souffre de dysfonctions sexuelles (5 à 35 % selon le type et le sexe).

Les causes sont multiples dans la majorité des cas.

- * Les facteurs psychologiques individuels jouent un rôle très important (éducation sexuelle, expériences sexuelles antérieures traumatisantes comme un viol ou des violences sexuelles, anxiété de performance, attitude du partenaire [rejet, humiliation, absence de désir, difficultés conjugales...]). Un trouble psychiatrique comorbide (30 % des cas – trouble dépressif ou anxieux, addiction, plus rarement psychose, anorexie mentale...), un trouble de personnalité peuvent induire des dysfonctions sexuelles ou les aggraver.
- * Parmi les causes médicales non psychiatriques, il faudra rechercher :
 - un diabète,
 - une obésité,
 - un syndrome d'apnée du sommeil,
 - une pathologie cardiovasculaire (athérome, hypertension...),
 - une maladie neurologique (épilepsie, atteinte médullaire, neuropathie végétative, sclérose en plaques, maladie de Parkinson...),
 - une maladie endocrinienne (surrénales, thyroïde, hyperprolactinémie, hypogonadisme...),
 - un cancer,

- une hémochromatose,
- une affection urologique ou génitale,
- une maladie infectieuse (VIH).
- * Des médicaments peuvent être en cause (antihypertenseurs, anticholinergiques, anti-histaminiques, diurétiques, traitements hormonaux, psychotropes, contraceptifs oraux, chimiothérapie...).
- * La dysfonction sexuelle peut également s'installer après une chirurgie mutilante (ex : prostate, testicule, sein, utérus, chirurgie digestive mutilante...) ou une radiothérapie pelvienne ou lomboaortique.

3.1.1. Troubles du désir sexuel (diminution ou absence des fantasmes et du désir)

On peut également, mais plus rarement, observer une aversion pour tout ou partie des activités sexuelles (parfois primaire).

3.1.2. Troubles de l'excitation

Chez l'homme

Il s'agit de troubles de l'érection qui concerne 30 % des hommes de plus de 50 ans. Ils peuvent concerner des difficultés à obtenir l'érection, à la maintenir jusqu'à la fin de l'activité sexuelle ou une diminution de la rigidité de l'érection. Le maintien des érections matinales signe en général l'origine psychogène du trouble de même que la sélectivité pour un ou une partenaire ou encore le caractère occasionnel de l'impuissance. Les causes médicales non psychiatriques ne sont pas rares (environ 50 % après 50 ans). L'impuissance primaire est rare.

Chez la femme

Il s'agit de troubles de l'excitation avec absence de lubrification vaginale et d'intumescence. Ils sont fréquents après la ménopause en l'absence de traitement substitutif.

3.1.3. Troubles de l'orgasme (incluant l'éjaculation précoce)

Il s'agit d'une difficulté (diminution de la fréquence ou de l'intensité), d'une absence ou d'un retard à l'orgasme après une phase normale de stimulation et d'excitation sexuelle.

Ce trouble est assez fréquent chez la femme (25 % des femmes).

Chez l'homme elle est en général liée à un trouble érectile.

Ces troubles incluent l'éjaculation précoce chez l'homme. Celle-ci est banale lors des premiers rapports puis peut être persistante ou occasionnelle. L'éjaculation se produit alors avant, pendant ou juste après la pénétration et surtout avant que le sujet ne le souhaite.

On peut plus rarement observer une anéjaculation ou un retard à l'éjaculation en particulier en post opératoire d'une chirurgie prostatique ou lorsque le sujet est âgé.

3.1.4. Troubles sexuels avec douleurs

- * Les dyspareunies sont des rapports sexuels douloureux et difficiles. Celles-ci peuvent empêcher la pénétration (dyspareunie superficielle ou d'intromission, plus souvent psychologiques) ou la rendre douloureuse (dyspareunie profonde). Elles peuvent se compliquer de vaginisme.
- * Les vulvodynies sont définies par une sensation d'inconfort ou de brûlures en l'absence de toute lésion. Elles peuvent entraîner des perturbations de la sexualité.

- * Le vaginisme est un spasme involontaire et persistant des muscles du périnée et de ceux qui entourent le tiers externe du vagin, empêchant toute pénétration. Il est souvent primaire et d'origine psychogène.

3.2. Les déviances sexuelles

Anciennement appelées perversions sexuelles, qualifiées de troubles paraphiliques (DSM-5) ou de troubles de la préférence sexuelle (CIM-10).

L'activité sexuelle déviante implique des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, ou encore des enfants ou d'autres personnes non consentantes et est à l'origine d'une souffrance de l'individu ou d'une altération de son fonctionnement socioprofessionnel.

Les déviances sexuelles incluent :

- * l'exhibitionnisme,
- * le fétichisme,
- * le frotteurisme,
- * la pédophilie,
- * le masochisme sexuel,
- * le sadisme sexuel,
- * le transvestisme,
- * le voyeurisme,
- * les paraphilies non spécifiées.

Elles débutent en général à l'adolescence et concernent majoritairement des hommes (90 % des cas). Leur évolution est en règle générale chronique. Elles peuvent être indispensables pour aboutir à l'acte sexuel ou, seulement épisodiques (stress, consommation de toxiques). La comorbidité avec des pathologies psychiatriques sévères est rare (moins de 5 % des cas), les troubles de personnalité sont fréquemment associés. L'association avec une hypersexualité est fréquente.

L'étiologie est inconnue, probablement multifactorielle, mais on retient la fréquence des antécédents d'abus sexuels (un tiers des cas).

La plupart des sujets atteints de paraphilie sévère n'accèdent aux soins qu'au décours d'une condamnation et dans le cadre d'une injonction de soins. La loi du 17 juin 1998 (dont le champ d'action a ensuite été élargi par plusieurs lois successives) propose, dans le cadre d'un suivi sociojudiciaire, des mesures spécifiques de surveillance et d'assistance pouvant comprendre une injonction de soins, elles sont destinées à prévenir la récidive et sont placées sous le contrôle du juge d'application des peines.

Un médecin coordonnateur chargé de l'articulation santé-justice est alors désigné par le juge d'application des peines pour évaluer et coordonner le suivi médico-psychologique dans le cas d'une mesure d'injonction de soins. Aucun traitement ne pourra être instauré sans le consentement du patient mais, si ce dernier refuse, l'emprisonnement pourra être mis à exécution. Toutes les paraphilies ne se compliquent pas de délit ou de crime sexuel (viol, inceste, exhibitionnisme) et un certain nombre d'entre elles demeurent d'ordre privé (fétichisme par exemple ou relations sadomasochistes librement consenties au sein d'un couple...). Environ un quart des crimes et délits sexuels sont commis par des sujets atteints de paraphilie (exhibitionnisme, sadisme sexuel, pédophilie). Les victimes mineures sont de loin les plus fréquentes (2/3 des cas). Les paraphilies sont souvent associées entre elles et il est important de les rechercher chez tout sujet ayant commis un crime ou un délit sexuel afin de pouvoir mieux évaluer le risque de récidive (les pédophilies homosexuelles étant les plus à risque de récidive) et surtout de proposer un traitement adapté au type de paraphilie.

3.3. L'hypersexualité

Elle est définie par une fréquence excessive, croissante et non contrôlée du comportement sexuel, en règle non déviant, dont les conséquences sont négatives pour le sujet qui en est atteint. Elle sera abordée dans la question addictions comportementales même si le concept d'addiction sexuelle, souvent utilisé pour qualifier l'hypersexualité, demeure discuté.

L'hypersexualité peut également être secondaire à :

- * une désinhibition d'origine psychiatrique :
 - épisode maniaque,
 - conduite addictive.
- * une étiologie neurologique :
 - syndrome frontal,
 - syndrome de Kleine-Levin ou de Klüver Bucy,
 - maladie de Parkinson traitée,
 - démence.
- * à la consommation occasionnelle ou régulière de drogues (cocaïne...), d'alcool ou de produits dopants à base de testostérone.



POUR EN SAVOIR PLUS

Transsexualisme

Bien qu'il affecte les conduites sexuelles, le transsexualisme ou trouble de l'identité sexuelle est avant tout un trouble de l'identité de genre (masculin/féminin). Il se caractérise par la conviction profonde et durable, chez un sujet normalement constitué, d'appartenir au sexe opposé à celui de son anatomie. Il s'accompagne d'un sentiment d'inconfort et d'inadéquation quant à son sexe déclaré, avec un désir intense d'être débarrassé de ses caractéristiques sexuelles, couplé à celui d'acquiescer l'apparence corporelle du sexe opposé et d'être considéré par autrui comme faisant partie du sexe opposé. Il est rare (1/30 000 à 1/100 000).

L'identité sexuelle doit être distinguée de l'orientation sexuelle qui correspond à l'attraction érotique envers les hommes, les femmes ou les deux sexes.

297



RÉSUMÉ

Aborder les troubles des conduites sexuelles implique de comprendre :

- * que les conduites sexuelles sont marquées par des contraintes éducatives, morales et sociales qui subissent des modifications au cours du temps et selon les cultures ;
- * que la relation sexuelle comporte différentes phases :
 - phase de désir sexuel associé aux fantasmes,
 - phase d'excitation,
 - phase en plateau,
 - phase d'orgasme,
 - phase de résolution.

La définition d'une « sexualité normale » est établie suivant le vécu individuel, en relation avec le/la/les partenaire(s), et la capacité de la personne à trouver un équilibre et une satisfaction dans ses pratiques, dans les limites de la loi. Les notions de déviance, de normalité de l'accomplissement de l'acte sexuel et d'identité de rôle comportemental peuvent varier selon les cultures et les époques.



POINTS CLEFS

Les troubles des conduites sexuelles sont classiquement distingués en trois catégories :

- * Dysfonctions sexuelles, classées en fonction de la phase de la relation sexuelle qui est altérée :
 - Troubles du désir sexuel.
 - Troubles de l'excitation.
 - Troubles de l'excitation.
 - Troubles de l'orgasme.
- * Les déviances sexuelles (anciennement appelées « perversions sexuelles », terme qui n'est plus à utiliser).
- * L'hypersexualité doit faire évoquer en psychiatrie :
 - Un épisode maniaque.
 - Une conduite addictive.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Dysfonctions sexuelles et troubles de l'identité sexuelle :

- * *Abrégé de psychiatrie de l'adulte*. Lempérière et coll. Ed Masson. 2006. p. 213-229.

Déviances sexuelles :

- * *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans* (recommandations HAS 2010). Document consultable sur le site internet de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf.
- * *Recommandations WFSBP pour le traitement pharmacologique des paraphilies* (2010). Document consultable sur le site internet de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) dans la rubrique « Treatment guidelines : Guidelines for the biological treatment of paraphilias ». http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Paraphilias_Guidelines.pdf.
- * *Approche psychiatrique des déviances sexuelles*. F Thibaut. Éd Springer Verlag 2011.

AUTRES TROUBLES

item 108

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

- I. Introduction
- II. Insomnie
- III. La somnolence diurne excessive
- IV. Les parasomnies de l'adulte et de l'enfant



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer les troubles du sommeil du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

1. INTRODUCTION

Chez l'adulte, le sommeil normal survient la nuit, il dure en moyenne 7 à 8 heures, avec de grandes variations interindividuelles en fonction :

- * de l'âge,
- * du sexe,
- * de l'individu lui-même (court/long dormeur, sujet du matin/du soir).

1.1. Régulation veille-sommeil

De façon générale, l'alternance veille-sommeil est régie par deux processus :

- * Le processus homéostatique (processus S) : « Je dors car je suis fatigué » ;
- * le processus circadien (processus C) : « Je dors car c'est l'heure de dormir ».

Le processus homéostatique, accumulatif augmente tout au long de la veille et diminue pendant le sommeil.

Le processus circadien dépend de l'oscillateur circadien que l'on appelle horloge biologique, située dans les noyaux suprachiasmatiques. L'horloge biologique module les états de vigilance mais aussi d'autres paramètres dont les sécrétions hormonales, la température interne, les

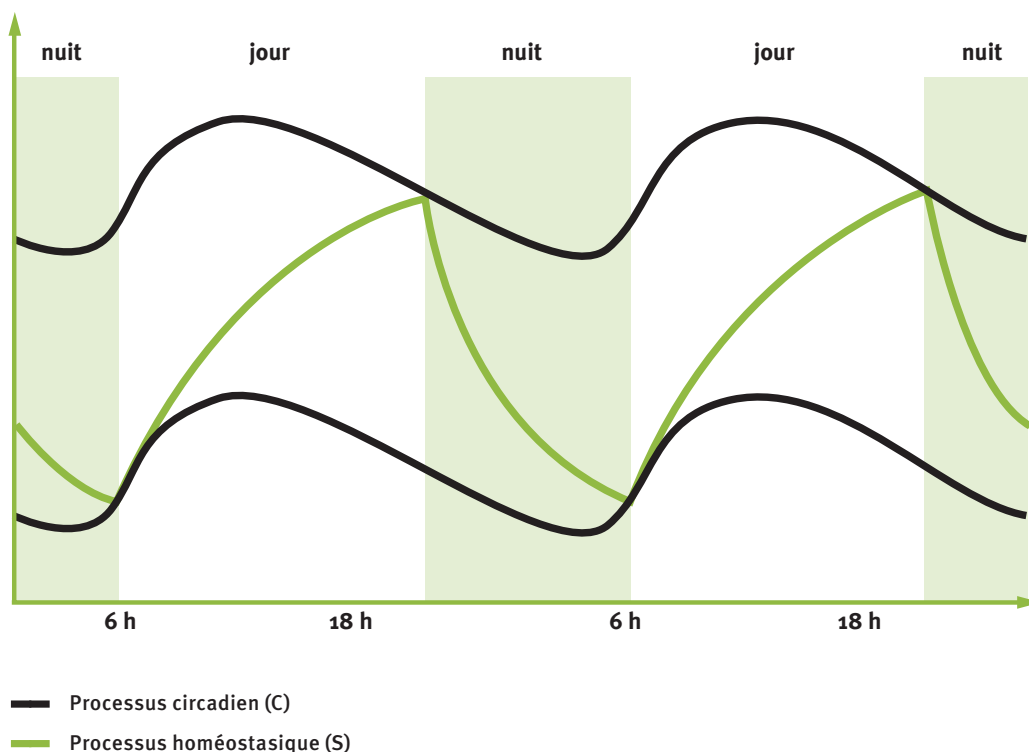


Figure 1. Le processus homéostatique S s'accumule au fur et à mesure de l'éveil, il diminue lors du sommeil. Le processus circadien C définit une propension à l'éveil élevée la journée et faible la nuit avec un nadir vers 4 h du matin. Le déclenchement du sommeil et sa fin sont déterminés par l'interaction des deux processus.

cycles de division cellulaire et l'humeur. Le rythme endogène de l'oscillateur circadien est le plus souvent légèrement supérieur à 24 h, il doit donc être régulièrement « remis à l'heure » pour être exactement de 24 h. Pour cela, l'horloge biologique est soumise à l'influence de synchroniseurs externes, dont le principal est l'information photique (alternance lumière-obscurité) mais aussi les rythmes sociaux, l'activité physique.

Les deux processus interagissent entre eux selon le modèle de la figure 1.

Il existe enfin un rythme ultradien de la vigilance, plus rapide que le rythme circadien, d'environ 90 minutes qui règle par ailleurs la périodicité du sommeil paradoxal et des cycles de sommeil.

1.2. Méthodes d'exploration du sommeil

L'examen de référence pour l'étude du sommeil est la polysomnographie. Il s'agit d'un enregistrement électro-physiologique qui permet de recueillir durant le sommeil du sujet les paramètres suivants :

- * électro-encéphalogramme (EEG) : activité électrique du cortex cérébral,
- * électro-oculogramme (EOG) : détection des mouvements oculaires,
- * électro-myogramme (EMG) : mesure du tonus musculaire,
- * paramètres cardiorespiratoires (détection des variations du débit respiratoire, saturation, mouvements respiratoires thoraciques et abdominaux, rythme cardiaque),
- * paramètres moteurs : détection des mouvements de jambes,
- * enregistrement vidéo concomitant.

L'EEG, EOG et EMG sont nécessaires à l'interprétation du sommeil normal, les autres paramètres permettent le diagnostic de pathologies du sommeil.

D'autres examens (décrits ci-dessous) peuvent par ailleurs être réalisés :

- * agenda de sommeil,
- * actimétrie,
- * polygraphie ventilatoire.
- * Tests itératifs de latence d'endormissement.
- * Tests de maintien de l'éveil.

1.3. Caractéristiques du sommeil normal

Deux types de sommeil sont à distinguer, ce sont deux états physiologiques extrêmement différents :

- * Le sommeil lent (de léger à profond) : caractérisé par une activité EEG qui se ralentit progressivement (50 + 25 % du sommeil total) ;
- * Le sommeil paradoxal : caractérisé par une activité EEG rapide, proche de la veille, des mouvements oculaires rapides et une abolition du tonus musculaire (25 % du sommeil total).

Les états de sommeil lent léger, sommeil lent profond et sommeil paradoxal alternent tout au long de la nuit selon une organisation dite en cycle. Un cycle de sommeil normal débute par du sommeil lent, dont la profondeur augmente progressivement, puis se termine par du sommeil paradoxal. Les cycles se répètent et leur architecture évolue au fur et à mesure que le sommeil dure. En début de nuit, le sommeil lent (et notamment profond) occupe la majeure partie du temps de sommeil, puis il se réduit (voire disparaît) alors que le temps de sommeil paradoxal augmente. L'alternance des cycles de sommeil peut être visualisée au moyen de l'hypnogramme.

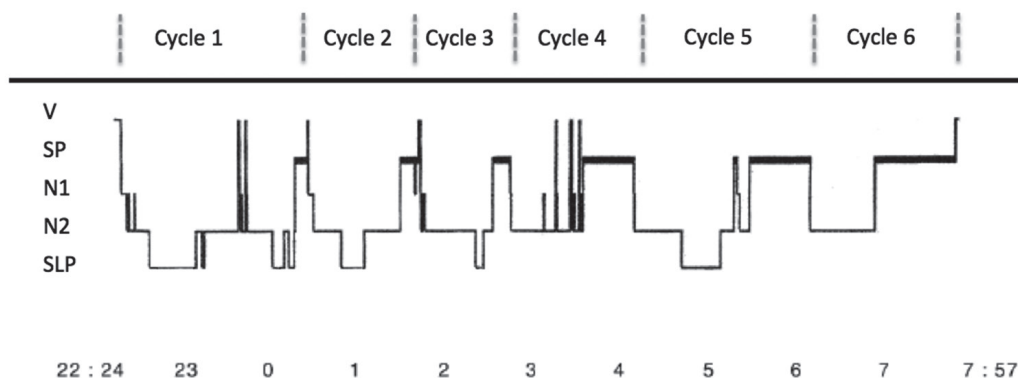


Figure 2. L'hypnogramme est une représentation graphique de la succession des différents stades de vigilance au cours de la nuit qui définit des cycles de sommeil. L'enregistrement débute peu après 22 h et se termine vers 8 h. Noter la prédominance du sommeil lent profond en début de nuit et celle du sommeil paradoxal en fin de nuit. V : Veille ; SP : Sommeil paradoxal ; N1 : Stade 1 sommeil lent léger ; N2 : Stade 2 sommeil lent léger ; N3 : Sommeil lent profond.

2. INSOMNIE

2.1. Données épidémiologiques

La plainte d'insomnie est extrêmement fréquente en population générale : 30 % des adultes ont présenté durant leur vie une insomnie transitoire, et 10 % une insomnie chronique. La prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge.

2.2. Diagnostic positif

2.2.1. Définition

Le diagnostic de l'insomnie est clinique. L'insomnie est une plainte, elle ne peut être définie par la durée objective du sommeil. Après s'être assuré que le sujet a les opportunités suffisantes pour dormir, il s'agit de :

- * difficultés d'endormissement,
- * et/ou plusieurs éveils nocturnes avec difficultés pour se rendormir,
- * et/ou réveils matinaux précoces avec incapacité de se rendormir.

L'insomnie doit être responsable d'un retentissement diurne négatif sur les activités du sujet et être associée à des symptômes fonctionnels (fatigue, troubles cognitifs, irritabilité, perturbation de l'humeur, mais aussi céphalées, troubles de la libido, troubles gastro-intestinaux).

2.2.2.Évaluation clinique

L'évaluation d'une plainte d'insomnie est en premier lieu clinique. Elle a pour objectifs d'en évaluer la sévérité, le retentissement, et ses caractéristiques peuvent orienter le diagnostic étiologique. Elle ne peut être évaluée sans connaissance du contexte clinique (antécédents médicaux non psychiatriques, psychiatriques, facteurs iatrogènes et toxiques).

L'évaluation spécifique d'une plainte d'insomnie doit :

- * Rechercher les circonstances initiales et modalités de l'installation de l'insomnie (facteurs déclenchant éventuels d'ordre médicale psychiatrique ou non psychiatrique).
- * Décrire l'évolution de l'insomnie :
 - évolution naturelle,
 - effets d'éventuels traitements hypnotiques,
 - effets de mesures comportementales prises par le patient.
- * Apprécier la typologie de l'insomnie :
 - **difficultés d'endormissement** : durée estimée de l'endormissement, activités précédant le coucher, présence de ruminations anxieuses, gêne physique au coucher,
 - **réveils nocturnes multiples** : nombre et durée des éveils nocturnes, cause des éveils nocturnes, durée estimée des réendormissements, activités du sujet lorsqu'il est réveillé la nuit (polyurie, grignotages, tabac...),
 - **réveil trop précoce** : heures habituelles du réveil définitif, cause de l'éveil définitif, activité du sujet avant de se lever.
- * Apprécier l'environnement de sommeil du dormeur.
- * Décrire les conséquences diurnes de l'insomnie.
 - symptômes fonctionnels,
 - conséquences sur l'emploi, la scolarité,
 - retentissement sur le fonctionnement social et affectif.

L'intensité de l'insomnie peut être évaluée au moyen d'outils cliniques simples comme l'Index de sévérité de l'insomnie qui est auto-questionnaire qui peut être facilement complété à la consultation. Un score supérieur à 14/28 indique une insomnie d'intensité moyenne, au-delà de 21/28 l'insomnie est sévère.

2.2.3.Examens complémentaires

Le recueil des informations cliniques peut être complété par un agenda de sommeil sur quelques semaines. Le patient indique chaque jour ses heures de lever, coucher, le temps estimé passé à dormir, les horaires de ses réveils nocturnes, la qualité du réveil le matin et de la vigilance la journée.

Une actimétrie peut également être réalisée. L'actimètre est un accéléromètre porté au poignet comme une montre. Il peut enregistrer pendant plusieurs semaines les niveaux d'activité du sujet, reflet de l'alternance veille-sommeil. Cet outil est moins fiable que la polysomnographie, mais permet d'apprécier les rythmes veille-sommeil en conditions écologiques.

La réalisation d'une polysomnographie n'est pas recommandée dans le cadre de l'exploration d'une insomnie primaire. Elle se justifie dans le cadre du bilan d'un syndrome des jambes sans repos (cf. infra) ou en cas de suspicion de syndrome d'apnées du sommeil ou parasomnies associées.

2.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic d'insomnie ne pose en général pas de difficultés. Cependant, l'insomnie d'endormissement doit être distinguée du syndrome de retard de phase du sommeil, au cours duquel la période propice au sommeil est retardée de plusieurs heures, le tableau clinique associe alors un coucher tardif associé à un lever tardif.

2.4. Formes cliniques

On distingue :

- * l'insomnie aiguë transitoire (également appelée insomnie d'ajustement), le plus souvent en lien avec un facteur déclenchant récent évident,
- * l'insomnie chronique (symptômes présents au moins 3 fois par semaine évoluant depuis plus de 3 mois). Les différentes formes cliniques de l'insomnie chronique sont détaillées ci-dessous.

2.4.1. Insomnies primaires

2.4.1.1. Insomnie psychophysiologique

Il s'agit de l'insomnie la plus fréquente. Elle débute toujours par un tableau d'insomnie d'ajustement, en lien avec un facteur initial stressant (psychologique ou physique). Face à cette insomnie, le sujet va développer malgré lui des comportements dysfonctionnels (se coucher trop tôt, faire des grasses matinées pour « récupérer », faire des siestes) entretenus par des schémas de pensée inadaptés (se forcer à dormir, attribuer à l'insomnie un grand nombre de problèmes diurnes, rester dans le lit permet de récupérer...). L'échec de ces stratégies génère une anxiété, des ruminations excessives conduisant à un « hyperéveil mental » (pensées intrusives, incapacité perçue à arrêter l'activité mentale qui empêche l'endormissement) et une « hyperactivation » physiologique (incapacité à se détendre). Cet état d'hyperéveil conduit à une pérennisation de l'insomnie, on parle ainsi du cercle vicieux de l'insomnie.

L'approche non médicamenteuse est le traitement de première intention de l'insomnie psychophysiologique. Elle repose sur la thérapie cognitive et comportementale de l'insomnie (TCC).

La TCC permet une rééducation du sommeil en quelques séances avec une efficacité au moins comparable aux hypnotiques. Elle comporte deux versants :

- * Sur le versant comportemental :
 - restriction du temps passé au lit,
 - éviction de la sieste,
 - technique du contrôle du stimulus (qui vise à gérer l'horaire du coucher en fonction de la propension au sommeil).
- * Sur le versant cognitif, le travail consiste à corriger les croyances et attitudes erronées vis à vis du sommeil.

Enfin, un travail de psychoéducation doit être effectué afin de retrouver et maintenir une bonne hygiène de sommeil.

2.4.1.2. Insomnie paradoxale

Le problème d'insomnie est lié à une mauvaise perception du sommeil. Les patients se plaignent d'une réduction importante de la quantité de leur sommeil en dépit de l'absence de perturbations objectives de la quantité de sommeil. La TCC de l'insomnie est également le traitement de première intention.

2.4.1.3. Insomnie primaire idiopathique

Elle est rare et débute souvent dans l'enfance, sans facteur déclenchant initial ni facteur pérennisant. L'insomnie évolue sans périodes de rémission. Sa prise en charge est difficile.

2.4.2. Insomnies secondaires

2.4.2.1. Insomnies d'origine psychiatrique

De nombreuses pathologies psychiatriques sont associées à une plainte d'insomnie, en particulier :

- * Troubles de l'humeur :
 - épisode dépressif caractérisé : l'insomnie est volontiers caractérisée par un réveil trop précoce,
 - épisode maniaque : l'insomnie est dans ce contexte rarement responsable de fatigue diurne.
- * Troubles anxieux : l'insomnie se manifeste souvent par des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes multiples.
- * Les états de stress post-traumatique : l'insomnie est souvent un symptôme central du trouble (syndrome d'hypervigilance), associée à des cauchemars (syndrome de reviviscence).

La persistance de l'insomnie dans le contexte d'un trouble psychiatrique chronique est un facteur clairement identifié de rechute et/ou de récurrence de ce dernier.

La prise en charge de l'insomnie d'origine psychiatrique doit être intégrée à celle du ou des trouble(s) psychiatriques associé. Dans un premier temps, le traitement du trouble psychiatrique sous-jacent doit être conduit. La persistance de l'insomnie malgré une prise en charge efficace des autres symptômes psychiatriques justifie alors un traitement spécifique. Les mesures non médicamenteuses doivent alors être privilégiées.

2.4.2.2. Insomnies d'origine iatrogène

Des facteurs iatrogènes ou toxiques doivent être recherchés :

- * Prise de médicaments :
 - corticoïdes systémiques,
 - hormones thyroïdiennes,
 - traitements psychostimulants,
 - certains antidépresseurs stimulants.
- * Sevrage de médicaments :
 - psychotropes, en particuliers hypnotiques,
 - antalgiques opioïdes.
- * Consommation excessive de :
 - caféine,
 - stupéfiants stimulants (cocaïne, amphétamines).
- * Intoxication éthylique et son sevrage.

2.4.2.3. Insomnies d'origine médicale non psychiatrique

Les pathologies affectant le système nerveux central (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, atteinte vasculaire, tumorale, inflammatoire) ou endocriniennes (hyperthyroïdie) sont fréquemment associées à une insomnie. Des symptômes tels que la dyspnée, la pollakiurie, peuvent être

responsables d'éveils intra-sommeil, et la douleur (d'origine rhumatismale, musculaire, digestive...) peut occasionner des troubles du sommeil.

2.4.3. Le syndrome des jambes sans repos

Le syndrome des jambes sans repos (SJSR) est une cause majeure d'insomnie d'endormissement et de maintien. Il reste cependant largement sous-diagnostiqué. Il touche environ 5 % de la population, est plus fréquent chez la femme et chez les sujets de plus de 65 ans. La physiopathologie du SJSR repose sur des anomalies du transport du fer au niveau cérébral sous-tendues par une vulnérabilité génétique. Le manque de disponibilité du fer est responsable d'une dysrégulation du système dopaminergique.

2.4.3.1. Diagnostic positif

Le diagnostic est clinique et défini par la présence de 4 critères :

- * Sensations désagréables au niveau des jambes responsables d'un besoin irrésistible de les mobiliser (impatiences).
- * Les symptômes sont aggravés par l'immobilité et la position allongée.
- * Les symptômes sont soulagés par le mouvement.
- * Les symptômes sont plus intenses le soir par rapport à la journée (caractère vespéral).

Dans 80 % des cas, le SJSR est associé à des mouvements périodiques des membres. Il s'agit de flexions périodiques des orteils, du pied, du genou ou de la hanche, durant quelques secondes. Ces contractions, si elles sont nombreuses, sont responsables d'une importante fragmentation du sommeil. Le diagnostic des mouvements périodiques des membres est polysomnographique, le sujet n'en ayant que rarement conscience.

Un électromyogramme des membres inférieurs n'est pas indiqué pour explorer un SJSR, si il est réalisé il ne révèle aucune anomalie.

2.4.3.2. Diagnostic différentiel

Le SJSR doit être distingué :

- * De l'insuffisance veineuse chronique (sensations de jambes lourdes, survenant lors de la station debout prolongée, soulagée par la position allongée).
- * Des neuropathies (sensations désagréables non associées à un besoin de bouger les jambes, absence de caractère vespéral).
- * Des akathisies (effet secondaire classique des neuroleptiques et antipsychotiques, intensité rythmée par les prises, survenue en position debout).
- * De l'artérite des membres inférieurs (douleurs survenant lors de la marche).

2.4.3.3. Formes cliniques

On distingue :

- * Le SJSR idiopathique (a forte composante familiale).
- * Les formes secondaires :
 - carence martiale,
 - insuffisance rénale sévère,
 - maladie de Parkinson,
 - d'origine iatrogène (antidépresseurs, neuroleptiques et antipsychotiques).

2.4.3.4. Traitement

Le traitement étiologique est à privilégier en première intention dans les formes secondaires (correction d'une carence martiale, adaptation de traitements).

Le traitement repose sur les agonistes dopaminergiques (Pramipexole – SIFROL® ; Ropinirole – ADARTREL® ; Rotigotine – NEUPRO®) à faible posologie.

Les traitements de 2^e ligne reposent sur les dérivés opioïdes et certains antiépileptiques.

2.5. Démarche diagnostique

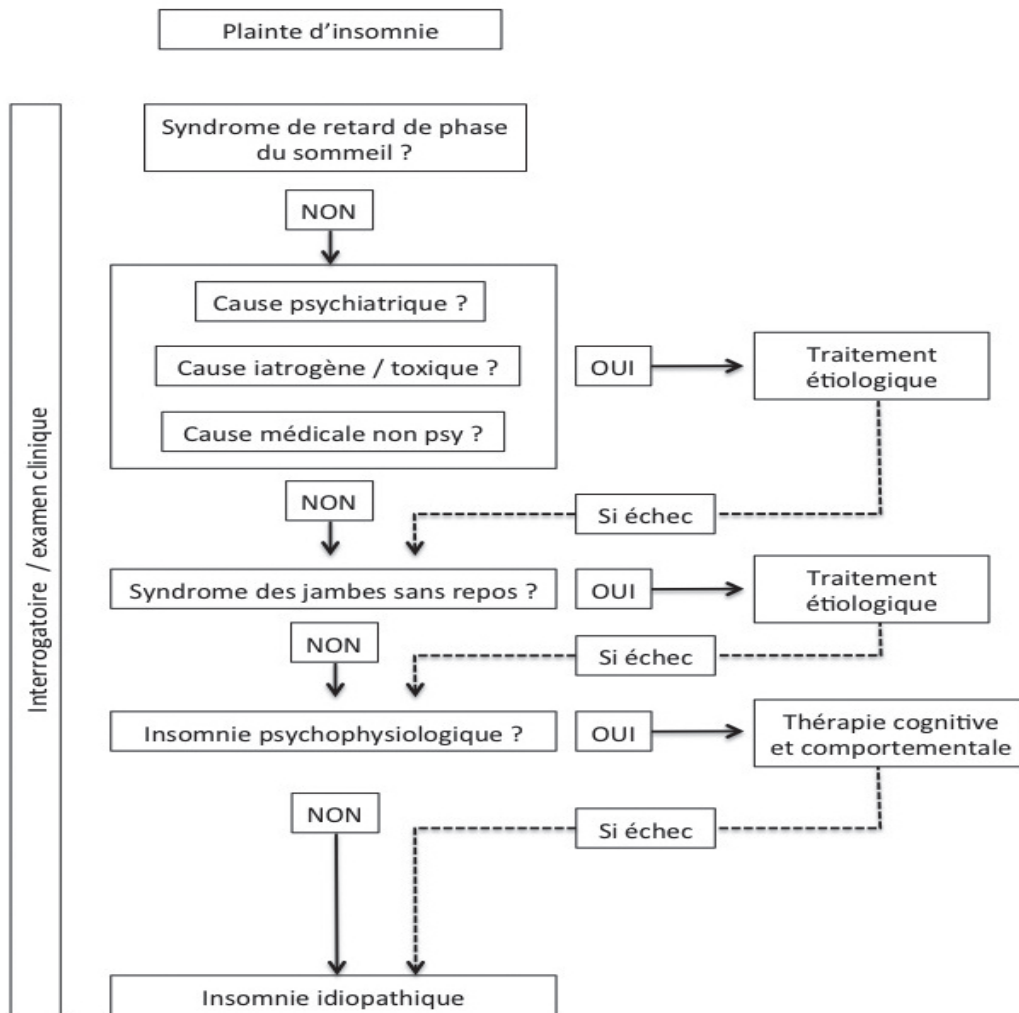


Figure 3. Démarche diagnostique de l'insomnie.

2.6. La prescription d'hypnotiques

La prescription d'un hypnotique est envisageable, mais seulement sur une courte période (de quelques jours à 2 ou 3 semaines), et dans la seule indication de l'insomnie d'ajustement.

Les molécules hypnotiques agissent par agonisme sur les récepteurs GABA-A et appartiennent à deux classes thérapeutiques :

- * Les benzodiazépines hypnotiques (ex : Lormétazépam - Noctamide® ; Loprazolam - Havlane®).
- * Les molécules « Z », ou hypnotiques à demi-vie courte (Zolpidem - Stilnox® ; Zopiclone - Imovane®).

Les hypnotiques posent des problèmes :

- * De dépendance :
 - tolérance : perte d'efficacité à moyen terme aux mêmes doses ou nécessité d'augmenter les doses pour maintenir l'efficacité,
 - syndrome de sevrage.
- * D'effets secondaires :
 - somnolence diurne résiduelle,
 - troubles mnésiques,
 - confusion, surtout chez le sujet âgé,
 - risque de chute,
 - effet dépresseur respiratoire (La prescription de benzodiazépine est contre-indiquée chez un sujet souffrant de syndrome d'apnées du sommeil).

Le choix de l'hypnotique doit porter sur des molécules à demi-vie courte, sans métabolites actifs (de préférence les molécules « Z »), pour une prescription limitée à 4 semaines.

En fonction du contexte clinique, certains antidépresseurs à propriétés sédatives (Mirtazapine - Norset®), certains antihistaminiques (Hydroxyzine - Atarax®) de première génération ou la mélatonine peuvent être une alternative aux hypnotiques conventionnels.

2.7. L'insomnie de l'enfant

L'insomnie du jeune enfant repose sur la plainte des parents d'une insuffisance de sommeil. Elle correspond à un trouble de l'installation et du maintien du sommeil nocturne. Elle se traduit par des difficultés d'endormissement avec opposition au coucher ou pleurs, des éveils nocturnes (souvent multiples) ou plus rarement par une nuit écourtée.

En l'absence d'étiologie médicale non psychiatrique, la prise en charge repose essentiellement sur des mesures comportementales, et parfois une prise en charge psychologique de l'enfant et de ses parents.

2.7.1. Difficultés d'endormissement et éveils nocturnes

Chez l'enfant de moins de 3 ans, le trouble le plus fréquent est un conditionnement anormal à l'endormissement : l'enfant ne s'est jamais endormi seul ou ne sait plus s'endormir seul. Il est incapable de s'endormir sans biberon.

Une insomnie chez l'enfant peut être favorisée par une absence ou une incohérence des routines de coucher proposées à l'enfant, un manque de fermeté des parents qui se laissent déborder par les multiples demandes de l'enfant pour éviter d'être mis au lit.

2.7.2. Troubles de l'installation du rythme jour/nuit

La peur qu'un enfant n'ait pas assez dormi, les conseils souvent donnés de ne jamais réveiller un enfant qui dort, font que très souvent les difficultés d'endormissements ou les éveils nocturnes se compliquent d'un trouble de l'installation du rythme circadien de 24 heures.

Il s'agit le plus souvent d'un retard de phase favorisé par une opposition au coucher avec coucher et lever tardifs. Ces levers tardifs même s'ils ne surviennent que 2 fois par semaine, le week-end, peuvent entraîner tous les jours un décalage des siestes et surtout du sommeil nocturne.

2.7.3. Les insomnies symptomatiques

2.7.3.1. Démarche diagnostique

Une insomnie symptomatique doit être évoquée devant :

- * Des éveils nocturnes longs (supérieurs à 15 minutes).
- * Un temps de sommeil sur les 24 heures très diminué (de plus de 2 heures par rapport à la moyenne pour l'âge).
- * Des éveils apparaissant dès la première partie de la nuit.
- * Un sommeil agité entre les éveils.
- * Un retentissement diurne important.
- * Un examen médical non psychiatrique anormal :
 - retard staturo-pondéral,
 - surpoids, obésité,
 - anomalies neurologiques,
 - développement psychomoteur anormal.

2.7.3.2. Formes cliniques

Il faudra penser à rechercher et traiter les affections suivantes :

- * Une affection neurologique ou psychiatrique avec ou sans déficits sensoriels (cécités en particulier) et/ou épilepsie. Certains de ces déficits, plus souvent d'origine génétique comme les syndromes de Rett, de Willi-Prader, d'Angelman, de Smith-Magenis, seront presque systématiquement associés à des insomnies graves liées à des troubles spécifiques de l'installation du rythme circadien et/ou des anomalies de la structure du sommeil ou à des apnées du sommeil.
- * Une affection médicale : les diabètes insulino-dépendant et insipide (en raison de la pollakiurie), l'asthme, l'eczéma sont fréquemment associés à une insomnie. Chez les jeunes enfants il faudra systématiquement éliminer : une otite chronique, un reflux gastro-œsophagien, une intolérance aux protéines du lait de vache.
- * Une insomnie iatrogène :
 - psychostimulants (en cas de traitement d'un trouble de l'attention/hyperactivité par exemple),
 - corticoïdes.
- * Une insomnie associée à un trouble neuro-développemental :
 - autisme,
 - trouble déficit de l'attention/hyperactivité.

3. LA SOMNOLENCE DIURNE EXCESSIVE

3.1. Données épidémiologiques

La somnolence diurne excessive (SDE) se définit par un besoin excessif de dormir durant la journée.

Il s'agit d'une plainte fréquente, 15 % de la population présentant une somnolence modérée et 4-5 % une somnolence sévère.

La SDE représente un enjeu de santé publique du fait du risque majeur d'accident dont elle peut être responsable. La SDE revêt de ce fait des implications médico-légales. En effet, la somnolence fait partie de la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire (arrêté du 21 décembre 2005).

3.2. Diagnostic positif

3.2.1. Évaluation clinique

L'évaluation d'une plainte de SDE est en premier lieu clinique. Elle a pour objectifs d'en évaluer la sévérité, le retentissement, et ses caractéristiques peuvent orienter le diagnostic étiologique. Elle ne peut être évaluée sans connaissance de la qualité et la quantité du sommeil de nuit, du contexte clinique (antécédents médicaux non psychiatriques, psychiatriques, facteurs iatrogènes et toxiques).

L'évaluation spécifique d'une plainte de somnolence doit comporter :

- * Les circonstances initiales et modalité de l'installation de la somnolence.
- * Les horaires de survenue de la somnolence :
 - continue ou fluctuante,
 - variations circadiennes.
- * Caractériser les accès de sommeil diurnes :
 - nombre d'accès par jour,
 - durée,
 - caractère rafraîchissant ou non,
 - circonstances de survenue (inactivité/activité),
 - caractère irrépressible,
 - présence d'une activité onirique associée.
- * La qualité du réveil le matin, sensation de sommeil de nuit réparateur ou inertie du sommeil.
- * Le retentissement fonctionnel de la somnolence :
 - handicap perçu par le patient,
 - risque accidentogène.

L'intensité de la somnolence peut être évaluée au moyen d'outils cliniques simples comme l'échelle de somnolence d'Epworth qui est auto-questionnaire qui peut être facilement complété à la consultation. Un score supérieur à 10/24 indique une somnolence diurne excessive, celle-ci est sévère au-delà de 15/24.

ÉCHELLE DE SOMNOLENCE D'ÉPWORDH

Instructions : pour répondre, utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

0 = ne somnolerait jamais

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situations	Score			
	Ne somnolerait jamais	Faible chance de s'endormir	Chance moyenne de s'endormir	Forte chance de s'endormir
Actuellement				
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion...)	0	1	2	3
Comme passager dans une voiture (ou transport en commun) roulant pendant 1 h	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un repas sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

3.2.2. Mesures objectives de la somnolence

Deux examens validés permettent d'évaluer de façon objective la plainte de somnolence. Ils doivent être systématiquement précédés d'un enregistrement polysomnographique.

- * Les tests itératifs de latence d'endormissement (TILE) mesurent la propension du sujet à s'endormir la journée. Les TILE sont utilisés pour poser le diagnostic de somnolence. Le sujet est invité à 5 reprises (9 h, 11 h, 13 h, 15 h et 17 h) à s'allonger dans le lit et ne pas résister au sommeil. La latence d'endormissement est mesurée pour chaque test. Le test est interrompu au bout de 20 minutes si le sujet ne s'est pas endormi ou 15 minutes après son endormissement. Une latence d'endormissement moyenne inférieure à 8 minutes signe une somnolence pathologique.

- * Les tests de maintien de l'éveil (TME) mesurent la capacité du sujet à rester éveillé durant la journée. Les TME sont utilisés pour évaluer l'efficacité du traitement de la somnolence. Le TME a de plus une valeur médico-légale (arrêté du 21 décembre 2005). Le sujet, installé dans un fauteuil en semi-pénombre est invité à résister au sommeil lors de 4 sessions. La latence d'endormissement est mesurée à chaque session (interrompue à 40 minutes si le sujet ne s'est pas endormi). Une latence d'endormissement moyenne inférieure à 19 minutes est pathologique.

3.3. Diagnostic différentiel :

Deux symptômes sont à distinguer de la somnolence :

- * La fatigue :
 - sensation d'affaiblissement physique ou psychique,
 - survenant le plus souvent à la suite d'efforts qui en impose l'arrêt,
 - réversible au moins partiellement avec la mise au repos.
- * La clinophilie :
 - rester allongé la journée tout en étant éveillé,
 - symptôme fréquemment observé dans les troubles de l'humeur.

3.4. Formes cliniques

La SDE est multifactorielle, pouvant être la conséquence de perturbations du sommeil de nuit (en particulier le SAS), en lien avec des facteurs toxiques, être secondaire à des pathologies psychiatriques ou non, ou être le symptôme principal des hypersomnies centrales.

3.4.1. Le syndrome d'apnées du sommeil

Le syndrome d'apnées du sommeil (SAS) est une pathologie fréquente, touchant 5-10 % de la population générale.

3.4.1.1. Aspects cliniques :

Il est plus fréquent chez l'homme, chez les sujets en surpoids et souffrant d'obésité. Chez ces sujets, le diagnostic de SAS doit être évoqué devant :

- * Des symptômes diurnes :
 - SDE,
 - sommeil perçu comme non réparateur,
 - céphalées matinales,
 - troubles cognitifs,
 - troubles de la libido,
 - irritabilité.
- * Des manifestations nocturnes :
 - ronflement, parfois pauses respiratoires observées par l'entourage,
 - polyurie nocturne (plus de 2 mictions par nuit),
 - hypersalivation,
 - sueurs nocturnes, pauses respiratoires constatées par l'entourage, sensation d'étouffement.

Les complications de ce syndrome sont d'ordre cardiovasculaires et métaboliques (hypertension artérielle, manifestations ischémiques cardiaques ou cérébrales).

3.4.1.2.Diagnostic

La suspicion diagnostique doit être confirmée par enregistrement nocturne (polygraphie ventilatoire ou polysomnographie). Cet enregistrement met en évidence de nombreux arrêts respiratoires :

- * Apnées : interruption complète de la respiration de plus de 10 secondes.
- * Hypopnées : diminution partielle de la respiration de plus de 10 secondes, associés à une désaturation en oxygène et/ou un micro-éveil.

Un index d'apnée/hypopnées (IAH) supérieur ou égal à 5 par heure de sommeil confirme le diagnostic. L'intensité du SAS se définit par l'IAH :

- * Légère : IAH entre 5 et 15/h,
- * Modérée : IAH entre 15 à 30/h,
- * Sévère : IAH supérieur à 30/h.

Le plus souvent le mécanisme est obstructif (définissant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil), parfois il est central (par dysfonctionnement de la commande ventilatoire).

3.4.1.3.Traitement

Lorsque le SAS est sévère, le traitement de référence est la ventilation en pression positive continue appliquée au moyen d'un masque.

L'indication d'un traitement pour un SAS léger à modéré doit être posée en fonction du contexte clinique (retentissement fonctionnel, facteurs de risque cardiovasculaire), et une alternative à la pression positive continue doit être privilégiée :

- * Prise en charge d'un éventuel surpoids.
- * Orthèse d'avancée mandibulaire (prothèse mandibulaire portée la nuit, induisant une propulsion en avant de la mandibule permettant de libérer les voies aériennes supérieures)
- * Prise en charge chirurgicale ORL (chirurgie du voile du palais, des amygdales, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx), dont la balance bénéfice/risque doit être pesée.

Il faut y associer des mesures hygiéno-diététiques et une éducation thérapeutique du patient pour favoriser l'observance et une prise en charge des comorbidités cardiovasculaires et métaboliques. Enfin, un syndrome d'apnées du sommeil non traité est une contre-indication à la prescription de benzodiazépines.

3.4.2.Le syndrome d'insuffisance de sommeil

On l'appelle également privation chronique de sommeil. Le sujet ne dort pas aussi longtemps qu'il le devrait pour maintenir un niveau d'éveil normal. La somnolence est volontiers plus forte en deuxième partie de journée. Le syndrome d'insuffisance de sommeil s'accompagne par ailleurs de signes fonctionnels divers, notamment cognitifs.

L'interrogatoire est le plus souvent suffisant pour retenir le diagnostic en précisant les horaires habituels de sommeil et la notion d'un allongement du temps de sommeil durant les week-ends ou les vacances.

3.4.3.Les hypersomnies secondaires

3.4.3.1.Hypersomnie d'origine physiologique

La SDE est fréquente au cours de la grossesse, se manifestant principalement lors du premier trimestre.

3.4.3.2.Hypersomnie d'origine iatrogène ou toxique

De nombreux traitements peuvent être responsables d'une somnolence diurne excessive :

- * Traitements psychotropes :
 - benzodiazépines et apparentés,
 - antipsychotiques,
 - thymorégulateurs,
 - antidépresseurs.
- * Antiépileptiques.
- * Antihistaminiques.
- * Antalgiques opioïdes.

Certains toxiques peuvent également être responsables de somnolence :

- * Lors de leur prise :
 - cannabis,
 - alcool,
 - opioïdes.
- * Lors de leur sevrage :
 - cocaïne,
 - amphétamines,
 - caféine.

Dans ce cas, l'interrogatoire doit rechercher des éléments chronologiques sur l'instauration des traitements et l'installation de la somnolence, la réversibilité de la somnolence à l'arrêt pour dégager une imputabilité.

3.4.3.3.Hypersomnie d'origine psychiatrique

Il s'agit essentiellement d'hypersomnie dans un contexte d'épisode dépressif caractérisé. L'hypersomnie n'est pas rare dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé, et plus particulièrement :

- * Chez le sujet jeune.
- * Chez la femme.
- * Dans le cadre d'un trouble bipolaire.
- * Dans le cadre d'un trouble affectif saisonnier.

Le traitement est en premier lieu celui du trouble de l'humeur sous-jacent.

3.4.3.4.Hypersomnie d'origine médicale non psychiatrique

Elles sont principalement d'origine neurologique :

- * Traumatisme crânien.
- * Lésions cérébrales (tronc cérébral, hypothalamus).
- * Maladie de Parkinson idiopathique.
- * Maladie de Steinert.
- * Sclérose en plaque.
- * Syndrome post-mononucléose infectieuse.

Le traitement est étiologique lorsqu'il est possible, sinon symptomatique avec un traitement stimulant de l'éveil.

3.4.4. Les hypersomnies centrales

3.4.4.1. Narcolepsie-cataplexie

La narcolepsie est une maladie rare dont la prévalence est estimée à 0,025 %. L'incidence de la narcolepsie suit une courbe bimodale avec un pic à 15 ans et un second à 35 ans. Les formes familiales de narcolepsie sont rares (1-2 %). Elle reste largement sous diagnostiquée.

La cause de la narcolepsie-cataplexie reste inconnue, d'origine vraisemblablement multifactorielle impliquant des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux. Sur le plan physiopathologique, la narcolepsie correspond à la perte de fonction des neurones à orexine/hypocrétine, un neurotransmetteur sécrété par une petite population de neurones de la partie dorso-latérale de l'hypothalamus. Un mécanisme neurodégénératif auto-immun est fortement suspecté.

Le diagnostic de narcolepsie doit être évoqué devant :

- * La tétrade symptomatique qui associe :
 - une SDE, sévère, caractérisée par des accès de sommeil diurnes multiples et courts, incoercibles, rafraîchissants, souvent accompagnés d'activité onirique ;
 - des cataplexies, abolitions brève et brutale du tonus musculaire, généralisées ou partielles, sans altération de la conscience, déclenchées par une émotion le plus souvent positive (rire, surprise) La cataplexie est un signe pathognomonique de la narcolepsie-cataplexie ;
 - des hallucinations nocturnes (hypnagogiques à l'endormissement, hypnopompiques au réveil) ;
 - des paralysies du sommeil (paralysie complète et transitoire, durant quelques secondes à quelques minutes survenant au moment de l'endormissement ou du réveil).
- * Un sommeil de nuit perturbé (insomnie, agitation nocturne).
- * Une prise de poids involontaire au début des symptômes (30 % des sujets narcoleptiques sont en surpoids).

Le diagnostic de narcolepsie-cataplexie repose sur l'observation clinique lorsque les symptômes sont typiques. Il est recommandé cependant de pratiquer une polysomnographie suivie de TILE qui objectivent :

- * Un sommeil de nuit fragmenté.
- * Une latence d'apparition du sommeil paradoxal courte.
- * Une latence moyenne d'endormissement aux TILE inférieure à 8 minutes.
- * La présence de sommeil paradoxal sur au moins 2 des 5 TILE.

Le typage HLA peut être informatif. La présence de HLA DQB1*0602 est retrouvée dans près de 97 % des sujets souffrant de narcolepsie-cataplexie mais se retrouve aussi dans 25 % de la population générale. Ainsi, ce test n'a pas de réelle valeur diagnostique. En revanche l'absence de l'association à DQB1*0602 exige la présence de critères cliniques incontestables pour retenir le diagnostic.

Le diagnostic formel est apporté par le dosage de l'orexine/hypocrétine dans le liquide céphalo-rachidien, qui révèle un taux bas voire effondré.

L'évolution de la maladie est chronique, avec une absence d'amélioration spontanée.

Le traitement de la narcolepsie-cataplexie est symptomatique. Il cible les deux symptômes les plus invalidants de la maladie :

- * Traitement de la somnolence :
 - aménagement de siestes,
 - traitement stimulant de l'éveil (Modafinil - Modiodal® ; Méthylphénidate - Ritaline®).
- * Traitement des cataplexies : antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Venlafaxine - Effexor®) et le sodium oxybate (Xyrem®).

Par ailleurs, une prise en charge du surpoids est indispensable, tout comme des aménagements sur le plan professionnel ou scolaire.

3.4.4.2. Hypersomnie idiopathique

L'hypersomnie idiopathique est une affection rare, d'identification récente et d'étiopathogénie imprécise. Elle commence souvent chez l'adulte jeune, et les formes familiales sont fréquentes. On retrouve une SDE souvent sévère, continue et présente dès le réveil. Contrairement à la narcolepsie, les accès de sommeil diurnes sont longs (plusieurs heures) et non restaurateurs de vigilance normale. Le sommeil de nuit est très souvent prolongé (supérieur à 10 heures), et d'excellente qualité. Le réveil reste cependant très difficile, définissant l'inertie du réveil, pouvant aller jusqu'à une ivresse du réveil avec confusion.

Le diagnostic doit être évoqué après élimination des autres causes de somnolence. Une polysomnographie suivie de TILE est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

3.4.4.3. Syndrome de Kleine-Levin

Il s'agit d'un trouble extrêmement rare, survenant chez l'adolescent ou l'adulte jeune, le plus souvent de sexe masculin. Il est caractérisé par la survenue de plusieurs accès durant quelques jours à quelques semaines, de début et fin brutaux caractérisés par une hypersomnie très sévère (16 à 18 heures/jour), plus ou moins associée à :

- * Une hyperphagie.
- * Des troubles du comportement avec désinhibition sexuelle.
- * Des troubles cognitifs (mnésiques, attentionnels, confusion, irritabilité, apathie).

L'examen est strictement normal entre les accès. Le diagnostic est clinique. L'évolution est le plus souvent favorable avec une disparition du trouble après quelques années. La physiopathologie reste inconnue, une dysfonction récurrente de l'hypothalamus est suspectée.

3.5. Démarche diagnostique

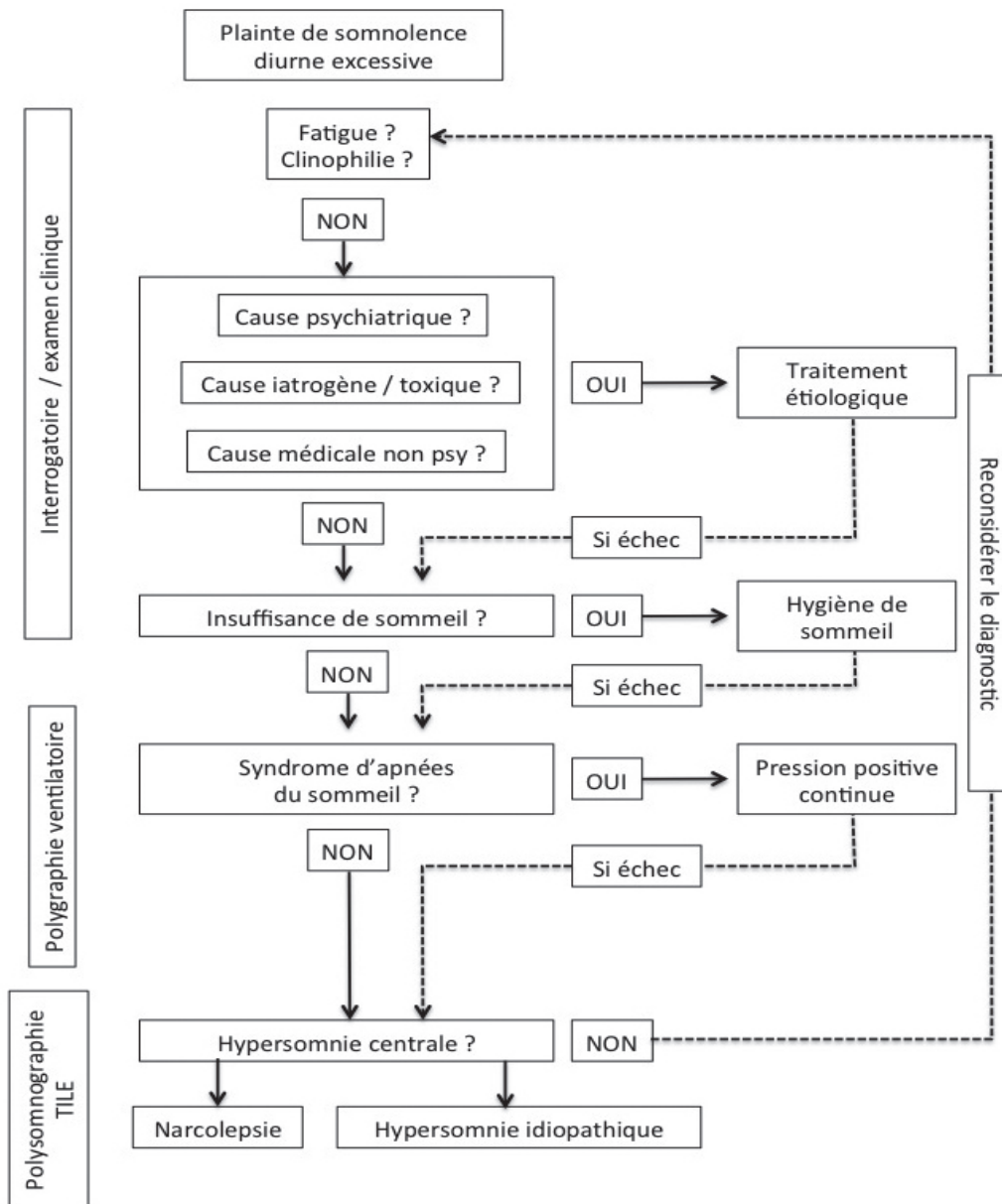


Figure 4. Démarche diagnostique de la somnolence diurne excessive.

3.6. Aspects médico-légaux

L'arrêté du 21 décembre 2005 régit des aspects médico-légaux en lien avec la SDE.

En cas de somnolence, la loi fait une distinction entre les conducteurs détenteurs de permis de type léger et les conducteurs détenteurs de permis de type lourd.

Les conducteurs dotés de permis de type léger (voiture, moto) relèvent d'un examen clinique et/ou de tests paracliniques laissés à l'appréciation du médecin avec :

- * Une interruption temporaire de la conduite en attente de traitement.
- * La reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, traitement stimulant de l'éveil). Cette reprise sera proposée à l'issue du bilan spécialisé. L'incompatibilité à la conduite est maintenue tant que persiste une somnolence malgré le traitement.

Les conducteurs dotés de permis de type lourd (camions, autobus, taxis, ambulances...) nécessitent de passer un test de maintien de l'éveil (TME) pour confirmer l'efficacité thérapeutique et la possible reprise de la conduite, avec :

- * Une interruption temporaire de la conduite en attente de traitement.
- * La reprise peut avoir lieu 1 mois après l'évaluation de l'efficacité thérapeutique (pression positive continue, chirurgie, prothèse, traitement stimulant de l'éveil), pour une compatibilité temporaire de 6 mois. L'incompatibilité est maintenue tant que persiste une somnolence malgré le traitement.

3.7. La somnolence chez l'enfant

3.7.1. Caractéristiques de la somnolence chez l'enfant

La somnolence chez l'enfant est souvent accompagnée d'autres symptômes, dont certains peuvent être au premier plan :

- * Irritabilité.
- * Instabilité motrice.
- * Altération de l'attention.

La somnolence chez l'enfant se manifeste volontiers en situation d'inactivité ou de passivité, il est très important de rechercher la notion d'endormissement en classe.

3.7.2. Principales causes de somnolence chez l'enfant

3.7.2.1. Insuffisance de sommeil

Une hygiène de sommeil insuffisante, des troubles comportementaux entraînant retard à l'endormissement et/ou éveils nocturnes prolongés sont la première cause de somnolence chez l'enfant.

3.7.2.2. Syndrome d'apnées du sommeil de l'enfant

Le SAS n'est pas rare chez l'enfant. Il doit systématiquement être évoqué devant les symptômes suivants :

- * Ronflement.
- * Endormissements en classe.
- * Irritabilité.
- * Troubles des apprentissages.
- * Difficultés d'attention.
- * Troubles du comportement.

Le diagnostic est établi au moyen d'une polygraphie ventilatoire ou d'une polysomnographie, les critères objectifs permettant de retenir un SAS chez l'enfant sont plus stricts que chez l'adulte (> 1/h). Le SAS chez l'enfant est le plus souvent obstructif, la première cause est l'hypertrophie

amygdalienne, réversible après traitement chirurgical. Un SAS central plus rare, doit faire rechercher une anomalie de la charnière occipito-cervicale (malformation d'Arnold Chiari).

3.7.2.3. Narcolepsie-cataplexie de l'enfant

Les formes pédiatriques de narcolepsie-cataplexie sont fréquentes. Les cataplexies revêtent parfois des caractéristiques atypiques pouvant rendre difficile l'évocation du diagnostic.

Le diagnostic positif et la prise en charge sont identiques à celle des adultes.

3.7.2.4. Parasomnies

Des parasomnies sévères et invalidantes peuvent être source de somnolence chez l'enfant, en particulier les parasomnies du sommeil lent profond et les rythmies du sommeil.

3.7.2.5. Autres troubles neurologiques

On peut retenir :

- * Le syndrome de Willi-Prader.
- * La maladie de Nieman-Pick type C.
- * La maladie de Steinert.

4. LES PARASOMNIES DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT

Les parasomnies regroupent un ensemble hétérogène de manifestations comportementales ou psychiques survenant au cours du sommeil. Elles sont particulièrement fréquentes chez l'enfant. Certaines parasomnies sont spécifiques d'un stade de sommeil, c'est le cas par exemple des cauchemars, en rapport avec le sommeil paradoxal, d'autres parasomnies ne le sont pas, comme l'énurésie.

4.1. L'agitation nocturne

4.1.1. Les parasomnies du sommeil lent profond

Les parasomnies du sommeil lent profond (SLP) comportent le somnambulisme, les terreurs nocturnes ainsi que les éveils confusionnels. Ces parasomnies relèvent d'anomalies de la transition entre le sommeil lent profond et la veille. Ces parasomnies surviennent le plus souvent dans le premier tiers de la nuit et sont accompagnée d'une amnésie partielle ou complète des épisodes. Elles concernent volontiers les enfants et les adultes jeunes. Le diagnostic est clinique.

Dans le somnambulisme, les manifestations motrices sont au premier plan. L'expression comportementale est en général simple, le sujet s'assoit ou se lève et marche dans sa chambre. Les yeux sont ouverts, le regard est vide, les gestes sont lents, souvent maladroits et relevant d'automatismes.

Les terreurs nocturnes sont généralement initiées par un grand cri. Elles sont caractérisées par l'importance des manifestations comportementales et neurovégétatives de peur (tachycardie, hypersudation, difficultés respiratoires, mydriase, érythrose cutanée). Le sujet est peu accessible à la réassurance. Le contenu mental, lorsqu'il est remémoré est en général peu élaboré, correspondant à une image ou une situation effrayante.

Enfin, les éveils confusionnels se distinguent par la faible composante motrice et neurovégétative au cours de l'épisode. Les accès sont volontiers longs, jusqu'à plusieurs dizaines de minutes. Ils

sont plus fréquents chez l'enfant et sont caractérisés par une désorientation, un ralentissement psychomoteur avec lenteur idéatoire, difficultés d'élocution et de compréhension. Des comportements instinctuels, sexuels ou alimentaires peuvent survenir.

Les parasomnies du sommeil lent profond peuvent être responsables d'un retentissement diurne, en particulier de la somnolence.

Les parasomnies du sommeil lent profond sont sous-tendues par une forte composante héréditaire. Les crises sont déclenchées ou leur fréquence aggravée par :

- * La privation de sommeil.
- * Le stress, les émotions fortes.
- * La fièvre.
- * Certains médicaments (Zolpidem - Stilnox® ; sels de lithium...).

Le traitement repose sur l'éviction des facteurs précipitants, la sécurisation de la chambre et du domicile. Les formes sévères peuvent justifier d'un traitement pharmacologique (Clonazépam - Rivotril®) à très faible posologie.

4.1.2. Le trouble du comportement en sommeil paradoxal

Il s'agit d'une agitation nocturne liée à la mise en acte des rêves du sujet. Elle survient le plus souvent en deuxième partie de nuit et est liée à la perte de l'atonie musculaire habituelle du sommeil paradoxal. Le sujet présente des comportements moteurs plus ou moins élaborés, avec des mouvements brusques, parfois violents pouvant être responsables de chutes du lit, de blessures pour le patient lui-même ou son partenaire. Le diagnostic est clinique et polysomnographique, l'enregistrement révélant un tonus musculaire anormalement élevé en sommeil paradoxal.

Le trouble du comportement en sommeil paradoxal concerne principalement le sujet âgé de sexe masculin. Très souvent, le trouble accompagne ou précède de plusieurs années des pathologies neurodégénératives, essentiellement les syndromes parkinsoniens.

Son traitement est symptomatique et repose sur l'utilisation de Clonazépam - Rivotril® à faible posologie.

4.1.3. Autres causes d'agitation nocturne

L'épilepsie frontale nocturne peut poser un problème diagnostique avec les parasomnies. Cette forme exclusivement nocturne d'épilepsie doit être évoquée devant :

- * Le caractère stéréotypé des crises.
- * De multiples crises par nuit.
- * Des mouvements dystoniques, dyskinétiques.

Le problème diagnostique réside dans le fait que l'EEG de surface est souvent normal.

Le trouble dissociatif nocturne reste un diagnostic d'élimination, il correspond à des manifestations dissociatives d'expression essentiellement nocturne.

4.2. Autres parasomnies

4.2.1. Cauchemars

Le cauchemar correspond à une activité onirique de contenu désagréable qui réveille le sujet. On distingue, les cauchemars dits idiopathiques de ceux survenant dans le cadre de l'état de stress post-traumatique. Dans ce cas ils s'intègrent au syndrome de reviviscence.

Le cauchemar chez l'enfant se distingue de la terreur nocturne principalement par l'absence d'amnésie et de troubles du comportement. Les cauchemars surviennent le plus souvent en sommeil paradoxal, donc majoritairement en fin de nuit.

4.2.2. Rythmies du sommeil

Les rythmies du sommeil sont caractérisées par des mouvements répétitifs, stéréotypés et rythmiques de grands groupes de muscles se produisant au moment de l'endormissement ou lors du sommeil. Les rythmies les plus fréquentes sont le bercement de tout le corps (body rocking), le cognement ou le roulement de la tête (head banging ou head rolling).

Ce trouble est très fréquent chez le nourrisson et voit sa prévalence décroître rapidement avec l'âge pour ne concerner que 3 % des enfants à l'âge de cinq ans. Dans de rares cas, ces troubles peuvent persister à l'âge adulte. Une prise en charge peut s'avérer nécessaire : les rythmies sont à l'origine de blessures ou d'altérations du fonctionnement diurne de l'enfant. Elle repose essentiellement sur des mesures comportementales.

4.2.3. Enurésie nocturne

Ce sont des mictions involontaires la nuit.

Pour en savoir plus, voir cours d'urologie et de pédiatrie.



RÉSUMÉ

Les troubles du sommeil se manifestent essentiellement par une plainte d'insomnie, de somnolence ou de phénomènes indésirables survenant au cours du sommeil que l'on appelle les parasomnies. Le praticien doit en connaître les modalités d'exploration cliniques et paracliniques afin d'en définir la sévérité, la chronicité, et leur étiologie en vue d'une prise en charge adaptée. L'insomnie est une plainte d'insatisfaction de la quantité ou de la qualité du sommeil. Elle peut être primaire, secondaire à des pathologies médicales dont le syndrome des jambes sans repos ou à des causes psychiatriques. Le plus souvent, une insomnie chronique ne doit pas faire l'objet d'une prescription d'hypnotiques, le traitement de l'étiologie sous-jacente ou une thérapie cognitive et comportementale sont les traitements de première intention. La somnolence diurne excessive est un problème de santé publique responsable d'un handicap important et d'accidents de la circulation. Elle est définie par un besoin excessif de dormir la journée. Elle peut être secondaire à une affection psychiatrique ou médicale. Elle doit faire suspecter un syndrome d'apnées du sommeil. La somnolence peut être primaire, on parle dans ce cas d'hypersomnie centrale dont la principale cause est la narcolepsie-cataplexie. Depuis l'arrêt du 21 décembre 2005, les sujets atteints d'une pathologie responsable de somnolence doivent être évalués annuellement avec un bilan spécialisé et pour le groupe « lourd » passer des tests de maintien d'éveil pour l'obtention ou le maintien du permis de conduire. Les troubles du sommeil de l'enfant sont fréquents, ils ne doivent pas être négligés car ils peuvent être le point d'appel de pathologies sous-jacentes (génétiques, psychiatriques, neurodéveloppementales).



POINTS CLEFS

* Insomnie

- La cause d'insomnie chronique la plus fréquente chez l'adulte est l'insomnie psychophysiologique dont le traitement repose sur des mesures non médicamenteuses (thérapie cognitive et comportementale).
- La prescription d'hypnotique n'est pas recommandée en première intention dans le traitement de l'insomnie chronique de l'adulte. Elle ne doit se faire que pour une courte période dans le cadre d'une insomnie transitoire.
- La présence d'un syndrome des jambes sans repos doit systématiquement être recherchée devant une plainte d'insomnie chronique chez l'adulte.

* Somnolence diurne excessive

- Un syndrome d'apnées du sommeil doit systématiquement être évoqué devant une plainte de somnolence diurne excessive et de ronflement, que ce soit chez l'adulte mais aussi chez l'enfant.
- Une somnolence sévère chez le sujet jeune doit faire évoquer une hypersomnie centrale (narcolepsie, hypersomnie idiopathique).



RÉFÉRENCE POUR APPROFONDIR

Les troubles du sommeil, Billiard M., Dauvilliers Y., éditions Masson, 2011.

partie 5

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

item 53

**DÉVELOPPEMENT
PSYCHOMOTEUR
DU NOURRISSON
ET DE L'ENFANT :
ASPECTS NORMAUX ET PATHOLOGIQUES
(SOMMEIL, ALIMENTATION, CONTRÔLES
SPHINCTÉRIENS, PSYCHOMOTRICITÉ,
LANGAGE, INTELLIGENCE).
L'INSTALLATION PRÉCOCE DE LA
RELATION PARENTS-ENFANT ET
SON IMPORTANCE. TROUBLES DE
L'APPRENTISSAGE (CF. ITEM 118)**

- I. Introduction
- II. Évaluation du développement psychomoteur et intellectuel
- III. Développement psychomoteur de la naissance à 6 ans
- IV. Retard du développement psychomoteur
- V. Troubles du sommeil chez l'enfant
- VI. Troubles des apprentissages



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer une anomalie du développement somatique, psychomoteur, intellectuel et affectif.
- * Repérer précocement les dysfonctionnements relationnels et les troubles de l'apprentissage.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi dans les situations courantes.

1. INTRODUCTION

L'évaluation du développement psychomoteur appartient aux bases de l'examen d'un enfant, aussi bien en pédiatrie qu'en pédopsychiatrie. Il s'agit en effet du reflet de son évolution physique et psychique, ces deux composantes étant intimement liées l'une à l'autre.

Le développement psychomoteur est la résultante d'interactions entre la maturation du système nerveux, les expériences sensorielles, les échanges avec l'environnement, et donc lié à l'affect et au social.

Ce développement est soumis à 3 grandes lois :

- * la **loi de différenciation**, l'activité motrice étant initialement réflexe donc non maîtrisée, globale, et imprécise, et devenant volontaire donc maîtrisée, localisée, précise ;
- * la **loi de variabilité**, chaque enfant évoluant à son propre rythme, avec une alternance de phases d'acquisitions et de phases de plateau ;
- * la **loi de succession**, elle-même divisée en 2 sous-lois :
 - la **loi de développement céphalo-caudale**, les acquisitions motrices se déroulant du haut vers le bas du corps,
 - et la **loi de développement proximo-distale**, les acquisitions motrices se déroulant du centre vers la périphérie du corps.

Si l'environnement est suffisamment stable, sécurisant et stimulant, cela permet à l'enfant d'avoir confiance en lui et en ses capacités ainsi que de se développer. Si l'environnement présente des caractéristiques inverses, cela a tendance à freiner ce développement. L'entourage de l'enfant se doit donc d'être attentif à ses besoins (alimentaires, de sommeil, d'autonomie, de protection...) et d'y proposer une réponse adaptée.

2. ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET INTELLECTUEL

2.1. Observation

Regarder l'enfant dans les bras de ses parents ou en train de jouer : **comportement** en lien avec l'autre, recherche d'attention, jeux choisis par l'enfant en fonction de son âge, jeu du « faire semblant », exploration de l'environnement par l'enfant...

2.2. Anamnèse

- * Motif de consultation et personne à l'origine de la demande.
- * Antécédents familiaux/génogramme.
- * Antécédents personnels y compris avant et pendant la grossesse.
- * Histoire du développement de l'enfant.

2.3. Examen clinique

Examiner physiquement, c'est réaliser les **courbes (PMZ)** : poids, taille, périmètre crânien, à chaque visite, quel qu'en soit le motif, puis faire un examen clinique complet.

2.4. Méthodes d'évaluation

2.4.1. Échelles de développement psychomoteur

Différentes échelles permettent une évaluation rapide du stade et de l'harmonie, ou non, du développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant. Ces échelles distinguent les acquis moteurs, intellectuels, langagiers, sociopsychologiques.

L'échelle de Gesell estime un développement psychomoteur allant de 1 mois à 5 ans.

L'échelle de Denver, quant à elle, permet une estimation de 1 mois à 12 ans.

2.4.2. Tests évaluant le quotient développement et le quotient intellectuel

Ces tests sont réalisés par des professionnels, psychologues ou neuropsychologues.

Le test de Brunet-Lezine estime le **quotient développement** d'un sujet. Il évalue la motricité globale, la motricité fine, le langage, la cognition, la sociabilité jusqu'à l'âge de deux ans et demi.

Le **quotient intellectuel** mesure l'intelligence d'un individu en évaluant ses compétences cognitives et ses comportements au cours de différentes épreuves. Les tâches réalisées durant le test permettent d'obtenir un QI verbal et un QI performance. Les tests les plus utilisés sont les **échelles de Wechsler** :

- * la WPPSI-R de 3 à 6 ans ;
- * la WISC IV de 6 à 16 ans.

Les résultats sont appréciés de la façon suivante :

QI	< 20	20-34	35-49	50-70	70-80	80-90	90-110	110-120	120-130	> 130
	retard mental profond	retard mental sévère	retard mental modéré	retard mental léger	limite	moyen faible	normal	normal fort	supérieur	très supérieur

2.5. Compléter le carnet de santé

Tout oubli équivaut à un zéro à un dossier d'ECN.

3. DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE LA NAISSANCE À 6 ANS

3.1. Rythme veille-sommeil

La vie du nourrisson, comme celle de l'enfant, puis de l'adolescent, et enfin de l'adulte, est structurée par des rythmes. L'un des plus importants est le rythme veille-sommeil. Celui-ci va connaître de nombreux changements entre la naissance et l'âge adulte.

Pour rappel, le manque de sommeil chez l'enfant ne se manifeste pas nécessairement par une asthénie ou une somnolence diurne excessive. Il faut pouvoir y penser devant des troubles de l'attention et de la concentration, une agitation, voire des comportements agressifs.

Naissance	Rythmes ultradiens de 3-4 heures. Éveil calme, éveil agité.
1 mois	Début de la périodicité jour/nuit. Longs moments d'éveil, 17 h-22 h.
3 mois	Meilleure synchronisation jour-nuit. Allongement de la période de sommeil nocturne jusqu'à 6 à 9 heures/nuit.
6 mois	15 heures de sommeil par période de 24 heures réparties en 3 à 4 siestes et une longue période de sommeil nocturne.
12 mois	2 siestes par jour.
18 mois	Une sieste l'après-midi.
2 ans	13 à 14 heures de sommeil par période de 24 heures.
4 ans	Disparition progressive de la sieste. 12 heures de sommeil par période de 24 heures.
6 ans	Temps de sommeil nocturne inférieur à 12 heures.

3.2. Alimentation

Tout comme le sommeil, l'alimentation est soumise à des rythmes biologiques. L'intrication au rythme veille-sommeil est d'autant plus flagrante au début de la vie, les périodes de veille étant principalement destinées à l'alimentation.

Quelle soit maternelle, artificielle ou mixte, seule l'alimentation lactée exclusive convient au nourrisson jusqu'à 4 mois. L'OMS recommande de la poursuivre jusqu'à 6 mois. La diversification alimentaire ne débute qu'entre 4 et 6 mois de vie.

Les moments de tétée (qu'elle s'effectue au sein ou au biberon) sont des périodes privilégiées de la relation mère-bébé. Pour le nourrisson, ils permettent de « vérifier » la réponse adéquate de l'adulte à son besoin, de soulager la tension éprouvée liée à la sensation de faim. Pour le parent, la prise alimentaire suffisante et la quiétude du nouveau-né qui s'en suit renforcent positivement sa capacité à comprendre et à prendre soin de son bébé. Ce sont aussi des instants d'échange, de tendresse, tissant les liens parent-enfant.

À nouveau, il est important de soutenir les parents dans l'alimentation de leur enfant, dont la complexité peut conduire à un sentiment d'échec, de frustration, à générer et cristalliser de la tension autour de la prise alimentaire. Cela peut avoir des conséquences à long terme sur la relation parent-enfant, et pour l'enfant, sur son rapport à la nourriture.

3.3. Développement moteur et développement de la préhension

Comme nous l'avons vu en introduction, le développement répond à une loi de succession et à une loi de différenciation. Les compétences motrices s'acquièrent dans un ordre proximo-distal et l'on comprend donc qu'il faut d'abord avoir acquis la tenue de la tête avant d'être en mesure de s'asseoir !

À la naissance, le nouveau-né a un système nerveux immature, hyperexcitable. Cela se traduit dans sa posture par une hypotonie du chef et du tronc, et une hypertonie en flexion des 4 membres.

Grâce à la maturation du système nerveux central et périphérique, l'hypo et l'hypertonie se corrigent, le nourrisson est plus libre dans ses mouvements, a une meilleure maîtrise de son corps. Ces changements impactent sur son environnement, qu'il peut alors mieux explorer, mieux contrôler. Il gagne ainsi en autonomie. Les réponses de l'environnement vont, à leur tour, renforcer les acquis et encourager le développement de nouvelles capacités.

3.3.1. Développement moteur

Naissance	« Marche automatique ».
1 mois	Mouvements asymétriques, incoordonnés en décubitus dorsal.
3 mois	Tient la tête droite, petits mouvements salutatoires.
4 mois	Se retourne dans son lit. Allongé sur le dos, les mouvements de ses membres sont symétriques. Allongé sur le ventre, il s'appuie sur les coudes, redresse la tête et le torse afin de regarder autour de lui.
6 mois	Tient assis avec un appui dorsal, position de trépied.
9 mois	Tient assis sans appui. Se déplace en rampant. Tenter de se hisser debout. Station debout instable.
12 mois	Tient debout seul. Marche tenu par les mains, commence à marcher seul.
18 mois	Marche seul. S'assied tout seul sur une chaise basse.
2 ans	Court, monte et descend les escaliers, sans alterner les pieds.
3 ans	Tient en équilibre sur un pied quelques secondes. Monte et descend les escaliers en alternant les pieds. Roule à tricycle.
4 ans	Saute à cloche-pied.
6 ans	Saute à pieds joints, saute à la corde.

3.3.2. Développement de la préhension

Naissance	Grasping reflex.
3 mois	Préhension au contact.
4 mois	Tente de saisir un hochet, retire une serviette posée sur sa tête.
6 mois	Passe les jouets d'une main à l'autre.
9 mois	Combine deux jouets. Pince supérieure acquise.
15 mois	Capable de manger seul, en fermant le poing autour de la cuillère.
2 ans	Prise digitale acquise, tient bien son crayon pour dessiner.
5 ans	Lace ses chaussures.
6 ans	Coud avec une grosse aiguille, enroule un fil autour d'une bobine.

3.3.3. Contrôle sphinctérien

Le contrôle progressif du tonus musculaire du haut vers le bas du corps amène également l'enfant à contrôler ses sphincters vésical et anal. La propreté peut s'acquérir à partir de l'âge de 18 mois. Diurne dans un premier temps, elle est secondairement possible la nuit. Cette acquisition a également un rôle psychologique et social. L'enfant reconnaît la satisfaction de ses parents lorsqu'il est en mesure de maîtriser l'émission d'urine ou de selles, et les désagréments engendrés par les changes.

3.3.4. Développement sensoriel

L'audition

L'acquisition de l'audition débute in utero. À la naissance, le nouveau-né perçoit les sons mais n'en distingue pas les différentes sources.

Vers 3 mois, le bébé est en mesure de différencier les sources sonores : il peut alors percevoir la distinction entre une voix et un simple bruit.

Vers 6 mois, le bébé devient sensible aux intonations et à la musique.

En cas de trouble de l'audition, le bébé babille peu, ne réagit pas à l'appel de son prénom, présente un regard de langage. Son contact social peut également en être perturbé.

L'olfaction

L'olfaction est déjà développée in utero à partir de 3 mois de grossesse.

À la naissance, le bébé est capable de reconnaître l'odeur maternelle, ce qui participerait au développement de l'attachement entre lui et sa mère.

Le goût

Le bébé est capable de distinguer les saveurs : salé, sucré, acide, amer.

La diversification alimentaire, à partir de 4 à 6 mois, favorise le développement des papilles gustatives.

La vision

À la naissance, l'acuité visuelle est de 1/10, la perception nette se situe aux alentours de 30 à 50 cm de distance.

Vers 1 mois, le bébé a une brève poursuite oculaire de grands objets, sur un plan horizontal.

À 2 mois la poursuite oculaire est plus longue, sur 180°, toujours sur un plan horizontal. Il est attiré par les visages humains, les fixe et leur sourit.

Sa vision s'affine et se développe progressivement jusqu'à 24 mois, où l'acuité visuelle est de 10/10, la vision périphérique et la perception de la profondeur étant alors également possibles.

Le toucher

Le toucher est un sens primordial dans le développement de l'enfant et de sa relation au monde. Déjà présent in utero, il permet au fœtus d'entrer en contact avec sa mère. Le contact se prolongera ensuite à la naissance, lors des soins que l'entourage, en particulier la mère, lui prodiguera.

Ce sens est également indispensable pour permettre à l'enfant de découvrir son corps, ses sensations, ses limites, et de développer le sentiment d'unité de soi.

3.3.5. Développement de l'intelligence

4 mois	Regarde l'objet placé dans sa main.
9 mois	Notion d'outil.
12 mois	Met le cube dans la tasse.
15 mois	Met 6 cubes dans la tasse. Tour de 2 cubes.
18 mois	Tour de 3-4 cubes. Connaît 3 parties de son corps. Associe des formes. S'intéresse aux livres d'images. Comprend les ordres simples. Imité les adultes.
2 ans	Tour de 6-7 cubes. Désigne 4 à 5 parties de son corps. Recopie un rond.
3 ans	Imite une maison avec des cubes. Recopie une croix. Connaît « haut », « bas », « petit », « grand ».
4 ans	Pose des questions sur la signification des mots et des choses. Recopie un pont, dessine un bonhomme avec 2 à 4 parties en plus de la tête. Compare la longueur de deux lignes et compte quatre pièces.
6 ans	Recopie un carré et un triangle, nomme 4 couleurs, compare deux poids, connaît les jours de la semaine.

3.3.7. Développement du langage

Le développement du langage nécessite d'avoir un système auditif fonctionnel.

Comme pour les autres domaines du développement psychomoteur, le développement du langage est progressif et se complexifie au fil de son évolution.

3 mois	« Roucoule », prononce des voyelles.
4 mois	Rit bruyamment.
6 mois	Pousse des petits cris aigus.
10 mois	Langage bi-syllabique « ma-ma », « pa-pa ».
12 mois	Prononce deux autres mots.
15 mois	Prononce 4 à 6 mots.
18 mois	« Non », dizaine de mots, explosion du vocabulaire, peut nommer 1 à 2 dessins.
2 ans	« Mots-phrases », nomme 3 à 5 dessins.
3 ans	Phrases complètes. « Je », donne son prénom.
4 ans	Raconte une histoire.
6 ans	Accède au langage écrit, peut apprendre à lire et l'écriture liée.

3.3.8. Développement psychologique, sociabilité

Le développement psychologique de l'enfant est guidé par une composante génétique, innée, et influencé par les relations avec l'environnement et les expériences qui en découlent. Comme le développement moteur, dont il dépend en partie, il dépend de la maturation cérébrale.

Naissance	Regarde dans les yeux les visages qui se présentent à lui. Reconnaît l'odeur et la voix maternelles.
1 mois	Fixe son entourage, est attentif aux bruits.
3 mois	Sourire social. Regarde ses mains.
4 mois	Joue avec ses mains.
6 mois	Joue avec ses pieds, les met en bouche. Tend les bras pour être porté.
9 mois	Échange les jouets, joue avec ses parents.
12 mois	Coopère lorsqu'on l'habille.
15 mois	Désigne ce qu'il désire par des sons et des gestes : pointage, jette les jouets.
18 mois	Début de la propreté diurne. Joue avec des jouets avec forme humaine (transporte, embrasse, habille, berce la poupée).
2 ans	Propre le jour.
3 ans	Propre le jour et la nuit, mange seul correctement. Met ses chaussures, défait ses boutons.
4 ans	Va seul aux toilettes, joue avec plusieurs enfants.
6 ans	Connaît son adresse.

4. RETARD DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

4.1. Généralités

Que la cause d'un retard psychomoteur soit psychiatrique ou non, sa reconnaissance et celle du diagnostic étiologique se doivent d'être précoces afin de proposer des soins adaptés à l'enfant et de corriger autant que possible ce retard.

4.2. Démarche diagnostique

4.2.1. Anamnèse

Antécédents familiaux et personnels

La recherche des antécédents est fondamentale dans la démarche diagnostique d'un retard de développement psychomoteur. Elle se doit d'être systématique.

La réalisation d'un **arbre généalogique** permet de montrer clairement des informations importantes telles que la consanguinité, ou le nombre d'individus malades.

Les principaux éléments à rechercher sont :

- * Consanguinité entre les parents de l'enfant.
- * Maladies génétiques ou chromosomiques.
- * Épilepsie.
- * Retard mental.
- * Autres maladies neurologiques ou psychiatriques.

Concernant les antécédents personnels, il est utile de les organiser chronologiquement :

- * Avant la conception (par exemple : grossesse obtenue par fécondation in vitro).
- * Pendant la grossesse (par exemple : retard de croissance intra-utérin, anomalies échographiques, perception des mouvements fœtaux, perturbations tensionnelles chez la mère, diabète gestationnel, infections, prises de médicaments et toxiques...) (cf. Item 17).
- * En per-partum (anomalies du rythme cardiaque fœtal, difficultés lors de l'accouchement, césarienne et motif...).
- * À la naissance (score d'Apgar, particularités à l'examen clinique).
- * Depuis la naissance.

Date du début des troubles

Dater, même approximativement, le début des troubles permet d'orienter le cadre nosographique.

Début des troubles datant de la grossesse :

- * Anomalies génétiques ou chromosomiques.
- * Suite à une infection materno-fœtale.
- * Prise de médicaments ou de toxiques durant la grossesse.

Début des troubles en période néo-natale, absence d'antécédents de fausse couche, grossesse sans particularités :

- * Séquelles neurologiques d'une hypoxie.
- * Maladie neuro-métabolique.

Début des troubles dans les semaines ou mois suivant la naissance, sans infection concomitante ni prise de toxiques/médicaments :

- * Anomalies génétiques ou chromosomiques.
- * Suite à une infection materno-fœtale.
- * Maladie neuro-métabolique.

Début des troubles après un intervalle libre :

- * Maladie neuro-métabolique.
- * Carences alimentaires.
- * Carences affectives, maltraitance.

Modalités évolutives des troubles

Tout comme le début des troubles, leur modalité évolutive permet d'orienter vers un cadre nosographique.

Des troubles à début brutal évoquent une décompensation d'une maladie déjà présente mais jusque-là compensée.

Un début insidieux peut entrer dans le cadre d'une maladie neurodéveloppementale, d'origine génétique, chromosomique ou multifactorielle.

Une régression des acquisitions chez un enfant s'étant par ailleurs développé de façon satisfaisante jusque-là oriente vers un trouble désintégratif de l'enfance (par exemple : syndrome de Rett).

Une régression ou une accentuation des troubles en fonction de l'environnement doit être recherchée, particulièrement dans les cas de suspicion de carences affectives/maltraitances.

4.2.2. Examen clinique complet

Observation :

- * **Analyser et réaliser des courbes** à la recherche d'une anomalie de la vitesse de croissance de poids, de taille et surtout de périmètre crânien (**PMZ**) !
- * **Comportement**, seul, avec ses parents, éventuellement ses frères et sœurs, avec des jeux et jouets.

Examen, appareil par appareil, à la recherche :

- * D'éléments **dysmorphiques**.
- * De déficits sensoriels.
- * De déficits neurologiques.
- * D'anomalies cutanées (angiome plan dans le territoire du 5^e nerf facial en cas de syndrome de Sturge-Weber, tâches achromiques dans la sclérose tubéreuse de Bourneville...).
- * D'une hépatosplénomégalie (maladie de surcharge).

4.2.3. Retard de développement homogène

Le retard de développement psychomoteur est considéré comme homogène s'il atteint simultanément et avec la même profondeur, ses différentes composantes, de telle sorte que l'âge « développemental » de l'enfant est inférieur à l'âge réel ou corrigé de l'enfant.

Encéphalopathie fixée

Dans ce cas, l'encéphalopathie n'évolue pas. Le bébé ou l'enfant a un retard mais peut potentiellement faire des progrès.

Le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Turner sont, par exemple, d'origine chromosomique.

L'anoxie péri-natale ou la méningite sont des exemples de cause acquise.

Encéphalopathie évolutive

Dans ce cas, l'encéphalopathie évolue et s'aggrave, par dégénérescence ou accumulation d'un toxique au niveau cérébral. Le développement de l'enfant se ralentit, stagne, voire régresse.

C'est le cas par exemple des maladies neurométaboliques.

4.2.4. Retard de développement inhomogène

À l'inverse du retard de développement homogène, un développement psychomoteur est considéré comme étant inhomogène lorsque ses composantes sont différemment atteintes. Certains enfants présentent un retard de développement uniquement moteur, ou intellectuel, ou psychologique...

Retard du développement moteur isolé

C'est le cas des myopathies (par exemple la myopathie de Duchenne), des paralysies cérébrales, des neuropathies.

Troubles du langage

Une anomalie du développement du langage doit faire rechercher en premier lieu une surdité.

Un retard de langage peut également faire évoquer un trouble du spectre autistique (Cf. Item 65).

Il survient également en cas de défaut de stimulation majeur de la part de l'environnement.

Le mutisme psychogène est rare et plutôt secondaire à un traumatisme psychique.

4.2.5. Syndrome autistique

Cf. Item 65.

4.2.6. Bilan paraclinique

Le bilan paraclinique est adapté à la clinique, donc aux éléments sus-cités dans la démarche diagnostique.

Encore une fois, il est important de systématiser sa démarche pour ne rien oublier :

- * Recherche de maladie chromosomique : **caryotype haute résolution**.
- * Recherche d'anomalie génétique.
- * Recherche de maladie métabolique : dosage des marqueurs appropriés, dans le sang/les urines/le LCR.
- * Recherche d'anomalie morphologique :
 - **IRM cérébrale**.
 - Radiographies.
 - Fond d'œil.

4.3. Prise en charge

La prise en charge doit être la plus précoce et la plus complète possible. Elle concerne l'enfant, mais également ses parents, sa famille.

4.3.1. Médicale

- * Soins adaptés à la pathologie.
- * Soins ambulatoires, hospitaliers.

4.3.2. Psychologique/pédopsychiatrique

- * Soins ambulatoires en centre médico-psychologique ou centre médico-psycho-pédagogique, centre d'activité thérapeutique à temps partiel.
- * Soins hospitaliers, hospitalisation en temps plein de secteur ou hospitalisation de jour.
- * Prise en charge psychologique des parents/de la fratrie.

4.3.3. Sociale

- * Reconnaissance MDPH, ALD, prise en charge à 100 %.
- * Scolaire :
 - Auxiliaire de vie scolaire.
 - Scolarité adaptée (ITEP, SESSAD...).
 - Projet d'accueil individualisé.

5. TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ENFANT

Cf. Item 108.

6. TROUBLES DES APPRENTISSAGES

6.1. Généralités

Pour plus de précisions : cf. Collège des enseignants de pédiatrie.

6.2. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et ses conséquences (cf. Item 66)

6.2.1. Épidémiologie

- * Toucherait 3 à 5 % des enfants en âge scolaire.
- * 3 garçons atteints pour une fille.
- * Comorbidités fréquentes : trouble oppositionnel avec provocation, trouble de l'humeur, « dys » (dyscalculie, dysorthographe, dyslexie...).

6.2.2. Conséquences sur les apprentissages

Bien évidemment, la présence d'un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité retentit sur les apprentissages.

L'inattention rend difficile le maintien d'une tâche, que ce soit l'écoute d'une leçon, la réalisation d'un exercice à l'école ou lors des devoirs. Le temps de travail nécessaire pour la réalisation d'un exercice est donc allongé, la mémorisation est également impactée. Ces enfants sont fréquemment en situation d'échec scolaire si la prise en charge qui leur est proposée est inexistante ou inadaptée, ce qui peut favoriser la survenue de comorbidités, comme le trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble de l'humeur.

6.2.3. Prise en charge

La prise en charge doit être la plus précoce possible afin de limiter la souffrance psychique de l'enfant et de son entourage, ainsi que les conséquences sur les apprentissages.

La prise en charge de l'enfant est **individualisée** et **globale**.

Médicamenteuse

Un traitement par méthylphénidate est proposé lorsque l'enfant présente un TDAH **sévère**, c'est-à-dire entravant ses apprentissages sociaux et scolaires et/ou qu'il présente une souffrance psychique importante du fait du TDAH.

Psychothérapeutique

Une thérapie cognitivo-comportementale peut aider l'enfant à adopter un comportement plus adapté, mettre en place des stratégies plus efficaces dans les apprentissages scolaires, renforcer positivement ses acquis et ses compétences.

Une psychothérapie de soutien peut aider l'enfant à garder une estime et une confiance en lui-même satisfaisante.

Une prise en charge en groupe peut être proposée également.

Scolaire

- * Projet pédagogique adapté.
- * Auxiliaire de vie scolaire.

Familiale

Mise en place de techniques éducatives adaptées.

Sociale

Demandes auprès de la MDPH :

- * AVS.
- * ALD.



RÉSUMÉ

Base de tout examen de l'enfant : évaluer l'évolution physique globale et psychique.

3 grande lois pour le développement : différenciation, variabilité, succession.

Pour repérer et faire un diagnostic :

- * connaître absolument les repères du développement normal psychomoteur et pubertaire pour l'interrogatoire et l'examen physique ;
- * faire les courbes de croissance, compléter le carnet de santé ;
- * observer le comportement de l'enfant en situation (comportement, cognitions, affects, inter-personnel) ; faire une anamnèse détaillée dont un arbre généalogique, dater et regarder les modalités évolutives ; notifier le fonctionnement scolaire (niveau et interactions sociales) ;
- * utiliser les échelles de développement, les quotients de développement et les quotients d'intelligence ; les tests psychométriques, orthophoniques, psychomoteurs ;
- * quelques questions clefs : retard homogène/hétérogène ? dysmorphie évidente ? autisme ?
- * si besoin penser à faire le caryotype haute résolution et un examen génétique poussé, et/ou un IRM cérébral.

La prise en charge est précoce, complète et multiple ; concerne l'enfant, ses parents et sa famille.



POINTS CLEFS

- * Évaluation globale, précoce, répétée.
- * Motricité globale et fine, sphincters, alimentation, sommeil, langage, intelligence, observation du comportement, relation enfant-parents, relations enfant-pairs.
- * Carnet de santé, courbe de croissance.
- * Dysmorphie.
- * Retard homogène ou inhomogène.
- * Syndrome autistique.
- * Prise en charge précoce, individualisée et globale.

item 65

TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

- I. Introduction
- II. Sémiologie
- III. Évaluation diagnostique
- IV. Prise en charge
- V. Le pronostic et l'évolution



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Identifier les troubles envahissants du développement et les principes de la prise en charge.
- * Savoir diagnostiquer un syndrome autistique, argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi.

1. INTRODUCTION

1.1. Historique

Les premières références à des comportements autistiques datent du début du xx^e siècle. À l'époque, les troubles que nous nommons aujourd'hui autisme ou troubles du spectre autistique étaient considérés comme des formes infantiles de schizophrénie. Ce n'est que dans les années 1940 que Léo Kanner, psychiatre américain d'origine allemande et Hans Asperger, également psychiatre, affirment chacun de leur côté que certains patients ne sont, de fait, pas des schizophrènes mais qu'ils souffrent d'une maladie à part. Kanner décrit des enfants présentant des comportements « autistes » et répétés, ne parlant pas et ne communiquant pas. Il appelle ce tableau clinique autisme infantile. Hans Asperger, quant à lui, emploie le même terme pour les patients qu'il a décrit, et qui ont une intelligence à priori normale mais des particularités dans la communication. Il parle, lui, de « psychopathie autistique ». Ces deux descriptions deviendront les deux formes d'autisme, dits « typiques » (l'autisme infantile et le syndrome d'Asperger), toutes les autres formes intermédiaires étant qualifiées d'« autismes atypiques ».

Dans les années 1980, Lorna Wing, une psychiatre développementaliste, modélise la triade autistique (cf. infra). Elle prend en compte l'hétérogénéité des présentations et parle dès lors de **continuum autistique** ; cette notion de continuum deviendra le **spectre autistique** puis dans les années 1990 le **trouble envahissant du développement** (TED), qui comprend les troubles du spectre autistique et les TED non spécifiés. Aujourd'hui le terme trouble du spectre autistique (TSA) tend à supplanter l'appellation TED.

1.2. Terminologies et prévalences

Les troubles envahissants du développement (TED) désignent des anomalies du développement qui apparaissent dans l'enfance et qui altèrent le développement harmonieux des fonctions cognitives intervenant dans la communication et la socialisation. Il s'agit d'une catégorie assez large commune au DSM-IV et à la CIM-10 qui comprend l'autisme infantile, le syndrome d'Asperger, les formes intermédiaires appelées autisme atypique et les troubles envahissants du développement non spécifiés, mais également des troubles dits désintégratifs comme le syndrome de Rett. Dans la version révisée, le DSM-5 exclut les troubles désintégratifs et le syndrome de Rett, auxquels on connaît une origine neurologique et qui deviennent des diagnostics médicaux non psychiatriques.

Le TED peut être associé ou non à un retard mental.

Sa prévalence était en 2009 pour les populations de moins de 20 ans à 7 enfants pour 1 000 dont 2 à 3 avec retards mentaux.

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont un sous-groupe de TED.

Un trouble du spectre autistique peut s'accompagner ou non de retard mental.

La prévalence des TSA est difficile à évaluer et en constant mouvement du fait de l'évolution de la nosographie et des connaissances scientifiques. En 2009, la prévalence des différentes formes cliniques se répartissait comme suit :

- * autisme infantile : 2 pour 1 000 avec 40 % de retard mental associé ;
- * syndrome d'Asperger : 0,6 pour 1 000 ;
- * autres formes intermédiaires : 3,7 pour 1 000 enfants de moins de 20 ans.

2. SÉMIOLOGIE

2.1. La triade diagnostique des troubles du spectre autistique (TSA)

L'autisme et les troubles du spectre autistique (TSA) sont caractérisés par une perturbation dans les trois domaines suivants :

- * **Anomalie des interactions sociales réciproques** (réciprocité sociale).
- * **Anomalies de la communication** (verbale et non verbale).
- * **Intérêts restreints et comportement stéréotypés.**

Ces anomalies doivent exister avant l'âge de 3 ans et présenter un caractère envahissant c'est-à-dire perturber fortement le fonctionnement de l'individu.

2.1.1. Anomalies de la communication et de la réciprocité sociale

2.1.1.1. La réciprocité sociale

C'est à l'origine un terme de psychologie sociale. Il décrit les processus par lesquels deux individus interagissent et les stratégies de communication qu'ils mettent en œuvre pour entretenir leurs échanges.

La réciprocité sociale fait partie des compétences sociales et consiste à savoir repérer les indices verbaux et non verbaux qui renseignent sur les intentions de l'autre, savoir interpréter correctement ces indices, apporter une réponse appropriée, et avoir envie d'interagir et d'échanger avec cet autre individu.

La réciprocité sociale fait appel à des **compétences cognitives** :

- * Une **appétence à la socialisation**, qui est la première condition pour qu'il y ait un maintien de la relation sociale.
- * L'**attention conjointe** (ou attention partagée) permet d'attirer l'attention de l'interlocuteur sur un objet extérieur à l'aide d'échanges de regards et inversement de comprendre lorsque l'interlocuteur veut attirer l'attention sur quelque chose. L'attention conjointe se manifeste très tôt **chez le nourrisson** par l'**accroche du regard**, les **sourires réponse**, les expressions du visage en réponse à une interaction avec l'adulte, puis plus tard par les gazouillis, l'imitation, les manifestations motrices de l'**enthousiasme lorsqu'on s'adresse à lui**. **Chez le petit enfant** il se manifeste par l'usage spontané de **gestes instrumentaux** : faire oui ou non de la tête, dire « **coucou** » ou « **au revoir** » avec la main, lever les bras pour réclamer le portage. Un geste instrumental très important est le **pointage** (montrer du doigt). Il est emblématique de l'attention conjointe et apparaît très tôt. Il existe deux types de pointage : lorsqu'un enfant montre un objet pour qu'on le lui donne ou un lieu où il veut se rendre, on parle de **pointage instrumental (avant 6 mois)**. Lorsque le pointage s'associe à l'expression d'une émotion pour la partager (comme un enfant qui montre avec enthousiasme un chien ou un camion de pompier) on parle de pointage protodéclaratif. Le **pointage protodéclaratif**, que l'on appelle aussi pointage communicatif **doit apparaître avant 14 mois**.
- * Le **partage du plaisir**, par des échanges de regard et par la présence de mimiques expressives et le sourire réponse adapté à la circonstance ou un **cri de surprise** peuvent faire écho avec l'attention conjointe, et sont des signes de réciprocité sociale qu'il faut chercher.
- * La **reconnaissance des émotions** ou (**empathie cognitive**). C'est la capacité à décoder les émotions primaires et complexes de l'interlocuteur à partir de ses expressions faciales, des indices dans la tonalité de sa voix ou de sa posture corporelle.

- * La **théorie de l'esprit** : cette compétence permet à un individu d'attribuer un état mental (intention, croyance, connaissance) à une autre personne et de concevoir que cet état mental peut être différent du sien. La théorie de l'esprit permet de planifier plus efficacement les interactions sociales.

Quand il y a des anomalies d'attention conjointe, on décrit alors un nourrisson trop calme pouvant rester seul des heures, gazouillant peu ou pas. Plus tard on décrira un enfant souvent sérieux et impénétrable ou alors avec une seule mimique en toutes circonstances, plutôt solitaire, indifférent aux autres enfants ou les observant de loin sans chercher à interagir avec eux.

Les anomalies de l'empathie et de la théorie de l'esprit entraînent chez les autistes un **défaut d'ajustement** et une **maladresse sociale**, c'est-à-dire une difficulté à utiliser des codes et conventions sociales de façon adaptée et pertinente.

2.1.1.2. Troubles du langage verbal et non verbal

Anomalie **de l'apparition** du langage :

- * **Retard** d'apparition du langage qui peut aller jusqu'à l'**absence** de langage verbale

L'apparition tardive d'un langage d'emblée complexe est classiquement décrite mais ce n'est pas une constante et son absence n'élimine pas un trouble du spectre autistique.

Anomalies de l'**aspect général** du langage :

- * Une **prosodie anormale**, guindée ou monocorde ou bizarre avec des pauses inhabituelles dans la phrase, un phrasé mécanique, ou modulé de manière inhabituelle un peu comme si l'individu avait un accent d'une langue étrangère.
- * Une **tonalité de voix inhabituelle** ou dont les modulations ne sont **pas adaptées au sens** de la phrase.

Anomalies du **contenu** :

- * Si le langage est très peu développé on peut observer des vocalises, des cris, des écholies, des **stéréotypies verbales**, c'est à dire des répétitions de bout de phrases sans intention d'en partager le sens.
- * Un **langage idiosyncrasique** peut se révéler à l'apparition du langage. Cela consiste à inventer un néo mot pour désigner un objet et de l'utiliser de façon stable. Ce néo mot a un rapport avec les premiers contextes ou l'objet a du être désigné et n'a pas de rapport ni avec sa fonction ou sa forme (ce n'est pas un onomatopée) ni une déformation du mot initial assimilable au « parlé bébé ». Il s'agit d'une anomalie.
- * L'**inversion pronominale** est l'une des anomalies les plus caractéristiques. L'individu atteint remplace le « je » par « tu » ou « il » ou encore son prénom, par exemple à la question tu veux un verre d'eau il va répondre « non TU ne veux pas un verre d'eau » ou il demandera spontanément « Barnabé veut un verre d'eau ». L'inversion pronominale peut apparaître chez l'enfant sans trouble mais il disparaît très rapidement avec l'acquisition du pronom personnel « je ».
- * Quand le langage est plus élaboré il existe là encore des anomalies. Le **choix des mots peuvent être atypiques**, on peut observer un parler typé avec un langage qui peut apparaître comme guindé ou inadapté à l'âge (pour les enfants on parle de langage adultomorphe) ou désuet, d'une autre époque. On peut aussi observer un **langage stéréotypé** (à ne pas confondre avec des stéréotypies verbales) qui est le terme qui décrit un langage désuet, ou d'une autre époque avec des expressions et des locutions complexes qui reviennent comme « effectivement », « c'est-à-dire » de façon inadaptée.

Anomalies de la **compréhension** :

On note chez ces patients des anomalies caractéristiques de la compréhension qui rendent la communication encore plus difficile. Il s'agit d'un **déficit d'accès à l'implicite**. C'est l'accès à tout ce qui est sous-entendu et non littéral et dont la conversation ordinaire est littéralement truffée.

- * Un **accès limité aux informations** et au sens contenus dans la tonalité de la voix ou dans le phrasé.
- * Une **non-compréhension des informations** contenues dans les expressions faciales et corporelles qui accompagnent le discours.
- * Des **troubles de la pragmatique du langage**, qui restreignent l'accès au second degré, au langage imagé et à l'implicite. L'une des manifestations les plus classiques est l'incompréhension des proverbes et des expressions qui sont prises au pied de la lettre et dont la personne atteinte ne comprend pas le sens imagé. L'absence de pragmatisme du langage peut s'avérer très invalidant.

2.1.2. Intérêts restreints et comportements stéréotypés

Les **stéréotypies** sont des mouvements répétitifs du tronc, de la tête, du buste ou des membres supérieurs : balancements du tronc ou de la tête, battements ou enroulement des mains, des frottements des genoux, poignets, mains, etc. Parfois les stéréotypies peuvent occasionner des lésions graves lorsque le patient se mord ou se frappe ; on parle alors d'**automutilation**. Les stéréotypies peuvent être un moyen de lutter contre l'anxiété, exprimer un sentiment intense comme la frustration ou la colère mais aussi la satisfaction intense, ou encore un moyen de se stimuler.

La marche sur la pointe des pieds peut être comptée parmi les stéréotypies mais elle peut également signer des troubles de la posture (cf. infra).

Les **autostimulations** comme regarder une ficelle secouée devant soi, faire tourner une roue et l'observer, secouer la tête, **consistent à « jouer » avec le système sensoriel et le stimuler**. Les stimulations peuvent être :

- * **Visuelles** : jouer avec une ficelle, une source lumineuse, des objets colorés.
- * **Auditives** : poser les mains sur les oreilles pour écouter les variations des bruits ambiants, jouer avec un bâton de pluie, frotter, taper une surface et écouter, etc.
- * **Tactiles** : se palper, se frotter, caresser ou frotter un objet à la texture particulière.
- * **Olfactif** : sentir, renifler.
- * **Vestibulaire** : avec des balancements ou en tournant.

Les **intérêts restreints** sont un ensemble restreint d'activités peu élaborés, à caractère envahissants et sans but de socialisation. On note dans les intérêts restreints les autostimulations, le fait de ranger et d'empiler de façon compulsive.

Parfois les intérêts restreints sont plus élaborés mais concernant un domaine restreint et sont très envahissants, occupant tout le champ psychique de l'individu, qui en a une connaissance encyclopédique, on parle alors d'intérêt spécifique.

Les **intérêts spécifiques** sont très variés d'un individu à l'autre comme les drapeaux, les pylônes, les trains, les dynasties égyptiennes, les dinosaures, l'astronomie, tel ou tel type de musique classique ou contemporaine, etc. mais pour un même individu ils ne changent que très peu. Ils sont à différencier d'une marotte ou d'un hobby par leur caractère envahissant monolithique et l'absence de partage du plaisir. On observe aussi l'impossibilité à s'adapter à son interlocuteur quand ce dernier n'est pas intéressé. **Ce qui compte ce sont donc le caractère stéréotypé (répétitif) des patterns et le caractère restreint et envahissant.**

2.2. Les formes cliniques

L'autisme est un trouble aux présentations très hétérogènes et qui peut être associé à un retard mental ce qui en modifie la forme (cf. ci-dessous). Les formes cliniques peuvent aller de la présentation classique de l'individu sans aucun contact visuel ou verbal avec des stéréotypies, jusqu'aux formes frustes avec un langage à priori normal et fonctionnel, et mais des difficultés majeures de

socialisation. Le diagnostic pour ces patients est posé parfois très tard à l'âge adulte après de longues périodes d'isolement et d'errance diagnostique.

Pour décrire les différentes formes cliniques il faut tenir compte de deux axes : évaluer les capacités de communication et de réciprocité sociale de l'individu puis le mettre en perspective avec l'âge développemental pour savoir dans chaque dimension s'il s'agit d'un trouble spécifique ou d'une anomalie qui est fonction du retard.

En réalité les formes intermédiaires sont les plus fréquentes, il existe donc une multitude de présentations cliniques. En voici les plus classiques :

- * L'**autisme de Kanner** ou **autisme infantile** est la forme décrite par Léo Kanner dans les années 1940. Il s'agit du tableau classique de syndrome autistique sévère avec atteinte majeure de la communication et de la relation interpersonnelle, l'existence de stéréotypies importantes et envahissantes associées à un retard global des acquisitions.
- * Le **syndrome d'Asperger** est la forme décrite par Hans Asperger qui décrit un enfant maladroit, qui présente des difficultés à se socialiser mais très intelligent, qui se présente comme un « petit professeur ». Dans les critères diagnostiques de ce syndrome on retrouve les altérations de la réciprocité sociale, des troubles de la communication verbale et non verbale et des intérêts spécifiques comme dans tous les TSA, sans retard de langage ni de retard cognitif, on retrouve en outre une maladresse et des troubles praxiques. Le langage est élaboré voire même très riche, il existe des anomalies de la prosodie et de la gestuelle. Dans les nouvelles classifications à venir il est classé dans les TSA sans retard.
- * L'**autisme « High Functioning »** ou autisme de haut niveau, comme le syndrome d'Asperger, décrit un tableau associant la triade déjà évoquée et un niveau cognitif normal ou élevé. Ce tableau se distingue du précédent par un retard de langage et une atteinte plus importante de la communication verbale. Dans les nouvelles nomenclatures nord-américaines ce tableau fait également partie des TSA sans retard.

2.3. Comorbidités fréquentes

- * Les **retards globaux de développement ou retard mental**. Le retard mental peut aggraver les manifestations autistiques et rendre la prise en charge compliquée. Quand elles sont concomitantes, il est difficile de déterminer le rôle propre de chacun des troubles. 40 % des enfants présentant un autisme infantile présentent également un retard de développement.
- * Les **symptômes obsessionnels compulsifs** et les **tics chroniques**. Présents dans 37 % des cas indépendamment de l'existence de toute autre comorbidité comme le retard ou l'épilepsie, on retrouve plus volontiers ces symptômes associés à des troubles anxieux.
- * Les **troubles anxieux**. 3^e comorbidité la plus fréquente. On retrouve dans les troubles anxieux des phobies spécifiques chez 44 % des patients, une phobie ou une anxiété sociale dans 7,5 % des cas et une anxiété généralisée dans 2,5 %.
- * Les **symptômes anxio dépressifs**. Présents dans 18 % des cas et peuvent s'expliquer par les difficultés générées par le handicap social.
- * L'**hyperactivité et des symptômes de déficit attentionnel**. Peuvent se retrouver associés à un tableau d'autisme.
- * Les **troubles du langage**. En principe, l'existence d'un trouble neuro développemental exclut par définition le diagnostic de dysphasie. Cependant il peut exister une authentique atteinte spécifique du langage avec pour origine des anomalies de la perception ou de l'encodage, indépendamment des troubles de la communication et de réciprocité sociale, qu'elles peuvent néanmoins aggraver.
- * Les **anomalies du développement psychomoteur** (dyspraxie, dysgraphie, problème de posture de tonus musculaire et de latéralisation) ainsi que des **troubles neurovisuels**. Il convient de les dépister devant des difficultés d'apprentissage ou une malhabileté.

- * L'**épilepsie** est une comorbidité fréquente et grave qu'il faut savoir dépister et traiter. Environ 20 à 25 % des personnes avec TED présentent une épilepsie. Ce risque est encore plus élevé chez les personnes présentant un retard mental associé.



POUR EN SAVOIR PLUS

Neuroscience et recherche. De l'étiologie aux hypothèses physiopathologiques

L'étiologie des troubles du spectre autistique n'est pas élucidée. Jusqu'à dans les années 1970 les hypothèses concernant la « froideur » de l'environnement affectif étaient prépondérantes. Cependant les différentes découvertes de la recherche ont mis en exergue de façon formelle le rôle important des facteurs génétiques dès les années 1990. L'importance de ce rôle reste sujet à relative controverse et les taux d'hérédité selon les études et les différentes méthodologies peut varier entre 50 et 80 %, mais ces données ont ouvert la voie à tout un champ de recherche. Les études de génétique moléculaire, de biologie cellulaire, d'exploration fonctionnelle et d'imagerie ont ensuite orienté vers plusieurs hypothèses possibles.

Les anomalies génétiques à transmission mendélienne

Des micro-délétions et des mutations ponctuelles ont été démontrées dans les formes familiales d'autisme. Mais qu'il s'agisse de néo mutations ou d'anomalies transmises, l'ensemble de ces mutations n'explique qu'un quart environ des cas.

En fait, les **facteurs génétiques additifs**, c'est-à-dire une accumulation de petites mutations avec des fonctions différentes, semblent expliquer le mieux l'expression du trouble.

Interaction gène-environnement

Les études d'épidémiologie et de génétique démontrent que 50 à 80 % de la variance phénotypique est liée à des causes génétiques, il existe donc des facteurs environnementaux qui interviennent dans l'expression du trouble. Les facteurs génétiques et environnementaux peuvent tout à fait interagir entre eux : c'est le domaine récent de l'épigénétique (modification de la régulation des gènes sans modification de la séquence d'ADN).

Les études d'imagerie et les anomalies structurales du cerveau

Des anomalies morphologiques ont été mises en évidence par les premières études d'imagerie. Il s'agit de différences du volume global et de certaines zones comme le gyrus fusiforme ou l'amygdale, des différences dans l'épaisseur du cortex et de la substance blanche. L'imagerie fonctionnelle a mis en évidence des atypicités dans l'activation des réseaux entre le cortex préfrontal, l'amygdale, les aires temporales et le gyrus fusiforme. L'étude des trajectoires de fibre a quant à elle objectivé des anomalies de connexion au sein de la substance blanche dans les régions impliquées entre autres dans la fonction sociale.

Les anomalies de la synapse

Des données issues des études de biologie moléculaires ont pointé des anomalies des cascades protéiques impliquées dans la constitution, la stabilisation et la plasticité de la synapse. De telles anomalies ont un impact direct sur les réseaux de connexion, l'architecture et la fonction de conduction.

Les anomalies de la perception sensorielle et de l'intégration

- * **La perception auditive** : on note chez les patients présentant un TSA une hypersensibilité à certains bruits parfois fins ou inaudible pour les autres ; cette hypersensibilité peut même s'avérer douloureuse au point de déclencher des comportements d'automutilation. D'autres patients décrivent une incapacité à atténuer le bruit ambiant et à ne pas pouvoir focaliser l'attention sur un bruit cible dans un environnement bruyant. L'hypersensibilité peut également donner lieu à des autostimulations auditives.
- * **Le toucher** : une désagréable hypersensibilité au toucher épidermique est classiquement décrite au niveau de la tête et du tronc. Ce qui, en pratique, peut compliquer les gestes du quotidien comme supporter un vêtement, se faire couper les cheveux ou se coiffer... À contrario, une résistance à la douleur a été décrite chez certains autistes.
- * **La perception visuelle** : les comportements visuels atypiques présents dans les TSA sont nombreux (évitement du regard, hyperfixité du regard, auto stimulants avec des sources lumineuses ou des formes géométriques, hypersensibilité à certaines lumières...). La recherche est, dans ce domaine, plus fournie mais les données sont très disparates et parfois contradictoires. Il se pourrait au final que les anomalies soient au niveau de l'**intégration de l'information visuelle**.

Parallèlement aux anomalies sensorielles, les données tendent à décrire chez ces patients un déficit du traitement multi-sensoriel.

3. ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

3.1. Diagnostics positifs

Le diagnostic repose tout d'abord sur une observation clinique et sur l'évaluation de la qualité de la communication et de la socialisation, de l'existence de stéréotypies ou d'intérêts restreints et la mise en perspective avec un niveau développemental. Cependant les outils d'évaluation permettent de confirmer le diagnostic dans les cas les plus typiques et apporter un éclairage dans les situations où le diagnostic semble moins évident.

Les échelles les plus couramment utilisées sont :

- * **ADI-R** (Diagnostic Interview-Revised) : questionnaire sous forme d'entretien structuré qui porte sur les modalités relationnelles et comportementales dans l'enfance. Il doit se faire avec les personnes qui élèvent (ou ont élevé) l'enfant et qui le côtoient quotidiennement.
- * **ADOS** (Autism Diagnostic Observation Schedule) : entretien semi structuré qui se passe avec le patient et qui consiste à lui faire réaliser un certain nombre de tâches (construction, description, narration, jeux, faire semblant) et à observer la qualité des réponses et des interactions sociales réciproques.
- * **PEP-R** (Psycho-Educational Profile-Revised) et **CARS** (Childhood Autism Rating Scale) : ce sont des entrevues semi structurées adaptées aux tout petits, et qui évaluent des différents domaines qui peuvent être atteints (relations sociales, adaptation au changement, communication verbale et non verbale, utilisation du corps de l'autre, utilisation des objets, investissements sensoriels et des domaines plus généraux comme imitation, réponses émotionnelles, peur et anxiété, niveau d'activité).
- * L'échelle de **Vineland**, échelle d'évaluation du comportement socioadaptatif, est un questionnaire administré aux parents qui évalue le développement de l'enfant sur des aptitudes et des compétences qui peuvent être atteintes dans les TSA mais elle n'est pas spécifique à l'autisme.

3.2. Comment éliminer les diagnostics différentiels

Une atteinte sensorielle (trouble de la vision, de l'audition) doit être éliminée systématiquement, avant de poser un diagnostic de TED ou de TSA.

Un diagnostic différentiel non psychiatrique doit être évoqué devant une présentation très atypique, des anomalies morphologiques, une régression des compétences cognitives. Il convient alors de compléter par des bilans recherchant des maladies métaboliques, neurodégénératives, une cause toxique. Une consultation génétique peut compléter le bilan devant des atypicités morphologiques.

Un autre diagnostic psychiatrique autre que l'autisme doit être évoqué devant l'existence d'une réciprocité sociale et un bon niveau de communication non verbale, ou d'une perte de contact avec la réalité, ou des cognitions dépressives persistantes et un négativisme, ou quand l'apparition de trouble de la socialisation est tardive.

3.3. Diagnostics différentiels

Le caractère partiel ou très atypique de la symptomatologie, l'existence d'une régression cognitive malgré une rééducation bien conduite, une morphologie atypique doivent entraîner la recherche d'une cause médicale non psychiatrique.

3.3.1. Pendant l'enfance

La **surdité congénitale** ou dans la petite enfance peut évoquer un TSA. Cependant, la communication non verbale est présente, le contact visuel est présent, il fait preuve de réciprocité sociale et de partage du plaisir. Si la surdité est curable, le langage oral peut alors se développer de façon explosive, de même si un langage signé est mis en place en cas de surdité incurable.

Le **retard mental simple** à l'âge pré-scolaire, peut parfois s'accompagner de symptômes qui ressemblent à l'autisme comme les stéréotypies ou les jeux répétitifs, mais qui sont dus à l'âge développemental. Les symptômes disparaissent de manière spontanée ou à la faveur de stimulations.

Les **troubles spécifiques du langage** peuvent également être confondus avec l'autisme surtout s'ils s'associent à des symptômes anxio-dépressifs et à un retrait social. Ces enfants feront preuve d'une réciprocité sociale contrairement au TSA.

Certains enfants présentant un **trouble oppositionnel sévère** ou des comportements explosifs associés à une émotionnalité négative peuvent présenter un certain isolement social et faire évoquer le diagnostic de TSA.

Il existe également de nombreux **syndromes génétiques, neurologiques** et **maladies neurodégénératives** associés à des symptômes autistiques parmi lesquelles le syndrome d'alcoolisme fœtal, le syndrome de Pader Willi, le syndrome de Digeorge, le syndrome de l'X fragile ou des maladies métaboliques telles que les maladies mitochondriales ou les maladies lysosomales.

Enfin, les **carences graves de stimulation** et de soin pendant les premières années de la vie peuvent entraîner des signes typiques des TSA. Il s'agit alors d'autisme « construits ». Les carences doivent être permanentes, répétées, importantes et durer un certain temps. Ce sont des tableaux classiquement décrits dans les orphelinats de certains pays en grande difficulté économique. Dans ce type de cas une prise en charge adaptée aux troubles de la socialisation peut déclencher, dans une certaine mesure, l'émergence d'acquisitions et améliorer la symptomatologie.

3.3.2. À l'âge adulte

Certains **troubles de la personnalité** avec quête affective ou besoin de reconnaissance, certaines traits **schizotypiques**, peuvent évoquer un syndrome d'Asperger, ou un TSA, surtout s'il existe un bon niveau cognitif et/ou quelques traits obsessionnels.

Il en va de même pour les patients présentant un **TDAH associé à une maladresse sociale et une anxiété**.

Dans ces cas, la qualité subjective de l'interaction, la réciprocité sociale, l'absence de rigidité, l'accès à l'implicite et le langage non verbal peuvent orienter vers un diagnostic différentiel. Les entretiens structurés (cf. ci-dessous) de même que la chronologie des signes décrits et les éléments sur la petite enfance peuvent apporter une aide substantielle.

4. PRISE EN CHARGE

La prise en charge des patients présentant un TED ou un TSA doit idéalement être :

- * la plus **précoce** possible ;
- * **adaptée** aux difficultés et aux spécificités de chaque patient ;
- * **multidisciplinaire** et **coordonnée** ;
- * **intensive** et **continue**.

4.1. Les thérapies validées

4.1.1. Les prises en charges comportementales intensives

Les deux exemples les plus connus de ces prises en charge sont :

- * La méthode ABA : Applied Behavior Analysis (Analyse appliquée du comportement).
- * La méthode TEACH : Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés).

Ce sont des programmes structurés, codifiés et intensifs de 20 à 40 heures par semaine nécessitant un intervenant par enfant. Elles sont basées sur les théories de l'apprentissage et utilisent la stimulation, la répétition et le renforcement positif, pour favoriser un apprentissage des comportements utiles à la communication et adaptés socialement.

Les renforçateurs peuvent être matériels (bons points, bonbons, gommettes, etc.) et relationnels (encouragements, sourires, bravos, séquence d'un jeu que l'enfant aime bien, etc.).

Ces programmes sont spécifiquement adaptés aux TSA et aux TED. Ils prennent donc en compte les particularités cognitives et les modalités particulières de communication de ces patients.

Ils nécessitent une collaboration étroite entre parents (ou aidants naturels) et intervenants, les parents sont donc formés à la méthode.

4.1.2. Les thérapies développementales

Il s'agit également de méthodes intensives (jusqu'à 40 heures par semaine) qui ont pour base les théories de l'apprentissage. Elles sont adaptées au stade de développement de l'enfant.

Bien que codifiées, ces méthodes sont moins structurées que les méthodes précédemment citées. Là aussi la stimulation est la base mais elle est amenée avec le jeu. L'intervenant n'impose pas les séquences mais tente de susciter la motivation de l'enfant en continu, pour initier des échanges réciproques et favoriser la communication.

Les méthodes les plus connues élaborées depuis les années 70 sont la Floor-time, la Denver Model, les 3i (Son-rise), La Relationship Développement Intervention et la Thérapie d'Échange et de Développement qui est un programme français.

4.1.3. Prises en charges axées sur le langage et la communication

4.1.3.1. Pour les patients sans langage ou avec des troubles importants du langage oral

Il existe des rééducations orthophoniques spécialisées que l'on appelle « langage augmenté ». Il s'agit de langages alternatifs visuels ; les plus connus sont le PECS et le MAKATON.

La méthode PECS est basée sur l'utilisation d'images et de pictogrammes et consiste pour l'enfant à adresser une demande explicite en donnant à son interlocuteur l'image de ce qu'il désire. Cette méthode permet d'établir une base facile à manier pour une communication instrumentale (réclamer un objet, exprimer un besoin). Les images, faciles à faire, sont rangées dans un cahier de communication qui sert de support à l'échange. Les pictogrammes sont plus symboliques mais restent explicites, elles permettent néanmoins de faire des phrases plus complexes.

Le MAKATON est un programme d'aide au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel qui existe en signes et en pictogrammes. La parole est utilisée tant que possible et accompagnée par les signes ou les pictogrammes pour les éléments importants. Les signes sont issues de la langue des signes mais avec la grammaire commune. Cette méthode a pour particularité de permettre un langage complexe.

4.1.3.2. Lorsqu'il existe un bon niveau de langage verbal

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales et/ou d'affirmation de soi se présentent sous forme de thérapie de groupe structurés et adaptés à chaque tranche d'âge.

La rééducation orthophonique permet de travailler la pragmatique du langage.

Les thérapies individuelles d'inspiration cognitivo-comportementales axées sur les interactions sociales sont destinées aux patients présentant une maladresse sociale, une anxiété sociale invalidante et des stratégies d'évitement.

4.1.4. Traitement des comorbidités et des symptômes envahissants

La guidance et les thérapies individuelles d'inspiration cognitive et comportementale peuvent être proposés pour améliorer les symptômes obsessionnels, la rigidité cognitive et l'intolérance au changement.

Les symptômes anxieux et phobiques peuvent aussi bénéficier d'une prise en charge individuelle.

La psychomotricité et l'ergothérapie peuvent, par la rééducation ou la mise en place de stratégies alternatives, réduire la gêne liée à la malhabileté et diminuer les troubles de tonus ou de posture.

4.2. La prise en charge médicamenteuse

Il n'existe à ce jour aucun traitement « curatif » des troubles du spectre autistique.

Les traitements médicamenteux sont exclusivement symptomatiques. Ces traitements doivent permettre de faciliter la réalisation des traitements éducatifs et d'optimiser leurs effets.

Les traitements médicamenteux suivants ont fait preuve d'efficacité et l'objet de recommandations. Leur prescription doit être réservée au spécialiste.

- * La mélatonine : est une hormone de synthèse qui permet de réguler les cycles de sommeil des patients souffrant de TSA pour obtenir un rythme proche de la population générale.
- * Les antipsychotiques : sont utilisés en cas d'hyperactivité et d'agressivité importante, en présence d'automutilations graves, lorsqu'aucun autre recours n'est efficace. Étant donné le

nombre d'effets secondaires de ces molécules et l'impact sur les fonctions cognitives, ces traitements ne sont à prescrire qu'en cas d'absolue nécessité. La molécule recommandée dans ce cas est la Risperidone (Risperdal ®) parce qu'elle s'est avérée efficace tout en occasionnant moins de dyskinésies tardives que les autres molécules de référence.

- * Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent avoir une utilité pour la prise en charge d'un épisode dépressif chez les patients autistes ou dans le cadre de la prise en charge de trouble obsessionnels sévère, en association avec une prise en charge comportementale.
- * Le méthylphénidate est un psychostimulant et le traitement médicamenteux de référence pour le trouble déficit attentionnel/hyperactivité. Cette molécule est indiquée lorsque le diagnostic de TDA/H est associé aux TSA ; il faut cependant manier cette prescription avec prudence et peser soigneusement le ratio bénéfice/risque du fait des effets secondaires comportementaux (troubles obsessionnels compulsifs et tics chroniques).

4.3. Prise en charge axée sur l'environnement

4.3.1. Guidance destinée aux parents et aidants

Des programmes de **guidance parentale** destinés aux parents et proches des personnes souffrant de TED ou de TSA ont été évalués dans les pays anglo-saxons et semblent avoir un impact sur la qualité de vie. Des programmes analogues sont en cours d'évaluation en France. Ces programmes sont des programmes structurés de type groupe de parents et sont axés sur la compréhension des symptômes, l'évitement ou la résolution des situations à risque et la mise en place d'une communication adaptée.

4.3.2. Aménagements en milieu scolaire

Depuis **la loi de 2005**, les enfants en situation de handicap doivent pouvoir être accueillis en milieu scolaire chaque fois que c'est possible.

Le projet personnalisé de scolarisation (**PPS**) précise les aménagements pratiques qui doivent permettre une scolarisation en milieu ordinaire.

La présence d'une aide de vie scolaire peut faire partie de ces dispositifs. Le rôle de l'**AVS** est d'aider l'enfant dans son organisation, sa prise de note, sa compréhension et de l'aider dans ces interactions avec ses pairs.

Il existe dans certaines écoles des classes à petit effectif dédiées aux enfants ayant des besoins spécifiques. Pour l'école primaire il s'agit des classes pour l'inclusion scolaire (**CLIS**) et pour le collège des unités pédagogiques d'intégration (**UPI**). Les enfants présentant un TSA ou un TED peuvent accéder à ces classes.

4.3.3. Aménagements du milieu professionnel

Les adultes présentant un TSA avec un niveau de communication suffisant peuvent travailler en milieu ordinaire ou bénéficier d'emploi protégés. Des aménagements du poste et des horaires de travail doivent être mis en place. Il faut pour cela les adresser au médecin du travail. Il existe des guides et des documents d'aide édités par des associations ou des organismes caritatifs pour promouvoir et accompagner l'intégration professionnelle des patients présentant des TSA. Dans la pratique, la qualité de l'insertion professionnelle de ces patients reste très aléatoire.

4.4. Les structures dédiées à la prise en charge de l'autisme

4.4.1. Les centres de ressource autisme ou CRA

Les CRA sont des centres de consultation, d'évaluation et d'orientation spécialement dédiés à ce trouble. Leurs missions sont d'informer, de coordonner les soins, d'accompagner dans les démarches, de mettre en œuvre des actions de dépistages et de soutien, de former et d'informer familles et professionnels, de donner des conseils, d'accomplir une expertise.

4.4.2. Les structures médico-éducatives

- * Les SESSAD Autisme : service d'éducation et de soins à domicile réalisant une prise en charge multidisciplinaire et intégrée (dans le milieu scolaire, au domicile, et dans les locaux de la structure).
- * Les instituts médico éducatifs (IME), instituts médicopédagogiques (IMP), instituts médico éducatifs et professionnels (IMPRO).

Ces structures, initialement dédiées au déficit intellectuel, ont pour mission ici de donner une éducation générale et pratique adaptée au handicap, de prendre en charge une scolarité adaptée au retard cognitif, de développer l'autonomie. Pour les IMPRO, une formation professionnelle adaptée au handicap y est en plus dispensée.

Pour accéder à ces structures une notification par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est nécessaire.

4.4.3. Les structures de soin sans caractère éducatif

- * **Hôpitaux de jour** : centres de soin intégrés au dispositif de secteur qui accueillent les patients en journée. Les soins y sont organisés sous forme d'ateliers et d'activités qui sont choisis dans le cadre du projet thérapeutique du patient. Ils disposent d'équipes pluridisciplinaires de psychiatres, psychologues, psychomotriciens et orthophonistes mais leur fonctionnement est très hétérogène en termes de méthode et de fonctionnement au quotidien.
- * **Les centres médico psychologiques (CMP), centre médico psycho pédagogiques (CMPP) et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** : centres de soins de proximité, intégrés dans le dispositif de secteur. Comme les hôpitaux de jour, ils disposent d'équipes pluridisciplinaires de psychiatres, psychologues, psychomotriciens et orthophonistes. Ces structures peuvent proposer des prises en charges et des rééducations moins intensives ; cependant elles peuvent coordonner les prises en charges, accompagner la mise en place et l'ouverture des droits et au besoin orienter vers une structure plus adaptée. Elles peuvent également être en lien avec l'école et apporter une guidance aux parents.

4.4.4. Les lieux de vie

Les foyers d'accueil médicalisé sont des lieux de vie où l'on tient compte du type de handicap de l'individu et où des aménagements sont faits en ce sens. Une équipe pluridisciplinaire de professionnels de la santé peuvent intervenir, ainsi les foyers d'accueil médicalisé peuvent également avoir vocation à accompagner vers plus d'autonomie en renforçant les apprentissages qui sont utiles pour gérer le quotidien.

Les foyers de vie sont destinés à une population hétéroclite présentant un handicap qui limite l'autonomie et qui ne peut être hébergée dans un cadre familial. Ces structures n'ont pas de vocation de soin.

4.5. Stratégie thérapeutique

4.5.1. Pour les formes peu sévères

Avec :

- * Problème de flexibilité, difficultés d'organisation ou de planification qui est un frein à l'autonomie.
- * Difficultés à rentrer en relation avec les autres, stratégies sociales étranges ou inefficaces.

Stratégies :

- * Soutien et guidance individuelle, TCC, groupe d'entraînement aux habiletés sociales, guidance de l'entourage, aide à l'insertion professionnelle.
- * Au besoin : reconnaissance du handicap à la MDPH, prise en charge des soins à 100 %.

4.5.2. Pour les formes relativement sévères nécessitant un soutien substantiel

Avec :

- * Difficultés marquées dans la communication verbale et non verbale.
- * Activités manifestement restreinte étranges ou répétitives.
- * Difficulté notable à changer d'activité ou de centre d'intérêt, persévérations.

Stratégies :

- * Prise en charge intensives multimodales, aide à la communication, aménagement du quotidien, aide à l'autonomie dans la socialisation. Accompagnement à la maison et sur le lieu d'occupation (école, travail, etc.).
- * Reconnaissance du handicap et prise en charge des soins, si nécessaire ouverture de droits pour une allocation spécifique et des aménagements du travail.

4.5.3. Pour les formes très sévères nécessitant une aide importante et un soutien renforcé

Avec :

- * Troubles sévères de la communication, voire des patients sans langage ou qui ne peuvent exprimer que leurs besoins premiers.
- * Comportements très inhabituels et répétitifs.

Stratégies :

- * Prise en charge très intensive : aide au langage, aide à l'autonomie dans les gestes quotidiens ou pour les besoins de base, voire lieu de vie adapté pour répondre aux besoins spécifiques.
- * Reconnaissance du handicap, ouverture de droits pour une allocation spécifique voire au besoin d'une allocation complémentaire pour les aidants.

4.6. Prévention et dépistage précoce

4.6.1. Prévention primaire

Lorsque le diagnostic de trouble est posé et qu'il existe une atteinte génétique connue, une consultation de conseil génétique peut être proposée.

4.6.2. Prévention secondaire

Il existe des programmes destinés à dépister le plus précocement possible les TED chez les très jeunes enfants à risque :

- * Apparentés au premier degré à une personne présentant un trouble de la communication.
- * Qui présentent des atypicités du comportement à la crèche ou au jardin d'enfant.

L'objectif d'un tel dépistage est de mettre en place le plus précocement possible une stimulation et une prise en charge adaptée. Ces stratégies sont en cours d'évaluation.

4.7. Les dispositions administratives

Les troubles du spectre autistiques et les troubles envahissant du développement peuvent donner lieu à une prise en charge du handicap à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) et ce quel que soit l'âge du patient ou l'âge du diagnostic, les soins et le handicap peuvent donner lieu à des compensations financières.

- * AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé.
- * PCH : Prestation de compensation du handicap.
- * AJPP : Allocation journalière de présence parentale.

Il est possible de faire appel à une assistante sociale pour accompagner dans les démarches.

On peut également demander une allocation longue durée 30 (prise en charge à « 100 % ») au titre d'affection psychiatrique de longue durée.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

5.1. La morbidité/mortalité

La morbi-mortalité chez les patients avec un TSA est plus élevée qu'en population générale. On note une surmortalité due aux convulsions et autres troubles neurologiques, aux causes cardiovasculaires et aux accidents. Une surmortalité d'origine respiratoire est décrite chez les patients avec retard mental.

Cette sur-morbidité et/ou sur-mortalité peut être due :

- * À des comorbidités médicales non psychiatriques passées inaperçues.
- * Aux troubles spécifiques de la communication qui limitent l'expression des besoins.
- * Une moindre sensibilité à la douleur.

- * À un évitement du contexte de la consultation lorsque le patient est assez autonome pour être à l'initiative, du fait de l'attente, du caractère inhabituel de l'événement, etc., et de l'angoisse que la situation peut générer.
- * À l'appréhension, que les professionnels peuvent avoir face aux troubles du comportement.
- * Aux ruptures du projet de soins antérieur (qui peuvent être liées aux seuils d'âge, à un déménagement, au départ d'un médecin et aux difficultés à trouver des relais, etc.).
- * À un défaut de dépistage systématique entre autres des comorbidités spécifiques comme l'épilepsie.
- * Certains patients peuvent développer après l'adolescence des symptômes schizophréniques.

5.2. Devenir social des patients

Les formes plus légères sans retard, comme le syndrome d'Asperger et les formes cliniques semblables : loin de certains portraits médiatiques, les patients présentant un TSA souffrent souvent d'isolement social. Ils peuvent occuper des emplois sous qualifiés du fait de leur présentation inhabituelle et de leurs stratégies sociales inefficaces. L'intégration sociale et l'autonomie peuvent être favorisées par une prise en charge adaptée et un environnement étayant.

Les formes les plus sévères ou avec retard sont souvent institutionnalisés dans des structures comme les hôpitaux psychiatriques ou les maisons d'accueil spécialisés, mais qui ne sont pas toujours adaptées aux symptômes qu'ils peuvent présenter.

5.3. Facteurs de bon et mauvais pronostic

Statistiquement les facteurs de bon pronostic sont le sexe féminin (souvent associé à de meilleures compétences sociales), l'absence de retard mental et un bon niveau verbal. En pratique, une prise en charge précoce des troubles notamment de la communication et l'existence d'un attrait pour la socialisation font la différence.



RÉSUMÉ

L'autisme est un terme générique qui décrit un trouble associant des troubles du langage, des troubles de la communication réciproque et des intérêts restreints et des patterns comportementaux répétitifs. Les formes cliniques sont très hétérogènes, ce qui peut occasionner des retards diagnostics et un retard de la prise en charge.

On parle aujourd'hui plus volontiers de troubles du spectre autistique et de trouble envahissant du développement.

Il s'agit d'un trouble neuro-développemental dont l'origine est sans doute multifactorielle avec une très grande participation génétique et une interaction entre de nombreux gènes et des facteurs environnementaux, notamment biologiques.

Le diagnostic est souvent clinique. Il peut être étayé et quantifié au moyen d'outils standardisés, ces outils peuvent être une aide supplémentaire dans les formes frustes ou légères.

La prise en charge doit être précoce et intensive. Elle est basée sur la stimulation et la prise en compte des problèmes spécifiques de communication et de fonctionnement cognitif de ces patients.



POINTS CLEFS

- * Triade diagnostique.
- * Trouble neurodéveloppemental multifactoriel.
- * Interaction gène environnement.
- * Anomalies de connexion synaptique.
- * Observation clinique et entretiens standardisés.
- * Prise en charge précoce et intensive.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Articles scientifiques

Marco E.J., Hinkley L.B., Hill S.S., « Nagarajan S.S. Sensory Processing in Autism: A Review of Neurophysiologic Findings ». *Pediatr Res.* 2011 May ; 69(5 Pt 2) : 48R-54R (article gratuit en anglais).

Saitovitch A., Zilbovicius M. *et al.* « Cognition sociale et sillon temporal supérieur : implications dans l'autisme » (Social Cognition and the Superior Temporal Sulcus: Implications in Autism). *Rev Neurol* (Paris). 2012 Oct ; 168(10) : 762-70. (article gratuit en français).

Dawson G., Rogers S. *et al.* « Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers with Autism: The Early Start Denver Model ». *Pediatrics.* Janvier 2010. (article gratuit en anglais).

Livres grand public

Je suis à l'Est !. Josef Schovanec. Éd. Plon.

Moi, l'enfant autiste, de l'isolement à l'épanouissement. Judy Barron, Sean Barron. Éd. Folio poche.

A History of Autism: Conversations with the Pioneers. Adam Feinstein. Éd. Wiley Blackwell.



ANNEXE 1

Critères DSM-5 Trouble du spectre autistique

A. Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (présent ou passé)

(3 symptômes sur 3) :

- * Réciprocité socioémotionnelle, initiative, conversation sociale, partage d'intérêt, des émotions.
- * Déficit de la communication non verbale, coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux de manière adaptée au contexte, utilisation et compréhension du contact verbal.
- * Difficultés à comprendre et maintenir les relations sociales de manière adaptée à l'âge, difficulté à adapter son comportement aux différents contextes sociaux, difficultés à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

B. Comportements stéréotypés ou intérêts restreints passé ou présent (2 symptômes sur 4) :

- * Utilisation de mouvements répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du langage (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) et des objets (par exemple : alignement d'objets, rotation d'objets).
- * Insistance sur la similitude, adhésion aux routines et rituels verbaux ou non verbaux (intolérance aux changements, pensées rigides, salutations stéréotypés, itinéraires et nourriture identiques tous les jours).
- * Intérêts restreints, limités ou atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt (attachement excessif ou inhabituel à un objet, intérêt limité à certains sujets qui prennent une importance excessive).

- * Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêts inhabituels envers des éléments sensoriels de l'environnement (ex : indifférence à la température ou à la douleur, hypersensibilité à certains sons, fasciné par certaines sources lumineuses ou des objets qui tournent).

C. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles.

D. Les symptômes limitent ou alternent le fonctionnement quotidien.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un retard du développement intellectuel ou un retard du langage.

Ensuite, le diagnostic doit spécifier :

- * Le niveau cognitif.
- * Le niveau de développement du langage.
- * Le niveau de sévérité (1, 2 ou 3).
- * Si le TSA est associé à une pathologie médicale, génétique ou développementale.
- * Si le TSA est associé à une comorbidité psychiatrique : TDAH, trouble de l'humeur, trouble anxieux, syndrome de Gilles de la Tourette.
- * Si le TSA est associé aux troubles suivants : troubles moteurs, comportements explosifs, automutilation, catatonie.



ANNEXE 2

Critères DSM-IV trouble envahissant du développement : trouble autistique

A. Au moins 6 des éléments suivants, avec au moins 2 de (1), 1 de (2) et 1 de (3) :

(1) Altération qualitative des interactions sociales :

- * Altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes.
- * Incapacité à établir des relations avec les pairs correspondants au niveau de développement.
- * Le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par ex. ne désigne pas ou n'apporte pas les objets qui l'intéressent).
- * Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.

(2) Altération qualitative de la communication :

- * Retard ou absence total de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication comme le geste ou la mimique).
- * Chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui.
- * Usage stéréotypé ou répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique.
- * Absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau du développement.

(3) Caractère restreint, répétitif, stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités :

- * Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation.
- * Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels.
- * Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (battements des bras, torsion des mains ou des doigts...).
- * Préoccupation persistante pour certaines parties des objets.

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de 3 ans, dans au moins un des domaines suivants : 1. Interactions sociales ; 2. Langage nécessaire à la communication sociale ; 3. Jeu symbolique ou d'imagination.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic du syndrome de Rett ou de trouble désintégratif de l'enfance.

item 66

TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ADOLESCENT

- I. Replacer les choses dans le contexte, pour mieux comprendre...
- II. Contexte épidémiologique des troubles du comportement
- III. Sémiologie des troubles du comportement
- IV. Faire le diagnostic d'un trouble du comportement
- V. Outils de dépistage et mesure de sévérité
- VI. Pronostic et évolution
- VII. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Expliquer les caractéristiques comportementales et psychosociales de l'adolescent normal.
- * Identifier les troubles du comportement de l'adolescent et connaître les principes de la prévention et de la prise en charge.

1. REPLACER LES CHOSES DANS LE CONTEXTE, POUR MIEUX COMPRENDRE...

1.1. Quid de l'adolescence « normale » ?

Caractéristiques comportementales et psychosociales

L'adolescence normale est définie en premier lieu sur des critères endocriniens : l'apparition de la puberté et des caractères sexuels secondaires. À savoir, pour rappel : 10-11 ans chez les filles, et 12-13 ans pour les garçons.

Mais c'est aussi une période de changement dans la vie psychique et sociale des enfants, changements cognitifs et affectifs pour un processus d'« adultification » :

- * processus d'autonomisation : exploration, expérimentations ;
- * processus d'intégration des changements corporels, des pulsions sexuelles ;
- * processus de séparation d'avec les repères identitaires de l'enfance pour une individuation propre : mise à distance de ses parents, intérêt grandissant pour ses pairs et création de nouveaux liens amicaux forts, intégration dans un groupe et partage des valeurs groupales communes, importance de l'influence du groupe et recherche d'identification à d'autres personnes de son âge ou adultes autres que ses parents.

358



POUR EN SAVOIR PLUS

La « crise » de l'adolescence...

Certaines « crises adolescentes » ne sont pas bruyantes, les problèmes de comportement des adolescents découlent de l'immatunité et la maturation adolescente.

Cette crise représente un danger potentiel (première cause de mortalité à l'adolescence : les accidents de la route) mais n'est pas pathologique en soi : aux parents de bien poser leurs limites et leur cadre éducatif tout en permettant ces explorations parfois dangereuses nécessaires au processus de développement. Les conduites « problématiques » à l'adolescence s'inscrivent donc pour la plupart dans le processus de développement normal, et se résument à des passages à l'acte dans un continuum entre normal et pathologique ; leur évolution va dépendre surtout du processus de socialisation, de l'influence du groupe dans lequel se trouve l'adolescent. Isolément ou intermittentes la plupart du temps, elles n'ont de valeur pathologique que si elles sont répétées et graves. Ainsi, certaines conduites problématiques, et passages à l'actes graves et répétés vont rentrer dans le cadre des « troubles du comportement », et être des symptômes de troubles dits « externalisés » : TOP, TC, TDA/H... ou la dépression externalisée (fréquente à l'adolescence).

1.2. Qu'entendre par « trouble du comportement » ?

La notion de trouble en médecine psychiatrique renvoie à l'idée d'un écart avec une norme de santé de la population, écart qui n'est plus un retard mais une anomalie constituée responsable d'un handicap et de conséquences négatives dans le fonctionnement social, scolaire, familial de l'enfant/l'adolescent.

Souvent la maladie survient à l'extrême d'un continuum normal-pathologique, il peut donc être compliqué de distinguer les limites et de faire un diagnostic.

Le TDA/H est considéré comme un trouble neurodéveloppemental, tandis que le TOP et le TC sont considérés comme des troubles du contrôle de soi et de la régulation de ses impulsions et de ses conduites dans une société organisée autour de règles et de lois qui régissent le respect à porter aux autres.

1.3. Petit détour par les classifications des troubles du comportement

Il existe au moins 3 classifications des maladies auxquelles se réfèrent les psychiatres et pédopsychiatres : la classification de l'OMS (*Classification internationale des maladies*, CIM), celle des USA (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, DSM), et la française (*Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*, CFTMEA). La CIM et le DSM sont les plus utilisés.

La CIM-10, version la plus récente de la classification de l'OMS, regroupe en une seule et même catégorie intitulée « trouble du comportement et trouble émotionnels apparaissant durant enfance et adolescence » les troubles hyperkinétiques, les troubles des conduites et notamment le TOP, mais aussi les troubles émotionnels – troubles anxieux –, la rivalité pathologique dans la fratrie, le mutisme, les troubles de l'attachement, les tics, l'énurésie, etc.

Le DSM-5 propose 2 catégories distinctes : une première « troubles neuro-développementaux » qui comprend les troubles d'attention et d'hyperactivité, et une seconde « trouble de l'impulsion et des conduites » qui comprend le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, le trouble explosif intermittent, la personnalité antisociale, la pyromanie, la kleptomanie.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Pour plus de simplicité, nous n'allons volontairement pas développer ici la pyromanie, la kleptomanie, l'addiction aux jeux, le mutisme, les troubles de l'attachement, les tics avec le syndrome de Gilles de la Tourette, ou encore les troubles de l'humeur à l'adolescence.

Nous aborderons uniquement 3 troubles : le trouble déficit d'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H), le trouble opposition et provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC).

Ces 3 troubles comportent différentes dimensions cliniques, certaines se retrouvent d'un trouble à l'autre : hyperactivité, impulsivité, problèmes d'attention et de fonctions exécutives, opposition, agressivité physique, comportement antisocial, anxiété, mauvaise régulation émotionnelle, dépression, mésestime de soi, traits de personnalité narcissique, système d'attachement désorganisé ou insécure, manque d'empathie, absence de sens moral, manque d'affectivité, impassibilité, manque de sentiment de culpabilité, manque de théorie de l'esprit...

Après ce premier point sur l'épidémiologie de ces troubles, nous verrons de plus près la sémiologie de chacun.

2.1. Le trouble oppositionnel avec provocation TOP

Prévalence de 1 à 11 % chez les adolescents, avec là encore une nette prédominance masculine (1,4 garçon / 1 fille).

Le trouble apparaît en général pendant l'enfance, au moment de l'entrée à l'école.

Les adolescents présentant ce trouble ont souvent en co-morbidité un TDAH, ou un abus de substance toxiques. Le TOP précède l'apparition du trouble des conduites pour ceux qui vont le développer.

Facteurs de risques :

- * histoire de vie marquée par la succession de figures parentales et de ruptures,
- * famille où il est constaté de la négligence, ou des règles éducatives inconsistantes et ambivalentes, ou au contraire trop rigoureuses et rigides,
- * tempérament très réactif, intolérant à la frustration.

2.2. Le trouble hyperkynétique ou TDA/H

Prévalence de 3 à 7 % (moyenne de 5 %) des enfants et adolescents d'âge scolaire, avec une prédominance masculine (2 à 4 garçons pour 1 fille). Le trouble débute parfois à l'âge de la marche mais doit être diagnostiqué plus tard car l'agitation psychomotrice est très fréquente à cet âge. Le trouble peut être diagnostiqué tardivement selon son environnement, selon les autres troubles comorbides qui motivent la demande, et selon ses propres capacités de compensation.

Les filles sont plus sujettes à la forme clinique sans hyperactivité, avec l'inattention prédominante.

Comorbidités : sont souvent retrouvés, chez à peu près 80 % des patients atteint de TDA/H :

- * troubles des apprentissages (50 à 80 %) ;
- * trouble anxieux (33 %) ;
- * trouble thymique – épisode dépressif, dysrégulation émotionnelle – ;
- * trouble oppositionnel avec provocation (50 % des formes mixtes de TDAH) ou trouble des conduites (25 % des formes mixtes) ;
- * tics, syndrome de Gilles de la Tourette ;
- * addictions chez les ados et adultes TDAH ;
- * TOC.

Les facteurs de risques :

- * la naissance prématurée avec un petit poids de naissance (< 1,5 kg) multiplie le risque par 2 à 3 ;
- * fumer pendant la grossesse ;
- * consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- * trajectoires de vie difficiles pendant la petite enfance : abus, négligence éducative et affective, maltraitance, placement en foyer, etc.

2.3. Le trouble des conduites TC

Prévalence de 1 à 10 %, avec une nette prédominance masculine (3-4 garçons pour 1 fille).

Le trouble apparaît pendant l'enfance, possible dès l'entrée en maternelle il se révèle progressivement entre la moyenne enfance mais surtout au milieu de l'adolescence, avant l'âge de 16 ans. Les enfants débutent un TC très souvent en présentant les symptômes d'un TOP.

Comorbidités possibles : TDAH et TOP sont souvent retrouvés comme co-morbidités et sont prédictifs d'un mauvais pronostic, mais on peut également retrouver comme comorbidités un trouble des apprentissages (de la lecture par exemple), un trouble anxieux, un trouble de l'humeur bipolaire, un épisode dépressif, un abus ou une dépendance à des substances.

Lorsque le TC est associé à un épisode dépressif il est appelé « trouble mixte des conduites et des émotions ».

Facteurs de risque :

- * enfant au tempérament difficile, peu contrôlable, peu docile, distractible, pas persévérant, impatient, aux réactions émotionnelles fortes, pessimiste, solitaire ;
- * capacités intellectuelles verbales plus faibles que la moyenne (mauvaise compréhension, faible niveau lexical, faible fluence verbale, difficultés dans le langage écrit) ;
- * famille rejettante, négligeante, aux règles éducatives trop changeantes et inconsistantes, ou alors à l'inverse trop rigides et sévères, parents isolés ;
- * histoire de vie marquée par des placements répétitifs dans des institutions ou famille d'accueil,
- * parents ayant des difficultés dans leurs relations avec leurs pairs ; antécédents de personnalité antisociale, addiction, criminalité, etc. ;
- * environnementaux : rejet des autres, voisinage violent, copinage avec d'autres adolescents délinquants.

3. SÉMIOLOGIE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

3.1. L'hyperactivité

Parole de parents : « il est bougeon, comme une pile électrique, monté sur ressort, il ne s'arrête jamais, même assis, c'est épuisant. » L'activité est excessive, désordonnée, mal contrôlée, peu productive ni efficace, ne correspondant pas à ce qui est normalement attendu pour son âge, ni à ce qui est demandé la plupart du temps. L'adolescent ne parvient que très mal à aller au bout de ses activités. Il ne parvient pas à rester assis, se lève souvent, sans que cela lui ait été demandé ou que cela soit approprié, court beaucoup, partout, ou grimpe souvent. Il se sent agité intérieurement, et cette agitation est rapportée par toutes les personnes qui le côtoient. Il a également le sommeil agité très souvent.

Chez l'adolescent hyperactif on retrouve (critères CIM-10 et DSM) :

- * agitation motrice permanente : bouge mains, pieds, jambes, tête, se tortille sur sa chaise ;
- * incapacité à rester en place ;
- * bruyant dans ses activités, maladroit, brutal ;
- * prise de risques sans notion du danger.

3.2. L'impulsivité

Parole de parents : « il ne tourne jamais sept fois sa langue dans sa bouche, même pas une fois ! » L'impulsivité se rapporte à faire ou dire directement quelque chose de façon impérieuse, sans pouvoir différer, et sans anticiper au préalable les conséquences négatives ou positives. L'impulsivité comprend le manque de planification mentale, la prise de décision trop rapide, et la prise de risque en conséquence : l'enfant n'est pas capable de préméditation, ni d'inhiber sa réponse automatique, il est dans l'urgence, il a un besoin impérieux qu'il ne peut pas ou très peu contrôler.

Chez l'adolescent impulsif on retrouve (critères CIM-10 et DSM) :

- * précipitation pour répondre sans attendre la fin de la question ;
- * incapacité en groupe à attendre son tour, à rester dans la file ;
- * coupe la parole, interrompt souvent les autres, impose sa présence ;

- * logorrhée, ne tenant pas compte du contexte ou des gens, s'adapte mal à ses interlocuteurs ;
- * prise de risques.

3.3. L'inattention

Parole de parents : « il est tellement lent que je fais à sa place pour l'aider et aller plus vite, sinon il ne termine jamais, il est trop tête en l'air, il se laisse distraire, il ne sait absolument pas s'organiser. » L'adolescent inattentif est incapable de persévérance car il ne parvient pas à soutenir son attention, il est trop souvent distrait par d'autres stimuli sensoriels extérieurs qu'il n'arrive pas à inhiber (visuel, auditif...). Il est victime de cette incapacité.

Chez l'adolescent inattentif, en dehors de toute opposition ni incompréhension de ce qui lui est demandé (critères CIM-10 et DSM) :

- * incapacité à faire attention aux détails, fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs ou ses activités de loisirs (oubli d'un mot, une lettre...) ;
- * incapacité à soutenir son attention et s'arrête vite dans ses activités pour passer à une autre, pas de persévérance ;
- * difficultés à écouter, retenir, et faire ce qu'on lui dit, d'autant plus s'il reçoit plusieurs informations, consignes ou demandes d'un coup ;
- * refus de se conformer aux consignes qui lui sont demandées, et aux directives telles que finir ses devoirs, participer aux corvées, remplir ses obligations ;
- * difficultés d'organisation ;
- * évitement des tâches/jeux demandant un effort mental soutenu ;
- * oubli ou perte de ses jouets, habits, objets nécessaires à son travail ;
- * distractibilité par des stimuli externes, rêverie, « dans la lune » ;
- * oublis fréquents même pendant ses activités quotidiennes.

3.4. L'opposition-provocation

Parole de parents : « il passe son temps à refuser, c'est incessant, il n'est jamais content, jamais d'accord. » Il s'agit là d'un trouble apparenté au trouble des conduites. De façon similaire et générale, l'adolescent va également bafouer les règles et normes sociales, et/ou les droits fondamentaux des autres. Il ne va pas, ou très peu, présenter de comportements relatifs à l'agression d'autrui, tels que bagarres, cruauté, attaque physique ou psychologique de l'autre ou de ses biens, délibérément. S'il présente ces symptômes, alors il ne s'agit plus d'un TOP mais d'un authentique trouble des conduites.

Chez l'adolescent opposant et provocateur on retrouve (critères CIM-10 et DSM) :

- * émotions colériques, irritabilité de l'humeur : perte du contrôle de soi, accès de colère, susceptibilité, facilement contrarié ;
- * caractère vindicatif, rapports hostiles avec les autres et envie de vengeance : souvent fâché, rancunier, méchant, vindicatif envers autrui ;
- * opposition, défiance systématique de l'autorité : discute souvent l'autorité de l'adulte, s'oppose souvent et volontairement aux consignes, fait exactement l'opposé pour contrarier la demande de l'autre, accuse les autres au lieu de se responsabiliser.

3.5. Conduites antisociales

Parole de parents : « Il nous épuise mais lui on dirait que rien ne l'atteint. Je crois qu'il se rend compte de ce que ça nous fait, il a cassé cet objet pour me faire du mal, vraiment ! Il le savait. Et alors quand la police nous a appelé pour nous dire qu'il est en garde à vue, là vraiment c'était le pompon. » C'est l'idée que les normes et règles sociales sont bafouées, et/ou les droits fondamentaux des autres (avec agression physique). Les enfants et adolescents présentant ce trouble ont un manque d'empathie envers l'autre ; ils ne sont pas victimes de ces troubles, ils les provoquent sciemment.

Ces personnes peuvent présenter une hyperactivité et une perturbation émotionnelle, qui est à explorer et évaluer.

Chez l'adolescent qui présente un trouble des conduites on retrouve (critères CIM-10 et DSM) :

- * agression des gens/des animaux : fait souffrir psychologiquement ou physiquement, intimide, malmène, menace, brutalise, tyrannise, fait du chantage, blesse, moleste, violente, se bagarre, agresse, a participé à des passages à tabac, a déjà utilisé une arme sur d'autre, a pu être cruel physiquement sur des personnes ou des animaux, a pu forcer une personne à avoir une relation sexuelle avec lui, a pu voler à la tire ou commettre des vols à main armée ou braquer des gens ;
- * destruction des biens des autres : a déjà mis le feu ou détruit/cassé/déchiré des affaires d'autres personnes, provoque sciemment des dégâts matériels ;
- * attitude fourbe, sournoise, essaie de charmer, vole et ment : ne tient pas ses promesses, ment pour obtenir les faveurs des autres ou esquiver des obligations, a déjà fait des cambriolages ou est déjà rentré par effraction dans une maison/une voiture/immeuble, a déjà fait des contre-façons ou volé à l'étalage sans se confronter à sa/ses victime(s), ou monté des escroqueries ;
- * violation de la loi, non respect de l'autorité ni des règles : de façon délibérée il va agir à l'opposé des autres pour les contrarier, discute souvent l'autorité de l'adulte, les consignes, ce qui lui est demandé, il va souvent s'opposer et/ou désobéir, dès avant 13 ans il veille tard le soir, dehors, volontairement contre l'interdiction de ses parents, fugue du foyer familial ou de son foyer de placement, fait souvent l'école buissonnière malgré l'obligation scolaire ;
- * accès de colère très intenses et fréquents, qu'il soit en situation de frustration ou pas, susceptible ou souvent contrarié, fâché, rancunier ; souvent méchant ou vindicatif ;
- * irresponsabilité, accuse les autres d'être responsables de ses propres fautes et mésactions ;
- * manque de remords, de culpabilité et d'empathie ; il a une mauvaise reconnaissance des émotions chez les autres (comme la colère ou la tristesse) ; il présente une certaine froideur ; il a tendance à tout ramener à soi et présente des traits de personnalité narcissique.

4. FAIRE LE DIAGNOSTIC D'UN TROUBLE DU COMPORTEMENT

Attention, le diagnostic se fait sur des critères cliniques, les tests psychométriques et la passation d'échelles ne sont que des apports complémentaires, mais ne font pas le diagnostic. L'élément de durée des troubles prolongés (> 6 mois) est aussi déterminant. Il ne s'agit pas de problèmes adaptatifs qui sont plus brefs.

4.1. À propos du TDA/H ou trouble hyperkinétique

Pour poser le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention, TDA/H (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) ou Trouble Hyperkinétique, il faut (critères CIM-10 et DSM) :

- * Une sémiologie telle que décrite précédemment, regroupant les 3 syndromes : inattention + impulsivité + hyperactivité.
- * À savoir que l'adolescent atteint de TDA/H présente également souvent une certaine excitabilité en groupe, une tendance à l'irritabilité et à la labilité émotionnelle, du fait d'une difficulté à contrôler ses émotions, une intolérance à la frustration, une difficulté à respecter les règles et les consignes familiales/professorales/amicales. Les difficultés d'interaction sociale et les conflits sont très fréquents de fait.
- * Un début précoce : le trouble commence en général assez précocement, dès l'âge de la marche et des premiers apprentissages, même s'il se dépiste parfois tardivement. La CIM-10 impose pour le diagnostic que le trouble ait commencé avant l'âge de 7 ans, tandis que le DSM-5 impose un début avant l'âge de 12 ans.
- * Les symptômes ne correspondent pas au développement normal, ils sont persistants dans le temps (durée d'au moins 6 mois), envahissants (présents dans au moins 2 domaines de la vie de l'enfant – il faut donc explorer le comportement à la maison, à l'école, avec la famille élargie, pendant les activités extra scolaires, etc. –), et ils altèrent le fonctionnement social, scolaire et familial de l'enfant et engendrent une souffrance.



POUR EN SAVOIR PLUS

Il y a différentes formes cliniques de TDA/H :

- * Forme où le trouble attentionnel prédomine : inattention + impulsivité > hyperactivité.
- * Forme où l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent : hyperactivité + impulsivité > inattention.
- * Forme mixte, où les trois syndromes sont retrouvés à degré égaux : inattention + impulsivité + hyperactivité.

4.2. À propos du trouble oppositionnel avec provocation TOP

Pour poser le diagnostic de TOP, il faut (critères CIM-10 et DSM) :

- * Une sémiologie telle que décrite précédemment : comportement défiant + humeur irritable + caractère vindicatif. Sémiologie qui doit être constatée en dehors des relations dans la fratrie.
- * Une évolution depuis plus de 6 mois.

Il y a deux formes cliniques de TOP : avant ou après 10 ans.

4.3. À propos du trouble des conduites TC

Pour poser le diagnostic de TC, il faut (critères CIM-10 et DSM) :

- * Une sémiologie telle que décrite précédemment, avec l'idée première que l'enfant est partie prenante et non victime de son comportement : agression envers les gens/les animaux + destruction de biens + vols/mensonges/arnaques + violation sérieuse des règles familiales/sociales/de la loi.
- * Une évolution de la symptomatologie depuis au moins 6 mois.

- * Des répercussions fonctionnelles à quantifier : légères (cause peu de mal à autrui et les perturbations sont très peu nombreuses), modérées (effet sur autrui entre léger et grave et/ou nombre peu important de problèmes), ou sévères (nombreuses perturbations ou/et dommages considérables avec blessures sérieuses sur ses victimes, vandalisme ou vols importants).



POUR EN SAVOIR PLUS

Les différentes formes cliniques de TC :

- * Avant ou après 10 ans.
- * Circonscrit au milieu familial ou pas.
- * Type mal socialisé : absence de relations amicales stables (est isolé, rejeté, impopulaire, incapable de garder des amitiés proches et réciproques durables).
- * Type bien socialisé : les troubles ne sont pas circonscrits qu'au milieu familial, mais il présente cependant des relations amicales durables avec ses pairs, dans les normes pour son âge.

4.4. Les diagnostics différentiels

La difficulté à poser le diagnostic réside dans le fait que les symptômes d'hyperactivité, d'inattention ou d'impulsivité sont retrouvés dans diverses pathologies médicales psychiatriques ou non psychiatriques :

- * causes pédopsychiatriques : les troubles des apprentissages (dysphasie, dyspraxie, dyslexie...), les troubles anxieux, le TDAH, le TOP ou le trouble des conduites, la dépression externalisée, le trouble de l'humeur bipolaire ou à l'adolescence un syndrome de dysrégulation émotionnelle, le trouble de la personnalité borderline, antisociale, histrionique. Mais aussi dans les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette, le TOC, le retard mental, ou chez les patients présentant un trouble du spectre autistique ;
- * intoxications, ou phase de sevrage de substances toxiques ;
- * causes iatrogènes : antidépresseurs, effet paradoxal des benzodiazépines, corticoïdes, hormones thyroïdiennes, neuroleptiques responsables d'akathisie, etc. ;
- * causes neurologiques : maladie neurodégénérative, trauma crânien, épilepsies, etc. ;
- * causes endocriniennes : hyperthyroïdie, syndrome de Cushing, hypo/hyperglycémie chez un diabétique, décompensation acido-cétosique, etc.

Points clefs de l'interrogatoire et de l'entretien :

- * âge de début du trouble, fonctionnement antérieur de l'enfant/l'adolescent ;
- * présence de symptômes autres que psychiatriques évocateurs d'autres pathologies, antécédents médicaux psychiatriques et non psychiatriques (otites ? bilans auditifs et visuels réalisés ?) ;
- * capacités et la qualité des interactions sociales ;
- * qualité des apprentissages scolaires ;
- * contexte actuel, fréquence des symptômes, sévérité ;
- * humeur de l'adolescent ;
- * respect ou non de l'autorité, dans la famille, ou avec d'autres adultes ;
- * atteinte et agressivité envers les autres.

Bilan para-clinique d'orientation diagnostique :

- * biologique ;

- * glycémie capillaire ;
- * TA, pouls, température ;
- * ECG ;
- * imagerie IRM ou TDM cérébral ;
- * EEG ;
- * ORL (audiogramme...) ;
- * ophtalmologique ;
- * test psychométrique : QI, épreuves attentionnelles ;
- * bilan orthophonique.

5. OUTILS DE DÉPISTAGE ET MESURE DE SÉVÉRITÉ

Questionnaire de Conners avec la version pour les parents et la version pour les enseignants : à faire remplir par diverses adultes de l'environnement familial et scolaire de l'enfant ou l'adolescent concerné (3-17 ans), afin d'objectiver les symptômes rapportés, et de faire ressortir des dimensions particulières (impulsivité, inattention, hyperactivité...). Il permet également d'évaluer l'efficacité de la prise en charge.

L'échelle d'Achenbach ou CBCL permet d'évaluer le fonctionnement global d'un sujet et ainsi de dépister et quantifier les troubles du comportement. Les parents la remplissent, elle cible les enfants et adolescents de 4-16 ans.

Les tests psychométriques (QI et tests neuropsychologiques des fonctions exécutives et de l'attention) : ils permettent d'affiner le diagnostic cognitif (via l'atteinte de sub-test spécifiques au QI) et de préciser le profil cognitif de l'adolescent (analyse des types d'atteintes des fonctions intellectuelles dans les test neuropsychologiques), de préciser les fonctions attentionnelles impactées (TEA-CH : attention visuelle vs auditive/attention généralisée vs attention sélective/fatigabilité) pour une meilleure rééducation personnalisée.

6. PRONOSTIC ET ÉVOLUTION

(cf. Annexe 1 : « Frise de l'évolution »)

6.1. Évolution possible du TDA/H

Dans la majorité des cas, le trouble s'amenuise et disparaît à l'âge adulte (retrouvé chez 2,5 % des adultes dans la population générale, 1,6 homme pour 1 femme), en général ils gardent surtout des difficultés attentionnelles.

Les enfants souffrant de TDA/H présentent un retard dans le développement de leurs capacités langagières, motrices, et sociales (retard d'acquisition d'une théorie de l'esprit, des capacités de compréhension des métaphores, de l'ironie, du second degré, des codes sociaux...).

En l'absence de prise en charge, les complications scolaires, sociales et professionnelles sont importantes :

- * sociales : conflits intra-familiaux, interactions familiales négatives, difficultés d'intégration sociale, moqueries, harcèlement, conflits et rejets de la part des pairs ;
- * scolaires, puis professionnelles : difficultés d'apprentissage scolaire, échec scolaire, déscolarisation, difficultés dans les formations et lors de l'intégration professionnelle, retard et moindre assiduité, moindre épanouissement et accomplissement professionnel ;
- * physiques : liées aux conséquences des traumatismes physiques qui peuvent être graves (orthopédiques ou neurologiques) ;
- * psychiatriques : troubles du sommeil, trouble anxieux, épisode dépressif, suicide, abus ou addiction à des substances, voire troubles des conduites et développement d'un trouble de personnalité antisociale. Le suicide est fréquent chez les jeunes adultes atteints de TDA/H s'il est justement associé à un trouble de l'humeur, ou un trouble des conduites avec ou sans un usage de toxiques.

Petite enfance	Moyenne enfance	Adolescence	Âge adulte
Hyperactivité motrice, impulsivité, brutalité	Troubles du comportement en classe et dans les activités extra-scolaires, difficultés attentionnelles qui apparaissent au 1 ^{er} plan	Difficultés attentionnelles, trouble de la planification, impulsivité, impatience, agitation et tension interne	Inattention, impulsivité, impatience interne
Risque de rejet de la part des autres	Difficultés d'intégration sociale	Risque de rejet social	
Accidents, traumatismes physiques	Apparition possible de difficultés globales dans les apprentissages (lecture, écriture, calcul)	Risque d'échec et d'abandon scolaire	Difficultés professionnelles

Tableau 1. Évolution de la présentation clinique du TDA/H avec l'âge.

6.2. Évolution possible du TOP

Le plus souvent, les enfants et adolescents présentant un TOP évoluent vers un TC, mais pas systématiquement. Cela dépend de la prise en charge et de l'environnement dans lequel évolue l'adolescent. La conservation d'une bonne insertion scolaire dans les formes intrafamiliales est importante au plan du pronostic.

Les complications du TOP sont nombreuses :

- * sociales : isolement social ou rapprochement avec d'autres comme lui, rapports conflictuels avec sa famille et les représentants de l'autorité ;
- * professionnelles : échec scolaire, difficultés d'insertion professionnelle, chômage ;
- * médicales non psychiatriques : traumatismes physiques orthopédiques/neurologiques des suites des prises de risque, infections sexuellement transmissibles, abus de substance ;
- * médicales psychiatriques : trouble des conduites, mais aussi trouble anxieux, épisode dépressif, et risque de suicide plus élevé en dehors de toutes comorbidités.

6.3. Évolution possible du TC

Sans diagnostic ni prise en charge : le trouble peut soit évoluer vers une atténuation ou une rémission spontanée, soit évoluer vers la constitution d'un trouble de la personnalité antisociale, et/ou l'abus voire l'addiction à une/des substances.

Le début avant l'âge de 10 ans est un facteur de mauvais pronostic : surtout des garçons, le taux d'hétéro-agressivité dans ce sous type est beaucoup plus élevé, et va se maintenir dans le temps, ainsi ces adolescents sont à plus haut risque de constitution d'un trouble de personnalité à l'âge adulte que s'il développaient un TC après 10 ans.

Si des comorbidités sont présentes telles que TDAH et TOP dans l'histoire développementale alors le pronostic est moins bon.

Les complications possibles sont les suivantes :

- * sociales et professionnelles : échec scolaire, suspension, exclusion, isolement social ou rapprochement avec des individus similaires, marginalisation, délinquance, criminalisation, conséquences judiciaires ;
- * médicales non psychiatriques : conséquences traumatiques et infectieuses des conduites à risques (rapports sexuels non protégés, addiction avec injection en voie IV, traumatisme orthopédiques et neurologiques...), conséquences liées à la consommation de drogues ;
- * médicales psychiatriques : trouble de personnalité antisociale, abus ou addiction à des substances, trouble de l'humeur, trouble anxieux, stress post-traumatique, épisode dépressif, suicide.



POUR EN SAVOIR PLUS

Un peu de physio-psychopathologie sur le TDA/H, le TOP et le TC

Le modèle actuel de compréhension de l'apparition d'un trouble en psychiatrie se veut intégratif et probabiliste, et repose sur le phénomène de l'épigénétique : l'impact de l'environnement au cours du développement (événement de vie, facteurs de stress, soins maternels dans la petite enfance, interactions familiales, culturelles, sociétales...), qui peut ou non s'accompagner d'interaction environnement/gènes. L'environnement accentuerait ou atténuerait une fragilité ou une force intrinsèque à l'individu.

Cependant il n'est pas encore possible de quantifier et modéliser au plus juste l'impact des rôles de chaque déterminant entre l'environnement et ce qui provient intrinsèquement de l'individu pour expliquer de façon claire l'apparition d'un trouble.

Les hypothèses environnementales pour les troubles du comportement en général

Différents facteurs environnementaux ont été identifiés :

- * Facteurs toxiques et périnataux influençant le cerveau au cours de la grossesse et du développement :
 - naissance prématurée et petit poids de naissance ;
 - complications obstétricales à la naissance ;
 - alcoolisme et tabagisme, et autre abus de substance pendant la grossesse (cannabis, cocaïne...) ;
 - exposition à des niveaux excessifs de plomb ;
 - malnutrition.
- * Facteurs environnementaux influençant l'enfant et/ou sa famille :
 - faible niveau socioéconomique des parents ;
 - faible niveau d'éducation des parents ;
 - maternité précoce avant l'âge de 20 ans ;
 - séparation précoce ;
 - absence du père, mère élevant seule son enfant ;
 - parents souffrant de troubles mentaux (alcoolisme, dépression maternelle post-partum, personnalité antisociale...) ;
 - violence familiale ;
 - maltraitance, abus sexuels ;
 - excès de télévision entre 1 et 3 ans ;

- règles éducatives trop rigides avec punitions excessives et peu d'encouragements, ou règles éducatives inexistantes/ambivalentes ;
- pauvreté des aptitudes sociales ;
- multiples placements en institution, changements nombreux de figure d'attachement.
- * Facteurs environnementaux plus généraux :
 - vivre en zone urbaine ;
 - appartenance à une minorité sociale, ou être en situation d'exclusion sociale ;
 - exclusion scolaire ;
 - culture violente et compétitive.

Les fonctions cognitives (attention, mémoire, fonction exécutives, capacités d'inhibition...) et une hypothèse cognitivo-comportementale concernant le TDA/H

L'attention est une fonction cognitive supérieure.

Elle fait appel à trois dimensions :

- * l'intensité de l'attention : c'est l'état de vigilance, et la capacité à avoir une attention soutenue à moyen ou long terme ;
- * la sélectivité de l'attention : recevoir plusieurs informations mais en sélectionner une, ou alors se partager sur deux objets/tâches en même temps ;
- * la flexibilité de l'attention : capacité à passer d'un type d'attention à un autre, et d'une modalité à une autre (auditive, visuelle).

Il existe donc plusieurs types d'attention :

- * l'attention soutenue : capacité à maintenir son état d'alerte et sa concentration pendant un certain temps normal pour son âge, pour un traitement actif et continu des informations reçues ;
- * l'attention sélective : capacité à se focaliser sur un stimuli et à inhiber les autres distracteurs ;
- * l'attention divisée ou partagée : capacité à traiter deux ou plusieurs informations pertinentes.

Le trouble attentionnel peut toucher un ou plusieurs types d'attention, dans une ou les deux modalités.

Les tests neuropsychologiques permettent d'évaluer également, outre les capacités attentionnelles, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, et les capacités d'inhibition.

La capacité à s'inhiber permet notamment l'inhibition de comportements inappropriés guidés par des émotions négatives ou positives inappropriées trop fortes. L'impulsivité découle donc de cette incapacité à s'inhiber, et d'un manque de régulation émotionnelle.

Le modèle de Barkley stipule que l'impulsivité et le manque de régulation émotionnelle seraient à l'origine du trouble TDA/H. La capacité d'inhibition serait immature dans le TDAH, et en découlerait les difficultés cognitives et comportementales.

Cf. Annexe 2 : « Le modèle de Barkley ».

Les hypothèses cognitives concernant le TOP et le TC

L'hypothèse a été formulée d'un trouble du contrôle des fonctions exécutives, et notamment d'un manque de flexibilité mentale.

Une autre hypothèse formule un défaut de traitement de l'information, un défaut de cognitions sociales et notamment une insensibilité affective et un défaut d'empathie.

Les hypothèses génétiques pour le TDA/H, le TOP et le TC

Il n'y a pas de gène impliqué de manière majeure dans l'étiologie du TDA/H. Les études génétiques en psychiatrie retrouvent toujours plusieurs altérations sur plusieurs gènes, souvent les mêmes quelque soit la pathologie (schizophrénie, autisme...).

De même que pour le TDA/H il n'y a pas de gène clairement identifié comme cause directe du trouble TOP ou TC.

Une grande partie des adolescents présentant un TOP et surtout un TC ont un manque d'empathie. Il a été montré que l'empathie est une variable héritable et non influencée par l'environnement, donc d'origine « génétique et biologique » prenant part dans le tempérament propre de l'enfant, plus qu'environnementale.

Les hypothèses neurobiologiques et neurodéveloppementales pour le TDA/H

À propos du TDA/H, plusieurs hypothèses biologiques sont formulées : l'hypothèse dopaminergique et l'hypothèse noradrénergique, issue de conclusions empiriques à partir du fonctionnement des traitements médicaux efficaces dans le TDA/H : les psychostimulants inhibant la recapture de la dopamine (méthylphénidate par exemple), et les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline (atomoxétine par exemple). S'il y a inhibition de la recapture alors le taux extra cellulaire de dopamine/ de noradrénaline augmente et donc les neurotransmissions de fait.

Le développement cortical et donc des fonctions cérébrales serait retardé d'environ 3 ans chez les enfants et adolescents souffrant de TDA/H comparativement à la population générale. Ce développement en retard suit tout de même les étapes normales, avec la maturation finale de la région pré-frontale, siège des fonctions cognitives supérieures. Il faut bien garder en tête que le développement cérébral est très influencé par différents facteurs environnementaux, dès la petite enfance.

7. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

La prise en charge suit cet enchaînement :

1. poser le diagnostic, écarter les diagnostics différentiels,
2. informer et éduquer la famille et le patient au trouble,
3. discuter de l'intérêt ou pas d'une hospitalisation versus une prise en charge ambulatoire,
4. instaurer la prise en charge psychothérapeutique et si besoin médicamenteuse,
5. bien évidemment vérifier ensuite l'efficacité de cette prise en charge.

En pédopsychiatrie la prise en charge est **globale, multimodale** : prise en charge de l'enfant avec un volet psychothérapeutique, un volet médicamenteux si nécessaire, un volet socioéducatif si besoin, un volet scolaire si besoin + prise en charge des parents (psychothérapie ou simple guidance) + prise en charge de toute la famille si nécessaire.

7.1. Quelle prévention ?

De nombreux programmes de prévention d'apparition des troubles du comportement externalisés sont utilisés et validés à l'international. Ils reposent sur la prévention des facteurs de risque pendant la grossesse et après. En France le médecin généraliste et les PMI permettent une veille sanitaire via le dépistage de grossesse à risque ou de familles en difficultés.

7.2. L'hospitalisation en pédopsychiatrie

L'hospitalisation temps plein est ici exceptionnelle. Elle est indiquée pour la :

- * réalisation d'une observation clinique complète en dehors de son milieu, associée à des bilans psychométriques ;
- * séparation de l'adolescent de son milieu et traitement des périodes de crises aiguës.

Elle est possible avec l'autorisation des 2 parents titulaires de l'autorité parentale, ou alors lors de placement ordonné par le procureur (contexte d'OPP).

7.3. La psycho éducation au trouble

Obligatoire, quelque soit le trouble.

Elle doit se faire lorsque le diagnostic est posé, afin d'expliquer au patient et à sa famille : le trouble, son évolution, les facteurs d'entretiens du trouble, et les stratégies de prise en charge.

Il faudra expliquer également le traitement médicamenteux : bénéfices attendus et effets secondaires à surveiller.

Ceci permet de créer un lien thérapeutique.

7.4. **Prise en charge scolaire : les aménagements scolaires en milieu ordinaire, ou les structures psycho-pédagogiques quand la scolarité en établissement général n'est pas/plus possible (les ITEP)**

Si la scolarité en milieu ordinaire est possible : essayer d'aménager la pédagogie qui lui est appliquée. Pour les enfants souffrant de TDA/H, des conseils simples visent à limiter distractibilité et fatigabilité cognitive : placer l'enfant devant, proche du tableau, loin d'une fenêtre, seul, fractionner par petit temps les moments d'exercices, faire des pauses très régulièrement, donner une seule consigne à la fois, alléger son emploi du temps... Les aménagements pédagogiques sont mis en place dans une réunion avec l'équipe éducative et le médecin scolaire, à la demande des parents :

- * « PAI » : projet d'accueil individualisé ;
- * ou « PPRE » : programme personnalisé de réussite éducative.

Il peut même être demandé un « PPS » : projet personnalisé de scolarisation, notifié dans ce cas par la MDPH. De même, via un dossier MDPH, une aide humaine peut être demandée (AVS= aide de vie scolaire).

Si la scolarité n'est plus possible en milieu ordinaire : orientation en ITEP (ITEP = institut thérapeutique éducatif et pédagogique) pour une prise en charge globale, alliant scolarité très aménagée et prise en charge éducative, psychothérapeutique, voire familiale.

Il s'agit d'une orientation notifiée par de la MDPH (maison des personnes handicapées) qui reconnaît le handicap de l'adolescent. Ce sont les parents qui déposent le dossier, avec un certificat médical précisant le diagnostic et justifiant la demande.

7.5. **Prise en charge socioéducative possible**

AEH : allocation enfant handicapé. Il s'agit d'aides financières donnée par le Conseil Général, sur acceptation du dossier MDPH fait en amont.

AEA : aide éducative et administrative, demandée par les parents auprès des services sociaux de leur secteur. Un travailleur social viendra au sein de la famille travailler avec l'adolescent concerné et sa famille.

Si nécessaire, rédaction d'une IP (information préoccupante) dans l'idée de la réalisation d'une enquête sociale dans le milieu familial et social de l'adolescent, et de la mise en place d'une aide éducative ordonnée par le conseil général ou le juge des enfants (AEMO, etc.).

7.6. **Prise en charge plus spécifique pour le TDAH**

7.6.1. **Traitement pharmacologique**

Il s'agit du méthylphénidate, psychostimulant dérivé des amphétamines, efficace pour environ 70 % des patients. Il existe des formes à libération immédiate (Ritaline ® LI) et des formes à libération prolongée (Ritaline ® LP, Quasym ®, Concerta®).

Le traitement par méthylphénidate en France ne peut se prescrire initialement et annuellement qu'en milieu hospitalier, après un interrogatoire et un bilan préthérapeutique détaillé :

- * à l'interrogatoire : recherche des antécédents (allergie, épilepsie, évaluation de l'état cardiovasculaire personnel et familial – pathologie cardiaque personnelle ou familiale, malaise inexpliqué, palpitations, HTA, trouble du rythme, anomalies cardiaques anatomiques, anévrismes...) et élimination des contre indications possibles (cf. plus bas) ;
- * contrôle des constantes : pouls, tension ;
- * ECG (non obligatoire mais recommandé) ;
- * mesure de la taille, du poids, calcul de l'IMC, et report sur la courbe de croissance ;
- * avis d'un cardiologue si besoin (ECG d'effort et échocardiographie cardiaque si besoin indiqué par le spécialiste) ;
- * EEG si besoin ;
- * TSH, T₃, T₄ si besoin.

Contre indications médicales :

- * psychiatriques : épisode dépressif caractérisé non traité, trouble anxieux sévère non traité ;
- * non psychiatriques : allergie au méthylphénidate, grossesse, allaitement, épilepsie non stabilisée, thyrotoxicose non stabilisée, glaucome, angor/tachycardie/troubles du rythme non traité, anévrisme vasculaire.

Effets secondaires possibles :

- * tics, labilité thymique, symptômes dépressifs, recrudescence anxieuse ;
- * perte d'appétit, retard de croissance (réversible), bouche sèche, nausée, douleur abdominales, céphalées, retard à l'endormissement, somnolence, vertige, troubles du rythme cardiaque, variations tensionnelles brutales et sévères (pics hypertensifs ou malaise vagues d'une chute tensionnelle), crampes ou dyskinésies (occasionnelles et transitoires), trouble de l'accommodation, convulsions épileptiques, allergie cutanée (prurit, urticaire, éruption).

L'ordonnance hospitalière est sécurisée, rédigée en toutes lettres, avec une délivrance possible maximale de 28 comprimés. Elle est valable un an maximum, et doit être renouvelée tous les 28 jours par le médecin traitant.

Tous les 6 mois :

- * recherche des effets secondaires possibles médicaux psychiatriques et non psychiatriques ;
- * taille, poids, la vitesse de croissance, appétit ;
- * constantes cardiotensionnelles (pouls, TA) ;
- * ECG à chaque modification de posologies ou de symptômes évocateur d'un trouble du rythme cardiaque.

7.6.2. Traitement psychothérapeutique enfant et parents

- * Psychothérapie individuelle, pour l'enfant : thérapie cognitivo-comportementale.
- * Prise en charge avec un neuropsychologue (ou orthophoniste) : remédiation cognitive, en individuel ou en groupal (à travers des jeux l'enfant fait des exercices d'attention, d'inhibition de l'impulsivité, de flexibilité mentale, de planification, etc.).
- * Guidance familiale et du patient et soutien psychologique lors des entretiens ;
- * Psychothérapie groupale cognitivo-comportementale, pour les parents : les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). Il s'agit d'une prise en charge des parents d'enfants présentant un TDAH, pour l'apprentissage de nouvelles techniques éducatives et de communications auprès de leur enfant.
- * Thérapie familiale systémique possible, pour toute la famille, si besoin.



POUR EN SAVOIR PLUS

Le but des groupes de parents étant de rompre les interactions négatives (tensions, conflits, reproches et punitions...) qui auto-entretiennent le comportement pénible de l'enfant (opposition, infraction des règles...), et de développer un sentiment de compétence chez les parents. Selon le modèle des groupes de Barkley pour le plus connu : apprentissage cognitif et comportemental pour assouplir/modifier pensées et comportements des parents, avec 10 à 20 personnes, sur des séances d'1 h 30 environ, en plusieurs étapes (information ; analyse du comportement de l'enfant, des attitudes parentales éducatives, de la cohérence et des stress intra-familiaux ; apprentissage du renforcement positif des comportements adaptés de l'enfant ; apprentissage de la formulation efficace d'une demande adaptée ; apprentissage du time-out c'est à dire retrait de l'enfant de situations excitantes problématiques ; anticipation des problèmes futurs ; apprentissage de la gestion de son enfant dans les lieux publics).

7.6.3. Accompagnements pédagogiques à proposer

- * Dépistage des troubles d'apprentissage souvent associés (recherche d'un trouble du langage écrit ou oral ou d'un trouble logico-mathématique via un bilan orthophonique, recherche d'une dyspraxie via un bilan psychomoteur...).
- * Information et psycho-éducation des équipes pédagogiques et des enfants de la classe avec accord de la famille, aménagements scolaires (cf. plus haut).

7.7. Prise en charge plus spécifique du TOP et/ou du TC

7.7.1. Traitements psychothérapeutiques possibles, enfant et parents

- * Prise en charge multimodale : programme de psychothérapie associant une prise en charge individuelle de l'enfant à la prise en charge psychothérapeutique des parents. Ceci consiste en une guidance éducative, et à donner des repères et outils en matière d'hygiène de vie, de gestion des crises clastiques de leur enfant, de discipline positive, de communication positive... Ceci permet aux parents d'exprimer leur vécu et les aide dans leur propre gestion émotionnelle et éducative, afin de diminuer le stress et les tensions dans l'environnement familial de l'adolescent, et de favoriser une communication non violente et positive.
- * Thérapie familiale systémique très fréquemment indiquée.



POUR EN SAVOIR PLUS

La TCC individuelle avec l'adolescent vise le développement de ses compétences sociales, cognitives, émotionnelles. Ainsi les différents programmes existant s'adaptent au profil et à l'âge du patient, et apportent un apprentissage pour le développement de l'empathie, du contrôle de ses émotions et de son comportement, de capacités de résolution de problème.

7.7.2. Aide socioéducatives familiales pour les parents d'enfants atteint de TC et TOP

Ce sont des aides que les familles peuvent demander ou qui leur sont imposées suite à une information des services sociaux et/ou judiciaires (IP) : AEA, AEMO etc. Elles ont pour but d'aider les familles au sein même de l'environnement de l'adolescent à travers une guidance éducative.

Des conseils éducatifs peuvent être prodigués tels que : demander aux familles de limiter l'exposition aux écrans vidéo et télévisés, limiter voire supprimer les jeux vidéo violents ; donner des règles d'hygiène de vie pour le sommeil, l'alimentation et les rythmes de l'adolescent.

Si l'environnement familial est néfaste, un éloignement pourra être décidé avec un placement en foyer ou famille d'accueil thérapeutique.

7.7.3. Accompagnements pédagogiques à proposer

Favoriser les rencontres et la communication entre l'adolescent et ses professeurs, proposer le renforcement positif de la part des enseignants, suggérer qu'ils dispensent un enseignement coopératif et moins académique.

Augmenter le soutien scolaire et l'aménagement de projets d'accueil individualisé.

Veiller à l'intégration de l'adolescent dans des classes avec des pairs pro-sociaux, pour limiter la rencontre avec d'autre adolescent antisociaux.

7.7.4. Traitements pharmacologiques

Il n'y a pas de traitement spécifique au TOP ou au TC. Les molécules les plus utilisées sont celles ayant l'AMM dès l'enfance et l'adolescence pour « troubles du comportement graves associés ou non au retard mental ». Il s'agit des neuroleptiques suivants :

- * Risperidone (Risperdal ®) (dès 5 ans),
- * Cyamémazine (Tercian ®) (dès 3 ans en gouttes, 6 ans en comprimés),
- * Lévomépromazine (Nozinan ®) (dès 3 ans en gouttes),
- * Halopéridone (Haldol ®) (dès 3 ans en gouttes),
- * Tiapride (Tiapridal ®) (dès 3 ans en gouttes).

Ils doivent être utilisés en 2^e intention couplé à une prise en charge psychothérapeutique, ou en 1^{re} intention dans le cadre de l'urgence et de crise clastique.

Après un bilan pré-thérapeutique comprenant :

- * interrogatoire et examen physique, recherche de situations cliniques à risque ou de contre indications formelles (diabète déséquilibré, dyslipidémie non traitée, allergie, glaucome aigu par fermeture de l'angle, allongement du QT corrigé, antécédent d'agranulocytose...) ;
- * un bilan sanguin : NFS, ionogramme, fonction hépatique et rénale, bilan glycémique et lipidique (cholestérol, triglycérides) à jeûn ;
- * la mesure de sa taille et de son poids, calcul de l'IMC, report sur la courbe de croissance ;
- * prise des constantes : pouls, tension ;
- * et la réalisation systématique d'un ECG et calcul du QT corrigé.

Avec une surveillance régulière des effets métaboliques et neurologiques secondaire (interrogatoire, poids et taille 3/an, TA et bilan biologique 1/an, ECG si changement de la posologie) :

- * bilan glycémique et lipidique à contrôler régulièrement ;
- * surveiller la survenue d'un syndrome extrapyramidal et/ou de dyskinésies tardives, d'une galactorrhée ;
- * surveiller la survenue d'un syndrome métabolique (prise de poids, diabète et/ou augmentation des lipides).



RÉSUMÉ

3 pathologies qui débutent en général dès la petite ou la moyenne enfance, mais il existe d'autres troubles constatés à l'adolescence non évoqués ici (kleptomanie, addiction, binge drinking par exemple). À savoir que certains « troubles » du comportement se rapportent à d'autres pathologies dont l'expression est dite « externalisée » : voyante, bruyante (comme la dépression de l'adolescent, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur par exemple). D'où l'importance de garder en tête les diagnostics différentiels possibles avant de poser le diagnostic de TDA/H, TOP ou TC.

3 troubles : le TDAH, le TC, le TOP. Le TDAH est distinct du TC et du TOP (qui est une sous catégorie du TC). Leurs étiologies et évolutions sont différentes, mais peuvent se recouper.

Le patient souffrant de TDAH est « victime » de ses troubles, le patient présentant un TC ou un TOP non.

Prise en charge globale, multimodale : patient + famille, psychothérapeutique +/- médicamenteuse, scolaire + socioéducative. Ne pas oublier le bilan pré-thérapeutique et le suivi de la prescription médicamenteuse.

375



POINTS CLEFS

- * TDAH, TC et TOP ont comme points communs en général l'hyperactivité et les troubles du comportement.
- * Étiologies et évolutions différentes.
- * Attention aux diagnostics différentiels.
- * Bilan pré-thérapeutique et suivi indispensables.
- * Prise en charge multimodale.



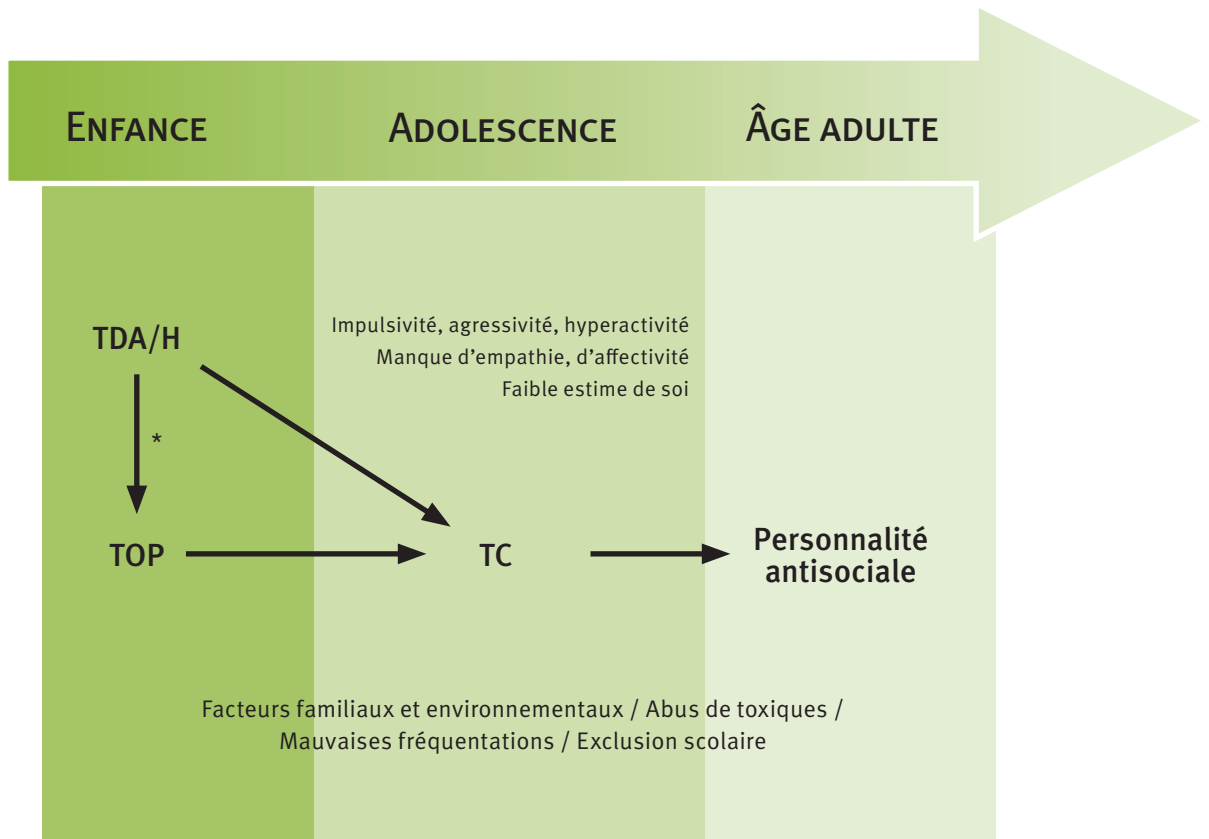
RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Cf. sites de l'HAS et de l'Inserm.

Articles Pr D. Cohen sur le lien : <http://speapsl.aphp.fr/index.php/publications/>.



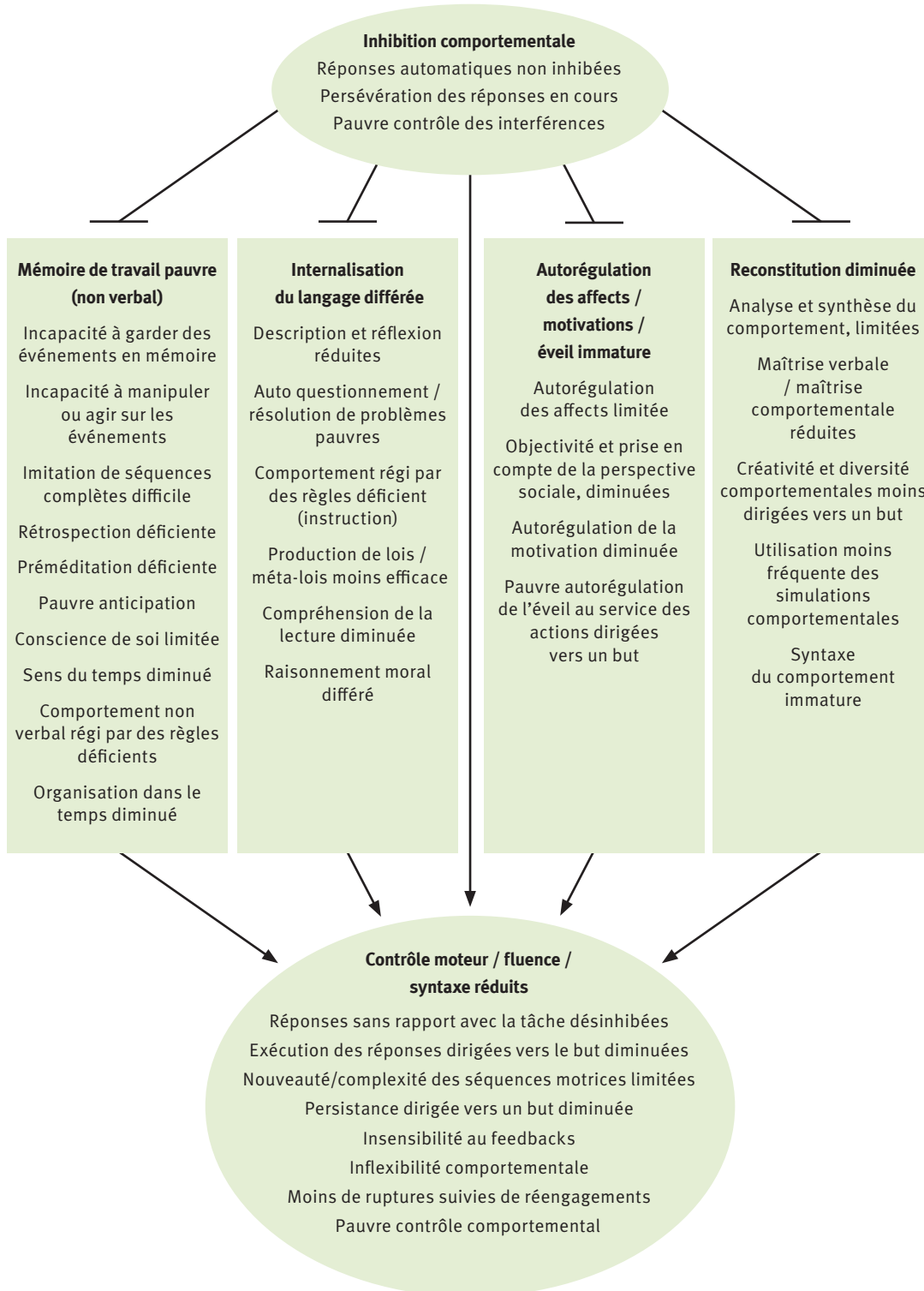
ANNEXE 1 : FRISE DE L'ÉVOLUTION



* = passage du TDA/H vers le TOP : selon les facteurs de risque socio-culturels, familiaux, l'éducation parentale trop stricte et très peu valorisante, les événements de vie négatifs précoces, la prise de toxiques, et selon la vulnérabilité génético-biologique intrinsèque de l'individu.



ANNEXE 2 : MODÈLE HYBRIDE DE BARKLEY (1997)



item 69

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

- I. Introduction
- II. L'anorexie mentale (ou anorexia nervosa)
- III. Boulimie (ou bulimia nervosa)
- IV. Hyperphagie boulimique (ou Binge Eating Disorder)
- V. Autres troubles du comportement alimentaire



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer les troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi des troubles des conduites alimentaires.
- * Connaître les principales anomalies métaboliques associées à ces désordres et leur prise en charge en aigu.

1. INTRODUCTION

L'alimentation appartient aux fonctions instinctuelles des mammifères et est indispensable à leur survie. Les conduites alimentaires sont le versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle qui assurent l'homéostasie de l'organisme. Ces conduites sont influencées par des facteurs physiologiques, psychologiques, comportementaux (en lien avec l'apprentissage) et environnementaux (impact culturel et rôle social de l'alimentation). Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont définis par l'existence de perturbations significatives et durables de la prise alimentaire. La notion de seuil significatif, pour parler de comportement pathologique, s'établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales.

L'étiopathogénie des TCA est encore mal connue. Ils sont d'origines multifactorielles et en lien avec des facteurs de vulnérabilités (« terrain » génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes), des facteurs déclenchants (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et oestrogènes) et des facteurs d'entretien (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels sur l'environnement, « bénéfices » psychologiques). Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations dites de stress psychique. Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et aboutissent à la mise en place d'un comportement contraignant ayant des effets négatifs. In fine, ses comportements deviennent permanents et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient.

La classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association retient l'existence de 3 grands TCA :

- * l'anorexie mentale (ou anorexia nervosa) ;
- * la boulimie (ou bulimia nervosa) ;
- * et l'hyperphagie boulimique (ou Binge-Eating Disorder).

Cette classification retient aussi l'existence d'autres troubles dits spécifiques (Pica, Mérycisme, « trouble des apports alimentaires, évitant/restrictif » (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) et les troubles dits non spécifiques (not otherwise specified). Ces formes non-caractérisées représentent en fait la moitié des TCA (du fait de l'absence du nombre suffisant de critères pour proposer un sous-type caractérisé). Pour chacun de ses troubles il existe des formes légères, modérées, sévères et extrêmes.

2. L'ANOREXIE MENTALE (OU ANOREXIA NERVOSA)

2.1. Épidémiologie

Sa prévalence sur la vie est estimée à 0,6 % dans la population adulte caucasienne. Le sexe ratio est de 1 homme pour 8 femmes (allant de 1/3 à 1/18 selon les études). L'anorexie mentale débute dans 84-87 % des cas entre 15 et 25 ans. La mortalité est estimée entre 4 à 10 % selon les études (l'indice standardisé de mortalité – ISM – est entre 5 et 10). L'évolution se fait pour la moitié environ vers la guérison, 30 % vers la rémission partielle et entre 20 et 30 % vers une forme chronique ou le décès.

2.2. Sémiologie psychiatrique

Critère DSM-IV	
1. Amaigrissement avec refus de maintenir le poids au-dessus de la normale minimale (moins de 85 % pour l'âge et la taille). 2. Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale. 3. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie). 4. Un déni de la maigreur et de la gravité du trouble et/ou une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi. 5. Aménorrhée secondaire sur au moins 3 cycles consécutifs. NB : dans le DSM-5, le critère 1 est remplacé par la notion de restriction (sans précision pour le poids) et le critère 5 de l'aménorrhée disparaît.	
Type restrictif Par restriction alimentaire, avec dans 60 à 70 % des cas une hyperactivité physique.	Type purgatif (avec crises de boulimie/vomissements ou laxatifs) Il existe régulièrement des crises de boulimie et/ou recourt aux vomissements provoqués ou à la prise de laxatifs.
Les formes restrictives évoluent vers des formes purgatives →	
Éléments cliniques	
Début	* Surtout chez les adolescentes, avec quelques groupes à risque (sportifs, mannequins, danseurs...) * Débute souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté. * Mode d'entrée sous la forme d'un régime restrictif (du fait d'un léger surpoids pré-morbide).
Perte de poids	* Plus ou moins rapide, banalisée par la patiente. * Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie voire de toute puissance. * La prise de poids est vue comme une défaillance et induit des stratégies palliatives (exposition au froid, augmentation de l'exercice physique). * Aboutit à l'effacement des aspects sexuels du corps ainsi qu'à des troubles trophiques (altération des phanères, hypertrichose, lanugo, acrocyanose et œdèmes carentiels). * Responsable d'une hypotension, d'une bradycardie et d'une hypothermie.
Restrictions	* Survenue progressive, quantitative (calories) et qualitative (aliments gras et sucrés surtout). * Restrictions sélectives avec des évitements initialement sur les aliments caloriques (gâteaux, pâtisseries, beurre, crème...) puis sur les viandes, les féculents... Elles aboutissent à des règles inflexibles. * D'autres anomalies du comportement peuvent être observées : tris alimentaires, réduction de la taille des bouchées, manipulation et découpage de la nourriture, lenteur excessive des repas, « rituels » alimentaires. * Les patients peuvent se peser et vérifier leurs silhouettes dans la glace plusieurs fois par jour.

Autres stratégies de contrôle du poids	* Vomissements provoqués : la plus fréquente des stratégies de contrôle. Les vomissements peuvent devenir pratiquement spontanés après quelques mois. * Prises de laxatifs, fréquentes, pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et hypokaliémie (+/- mélanose colique). * Prises de diurétiques, conduisant à des troubles ioniques, +/- insuffisance rénale fonctionnelle. * Coupe-faim, hormones thyroïdiennes et dérivés des amphétamines, moins fréquent du fait de l'arrêt de leur commercialisation ou de la nécessité d'une prescription médicale. * Potomanie : consommation excessive et souvent compulsive, de liquide, non calorique. L'objectif étant souvent de « se purifier », « éliminer les calories », « se remplir ». Cela peut aboutir à des hyponatrémies avec risque de convulsions et de coma. * Hyperactivité physique, expositions accrues au froid : a pour but d'augmenter le catabolisme. Parfois sous forme de maintien postural ou contractions isotoniques.
Distorsions cognitives	* Absence de conscience du trouble (déli). * Perturbation de l'image du corps : les sujets se ressentent trop gros malgré un poids en-dessous de la normale. * Envahissement et préoccupations excessives autour du poids et de l'alimentation. * Croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments. * Évitement alimentaire, induit par le désir de perte de poids, mais aussi par des distorsions cognitives (aliments contaminants, nocifs...). * Anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives, surtout caractérisées par une altération de la flexibilité cognitive).
Aménorrhée	* Peut être primaire ou secondaire et est dû à un panhypopituitarisme d'origine hypothalamique avec une infertilité associée. * Parfois absente au début du trouble, sa présence est un facteur de gravité. * Parfois masquée par la prise de traitement œstroprogestatif. * Souvent vécue comme sans importance par la patiente.
Traits associés	* Traits obsessionnels fréquents (perfectionnisme, ascétisme, inflexibilité, recherche de contrôle). * Difficultés dans la gestion des émotions. * Trouble de l'estime de soi. * Dépendance importante au milieu familial avec réaménagement de la dynamique familiale afin de rendre possible le maintien du trouble alimentaire. * Surinvestissement intellectuel, au détriment des autres champs relationnels et affectifs. * Altération de la sexualité : désinvestie ou à l'inverse hyperactive, mais souvent désaffectivée.
Retentissement médical non psychiatrique	* Ostéoporose (carences en vitamine D et hypercatabolisme osseux lié à la carence œstrogénique). * Amyotrophie. * Oedèmes (10 %, surtout dans la forme boulimique). * Troubles hydroélectrolytiques : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie. * Insuffisance rénale fonctionnelle. * Hypoglycémie, avec malaise et perte de connaissance. * Anémie carentielle (Fer, B9, B12...), retrouvée dans environ 15 % des cas. * Thrombopénie, leucopénie et lymphopénie (avec risque d'infection plus important). * Atteintes cardiovasculaires : trouble du rythme (arythmie ou bradycardie extrême), hypotension. * Troubles digestifs avec brûlures œsophagiennes, retard à la vidange gastrique, hypertrophie des glandes salivaires (mâchoires carrées), érosions dentaires (surtout en cas de vomissements provoqués).

Formes spécifiques

- * Chez l'homme : plus rare et de plus mauvais pronostic. Le tableau clinique est très proche à l'exception qu'il est souvent associé à une recherche d'un corps plus musclé et sans graisse plutôt qu'uniquement maigre. On retrouve plus souvent des troubles de la personnalité, des troubles de l'identité sexuelle et parfois des éléments psychotiques.
- * Forme pré-pubère : le sexe ratio est de 1, les symptômes sont proches de la forme post-pubère avec une prédominance du refus alimentaire et d'une hyper-activité comportementale. Il existe un risque de retard staturopondéral (qui peut être prévenu par hormone de croissance) et d'aménorrhée primaire.
- * Forme atypique : le plus souvent on retrouve les différents symptômes sans que le critère « poids » ne puisse être retenu. Ces formes sont surtout retrouvées dans certaines professions où le poids et/ou l'apparence sont des critères majeurs (danseurs, mannequins, jockeys, etc.).

2.3. Diagnostics différentiels et comorbidités

2.3.1. Diagnostics différentiels

Avec les affections médicales non psychiatriques :

- * Certaines tumeurs cérébrales telles les tumeurs du tronc cérébral ou les crâniopharyngiomes (scanner et IRM).
- * Certaines hémopathies telles que les leucémies (NFS).
- * Maladies du tractus digestif, telle la maladie de Crohn (NFS, VS, endoscopie), l'achalasie de l'œsophage (transit œsophagien baryté, endoscopie).
- * Hyperthyroïdie (TSH, T₃, T₄).
- * Diabète insulino-dépendant (Glycémie, Auto Anticorps).
- * Panhypopituitarisme, maladie d'Addison (clinique et dosage des hormones de l'axe corticotrope).

Avec les affections médicales psychiatriques :

- * Trouble obsessionnel compulsif (attention, il s'agit aussi d'une comorbidité fréquente).
- * Trouble psychotique chronique et notamment schizophrénie (idée délirante d'empoisonnement, forme hébéphrène...).
- * Phobies alimentaires.
- * Dépression majeure.
- * Troubles de la personnalité (surtout état limite, évitante et obsessionnelle).

2.3.2. Comorbidités psychiatriques

- * Dépression : très fréquente (60-80 %) dans le parcours de l'anorexie mentale et qui augmente le risque suicidaire. Plus rarement, dysthymie et trouble bipolaire.
- * Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC) surtout, autour de rituels de rangement, vérification et lavage.
- * Phobie sociale.
- * Trouble anxieux généralisé.
- * Troubles de conduites et comportements d'automutilation (scarifications et brûlures), essentiellement dans le cadre d'une comorbidité de type personnalité borderline (état limite).
- * Addictions : peu d'alcool, surtout abus et/ou une dépendance aux psychotropes, plutôt de type psycho-stimulants.

2.4. Le pronostic et l'évolution

2.4.1. Évolution spontanée

La mortalité dans l'anorexie mentale, qu'elle soit due au suicide ou aux complications de la cachexie, est une des plus élevées des troubles mentaux. L'évolution se fait souvent vers la chronicité ou l'enkystement du trouble. Cependant, il existe aussi des rémissions spontanées, souvent dans les formes de l'adolescence (début précoce). Si la précocité du trouble est de bon pronostic, son ancienneté de l'est pas, d'où l'importance des prises en charge les plus rapides possibles.

2.4.2. Évolution sous traitement

L'évolution peut être considérée comme favorable (rémission partielle ou totale) dans 50 % des cas si l'on considère uniquement la triade diagnostic (anorexie, amaigrissement, aménorrhée). Ce taux chute à 30 % si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale. Le passage à la chronicité correspond à 30 % des cas au-delà de 5 ans, et 20 à 30 % des patients continuent à être atteints 10 ans plus tard. Les rechutes sont fréquentes (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation). L'évolution est généralement marquée par des fluctuations pondérales ainsi que la succession d'épisodes anorexiques, avec ou sans épisodes boulimiques et le passage d'une forme à l'autre. Dans environ 1/3 des cas il va exister une évolution vers l'aggravation ou le décès. La mortalité est de 5-10 % dans les 10 ans suivant le premier épisode diagnostiqué. Le décès est le plus souvent dû à un arrêt cardiaque par troubles de la conduction, un déséquilibre métabolique, des complications infectieuses, pulmonaires ou septicémiques ou un suicide.

2.4.3. Facteurs de mauvais pronostic

- * Délai avant prise en charge important.
- * Formes à début tardives (ou extrêmement précoces).
- * Dénier de la maladie, en particulier s'il persiste au-delà de 4 ans d'évolution.
- * Vomissements associés.
- * Perte de poids importante et poids initial très faible.
- * Existence de comorbidités psychiatriques.
- * Sexe masculin.
- * Mauvaise qualité de la vie relationnelle, sexuelle et sociofamiliale.

2.5. Prise en charge de l'anorexie mentale

2.5.1. Intérêt de la prise en charge précoce

Le dépistage et la prise en charge du trouble doivent être les plus précoces possibles. L'objectif est de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications médicales générales, médicales psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescents. Les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaires consultent plus fréquemment dans les années qui précèdent le diagnostic, notamment pour des problèmes médicaux généraux divers. Le dépistage peut s'appuyer sur l'utilisation du questionnaire simple (5 items) de dépistage tels le SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) ou d'échelle d'évaluation plus complète comme l'EAT (Eating Attitudes Test), l'EDE (Eating Disorder Examination) ou l'EDI (Eating Disorder Inventory).



QUESTIONNAIRE SCOFF-F

(Valable à l'oral comme à l'écrit)

Deux réponses positives sont fortement prédictives d'un trouble du comportement alimentaire :

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

2.5.2.Principes et objectifs de la prise en charge

La prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, doit toujours être multidisciplinaire (reposant sur un partenariat psychiatre/somaticien), ininterrompue (programmation des relais, synthèse entre les équipes...) et prolongée (un an après la rémission au minimum). Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins. Il est recommandé que la prise en charge initiale s'effectue en ambulatoire, sauf en cas d'urgence médicale (non psychiatrique ou psychiatrique).

L'évaluation initiale doit être globale sur l'état clinique général : non psychiatrique, nutritionnel et psychiatrique ; incluant aussi l'évaluation du fonctionnement familial et du cadre social. Elle doit rechercher les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation (Cf. Encadré à « quand hospitaliser ? »). Cette évaluation ne doit jamais rester isolée dans la phase initiale, mais être répétée au moins mensuellement.

Les objectifs pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques doivent être fixés individuellement pour chaque patient (cf. ci-dessous dans la prise en charge). La durée moyenne d'un programme de soin est de 3-4 mois et il doit être réévalué à chaque échéance. La prise en charge est souvent contractualisée (comme par exemple le « contrat de poids » lors des hospitalisations), mais cette pratique n'est pas systématique.

La famille joue un rôle clé dans le succès de la prise en charge et doit être le plus possible associée aux décisions thérapeutiques. Une vigilance toute particulière doit leur être portée afin de les aider à comprendre et supporter la maladie de leur proche, à se déculpabiliser et à rétablir la communication au sein du groupe famille.

2.5.3. Bilan clinique et paraclinique

Anamnestique	* Antécédents médicaux (psychiatriques et non psychiatriques). * Histoire pondérale, pourcentage de perte de poids et cinétique de la perte de poids (poids minimal et maximal sur la vie). * Restriction et autres comportements associés. * Comorbidités non psychiatriques et psychiatriques. * Évaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	* Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents. * Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire) et recherche d'une aménorrhée (filles) ou d'une impuissance (garçons) chez les pubères. * Fréquence cardiaque, tension artérielle, température. * Signes de déshydratation. * État cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome. * Examen général à la recherche de complications musculaires, neurologiques et endocriniennes. * Examen clinique psychiatrique (état thymique, risque suicidaire, comorbidités...).
Biologique	* NFS, plaquette, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. * Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. * Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. * Albumine, préalbumine. * CRP. * TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.
Paraclinique	* Électrocardiogramme (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long). * Ostéodensitométrie osseuse (après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante). * Impédancemétrie (% de masse grasse). * Imagerie cérébrale à discuter.

2.5.4. Quand hospitaliser ?

Les critères d'hospitalisation sont impérativement à connaître.

MÉDICAUX NON PSYCHIATRIQUES	
Anamnestiques	* Perte de poids $\geq 20\%$ en 3 mois (ou ≥ 2 kg/semaine chez enfants et l'adolescent). * Malaises, chutes ou pertes de connaissance. * Vomissements incoercibles. * Échec de la renutrition ambulatoire. * Restriction extrême (refus de manger et/ou boire), surtout chez enfants et adolescents.
Cliniques	* Amyotrophie importante avec hypotonie axiale. * Signes cliniques de déshydratation, et chez l'enfant et l'adolescent : ralentissement idéique et verbal, confusion, syndrome occlusif. * Hypothermie $< 35^{\circ}$ (chez l'enfant et l'adolescent $35,5^{\circ}\text{C}$ ou hyperthermie). * Hypotension artérielle $< 90/60$ mmHg (chez l'enfant et l'adolescent, PA $< 80/50$ mmHg ou hypotension orthostatique). * Fréquence cardiaque $< 40/\text{min}$ ou tachycardie de repos $> 60/\text{min}$ si IMC $< 13\text{ kg/m}^2$.

Paracliniques	* Anomalies de l'ECG. * Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L (systématiquement si < 0,6 g/L ou si acétonurie à la BU chez l'enfant et l'adolescent). * ASAT ou ALAT > 10 N (chez l'enfant et l'adolescent > 4 N). * Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères : hypokaliémie < 3 mEq/L, hyponatrémie < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) ou hypernatrémie > 150 mmol/L (déshydratation), hypophosphorémie < 0,5 mmol/L ou hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent). * Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min (chez l'enfant et l'adolescent, Créatinine > 100 µmol/L). * Leucopénie < 1 000/mm³ ou neutrophiles < 500/mm³ (en plus chez enfant et l'adolescent, thrombopénie < 60 000/mm³).
MÉDICAUX PSYCHIATRIQUES	
Risque suicidaire	* Tentative de suicide. * Projet suicidaire précis. * Automutilations répétées.
Comorbidités	* Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévères : * Dépression. * Abus de substances. * Anxiété sévère. * Symptômes psychotiques. * Troubles obsessionnels compulsifs.
Anorexie mentale	* Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes. * Incapacité à contrôler les comportements compensatoires (activités physiques ou vomissements). * Nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire.
Motivation, coopération	* Échec de la prise en charge ambulatoire. * Patient peu coopérant, motivation trop insuffisante avec adhésion aux soins ambulatoires difficile, voire impossible.
CRITÈRES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	
Disponibilité de l'entourage	* Problèmes familiaux ou absence de famille. * Épuisement familial.
Stress environnemental	* Critiques environnementales élevées. * Isolement social sévère.
Disponibilité des soins	* Pas de traitement ambulatoire possible (manque de structures...).

2.5.5. Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

Cet aspect de la prise en charge vise à :

- * Favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique.
- * Comprendre et accepter la nécessité de la renutrition.
- * Réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation.
- * Corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles.
- * Renforcer le « moi » (estime, image et affirmation de soi).
- * Améliorer les relations interpersonnelles (sociales et familiales).
- * Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques.

- * En cas d'antécédent d'abus sexuel, une approche adaptée est à envisager.

La prise en charge psychothérapeutique doit être adaptée à l'état médical général, aux capacités et aux souhaits du patient (au moins en partie). Les structures spécialisées de type « hôpital de jour » facilitent la prise en charge qui est d'autant plus efficace qu'elle est multiple (nutritionnelle, cognitive, psychiatrique, groupes d'échanges, relaxation...).

Les psychothérapies envisageables sont :

- * La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui est un moyen efficace de traitement de l'anorexie mentale et qui a fait la preuve de son efficacité au sein d'études randomisées. Cette thérapie vise à identifier et corriger les pensées erronées concernant l'alimentation, les comportements et les perceptions corporelles. Elle se base sur le principe du conditionnement opérant et l'utilisation des facteurs de renforcement. Elle peut être réalisée en séance individuelle, en groupe, en atelier (« atelier repas »)...
- * Les autres approches comme la psychothérapie de soutien, les entretiens motivationnels (surtout en début de prise en charge), les thérapies familiales (recommandées pour les enfants et adolescents) ou systémiques, les thérapies d'inspiration psychanalytique et, en association, les approches à médiation corporelle (sophrologie, relaxation, psychomotricité, art-thérapie...).

Il est recommandé que la psychothérapie choisie se maintienne au moins 1 an après une amélioration clinique significative.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale. L'utilisation des psychotropes doit par ailleurs être prudente chez le patient souffrant d'anorexie du fait de leurs effets indésirables (allongement du QT). Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des syndromes spécifiques concomitants (troubles dépressifs, anxieux, TOC) s'ils dominent le tableau, s'ils ne sont pas améliorés par la reprise pondérale ou s'ils sont secondaires à celle-ci. L'efficacité des antidépresseurs requiert qu'un poids minimal soit atteint.

2.5.6. Aspect nutritionnel de la prise en charge

Le travail diététique et nutritionnel a pour objectif initial (Phase 1) la renutrition, c'est-à-dire l'obtention et le maintien d'un poids (ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents) et d'un statut nutritionnel adaptés. Elle doit être prudente et progressive, afin d'éviter les complications de la renutrition (cytolyse hépatique, troubles de l'hémostase, hypophosphorémie, avec risque de trouble du rythme cardiaque). Lors de cette phase il est parfois nécessaire de recourir à une assistance nutritive, sous la forme d'une nutrition entérale discontinuée d'appoint par sonde nasogastrique, voire d'une hospitalisation en réanimation (renutrition de patients avec IMC particulièrement bas).

L'approche nutritionnelle vise ensuite (Phase 2) à assurer la rééducation nutritionnelle et diététique, c'est-à-dire l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et des comportements adaptés. Cette phase doit permettre la réintroduction d'une souplesse dans l'alimentation et de retrouver son caractère hédonique et sociable.

Sur le plan pondéral, l'objectif doit toujours être progressif et discuté avec le patient. Initialement, celui-ci peut être limité à l'arrêt de la perte pondérale. L'objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer le fonctionnement de l'axe hypothalamo hypophysaire. En phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire est un objectif acceptable. La surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée en début de reprise.

2.6. Prise en charge à moyen et long terme

L'hospitalisation ou la renutrition initiale ne sont que la première étape de la prise en charge. Il convient de prêter une attention toute particulière au suivi des patients souffrant d'anorexie mentale. Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état clinique médical général et plus particulièrement psychiatrique, doit être régulier et prolongé. Ce suivi vise à prévenir et dépister la rechute, mais aussi à repérer l'apparition de complications dépressives ou anxieuses (souvent secondaire à la reprise pondérale).

L'aide psychothérapique, en individuelle ou en groupe, doit être si possible poursuivie au moins pendant un an après la rémission, voire plus si besoin.

La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être très utile : association de malades ou de famille de malade, groupe de soutien...

3. BOULIMIE (OU BOULIMIA NERVOSA)

3.1. Épidémiologie

Concernant la boulimie, sa prévalence sur la vie est estimée autour de 1-1,5 %. Le sexe ratio est de 1/3 (prévalence de 1,5 % chez les femmes contre 0,5 % chez les hommes). L'incidence de la boulimie est la plus forte dans la tranche d'âge 10-19 ans et serait environ 2,5 fois plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale. Les patients souffrant de boulimie consultent peu (seulement 12 % en parleraient à un médecin généraliste et la moitié aurait recours à un psychiatre).

3.2. Sémiologie psychiatrique

Critère DSM-IV

1. Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :
 - * Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en moins de 2 h.
 - * Associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
2. Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
3. Avec une fréquence moyenne d'au moins 2 fois par semaine durant au moins 3 mois.
4. L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.
5. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

NB : dans le DSM-5, la fréquence des crises passe à 1 par semaine durant au moins 3 mois.

Éléments cliniques	
Début	* Surtout chez la femme jeune de bon niveau intellectuel et/ou social. * Débute souvent dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements provoqués. * Peut aussi débuter secondairement à un traumatisme ou une perte.
La crise de boulimie	* Débute par un phénomène de « craving », c'est-à-dire une compulsion irrésistible et angoissante de faim. * Ce qui conduit à l'absorption d'une quantité anormalement élevée et rapide, très difficile à contrôler. * Les aliments consommés sont principalement hypercaloriques (gras et sucrés), mais tous types d'aliments peuvent être consommés. * Le patient termine le plus souvent sa crise par un vomissement provoqué avec sensation de soulagement (lutte contre la prise de poids, et pesanteur gastrique) auquel s'associe souvent une fatigue intense avec somnolence. * Il existe, parfois dès le début de la crise ou même avant, un sentiment intense et douloureux de culpabilité. La trilogie tension avant l'épisode, perte de contrôle pendant la boulimie, puis culpabilité au décours du vomissement participe à la chronicisation du trouble (cercle vicieux). * Le patient a conscience de son trouble et en souffre.
Stratégies de contrôle du poids	* Vomissements provoqués : la plus fréquente des stratégies de contrôle, non systématique. Ils sont généralement cachés et en lien avec la peur de la prise de poids dans les suites des crises. * Consommations de laxatifs pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et une hypokaliémie. * Prises de diurétiques, moins fréquentes, attention dans ce cas à l'existence de troubles ioniques +/- insuffisance rénale fonctionnelle. * Restriction alimentaire « inter-crise », visant à compenser les apports caloriques des crises (mais attention, la boulimie est à poids normal !). * On observe très souvent des fluctuations pondérales rapides de l'ordre de 2 à 5 kg par semaine.
Distorsions cognitives	* Trouble de l'image du corps avec préoccupations concernant le poids et les formes corporelles. * Envahissement et peur excessive de prendre du poids. * Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim. * Phénomène de renforcement négatif lié à la culpabilité.
Dysménorrhée	* Dysménorrhée secondaire ou troubles des cycles menstruels possibles, même si la patiente est normopondérée. Peuvent exceptionnellement être observées une aménorrhée secondaire et une ostéoporose.
Traits associés	* Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. Les tentatives de suicide sont fréquentes. * Possible association avec des addictions et des troubles du contrôle des impulsions (alcool+,, toxiques, automutilations, kleptomanie...). * Trouble de la personnalité de type borderline (état limite). * Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. * Trouble de l'estime de soi. * Dysfonction sexuelle. * Difficultés d'adaptation sociale.

Retentissement médical non psychiatrique	* Syndrome pseudo-occlusifs. * Hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagites peptiques et syndrome de Malory Weiss. * Prise de poids (voire exceptionnellement) obésité, pouvant être morbide et associée à un diabète, une hyperlipidémie, une hyperuricémie, un SAOS.... * Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. * Ostéoporose, notamment si aménorrhée. * Ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués. * Troubles hydro-électrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie). * Insuffisance rénale fonctionnelle et œdème, surtout associés aux vomissements.
Formes spécifiques	* Deux formes peuvent être distinguées, la première axée sur une restriction alimentaire « primaire » et la deuxième plutôt sur une restriction alimentaire « secondaire » à des affects négatifs élevés.

3.3. Diagnostics différentiels et comorbidités

3.3.1. Diagnostics différentiels

Avec les affections médicales non psychiatriques :

- * Certaines tumeurs cérébrales et formes d'épilepsies.
- * Syndrome de Klein Levin (associant hypersomnie périodique et hyperphagie)
- * Syndrome de Klüver-Bucy (agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité et hyperphagie).

Avec les affections médicales psychiatriques :

- * Épisode dépressif caractérisé, atypique (fréquemment comorbide).
- * Trouble de la personnalité de type borderline (fréquemment comorbide).
- * Hyperphagie boulimique (ou Binge Eating Disorder, BED), qui souffre aussi d'épisode de frénésie alimentaire, mais sans comportement compensateur, d'où l'association systématique avec une obésité.

3.3.2. Comorbidités et risques suicidaires

- * Addictions dans 30 à 40 % des cas : alcool, abus et/ou dépendance aux médicaments (notamment anxiolytiques), l'association boulimie/addiction devant faire évoquer la présence d'une personnalité limite.
- * Épisode dépressif caractérisé, très fréquent, et trouble bipolaire, plus rarement. Peuvent débiter simultanément ou suivre le trouble du comportement alimentaire.
- * Tentative de suicide et comportements auto-agressifs.
- * Troubles anxieux et phobie sociale.

3.4. Le pronostic et l'évolution

3.4.1. Évolution du trouble

L'évolution de la boulimie n'a été que peu étudiée. Il semblerait que son évolution soit plus rapidement résolutive que l'anorexie mentale. Au long cours et avec une prise en charge adaptée, un taux de rémission à 12 ans de 70 % a pu être observé. Le taux de mortalité est estimé à 2 % par tranche de 10 ans.

3.4.2. Facteurs de mauvais pronostics

- * Présence de comorbidités psychiatriques, notamment addictives ou d'un trouble de la personnalité de type borderline.
- * La sévérité initiale du trouble.
- * L'existence de vomissements.
- * Un poids bas ou différent du poids physiologique.
- * L'existence d'une obésité prémorbide.
- * Une mauvaise estime de soi et un trouble de l'affirmation de soi.
- * Un environnement familial conflictuel, rigide ou moraliste.

3.5. Prise en charge de la boulimie

3.5.1. Intérêt de la prise en charge précoce

Le dépistage et la prise en charge précoces de la boulimie sont difficiles. En effet ce trouble est souvent caché et il existe un retard diagnostique important. De plus, le maintien d'une bonne insertion socioprofessionnelle est un facteur qui contribue à ce retard diagnostique. Le patient peut souvent consulter pour une dysménorrhée, pour un désir de perte de poids (alors qu'il est de poids normal), pour des troubles du sommeil, ou pour instabilité de l'humeur.

Les questionnaires disponibles, tels que le Bulimia Test-Revised (BULIT-R) ou la Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) sont des auto-questionnaires de dépistage utiles, mais longs à administrer. Le SCOFF (5 questions) discrimine aussi la boulimie, cet instrument est très simple d'utilisation. Il est indispensable d'offrir un cadre d'écoute empathique, de ne pas « être dans le jugement » de ces comportements. L'utilisation de questions ouvertes concernant la nourriture et le poids peut offrir l'occasion au patient d'exprimer ses symptômes.

3.5.2. Principes et objectifs de la prise en charge

Les principes et objectifs de la prise en charge de la boulimie ont des points communs avec ceux de l'anorexie mentale :

- * Basée idéalement sur le couple somaticien/psychiatre.
- * En premier lieu ambulatoire, si critère de gravité ou échec : hospitalisation, de jour ou temps plein.
- * Prolongée et associée à des évaluations régulières.
- * Si possible, elle doit associer les proches.

Les prises en charge validées pour la boulimie sont plus nombreuses.

- * La thérapie cognitive-comportementale a montré une réelle efficacité (evidence-based), mais la fréquence des rémissions n'est que de 50 % en fin de prise en charge.
- * Les antidépresseurs sérotoninergiques ont démontré leur efficacité, la Fluoxétine Prozac® à 60 mg/j étant plus efficace que 20 mg/j et le placebo. L'efficacité se révèle dès les trois premières semaines.
- * Les psychothérapies familiales sont efficaces dans les formes adolescentes de la boulimie.

Les objectifs comportementaux et psychothérapeutiques doivent être définis individuellement pour chaque patient.

3.5.3. Bilan clinique et paraclinique

Anamnétique	* Antécédents médicaux psychiatriques et psychiatriques. * Histoire pondérale, fréquence et intensité des fluctuations. * Évaluation quantitative et qualitative des crises (carnet alimentaire). * Recherche des comportements compensatoires associés. * Comorbidités non psychiatriques et psychiatriques. * Évaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	* Poids, taille, IMC, courbe de croissance pour enfant et adolescent. * Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire). * Fréquence cardiaque, tension artérielle, température. * Signes de déshydratation. * État cutané : cicatrices d'automutilations, œdèmes... * Recherche d'une hypertrophie parotidienne, état buccodentaire... * Examen général à la recherche de complications. * Examen clinique psychiatrique (état thymique, risque suicidaire, comorbidités addictives...).
Biologique	* NFS, Plaquette, TP, TCA * Ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. * Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. * Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. * Protidémie, albumine, préalbumine. * CRP. * TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie. * Recherche de toxiques sang et urines au moindre doute.
Paraclinique	* Électrocardiogramme (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long). * Ostéodensitométrie osseuse (si aménorrhée > 6 mois). * Imagerie cérébrale à discuter.

3.5.4. Quand hospitaliser ?

Les critères d'hospitalisation dans le cadre la boulimie ne sont pas aussi clairement définis que dans l'anorexie. Ils reposent cependant sur le bon sens...

MÉDICAUX NON PSYCHIATRIQUES	
Anamnestiques	* Modification brutale du poids ou cassure de la courbe de croissance. * Sévérité des crises et fréquence élevée (> 8/sem). * Échec de la stratégie ambulatoire. * Conduite compensatoire mettant en danger la vie du patient.
Cliniques	* État de mal boulimique. * Signes cliniques de dénutrition. * Hypotension artérielle ou trouble du rythme cardiaque.
Paracliniques	* Anomalies de l'ECG. * Atteinte hépatique sévère. * Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères : hypokaliémie < 3 mEq/L, hyponatrémie < 125 mmol/L ou hypernatrémie > 150 mmol/L (déshydratation), hypophosphorémie < 0,5 mmol/L ou hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent). * Insuffisance rénale et déshydratation.
MÉDICAUX PSYCHIATRIQUES	
Risque suicidaire	* Tentative de suicide * Projet suicidaire. * Automutilations répétées.
Comorbidités	* Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévère : * Dépression. * Abus de substances et trouble des conduites. * Anxiété sévère. * Symptômes psychotiques.
Symptômes	* Incapacité à contrôler les crises qui deviennent pluri-quotidienne. * Incapacité à contrôler les comportements compensatoires (activité physique ou vomissements).
CRITÈRES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	
Disponibilité de l'entourage	* Problèmes familiaux ou absence de famille. * Épuisement familial.
Stress environnemental	* Critiques environnementales élevées. * Isolement social sévère.

3.5.5. Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

Cet aspect de la prise en charge vise à :

- * Favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique.
- * Comprendre et accepter la maladie et la nécessité de sa prise en charge.
- * Réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation.
- * Corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles (notamment le renforcement négatif).
- * Apprendre les signes annonciateurs de la crise et les techniques pour y remédier (désamorçage).
- * Renforcer le « moi » (estime, image et affirmation de soi).

- * Améliorer les relations interpersonnelles (sociales et familiales).
- * Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques.
- * En cas d'antécédent d'abus sexuel, une approche adaptée est à envisager.

Les psychothérapies envisageables sont :

- * La thérapie cognitivo comportementale (TCC), qui a démontré son efficacité, bien que partielle (30-40 % de rémission), dans ce trouble. L'utilisation des observations comportementales (carnet alimentaire) et des crises induites sont utiles dans cette prise en charge.
- * La psychoéducation et l'affirmation de soi.
- * Les autres approches comme la psychothérapie de soutien, les entretiens motivationnels (surtout en début de prise en charge), les thérapies d'inspiration psychanalytique et la thérapie familiale chez les enfants et les adolescents.

Un traitement par ISRS est utile, surtout lorsque la mise en place d'une TCC n'est pas possible. Il s'agit principalement de la fluoxétine à la posologie de 60 mg/jour (dose plus élevée que dans l'épisode dépressif caractérisé). L'association de la fluoxétine à la TCC n'a pas démontré de supériorité par rapport à la TCC seule. D'autres traitements comme le topiramate peuvent être envisagés, mais doivent rester du ressort de la prise en charge spécialisée.

Les comorbidités psychiatriques doivent bénéficier d'un traitement spécifique si besoin.

3.5.6. Aspect non psychiatrique et nutritionnel de la prise en charge

Le patient souffrant de boulimie doit bénéficier d'un suivi régulier par un médecin somaticien afin de prendre en charge d'éventuelles complications, notamment sur le plan digestif (œsophagite), dentaire, cardiovasculaire, rénal (hypokaliémie) et endocrinien (oestroprogestatifs). Attention au piège de l'hypokaliémie à substituer, fréquent dans ce type de dossiers.

Le travail diététique et nutritionnel est paradoxalement assez proche de celui effectué dans l'anorexie. Si besoin, il peut commencer par une phase de renutrition. L'approche nutritionnelle vise ensuite à réapprendre à s'alimenter selon des schémas réguliers avec une alimentation diversifiée et suffisante. Il convient aussi de réapprendre la modération alimentaire (pondération). Cette prise en charge doit permettre de retrouver le caractère hédonique et sociable de l'alimentation.

3.6. Prise en charge à moyen et long terme

Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état médical général et psychologique doit être régulier et prolongé. Ce suivi vise à prévenir et dépister la rechute, mais aussi à repérer l'apparition de complications dépressives, anxieuses ou addictologie souvent démasquée ou secondaire après la prise en charge initiale du trouble.

La psychothérapie doit être si possible poursuivie de façon prolongée. En effet le risque de rechute est important et en l'absence de prise en charge des facteurs déclenchants et d'entretiens, la rechute est élevée.

La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être utile : association de malades ou de famille de malade, groupe de soutien...

4. HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (OU BINGE EATING DISORDER)

4.1. Une « nouvelle » entité

L'hyperphagie boulimique a surtout été considérée comme une forme de boulimie sans conduite compensatoire. Ce trouble est devenu dans le DSM-5 une entité à part entière. Les études les plus récentes tendent à démontrer l'existence de cette maladie en tant qu'entité particulière, avec une physiopathologie propre, et dont certaines composantes sont assez proches des addictions.

4.2. Épidémiologie

Sa prévalence sur la vie entière est estimée autour de 3-5 %. Le sex ratio est moins important, environ 1 homme pour 2 femmes. Selon diverses études, près de 30 à 50 % des personnes souffrant d'obésité souffriraient également d'hyperphagie boulimique. Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique consultent encore moins que dans les autres troubles du comportement alimentaires. Cependant, ces patients consultent plus souvent un généraliste ou un nutritionniste pour les conséquences de leur surpoids : trouble cardiovasculaire, dyslipidémie, DNID, apnée du sommeil... Ces consultations devraient être systématiquement l'objet d'un dépistage de ce trouble.

4.3. Sémiologie psychiatrique

Critère DSM-5	
1. Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire : * Prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, en moins de 2 h. * Associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter. 2. Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants : * Prise alimentaire beaucoup plus rapide que la normale. * Prise alimentaire jusqu'à l'apparition d'une sensation de trop-plein abdominale désagréable. * Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation de faim. * Prises alimentaires solitaires du fait de la gêne occasionnée par les quantités ingérées. * Sensations de dégoût de soi, de dépression, ou de culpabilité après avoir mangé. 3. Sentiment de détresse en lien avec l'existence de cette hyperphagie. 4. Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins une fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs. 5. Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.	
Éléments cliniques	
Début	* Profil de la maladie peu connu. * Débute généralement dans l'enfance. * Traumatisme ou abus sexuel se retrouvent plus souvent dans les antécédents. * Les compulsions alimentaires sont fréquentes pendant l'adolescence. Certaines pourraient être des formes prodromiques de l'hyperphagie boulimique (notamment si associé à des pertes de contrôle). * Les régimes sont souvent secondaires au début des troubles, à l'inverse de l'anorexie mentale ou de la boulimie.

La crise de boulimie	* Phénomène de « craving » très important, avec sensation de faim compulsive et irrésistible. * Absorption d'une quantité anormalement élevée, avec sentiment de perte de contrôle. * Les crises ont souvent lieu en cachette. * Sentiment intense et douloureux de culpabilité. * Conscience du trouble avec souffrance psychique importante. * Le patient peut parfois être amené à faire de nombreux kilomètres, y compris nocturnes, pour se procurer de la nourriture. * Il n'existe pas de stratégie de contrôle du poids.
Distorsions cognitives	* « Illusion de contrôle », avec comportement rigide d'hypercontrôle, alternant avec des phases de transgression et de compulsions. * Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim. * Renforcement négatif lié à la culpabilité.
Traits associés	* Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. * Possible association avec des addictions et des troubles du contrôle des impulsions (alcool+++, toxiques, automutilations, kleptomanie...). * Trouble de la personnalité de type dépendante, évitant et borderline ou état limite. Chez l'homme il s'agit plutôt de trait obsessionnel et/ou narcissique. * Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. * Trouble de l'estime de soi. * Dysfonction sexuelle. * Difficultés d'adaptation sociale.
Retentissement médical non psychiatrique	* Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation... * Stéatose hépatique. * Répercussions indirectes : il faut systématiquement rechercher et prendre en charge toutes les complications de l'obésité, et comme le syndrome métabolique, un diabète, une hyperlipidémie, une hyperuricémie, un SAOS... * Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. * Hypofertilité voire infertilité.

4.4. Diagnostics différentiels et comorbidités

4.4.1. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels médicaux non psychiatriques sont à peu près les mêmes que pour la boulimie (tumeurs cérébrales, épilepsies, syndrome de Klein Levin et syndrome de Klüver—Bucy).

Les affections médicales psychiatriques considérées comme des diagnostics différentiels sont :

- * La boulimie.
- * L'obésité morbide.
- * Épisode dépressif caractérisé atypique et troubles bipolaires.
- * Trouble de la personnalité de type borderline (aussi évitante-dépendante).

4.4.2. Comorbidités et Risque suicidaires

- * Troubles bipolaires et épisode dépressif caractérisé. Peuvent débuter simultanément ou suivre le trouble du comportement alimentaire.
- * Troubles anxieux et phobie sociale.
- * Les addictions, mais moins fréquentes que dans la boulimie.

4.5. Le pronostic et l'évolution

L'évolution de l'hyperphagie boulimique est peu connue. Il semblerait que le taux de rémissions sans et avec traitement soit supérieur à celui de l'anorexie mentale et de la boulimie. Le profil de sévérité et le temps de l'épisode sont assez proches de ceux de la boulimie. Les formes chroniques sont très fréquentes.

Les facteurs de bon ou mauvais pronostic sont peu connus. Il semblerait que l'existence de comorbidités psychiatrique, l'existence d'abus sexuel dans l'enfance et la durée d'évolution du trouble soient des facteurs de mauvais pronostic.

4.6. Prise en charge

Le dépistage et la prise en charge précoces sont là aussi des éléments clés du succès de la prise en charge. Au vu de la fréquence du trouble en population obèse, le dépistage devrait être systématique chez ces patients. Il n'existe pas de test de dépistage traduit en français et validé à ce jour. Cependant les questionnaires utilisés dans la boulimie peuvent aider dans cette démarche.

Les bilans, objectifs et principes de la prise en charge de l'hyperphagie boulimique sont aujourd'hui très proches de ceux de la boulimie. En plein développement, ces pratiques devraient progressivement évoluer vers des programmes plus spécifiques, notamment sur le plan des thérapies cognitivo-comportementales.

Les indications d'hospitalisation sont rares et sont principalement guidées par les complications de l'obésité.

La prise en charge psychothérapeutique n'a que peu d'influence sur le poids des patients. Il convient donc d'associer si possible, une prise en charge nutritionnelle par un spécialiste formé dans la prise en charge des patients souffrant d'obésité.

La prise en charge pharmacologique semble reposer pour l'instant sur les ISRS et permet d'obtenir généralement une diminution des épisodes d'hyperphagie boulimique avec un taux de succès de 50 %, contre 30 % avec un placebo. Cependant, il semblerait que ces traitements soient moins efficaces que la Sibutramine Sibutral® et le Topiramate Eptomax®. Ces résultats doivent encore être confirmés à plus grande échelle et relèvent là aussi de la prescription par un spécialiste.

5. AUTRES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

5.1. Pica

Critère diagnostic	* Ingestion répétée de substances non nutritives pendant une période d'au moins 1 mois. * Ce comportement alimentaire ne correspond pas au niveau du développement. * Le comportement ne représente pas une pratique culturellement ou socialement admise. * Si le comportement survient exclusivement au cours d'un autre trouble mental (par ex., retard mental, trouble envahissant du développement, schizophrénie), il est suffisamment sévère pour justifier une attention particulière.
Terrain et étiologie	Survient principalement chez le jeune enfant. Étiologie possible : * Carences martiales ou en zinc. * Négligence, carences parentales et trouble de l'attachement. * Retard de développement. * Troubles psychiatriques (autismes, schizophrénie).
Diagnostics différentiels	* Syndrome de Klein Levin et syndrome de Klüver-Bucy. * Certaines carences, notamment fer et zinc. * Anorexie mentale. * Trouble factice (ingestion volontaire). * Équivalent de comportement auto agressive (équivalent de geste autolytique, trouble de la personnalité).
Évolution et complications	* Peut aboutir au décès selon le type d'ingesta. * Complications digestives à type de trouble du transit, occlusions intestinales, corps étrangers et fausses routes répétées. * Saturnisme. * Infections bactériennes ou parasitaires.
Traitements	* La prise en charge est complexe et souvent peu efficace. * Traitement étiologique si possible. * Approche comportementale, aménagement des lieux et renforcement de la surveillance (notamment en milieu institutionnel). * Parfois, les neuroleptiques peuvent permettre des améliorations transitoires, surtout s'il existe un trouble délirant associé.

5.2. Mérycisme

Critère diagnostic	* Régurgitations répétées de nourritures pendant une période d'au moins 1 mois. Les aliments peuvent être remastiqués, ré-avalés ou recrachés. * Les régurgitations ne sont pas dues à une affection gastro-intestinale ni à une autre affection médicale générale associée (reflux gastro-œsophagien, sténose du pylore). * Ce comportement ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble spécifique du comportement alimentaire. * Si le comportement survient exclusivement au cours d'un autre trouble mental ou neurodéveloppemental, il est suffisamment sévère pour justifier une attention particulière.
Particularités symptomatiques chez le nourrisson	* Posture caractéristique avec tension et cambrure du dos et de la tête en arrière. * Mouvements de succion de la langue, avec impression de plaisir ressentie. * Nourrisson irritable et affamé entre les épisodes de régurgitation. * Parfois malnutrition du fait des régurgitations. * Possible cassure de la courbe staturopondérale, perte de poids, décès.
Terrain et étiologie	* Peu fréquent, toucheraient plus les garçons que les filles. * Survient le plus souvent chez les nourrissons. * Le retard mental est un facteur prédisposant. * Chez le jeune adulte, il est souvent associé à l'anorexie ou la boulimie (20 %). * On retrouve fréquemment des problèmes psychosociaux (défaut de stimulation, carence de soins, conflits familiaux, niveau socioéducatif faible).
Diagnostics différentiels	* Anomalies congénitales chez le nourrisson (sténose du pylore ou reflux gastro-œsophagien). * Reflux gastro oesophagiens, gastroparésie, hernie hiatale. * Syndrome de Sandifer. * Anorexie mentale, boulimie.
Évolution et complications	* Chez les nourrissons, le trouble disparaît souvent spontanément. * Peut dans certains cas sévères persister plus tardivement. * Risque de dénutrition, déshydratation et retard de développement.
Traitements	* Rémission possible sans traitement. * Techniques comportementales et de relaxation.

5.3. Autres troubles

La recherche sur les troubles du comportement alimentaires est en plein développement et de nouvelles formes commencent à être de mieux en mieux définies.

L'orthorexie :

Forme particulière de restriction.

Règles très rigides autour des aliments supposés « sains » ou « écologiques » qui peuvent être consommés ou sur la façon de les consommer.

Souvent sous-tendu par des angoisses ou des obsessions quasi hypocondriaques de la maladie et de la mort.

Le vomissement induit :

Les vomissements sont provoqués en l'absence de compulsions alimentaires réelles (il existe parfois un vécu subjectif de compulsions).

L'objectif est de modifier le poids, la silhouette ou bien d'éviter certaines « intoxications ».

Phobies alimentaires :

Peur, parfois extrême, de manger certains aliments.

Cette peur est parfois jugée déraisonnable par le patient.

Le plus souvent ces troubles apparaissent sur un terrain anxieux ou hypocondriaques et sont parfois sous-tendus par un traumatisme.

Compulsions nocturnes (Night Eating Syndrome) :

Compulsions alimentaires survenant après un repas du soir normal ou la nuit.

Ces crises sont responsables d'une souffrance significative.

Elles surviennent en dehors d'un autre trouble du comportement alimentaire psychiatrique ou d'une affection médicale non psychiatrique.

Grignotages pathologiques :

Prise alimentaire répétée de petites quantités d'aliments

Ces aliments sont le plus souvent des aliments identifiés comme une source de plaisir.

Ces grignotages ont un rôle d'anxiolytique.



RÉSUMÉ

Les troubles du comportement alimentaire sont à prédominance féminine et débutent généralement chez l'adolescent et l'adulte jeune. Leur origine est multifactorielle (génétique, biologique, psychologique, socioculturelle...). Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses et doivent être systématiquement recherchées. L'anorexie est caractérisée par la triade symptomatique « anorexie, amaigrissement, aménorrhée », quoique ce dernier critère ait disparu des dernières classifications (du fait des effets de la prise de pilule oestro-progestative). Plusieurs stratégies du contrôle du poids peuvent être associées à la restriction alimentaire (vomissements, laxatifs, diurétiques, hyperactivité physique...). Les répercussions médicales non psychiatriques sont nombreuses et peuvent entraîner le pronostic vital. On distingue deux formes : restrictive pure et purgative. La prise en charge doit être médicale globale (non psychiatrique et psychiatrique) et est souvent longue. Elle repose sur le contrat thérapeutique, la renutrition et la rééducation nutritionnelle ainsi que la psychothérapie. La boulimie se caractérise par la répétition des crises boulimiques (absorption en un temps limité d'aliments caloriques, provoquant un sentiment de soulagement puis de culpabilité). Le poids est souvent normal (vomissements provoqués au décours des frénésies alimentaires). L'évolution serait meilleure que dans l'anorexie mentale. Les autres troubles du comportement alimentaire sont moins connus mais pour autant relativement fréquents et doivent être dépistés et pris en charge précocement (notamment l'hyperphagie boulimie).



POINTS CLEFS

- * Les TCA se prêtent particulièrement bien aux dossiers transversaux et sont assez à la mode. Soyez vigilant !
- * L'hyperphagie boulimie, longtemps laissée de côté, bénéficie d'un regain d'intérêt. Vous devez l'évoquer devant tout dossier d'obésité.
- * Pensez à éliminer les causes médicales non psychiatriques devant tout TCA ainsi qu'à évaluer les nombreuses répercussions de tels troubles.
- * Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et doivent être recherché scrupuleusement.
- * La non prise en compte du risque suicidaire vous vaudra sûrement plusieurs milliers de places au classement mais aussi peut-être le décès de votre patient dans la vraie vie (l'anorexie mentale a la plus forte mortalité suicidaire de tous les troubles psychiatriques).
- * Les critères d'hospitalisation sont à connaître parfaitement, au moins pour l'anorexie (recommandation HAS).
- * La prise en charge est pluridisciplinaire, améliorée par le dépistage précoce et réalisée en ambulatoire autant que faire se peut.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Treasure J., Claudino A.M., Zucker N. *Eating Disorders*. Lancet. 2010 Feb13;375(9714):583-93. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7

Recommandation HAS pour l'anorexie mentale : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

partie six

LES ADDICTIONS

*item 73***ADDICTION AU TABAC**

- I. Introduction
- II. Épidémiologie
- III. Stratégies de prévention
- IV. Complications médicales non psychiatriques
- V. Comorbidités médicales psychiatriques
- VI. Notions de physio/psychopathologie
- VII. La prise en charge

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac.
- * Indications et principes du sevrage thérapeutique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

1. INTRODUCTION

En France et dans le monde, les addictions représentent un problème majeur de santé publique. Les conduites addictives sont à l'origine de nombreux désordres médicaux, sociaux et sanitaires.

En médecine, la notion d'**addiction** est privilégiée pour permettre une approche centrée sur les conséquences pour l'individu des consommations. De plus, la distinction entre substances licites et illicites devient secondaire, de même que la notion d'addiction comportementale et d'addiction aux substances psychoactives.

L'**addiction** se définit par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement entraînant la poursuite de ce comportement en dépit de ses conséquences négatives (physiques, psychiques, familiales, professionnelles, sociales...).

Il existe des addictions comportementales (jeu, achats, nourriture, sexe, internet ...) et des addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues ...) qui se déclinent de l'usage à la dépendance selon les classifications (classification internationale des maladies (CIM) et Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)).

On distingue trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives :

- * le non-usage,
- * l'usage simple,
- * le mésusage.

Non-usage	Absence de consommation primaire ou secondaire
Usage simple	Consommation usuelle d'un produit ou réalisation d'un comportement sans qu'il ne présente de caractère pathologique. Modulable en fonction de l'environnement, des besoins ou des envies, des effets négatifs, de la disponibilité du produit.
Mésusage	Toute conduite de consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance.

Parmi le mésusage, dans la CIM, on distingue :

L'**usage à risque** qui est défini par une consommation de substance pendant 12 mois entraînant au moins une des conséquences psychosociales suivantes :

- * Incapacité à remplir les obligations majeures (maison, travail, école).
- * Prise de risques (ex : conduite en état d'ivresse).
- * Transgression de la loi (problèmes judiciaires).
- * Poursuite de la consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux (ex. : disputes, bagarres).

L'**usage nocif** qui se caractérise par la consommation répétée induisant des dommages physiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le sujet lui-même ou pour son environnement proche ou éloigné sans atteindre le seuil de la dépendance physique ou psychique et dont le caractère pathologique est défini à la fois par la répétition de la consommation et le constat des dommages induits.

L'**usage avec dépendance** qui se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer. Elle associe une dépendance physique qui se traduit par un phénomène de tolérance (il faut augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets) et un syndrome de sevrage (signes de manque physiques

et psychiques) et par une dépendance psychique (encore appelé « craving ») qui se traduit par le besoin irrésistible de consommer.

Les critères d'abus de substance selon le DSM-IV-TR sont :

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

Les critères de dépendance sont définis dans le DSM-IV-TR comme suit :

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent **trois (ou plus)** des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
- b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance

Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- a. **Syndrome de sevrage** caractéristique de la substance
- b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage

Substance souvent prise en **quantité supérieure** ou sur un **laps de temps plus long** que ce que la personne avait envisagé

Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance

Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets

D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont **abandonnées** ou réduites en raison de l'utilisation de la substance

Poursuite de l'utilisation de la **substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique** persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance

La dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits.



DSM-5

Définition des troubles liés à l'usage d'une substance selon leur gravité

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- * Consommation de substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu
- * Désir persistant ou efforts infructueux, pour arrêter, diminuer ou contrôler l'utilisation de substance
- * Temps considérable passé à des activités nécessaires pour se procurer une substance, la consommer ou récupérer de ses effets
- * Envies impérieuses ou obsédantes de consommer une substance (craving)
- * Incapacité à remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison liée à l'utilisation répétée de substance
- * Usage de substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par ses effets
- * Utilisation répétée de substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- * Importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs réduites ou abandonnées à cause de l'utilisation de substance
- * Utilisation de la substance poursuivie malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par cette substance
- * Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité
- * Syndrome de sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Syndrome de sevrage caractérisé de chaque substance
 - La substance (ou son équivalent) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : trouble léger

Présence de 4 à 5 critères : trouble modéré

Présence de 6 critères ou plus : trouble sévère

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Le tabac présente le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives (devant l'héroïne, la cocaïne et l'alcool).

L'âge moyen lors de la première cigarette est stable, aux alentours de 14 ans. La prévalence des fumeurs a augmenté dans la population âgée de 15 à 75 ans, passant de 32 % en 2005 à 34 % (37 % des hommes et 30 % des femmes) en 2010 et 49 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance.

Le tabagisme actif est responsable, dans le monde, d'un décès sur dix (plus de 5 millions de personnes par an). En France, le tabagisme actif est la première cause de décès évitable avec 73 000 décès prématurés chaque année.

La durée du tabagisme est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac.

3. STRATÉGIES DE PRÉVENTION

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Les stratégies de lutte contre le tabagisme dont disposent les pouvoirs publics sont multiples et peuvent comprendre :

- * Une **modification de l'environnement de l'individu** : prix du tabac, accessibilité du tabac, réglementation de son usage, réglementation de sa promotion/publicité, offre de soin et prévention (consultations de sevrage, dispositif Tabac Info Service, patchs nicotiniques accessibles et remboursables), interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
- * Une **invitation de l'individu à changer son comportement** : information, communication, éducation pour la santé via des campagnes médiatiques, des documents, des actions de terrain.
- * Des **mobilisations collectives** : adaptations organisationnelles, engagement militant, lobbying.

4. COMPLICATIONS MÉDICALES NON PSYCHIATRIQUES

Néoplasiques (Le tabagisme est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers)	Cancer broncho-pulmonaires (80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires) Cancer épidermoïde de l'œsophage Cancer de la vessie Cancers oro-pharyngés Cancer du larynx Cancer du pancréas Cancer du rein
Pulmonaires	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (15 % des fumeurs) Emphysème Bronchite chronique Insuffisance respiratoire chronique
Cardiovasculaires (Le tabagisme représente la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable et le premier facteur de risque cardiovasculaire de la femme non ménopausée)	Insuffisance coronarienne : fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde Artériopathie oblitérante des membres inférieurs HTA, cardiopathie hypertensive Anévrisme de l'aorte abdominale Accident vasculaire cérébral
Dermatologiques	Augmentation de la sévérité de l'acné Accélération du vieillissement cutané Coloration des ongles Sécheresse cutanée

Autres	Colorations brunes ou noires des dents Parodontie Déchaussement des dents Polyglobulie, polynucléose Diminution de la fécondité Accouchement prématuré Retard de croissance intra-utérin Mort fœtale in utero, GEU, fausse couche
Tabagisme passif	Multiplication du risque de cardiopathies ischémiques et de cancer broncho-pulmonaire par 1,3 Coronaropathie Otite, asthme chez l'enfant, bronchite

5. COMORBIDITÉS MÉDICALES PSYCHIATRIQUES

Le lien est établi entre les troubles anxio-dépressifs et le tabagisme.

Le risque d'apparition d'un **épisode dépressif caractérisé** est augmenté pendant les six mois après arrêt du tabac. Les fumeurs qui présentent un trouble dépressif induit par le sevrage ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Il est aussi nécessaire de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, actuelles et sur la vie entière avant le sevrage tabagique.

Les troubles anxio-dépressifs induits par le sevrage durent en général quelques semaines et ne nécessitent en général pas de prise en charge pharmacologique spécifique. Un soutien dans le cadre de la consultation est néanmoins nécessaire. Si les troubles persistent, il est utile d'envisager une prise en charge spécifique.

Le tabac pourrait favoriser le trouble panique en raison de ses effets stimulants.

À l'inverse, beaucoup de patients atteints de troubles psychiatriques fument, puisqu'on retrouve 82 % de fumeurs chez les patients atteints de schizophrénie et environ 56 % de fumeurs chez les patients atteints de troubles bipolaires de l'humeur.

6. NOTIONS DE PHYSIO/PSYCHOPATHOLOGIE

Une cigarette contient environ 4 000 substances dont une quarantaine est cancérogène.

La nicotine agit sur le circuit dopaminergique de la récompense et induit **la dépendance**. Lorsque le patient fume, il existe un pic rapide de la concentration plasmatique de nicotine, se traduisant par un effet « flash ».

Le goudron, agent cancérogène, est responsable de modifications des cellules épithéliales. Ces cellules peuvent être remplacées peu à peu par des cellules saines après un arrêt précoce du tabac.

Le monoxyde de carbone (CO) est une cause de troubles cardiovasculaires.

Les radicaux libres de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire et inhibent les enzymes responsables de sa protection.

Les signes de sevrage apparaissent rapidement après arrêt brutal ou diminution significative de la quantité fumée : humeur dépressive, irritabilité, frustration, colère, insomnie, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, prise de poids, craving.

7. LA PRISE EN CHARGE

La consommation de tabac est évaluée en Paquets-Année (PA) : nombre de paquets par jour multiplié par le nombre d'années d'intoxication tabagique.

L'arrêt du tabac réduit la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et au cancer broncho-pulmonaire particulièrement.

Les facteurs les plus prédictifs d'arrêt du tabac sont un bon niveau socioéconomique, une faible consommation de tabac, l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de tabagisme tardif, une durée de tabagisme brève, un long délai entre l'éveil et la première cigarette, une forte motivation à l'arrêt.

L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'abstinence.

7.1. Dépistage

Tous les patients devraient faire l'objet, de manière systématique, d'une évaluation de leur consommation de tabac et faire l'objet d'un suivi de celle-ci.

Le dépistage débute en posant au patient la question : **« fumez-vous ? »** puis en suivant un algorithme décisionnel pouvant déboucher sur la mise en place d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac.

Si le patient souhaite arrêter, il devra bénéficier d'un temps d'évaluation des croyances et des attentes qu'il a vis-à-vis du tabagisme et de son arrêt. Il devra également bénéficier d'une évaluation de sa dépendance.

7.2. Modalité de sevrage

7.2.1. Évaluation de la dépendance

Le test de Fagerstöm en 6 questions sera utilisé même si la qualité psychométrique de cet outil est mauvaise. Le recours aux marqueurs biologiques (taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, taux urinaires et plasmatiques de cotinine) n'est pas indispensable.

Cependant, la mesure du taux de CO dans l'air expiré reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Cette mesure est simple à effectuer. Elle peut être utilisée pour vérifier l'abstinence chez un patient qui utilise des substituts nicotinique et pour motiver les patients fumeurs à s'arrêter ou pour renforcer l'abstinence.

Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux qui soulagera les symptômes de sevrage, réduira le craving et préviendra les rechutes.

À cette évaluation de la dépendance, il faut y associer l'évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives ainsi que l'évaluation des co-addictions.

7.2.2. Les psychothérapies

La psychothérapie est **l'essentiel de la prise en charge** du patient, en association aux traitements nicotiniques de substitution (TNS). Le patient peut bénéficier :

- * D'entretiens motivationnels afin de susciter ou de renforcer la motivation au changement.
- * D'une psychothérapie de soutien.
- * D'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) afin d'agir sur la motivation au changement et sur la dépendance comportementale.
- * D'un accompagnement téléphonique : ligne Tabac Info Service (3989) mise en place par le ministère chargé de la Santé et l'Inpes.

Il est recommandé d'aider le patient à anticiper les risques de rechute en repérant toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette et les situations incitant habituellement le patient à fumer.

7.2.3. Les traitements médicamenteux de première intention

Les TNS augmentent jusqu'à 70 % les chances d'abstinence à 6 mois. Ils permettent un apport quotidien de nicotine sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Ils ne sont pleinement efficaces que s'ils sont prescrits suffisamment longtemps, à un dosage adapté au patient et que les modes d'utilisation et les effets indésirables éventuels sont bien expliqués au patient. Comme toute substitution ils peuvent être maintenus plusieurs années selon la dépendance du patient.

Ils existent sous plusieurs formes :

- * Formes transdermiques : timbres (ou patches) : **permettent une administration de nicotine sur 24 h ou sur 16 h.**
- * Formes orales :
 - Gommages à mâcher : le taux maximal de nicotémie s'observe 20 à 30 minutes après le début de la mastication.
 - Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux.
 - Inhalateurs : apportent, à chaque bouffée, un dixième de la nicotine libérée par une bouffée de cigarette. À l'administration de nicotine s'ajoute la prise en compte de l'aspect gestuel.
 - Sprays buccaux.

Lors du traitement, les formes orales peuvent être associées aux patches. Les traitements par timbres supérieurs à 8 semaines ne semblent pas plus efficaces que les traitements de durée inférieure.

Les effets indésirables sont modérés, régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif et dépendent des formes : céphalées, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

7.2.4. Les traitements médicamenteux de dernière intention

Ils ne montrent pas de supériorité d'efficacité en comparaison aux TNS.

Varénicline (Champix®)
Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques. Il aide à soulager les symptômes de manque et permet de réduire les effets de plaisir liés au tabagisme. Le traitement dure 12 semaines. Pour les patients qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines de traitement, on peut envisager une cure de traitement de 12 semaines supplémentaires.
Contre-indications Allergies, grossesse et allaitement, insuffisance rénale sévère.
Effets indésirables Troubles du sommeil, nausée, constipation, céphalées, épisode dépressif caractérisé, comportements suicidaires, hostilité, agitation.
Bupropion (Zyban®)
Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine. Il diminue les symptômes du sevrage. Le traitement dure de 7 à 9 semaines.
Contre-indications Insuffisance hépatique sévère, tumeur cérébrale bénigne ou maligne, épilepsie préexistante, même traitée, trouble bipolaire, anorexie boulimie actuelle ou ancienne, tout traitement abaissant le seuil épiléptogène, sevrage de l'alcool de moins de 6 mois ou de benzodiazépines, association aux IMAO.
Effets indésirables Bouche sèche, nausées, réactions cutanées ou allergiques, insomnie, angoisse, vertiges, céphalées, épisode dépressif caractérisé, comportements suicidaires, convulsions, hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde.

7.2.5. Les cigarettes électroniques

Les cigarettes électroniques diffusent de la nicotine dans les voies respiratoires.

Il s'agit de dispositifs à batterie qui dispensent un mélange de propylène-glycol et de nicotine propulsé sous forme de vapeur et inhalé par l'utilisateur. **À ce jour, aucun effet indésirable ou cas d'intoxication en lien avec la présence des solvants dans les cigarettes électroniques n'a été rapporté (ANSM, 2011).** [La glycérine utilisée comme complément au propylène-glycol ne devrait pas produire de gaz toxique (acroléine) à moins d'atteindre une température de chauffage d'au moins 250 °C (ANSM)].

En 2013, en France, aucun type de cigarette électronique ne dispose d'une autorisation de mise sur le marché. Par ailleurs, les cigarettes électroniques ne peuvent être vendues en pharmacie car elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance y est autorisée.

7.2.6. Prise en charge à long terme

Permet une tentative de maintien de l'abstinence et une adaptation du traitement médicamenteux, une surveillance de l'état psychique, de la consommation d'autres substances psychoactives. Il est conseillé de proposer un suivi d'au moins six mois.



TEST DE FAGERSTRÖM

1 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

- a/ Dans les 5 minutes 3
- b/ 6 à 30 minutes 2
- c/ 31 à 60 minutes 1
- d/ Plus de 60 minutes 0

2 - Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- a/ Oui 1
- b/ Non 0

3 - À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- a/ À la première de la journée 1
- b/ À une autre 0

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- a/ 10 ou moins 0
- b/ 11 à 20 1
- c/ 21 à 30 2
- d/ 31 ou plus 3

5 - Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- a/ Oui 1
- b/ Non 0

6 - Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- a/ Oui 1
- b/ Non 0

	Interprétation
Entre 0 et 2	Pas de dépendance
Entre 3 et 4	Dépendance faible
Entre 5 et 6	Dépendance moyenne
Entre 7 et 10	Dépendance forte ou très forte



RÉSUMÉ

En France, le tabagisme actif est la première cause de décès évitable avec 73 000 décès prématurés chaque année.

La durée du tabagisme est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac.

Tous les professionnels de santé devraient s'impliquer dans la prévention de l'intoxication tabagique (dès l'âge scolaire) et dans l'aide à l'arrêt du tabac.

La nicotine induit la dépendance.

Les complications médicales non psychiatriques sont nombreuses, le lien est établi entre les troubles anxio-dépressifs et le tabagisme.

L'objectif de la prise en charge est l'obtention de l'abstinence.

Le test de Fagerstöm permet d'évaluer la dépendance.

La psychothérapie est l'essentiel de la prise en charge du patient, en association aux traitements nicotiniques de substitution (TNS).

Les TNS augmentent jusqu'à 70 % les chances d'abstinence à 6 mois et existent sous plusieurs formes.

Les traitements médicamenteux de dernière intention (varénicline, bupropion) ne montrent pas de supériorité d'efficacité en comparaison aux TNS.



POINTS CLEFS

415

Les addictions représentent un problème majeur de santé publique.

La dépendance ne se définit ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits mais par la perte de la liberté de s'abstenir.

Le tabac présente le potentiel addictif le plus fort.

L'âge moyen lors de la première cigarette est de 14 ans.

80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires sont liés au tabagisme.

La nicotine induit la dépendance.

Les moyens de prise en charge associent les psychothérapies, les traitements médicamenteux de première et de dernière intention.

La prise en charge à long terme permet un maintien de l'abstinence, une adaptation du traitement médicamenteux et une surveillance régulière du patient.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : www.inpes.sante.fr

Recommandation de bonne pratique, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours : www.has-sante.fr

*item 74***ADDICTION À L'ALCOOL**

- I. Introduction
- II. Épidémiologie
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Comorbidités médicales psychiatriques
- VI. Notions de physiopathologie
- VII. La prise en charge psychiatrique

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction à l'alcool.
- * Expliquer les indications et principes du sevrage thérapeutique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

1. INTRODUCTION

L'alcool-dépendance, pathologie complexe et hétérogène, pose un problème majeur de santé publique.

Les approches cliniques actuelles de la dépendance à l'alcool sont issues des descriptions de Edwards et de Gross en 1976 qui ont proposé sept caractéristiques du syndrome de dépendance à l'alcool (fixation progressive des modalités de consommation de l'alcool, prééminence des comportements de recherche de l'alcool, augmentation de la tolérance, évitement du sevrage, sentiment subjectif d'une compulsion à boire, symptômes de sevrage récurrents, réinstallation au décours de l'abstinence) et de celles du groupe d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978 qui a proposé de remplacer le terme « alcoolisme » par celui de « syndrome de dépendance alcoolique ».

Radouco-Thomas et *al.*, en 1979, et Schuckit, en 1985, distinguent dans une perspective épidémiologique et clinique deux formes d'alcoolisme : l'alcoolisme primaire et l'alcoolisme secondaire.

L'alcoolisme primaire, qui représenterait 70 % des formes d'alcoolisme, regroupe les formes où l'alcoolisme est le premier trouble installé chez le sujet.

L'alcoolisme secondaire, qui représenterait 30 % des formes d'alcoolisme, se définit par une conduite alcoolique secondaire à un trouble psychiatrique ou à un trouble de la personnalité.

Cette classification a des conséquences sur la prise en charge thérapeutique des patients.

Dans le cadre d'un alcoolisme primaire la prise en charge est centrée sur la conduite alcoolique. Dans le cadre d'un alcoolisme secondaire, la prise en charge est double : axée sur la conduite alcoolique et sur le trouble antérieur à l'alcoolisation qui a favorisé et a contribué au maintien de la conduite alcoolique.

Grâce à ces travaux, les classifications internationales (DSM-IV-TR et CIM-10) distinguent le syndrome de dépendance à l'alcool de l'abus (DSM-IV-TR) ou de l'usage nocif d'alcool (CIM-10) (cf. Item 73, « Introduction »).

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale adulte et la plus consommée à l'âge de 17 ans.

La consommation d'alcool pur est de 11,8 litres d'alcool pur par habitant et par an en 2012 (elle était estimée à 27,4 en 1960).

La première ivresse a lieu en moyenne à l'âge de 15 ans.

On estime à 10 millions le nombre de personnes qui en consomment au moins à 3 reprises par semaine et à 6 millions le nombre de personnes qui en consomment tous les jours.

Le nombre de consommateurs à risque est de 5 millions.

Sur les 18-75 ans, 10 % sont considérés comme ayant ou ayant eu un usage problématique d'alcool.

La prévalence de l'alcool-dépendance est estimée à **3 %** de la population générale. La prédominance masculine est nette. Les poly-dépendances à d'autres substances psychoactives sont fréquentes.

Au niveau mondial, l'alcool est le 3^e facteur de risque de morbidité, après l'hypertension et le tabac.

L'espérance de vie est réduite de 20 ans chez les patients dépendants à l'alcool.

En France, l'alcoolodépendance est la deuxième cause de décès évitable, après le tabac. 22 000 décès sont directement liés à la consommation d'alcool.

La dépendance est le fait de la rencontre entre **une personne, un produit et un environnement**.

Les déterminants individuels comprennent des facteurs psychologiques, de personnalité et génétiques.

Les caractéristiques liées au produit sont ses potentialités toxicomanogènes (ses capacités à induire une dépendance), les quantités consommées, les durées et les modes de consommation.

Les déterminants environnementaux sont les facteurs d'exposition à un produit mais surtout le moment socioculturel.

La dépendance est une conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. Elle ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Intoxication alcoolique aiguë

L'intoxication alcoolique aiguë (ivresse) constitue un mésusage d'alcool, témoigne de la neurotoxicité de l'éthanol et représente une **urgence médicale** car elle peut associer des troubles du comportement et des complications médicales ou chirurgicales.

Elle peut entraîner, entre autres, des perturbations de la conscience, des facultés cognitives, de la perception, du jugement, de l'affect ou du comportement.

Le diagnostic est le plus souvent basé sur des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique.

On distingue **l'ivresse simple, les ivresses pathologiques et les ivresses compliquées**.

L'ivresse simple se caractérise par la présence d'une haleine caractéristique (œnolique), de l'injection des conjonctives, d'une logorrhée, d'une déshinhibition, d'un comportement pouvant être agressif, d'une dysarthrie, d'une incoordination motrice, d'un temps de réaction allongé, de troubles de l'équilibre.

Les ivresses pathologiques peuvent être :

- * **Excito-motrice** avec, à des degrés divers, impulsivité et possibilité de crises clastiques avec auto et/ou hétéro-agressivité.
- * **Délirante** avec présence d'idée délirante de persécution, de jalousie ou de grandeur et/ou d'hallucinations.
- * **Dépressive ou hypomaniaque**.
- * **Convulsivante** avec crise convulsive chez un sujet prédisposé.

Les ivresses sont dites **compliquées** lorsqu'elles sont associées à un traumatisme crânien, à des polytraumatismes voire à d'autres intoxications.

Le coma alcoolique (souvent lorsque l'alcoolémie est supérieure à 3 g/l) peut associer :

- * Des signes neurologiques : coma calme, hypotonique sans signes neurologiques de localisation, mydriase bilatérale et symétrique.
- * Des signes respiratoires : dépression respiratoire avec risque d'anoxie.

- * Des signes circulatoires : hypotension artérielle, bradycardie, collapsus cardiovasculaire.
- * Une hypothermie.

Dans ce contexte de coma alcoolique, il faudra rechercher une hypoglycémie, une acidocétose et une hyponatrémie car ces troubles peuvent engager le pronostic vital.

3.2. Intoxication alcoolique chronique et complications

Les signes cliniques d'imprégnation chronique sont non spécifiques mais peuvent constituer des signes d'alerte : varicosités faciales, injection conjonctivale, trémulations des extrémités, hyper-sudation, parotidomégalie, tachycardie, hypertension artérielle systolique, hépatomégalie, poly-névrite, irritabilité.

Complications d'une intoxication alcoolique chronique (liste non exhaustive) :

Neurologiques

Encéphalopathies

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke

Due le plus souvent à une carence en vitamine B1. Elle peut associer un syndrome confusionnel, des signes oculomoteurs, un syndrome cérébelleux statique et une hypertonie oppositionnelle

Encéphalopathie hépatique

Tableau de confusion mentale associée à un astérisis

Encéphalopathie pellagreuse

Due à une carence en vitamine PP

Le syndrome de Korsakoff

Conséquence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke. Il associe une amnésie antérograde, des fausses reconnaissances, des fabulations, une anosognosie et une désorientation temporo-spatiale

Encéphalopathie de Marchiafava-Bignami

L'épilepsie

Le plus souvent généralisée

Polyneuropathies sensitivo-motrices

Association de crampes nocturnes, de douleurs à pression des mollets, d'une hypoesthésie et d'une aréflexie achilléenne

Neuropathie optique

Myopathies

Atrophie cérébelleuse

Hépatogastro-entérologiques

Hépatite alcoolique aiguë

Stéatose hépatique

Cirrhose hépatique

Pancréatite aiguë, pancréatite chronique

Cardiovasculaires	HTA Troubles du rythme Cardiomyopathies
Rhumatologiques	Nécrose de la tête fémorale
Traumatiques	Traumatismes crâniens Hématomes cérébraux Hémorragies cérébrales ou méningées
Carcinologiques	Cancer épidermoïde de l'œsophage Cancer du pancréas
Hématologiques	Par toxicité directe, liées à l'hépatopathie alcoolique ou aux carences nutritionnelles Leucopénie, thrombopénie, anémie
Endocrinologiques	Hypoglycémies
Obstétricales	Syndrome d'alcoolisation fœtal : risque d'accoucher de nourrissons souffrant d'une dysmorphie et d'un retard mental

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostics positifs

Pour rappel, **l'usage** correspond à toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est-à-dire inférieure ou égale aux seuils définis par l'organisation mondiale pour la santé (OMS) et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Les seuils définis par l'OMS sont les suivants :

- * Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel.
- * Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne).
- * Pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne).
- * S'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

L'unité de mesure est le **verre standard qui correspond à un verre contenant 10 grammes d'alcool pur.**

Exemples : une bière de 33 cl (5 %) = un ballon de vin de 100 ml (12 %) = un verre de spiritueux de 30 ml (40 %) = 10 grammes d'alcool pur.

4.1.1. Diagnostic d'abus d'alcool (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.2. Diagnostic de dépendance à l'alcool (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.3. Diagnostic de syndrome de sevrage de l'alcool



DSM-IV-TR

Critères diagnostiques

- A.** Arrêt ou réduction d'une utilisation d'alcool qui a été massive et prolongée.
- B.** Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après le critère **A** :
 - Hyperactivité neurovégétative
 - Augmentation du tremblement des mains
 - Insomnie
 - Nausées ou vomissements
 - Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives
 - Agitation psychomotrice
 - Anxiété
 - Crise convulsive de type « grand mal »
- C.** Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D.** Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Des accidents de sevrage peuvent survenir et **justifient une hospitalisation** :

Le délirium tremens (DT)

Les signes de début doivent être dépistés (signes de sevrage) : sueurs, tremblement d'attitude des mains, de la bouche, de la langue, cauchemars, insomnie, irritabilité, anxiété.

En l'absence de traitement, il y aura la manifestation d'un syndrome confusionnel avec :

- * Agitation.
- * Propos incohérents.
- * Délire onirique avec vécu délirant intense.
- * Inversion du rythme nycthéméral.
- * Hallucinations multiples, surtout visuelles avec zoopsies.
- * Scènes d'agression qui peuvent être la cause d'agressivité et de réactions de frayeur chez le patient.

Les signes physiques associent fièvre, sueurs profuses, déshydratation, modification de la tension, tachycardie, troubles du rythme. Des crises d'épilepsie, un état de mal peuvent survenir et constitueront des signes de gravité.

Les crises convulsives

Elles sont caractérisées par leur début précoce (dans les 48 heures suivant la diminution ou l'arrêt de l'alcool). Il s'agit le plus souvent de crises généralisées tonico-cloniques.

Les autres causes de crises convulsives à éliminer peuvent être :

- * Une hypoglycémie.
- * Une hyponatrémie.
- * Une cause infectieuse (infection cérébrale ou méningée).
- * Une intoxication médicamenteuse.
- * Un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique.

5. COMORBIDITÉS MÉDICALES PSYCHIATRIQUES

L'association entre la dépendance à l'alcool et les troubles anxieux et dépressifs est fréquente.

Ces troubles peuvent être primaires (avant l'installation du comportement à risque et de la dépendance) ou secondaires. L'anamnèse ainsi que le sevrage pourront permettre de préciser le caractère de ces troubles.

Le trouble bipolaire est 4 fois plus fréquent chez les patients alcoolo-dépendants par rapport à la population générale.

20 à 50 % des patients souffrant de schizophrénie présentent une dépendance ou une utilisation abusive d'alcool.

L'association entre addiction à l'alcool et addiction à d'autres substances est fréquente. On note vingt fois plus d'abus d'autres substances chez les personnes dépendantes à l'alcool que dans la population générale.

Parmi les patients qui présentent une dépendance à l'alcool, 5 % présentent une dépendance à une autre substance (cannabis, cocaïne et l'héroïne).

6. NOTIONS DE PHYSIOPATHOLOGIE

L'éthanol est une substance neurotoxique et les systèmes de neurotransmission sur lesquels il agit sont nombreux. Malgré la simplicité chimique de cette molécule, elle exerce des effets et des actions biologiques et comportementales complexes.

L'absorption de l'éthanol se fait par diffusion passive à travers la muqueuse gastrique et celle de l'intestin grêle. La distribution est rapide pour tous les organes très vascularisés et l'élimination se fait pour 90 à 95 % par voie métabolique, le reste de l'éthanol étant éliminé sous forme inchangée par les poumons.

Le métabolisme est essentiellement hépatique (90 %).

L'éthanol perturbe les systèmes de neurotransmission en agissant sur la configuration spatiale des récepteurs et donc en modifiant leur affinité. Les différents systèmes de neurotransmission perturbés sont les systèmes cholinergique, sérotoninergique, dopaminergique, GABAergique, celui des acides aminés excitateurs et des neuropeptides.

La consommation d'éthanol joue un rôle important dans les phénomènes d'appétence, de motivation et de décision en agissant sur le système de récompense. L'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après un traitement sensoriel par le cortex modifie l'activité de certains neurones de l'aire tegmentale ventrale qui libèrent de la dopamine vers le noyau accumbens et vers le cortex préfrontal.

7. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

7.1. Stratégies de prévention

En France, les campagnes gouvernementales de prévention n'apparaissent qu'à la fin des années 1960.

Elles mettent en avant les risques sanitaires et sociaux d'une consommation excessive d'alcool. C'est devenu une maladie qu'il a fallu progressivement essayer de comprendre et de prendre en charge. L'approche clinique garde une place prépondérante dans cette démarche.

Le repérage des consommateurs excessifs ou à risque est donc très important même si les patients ne consultent pas pour ce problème. Il devrait être effectué chez tous les patients, régulièrement, par une anamnèse portant sur la quantité et la fréquence moyenne hebdomadaire de la consommation d'alcool : la consommation déclarée d'alcool (**CDA** : nombre d'occasions par semaine et nombre de verres par occasion).

Des questionnaires de dépistage peuvent aider les praticiens comme le questionnaire **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) ou le questionnaire **DETA** (Diminuer Entourage Trop Alcool).

Les marqueurs biologiques [gammaglutamyl-transférases (GGT), Carbohydre Deficient Transferrin (CDT)] n'ont pas d'utilité en repérage de routine chez des personnes asymptomatiques.

Ils sont utiles pour le suivi de l'évolution de la consommation du patient. La CDT permet de repérer un usage supérieur à plus de six verres d'alcool par jour.

QUESTIONNAIRE AUDIT

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Interprétation

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool



QUESTIONNAIRE DETA

DETA = Diminuer Entourage Trop Alcool

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buvez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Interprétation

Deux réponses positives (ou plus) font suspecter un problème de santé avec l'alcool et légitiment un entretien clinique (usage nocif ou alcoolo-dépendance).

7.2. Prise en charge de l'ivresse aiguë et des complications de sevrage

7.2.1. Prise en charge de l'ivresse aiguë

L'ivresse aiguë est une **urgence médicale**. Après la recherche de signes de gravités immédiats, l'examen clinique doit être complet.

Le mot d'ordre est d'éliminer une pathologie intercurrente comme une hypoglycémie, une intoxication avec d'autres substances, des hématomes intracrâniens ou des hémorragies méningées.

Selon le type d'ivresse, une hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée voire en réanimation peut s'avérer nécessaire.

7.2.2. Prise en charge des complications de sevrage

Le DT :

- * Hospitalisation en réanimation, examen clinique complet.
- * Chambre éclairée, calme, passage régulier des soignants à visée de réassurance.
- * Réhydratation intraveineuse et correction des troubles hydro-électrolytiques.
- * Traitements vitaminique et sédatif (diazépam ou oxazépam).

Les crises convulsives :

- * Le traitement reste celui du sevrage.
- * Une crise convulsive unique de sevrage ne justifie pas un traitement anticomitial.

7.3. Modalité de sevrage

Les structures de prise en charge en alcoologie sont : les structures de suivi ambulatoire, les structures d'hospitalisation, les structures de postcure et les structures de soins de suite (hôpitaux de jour).

Le sevrage de l'alcool peut être réalisé **en ambulatoire** ou **lors d'une hospitalisation**.

Le sevrage ambulatoire est réalisé le plus souvent sous la surveillance médicale du médecin traitant.

Les unités de soins alcoologiques à temps plein ont pour but, au-delà du sevrage, d'aider le patient à acquérir les moyens de maintenir son abstinence dans de bonnes conditions et à évoluer vers une meilleure qualité de vie. Elles proposent des programmes thérapeutiques allant de quelques semaines jusqu'à quelques mois.

Les équipes sont pluridisciplinaires et sont composées de médecins alcoologues, médecins psychiatres, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, animateurs, éducateurs, secrétaires.

Le sevrage comprend :

- * Un arrêt de l'intoxication alcoolique associé à une réhydratation orale (2 à 3 l/24 h).
- * Une correction des troubles hydro-électrolytiques.
- * Une sédation par benzodiazépines (diazépam ou oxazépam) jusqu'à disparition des symptômes de sevrage et avec décroissance progressive.
- * Une vitaminothérapie B1, B6, PP.

Avant un sevrage et durant la prise en charge, **les motivations** et **les objectifs** du patient sont évalués lors **d'entretiens motivationnels**.

7.4. Prise en charge au long cours

7.4.1. Les traitements médicamenteux

Des traitements médicamenteux peuvent aider au maintien de l'abstinence : l'acamprosate, la naltrexone, le disulfiram et le baclofène.

L'acamprosate permet de normaliser la dérégulation du glutamate médiée par le NMDA. Ce mécanisme d'action permet de réduire le craving « négatif » lié au stress.

La naltrexone est un antagoniste opioïde qui diminue les effets de récompense de la consommation d'alcool.

Le disulfiram est un inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase, ce qui entraîne une élévation de la concentration en acétaldéhyde. Il provoque ainsi un effet antabuse (bouffées de chaleur, nausées, vomissements, tachycardie, sensation de malaise).

Le baclofène est un agoniste du récepteur GABA-B utilisé dans les troubles neurologiques spastiques. Plusieurs études ont montré son efficacité dans la réduction des consommations, dans le maintien de l'abstinence et la réduction du taux de rechute. Cette molécule fait actuellement l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU).

7.4.2. Mesures associées

La consommation excessive et chronique d'alcool est un facteur de risque de désocialisation et de précarité. La prise en charge est médico-psycho-sociale.

La **motivation** du patient est un élément central du succès du traitement.

On a recours à la mise en place de **psychothérapies** individuelle (type TCC), de groupe pour permettre au patient d'utiliser des stratégies cognitives et des aptitudes comportementales contribuant à favoriser le succès de la prise en charge.

L'inclusion, à la prise en charge, de membres de la **famille** peut être un élément supplémentaire dans l'aide apportée au patient.

Une **prise en charge sociale** est mise en place.

Le patient peut être orienté vers les **associations d'anciens buveurs** (Alcooliques anonymes, Vie libre).



RÉSUMÉ

L'alcool-dépendance est une pathologie complexe et hétérogène qui pose un problème majeur de santé publique.

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en population générale adulte.

La consommation d'alcool pur est de 11,8 litres par habitant et par an en 2012.

La dépendance est une conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. Elle ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits.

L'intoxication alcoolique aiguë (ivresse) représente une urgence médicale. On distingue l'ivresse simple, les ivresses pathologiques et les ivresses compliquées.

Des accidents de sevrage peuvent survenir et justifier une hospitalisation (DT, crises convulsives).

Le repérage des consommateurs excessifs ou à risque devrait être effectué chez tous les patients, régulièrement, par une anamnèse portant sur la quantité et la fréquence moyenne hebdomadaire de la consommation d'alcool.

Avant un sevrage et durant la prise en charge, les motivations et les objectifs du patient sont évalués lors d'entretiens motivationnels.

Le sevrage de l'alcool peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation.

La prise en charge au long cours est pluridisciplinaire.



POINTS CLEFS

- * La prévalence de l'alcool-dépendance est estimée à 3 % de la population générale.
- * L'espérance de vie est réduite de 20 ans chez les patients dépendants à l'alcool.
- * La dépendance est le fait de la rencontre entre une personne, un produit et un environnement.
- * Parmi les patients qui présentent une dépendance à l'alcool, 5 % présentent une dépendance à une autre substance (cannabis, cocaïne et l'héroïne).
- * Le sevrage de l'alcool peut être réalisé en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation.
- * La motivation du patient est un élément central du succès de la prise en charge.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

www.sfalcoologie.asso.fr

www.has-sante.fr

Lejoyeux M., *Addictologie*. Elsevier Health Sciences, 2013.

Corcos M., Flament M., & Jeammet P., *Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes*. Masson, 2003.

Royer-Collard H.-L., *De l'usage et de l'abus des boissons fermentées et distillées*. A. Guyot, 1838.

item 75

ADDICTION AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES (BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS)

- I. Introduction
- II. Épidémiologie
- III. Définitions
- IV. Le trouble psychiatrique
- V. Notions de physio/psychopathologie
- VI. La prise en charge psychiatrique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés).
- * Indications et principes du sevrage thérapeutique.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

1. INTRODUCTION

Les benzodiazépines et apparentés sont parmi les traitements psychotropes les plus prescrits en France et en Europe. En 2009, selon certaines données européennes, la France était le deuxième pays européen consommateurs d'anxiolytiques (derrière le Portugal) et d'hypnotiques (derrière la Suède).

Ils sont utilisés à visée anxiolytique, sédative et hypnotique, mais également myorelaxante et anticonvulsivante.

Pour essayer d'améliorer la prescription de ces traitements, il existe des références médicales opposables. Ces dernières énoncent le fait qu'il n'y a pas lieu d'associer deux anxiolytiques dans le traitement de l'anxiété, qu'il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques, qu'il n'y a pas lieu de prescrire ces traitements sans tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires qui sont de 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques et de 2 à 4 semaines pour les hypnotiques. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter à la posologie la plus faible et sans rechercher la posologie minimale efficace.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Il y a, en 2011, 22 benzodiazépines ou apparentés commercialisées en France. En 2010, 20 % de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine ou apparentés. 60 % des consommateurs de benzodiazépines ou apparentés sont des femmes.

La durée médiane de traitement, actuellement, est de 7 mois pour ces molécules. Mais la moitié des sujets traités par ce type de traitement l'est pour une durée supérieure à deux ans.

3. DÉFINITIONS

3.1. Usage à risque

Une consommation de courte durée peut s'avérer dangereuse en dehors d'un suivi médical adéquat. En effet, les effets secondaires directs les plus fréquents sont la somnolence, la diminution de la vigilance, la dysarthrie et l'ataxie (augmentant le risque de chute).

L'usage prolongé de benzodiazépines ou d'apparentés doit être considéré comme un usage à risque et expose aux risques de dépendance, aux conséquences physiques et/ou psychiques et à une mortalité plus élevée.

3.2. Usage nocif

L'usage peut s'avérer nocif en cas de troubles moteurs ou de troubles de la vigilance associés.

Les contre-indications absolues sont les insuffisances respiratoires tant aiguës que chroniques.

Les contre-indications relatives sont la myasthénie, le syndrome d'apnée du sommeil.

Les benzodiazépines et les apparentés sont à éviter durant la grossesse et l'allaitement. Si la prescription s'avère impérative, il est préférable de fractionner les prises et de se limiter à des faibles doses. Il est préférable d'éviter la prise lors du premier trimestre.

3.3. Abus

Il y a abus de benzodiazépines ou d'apparentés lorsqu'il y a détournement de l'indication thérapeutique.

Il s'agit de consommations répétées avec dommages physiques, psychoaffectifs ou sociaux, pour le sujet ou son environnement.

4. LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Diagnostics positifs

4.1.1. Diagnostic d'abus aux benzodiazépines

(critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.2. Diagnostic de dépendance aux benzodiazépines

(critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.3. Diagnostic de syndrome de sevrage des benzodiazépines

(critères DSM-IV-TR)

Tout consommateur à long terme de benzodiazépines est exposé, en cas d'arrêt brutal accidentel ou non (oubli, hospitalisation, etc.), à un risque de syndrome de sevrage.

L'arrêt des benzodiazépines peut entraîner un rebond, un syndrome de sevrage ou une rechute. Sevrage, effet rebond et rechute partagent un grand nombre de symptômes qui peuvent être sources d'erreurs de diagnostic alors que leurs prises en charge diffèrent.

Les facteurs suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

- * La rapidité de diminution de la posologie.
- * La consommation d'une posologie élevée de benzodiazépines.
- * La demi-vie courte d'élimination du médicament.
- * L'existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt.
- * L'existence d'un trouble dépressif caractérisé associé.
- * La surconsommation régulière d'alcool ou d'une autre substance psycho active.

	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et d'évolution
Syndrome de sevrage.	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise.	Signes généraux fréquents : anxiété, insomnie, céphalées. Signes plus spécifiques : confusion, hallucination. Plus rarement : troubles de vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma.	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive.

4.1.4. Données du DSM-5

La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), combine en un seul diagnostic de trouble d'utilisation de substance, les diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance du DSM-IV-TR. Cf. Item 73, « Introduction ».

4.2. Comorbidités / complications médicales non psychiatriques

On retrouve en premier lieu le risque de chute et ses conséquences. Par ailleurs, il existe des retentissements cognitifs liés à la consommation prolongée de benzodiazépines.

Ces comorbidités sont majorées chez les personnes âgées.

4.3. Comorbidités médicales psychiatriques

Les comorbidités médicales psychiatriques associées aux addictions aux benzodiazépines sont :

- * Épisode dépressif caractérisé.
- * Addictions associées : alcool ou autres substances psychoactives.
- * Addictions sans produits.
- * Troubles anxieux (trouble panique, trouble obsessionnel compulsif, trouble anxieux généralisé).

5. NOTIONS DE PHYSIO/PSYCHOPATHOLOGIE

Les addictions mettent en jeu un système complexe de la récompense (« liking/wanting/learning ») dont le neurotransmetteur principal est la dopamine. Il s'agit du circuit méso-cortico-limbique. Le système de récompense met en jeu l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens. Le système d'autocontrôle correspond au cortex préfrontal et le système d'apprentissage met en jeu l'amygdale et l'hippocampe.

Bien que le mécanisme reste assez méconnu, les benzodiazépines induisent une stimulation de la voie dopaminergique. Elles agissent sur la désinhibition des neurones à dopamine, à l'instar de l'héroïne ou du cannabis. Leur action dopaminergique est confinée à l'aire tegmentale ventrale (ATV) et s'appuie sur les récepteurs GABA-A de type α_1 , les mêmes qui sont impliqués dans l'effet hypnotique.

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Stratégies de prévention

La prévention des abus et dépendances aux benzodiazépines ou apparentés commence par l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des patients.

Concernant les professionnels de santé, la prévention passe par une formation médicale initiale et continue sur les psychotropes, en particulier sur les modifications des conditions de prescription et de délivrance des différentes spécialités (ex : Clonazépam, Rivotril®).

Elle consiste en l'élaboration et en la publication de recommandations et de mises au point.

Parallèlement, il existe un encadrement de la prescription et de la délivrance plus rapproché.

Certaines modifications galéniques ont été apportées pour limiter la soumission chimique (ex : Flunitrazépam, Rohypnol®). De même, la taille des conditionnements a été réduite pour limiter les abus.

Enfin, des alternatives telles que les prises en charge psychothérapeutiques doivent être prises en compte.

La prévention du syndrome de sevrage peut être un obstacle important à l'arrêt des benzodiazépines et doit à ce titre être prévenu.

La sévérité et la durée du syndrome de sevrage varient en fonction du patient, du type de benzodiazépines et de la vitesse de décroissance de la posologie.

6.2. Modalité de sevrage

6.2.1. Lieu

Le sevrage en ambulatoire reste la situation la plus fréquente.

Le sevrage en milieu hospitalier peut se voir dans deux situations :

- * La première est l'hospitalisation, programmée spécifiquement pour réaliser le sevrage. Cette situation doit rester exceptionnelle.
- * La deuxième est l'arrêt des benzodiazépines, réalisé au cours d'une hospitalisation pour un autre motif.

6.2.2. Quand ?

L'idéal reste de prévoir l'arrêt d'une benzodiazépine dès son introduction et de s'interroger, à chaque renouvellement d'ordonnance, sur la persistance de l'indication et sur l'éventuelle tolérance thérapeutique, voire une dépendance.

6.2.3. Comment ?

Il est nécessaire d'évaluer la difficulté de l'arrêt des benzodiazépines.

Il existe des risques de syndrome de sevrage plus sévère, d'échec à l'arrêt et de reprise du traitement plus fréquent chez les patients prenant des posologies élevées et depuis longtemps.

La prise concomitante de plusieurs psychotropes rend l'arrêt des benzodiazépines plus difficiles. La consommation de benzodiazépines à visée anxiolytique ou la consommation d'alcool avant l'arrêt augmentent le risque de reprise de benzodiazépine.

Une insomnie sévère, une détresse psychologique sont des facteurs de risques de rechute.

Le sevrage en ambulatoire reste la situation la plus fréquente.

Les modalités d'arrêt sont les suivantes. Il doit se faire de manière progressive. Il est conduit sur 4 à 10 semaines voire plus (plusieurs mois) pour les utilisations longues ou pour les posologies élevées.

La diminution initiale est de l'ordre de 25 % de la posologie la première semaine lors que l'on se base sur une durée d'arrêt comprise entre 4 et 10 semaines.

Des consultations régulières portant spécifiquement sur l'arrêt des benzodiazépines et apparentées doivent avoir lieu. Pour exemple, la première consultation a lieu une semaine après la première décroissance puis toutes les deux à quatre semaines si la décroissance est bien supportée. Pour les patients à risque, un suivi renforcé doit être mis en place.

Au cours de ces consultations, il est nécessaire :

- * D'essayer de repérer les symptômes liés à l'arrêt du traitement ou des symptômes nouveaux.
- * D'évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt.
- * De rechercher une augmentation des consommations associées (alcool, tabac ou autres substances psychoactives).
- * De titrer la réduction de posologie : demander au patient de ramener les comprimés non utilisés.
- * De réaliser un renforcement positif vis-à-vis de la diminution de posologie.
- * De laisser le patient poser des questions.

Un suivi après l'arrêt du traitement doit être mis en place. Il est recommandé une consultation dans les trois à sept jours qui suivent la dernière prise de traitement, afin d'évaluer les symptômes liés à l'arrêt du traitement et de donner une information claire sur les rebonds d'insomnie et/ou d'anxiété possibles. Il est recommandé de proposer au patient de ramener les boîtes de benzodiazépines non utilisées à son pharmacien.

Un suivi, en consultation, régulier doit être proposé en particulier lors des premiers mois suivants l'arrêt.

Le sevrage en milieu hospitalier peut se voir dans deux situations :

- * La première est l'hospitalisation, programmée spécifiquement pour réaliser le sevrage. Cette situation doit rester exceptionnelle. Elle concerne les patients ayant un ou plusieurs facteurs de risques d'échecs ou justifiant une prise en charge spécialisée.
- * La deuxième est l'arrêt des benzodiazépines, réalisé au cours d'une hospitalisation pour un autre motif. Dans ce cas, la décision doit se faire en concertation avec le médecin traitant et en accord avec le patient. Par ailleurs, le pharmacien habituel du patient est informé de la démarche entreprise.

L'arrêt doit toujours se réaliser de manière progressive, mais il peut se faire de manière plus rapide qu'en ambulatoire (environ deux semaines).

Le taux de réduction de la posologie varie en fonction des capacités du patient et du risque de syndrome de sevrage, d'effet rebond, etc., lors de l'arrêt.

Bien que l'objectif soit l'arrêt complet de la consommation de benzodiazépines, l'obtention d'une diminution de la posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable. La réduction de la posologie serait d'ailleurs un facteur pronostique favorable à l'arrêt de la consommation lors d'une tentative d'arrêt ultérieure.

Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des benzodiazépines. L'accent doit être mis sur les mesures d'accompagnement non médicamenteuses, aussi prolongées que nécessaire.

Si la stratégie d'arrêt échoue, il est recommandé d'encourager le patient à recommencer ultérieurement après évaluation des raisons de l'échec.

6.3. Psycho-éducation

La psycho-éducation du patient est primordiale. Elle joue un rôle important dans la prévention des rechutes.

6.4. Psychothérapie

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) associées à l'arrêt progressif des benzodiazépines ont montré leur intérêt pour l'arrêt ou la diminution de la consommation de benzodiazépines, mais elles posent le problème de leur accessibilité.



RÉSUMÉ

La France est le deuxième pays européens en ce qui concerne la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques.

La majorité des consommateurs sont des femmes.

Il s'agit d'un problème de santé publique.

Il existe des co-morbidités telles que le trouble dépressif caractérisé et les troubles anxieux.

Les complications principales sont les troubles mnésiques et le risque de chute et ses conséquences.

Les benzodiazépines et apparentés induisent une addiction en mettant en jeu le système de la récompense, en stimulant les voies dopaminergiques.

La prise en charge d'une addiction aux benzodiazépines et apparentés est réalisée la majorité du temps en ambulatoire.

Elle nécessite une décroissance progressive des posologies.

Il n'existe pas de traitement substitutif.



POINTS CLEFS

- * Les addictions représentent un problème majeur de santé publique.
- * La dépendance ne se définit ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits mais par la perte de la liberté de s'abstenir.
- * Les benzodiazépines et les apparentés aux benzodiazépines présentent un potentiel addictif très marqué.
- * 20 % de la population française a consommé au moins une fois des benzodiazépines et des apparentés aux benzodiazépines.
- * 60 % sont des femmes.
- * Le sevrage se fait en ambulatoire le plus fréquemment.
- * La décroissance doit être progressive.
- * Il existe un risque de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal.
- * Il n'existe pas de traitement substitutif.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

HAS : *Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez la personne âgée.*

Rapport d'expertise : *État des lieux de la consommation de benzodiazépines en France.* Janvier 2012. Afssaps.

Médicaments psychotropes consommations et dépendances. Synthèse et recommandations. Expertise collective Éd. Inserm 2012.

Cloos JM et al. *Addiction aux benzodiazépines : prévalence, diagnostic et traitement.* EMC psychiatrie, 2011.

item 76

ADDICTION AU CANNABIS, À LA COCAÏNE, AUX AMPHÉTAMINES, AUX OPIACÉS, AUX DROGUES DE SYNTHÈSE

A - CANNABIS

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Trouble psychiatrique
- V. Complications
- VI. Prise en charge

B - COCAÏNE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Trouble psychiatrique
- V. Complications
- VI. Prise en charge

C - OPIACÉS

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Trouble psychiatrique
- V. Complications
- VI. Prise en charge

D - DROGUES DE SYNTHÈSE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique
- III. Sémiologie psychiatrique
- IV. Trouble psychiatrique
- V. Complications
- VI. Prise en charge



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse.
- * Connaître les principes de prise en charge (sevrage thérapeutique, prévention de la rechute, réduction des risques).
- * Connaître les traitements de substitution aux opiacés.
- * Planifier le suivi du patient.

CANNABIS

1. INTRODUCTION

Le principe actif est le tétra-hydro-cannabinol (THC). Il agit sur les récepteurs cannabinoïdes, en potentialisant la libération de dopamine. Le cannabis se consomme, par ordre croissant de principe actif, sous forme d'herbe (marijuana), de résine (haschish), et d'huile.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Il s'agit d'un problème de santé publique. 1,2 million de sujets sont consommateurs réguliers en France (soit environ 1,6 %). 13,4 millions de personnes (11-75 ans) en ont fait l'expérience au moins une fois dans leur vie (soit environ 20 %).

La consommation est surtout masculine, quelle que soit la tranche d'âge. À 17 ans, plus de 40 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir fumé du cannabis au cours de leur vie et plus d'un sur cinq déclare avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome d'intoxication aiguë (ou « ivresse cannabique »)

L'intoxication se développe en quelques minutes si le cannabis est fumé, mais peut prendre quelques heures pour se développer s'il ingéré. Les effets durent environ 3 à 4 heures, la durée étant plus longue quand la substance est prise oralement. L'importance des modifications comportementales et physiologiques dépend de la dose, de la méthode d'administration et des caractéristiques individuelles de la personne utilisant la substance comme le taux d'absorption, la tolérance, et la sensibilité aux effets de la substance. Les effets du cannabis peuvent parfois persister ou réapparaître pendant 12 à 24 heures.

L'intoxication commence, en général, par une sensation de bien-être suivie par des symptômes qui incluent une euphorie avec rires inappropriés et idées de grandeur, une sédation, une léthargie, une altération du jugement, des distorsions des perceptions sensorielles (hallucinations), une altération des performances motrices (difficultés de coordination motrice) et la sensation que le temps passe lentement. Le trouble s'accompagne parfois d'une anxiété (qui peut être sévère pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation/déréalisation), d'une dysphorie, ou d'un retrait social. Les performances cognitives sont altérées, notamment la mémoire à court terme, des difficultés à réaliser des tâches intellectuelles complexes. L'altération de l'ensemble des performances peut persister jusqu'à 24 heures après l'usage.

Au niveau physiologique non psychiatrique, l'intoxication aiguë au cannabis provoque une tachycardie, une hypotension, une diminution de la salivation, une dyspnée, une augmentation

de l'appétit, une hyperhémie conjonctivale (yeux rouges) avec myosis. Des céphalées, nausées, vomissements peuvent accompagner le tableau clinique.

3.2. Syndrome de sevrage

Un syndrome de sevrage peut apparaître environ 10 heures après la dernière consommation, et il y aurait un pic à la 48^e heure. Les manifestations cliniques associent une agitation, une anxiété, une dysphorie, une insomnie, une anorexie, des tremblements des extrémités distales des membres supérieurs, sueurs, diarrhée. L'ensemble de ces symptômes disparaît en 3 semaines environ.

3.3. Syndrome d'intoxication chronique

L'intoxication chronique de cannabis est responsable d'un syndrome amotivationnel, associant altérations des performances cognitives avec un impact sur la mémoire et les capacités attentionnelles, une indifférence affective, un rétrécissement de la vie relationnelle, mais également une altération des performances au niveau scolaire/professionnel, social, favorisant ou amplifiant la désinsertion, la marginalisation.

4. COMPLICATIONS

4.1. Complications psychiatriques

4.1.1. Trouble psychotique bref

Un trouble psychotique bref peut apparaître de manière concomitante à l'intoxication aiguë, mais peut également apparaître dans le mois qui suit l'arrêt de l'intoxication. La symptomatologie clinique rejoint celle du trouble psychotique bref (cf. Item 61). La symptomatologie est résolutive à l'arrêt de l'intoxication, ou sous traitement par neuroleptiques.

4.1.2. Schizophrénie

Le cannabis peut, d'une part, précipiter l'entrée dans la maladie chez les sujets vulnérables, d'autre part, altérer l'évolution de la pathologie parmi ceux qui l'ont déjà développée.

4.1.3. Troubles anxieux

L'intoxication au cannabis peut induire un véritable trouble anxieux (cf. Item 64).

4.2. Complications non psychiatriques

Conséquences pulmonaires :

- * Activité bronchodilatatrice immédiate et transitoire.
- * Bronchite chronique.
- * Cancer broncho pulmonaire.

Conséquences cardiovasculaires :

- * Augmentation du débit cardiaque et cérébral ; hypotension artérielle.
- * Vasodilatation périphérique.
- * Bradycardie.
- * Cas d'artériopathie type maladie de Buerger.

Conséquences tumorales :

- * Cancers des voies aérodigestives supérieures chez les fumeurs de cannabis et tabac.
- * Cancers broncho pulmonaires chez les fumeurs exclusifs de cannabis.

Conséquences visuelles :

- * Photosensibilité.
- * Hyperhémie conjonctivale.
- * Mydriase inconstante.

5. TROUBLE PSYCHIATRIQUE

5.1. Troubles liés à l'utilisation de cannabis

5.1.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

5.1.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

5.2. Troubles induits par le cannabis

5.2.1. Intoxication au cannabis

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques de l'intoxication au cannabis

- A. Utilisation récente de cannabis.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex., altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de cannabis.
- C. Au moins deux des signes suivants, se développant dans les deux heures suivant l'utilisation de cannabis :
 - * conjonctives injectées,
 - * augmentation de l'appétit,
 - * sècheresse de la bouche,
 - * tachycardie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si : Avec perturbation des perceptions.

Cette spécification peut être notée quand le sujet présente des hallucinations sans altération de l'appréciation de la réalité.

443

5.2.2. Syndrome confusionnel par intoxication au cannabis

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'un syndrome confusionnel induit par le cannabis

- A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.
- C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.
- D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la perturbation est due à une intoxication au cannabis ou un sevrage, ce facteur étant jugé lié étiologiquement au syndrome confusionnel.

5.2.3. Trouble psychotique bref induit par le cannabis (avec idées délirantes et/ou hallucinations) (Cf. Item 61)

5.2.4. Trouble anxieux induit par le cannabis (Cf. Item 64)

6. PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Le principe de la prévention repose sur la prise en charge de la personne, ce quel que soit la substance. La prévention s'intéresse à l'histoire de chacun, prend en compte son environnement et se fonde sur la qualité de la relation entre l'acteur de prévention et le consommateur.

Cette conception permet d'éviter tout discours moralisateur qui participerait à la stigmatisation et à l'exclusion des consommateurs.

Les principaux objectifs de la prévention sont **d'éviter la première consommation de substances psychoactives ou la retarder** et agir sur les consommations précoces (prévention primaire) ; **d'éviter le passage à une dépendance** (prévention secondaire) ; **de prévenir les risques et réduire les dommages liés à la consommation** (prévention tertiaire).

6.2. Prise en charge générale

La prise en charge d'un patient souffrant d'abus ou de dépendance au cannabis se décline à plusieurs niveaux :

- * Prise en charge globale : un suivi pluridisciplinaire doit être proposé au patient avec évaluation psychiatrique, médicale générale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins (contrat de soins), elle ne se fait jamais en urgence. La stratégie d'aide au sevrage doit être adaptée au stade de changement du patient.
- * Prise en charge psychothérapeutique : plusieurs techniques sont utilisées dont les thérapies cognitives et comportementales, comprenant notamment l'entretien motivationnel et les techniques de prévention de la rechute.
- * Prise en charge addictologique : le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-dépendances).
- * Prise en charge des comorbidités : il est nécessaire de rechercher et prendre en charge systématiquement les complications et comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et trouble de l'humeur), et les éventuelles co-addictions.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë

Le traitement de l'intoxication aiguë au cannabis est symptomatique : prescription de benzodiazépines en cas d'angoisse majeure, d'agitation ou de convulsions, neuroleptiques sédatifs en cas de symptômes psychotiques.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est également symptomatique, associant anxiolytiques, anti-émétiques, antalgiques.



RÉSUMÉ

Le principe actif est le tétra-hydro-cannabinol (THC) qui agit sur les récepteurs cannabinoïdes, en potentialisant la libération de dopamine.

L'abus et la dépendance au cannabis constituent un problème de santé publique.

1,2 million de sujets sont consommateurs réguliers en France (soit environ 1,6 %).

L'intoxication aiguë associe une sensation de bien-être suivie d'une euphorie avec rires inappropriés et idées de grandeur, une sédation, une léthargie, une altération du jugement, des distorsions des perceptions sensorielles (hallucinations), une altération des performances motrices.

L'intoxication chronique est responsable d'un syndrome amotivationnel, associé à une altération des performances cognitives.

Un trouble psychotique bref peut apparaître de manière concomitante à l'intoxication aiguë, mais peut également apparaître dans le mois qui suit l'arrêt de l'intoxication.

Le cannabis peut, d'une part, précipiter l'entrée dans la maladie schizophrénique chez les sujets vulnérables, d'autre, part altérer l'évolution de la pathologie parmi ceux qui l'ont déjà développée.

La première étape de la prise en charge repose sur la prévention. La prise en charge de l'intoxication aiguë et chronique est symptomatique. La prise en charge de la dépendance est psychiatrique, médicale générale et sociale.

La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins. La psychothérapie cognitivo-comportementale a montré son efficacité.



POINTS CLEFS

Le principe actif est le tétra-hydro-cannabinol (THC).

L'abus et la dépendance au cannabis constituent un problème de santé publique.

On distingue :

- Les troubles liés à l'utilisation de cannabis : intoxication aiguë, chronique et syndrome de sevrage.
- Les troubles induits par la substance (trouble psychotique, trouble anxieux, syndrome confusionnel).

Le traitement repose sur la prévention, la prise en charge psychiatrique, médicale générale et sociale.

Le traitement de l'intoxication et du sevrage est symptomatique.

COCAÏNE

1. INTRODUCTION

La cocaïne est extraite des feuilles du coca, cultivées en Amérique du Sud, en Indonésie, dans l'Est de l'Afrique et en Afghanistan.

La cocaïne se présente sous :

- * une **forme chlorhydrate** (poudre blanche) obtenue à partir de la feuille de coca, consommée par voie intranasale (sniff) ou par voie intraveineuse (injection).
- * une **forme base** (cailloux, galettes) obtenue après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne afin d'être inhalée (fumée).

La cocaïne base, préalablement basée, est appelée **crack** et celle basée par les usagers eux-mêmes est appelée **free base**.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus couramment utilisée en Europe. L'âge moyen de la première consommation est de 22 ans. L'âge moyen à l'entrée en traitement est de 33 ans. En moyenne, les hommes sont trois à quatre fois plus consommateurs que les femmes.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome d'intoxication aiguë à la cocaïne

Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.

Après un bref « flash » ou « rush » de plaisir, on observe différents effets stimulants :

- * Euphorie (dure quelques minutes).
- * Sensation de bien-être, augmentation de l'énergie.
- * Idées de grandeur.
- * Tachypsychie.
- * Désinhibition.
- * Hypervigilance.
- * Augmentation de la concentration.
- * Anorexie.
- * Éveil sensoriel.
- * Augmentation de l'intérêt et de l'excitation sexuelle.

- * Insomnie.
- * Tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, pâleur cutanée.

À la suite de la phase d'euphorie succède une phase transitoire (quelques minutes à quelques heures) de « descente » caractérisée par une dysphorie, une asthénie, une irritabilité, une perte de l'estime de soi, une anxiété.

Les usagers tentent souvent de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes, pouvant être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

3.2. Syndrome de sevrage de la cocaïne

Les symptômes apparaissent quelques jours après l'arrêt de la cocaïne et peuvent durer plusieurs semaines.

Les consommateurs peuvent gérer ce syndrome de sevrage avec de l'alcool, du cannabis, des opiacés ou des médicaments psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques), qui peuvent être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

4. TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Troubles liés à l'utilisation de cocaïne

4.1.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.2. Troubles induits par la cocaïne

4.2.1. Intoxication par la cocaïne



DSM-IV-TR

Critères diagnostiques de l'intoxication par la cocaïne

- A. Utilisation récente de cocaïne.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (par exemple : euphorie ou émoussement affectif ; changement de la sociabilité ; hypervigilance ; sensibilité interpersonnelle ; anxiété, tension ou colère ; comportements stéréotypés ; altération du jugement ; ou altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne.
- C. Au moins deux des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation de cocaïne :
 - * tachycardie ou bradycardie,
 - * dilatation pupillaire,
 - * augmentation ou diminution de la pression artérielle,
 - * transpiration ou frissons,
 - * nausées ou vomissements,
 - * perte de poids avérée,
 - * agitation ou ralentissement psychomoteur,
 - * faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique, ou arythmies cardiaques,
 - * confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions.

4.2.2. Sevrage de la cocaïne



DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'un sevrage de la cocaïne

- A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation de cocaïne qui a été massive et prolongée.
- B. Humeur dysphorique avec au moins deux des changements physiologiques suivants qui se développent de quelques heures à quelques jours après le critère A :
 - * fatigue,
 - * rêves intenses et déplaisants,
 - * insomnie ou hypersomnie,
 - * augmentation de l'appétit,
 - * agitation ou ralentissement psychomoteur.
- C. Les symptômes du Critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

5. COMPLICATIONS

5.1. Complications psychiatriques

Épisode et trouble dépressif caractérisé.

Tentatives de suicide.

Épisodes délirants aigus.

Attaques de panique.

5.2. Complications non psychiatriques

Cardiovasculaires	Syndrome coronarien aigu Troubles du rythme cardiaque Dysfonction ventriculaire gauche Dissection aortique Thromboses artérielles et veineuses
Neurologiques	Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique Crises convulsives
Pulmonaires	Bronchospasme Pneumothorax Hémorragies Syndrome respiratoire aigu suite à l'inhalation de crack ou free base (crack lung)
Infectieuses	Infections virales (VIH, VHB, VHC) Infections bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, bactériémies) Infections sexuellement transmissibles

6. PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Cf. Cannabis, « Prévention ».

6.2. Prise en charge générale

De manière générale, la prise en charge doit s'adapter à la situation clinique du patient et répondre à ses besoins et ses attentes.

La prise en charge individuelle est la plus utilisée et la plus adaptée. Néanmoins, les prises en charge en groupe pourraient permettre un renforcement de l'adhésion aux soins.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë en cocaïne

Le traitement de l'intoxication aiguë est le traitement des symptômes induits par la consommation de cocaïne. Il n'existe aucun antidote spécifique du surdosage (overdose) en cocaïne.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage de la cocaïne

Le traitement du sevrage est également symptomatique.

6.5. Traitement de la dépendance

Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement de la dépendance. Plusieurs essais cliniques sont en cours d'élaboration pour tester l'efficacité de certains médicaments dans la prise en charge de la dépendance à la cocaïne.

La prise en charge associe un travail autour de l'alliance thérapeutique, un accompagnement médical et psychosocial, ainsi que la mise en place d'une psychothérapie.



RÉSUMÉ

La cocaïne est la substance stimulante illicite la plus utilisée en Europe.

Les hommes sont trois à quatre fois plus consommateurs que les femmes.

Lors de la consommation, une phase transitoire (durant quelques minutes à quelques heures) de « descente » fait suite à une phase d'euphorie.

Les usagers peuvent tenter de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes, pouvant être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

Les symptômes de sevrage apparaissent quelques jours après l'arrêt de la cocaïne et peuvent durer plusieurs semaines.

La prise en charge doit s'adapter à la situation clinique du patient et répondre à ses besoins et ses attentes.

La prise en charge associe un travail autour de l'alliance thérapeutique, d'un accompagnement médical et psychosocial, ainsi que de la mise en place d'une psychothérapie.



POINTS CLEFS

La cocaïne se présente sous forme chlorhydrate (poudre blanche) et sous forme base.

La cocaïne base, préalablement basée, est appelée crack et celle basée par les usagers eux-mêmes est appelée free base.

Le début des effets et les effets ressentis dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.

Après un bref « flash » ou « rush » de plaisir, on peut observer différents effets stimulants.

Le traitement de l'intoxication aiguë ainsi que le traitement du sevrage sont symptomatique.

Il n'existe aucun antidote spécifique de l'overdose en cocaïne.

Aucun médicament n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement de la dépendance.

AMPHÉTAMINES

1. INTRODUCTION

L'amphétamine (speed, pilule, pill, pilou, peanut), la méthamphétamine (speed, meth, crystal meth, ice, tina, yaba) et la MDMA (ecstasy, méthylène-dioxy-métamphétamine) sont des drogues illicites de synthèse élaborées en laboratoire. Les amphétamines se présentent sous forme de comprimés à avaler ou de poudre à sniffer. Elles sont très souvent coupées avec d'autres produits.

Les autres drogues de synthèse seront abordées dans la section « Drogues de synthèse ».

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La fabrication illicite de ces drogues est difficile à mesurer étant donné qu'elle est très répandue et souvent à petite échelle.

Cependant, la production mondiale d'amphétamine reste concentrée en Europe (Pays-Bas, Belgique, Pologne, Bulgarie, Turquie et Estonie).

Le Mexique est un important pays producteur de méthamphétamine. En Europe, la production est concentrée en République tchèque.

La plupart des laboratoires synthétisant l'ecstasy sont situés en Australie, au Canada et en Indonésie.

En 2010, les saisies mondiales d'amphétamine étaient environ de 19 tonnes, les saisies de méthamphétamine environ de 45 tonnes et les saisies d'ecstasy environ de 3,8 tonnes.

Près de 13 millions d'Européens ont essayé des amphétamines et environ 2 millions ont consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Près de 11,5 millions d'Européens ont expérimenté l'ecstasy et environ 2 millions en ont consommé au cours des douze derniers mois.

Parmi les consommateurs d'amphétamines qui bénéficient d'un traitement, l'âge moyen de la première consommation est de 19 ans, l'âge moyen à l'entrée en traitement est de 28 ans avec 71 % d'hommes et 29 % de femmes.

L'amphétamine et l'ecstasy restent les stimulants de synthèse les plus couramment consommés en Europe.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

Chaque utilisateur réagit différemment selon son état physique et psychique, selon le produit et le contexte d'utilisation. Les amphétamines induisent, suivant le dérivé, un renforcement de la neurotransmission sympathomimétique et/ou sérotoninergique et produisent des effets euphorisants et stimulants.

Les effets peuvent être :

- * Une augmentation de la pression sanguine.

- * Une accélération du rythme cardiaque.
- * Une dilatation des bronches.
- * Une augmentation de la fréquence respiratoire.
- * Une euphorie et une sensation de bien-être.
- * Un renforcement de la confiance en soi.
- * Une attention et une concentration accrues.
- * Une accélération du déroulement des pensées.
- * Une augmentation du désir sexuel.

La méthamphétamine se distingue par ses effets puissants et durables et par son potentiel addictif. Elle est plus rapidement et plus complètement absorbée par le cerveau que l'amphétamine. Fumer ou injecter la méthamphétamine produit un « rush » ou « flash » rapide qui se fait sentir de 3 à 5 minutes après l'inhalation tandis que l'effet se fait sentir de 20 à 30 minutes plus tard si la drogue est avalée.

L'ecstasy procure des effets empathogènes (donne l'impression de pouvoir se mettre à la place d'autrui, de ressentir à la place de l'autre).

3.1. Syndrome d'intoxication aiguë aux amphétamines

Il est la conséquence de l'augmentation de la neurotransmission adrénergique et sérotoninergique. Les manifestations cliniques surviennent dans les 30 à 120 minutes après la prise orale d'amphétamines.

- * **Manifestations centrales** : hyperthermie, agitation, idée délirante, confusion, crise épileptique, coma, mydriase avec réaction à la lumière conservée, sueurs profuses.
- * **Manifestations périphériques** : tachycardie, hypertension, sudation, pâleur par vasoconstriction périphérique, rhabdomyolyse.
- * Nausées, vomissements.

Autres conséquences d'une intoxication aiguë aux amphétamines :

Cardiovasculaires	Infarctus du myocarde Urgence hypertensive (notamment dissection aortique) Arythmies supraventriculaires
Neurologiques	AVC ischémique, hémorragie cérébrale Manifestations motrices extrapyramidales (tremor, mouvements choréiformes, hyperréflexie, bruxisme, trismus)
Vasculaires	Insuffisance rénale (rhabdomyolyse) Ischémie intestinale (colite ischémique) Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) Hépatotoxicité avec insuffisance hépatique aiguë Vascularites nécrosantes Hypertension pulmonaire en cas d'abus chronique

3.2. Syndrome de sevrage

Un syndrome de sevrage peut survenir en quelques jours après l'arrêt et peut durer plusieurs semaines, surtout lorsque la consommation se fait par voie intraveineuse ou par inhalation.

On peut principalement observer une dysphorie, une asthénie intense, une anhédonie, des troubles du sommeil, des troubles de la concentration. Il peut y avoir la constitution d'un véritable épisode dépressif caractérisé.

3.3. Syndrome d'intoxication chronique

La consommation chronique d'amphétamine entraîne rapidement une tolérance avec augmentation de la dose pour obtenir le même effet. Il existe une dépendance physique et psychique.

La consommation chronique d'amphétamine entraîne également des atteintes physiques comme la perte de poids, un affaiblissement du système immunitaire, des lésions de certains organes (en particulier les reins, l'estomac et l'intestin), des œdèmes pulmonaires, des troubles du rythme cardiaque et des lésions cardiaques. On observe également l'assèchement des muqueuses de la bouche et de la gorge, des états d'épuisement et les troubles du sommeil.

4. TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Troubles liés à l'utilisation des amphétamines

4.1.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.2. Troubles induits par les amphétamines

4.2.1. Intoxication aux amphétamines

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'une intoxication aux amphétamines

- A. Utilisation récente d'amphétamines ou d'une substance apparentée.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (par exemple : euphorie ou émoussement affectif ; changement de la sociabilité ; hypervigilance ; sensibilité interpersonnelle ; anxiété, tension ou colère ; comportements stéréotypés ; altération du jugement ; altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après la prise d'amphétamines ou d'une substance apparentée.

C. Au moins deux des signes suivants, se développant pendant ou peu après la prise d'amphétamines ou d'une substance apparentée :

- * tachycardie ou bradycardie,
- * dilatation pupillaire,
- * augmentation ou diminution de la pression artérielle,
- * transpiration ou frissons,
- * nausées ou vomissements,
- * perte de poids avérée,
- * agitation ou ralentissement psychomoteur,
- * faiblesse musculaire, dépression respiratoire, douleur thoracique, ou arythmies cardiaques,
- * confusion, crises convulsives, dyskinésies, dystonies, ou coma.

D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions.

4.2.2. Sevrage des amphétamines



DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'un sevrage aux amphétamines

A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'amphétamines (ou d'une substance apparentée) qui a été massive et prolongée.
B. Humeur dysphorique et au moins deux des changements physiologiques suivants se développant de quelques heures à quelques jours après le critère A :

- * fatigue,
- * rêves intenses et déplaisants,
- * insomnie ou hypersomnie,
- * augmentation de l'appétit,
- * agitation ou ralentissement psychomoteur.

C. Les symptômes du Critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

5. COMPLICATIONS

5.1. Complications psychiatriques

Épisode et trouble dépressif caractérisés.

Épisodes délirants aigus.

Troubles de l'humeur.

Troubles anxieux.

Épuisement, agitation, irritabilité, agressivité accrue.

5.2. Complications non psychiatriques

Complications cardiovasculaires dues au risque cumulé d'affections cardiaques, de coronaropathie et d'hypertension pulmonaire.

Ischémie myocardique et infarctus.

VIH, hépatites.

6. PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Cf. Cannabis, « Prévention ».

6.2. Prise en charge de l'intoxication aiguë

Les objectifs sont la lutte contre l'hyperthermie, les idées délirantes, l'agitation et les complications médicales non psychiatriques. En cas de non-réponse aux benzodiazépines et aux mesures de refroidissement s'il y a une hyperthermie, une intubation et une myorelaxation doivent être mises en place.

6.3. Prise en charge du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

6.4. Prise en charge de la dépendance

Les interventions psychosociales dispensées dans des services ambulatoires constituent les premières options de traitement des usagers d'amphétamines.

Ces interventions comprennent une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, l'apprentissage de la maîtrise de soi et des conseils comportementaux.

L'approche psychothérapeutique la plus fréquemment étudiée concernant la dépendance à la méthamphétamine et aux amphétamines est la thérapie cognitive et comportementale. Cette approche semble être associée à des résultats positifs.

Les usagers dont la dépendance aux amphétamines est compliquée par des troubles psychiatriques concomitants peuvent bénéficier d'un traitement ambulatoire ou en milieu hospitalier.

En Europe, des médicaments (antidépresseurs, sédatifs ou antipsychotiques) sont administrés pour traiter les premiers symptômes de sevrage au début d'un sevrage, qui se déroule généralement dans des services psychiatriques spécialisés dans le cadre d'une hospitalisation.

Même si une certaine réduction de l'usage d'amphétamines et de méthamphétamine a été rapportée avec le modafinil, le bupropion ou la naltrexone, des recherches plus approfondies

doivent être menées pour clarifier le rôle possible de ces molécules dans la prise en charge des patients dépendants.



RÉSUMÉ

L'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA (ecstasy, méthylène-dioxy-métamphétamine) sont des drogues illicites de synthèse élaborées en laboratoire.

L'amphétamine et l'ecstasy restent les stimulants de synthèse les plus couramment consommés en Europe.

Les amphétamines induisent, suivant le dérivé, un renforcement de la neurotransmission sympathomimétique et/ou sérotoninergique et produisent des effets euphorisants et stimulants.

L'intoxication aiguë est la conséquence de l'augmentation de la neurotransmission adrénergique et sérotoninergique. Les manifestations cliniques surviennent dans les 30 à 120 minutes après la prise orale d'amphétamines.

Un syndrome de sevrage peut survenir en quelques jours après l'arrêt et peut durer plusieurs semaines.

Il existe une dépendance physique et psychique.

Les interventions psychosociales dispensées dans des services ambulatoires constituent les premières options de traitement des usagers d'amphétamines.



POINTS CLEFS

L'âge moyen de la première consommation est de 19 ans, l'âge moyen à l'entrée en traitement est de 28 ans avec 71 % d'hommes et 29 % de femmes.

La consommation chronique d'amphétamines entraîne rapidement une tolérance avec augmentation de la dose pour obtenir le même effet.

Des médicaments (antidépresseurs, sédatifs ou antipsychotiques) peuvent être administrés pour traiter les premiers symptômes de sevrage au début d'un sevrage, qui se déroule généralement dans des services psychiatriques spécialisés dans le cadre d'une hospitalisation.

 OPIACÉS

1. INTRODUCTION

Les opiacés comprennent les opiacés naturels (ex. : morphine), semi-synthétiques (ex. : héroïne), et des produits synthétiques ayant une action morphinique (ex. : codéine, méthadone chlorhydrate, oxycodone, fentanyl). Les opiacés ont plusieurs actions : analgésique, anesthésique, antidiarrhéique ou antitussive. L'héroïne est l'une des drogues de cette classe qui fait, le plus souvent, l'objet d'un usage détourné. Elle est en général injectée bien qu'elle puisse être fumée ou sniffée quand elle est très pure.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Héroïne et traitements de substitution aux opiacés : 160 000 consommateurs réguliers d'héroïne en France, 50 000 patients sous Buprénorphine (Subutex®) et 6 000 sous méthadone chlorhydrate. L'âge de début de la consommation est en moyenne de 17-23 ans. Les hommes sont plus fréquemment touchés, avec un rapport homme-femme qui est de 3/1 pour l'héroïne. La prévalence diminue à mesure que l'âge augmente (à partir de 40 ans). Le personnel médical qui a un accès direct aux opiacés, aurait un risque accru d'abus ou de dépendance aux opiacés.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome d'intoxication aiguë aux opiacés

L'importance des modifications comportementales et physiologiques qui résultent de l'utilisation des opiacés dépend de la dose aussi bien que des caractéristiques du sujet qui utilise la substance (p. ex. : tolérance, taux d'absorption, chronicité de l'utilisation).

Les opiacés peuvent être consommés sous différentes formes : fumés, sniffés, injectés, ingérés (comprimés, sirop). La cinétique des effets varie selon le mode d'administration et le produit consommé.

L'intoxication aiguë aux opiacés se déroule en trois phases sur le plan psychique :

- * Sensation bien être intense et immédiat durant moins de 30 minutes en général.
- * Somnolence, apathie pendant 2 à 5 h.
- * Anxiété et troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles de l'attention).

Sur le plan médicale non psychiatrique, l'intoxication aiguë aux opiacés peut entraîner une dépression respiratoire (bradypnée, dyspnée de Cheynes Stocke), un myosis serré, une hypothermie et parfois un coma stuporeux hypotonique aréflexique avec troubles cardiaques (bradycardie, hypotension et parfois troubles du rythme cardiaque jusqu'au choc cardiogénique), troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales), prurit.

3.2. Syndrome de sevrage aux opiacés

Le syndrome de sevrage associe :

- * Des signes généraux : fièvre, frissons, tremblements, myalgies avec parfois contractures musculaires, anorexie, douleurs abdominales, nausées et vomissements (risque de déshydratation et d'hypoglycémie).
- * Des signes neurovégétatifs : bâillements, larmoiements, rhinorrhée, mydriase bilatérale, sueurs, tachycardie, hypertension artérielle.
- * Des signes psychiatriques : anxiété qui peut être majeure avec attaques de panique, irritabilité, sensation de manque / envie de consommer (= craving), insomnie avec agitation.
- * Des signes biologiques : hémococoncentration avec hyperleucocytose, hyperglycémie.

Pour les sujets dépendants à des produits à courte durée d'action comme l'héroïne, les symptômes de sevrage surviennent 6 à 12 heures après la dernière dose. Les symptômes peuvent n'apparaître qu'après 2 à 4 jours dans le cas de produits à demi-vie plus longue comme la Méthadone chlorhydrate. Les symptômes aigus du sevrage passent par un pic après 1 à 3 jours puis disparaissent progressivement en 5 à 7 jours. Anxiété, dysphorie, anhédonie, insomnie peuvent persister dans les semaines et mois qui suivent l'arrêt.

4. TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Troubles liés à l'utilisation d'opiacés

4.1.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.2. Troubles induits par les opiacés

4.2.1. Intoxication aux opiacés

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'intoxication aux opiacés

- A. Utilisation récente d'un opiacé.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (ex. : euphorie initiale suivie par de l'apathie, dysphorie, agitation ou ralentissement moteur, altération du jugement, ou altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un opiacé.
- C. Constriction pupillaire (ou dilatation pupillaire due à l'anoxie en cas de surdose grave) et au moins un des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation d'opiacés :
 - * somnolence ou coma,
 - * discours bredouillant,
 - * altération de l'attention ou de la mémoire.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

4.2.2. Sevrage des opiacés

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques de sevrage des opiacés

- A. L'une ou l'autre des circonstances suivantes :
 - * arrêt (ou réduction) d'une utilisation d'opiacés qui a été massive et prolongée (au moins plusieurs semaines),
 - * administration d'un antagoniste opiacé après une période d'utilisation d'opiacés.
- B. Au moins trois des manifestations suivantes se développant de quelques minutes à quelques jours après le critère A :
 - * humeur dysphorique,
 - * nausées ou vomissements,
 - * douleurs musculaires,
 - * larmolement ou rhinorrhée,
 - * dilatation pupillaire, piloérection, ou transpiration,
 - * diarrhée,
 - * bâillement,
 - * fièvre,
 - * insomnie.
- C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

5. COMPLICATIONS

5.1. Complications psychiatriques

Les sujets qui présentent une dépendance aux opiacés ont un risque particulier de développer des épisodes dépressifs. Chez les sujets ayant une dépendance aux opiacés, le trouble de la personnalité antisociale ainsi que le stress posttraumatique sont retrouvés plus fréquemment.

5.2. Complications non psychiatriques

5.2.1. Opiacés consommés par voie intraveineuse

En rapport avec les injections intraveineuses sont retrouvées :

- * Des veines sclérosées.
- * Des marques d'injection sur la partie inférieure des membres supérieurs.
- * Les veines peuvent devenir tellement sclérosées que des œdèmes périphériques se développent.
- * À l'extrême, les sujets se mettent à utiliser des veines des jambes, du cou ou des lombes.
- * Lorsque les veines sont inutilisables, les sujets peuvent avoir recours à des injections directement dans le tissu sous-cutané ce qui conduit à des cellulites, des abcès et des cicatrices d'apparence circulaire témoignant de lésions cutanées guéries.
- * Des infections peuvent survenir dans d'autres organes :
 - Endocardite bactérienne.
 - Hépatite A, B et C.
- * Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Des taux d'infection par le VIH allant jusqu'à 60 % ont été signalés chez les sujets dépendants de l'héroïne dans certaines régions des États-Unis
- * Tuberculose.

5.2.2. Opiacés consommés par voie nasale

Les personnes qui prennent de l'héroïne ou d'autres opiacés par voie nasale (sniffer) développent souvent une irritation de la muqueuse nasale, quelquefois accompagnée d'une perforation de la cloison.

6. PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Cf. Cannabis, « Prévention ».

6.2. Prise en charge générale

La prise en charge d'un patient souffrant d'abus ou de dépendance au cannabis se décline à plusieurs niveaux :

- * Prise en charge globale : un suivi pluridisciplinaire doit être proposé au patient avec évaluation psychiatrique, médicale générale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins (contrat de soins), elle ne se fait jamais en urgence. La stratégie d'aide au sevrage doit être adaptée au stade de changement du patient.
- * Prise en charge psychothérapeutique : plusieurs techniques sont utilisées dont les thérapies cognitives et comportementales, comprenant notamment l'entretien motivationnel et les techniques de prévention de la rechute.
- * Prise en charge addictologique : le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-dépendances).
- * Prise en charge des co-morbidités : il est nécessaire de rechercher et prendre en charge systématiquement les complications et comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et trouble de l'humeur), et les éventuelles co-addictions.

6.3. Traitement de l'intoxication aiguë aux opiacés

Hospitalisation en urgence et prise en charge en réanimation (VVP, scope, réchauffement) avec surveillance régulière (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, conscience, SaO₂)

Traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : Naloxone, (Narcan®) 0,4-0,8 mg en IVD toutes les 20 minutes jusqu'à reprise du rythme respiratoire (maximum 24 mg/12 h)

Traitement symptomatique de la dépression respiratoire (ventilation au masque voire intubation) et des symptômes associés

Traitement préventif des complications : 1 ampoule de diazépam (Valium) IM si convulsions, 1 ampoule de G30 en IVD si hypoglycémie (prise concomitante d'alcool), antibiothérapie probabiliste sur point d'appel/fièvre.

Bilan infectieux (parfois à l'origine du surdosage) : échocardiographie, radiographie thoracique, hémocultures, prélèvements cutanés aux points d'injection, ECBU, sérologies VHB VHC VIH. Vaccination antitétanique au décours à prévoir.

6.4. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

6.5. Traitement de la dépendance

Les opiacés sont les seules substances pour lesquelles un traitement de substitution peut être proposé pendant plusieurs mois ou années : la Méthadone chlorhydrate ou la Buprénorphine (Subutex®).

Tableau résumant les modalités de prescription d'un traitement de substitution aux opiacés.

	Méthadone chlorhydrate	Buprénorphine (Subutex®)
	Agoniste des récepteurs aux opiacés	Agoniste partiel aux récepteurs des opiacés
Indication	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.	Traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.
Forme	Sirop : 5, 10, 20, 40 ou 60 mg par dose. Gélules : 1, 5, 10, 20 ou 40 mg par gélule.	Comprimés sublinguaux à 0,4, 2 ou 8 mg par comprimé.
Modalités de prescription		
Prescripteur	Sirop Prescription initiée en établissement de santé ou en centre de soins spécialisé. Relais assuré en médecine de ville. Gélule Prescription initiale semestrielle réservée aux médecins exerçant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou services spécialisés dans les soins aux toxicomanes. Utilisée qu'en relais de la forme sirop chez des patients traités depuis au moins 1 an et stabilisés.	Tout médecin.
Posologies : initiation du traitement	Initiation uniquement sous la forme sirop. Première dose quotidienne de 20 à 30 mg selon le niveau de dépendance physique et administrée au moins 10 heures après la dernière prise d'opiacés.	0,8 à 4 mg/j Au moins 4 heures après la dernière prise de stupéfiant ou lors de l'apparition des premiers signes de manque puis augmentation par paliers de 1 à 2 mg/j.
Posologies	Posologie d'entretien obtenue par augmentation de 10 mg par semaine. Habituellement entre 60 et 100 mg/jour. Doses supérieures parfois nécessaires. Traitement administré en une prise unique quotidienne.	Posologie adaptée individuellement à chaque patient et ajustée en augmentant progressivement les doses jusqu'à la dose minimale efficace. Posologie moyenne d'entretien 8 mg/jour. Augmentation jusqu'à 16 mg/jour (posologie max) parfois nécessaire.

Prescription sécurisée	Oui.	Oui.
Modalités de rédaction	Nom, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres. Mention obligatoire du nom du pharmacien sur la prescription.	Nom, posologie et durée du traitement écrits en toutes lettres. Mention obligatoire du nom du pharmacien sur la prescription.
Durée de la prescription	Durée maximale de prescription : 14 jours.	Durée maximale de prescription : 28 jours.
Délivrance	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois »	Délivrance fractionnée par périodes de 7 jours sauf mention expresse du prescripteur : « délivrance en une seule fois ».



RÉSUMÉ

Les opiacés ont plusieurs actions : analgésique, anesthésique, antidiarrhéique ou antitussive. L'héroïne est l'une des drogues de cette classe. Il existe 160 000 consommateurs réguliers d'héroïne en France.

L'intoxication aiguë aux opiacés se déroule en trois phases :

- * Sensation de bien-être intense et immédiat durant moins de 30 minutes en général.
- * Somnolence, apathie pendant 2 à 5 h.
- * Anxiété et troubles cognitifs (troubles mnésiques, troubles de l'attention).

Sur le plan médicale non psychiatrique, l'intoxication aiguë aux opiacés peut entraîner une dépression respiratoire.

Le syndrome de sevrage associe des signes généraux, des signes neurovégétatifs et des signes psychiatriques.

Les complications en rapport avec les injections intraveineuses peuvent être une altération du capital veineux, infection (endocardite, VHB, VHC, VIH), la consommation par voie nasale peut provoquer une perforation de la cloison nasale.

Le traitement de l'intoxication aiguë est une urgence et se fait en réanimation. Elle repose sur un traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques :

- * Naloxone, (Narcan®), un traitement symptomatique de la dépression respiratoire et des symptômes associés.

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique.

Les opiacés sont les seules substances pour lesquelles un traitement de substitution peut être proposé pendant plusieurs mois ou années : la Méthadone chlorhydrate ou la Buprénorphine (Subutex®).



POINTS CLEFS

L'héroïne est l'une des drogues de la classe des opiacés.

L'intoxication aiguë associe sensation de bien être, puis somnolence, puis anxiété et troubles cognitifs.

On distingue :

- * Les troubles liés à l'utilisation aux opiacés : intoxication aiguë et syndrome de sevrage.
- * Les troubles induits par les opiacés (trouble psychotique, trouble anxieux, syndrome confusionnel, dysfonction sexuelle, trouble du sommeil).

Le traitement de l'intoxication aiguë est une urgence, se fait en réanimation et repose sur un traitement spécifique par un antagoniste des récepteurs morphiniques : Naloxone (Narcan®).

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique.

Les opiacés sont les seules substances pour lesquelles un traitement de substitution peut être proposé pendant plusieurs mois ou années : la Méthadone chlorhydrate ou la Buprénorphine (Subutex®).

DROGUES DE SYNTHÈSE

1. INTRODUCTION

Le nombre des nouvelles drogues de synthèse (nouveaux produits de synthèse) augmente régulièrement sur le marché mondial et européen. Ces drogues de synthèse sont encore appelées « designer drugs, party drugs, club drugs, legal highs ».

Pour surveiller l'apparition de ces nouveaux produits, l'Union européenne a mis en place un système d'alerte précoce. Un grand nombre de produits contient des mélanges de substances, rendant les analyses difficiles sur les répercussions à court, moyen et long termes de ces produits chez les consommateurs.

Nous ne citerons dans cette section que les hallucinogènes (le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et les champignons hallucinogènes), le gamma-hydroxybutyrate ou GHB (G, GH, jus) et la kétamine (K, Ket, spécial K, Vitamine K).

Le LSD est produit sous forme de cristaux dans des laboratoires clandestins. Ces cristaux sont transformés en liquide avant d'être écoulés. Ce liquide est inodore, incolore et a un goût légèrement amer.

Le GHB se présente sous forme de poudre, de capsules ou de liquide incolore et inodore. Il a parfois un goût salé et savonneux qui disparaît lorsqu'il est mélangé à une boisson.

La kétamine se retrouve sous forme de poudre, de liquide, et plus rarement, en comprimés ou en capsules.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En Europe, chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD oscillent entre 0 et 5,4 %.

Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez ces jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %.

La prévalence de la consommation de GHB et de kétamine dans les populations adulte et scolaire est nettement inférieure à celle de l'ecstasy.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Syndrome d'intoxication aiguë aux nouvelles drogues de synthèse

Hallucinogènes	Hallucinations Distorsions perceptuelles Agitation Mydriase Nystagmus Hyperthermie Tachycardie HTA Tachypnée
GHB Effet dose-dépendant Absorption orale rapide Effets au bout de 15 minutes Durée de 1 h 30 à 2 h	Dépression du SNC Sédation Confusion Ataxie Coma de courte durée (< 3 heures) Désinhibition Mydriase/myosis Hypothermie Bradycardie Hypotension artérielle Bradypnée Apnée Hyporéflexie
Kétamine Durée de 2 à 4 h	Dépression respiratoire modérée et transitoire Retard prolongé du réveil Coma Attaques de panique

3.2. Syndrome de sevrage des nouvelles drogues de synthèse

Hallucinogènes	Ex-hallucinations géométriques Fausses perceptions de mouvement à la périphérie du champ visuel Flashes de couleurs
GHB 1 à 6 heures après la dernière prise Pic au cours des 24 premières heures Dure jusqu'à 14 jours	Agitation Hallucinations surtout auditives et visuelles Trouble psychotique bref Trouble dépressif caractérisé Anxiété Insomnie Confusion Trémor Tachycardie Hypertension
Kétamine Pas de syndrome de sevrage spécifique décrit	Anxiété Tremblements Palpitations

4. TROUBLE PSYCHIATRIQUE

4.1. Troubles liés à l'utilisation d'hallucinogènes

4.1.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.1.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.2. Troubles liés à l'utilisation de GHB (troubles liés à l'utilisation d'une substance autre ou inconnue)

4.2.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.2.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.3. Troubles liés à l'utilisation de kétamine (troubles liés à la phencyclidine ou aux substances similaires)

4.3.1. Diagnostic d'abus (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.3.2. Diagnostic de dépendance (critères DSM-IV-TR)

Cf. Item 73, « Introduction ».

4.4. Troubles induits par les hallucinogènes

4.4.1. Intoxication aux hallucinogènes



DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'intoxication aux hallucinogènes

- A. Utilisation récente d'un hallucinogène.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (ex. : anxiété ou dépression marquées, idées de référence, peur de devenir fou, mode de pensée persécutoire, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un hallucinogène.
- C. Altérations des perceptions survenant en pleine conscience, dans un état de plein éveil (ex. : intensification subjective des perceptions, dépersonnalisation, déréalisation, illusions, hallucinations, synesthésies) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation d'un hallucinogène.
- D. Au moins deux des signes suivants, se développant pendant ou peu après l'utilisation d'un hallucinogène : dilatation pupillaire, tachycardie, transpiration, palpitations, vision trouble, tremblements, incoordination motrice.
- E. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

4.5. Troubles induits par le GHB

4.5.1. Intoxication au GHB



DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'intoxication au GHB

- A. Développement d'un syndrome réversible, spécifique d'une substance, dû à l'ingestion récente de (ou à l'exposition à) cette substance.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs, dus aux effets de la substance sur le système nerveux central (par exemple : agressivité, labilité de l'humeur, altérations cognitives, altération du jugement, altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se développent pendant ou peu après l'utilisation de la substance.
- C. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

4.5.2. Sevrage en GHB

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques de sevrage en GHB

- A. Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou à la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance.
- B. Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

4.6. Troubles induits par la kétamine

4.6.1. Intoxication à la kétamine

DSM-IV-TR

Critères diagnostiques d'intoxication à la kétamine

- A. Utilisation récente de kétamine.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (ex. : bagarres, agressivité, impulsivité, imprévisibilité, agitation psychomotrice, altération du jugement, ou altération du fonctionnement social ou professionnel) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de kétamine.
- C. Au moins deux des signes suivants se développent dans l'heure qui suit (moins si la substance a été fumée, « sniffée », ou utilisée par voie intraveineuse) : nystagmus horizontal ou vertical, hypertension ou tachycardie, engourdissement ou diminution de la réponse à la douleur, ataxie, dysarthrie, rigidité musculaire, crises convulsives ou coma, hyperacousie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Spécifier si : Avec perturbations des perceptions.

5. COMPLICATIONS

5.1. Complications psychiatriques

- Attaques de panique.
- Passages à l'acte hétéro ou auto-agressif.
- Trouble psychotique bref.
- Trouble dépressif caractérisé.
- « Bad trip ».

5.2. Complications non psychiatriques

Les complications non psychiatriques ne sont pas strictement spécifiques aux consommations des substances en question. La liste ci-dessous est loin d'être exhaustive.

- * Altération de l'état général : perte d'appétit, amaigrissement, baisse de la libido.
- * Troubles cardiovasculaires (palpitations, tachycardie...).
- * Troubles neurologiques (trismus, acouphènes, crises d'épilepsie...).

6. PRISE EN CHARGE

6.1. Prévention

Cf. cannabis, « Introduction ».

6.2. Traitement de l'intoxication aiguë

En cas d'intoxication aiguë, le traitement est le plus souvent symptomatique. Un tableau particulier doit faire évoquer une intoxication mixte, sans jamais oublier un possible traumatisme crânien sous-jacent.

6.3. Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

6.4. Traitement de la dépendance

Hallucinogènes

La consommation de champignons hallucinogènes et de LSD n'entraîne pas de dépendance. Toutefois, une tolérance peut s'installer et pousser l'utilisateur à augmenter les doses pour ressentir les effets de la première prise.

GHB

La dépendance au GHB n'est pas établie scientifiquement et reste discutée.

Kétamine

L'usage chronique et prolongé de kétamine entraîne une tolérance, c'est-à-dire que l'utilisateur a besoin d'augmenter les doses ou la fréquence d'usage pour obtenir l'effet désiré.

Pour toutes ces substances, il n'existe pas de traitement de substitution. Seule une thérapie de type thérapie cognitivo-comportementale peut être mise en place et associée à des mesures générales de prise en charge.



RÉSUMÉ

Le LSD est produit sous forme de cristaux dans des laboratoires clandestins.

Le GHB se présente sous forme de poudre, de capsules ou de liquide incolore et inodore.

La kétamine se retrouve sous forme de poudre, de liquide, et plus rarement, en comprimés ou en capsules.

En Europe, chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD oscillent entre 0 et 5,4 %.

Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez ces jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %.

Les complications non psychiatriques ne sont pas strictement spécifiques aux consommations des substances en question.

La consommation de champignons hallucinogènes et de LSD n'entraîne pas de dépendance.

La dépendance au GHB reste discutée.

L'usage chronique et prolongé de kétamine entraîne une tolérance.

Pour toutes ces substances, il n'existe pas de traitement de substitution.



POINTS CLEFS

En cas d'intoxication aiguë le traitement est symptomatique.

Un tableau particulier doit faire évoquer une intoxication mixte, sans jamais oublier un possible traumatisme crânien sous-jacent.

Le traitement du syndrome de sevrage est symptomatique, adapté aux symptômes présentés par le patient (signes généraux, neurovégétatifs ou psychiatriques).

Seule une thérapie de type thérapie cognitivo-comportementale peut être mise en place associée à des mesures générales de prise en charge.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies : Rapport annuel, *État du phénomène de la drogue en Europe*, 2012.

Rapport européen sur les drogues : *Tendances et évolutions*, 2013

La Revue du Praticien, vol. 64, mars 2014, *Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse*, Dr Laurent Karila, Dr Rim Zarmdini, Pr Olivier Cottencin, Pr Michel Lejoyeux.

TABLEAU INSPIRÉ DU DSM-IV

RÉSUMANT LES TROUBLES INDUITS PAR LES SUBSTANCES

	Intoxication	Sevrage	Syndrome confusionnel par intoxication	Trouble psychotique	Trouble de l'humeur	Troubles anxieux	Dysfonctions sexuelles	Trouble du sommeil
Amphétamines	+	+	+	+	+	+	+	+
Cannabis	+		+	+		+		
Cocaïne	+	+	+	+	+	+	+	+
Opiacés	+	+	+	+	+		+	+
Drogues de synthèse	+		+	+	+	+		

item 77

ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

- I. Introduction
- II. Définition du trouble addictif
- III. Physiopathologie de l'addiction comportementale
- IV. Le jeu pathologique
- V. Addictions sexuelles
- VI. Les achats compulsifs
- VII. Addiction aux jeux vidéo sur internet
- VIII. Addiction à l'exercice physique



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer, évaluer le retentissement des principales addictions comportementales (jeu de hasard et d'argent, sexe, internet, achats, exercice physique) et les principes de leur prise en charge.

1. INTRODUCTION

Les addictions comportementales, ou addictions sans drogue, ont récemment rejoint le champ des addictions avec produits et ont connu un regain d'intérêt ces dernières années avec l'augmentation de l'offre de consommation. De nouvelles addictions voient le jour, parallèlement au développement de nouvelles technologies, comme la cyberdépendance, l'addiction au téléphone portable, aux séries télévisées, aux réseaux sociaux, aux informations en continu, aux soins corporels et au bronzage... qui ne seront pas abordées dans cette question.

2. DÉFINITION DU TROUBLE ADDICTIF

D'une manière synthétique, les troubles addictifs peuvent se résumer de la façon suivante :

- * une envie irréprensible du comportement (« craving »),
- * une fréquence excessive, croissante et non contrôlée d'un comportement au détriment d'autres activités,
- * la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- * ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, un manque, une anxiété en cas d'interruption (sevrage).

Les addictions comportementales traitées dans ce chapitre seront :

- * le jeu pathologique,
- * les addictions sexuelles,
- * les achats compulsifs,
- * l'addiction aux jeux vidéo sur internet,
- * l'addiction à l'exercice physique.

3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ADDICTION COMPORTEMENTALE

Les mécanismes de l'addiction comportementale partagent les bases physiopathologiques décrites dans les addictions avec substance. Le réseau impliqué dans ces troubles est le système dopaminergique de la récompense.

En accord avec les données actuelles de la littérature, les addictions comportementales sont multifactorielles impliquant des facteurs génétiques de prédisposition (héritabilité estimée de 40 à 60 % pour les troubles addictifs), le rôle du sexe, de l'âge, des comorbidités psychiatriques (dépression, trouble anxieux, autres addictions, trouble bipolaire, hyperactivité...), des troubles de personnalité associés (recherche de sensations fortes, impulsivité, personnalité antisociale...), ainsi que des interactions avec l'environnement (début précoce, disponibilité, coût, milieu parental et usage par les parents, notion de violence familiale, comportement des pairs, échec scolaire, stress...).

4. LE JEU PATHOLOGIQUE

4.1. Définition

Le jeu pathologique est défini comme « une pratique inadaptée, persistante et répétée de jeux d'argent qui perturbe l'épanouissement personnel, familial ou professionnel ». Cette pratique inadaptée est caractérisée par des préoccupations importantes centrées sur le jeu, un besoin de jouer toujours plus avec une impossibilité de le contrôler malgré des efforts. Les conséquences peuvent être importantes et aboutir à une situation de précarité financière et d'isolement sociofamilial.

4.2. Épidémiologie

En 2010, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) estime que la prévalence de joueurs problématiques (joueurs rencontrant des difficultés liées à leur pratique sans remplir l'ensemble des critères diagnostiques du joueur pathologique) était de 1,3 %. La prévalence des joueurs pathologiques (cf. critères du diagnostic positif) était estimée à 0,4 %.

Clinique :

- * Parcours du joueur typique :
 - Phase de gros gain initial : un gain important dès les premières expériences de jeu est considéré comme étant de mauvais pronostic pour l'avenir.
 - Phase de perte : tentative de rattraper l'argent perdu. Apparition des conséquences négatives du jeu (difficultés financières, actes médicolégaux).
 - Phase de désespoir : fort risque de développement d'un épisode dépressif avec risque suicidaire.
- * Profil des joueurs variable avec deux grands types de joueurs :
 - Les joueurs de courses et de PMU qui sont plutôt des hommes, ayant débuté précocement le jeu et de niveau socioéducatif faible.
 - Les joueurs de machines à sous qui sont plutôt des femmes d'âge moyen présentant de fréquentes comorbidités psychiatriques.
 - Distinction plus récente entre les joueurs en ligne ou en jeu réel.

4.3. Diagnostic positif

Le jeu pathologique est un diagnostic proposé dans le DSM-5, et dans la CIM-10 dans laquelle il figure dans la catégorie des troubles des impulsions.

4.4. Comorbidités médicales psychiatriques

Le trouble dépressif caractérisé,
le trouble bipolaire,
l'addiction aux substances,
le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H).

4.5. Diagnostics différentiels

Le jeu social (conduite conviviale et occasionnelle, pertes acceptables),

le jeu professionnel (souvent associé au jeu pathologique et dénié),

l'épisode hypomaniaque, et l'épisode maniaque avec des comportements de jeu par périodes selon l'état thymique.

4.6. Traitement

La prise en charge thérapeutique des joueurs pathologiques fait appel à des méthodes psychothérapeutiques. La motivation des patients est essentielle pour la réussite du traitement. Les thérapeutiques actuellement décrites sont :

- * Les thérapies cognitives et comportementales : structurées autour d'un travail cognitif (éducation, attention portée aux cognitions erronées telles que les « illusions de contrôle ») et comportemental (en situation de jeu, apprentissage d'une approche du hasard).
- * Les thérapies de groupe, thérapies de couple ou familiale, groupes de soutien par des pairs.
- * Le traitement des comorbidités : une prise en charge spécifique des comorbidités psychiatriques (trouble dépressif caractérisé, trouble obsessionnel compulsif...) est indiquée.
- * L'accompagnement social, tourné vers la résolution de problèmes, afin de réduire la pression financière liée aux dettes. On pourra aussi proposer des mesures d'exclusion des lieux de jeu (casinos) ou des sites de jeu en ligne.

5. ADDICTIONS SEXUELLES

5.1. Définition – épidémiologie

Le terme d'addiction sexuelle qualifie :

- * une fréquence excessive, croissante et non contrôlée,
- * d'un comportement sexuel, en règle générale conventionnel,
- * persistant malgré les conséquences négatives possibles et la souffrance du sujet.

D'autres auteurs parlent plutôt d'hypersexualité ou de comportement sexuel compulsif.

La prévalence est estimée entre 3 et 6 % aux USA. Il s'agit d'un trouble affectant une grande majorité d'hommes (5 H/1 F) et débutant en général à l'adolescence. On notera également la fréquence importante d'abus sexuels dans l'enfance chez les patients.

5.2. Diagnostic positif

Le motif de consultation est rarement l'addiction sexuelle. Elle doit être recherchée systématiquement à l'occasion d'un épisode dépressif caractérisé, d'une tentative de suicide, de maladies sexuellement transmissibles. Les relations entre addiction sexuelle et délinquance sexuelle sont mal connues mais un délit sexuel (masturbation sur le lieu de travail...) peut être à l'origine de la consultation.

L'hypersexualité peut associer des fantasmes sexuels intrusifs, une masturbation compulsive, le recours à des partenaires sexuels multiples payés, à des relations extra-conjugales, une dépendance à l'usage de la pornographie, des relations sexuelles non protégées. Selon certains auteurs, les « addicts sexuels » présentent au moins deux des caractéristiques suivantes :

- * la drague compulsive avec partenaires multiples,
- * la fixation amoureuse compulsive sur une ou des partenaires inaccessibles,
- * les rapports amoureux compulsifs multiples,
- * les rapports sexuels compulsifs insatisfaisants,
- * l'auto-érotisme compulsif avec masturbations frénétiques.

5.3. Comorbidités médicales psychiatriques

D'autres comportements addictifs sont fréquemment associés (alcool, toxiques, psychotropes ou d'autres addictions comportementales).

Des troubles de personnalité de tous types sont associés dans 50 % des cas.

L'impulsivité est fréquente.

Des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, une hyperactivité sont fréquemment associés.

5.4. Diagnostics différentiels

L'hypersexualité peut être secondaire à :

- * un trouble bipolaire surtout, une érotomanie parfois,
- * des lésions des lobes temporal et/ou frontal,
- * une épilepsie,
- * une démence débutante,
- * un syndrome de Kleine Levin ou de Klüver-Bucy,
- * une hyperandrogénie, parfois favorisée par le dopage,
- * la consommation d'alcool, de cocaïne, d'amphétamines,
- * la prescription d'agonistes dopaminergiques ou la stimulation des noyaux gris centraux chez le patient parkinsonien.

L'addiction sexuelle doit être différenciée du trouble des fonctions sexuelles (qui peut être associé dans 50 % des cas, en particulier les troubles érectiles) et des paraphilies (comportement sexuel déviant) auxquelles l'hypersexualité peut être associée (en particulier chez les pédophiles et les sadiques sexuels).

5.5. Traitement

La prise en charge thérapeutique repose majoritairement sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC : abord des distorsions cognitives, gestion du stress, estime de soi, relations aux autres...) et le traitement des comorbidités psychiatriques. Les antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine pourront être utilisés en complément de la TCC si nécessaire à des doses proches de celles prescrites dans les TOC.

6. LES ACHATS COMPULSIFS

6.1. Définition

Les achats compulsifs sont caractérisés par des comportements répétitifs d'achats inappropriés associés à :

- * des pensées envahissantes concernant les achats,
- * des impulsions d'achats,
- * des achats fréquents supérieurs aux capacités financières,
- * l'achat répété d'objets inutiles.

6.2. Épidémiologie

La prévalence en population générale est estimée entre 1 et 8 % avec une surreprésentation féminine (9/10). L'âge de début se situe vers 18 ans avec une moyenne d'âge entre 30 et 40 ans.

6.3. Clinique

Signe cardinal : besoin irrésistible d'acheter des objets inutiles. L'acheteur compulsif ressent une tension intense au moment de l'achat associé à la notion d'impériosité à dépenser.		
Dimension addictive	Conséquences négatives	Émotions négatives
plaisir intense au moment de l'achat, culpabilité au décours, achat effectué seul, irritabilité quand ne peut se réaliser.	financières, personnelles, familiales, sociales.	tristesse, sentiment de solitude, irritabilité.

L'objet de l'addiction n'est pas la possession mais le pouvoir lié à l'acquisition.

6.4. Comorbidités médicales psychiatriques

Il s'agit d'un trouble fréquemment associé à des comorbidités telles que :

- * les troubles de l'humeur : trouble dépressif caractérisé ou dysthymie,
- * les polyaddictions,
- * les troubles du comportement alimentaire,
- * les troubles anxieux.

Par ailleurs, les personnalités de type état limite, narcissique, obsessionnelle, antisociale peuvent favoriser la survenue d'achats compulsifs.

6.5. Diagnostics différentiels

- * L'épisode hypomaniaque, l'épisode maniaque,
- * le trouble obsessionnel compulsif,
- * le collectionnisme avec investissement des objets,
- * le syndrome d'accumulation d'objets récupérés et non achetés.

6.6. Traitement

Le traitement est principalement composé d'une prise en charge psychothérapeutique. Les thérapeutiques pharmacologiques sont réservées aux formes avec comorbidités. On distingue :

- * le traitement psychothérapeutique : psychothérapies individuelles (toujours indiquées), thérapies cognitivo-comportementales (s'inspirant des méthodes de soin pour les joueurs pathologiques), groupes de soutien par les pairs, correction des croyances sur l'importance des objets,
- * le traitement des comorbidités médicales psychiatriques (prise en charge du trouble dépressif caractérisé fréquemment associée),
- * les mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) ne sont à envisager que dans les cas les plus sévères.

7. ADDICTION AUX JEUX VIDÉO SUR INTERNET

7.1. Définition - généralités

L'évolution des jeux vidéo a vu apparaître ces dernières années des pratiques de plus en plus à risque d'addiction. Les MMORPG (Massively Multiplayer Online Role Playing Game – Jeux de rôle massivement multi-joueurs) sont réputés être les jeux les plus à risque d'induire une addiction. Les « gros » joueurs passent plus de 14 heures par semaine à jouer.

7.2. Épidémiologie

Il existe peu d'études épidémiologiques sur le sujet du fait de l'absence de consensus sur les critères diagnostiques d'addiction aux jeux vidéo. Chez les 8-18 ans, 8 à 9 % présenteraient des symptômes d'addiction aux jeux. Selon le syndicat du jeu vidéo, en 2012, le nombre de joueurs représentait 55 % de la population française.

7.3. Clinique

Il n'existe pas de consensus concernant les critères diagnostiques de l'addiction aux jeux vidéo. Les symptômes d'addiction aux jeux vidéo classiquement retrouvés sont :

Dimension comportementale	Dimension psychologique
temps important passé à la pratique, au détriment d'autres activités (familiales, sociales, amicales), incapacité à contrôler ou réduire le temps de jeu, répercussions négatives sur le plan du travail, sur l'équilibre alimentaire ou le sommeil.	tristesse, anxiété, agressivité.

7.4. Diagnostics différentiels

L'épisode hypomaniaque, l'épisode maniaque.

7.5. Comorbidités médicales psychiatriques

Le trouble dépressif caractérisé,
les troubles anxieux (phobie sociale),
les troubles de la personnalité et notamment obsessionnelle, évitante, schizoïde,
la dépendance aux substances psycho-actives : alcool, tabac, cannabis,
le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H).

7.6. Traitement

L'objectif du traitement est d'aboutir à une utilisation contrôlée du jeu sur internet. La prise en charge thérapeutique est caractérisée par :

- * une prise en charge psychothérapeutique : thérapie cognitive et comportementale (effet démontré sur la diminution du temps passé à jouer et sur la comorbidité dépressive), groupes de soutien par les pairs (basés sur la confrontation et le travail sur l'insight), thérapie familiale (compte-tenu du jeune âge des patients et de leurs difficultés d'autonomisation),
- * la prise en charge des comorbidités médicales psychiatriques.

8. ADDICTION À L'EXERCICE PHYSIQUE

8.1. Définition

L'exercice physique, socialement valorisé, peut également faire l'objet de comportements déviants. L'addiction à l'exercice physique se définit comme « un besoin de pratiquer une activité physique qui se traduit par un comportement de pratique excessive, incontrôlée, et par un sevrage à l'arrêt de l'exercice ».

8.2. Épidémiologie

La prévalence est estimée à 3 % dans la population générale et entre 45 et 55 % dans la population des pratiquants réguliers de sport. Cette addiction touche aussi bien les sportifs de haut niveau que les amateurs.

8.3. Diagnostic positif

Il n'existe pas de consensus sur les critères diagnostiques de l'addiction au sport. Les critères diagnostiques les plus communément admis sont les suivants :

- * la tolérance : besoin d'augmenter la quantité d'activité physique pour atteindre les effets désirés ou la diminution de l'effet pour une même quantité d'effort physique,
- * symptômes de sevrage (anxiété, troubles du sommeil, sentiment de dévalorisation) lors de l'arrêt, s'atténuant ou disparaissant lors de la reprise de l'exercice,
- * l'effet d'intention : pratique de l'activité physique en plus grande quantité ou pendant une durée plus importante que prévu,
- * la perte de contrôle : désir persistant ou efforts infructueux pour mettre fin ou contrôler la pratique,
- * temps important (> 8 h par semaine) consacré à l'activité au détriment des autres activités (sociales, familiales, professionnelles),
- * la continuité, malgré les complications persistantes ou récurrentes dans les domaines physiques (blessures) et socioprofessionnels.

8.4. Comorbidités médicales psychiatriques

L'addiction à l'exercice physique est fréquemment associée avec les troubles du comportement alimentaire (40 %), les addictions avec substances (alcool, drogues) (15-20 %), d'autres addictions comportementales (achats compulsifs, addictions sexuelles...).

Il existe également des traits de personnalité associés tels que la recherche de nouveauté, l'extraversion, le perfectionnisme.

Dans le cadre des complications, ce trouble est fréquemment associé au trouble dépressif caractérisé.

8.5. Diagnostics différentiels

Les causes secondaires d'addiction à l'exercice physique sont :

- * l'épisode hypomaniaque, l'épisode maniaque,
- * les troubles anxieux,
- * le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H).

8.6. Traitement

L'objectif thérapeutique est le retour vers une activité physique modérée et bénéfique pour la santé. La prise en charge thérapeutique sera composée de :

- * La thérapie cognitive et comportementale dont les objectifs seront :
 - l'identification des effets secondaires de la pratique sportive excessive,
 - l'identification et la correction des pensées erronées (nécessité du contrôle du corps).
- * La prise en charge des comorbidités psychiatriques.



RÉSUMÉ

Les addictions comportementales ont connu un regain d'intérêt ces dernières années avec l'augmentation de l'offre de consommation.

Elles comprennent notamment les troubles suivants :

- * le jeu pathologique,
- * les addictions sexuelles,
- * les achats compulsifs,
- * l'addiction aux jeux vidéo sur internet,
- * l'addiction à l'exercice physique.

Le diagnostic positif repose sur des critères cliniques.

Les comorbidités médicales psychiatriques sont les autres addictions (avec ou sans substance), le trouble dépressif caractérisé, les troubles anxieux, le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H).

La prise en charge thérapeutique peut faire intervenir :

- * les approches individuelles : entretien motivationnel, thérapie cognitive et comportementale, psychothérapie de soutien ; elles seront systématiquement proposées,
- * les approches familiales : particulièrement importantes afin de prévenir les conséquences familiales des pathologies addictives,
- * les groupes de soutien par les pairs,
- * les thérapeutiques pharmacologiques sont réservées aux formes avec comorbidité psychiatrique ou aux formes sévères avec conséquences médico-légales,
- * une prise en charge sociale,
- * l'hospitalisation peut être proposée :
 - elle n'est pas la règle,
 - en cas d'échec de la prise en charge ambulatoire,

- pour réaliser un bilan diagnostique et/ou thérapeutique,
- toujours avec le consentement du patient.



POINTS CLEFS

Les troubles addictifs sont caractérisés par :

- * une envie irrépressible du comportement (craving),
- * une fréquence excessive, croissante et non contrôlée d'un comportement au détriment d'autres activités,
- * la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives,
- * ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, un manque, une anxiété en cas d'interruption (sevrage).

Les addictions comportementales sont d'origine multifactorielle associant une prédisposition génétique avec des facteurs environnementaux participant à l'émergence du trouble.

Les comorbidités médicales psychiatriques sont fréquentes (50 à 75 %) et à dépister systématiquement.

La prise en charge thérapeutique des addictions comportementales est multidisciplinaire associant psychiatres, psychothérapeutes, travailleurs sociaux.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Michel Reynaud, *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion, 2006

Site web de l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales (IFAC) : <http://www.ifac-addictions.fr/>

Michel Lejoyeux, *Addictologie*, Paris, Masson, 2013

Marie Grall-Bronnec, *Le jeu pathologique : Comprendre, Prévenir, Traiter*, Paris, Masson, 2012

Jean-Luc Venisse, Marie Grall-Bronnec, *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter. Un défi sociétal*, Paris, Masson, 2012

partie sept

LES THÉRAPEUTIQUES

item 11

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

- I. Introduction
- II. Soins sans consentement selon la loi de juillet 2011
- III. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Principes de la loi de juillet 2011 : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.
- * Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : argumenter les indications, les modalités d'application et les conséquences de ces procédures.

1. INTRODUCTION

1.1. Historique

De manière générale, les patients disposent du droit de consentir au traitement de manière libre et éclairée et de retirer ce consentement à tout moment. Il s'agit d'un droit fondamental des patients, reconnu à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique. Toutefois, lorsque les patients sont hors d'état d'exprimer leur volonté, le même article prévoit que les soins soient décidés en concertation avec leur personne de confiance, ou à défaut un proche, voire en cas d'impossibilité ou d'urgence, que les décisions soient prises par le seul corps médical.

En psychiatrie, les soins librement consentis représentent la très grande majorité des situations en consultation et plus des trois quarts des hospitalisations (dites « hospitalisations libres »). Cette modalité de soins est à privilégier lorsque l'état des patients le permet. Toutefois, les troubles psychiatriques présentent la particularité d'induire des troubles du jugement, des altérations du rapport à la réalité ; la capacité des patients à consentir aux soins peut alors se trouver entravée, du fait de leur incapacité à percevoir leurs troubles et la nécessité des soins. Aussi, existe-t-il des dispositions particulières prévues par la loi pour imposer, dans ces situations, des soins psychiatriques « sous contrainte ». Environ 80 000 personnes sont hospitalisées sous contrainte chaque année en France.

Restée en vigueur plus de 150 ans en France, la loi du 30 juin 1838, dite « loi Esquirol » prévoyait la création d'un établissement dédié aux soins psychiatriques par département, dans lesquels l'admission pouvait se faire selon deux modalités : le placement « volontaire » (contrainte à la demande de l'entourage familiale) et le placement « d'office » (par arrêté préfectoral). Ces deux dispositions ont été reprises lors de la réforme de la loi en 1990 sous les termes d'« hospitalisation à la demande d'un tiers » et d'« hospitalisation d'office ». Le 5 juillet 2011, une nouvelle loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été promulguée ; quelques modifications y ont été apportées en septembre 2013.

1.1. Les grandes nouveautés de la réforme de 2011

La loi de juillet 2011 a instauré plusieurs changements majeurs.

Tout d'abord, la contrainte concerne les soins et n'est plus synonyme d'hospitalisation. Il ne s'agit donc plus d'*hospitalisation* à la demande d'un tiers (HDT) ou d'office (HO), mais d'*admission en soins psychiatriques* à la demande d'un tiers (ASPD) ou du représentant de l'état (ASPDRE). S'il existe une période initiale d'observation et de soins de 72 h en milieu hospitalier, les soins peuvent ensuite prendre deux modalités différentes : une hospitalisation complète (en cas de nécessité d'une surveillance médicale constante) ou un programme de soins (en cas de nécessité d'une surveillance médicale régulière). Un programme de soins correspond à toute autre forme de soins qu'une hospitalisation complète, à savoir des soins ambulatoires, des soins voire une hospitalisation à domicile, des séjours en service hospitalier à temps partiel ou de courte durée à temps complet.

Une deuxième innovation majeure est l'instauration d'un contrôle des mesures par une autorité judiciaire, à savoir le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil. Ainsi, l'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention n'ait statué sur cette mesure avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission. Le juge doit être préalablement saisi de manière systématique par le directeur de l'établissement (en ASPD) ou par le représentant de l'État (en ASPDRE), dans

un délai de 8 jours à compter de l'admission. Toutefois, le patient voire toute personne agissant dans son intérêt, contestant le bien-fondé de la mesure ou de ses modalités de mise en œuvre, peut à tout moment saisir le juge pour qu'il statue sur la mesure. Cette nouvelle disposition légale découle du fait que l'hospitalisation complète est considérée comme une situation de privation de liberté, qu'il est donc nécessaire de faire contrôler par une autorité judiciaire, seule garante du bon respect du droit des patients, aux yeux du législateur de 2011.

Enfin, une nouvelle modalité d'admission en soins psychiatriques est prévue pour les situations relevant d'une ASPDT, et non d'une ASPDRE, mais dans lesquelles il s'avère impossible d'obtenir la demande d'un tiers. S'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, l'admission peut être prononcée sur la base d'un unique certificat médical. Il s'agit d'une *admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent* (ASPPI).

2. SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA LOI DE JUILLET 2011

2.1. Indications et conditions générales

Les médecins jouent un rôle-clé dans l'instauration et le maintien des mesures de soins sous contrainte qu'ils doivent justifier d'un point de vue médical dans leurs certificats. Néanmoins, l'instauration effective de la mesure relève d'une décision du directeur de l'établissement d'accueil (pour les ASPDT et les ASPPI) ou d'un arrêté du représentant de l'État dans le département (pour les ASPDRE).

La mise en place d'une ASPDT ou d'une ASPPI nécessite obligatoirement que les deux conditions suivantes soient réunies : un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière ; le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement. La mise en place d'une ASPDRE correspond aux situations dans lesquelles les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. En pratique, des tableaux cliniques très divers peuvent conduire à des soins sans consentement : de l'épisode dépressif caractérisé avec velléités suicidaires à la crise clastique sous-tendue par des éléments psychotiques, en passant par les troubles du comportement des patients maniaques.

La mise en place d'une de ces mesures implique pour le patient l'obligation de recevoir les soins proposés ; la loi rappelant qu'un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. La mesure implique aussi bien souvent des restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient : celles-ci doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité des patients doit être respectée et leur réinsertion recherchée.

Pour chaque territoire de santé, il existe un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département. Ces établissements sont chargés d'assurer la mission de service public et sont seuls habilités à accueillir des patients sans consentement. Lorsqu'un malade est atteint de troubles mentaux tels que justifiant une mesure de contrainte, alors qu'il est pris en charge dans un établissement non-habilité (par exemple, les urgences de l'hôpital général), la loi prévoit un délai maximum de 48 h pour instaurer l'une des procédures de soins psychiatriques sans consentement. Le transport vers un établissement habilité peut se faire sans consentement, sous réserve d'avoir établi au moins un certificat médical (et la demande du tiers en ASPDT).

Les certificats nécessaires à l'instauration des mesures peuvent être établis par tout médecin thésé inscrit au Conseil de l'Ordre ; tous les certificats suivants doivent être établis par des médecins psychiatres. Pour contrôler le respect des délais fixés par la loi pour la rédaction des certificats, la date et l'heure doivent être mentionnées.

2.2. Les différentes mesures : modalités d'instauration

2.2.1. ASPDT classique

Les modalités d'instauration sont définies par l'article L3212-1-II-1 du Code de la santé publique. Le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci, en fournissant à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Il appartient au directeur de l'établissement de vérifier la conformité de la demande (qui doit être manuscrite) et de s'assurer de l'identité de la personne malade et du tiers demandeur : la demande doit être accompagnée d'un justificatif de l'identité du demandeur (copie de sa pièce d'identité).

Deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours sont nécessaires, attestant que les deux conditions suivantes sont réunies : un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière ; le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement d'accueil qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

2.2.2. ASPDT en urgence

Conformément à l'article L3212-3 du Code de la santé publique, en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement peut, à titre exceptionnel, prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical. Ce certificat peut émaner, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Les modalités de la demande par le tiers sont identiques à la procédure classique : demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci, en fournissant à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Il appartient au directeur de l'établissement de vérifier la conformité de la demande (qui doit être manuscrite) et de s'assurer de l'identité de la personne malade et du tiers demandeur : la demande doit être accompagnée d'un justificatif de l'identité du demandeur (copie de sa pièce d'identité).

2.2.3.ASPPI – péril imminent

L'article L3212-1-II-2 du Code de la santé publique prévoit que lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de la part d'un tiers et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical, le directeur de l'établissement prononce la décision d'admission au vu de ce seul certificat. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.

Dans cette situation, le directeur de l'établissement d'accueil a l'obligation d'informer, dans un délai de 24 h sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

2.2.4.ASPDRE

Les mesures d'ASPDRE sont prononcées par arrêté du représentant de l'État dans le département lorsque les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.

Selon la procédure prévue par l'article L3213-1 du Code de la santé publique, un unique certificat médical suffit pour prononcer une ASPDRE : certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, une autre modalité d'entrée dans les soins est prévue par l'article L3213-2 du Code de la santé publique. Sur la base d'un avis médical attestant la situation de danger imminent pour la sûreté des personnes, le maire (ou les commissaires de police à Paris) arrête(nt), à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires : ce qui implique le début de la prise en charge et des soins sous contrainte. À noter qu'un avis (et non un certificat) médical est nécessaire et suffisant. La loi de 2011 prévoyait que des mesures provisoires puissent être prises sur la base de la notoriété publique : cette disposition a été supprimée par le Conseil constitutionnel (elle a été jugée non-conforme au principe constitutionnel selon lequel nul ne peut être privé de liberté arbitrairement). La situation doit être référée dans les 24 h au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques (ASPDRE). Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de 48 h.

À noter qu'il est enfin possible de transformer une mesure d'ASPDRE existante en ASPDRE. Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet d'une mesure d'ASPDRE ou ASPPI atteste par un certificat médical (ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical) que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département qui peut prendre une mesure d'ASPDRE, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical.

2.3. La période initiale de soins et d'observation de 72 heures

Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale de 72 h, nécessairement sous la forme d'une hospitalisation complète. Aucun programme de soins ne peut être instauré avant la fin de cette période initiale. Toutefois, une levée de la mesure peut être demandée à tout moment par le psychiatre de l'établissement d'accueil s'il juge que les conditions prévues par le Code de la santé publique ne sont pas réunies pour justifier de la mesure de contrainte. Au cours de ces 72 h, le patient doit bénéficier d'au moins deux examens psychiatriques et d'un examen médical non psychiatrique.

Un examen médical non psychiatrique complet de la personne par un médecin est obligatoire dans les 24 h suivant l'admission. Cet examen, destiné à permettre d'éviter un diagnostic de trouble mental erroné et de préciser toute comorbidité, ne donne pas lieu à la rédaction d'un certificat ; toutefois, compte-tenu de son caractère obligatoire de par la loi, il convient de le consigner rigoureusement par écrit dans le dossier médical.

Deux certificats médicaux doivent être établis, respectivement dans les 24 h et au cours du troisième jour (entre la 48^e et la 72^e h) par un psychiatre de l'établissement. Ce certificat doit constater l'état mental du patient et confirmer ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies dans le Code de la santé publique. À noter que le psychiatre certificateur ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée. De plus, dans le cas d'une ASPDT en urgence, d'une ASPPI ou d'une ASPDRE, deux psychiatres différents doivent rédiger les certificats de 24 et 72 h.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat de soixante-douze heures la forme de la prise en charge à la suite de cette période initiale : à savoir, hospitalisation complète ou programme de soins (le programme de soins doit alors être inclus dans le certificat). Cette proposition doit être motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux ; elle doit également tenir compte des possibilités d'étayage du patient en milieu extra-hospitalier.

2.4. Le maintien au-delà de 72 heures

Tant que dure la mesure d'admission en soins psychiatriques, la prise en charge peut se faire sous la forme de l'une ou l'autre des deux modalités que sont l'hospitalisation complète et le programme de soins. Le psychiatre de l'établissement d'accueil, en charge du patient, peut à tout moment demander le passage de l'une à l'autre modalité.

2.4.1. Hospitalisation complète continue

Le maintien d'une hospitalisation complète est justifié par la nécessité d'une surveillance médicale constante. Toutefois, même dans ce cadre, les patients peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée, et ce quel que soit le type de mesure d'admission dont ils font l'objet. Ces sorties doivent permettre de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou lorsque des démarches extérieures sont nécessaires.

Deux modalités de sortie différentes sont possibles en fonction de leur durée et de l'accompagnement requis : soit des sorties de moins de 12 h, le patient devant être accompagné pendant toute la durée de la sortie par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'il a désignée ; soit des sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 h. Il peut sembler paradoxal que ce soient pour les sorties les plus courtes qu'il existe une obligation d'être accompagné. La possibilité de sorties de 48 h « non-accompagné » correspond à un ajout de 2013 aux dispositions de la loi

de 2011, qui ne proposait que des sorties « accompagnées », ce qui était jugé trop contraignant ; mais la possibilité de sorties courtes « accompagnées » n'a pas été supprimée : aussi, les deux modalités de sorties de courte durée existent actuellement.

L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement. Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

Dans le cas d'une ASPDRE, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, notamment l'avis favorable du psychiatre, au plus tard 48 h avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite du représentant de l'État notifiée au plus tard 12 h avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'État ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

2.4.2. Programme de soins

Le programme de soins correspond à toute autre forme de soins qu'une hospitalisation complète. Il peut comporter des soins ambulatoires, des soins voire une hospitalisation à domicile, dispensés par l'établissement d'accueil, des séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement d'accueil.

Le programme de soins doit être établi par écrit et ne peut être modifié que par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ceci implique que le programme de soins ne peut être établi par un médecin non psychiatre ou par un psychiatre libéral en cabinet. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation ; il précise notamment la prise d'un traitement médicamenteux. En revanche, le programme de soins ne doit comporter aucun renseignement sur la maladie, ni le diagnostic, ni le nom des médicaments.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil doit recueillir au cours d'un entretien l'avis du patient et l'informer sur les modalités légales des programmes de soins. Bien que le programme de soins soit établi dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques imposés, le Code de la santé publique précise explicitement qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge dans le cadre d'un programme de soins. Aussi, il est particulièrement important d'évaluer les capacités du patient à adhérer et respecter le programme de soins (notamment la prise d'un traitement qui ne pourra se faire sous la contrainte).

2.4.3. Passages de l'une à l'autre forme de prise en charge

L'instauration d'un programme de soins est possible à tout moment de la mesure d'admission en soins psychiatriques à partir de la fin de la période d'observation et de soins initiale de 72 h. En effet, le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge de l'hospitalisation complète vers un programme de soins pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il lui faut établir en ce sens un certificat médical circonstancié et rédiger le programme de soins selon les modalités prévues, en concertation avec le patient.

À l'inverse, il est possible de repasser d'un programme de soins vers une hospitalisation complète. C'est notamment le cas lorsque le patient ne respecte pas le protocole de soins prévus dans le programme de soins et que ce dernier ne permet plus de dispenser les soins nécessaires à l'état du patient. Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient doit alors transmettre immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne. À noter toutefois que le retour en hospitalisation complète n'est pas prévu de manière systématique par la loi en cas de

non-respect du programme de soins. Il appartient au psychiatre d'évaluer la situation pour savoir si le programme de soins peut être maintenu voire modifié, ou non.

Dans le cas d'une ASPDT ou d'une ASPPI, lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient propose de modifier la forme de prise en charge de celui-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat (ou de l'avis) médical.

Dans le cas d'une ASPDRE, si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical qu'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et propose un programme de soins, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les 24 h au représentant de l'État dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical. Il appartient au représentant de l'État dans le département de décider de la forme de prise en charge, en tenant compte de la proposition établie par le psychiatre, mais également des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. Dans l'attente de la décision du représentant de l'État, le patient reste pris en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de 72 h à compter de la décision du représentant de l'État, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète. Lorsque les avis des deux psychiatres concordent, le représentant de l'État doit ordonner le passage en programme de soins, conformément à la proposition du premier psychiatre. En revanche, lorsque le deuxième psychiatre préconise la poursuite de l'hospitalisation complète, celle-ci est maintenue. Le représentant de l'État en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette situation.

2.4.4. Modalités de maintien de la mesure

À l'issue de la période initiale de 72 h, les mesures peuvent être maintenues par le directeur de l'établissement sur décision médicale, pour des périodes d'un mois renouvelables, pour les ASPDT et les ASPPI. Pour les ASPDRE, les arrêtés du représentant de l'État prévoient le maintien de la mesure de soins pour une durée d'un mois à compter de la fin de la période initiale de 72 h, puis, à la fin de ce premier mois, pour une nouvelle durée de trois mois, puis pour des périodes maximales de six mois renouvelables. Il convient de prévenir les patients, auxquels sont transmises copie de ces décisions et arrêtés, que la durée indiquée correspond à une durée maximale avant une nouvelle décision ; cela ne préjuge ni d'une éventuelle levée dans l'intervalle, ni d'une éventuelle prolongation par la suite.

Tant que la mesure dure et quelle que soit la forme des soins, un psychiatre de l'établissement d'accueil doit établir chaque mois un certificat médical circonstancié. Ce certificat confirme ou infirme, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précise les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat indique si les soins sont toujours nécessaires ; il précise si la forme de la prise en charge demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

2.5. Modalités de contrôle judiciaire des mesures

Toute situation d'hospitalisation complète doit faire l'objet d'un examen par le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dont dépend l'établissement d'accueil, dans un délai de 12 jours suivant l'admission (ou la réintégration en cas de passage d'un programme de soins vers une hospitalisation complète) puis tous les six mois tant que se prolonge l'hospitalisation complète. Le juge est préalablement saisi par le directeur de l'établissement (en ASPDT et ASPPI) ou par le représentant de l'État (en ASPDRE) dans un délai de huit jours à compter de la (ré-)admission.

Un psychiatre de l'établissement d'accueil doit rédiger un avis motivé quant à la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Cet avis accompagne la saisine du juge ; il doit donc être rédigé avant le huitième jour suivant la (ré-)admission. Lors de la saisine après une période d'un an d'hospitalisation complète, l'avis joint à la saisine doit émaner du collège pluridisciplinaire (décrit ci-dessus au paragraphe 2.4.4). Le cas échéant, cet avis doit mentionner les motifs médicaux qui font obstacle à l'audition du patient car ils nuiraient à son intérêt.

2.5.1. Déroulement de l'audience

Le lieu de l'audience est une salle, aménagée selon des consignes bien définies par la loi, située dans l'établissement de santé. Le juge peut toutefois décider que l'audience se tiendra au TGI. Une audience d'appel se tient à la cour d'appel. Les débats sont par principe publics mais peuvent avoir lieu en chambre du conseil si le juge le décide ou si le patient ou son représentant le demande. La présence d'un avocat est obligatoire. Il n'y a plus de possibilité de recours à une visioconférence.

Le débat doit être contradictoire : sont convoqués le patient, le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État. Le tiers est également convoqué pour les ASPDT : il convient de l'informer au moment de la signature de la convocation qu'il recevra et du fait que son nom apparaîtra sur la convocation que le patient recevra. Le tiers n'a toutefois aucune obligation de se rendre à l'audience. De même, indépendamment de toute considération médicale, le patient peut refuser de se rendre à l'audience. La loi prévoit que les patients soient obligatoirement assistés (ou représentés en cas d'absence) par un avocat ; cet avocat peut être choisi ou, à défaut, commis d'office.

2.5.2. Décision du juge et voies de recours

Le juge rend son ordonnance dans les suites immédiates de l'audience ; il statue sur le maintien de la mesure dans sa forme d'hospitalisation complète. Il peut décider d'une levée totale de la mesure, ou de la fin de l'hospitalisation complète (ce qui laisse alors la possibilité au psychiatre de l'établissement d'instaurer un programme de soins). Sauf cas particuliers (voir 2.7.2 : les situations avec irresponsabilité pénale), le juge est seul souverain de sa décision : il n'est pas tenu de suivre l'avis médical ; il peut ordonner une expertise s'il le souhaite avant de rendre sa décision, mais il n'en a aucune obligation.

L'ordonnance est transmise aux parties (au patient et au directeur de l'établissement ou au représentant de l'État), qui peuvent faire appel de l'ordonnance rendue devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Cet appel n'est pas suspensif (c'est-à-dire que la décision du juge doit être mise en application) sauf en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Auquel cas, l'appel doit être formé dans les six heures à compter de la notification de l'ordonnance au directeur de l'établissement ou au représentant de l'État ; la demande d'appel doit mentionner le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. La demande est transmise par le procureur de la République au premier président de la cour d'appel ou à son délégué, qui a le pouvoir de déclarer le recours suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué doit statuer à bref délai selon les mêmes modalités que l'audience initiale (délai de trois jours en cas d'appel suspensif, quatorze jours en cas de demande d'expertise préalable à la nouvelle audience).

2.6. Modalités de levée

2.6.1. Sur avis du psychiatre

L'admission en soins psychiatriques se faisant sur la base de critères médicaux, la levée logique de la mesure intervient lorsqu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Ce certificat médical circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

En ASPDT ou en ASPPI, le directeur de l'établissement est tenu de lever la mesure dès que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient le propose dans son certificat.

En ASPDRE, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies. Lorsque le psychiatre atteste que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les 24 h au représentant de l'État dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

Toutefois, le représentant de l'État n'est pas tenu de suivre les conclusions du psychiatre. La procédure est alors la même que celle décrite plus haut pour l'instauration d'un programme de soins en ASPDRE. Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de 72 h à compter de la décision du représentant de l'État, un avis sur la levée de la mesure. Lorsque les avis des deux psychiatres concordent, le représentant de l'État doit ordonner la levée de la mesure. En revanche, lorsque le deuxième psychiatre préconise la poursuite de la mesure, celle-ci est maintenue. Le représentant de l'État en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette situation.

À noter que lorsque la mesure de soins psychiatriques est levée, un psychiatre de l'établissement d'accueil informe le patient de la nécessité de poursuivre son traitement en soins libres et lui indique les modalités de soins qu'il estime les plus appropriées à son état.

2.6.2. Sur ordonnance du juge

Comme décrit plus haut, le juge des libertés et de la détention a toute compétence pour ordonner, s'il y a lieu, la mainlevée totale de la mesure de soins sans consentement ou seulement de la mesure d'hospitalisation complète. Dans ce dernier cas, la loi précise que le patient peut faire l'objet dès cette mainlevée d'une poursuite de la mesure sous la forme d'un programme de soins, si les conditions justifiant la mesure de soins psychiatriques sont toujours réunies. À cet effet, le juge peut décider, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, que la mainlevée ne prenne effet que dans un délai de 24 h (au maximum), afin de laisser le temps qu'un programme de soins puisse être établi. La décision d'établir ou non un programme de soins reste du ressort du psychiatre prodiguant les soins.

2.6.3. À la demande de la CDSP

Il existe dans chaque département une *commission départementale des soins psychiatriques* (CDSP) chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques. La commission examine les situations de toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques dont elle reçoit une réclamation. Elle examine aussi de manière systématique les situations de toute personne admise en ASPPI, ou dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an. Le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État prononce la levée de la mesure de

soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée par la commission départementale des soins psychiatriques à l'issue de son évaluation.



POUR EN SAVOIR PLUS

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Cette commission se compose : de deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'État dans le département ; d'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; de deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ; d'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État dans le département. Ces membres sont soumis au secret professionnel.

2.6.4. À la demande d'une tierce personne

En ASPDT ou en ASPPI, le directeur de l'établissement peut prononcer la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée par toute personne qui remplit les conditions d'un tiers (toute personne justifiant de l'existence de relations antérieures avec le malade et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci). Cette personne ne correspond pas nécessairement au tiers qui a signé la demande.

Toutefois, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 h, atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues auprès du juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil.

Dans ce même cas, lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de 24 h, atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre un arrêté transformant la mesure en ASPDRE.

2.6.5. Pour défauts dans les procédures

Le juge des libertés et de la détention peut également être saisi pour des anomalies sur la forme de la mesure ; toute anomalie n'entraîne pas systématiquement la levée de la mesure. En revanche, si le juge n'a pas statué dans les délais prévus par la loi, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise ; de même s'il n'a pas été saisi dans les délais impartis, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

Enfin, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux autorités judiciaires, le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis ou attestations prévus par la loi entraîne la levée de la mesure de soins. En ASPDRE, la levée de la mesure de soins est acquise en cas d'absence de décision du représentant de l'État à l'issue de chacun des délais prévus.

2.7. Situations particuliers d'ASPDRE

2.7.1. Personnes détenues

Les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, elles sont nécessairement admises en ASPDRE et uniquement prises en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Un certificat médical doit constater que la personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui. Au vu de ce certificat, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté l'ASPDRE. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

L'hospitalisation peut avoir lieu soit dans un établissement de santé habilité à accueillir des patients en soins psychiatriques sous contrainte, soit au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Le transport vers l'établissement de soins est du ressort de l'établissement dès que la mesure est prononcée ; à l'inverse, l'administration pénitentiaire organise le retour en détention dès la levée de la mesure. Au cours de l'hospitalisation, les modalités des contacts avec les personnes extérieures (visite, téléphone) tiennent compte des obligations de soins, mais également des dispositions prévues en détention (interdiction de contact avec les victimes, les témoins, etc.).

À noter que les UHSA sont habilitées à recevoir des détenus nécessitant des soins psychiatriques auxquels ils consentent. Aucune mesure de soins sans consentement n'est alors nécessaire.

2.7.2. Situations d'irresponsabilité pénale (dites « 122-1 »)

2.7.2.1. Modalités d'instauration

Suite à une décision de justice d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, il existe deux modalités particulières d'admission en soins psychiatriques sans consentement (en ASPDRE) : soit les autorités judiciaires ordonnent elles-mêmes l'admission ; soit elles signalent (avec obligation d'en informer la personne concernée) la situation au représentant de l'État, qui ordonne une expertise sur la base de laquelle un arrêté d'ASPDRE peut être pris.

C'est au titre de l'article 706-135 du Code de procédure pénale que les autorités judiciaires peuvent ordonner directement, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques d'une personne, sous la forme d'une hospitalisation complète. Il doit avoir été établi au préalable par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les ASPDRE.

L'article 3213-7 du Code de la santé publique prévoit que les autorités judiciaires avisent immédiatement la commission départementale des soins psychiatriques ainsi que le représentant de l'État dans le département lorsqu'elles estiment qu'une personne qui a bénéficié d'une irresponsabilité pénale, présente les critères d'une ASPDRE (état mental qui nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public). Le représentant de l'État ordonne alors sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'ASPDRE.

Si l'état de la personne concernée le permet, celle-ci doit être informée de cette procédure par les autorités judiciaires par tout moyen et de manière appropriée à son état.

Que ce soit au titre de l'article 706-135 ou de l'article 3213-7, les modalités d'application sont celles de toute ASPDRE, sauf si la procédure judiciaire concernait des faits punis d'au moins 5 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins 10 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Il existe alors des dispositions spécifiques plus contraignantes aussi bien pour le contrôle de la mesure par le juge que pour l'instauration d'un programme de soins et la levée de la mesure. Ces dispositions sont détaillées dans les trois paragraphes ci-dessous (attention ! elles ne concernent pas tous les patients en situation d'irresponsabilité : elles s'appliquent si et seulement si la procédure judiciaire concernait des faits punis d'au moins 5 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins 10 ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens).

2.7.2.2. Contrôle par le JLD

En cas d'hospitalisation complète, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de 12 jours à compter de l'admission par arrêté (article 3213-7). Il n'y a pas d'examen de la mesure par le juge à 12 jours lorsque l'hospitalisation fait suite à une décision judiciaire (article 706-135) : la justice s'est déjà prononcée en ordonnant elle-même la mesure. Dans tous les cas et selon les conditions générales, tant que dure l'hospitalisation complète, le juge doit statuer tous les six mois sur le maintien de la mesure.

Un avis de collège (et non l'avis d'un seul psychiatre) doit être établi préalablement à l'audience : le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli cet avis. De plus, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli deux expertises psychiatriques. Si les expertises ne sont pas réalisées dans les délais fixés, le juge peut toutefois statuer immédiatement.



POUR EN SAVOIR PLUS

Habilitation pour les expertises prévues par la loi du 5 juillet 2011

L'expertise doit être conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil de la personne malade, choisi par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le procureur de la République après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement ou, à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement. (Article L3213-5-1 du Code de la santé publique)

À noter que le représentant de l'État peut ordonner à tout moment l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une ASPDRE ; et ce indépendamment des circonstances dans lesquelles cette expertise est obligatoire.

2.7.2.3. Passage en programme de soins

La proposition de transformer une hospitalisation complète en programme de soins ne peut émaner du certificat d'un seul psychiatre : elle nécessite l'avis du collège pluridisciplinaire. Le représentant de l'État dans le département décide ensuite s'il modifie ou non la forme de la prise en charge de la personne malade.

Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du collège, il ordonne une expertise. Si l'expertise confirme la recommandation du programme de soins, le représentant de l'État doit acter du passage en programme de soins. En revanche, le représentant de l'État maintient l'hospitalisation complète lorsque l'expertise préconise ce maintien ; il en informe le

directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue dans un bref délai sur cette situation.

2.7.2.4. Levée de la mesure

La levée de la mesure nécessite à la fois un avis du collège pluridisciplinaire argumentant que la mesure n'est plus nécessaire, ainsi que les conclusions concordantes de deux expertises (les deux experts doivent se prononcer dans un délai maximal de 72 h à compter de leur désignation par le représentant de l'État suite à l'avis de collège). Lorsque ces conditions sont réunies, le représentant de l'État ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques.

Lorsque ces avis divergent, le représentant de l'État choisit s'il maintient ou non la mesure. S'il la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette situation.

2.8. Droits des patients

2.8.1. De l'information du patient

L'information du patient est une obligation légale, sur laquelle insistent les textes de 2011 et 2013. Cette information n'est pas du seul ressort des médecins : il appartient aux directeurs d'établissement et aux représentants de l'État de notifier leurs décisions aux patients (souvent en leur donnant copie des décisions et arrêtés). Du point de vue médico-légal, il est capital de garder la trace de l'information donnée dans le dossier du patient. Du point de vue médical pratique, l'enjeu est de respecter les obligations légales en adaptant les informations données à des patients parfois très décompensés.

La loi prévoit qu'avant toute décision, l'avis du patient sur la mesure de soins et ses modalités doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible ; le patient doit être mis à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état. Après la décision d'admission et suivant chaque décision ultérieure modifiant la mesure de soins et ses modalités d'application, le patient doit en être informé le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état ; les raisons qui motivent ces décisions doivent lui être expliquées.

2.8.2. Les voies de recours

Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chaque nouvelle décision, le patient doit être informé de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.

Le patient a la possibilité de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil afin de demander la levée de la mesure dont il fait l'objet.

Le patient peut également saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de l'établissement dans lequel il se trouve. Celle-ci a pour mission de veiller au respect des droits des usagers ; elle peut transmettre la demande à la commission départementale des soins psychiatriques pour instruction. Enfin, le patient peut également directement saisir la commission départementale des soins psychiatriques.

À noter que le patient dispose aussi du droit de communiquer avec les députés, les sénateurs et les représentants au Parlement européen élus en France, ainsi qu'avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

2.8.3. Des droits préservés

La loi explicite que le patient garde le droit pendant la mesure :

- * de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix (lors de l'audience auprès du juge des libertés, la présence d'un avocat est obligatoire) ;
- * d'émettre ou de recevoir des courriers ;
- * de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- * d'exercer son droit de vote ;
- * de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

À l'issue de la mesure, le patient conserve la totalité de ses droits et devoirs civiques sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés (sauf instauration en parallèle d'une mesure de protection).

2.8.4. Obligation de protection par sauvegarde de justice

Aucune mesure de protection ne découle de manière systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement. Aussi, tout médecin de l'établissement qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile est légalement tenu d'en faire une déclaration obligatoire au procureur de la République afin de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'État dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

2.9. Informations de tierces personnes

En ASPDT, le tiers doit être informé de toute modification dans la forme de la prise en charge, des sorties de courte durée non-accompagné et de la levée de la mesure.

Les certificats médicaux rédigés dans le cadre des soins sous contrainte sont transmis à de nombreux destinataires : le directeur de l'établissement d'accueil et le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, ainsi que la commission départementale des soins psychiatriques, qui est prévenue de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques et reçoit sans délai copie de chacun des certificats médicaux.

Sans avoir copie des certificats médicaux, le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le patient a sa résidence habituelle doivent être informés de l'instauration et de la levée de la mesure.

Pour les patients en ASPDRE, le représentant de l'État dans le département avise également de toute décision le maire de la commune où est implanté l'établissement et le maire de la commune où la personne malade a sa résidence habituelle ; la famille de la personne qui fait l'objet de soins ; le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.



POUR EN SAVOIR PLUS

Visites des établissements

Les établissements habilités à recevoir les patients sous contrainte sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. À l'occasion de leur visite, ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Les députés et les sénateurs ainsi que les représentants au Parlement européen élus en France sont aussi autorisés à visiter à tout moment les établissements.

3. HOSPITALISATION PAR ORDONNANCE DE PLACEMENT PROVISOIRE

3.1. Cadre général pour l'hospitalisation des mineurs

Comme les mineurs sont soumis aux décisions des titulaires de l'autorité parentale, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur (un mineur est toujours sous la contrainte de ses parents !). En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, c'est le juge aux affaires familiales qui doit être saisi et statuer.

Les personnes mineures peuvent faire l'objet d'une mesure d'ASPDRE. Lorsque les conditions sont réunies (troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public), une mesure d'ASPDRE peut être prononcée par le représentant de l'État pour une personne mineure selon les modalités prévues par la loi de juillet 2011 (telles que décrites ci-avant). De même, lorsqu'un mineur détenu présente des troubles mentaux rendant nécessaires une hospitalisation complète sans qu'il y consente, une mesure d'ASPDRE sera prononcée selon les modalités prévues par la loi de juillet 2011 pour les personnes détenues.

3.2. Hospitalisation par ordonnance de placement provisoire : indications et modalités d'application

L'ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure définie par les articles 375 et suivants du Code civil relatifs à l'assistance éducative. Elle permet le placement d'un mineur non émancipé auprès d'une personne (un des parents ; un autre membre de la famille ou un tiers digne de confiance) ou dans une structure (service départemental de l'aide sociale à l'enfance ; service ou à établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ; service ou établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé) susceptible d'assurer son accueil et son hébergement. Cette décision est prise par le juge des enfants lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

Dans ce cadre-là, le mineur peut être confié à un établissement habilité à recevoir des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Cette mesure constitue ainsi, chez les mineurs non émancipés, une modalité spécifique de soins psychiatriques sous contrainte en dehors des dispositions de la loi de juillet 2011, sous la forme obligatoire d'une hospitalisation sur décision du juge des enfants. Cette décision nécessite toutefois une évaluation médicale préalable. L'article 375-9 du Code civil précise que cet avis médical circonstancié doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement. La décision initiale du juge est prise pour une durée ne pouvant excéder 15 jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

Le juge peut statuer à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié, du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. En cas d'urgence, le procureur de la République du lieu où le mineur a été trouvé a le même pouvoir que le juge des enfants pour décider d'une OPP, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent, qui maintiendra, modifiera ou rapportera la mesure.

Les parents conservent un droit de correspondance ainsi qu'un droit de visite et d'hébergement. Le juge en fixe les modalités et peut, si l'intérêt du mineur l'exige, décider que l'exercice de ces droits, ou de l'un d'eux, est provisoirement suspendu. Il peut également décider que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers désigné par l'établissement auquel le mineur est confié. Si l'intérêt du mineur le nécessite ou en cas de danger, le juge décide de l'anonymat du lieu d'accueil.



RÉSUMÉ

Les soins psychiatriques sans consentement sont définis par la loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013. Il existe différentes procédures : l'Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPD), l'Admission en soins psychiatriques en péril imminent (ASPM) et l'Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état (ASPRE). Ces mesures sont instaurées au vu d'un ou deux certificats (ou avis) médicaux, parfois accompagnés d'une demande de tiers. Ces mesures doivent être prises lorsqu'un état mental rend impossible le consentement du patient à des soins nécessaires assortis d'une surveillance au moins régulière.

Il existe une période initiale d'observation et de soins en milieu hospitalier de 72 h. À l'issue de cette période, les soins peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète continue ou d'un programme de soins. Tant que dure la mesure, un certificat doit être établi tous les mois. Il existe différentes modalités de levée des mesures. En ASPRE, les modifications de la forme des soins ou la levée de la mesure peuvent nécessiter des avis ou des expertises de plusieurs psychiatres ; il existe des dispositions particulières pour les détenus et en cas d'irresponsabilité pénale.

Toute mesure d'hospitalisation complète fait l'objet d'un examen systématique par le juge des libertés et de la détention. Celui-ci peut lever la mesure. La commission départementale des soins psychiatriques peut également examiner la situation des patients. L'information du patient est une obligation légale (de même que celle du tiers en ASPD). Si le patient le nécessite, il est obligatoire de faire instaurer une sauvegarde de justice.

Une ordonnance de placement provisoire peut être prise par le juge des enfants pour des mineurs non-émancipés afin que ces derniers soient confiés à un service de (pédo)psychiatrie lorsque le juge l'estime nécessaire à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé. Cette mesure est prise, puis le cas échéant renouvelée, au vu d'avis médicaux.



POINTS CLEFS

La loi de 2011 en une page

Légende

ASPDPT : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

ASPPI : Admission en Soins Psychiatriques en Péril Imminent

ASPDRE : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État

C1 : premier certificat médical initial

(ext) : certificat devant être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil

C2 : deuxième certificat médical initial

CNI : Carte Nationale d'Identité : un document d'identité doit être fourni

C24 : certificat établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours des premières 24 h

C72 : certificat établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil entre 48 et 72 h

JLD : juge des libertés et de la détention

HCC : Hospitalisation Complète Continue

PDS : Programme de Soins

CM : certificat établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil de manière mensuelle

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Tous les codes et textes de lois sont accessibles sur : <http://legifrance.gouv.fr/>

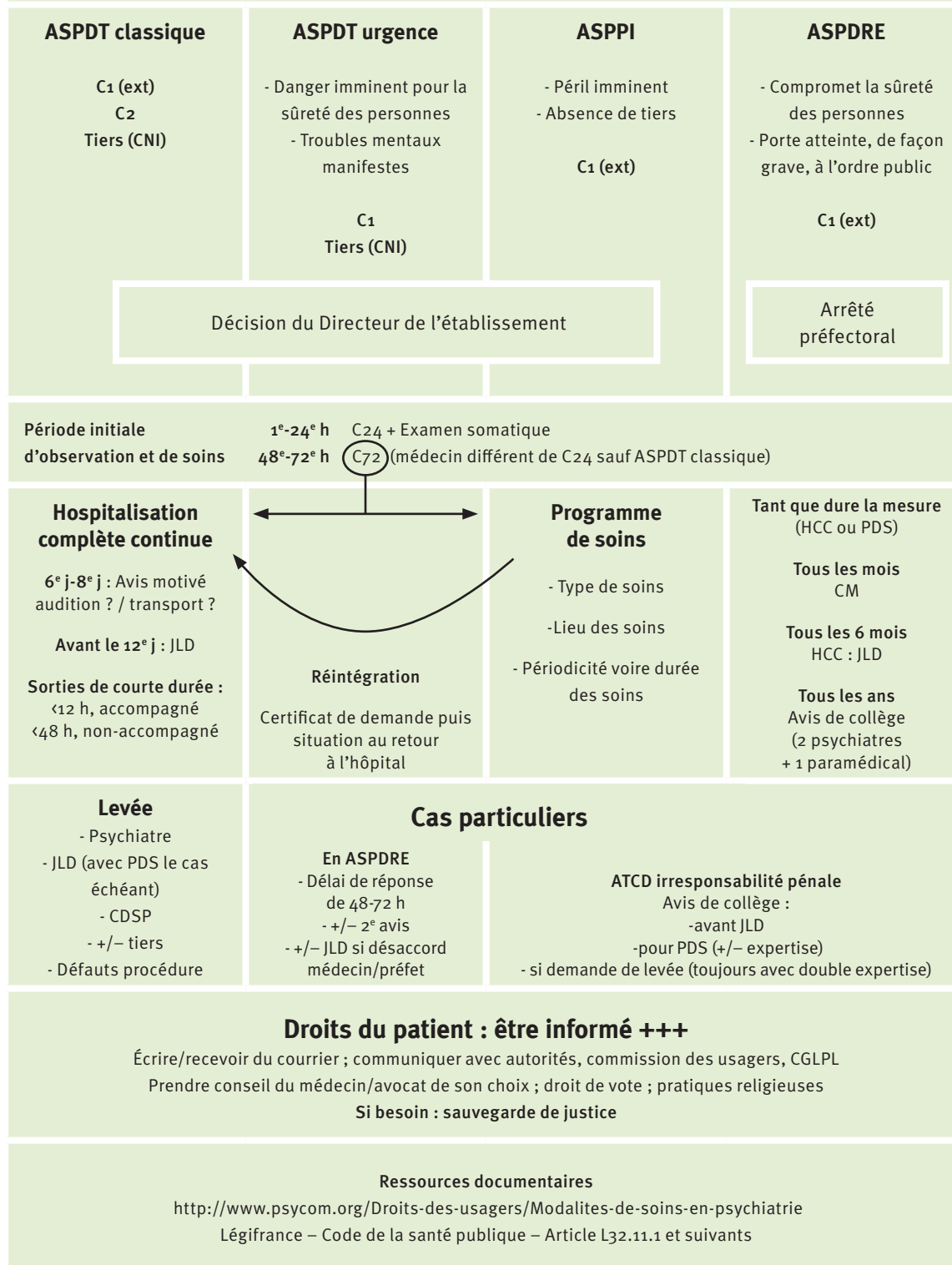
Les articles de code concernés ont ici été repris parfois dans leur intégralité. Pour faciliter la lecture, les mots repris n'ont toutefois été ni mis en italique ni entre guillemets.

- * Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011
- * Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013
- * Code de la santé publique : Modalités de soins psychiatriques : articles L3211-1 et suivants (version en vigueur au 1er janvier 2015)
- * Code la procédure pénale : article 706-135
- * Code pénal : article 122-1
- * Code civil : articles 375 et suivants

Des tableaux-résumé plus exhaustifs mesure par mesure sont accessibles en ligne sur le site de l'AESP : <http://www.asso-aesp.fr/>

SOINS PSYCHIATRIQUES SOUS CONTRAINTE

- État mental qui nécessite des soins immédiats + surveillance médicale
- Impossibilité d'y consentir



item 71

DIFFÉRENTS TYPES DE TECHNIQUES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

- I. Introduction
- II. Psychothérapies individuelles
- III. Psychothérapies de groupe et collectives



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Expliquer les principaux contextes théoriques et les principes de base.

1. INTRODUCTION

1.1. Psychothérapie (Psukhé, âme ; Thérapia, traitement)

« Est psychothérapeutique toute démarche visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme » (selon le psychiatre Paul Sivadon).

La psychothérapie est une technique de soin reposant sur l'écoute du patient. Son indication vise un désordre psychique ou physique ; elle implique de la part du patient une demande de soin et de changement. Un objectif thérapeutique doit être défini.

Une définition de la psychothérapie comprend « toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade » (Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*).

1.2. Le titre de psychothérapeute

Loi d'août 2004 : est officiellement psychothérapeute, un professionnel inscrit sur le « Registre national des psychothérapeutes ». Les diplômés du Doctorat en médecine, les psychologues cliniciens et les psychanalystes enregistrés sur l'annuaire de leur association sont inscrits de droit.

Décret de mai 2010 : l'inscription à ce Registre national est subordonnée à une formation psychopathologique théorique de 400 heures et un stage pratique de 5 mois minimum. Les psychiatres en sont dispensés et sont psychothérapeutes de fait dès la validation de leur DES.

Décret de mai 2012 : une formation et un stage sont inclus dans le cursus universitaire des psychologues.

1.3. Le patient

- * Il faut préciser sa demande et formuler une indication.
- * Certaines psychothérapies demandent des capacités de réflexion et d'association d'idées ou bien une acceptation de l'imaginaire.
- * Il peut exister des contre-indications liées à l'impulsivité du patient, à l'existence d'idées délirantes ou d'interprétations de la réalité pour certaines techniques.
- * La psychothérapie est donc un processus interactionnel conscient et planifié, visant à apaiser des souffrances et influencer les altérations du comportement.

Il existe plus de 400 formes de psychothérapies aujourd'hui : chacune repose sur un courant théorique et une technique propre à la méthode. Elles sont regroupées par grands courants de pensée (analytique, cognitivo-comportementale...).

Elles ne sont pas contradictoires mais chacune a son hypothèse du fonctionnement du psychisme ; elles abordent donc le soin de manière différente.

Un point commun à toutes ces psychothérapies est l'empathie.

La psychothérapie n'est pas une simple conversation. Pour être reconnue comme « psychothérapie », une méthode d'intervention psychologique doit remplir plusieurs conditions :

- * être fondée sur théorie scientifique reconnue,
- * reposer sur des indications clairement établies,

- * avoir une technique codifiée,
- * ses effets (favorables et défavorables) doivent pouvoir être évalués,
- * être pratiquée par des intervenants formés et compétents.

L'engagement dans une psychothérapie nécessite de prendre en considération trois facteurs :

- * les attentes du patient, elles sont guidées par une situation de vie, un symptôme, un comportement (cf. Item 01),
- * l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute (cf. Item 01),
- * la place de la psychothérapie par rapport aux interventions de réhabilitation, éducatives ou sociales (cf. Item 117) et aux prescriptions médicamenteuses (cf. Item 72).

Le choix de la psychothérapie est guidé par :

- * le symptôme du patient : type (diagnostic), gravité et sévérité (cf. Item 59),
- * le choix du patient : son expérience préalable et/ou sa préférence en fonction de ses propres représentations (cf. Item 01),
- * l'accessibilité aux soins (tel thérapeute avec telle méthode, dans telle région) (cf. Item 60).

2. PSYCHOTHÉRAPIES INDIVIDUELLES

2.1. Psychothérapie de soutien

La psychothérapie de soutien est considérée comme une psychothérapie de premier niveau, une base commune ou un socle sur lequel se construisent d'autres psychothérapies. Elle est à différencier du « soutien » qui est une notion générale qui n'appartient pas au monde soignant. Elle est la psychothérapie la plus utilisée et la moins théorisée mais elle répond à un cadre précis et des techniques définies.

2.1.1. Principes théoriques

Théorie composite qui emprunte à la théorie analytique et cognitivo-comportementale, à l'expérience humaine et professionnelle, et à l'utilisation des ressources relationnelles.

Elle vise à accompagner et aider le patient face à une situation de vie difficile et stressante : l'annonce d'une maladie grave (cf. Item 01), la survenue d'un traumatisme, le deuil (cf. Item 141), une anxiété réactionnelle (cf. Item 64)...

2.1.2. Objectifs

- * Obtenir la plus grande amélioration symptomatique possible.
- * Rétablir l'équilibre psychologique du patient et les stratégies d'ajustement du patient face à une situation de stress (cf. Item 01).
- * Rétablir l'estime de soi et le sentiment d'efficacité personnel.

2.1.3. Modalités pratiques

- * Repérer et structurer la demande du patient.
- * Écoute attentive, empathique, compréhensive, validant les ressentis en nommant, clarifiant, le contenu des représentations et des émotions (cf. Item 01).

- * Dépister les résistances (cf. Item 01),
- * Soutenir et renforcer le sentiment de liberté et d'efficacité personnelle en réassurant, encourageant, valorisant, conseillant (cf. Item 01).

2.1.4. Indications

Toutes les pathologies médicales psychiatriques et non psychiatriques.

2.2. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les TCC ont connu 3 évolutions successives :

- * une première comportementale (1950-1980),
- * une seconde qui correspond à la « révolution cognitive » (1980-1990),
- * une troisième, la vague « émotionnelle » (de 1990 à nos jours) qui recourt aux principes théoriques des 2 premières vagues (comportemental + cognitif).

Elles appartiennent aux thérapies brèves.

2.2.1. Principes théoriques

Le postulat est que le patient a acquis, par conditionnement, un certain nombre de réponses comportementales ou cognitives dysfonctionnelles (les symptômes).

Il peut s'agir de schémas de pensées erronés ou bien de symptômes psychiques comme une phobie, une obsession, une attaque de panique. Dans toute psychothérapie comportementale ou cognitive on repère les situations ou comportements à problèmes, les pensées qui s'y relient, les émotions qui surgissent. Puis, on tente de réfléchir à des stratégies alternatives pour les pensées ou les émotions.

Le conditionnement est le fait qu'il est possible de sensibiliser le sujet à un stimuli afin d'obtenir une réponse prévisible. Le conditionnement introduit les notions d'apprentissage social et de « renforcement ».

2.2.1.1. La thérapie comportementale = comportementalisme ou béhaviorisme

Considère que l'inconscient est inobservable et donc, que seule la réponse comportementale peut être étudiée. Cette thérapie propose de décrire, prévoir et contrôler le comportement, défini comme une réponse à un stimuli.

2.2.1.2. La théorie cognitive = théorie du traitement de l'information

L'individu traite l'information en fonction de schémas cognitifs acquis par apprentissage, qui donnent lieu à des pensées automatiques, qui elles-même guident les comportements.

Cette thérapie propose d'identifier ces schémas pour mieux les gérer.

2.2.2. Objectifs

Les TCC sont des psychothérapies verbales dont le but est de faire acquérir au patient des compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes.

2.2.3. Modalités pratiques

2.2.3.1. Théorie comportementale :

- * Désensibilisation par confrontation en imagination au stimulus anxiogène.
- * Exposition par confrontation in vivo (graduée) au stimulus anxiogène, avec « modeling » participatif (le thérapeute montre de nouveaux comportements).
- * Immersion (flooding) : confrontation directe, non graduée, à un stimulus anxiogène maximal.
- * Affirmation de soi.
- * Développement des compétences sociales.
- * Apprentissage de la gestion des émotions.

2.2.3.2. Théorie cognitive :

- * Modification des schémas cognitifs.
- * Thérapie rationnelle d'Ellis et méthode de Beck : étude des schémas de pensée « erronés » comme le fait de surgénéraliser, d'avoir une pensée dichotomique ou de tirer des conclusions arbitraires d'un fait, et développement de schémas cognitifs plus adaptés.

2.2.4. Indications

TOC, phobies, troubles anxieux, stress post-traumatique, trouble dépressif caractérisé, prévention du suicide, TCA, troubles du sommeil, trouble de personnalité borderline, dépendance, schizophrénie.

2.3. Psychothérapie analytique

Les psychothérapies analytiques et la psychanalyse reposent sur le postulat de l'inconscient, créé il y a plus d'un siècle par Freud.

2.3.1. Principes théoriques

La théorie freudienne repose sur l'hypothèse de l'existence de processus psychiques inconscients reliés dynamiquement aux processus conscients.

Il s'agit de la théorie topique de Freud qui distingue 3 instances psychiques :

- * le Ça : inconscient, siège des pulsions et des désirs refoulés,
- * le Moi : conscient, au contact de la réalité, contrôle l'accès à la perception et à l'action (instance médiatrice entre le Ça et le Surmoi),
- * le Surmoi : « conscience morale » formée par l'intériorisation des interdits parentaux et sociaux.

Les mouvements générés par les pulsions (définie comme ce qui vise à soulager l'organisme d'une tension comme la faim, le sommeil, l'angoisse...) entre ces différentes instances est à l'origine de conflits intrapsychiques, dont le symptôme du patient est l'expression. L'individu lutte contre ces conflits par des mécanismes de défense, inconscients : refoulement, clivage, projection, annulation, déni, déplacement passage à l'acte...

2.3.2. Objectifs

Contrairement aux autres thérapies, le but n'est pas d'abolir le symptôme qui est parfois interprété comme la tentative de résolution d'un conflit intrapsychique et la transition vers la guérison.

Les buts sont la mise à jour progressive et la prise de conscience d'éléments inconscients et de ses processus psychiques. Il s'en suit l'aménagement progressif des mécanismes de défense délétères pour le patient. Elle tend à modifier la structure de personnalité.

2.3.3. Modalités pratiques

Cure analytique :

- * Le patient est allongé sur un divan. Le psychanalyste, en dehors de son champ de vision, adopte une attitude de « neutralité affective » et analyse les résistances du patient et la relation de transfert.
- * Les associations libres : le patient exprime ses pensées sans les ordonner ou les hiérarchiser (« comme ça vient »).
- * Le transfert : mouvements émotionnels du patient vers le thérapeute répétant des attitudes acquises dans l'enfance.
- * Le contre-transfert : ensemble des émotions et affects induits chez le thérapeute, par le transfert du patient.
- * L'interprétation : intervention de l'analyste en vue d'éclairer l'origine des symptômes. Une importance est donnée aux rêves et au retour des souvenirs infantiles.

Psychothérapie d'inspiration analytique (PIP) :

- * Correspond à une « cure-type aménagée » : patient et thérapeute assis face à face.
- * Thérapie plus directement orientée vers le soin : centre les échanges sur le matériel psychique le plus significatif mais tend à supprimer les symptômes.

2.3.4. Indications

Indiquée surtout dans les troubles non psychotiques : troubles anxieux, phobies, TOC, troubles somatoformes, troubles de personnalité (histrionique et narcissique surtout), troubles de l'adaptation et état de stress post traumatiques.

Dans tous les cas le patient doit être demandeur, motivé, avec un bon insight (conscience du trouble) et des représentations psychiques adaptées à celle de la psychanalyse.

Les contre-indications sont les troubles psychotiques sévères ou décompensés.

2.4. Autres

Liste non exhaustive des autres thérapies répertoriées (leur classification est arbitraire et dépend souvent de leurs auteurs) :

- * Les psychothérapies interpersonnelles : se focalisent sur les conflits inter humains, les déficits de communication, les transitions dans les rôles de la vie, les processus d'attachement et de perte.
- * Les thérapies dérivant des TCC ou agissant sur les cognitions : TCC 3^e vague = thérapie ACT (Thérapie d'acceptation et d'engagement), Programmation neuro-linguistique (PNL), remédiation cognitive, EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing – Désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires).
- * Thérapies humanistes : thérapie existentielle et phénoménologique (Dasein analyse), Gestalt-thérapie, analyse transactionnelle, psychothérapies intégratives, thérapies Rodgeriennes.
- * Les thérapies corporelles et à médiation : médiation corporelle, médiation artistique, relaxation, biofeedback, sophrologie, hypnose...

3. PSYCHOTHÉRAPIES DE GROUPE ET COLLECTIVES

3.1. Thérapie systémique familiale (ou de couple)

3.1.1. Principes théoriques

Le modèle systémique (Bateson et École de Palo Alto) envisage la famille (ou le couple) comme un système dynamique où les membres sont en perpétuelle interaction. Les symptômes d'un des sujets du système (le « patient-désigné ») sont inclus dans cette dynamique et n'appartiennent pas qu'au patient. Ils relatent un dysfonctionnement communicationnel ou interrelationnel du système.

3.1.2. Objectifs

La systémique étudie ce qui fonde la famille, ses règles, ses mythes, ses transactions, son équilibre et sa flexibilité face au changement. Elle vise la réduction des symptômes chez le patient désigné en prenant en charge l'ensemble du système dans lequel il évolue (la famille).

3.1.3. Modalités pratiques

- * Alliance thérapeutique.
- * Affiliation (joining) : le thérapeute s'imprègne de la culture familiale pour enclencher le processus thérapeutique.
- * Redéfinition et connotation positive : analyse des comportements de la famille et de leurs significations.
- * Questionnement circulaire : recherche des différences entre les membres de la famille et modifie « les étiquettes » attribuant à chacun un rôle figé.
- * Génogramme familial : support écrit pour représenter les relations entre les différents membres de la famille et connaître les positions de chacun par rapport à l'histoire de la famille et celle des générations passées.
- * Prescription de tâches.

Cadre de l'entretien familial défini :

- * à minima un thérapeute et un observateur qui repère les mouvements et les séquences de l'entretien,
- * enregistrement audio et vidéo de l'entretien : permet l'analyse par le thérapeute après-coup, décryptage des fonctionnements interrelationnels,
- * deux salles séparées par un miroir sans tain : dans une 1^{re} salle, la famille et le thérapeute ; dans une 2nde salle, le co-thérapeute.

3.1.4. Indications

Les troubles psychiatriques en lien avec des facteurs de risques et de maintien en rapport avec des facteurs de stress reliés aux interactions familiales.

TCA (anorexie +++) et autres addictions, schizophrénie, autisme, TDAH, troubles des conduites.

3.2. Autres

- * Psychothérapie institutionnelle.
- * Psychothérapie mère-bébé.
- * Psychothérapie de groupe : psychodrame (psychodrame analytique, psychodrame de Moreno), groupe de paroles, groupe d'affirmation de soi, groupe de réhabilitation sociale et cognitive...
- * Ateliers thérapeutiques / Art-thérapie.



RÉSUMÉ

Trois grands courants à retenir :

- * Thérapie cognitive et comportementale (TCC).
- * Psychothérapie analytique.
- * Thérapie systémique familiale.



POINTS CLEFS

Psychothérapie.

Alliance thérapeutique.

Empathie .

Contre-Indication de la cure analytique dans les troubles psychotiques décompensée ou sévères.

À distance de l'épisode aigu :

- * thérapie cognitivo-comportementale *ou* thérapie systémique familiale *ou*
- * psychothérapie analytique,
- * choix adapté à la pathologie et au désir du patient, en l'absence de contre-indication.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Schmitt L., *Premiers pas en psychothérapie, petit manuel du thérapeute*, Elsevier Masson éditeur, 2010

Expertise collective de l'INSERM 2004 : *Psychothérapie, trois approches évaluées*

item 72

**PRESCRIPTION
ET SURVEILLANCE
DES PSYCHOTROPES****A - INTRODUCTION**

- I. Définition
- II. Classification générale de Delay et Deniker

B - ANTIPSYCHOTIQUES

- I. Introduction
- II. Prescrire un traitement antipsychotique
- III. Surveiller un traitement antipsychotique

C - ANTIDÉPRESSEURS

- I. Introduction
- II. Prescrire un traitement antidépresseur
- III. Surveiller un traitement antidépresseur

D - ANXIOLYTIQUES

- I. Introduction
- II. Prescrire un traitement anxiolytique
- III. Surveiller un traitement anxiolytique

E - HYPNOTIQUES

- I. Introduction
- II. Prescrire un traitement hypnotique
- III. Surveiller un traitement hypnotique

F - THYMORÉGULATEURS

- I. Introduction
- II. Prescrire un traitement thymorégulateur
- III. Surveiller un traitement thymorégulateur

E - PSYCHOSTIMULANTS

- I. Introduction
- II. Prescrire et surveiller un traitement psychostimulant

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- * Prescrire et surveiller un médicament appartenant aux principales classes de psychotropes.

INTRODUCTION

1. DÉFINITION

Les psychotropes peuvent se définir comme « l'ensemble des substances chimiques d'origine naturelle ou artificielle qui ont un tropisme psychologique, c'est-à-dire susceptible de modifier l'activité mentale, sans préjuger du type de cette modification » (définition de Delay et Deniker).

2. CLASSIFICATION GÉNÉRALE DE DELAY ET DENIKER

La classification de 1957 de Delay et Denicker est toujours utilisée. Elle différencie les substances selon leur activité sur le système nerveux central.

2.1. Psycholeptiques

Ils correspondent aux « ralentisseurs » de l'activité du système nerveux.

Ils comprennent :

- * Les hypnotiques.
- * Les tranquillisants ou anxiolytiques.
- * Les neuroleptiques ou antipsychotiques.

2.2. Psychoanaleptiques

Ils correspondent aux « excitateurs » de l'activité du système nerveux.

Ils comprennent :

- * Les noo-analeptiques ou psychostimulants.
- * Les thymoanaleptiques ou antidépresseurs.

2.3. Psychoisoleptiques

Ils ont été rajoutés à la classification dans les années 1970 et correspondent aux thymorégulateurs.

Ils comprennent :

- * Les sels de lithium.
- * Les autres thymorégulateurs (anticonvulsivants et antipsychotiques de seconde génération).

2.4. Psychodysléptiques

Les psychodysléptiques correspondent à une quatrième classe de psychotropes, les perturbateurs de l'activité du système nerveux. En dehors de la kétamine qui est actuellement particulièrement étudiée, ils n'ont pas d'intérêt thérapeutique en psychiatrie et comprennent entre autres les hallucinogènes (psilocybine, mescaline, LSD, l'héroïne, l'opium...), le cannabis et l'alcool, etc.

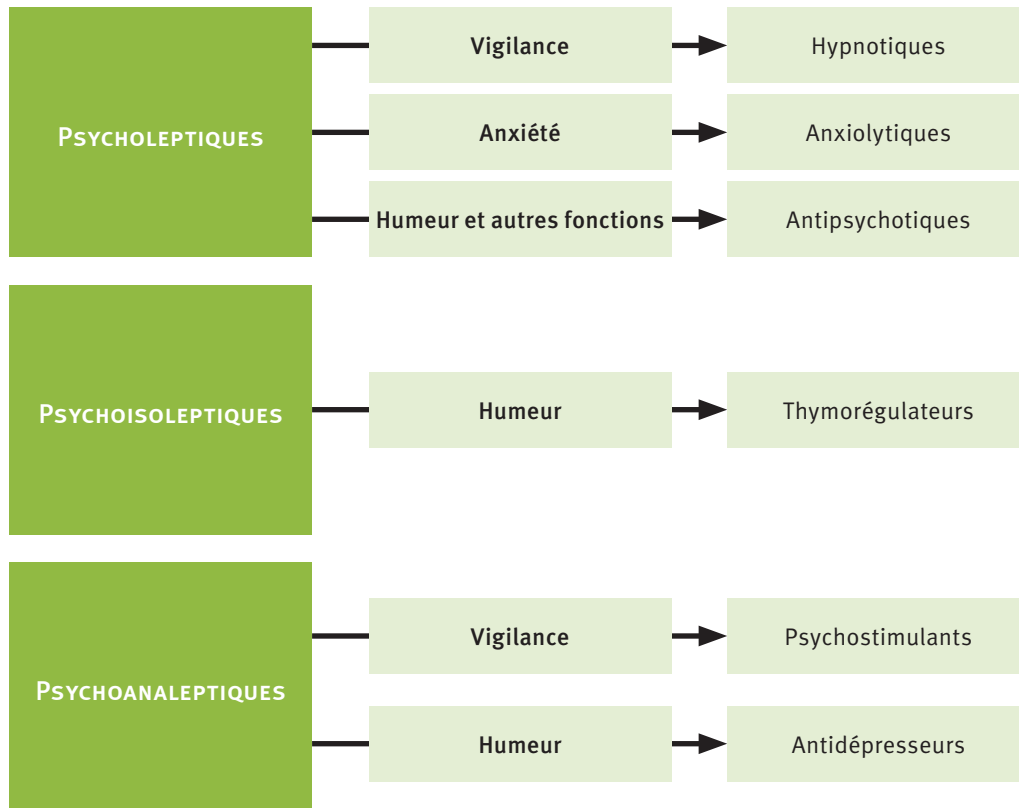


Figure 1. Classification des différents psychotropes à usage thérapeutique (comme toutes les classifications, celle-ci a sa part d'arbitraire et ne doit pas cacher la complexité de la psychopharmacologie. Par exemple certains antidépresseurs ont des propriétés sédatives, certains antipsychotiques sont indiqués comme régulateurs de l'humeur etc.).

ANTIPSYCHOTIQUES

1. INTRODUCTION

1.1. Rationnel

1.1.1. Définition

Les neuroleptiques sont définis par Delay et Deniker comme étant des molécules psycholeptiques possédant les 5 propriétés suivantes :

- * Création d'un état d'indifférence psychomotrice mais sans action hypnotique.
- * Diminution de l'agressivité, de l'excitabilité et de l'agitation.
- * Action réductrice sur les psychoses aiguës et chroniques.
- * Production d'effets secondaires neurologiques et neurovégétatifs.
- * Action sous-corticale dominante.

Dans les années 1990, une nouvelle génération de molécules a été développée. Ces molécules allient une efficacité équivalente sur les symptômes psychotiques à une meilleure tolérance neurologique. Ces molécules, aux doses habituelles, n'obéissent plus à l'ensemble des critères décrits par Delay et Deniker et sont appelées antipsychotiques de seconde génération ou **antipsychotiques atypiques**.

1.1.2. La théorie dopaminergique de la schizophrénie

La théorie dopaminergique de la schizophrénie :

- * Est une théorie explicative de la schizophrénie parmi d'autres qui est étayée par :
 - l'efficacité de l'antagoniste D2 des antipsychotiques, avec une relation entre l'efficacité antipsychotique et l'affinité de la molécule pour les récepteurs D2 ;
 - la provocation d'idées délirantes aiguës par les amphétamines (augmentant la sécrétion de dopamine et de noradrénaline).
- * Conçoit la schizophrénie comme un dysfonctionnement des voies dopaminergiques avec :
 - une hyperdopaminergie sous corticale responsable des hallucinations et des idées délirantes (syndrome positif) ;
 - une hypodopaminergie frontale responsable d'altérations motivationnels et exécutifs (syndrome négatif).

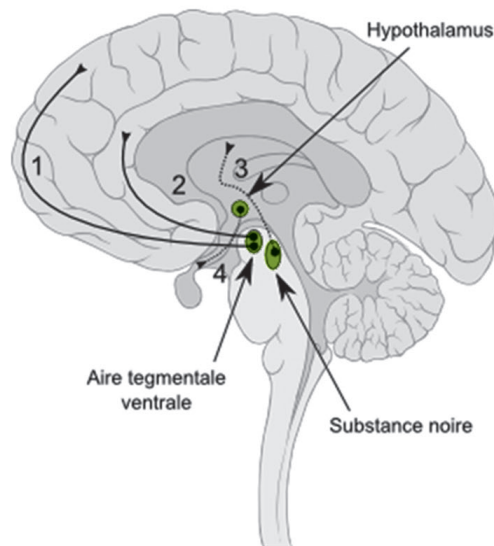
1.1.3. Les voies dopaminergiques

Le système dopaminergique se compose de 4 voies principales :

- * **La voie méso-limbique :**
 - implique des neurones situés dans le tronc cérébral au niveau de l'aire tegmentale ventrale qui projettent vers des structures limbiques comme le noyau accumbens, l'amygdale et l'hippocampe ;
 - joue un rôle dans la mémoire, les apprentissages, dans le renforcement positif des comportements apportant du plaisir, dans la régulation de la vie émotionnelle et dans le contrôle de la motivation.
- * **La voie méso-corticale :**
 - implique des neurones situés dans le tronc cérébral au niveau de l'aire tegmentale ventrale qui projettent vers le cortex préfrontal, orbitofrontal et cingulaire antérieur ;
 - favorise le fonctionnement du lobe préfrontal (fonctions exécutives dont la planification des actions) ;
 - joue un rôle dans certaines activités mnésiques, certains processus attentionnels.
- * **La voie nigro-striée :**
 - implique des neurones qui projettent des axones de la substance noire au striatum (noyau caudé et putamen) ;
 - joue un rôle dans le contrôle de la motricité ;
- * **La voie tubéro-infundibulaire :**
 - Implique des neurones de l'hypothalamus qui projette au niveau de l'hypophyse ;
 - Joue un rôle dans la sécrétion hormonale, notamment en inhibant la sécrétion de prolactine.

Figure 2. Les 4 principales voies dopaminergiques (à partir d'une coupe sagittale de Patrick J. Lynch, medical illustrator ; C. Carl Jaffe, MD, cardiologist. <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/>)

- 1 : voie méso-corticale
- 2 : voie méso-limbique
- 3 : voie nigro-striée
- 4 : voie tubéro-infundibulaire



1.1.4. La synapse dopaminergique

La dopamine est une mono amine synthétisée à partir de la tyrosine, elle est stockée dans les vésicules synaptiques du neurone dopaminergique ;

Elle se fixe sur ses récepteurs spécifiques :

- * De la famille des D1 couplés à l'activation de l'adénylate cyclase comprenant les D1 et D5.
- * De la famille des D2 couplés à l'inhibition de l'adénylate cyclase comprenant les D2, D3, D4.
- * La répartition de ces récepteurs varie en fonction de la voie dopaminergique impliquée.
- * Certains sont post-synaptiques et entraînent une activation du neurone post-synaptique, d'autres sont pré-synaptiques et provoquent une rétroaction négative sur l'activité électrique du neurone pré-synaptique et sur la libération de dopamine à partir des terminaisons axonales.

Le transporteur de la dopamine réabsorbe les neurotransmetteurs libérés dans la fente synaptique vers le neurone pré-synaptique.

1.2. Principales caractéristiques pharmacodynamiques

1.2.1. Principes communs

La pharmacodynamie n'est encore qu'insuffisamment comprise.

Les antipsychotiques sont des substances antidopaminergiques D2 d'où résulte l'hypothèse de :

- * L'action thérapeutique sur les symptômes positifs (action sous corticale, sur la voie méso-limbique).
- * Certains effets secondaires : effets extrapyramidaux (action sur la voie nigro-striée), effets endocriniens (action sur la voie tubéro-infundibulaire), aggravation du dysfonctionnement préfrontal (action sur la voie méso-corticale).

À côté de cette action anti-D2, les antipsychotiques possèdent également, selon les produits des potentialités :

- * Antidopaminergique sur les autres récepteurs dopaminergiques (D1, D3, D4...).
- * Antisérotoninergique (5 HT_{2A}, 5HT_{2C}...).
- * Antihistaminique provoquant la sédation et la prise de poids.
- * Alpha-adréno-lytique provoquant une sédation, des hypotensions, des effets secondaires sexuels (trouble de l'érection, de l'éjaculation).
- * Anticholinergique donnant des effets atropiniques.

Attention, toutes les molécules ont des profils pharmacologiques très différents selon leur affinité pour les différents récepteurs permettant d'expliquer leurs différents profils d'activité.

1.2.2. Action antisérotoninergique 5HT₂

L'antagonisme des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{2a} est une particularité partagée par la plupart des antipsychotiques atypiques.

Cet antagonisme a pour effet d'augmenter les concentrations synaptiques en dopamine entrant alors en compétition avec l'antipsychotique au niveau du récepteur D2 et « modulant » son action de manière différente selon les régions cérébrales :

- * En méso-limbique, l'équilibre est en faveur de l'action anti-productive de l'antipsychotique.

- * En préfrontal, la libération de dopamine est facilitée ce qui entraînerait une activité antidéfici-taire et pro cognitive par réduction de l'hypodopaminergie.
- * Au niveau nigro-striatal, cette balance tend vers une augmentation de la tolérance neurolo-gique avec une diminution des effets indésirables moteurs.

L'action sur les récepteurs 5HT_{2c} pourrait être responsable :

- * De l'anxiolyse.
- * De la diminution de prolactinémie.
- * Du gain de poids.

Attention, le caractère atypique de l'antipsychotique ne se résume pas à l'action antisérotoniner-gique 5HT_{2a} :

- * Il existe des atypiques qui n'agissent pas sur les récepteurs 5HT₂ comme l'amisulpride qui n'entraîne pas d'effets indésirables neurologiques.
- * Il existe des antipsychotiques classiques ayant un antagonisme 5HT₂ comme la chlorpromazine.

D'autres dimensions pharmacologiques comme par exemple la constante de dissociation de la molécule sont à prendre en compte.

1.2.3. Agonisme partiel D₂

L'Aripiprazole a la particularité d'être un agoniste partiel.

Ce mode d'action lui conférerait une action régulatrice de l'activité dopaminergique en fonction des concentrations pré et post synaptiques de dopamine :

- * Blocage des récepteurs D₂ s'ils sont surstimulés expliquant l'effet antagoniste antiproductif.
- * Activation si celle-ci est nécessaire avec un effet agoniste modéré expliquant l'effet antidéfici-taire, le peu d'effets extrapyramidaux et le peu d'hyperprolactinémie.

1.3. Principales caractéristiques pharmacocinétiques

Absorption :

Administration en intramusculaire pour les situations aiguës : pic plasmatique précoce, résorption rapide, biodisponibilité de l'ordre de 90 %.

Administration per os le plus souvent : résorption digestive variable selon la molécule et les indi-vidus, pic plasmatique plus tardif et moins élevé, biodisponibilité variable entre les molécules mais moindre que dans la forme injectable (effet de premier passage hépatique).

Administration en intramusculaire pour les formes retard : pas d'effet pharmacologique immé-diat, biodisponibilité importante, concentrations maximales atteintes en plusieurs jours et action durant plusieurs semaines.

Distribution :

Molécules lipophiles : bonne diffusion vers les tissus à forte teneur en lipides (SNC), volume de distribution important.

Liaison aux protéines plasmatiques importante et variable.

Passage de la barrière placentaire et diffusion dans le lait maternel.

Accumulation dans l'organisme possible (peuvent être retrouvés plusieurs mois après l'arrêt du traitement).

Métabolisme :

Demi-vie variable selon la molécule.

Catabolisme hépatique avec un effet de premier passage important pour les formes administrées per os.

Par les isoenzymes du cytochrome P 450 notamment 1A2, 3A4 et 2D6.

Nombreux métabolites actifs ou inactifs, différents pour chaque molécule.

Élimination :

Élimination des métabolites essentiellement par voie urinaire et accessoirement par voie biliaire.

2. PRESCRIRE UN TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

2.1. Différentes options thérapeutiques

2.1.1. Classifications des antipsychotiques

On peut utiliser une classification chimique sachant que les antipsychotiques appartenant à une classe chimique ont certaines propriétés en commun :

- * Les phénothiazines se caractérisent par l'association d'un noyau tricyclique à une chaîne latérale. La nature de cette chaîne détermine la sous-classe de la substance :
 - aliphatique ;
 - pipéridinée ;
 - pipérazinée.
- * Les butyrophénones.
- * Les benzamides.
- * Les thio-xanthènes.
- * Les dibenzo-oxazépines.
- * Les dibenzo-diazépines.
- * Les benzisoxazoles.
- * Les quinolonones.

Cependant la formule chimique de la molécule ne permet pas à elle seule d'expliquer la totalité des effets thérapeutiques. On peut alors utiliser une classification clinique. Il en existe différentes :

- * Tout d'abord il faut différencier les antipsychotiques classiques des atypiques.
- * Lambert et Revol (1960) proposent une classification d'ensemble répartissant les neuroleptiques selon leurs effets d'un pôle « sédatif » à un pôle « incisif » (action antipsychotique ou antiproductive).
- * Deniker et Ginestet (1976) reprennent cette classification biaxiale en opposant les effets sédatifs aux effets désinhibiteurs, en ajoutant une corrélation aux effets latéraux. Ils distinguent 4 catégories de neuroleptiques : les neuroleptiques sédatifs, les neuroleptiques moyens avec des effets thérapeutiques et des effets indésirables modérés, les neuroleptiques polyvalents avec à la fois une action sédatrice, une action réductrice sur les hallucinations et le délire ou une action désinhibitrice et les neuroleptiques désinhibiteurs.

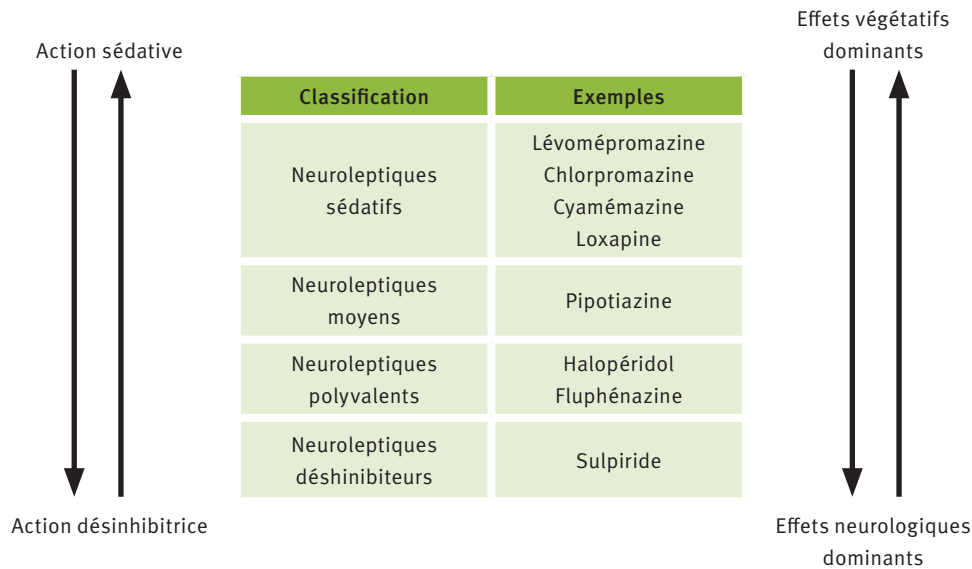


Figure 3. Classification clinique de Deniker et Ginestet.

- * Bobon (1972) propose un modèle quantifiant les effets sur une étoile à 6 branches (antidélirant, antiautistique, ataraxique, antimaniaque, adrénolytique et extrapyramidal) : l'étoile de Liège.
- * Colonna et Petit (1978) intègrent dans leur classification la notion de dose pour distinguer :
 - les neuroleptiques « monopolaires » toujours sédatifs, dont la sédation est proportionnelle à la posologie : par exemple la cyamémazine, l'alimémazine etc. ;
 - les neuroleptiques « bipolaires » qui possèdent un effet stimulant ou désinhibiteur à faible dose et un effet sédatif ou réducteur à dose plus élevée : par exemple l'amisulpride, le sulpiride, l'halopéridol etc.

Ces classifications historiques ne sont pas soutenues par des données scientifiques valides et n'intègrent pas les antipsychotiques atypiques. Plus récemment, des méta-analyses classiques et des méta-analyses en réseau ont permis de comparer les antipsychotiques entre eux dans une logique d'Evidence-Based-Medicine.

2.1.2. Principaux antipsychotiques utilisés

	Classe	Molécule	Per os	IM	IM Retard
Antipsychotiques classiques	Phénothiazines aliphatiques	Chlorpromazine	X	X	
		Cyamémazine	X	X	
		Alimémazine	X		
		Lévomépromazine	X	X	
	Phénothiazines piperazinées	Fluphénazine	X		X
	Phénothiazines piperidinées	Pipotiazine	X		X
		Propericiazine	X		
	Butyrophénones	Halopéridol	X	X	X
		Pipampérone	X		
		Dropéridol		X	
	Thio-xanthènes	Flupentixol	X		X
		Zuclopenthixol	X	SP	X
	Benzamides	Sulpiride	X		
		Tiapride	X		
Antipsychotiques atypiques		Amisulpride	X		
	Dibenzo-oxazépines	Loxapine	X	X	
		Olanzapine	X		X
	Dibenzo-diazépines	Clozapine	X		
		Quetiapine	X		
	Benzisoxazoles	Risperidone	X		X
		Paliperidone			X
	Quilonolones	Aripiprazole	X		EC
SP = Semi prolongée EC = En cours d'évaluation					

2.1.3. Règles de prescription

Au moment de l'initiation (traitement d'attaque) :

- * La molécule est choisie en fonction de l'indication, de la symptomatologie prédominante, des antécédents de traitement par antipsychotique (en terme d'efficacité et de tolérance), des contre-indications et de l'habitude du prescripteur. Il s'agira généralement en première intention d'un antipsychotique atypique du fait du rapport bénéfice/risque considéré comme favorable pour la majorité de ces molécules (excepté pour la clozapine et la olanzapine).
- * La voie d'administration orale doit être privilégiée sauf chez le patient agité ou opposant auquel cas, la voie intramusculaire sera choisie.
- * Les doses sont rapidement progressives.
- * La posologie est ajustée en fonction de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

Au moment du traitement extrahospitalier :

- * La posologie présentant la meilleure balance bénéfice/risque est retenue.
- * La monothérapie est privilégiée.
- * La forme galénique doit être discutée avec le patient, l'administration d'une formulation d'action prolongée peut présenter un intérêt chez les patients ayant des difficultés d'observance.

L'arrêt de traitement :

- * Peut être envisagé au bout d'un an après un premier épisode psychotique bref.
- * N'est envisagé qu'en fonction de l'évolution clinique dans les psychoses chroniques puisqu'il s'agit d'un traitement au long cours.
- * Est progressif sur 6 à 8 semaines.

2.2. Indications et contre-indications

2.2.1. Indications

- * Troubles psychotiques (et notamment schizophrénie), indication la plus classique :
 - épisode psychotique bref quelle que soit son étiologie (cf. Item 346) ;
 - trouble schizo-affectif (cf. Item 61) ;
 - trouble schizophrénique (cf. Item 61) ;
 - trouble délirant chronique (cf. Item 63).
- * Troubles de l'humeur, mais pas pour tous les produits (voir partie thymorégulateurs) :
 - épisode maniaque sévère avec symptômes psychotiques (cf. Items 61 et 346) ;
 - épisode dépressif caractérisé avec symptômes psychotiques (cf. Items 64 et 348) ;
 - épisode mixte avec une excitation psychomotrice importante ou une anxiété importante (cf. Items 61 et 346) ;
 - traitement préventif des rechutes du trouble bipolaire (cf. Item 61).
- * Autres indications moins classiques :
 - traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété de l'adulte en cas d'échec des thérapeutiques habituelles pour les traitements sédatifs comme la cyamémazine ;
 - trouble obsessionnel compulsif résistant au traitement de première ligne ;
 - trouble du comportement : état d'agitation ou d'agressivité toutes causes confondues (dont la démence), en tenant compte de la balance bénéfices / risques (cf. complications neurologiques) ;
 - tics de la maladie de Gilles de La Tourette ;
 - insomnies rebelles pour les produits sédatifs comme l'alimémazine.
- * Non psychiatriques :
 - état confuso-onirique ;
 - mouvements anormaux dont la chorée de Huntington ;
 - algies intenses ;
 - utilisation en anesthésiologie ;
 - protocoles antiémétiques lors des chimiothérapies.

Attention, certains antiémétiques comme le métoclopramide sont des neuroleptiques et peuvent induire des effets secondaires extrapyramidaux.

2.2.2. Contre-indications

- * Il n'y a pas de contre-indication absolue commune à tous les antipsychotiques mais il y a des contre-indications spécifiques à chaque molécule :
 - phéochromocytome (benzamides) ;
 - glaucome à angle fermé et risque de rétention aiguë d'urine (pour les plus anticholinergiques) ;
 - hypersensibilité connue à la molécule ;
 - antécédent d'agranulocytose toxique (phénothiazines, clozapine) ;
 - porphyrie (phénothiazines) ;
 - allongement de l'espace QT (sultopride particulièrement mais aussi la majorité des antipsychotiques) ;
 - bradycardie < 65/minute et hypokaliémie (sultopride...) ;
 - en cas de syndrome malin des neuroleptiques, prudence extrême : contre-indication à vie de la molécule incriminée et des traitements retardés.
- * Contre-indications relatives nécessitant des précautions d'emploi :
 - épilepsie (abaissement du seuil épileptogène) ;
 - arythmies, angor, hypotension orthostatique ;
 - maladie de Parkinson (la clozapine est alors à choisir car elle est la seule à posséder l'indication dans la « psychose parkinsonienne ») ;
 - insuffisance cardiaque, respiratoire, hépatique ou rénale ;
 - grossesse et allaitement ;
 - diabète ou intolérance au glucose (olanzapine et clozapine) ;
 - sevrage à l'alcool (si une prescription s'avère nécessaire, choisir le tiapride), aux barbituriques et aux benzodiazépines.

En ce qui concerne la grossesse et l'allaitement, les informations les plus pertinentes peuvent être retrouvées à partir du site du CRAT (Centre de Référence sur les Agents Thératogènes) pour les antipsychotiques mais aussi pour les autres psychotropes et traitements à visée non psychiatrique.

2.2.3. Interactions médicamenteuses

Les interactions médicamenteuses sont nombreuses :

- * Elles peuvent être pharmacocinétiques :
 - diminution de l'absorption : antiacides oraux ;
 - augmentation du catabolisme du neuroleptique par un inducteur enzymatique : carbamazépine, rifampicine etc.
 - diminution du métabolisme par un inhibiteur enzymatique : cimétidine, paroxétine, fluoxétine etc.
 - etc.
- * Elles peuvent être pharmacodynamiques :
 - potentialisation par synergie des effets anticholinergiques par un autre anticholinergique : antiparkinsoniens, tricycliques etc. ;
 - potentialisation par synergie des effets sédatifs par les autres déprimeurs du SNC ;
 - potentialisation par synergie des effets hypotenseurs avec les antihypertenseurs ;
 - antagonisme au niveau des récepteurs dopaminergiques : L-dopa, agonistes dopaminergiques ;
 - etc.

2.3. Bilan préthérapeutique

Le bilan préthérapeutique avant un traitement antipsychotique (notamment par les atypiques) est guidé par la recherche de contre-indications et par le bilan « métabolique » afin de dépister, de suivre l'évolution et éventuellement de traiter un trouble métabolique possiblement induit ou aggravé par ces traitements.

Il convient de réaliser un bilan clinique avant de prescrire un antipsychotique :

- * Recherche par l'interrogatoire des antécédents du patient, notamment les antécédents personnels et familiaux d'obésité, de dyslipidémie, de maladie cardiovasculaire et les autres facteurs de risque cardiovasculaires.
- * Recherche d'une éventuelle grossesse, d'un allaitement chez les femmes.
- * Mesure du périmètre abdominal, de l'IMC, de la pression artérielle.
- * Le reste de l'examen clinique sera complet et recherchera des contre-indications comme un glaucome (un bilan ophtalmologique sera prescrit si nécessaire).

Des examens complémentaires seront aussi à réaliser :

- * Biologie standard : NFS dont les plaquettes, ionogramme, urémie et créatinémie, bilan hépatique complet, glycémie veineuse à jeun et exploration d'une anomalie lipidique, prolactinémie, β HCG chez les femmes.
- * Électrocardiogramme avant la mise en place d'un traitement antipsychotique à la recherche d'un trouble du rythme, d'un allongement de l'espace QT.
- * Électrocardiogramme sous traitement pour vérifier l'absence de modification.
- * L'électroencéphalogramme n'est pas systématique mais peut se discuter chez les patients aux antécédents de comitialité ou pour les antipsychotiques les plus pro-convulsivants comme par exemple la clozapine.

3. SURVEILLER UN TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

3.1. Surveiller l'efficacité

- * Surveillance de la régression des symptômes cibles lors du traitement d'attaque.
- * Surveillance de l'absence de rechute lors du traitement d'entretien.

3.2. Surveiller la tolérance : effets indésirables fréquents

- * Effets secondaires psychiatriques :
 - l'état d'indifférence psychomotrice se manifeste par une passivité, une asthénie, un épuisement affectif, un repli et un désintérêt. Cela nécessite une baisse de la posologie ou un changement de traitement ;
 - l'épisode dépressif caractérisé post-psychotique : il peut s'agir soit de la survenue d'un trouble comorbide, soit d'un effet secondaire du traitement (plus spécifiquement avec les neuroleptiques). La prescription éventuelle d'un antidépresseur est du ressort du spécialiste ;
 - une sédation gênante pour le patient impose une diminution de la dose du traitement sédatif ou un changement de molécule ;

- une confusion survient surtout en cas d'association médicamenteuse potentiellement confusogène, chez le sujet âgé. Une autre cause doit être éliminée et le traitement psychotrope est adapté.
- * Effets secondaires neurologiques (en dehors des AVC et de l'épilepsie, ils surviennent surtout avec les neuroleptiques) :
 - les dystonies (dyskinésies) aiguës s'observent à l'initiation du traitement ou lors du changement de posologie. Il s'agit d'un tableau de contracture musculaire, le plus souvent au niveau de l'extrémité céphalique avec trismus, protraction de la langue, contractures orales, péri-orales, difficultés de déglutition, blépharospasme, crises oculogyres (plafonnement oculaire). Plus rarement il s'agit d'un tableau de contracture musculaire au niveau de l'axe corporel (opisthotonos, torticolis). Le traitement repose sur les correcteurs anticholinergiques par voie intramusculaire (par exemple la tropatépine) et l'ajustement du traitement antipsychotique ;
 - le syndrome parkinsonien repose sur la triade akinésie, hypertonie et tremblement. Le syndrome parkinsonien induit par les antipsychotiques est à prédominance akinéto-hypertonique. Le traitement repose sur la modification de la posologie ou sur le passage d'un antipsychotique typique à un atypique ou l'emploi d'un correcteur anticholinergique (par exemple la tropatépine) qui toutefois ne doit **jamais** être prescrit d'emblée en association aux neuroleptiques ;
 - le syndrome hyperkinétique correspond à l'akathisie (incapacité à garder une position avec sensation angoissante d'impatience) et à la tachikinsie (déambulation anxieuse avec besoin incoercible de mouvement). Le traitement repose sur la prescription d'un β bloqueur non cardiosélectif, ou d'une benzodiazépine. Les anticholinergiques sont inefficaces sur l'akathisie ;
 - les dyskinésies tardives sont des mouvements anormaux, involontaires, répétitifs et incontrôlables touchant la face (mouvements de mastication) et plus rarement le tronc et les membres (balancement, mouvements choréo-athétosiques). Leur survenue est imprévisible, après plusieurs mois de traitement. La symptomatologie très invalidante est parfois irréversible. Il n'y a pas de traitement curatif et ces dyskinésies peuvent être aggravées par les anticholinergiques qui sont alors contre-indiqués. La conduite à tenir consiste à remplacer la molécule par une autre (par un atypique) ;
 - une crise d'épilepsie iatrogène est un diagnostic d'élimination et impose la recherche d'une cause lésionnelle. Le seuil épileptogène est abaissé de manière différente selon les molécules concernées. La clozapine présente un risque important ;
 - le risque d'accident vasculaire cérébral est augmenté chez les sujets âgés déments traités de manière prolongée par de la rispéridone ou de l'olanzapine qui ne doivent pas être utilisés dans cette indication.
- * Effets secondaires endocrino-métaboliques (ils surviennent surtout avec les antipsychotiques atypiques) :
 - la prise de poids est d'origine multifactorielle : une augmentation des apports caloriques (augmentation de l'appétit via l'action sur les systèmes sérotoninergiques et histaminergiques), une diminution des dépenses (baisse de l'activité physique due à la sédation) et une diminution du métabolisme basal. Le diabète est lui aussi d'origine plurifactorielle et doit être recherché et prévenu. Lors de l'apparition d'un diabète sous antipsychotiques, il faut substituer le traitement par un autre et traiter selon les recommandations en vigueur ;
 - les troubles lipidiques peuvent survenir sous traitement antipsychotique et nécessitent une surveillance ;
 - l'hyperprolactinémie se manifeste par une gynécomastie avec une galactorrhée et une aménorrhée chez la femme et parfois par une baisse de la libido.
- * Effets secondaires neurovégétatifs et cardiovasculaires :
 - les effets anticholinergiques ou atropiniques des antipsychotiques peuvent provoquer une sécheresse buccale, une constipation, des reflux gastro-œsophagiens, une rétention urinaire, une tachycardie, des troubles de la déglutition avec fausse route, des troubles de

l'accommodation et une confusion mentale. La fermeture de l'angle irido-cornéen peut favoriser la survenue d'un glaucome aigu par fermeture de l'angle. L'anétholtrithione peut lutter contre la sécheresse buccale. Des mesures symptomatiques sont prises pour lutter contre la constipation ;

- les effets adrénolytiques peuvent entraîner une hypotension orthostatique ;
 - les antipsychotiques entraînent une augmentation du QT avec risque de torsades de pointes, de fibrillation ventriculaire et de mort subite. Il faut calculer le QTc. Un QTc > 450 ms chez l'homme et 470 ms chez la femme est considéré comme anormalement élevé. Le risque dépend de la molécule choisie qu'elle soit typique ou atypique.
- * Effets secondaires hépatiques : on peut voir des hépatites cholestasiques.
- * Effets secondaires allergiques et toxiques :
- allergie ;
 - le risque d'agranulocytose médicamenteuse est présent quelle que soit la molécule et est particulièrement élevé pour la clozapine. Pour cette molécule réglementairement, une surveillance hématologique doit avoir lieu hebdomadairement pendant les 18 premières semaines de prescription puis de façon mensuelle pendant toute sa durée ;
 - il peut y avoir une photosensibilisation qui impose des mesures préventives (protection solaire systématique), et des dépôts pigmentaires rétinien et cristalliniens, en particulier avec les phénothiazines.

Compte tenu de ces effets indésirables, la surveillance d'un traitement par antipsychotiques sera clinique à la recherche de complications (poids, IMC, galactorrhée...) et paraclinique :

	Avant le traitement	1 mois après le début du traitement	3 mois après le début du traitement	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

3.3. Surveiller la tolérance, le syndrome malin des neuroleptiques : effet indésirable rare et grave

Rare mais grave, le syndrome malin des neuroleptiques a été décrit avec la plupart des molécules et engage le pronostic vital. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique :

- * Cliniquement, il associe, sur mode de début rapidement progressif :
- une hyperthermie (40-41°) ;
 - une rigidité extrapyramidale ;
 - des sueurs profuses ;
 - une tachycardie ;
 - une hypotension artérielle ;
 - des troubles de la vigilance ;

- des troubles cardiorespiratoires ;
- de possibles convulsions.

Chez un patient sous antipsychotique, une fièvre avec un syndrome confusionnel doit faire évoquer parmi les autres hypothèses diagnostiques une forme frustre de syndrome malin. Toute hyperthermie inexpliquée chez un patient traité doit faire suspendre immédiatement le traitement.

* Biologiquement il y a :

- une hyperleucocytose supérieure à 15 000 blancs par litre avec neutrophilie orientant à tort vers une infection ;
- des perturbations variées du ionogramme (hypernatrémie, hyperkaliémie...) ;
- le taux de créatine phosphokinase (CPK), les LDH, les ALAT et les ASAT sont augmentés.

* Le traitement repose sur :

- le transfert en urgence en réanimation ;
- l'arrêt du médicament concerné ;
- le traitement non spécifique : réhydratation, lutte contre l'hyperthermie, correction des désordres électrolytiques ;
- le traitement spécifique : bromocriptine et amantadine (agoniste dopaminergique) pour atténuer le blocage dopaminergique, dantrolène pour avoir un effet myorelaxant.

* La gravité de ce syndrome impose des mesures préventives :

- les neuroleptiques retards ne sont pas prescrits en première intention ;
- les neuroleptiques retards ne sont pas prescrits au patient ayant un antécédent de syndrome malin des neuroleptiques ;
- la réintroduction d'un traitement neuroleptique après un syndrome malin reste controversée.

ANTIDÉPRESSEURS

1. INTRODUCTION

1.1. Définition

Les antidépresseurs sont des psychotropes appartenant au groupe des psychoanaleptiques de la classification de Delay et Deniker. Leur particularité première est d'agir sur le syndrome dépressif. Leur indication s'est élargie au traitement des troubles anxieux.

La classification des AD mélange classification chimique et classification de mécanisme d'action supposé :

- * Les imipraminiques, tricycliques ou non.
- * Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).
- * Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN).
- * Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non de la MAO-A.
- * Les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent).

1.2. Principales caractéristiques pharmacodynamiques

Les mécanismes d'action précis restent complexes et mal connus. Il existe de nombreuses hypothèses qui seraient hors programme (down régulation des récepteurs neuronaux, intervention de facteurs neurotrophiques...).

L'effet le plus connu des antidépresseurs est une augmentation des concentrations intra synaptique des monoamines (noradrénaline, sérotonine ou dopamine) potentiellement toutes impliquées dans la dépression.

Les modalités d'action des antidépresseurs sur les systèmes monoaminergiques sont différentes selon les classes. Le tableau suivant présente de manière schématique ces différents modes d'action :

Classe	Mode d'action principal
Imipraminiques	Inhibition de la recapture présynaptique de la noradrénaline ou de la sérotonine et la noradrénaline.
ISRS	Inhibition de la recapture présynaptique de la sérotonine.
IRSN	Inhibition de la recapture présynaptique de la sérotonine et de la noradrénaline.
IMAO	Inhibition des monoamines oxydases non sélective (MAO A et MAO B) ou sélective (MAO A) : inhibition du catabolisme intracellulaire des monoamines de façon réversible (IMAO réversibles) ou irréversible (IMAO irréversibles).
Autres	Variés : α2bloquants présynaptiques : augmentation de la libération synaptique de noradrénaline et sérotonine (mirtazapine, miansérine), ou possiblement modulateurs glutamatergiques (tianéptine), ou agonistes mélatoninergiques et antagoniste 5HT2c (agomélatine).

À côté de ce mode d'action, les antidépresseurs ont, de manière variable, des effets collatéraux sur la neurotransmission :

- * Antihistaminique provoquant la sédation et la prise de poids.
- * Alpha-adrénergique provoquant une sédation, des hypotensions, des effets secondaires sexuels (trouble de l'érection, de l'éjaculation).
- * Anticholinergique donnant des effets atropiniques.

Ainsi, les antidépresseurs tricycliques ont des effets cardiotropes stabilisateurs de membrane « quinidine like » et abaissent le seuil épileptogène. Ces effets seront à prendre en compte lors des intoxications.

1.3. Principales caractéristiques pharmacocinétiques

Absorption :

- * Administration per os (il n'y a pas d'intérêt pharmacologique à une autre voie).
- * Bonne résorption digestive, prolongée pour les imipraminiques du fait de leur effet parasympatholytique.
- * Biodisponibilité variable (30 à 100 % selon les molécules).

Distribution :

- * Volume de distribution important.
- * Fixation protéique élevée en général.
- * Passage dans le lait et passage de la barrière placentaire.

Métabolisme :

- * Demi-vie variable selon la molécule (courte pour les IMAO commercialisés en France, très courte pour l'agomélatine).
- * Effet de premier passage :
- * Important pour les imipraminiques.
- * Moindre pour les ISRS.
- * Catabolisme hépatique.
- * Par les isoenzymes du cytochrome P 450 (2D6, 3A3/4, 2C19).
- * Certains antidépresseurs (fluoxétine, paroxétine, fluvoxamine...) sont inhibiteurs enzymatiques.

Élimination :

- * Élimination des métabolites par voie urinaire et biliaire.

2. PRESCRIRE UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR

2.1. Différentes options thérapeutiques

2.1.1. Classifications des antidépresseurs

Au-delà de la classification évoquée ci dessus, la classification clinique suivante est basée sur les différences dans l'activité thérapeutique, elle distingue :

- * Les antidépresseurs « psychostimulants » ou psychotoniques tendant à lutter contre le ralentissement psychomoteur (mais pouvant augmenter l'anxiété) (ex : fluoxétine) ;
- * Les antidépresseurs « intermédiaires » : leur spectre thérapeutique varie selon les sujets et selon les posologies (par ex : escitalopram, paroxétine) ;
- * Les antidépresseurs « sédatifs » tendant à diminuer l'anxiété (par ex mirtazapine).

Les antidépresseurs peuvent aussi être classés en fonction de leur action pharmacologique sur les différents systèmes de neurotransmission monoaminergique en distinguant (hors IMAO) :

- * La spécificité de l'antidépresseur pour une monoamine particulière ;
- * Dans le cas de non spécificité, l'existence ou non d'une affinité préférentielle pour telle monoamine.

Spécifiques	Sérotoninergiques	Noradrénergiques	Dopaminergiques
Non spécifiques	Sérotonine (5HT) > Noradrénaline (NA)	Sérotonine (5HT) = Noradrénaline (NA)	Sérotonine (5HT) < Noradrénaline (NA)

Comme pour les antipsychotiques, ces classifications empiriques ne sont pas soutenues par des données scientifiques valides. Entre autres, le lien entre action monoaminergique et effet observé est particulièrement discuté. Plus récemment, des méta-analyses classiques et des méta-analyses en réseau ont permis de comparer les antidépresseurs entre eux dans une logique d'Evidence-Based-Medicine.

2.1.2. Principaux antidépresseurs utilisés

Classe	Molécules	Classification clinique	Classification pharmacologique
Imipraminiques	Amitriptyline	Sédatifs	Non spécifique 5HT>NA
	Doxépine		
	Maprotiline		Spécifique noradrénergique
	Imipramine		Non spécifique 5HT>NA
	Clomipramine		
ISRS	Citalopram	Intermédiaires	Spécifique sérotoninergique
	Escitalopram		
	Fluvoxamine		
	Paroxétine		
	Sertraline		
	Fluoxétine	Stimulants	
IRSN	Milnacipran	Intermédiaires	Non spécifique 5HT>NA
	Venlafaxine		
	Duloxétine		
IMAO	IMAO non sélectif : Iproniazide	Désinhibiteurs	Non spécifiques : Dopamine, NA, 5HT...
	IMAO sélectif A : Moclobémide		
Autres	Tianeptine	Intermédiaire	Glutamatergique
	Miansérine	Sédatifs	Non spécifique 5HT=NA
	Mirtazapine		
	Agomélatine	Intermédiaire	Antagonisme sérotoninergique et Agoniste Mélatoninergique

Effets latéraux anticholinergiques	Effets latéraux antihistaminiques	Effets latéraux α adréno­lytiques
Effet anticholinergique ++ surtout sur les premiers tricy­cliques (ex : amitriptyline)	Effet antihistaminique ++	Effet α adréno­lytique ++
	Effet antihistaminique +	Effet α adréno­lytique +
Pas ou peu d'effet anticholinergique	Pas ou peu d'effet antihistaminique	Pas ou peu d'effet α adréno­lytique
	Effet antihistaminique ++	Effet α adréno­lytique ++
	Pas ou peu d'effet antihistaminique	Effet α adréno­lytique +
		Pas ou peu d'effet α adréno­lytique

2.1.3. Règles de prescription

Au moment de l'initiation :

- * Le plus souvent, la prescription d'un antidépresseur ne répond pas à l'urgence : il est utile de préparer le malade à cette prescription en lui donnant un nouveau rendez-vous quelques jours plus tard.
- * La molécule est choisie en fonction de son AMM dans le trouble concerné. La coexistence d'un trouble anxieux et d'un épisode dépressif fera éventuellement choisir un antidépresseur ayant une AMM dans ce trouble anxieux.
- * La symptomatologie prédominante guide le choix : polarité sédatrice dans une dépression anxieuse par exemple (les antidépresseurs sédatifs seront donnés le soir).
- * La tolérance et la toxicité du traitement (profil défavorable des imipraminiques et des IMAO) est à prendre en compte, notamment chez les patients aux antécédents de passage à l'acte.
- * La voie d'administration est orale et la voie IV n'a d'avantage que le nursing.
- * La posologie efficace (AMM) peut être obtenue d'emblée (ISRS) ou de manière rapidement progressive (imipraminiques ou IMAO) en fonction de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
- * Dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif, la posologie utilisée est plus importante (souvent double dose) que dans le traitement de l'épisode dépressif.
- * Avant une augmentation de posologie pour améliorer l'efficacité, il faut vérifier l'observance.
- * La grande majorité des antidépresseurs peuvent être dosés, ce qui permet d'adapter la posologie. On réalise ce dosage en cas de réponse insuffisante, d'effets indésirables, d'intoxication et lorsque l'on veut vérifier l'observance du traitement.
- * Chez le sujet âgé, la posologie initiale doit être la moitié de celle utilisée chez l'adulte et les doses progressivement augmentées.
- * Les hypnotiques et anxiolytiques ne doivent pas forcément être prescrits pour la prévention du syndrome de levée d'inhibition. Ils peuvent cependant être intéressants en traitement symptomatique durant les premiers jours.

En pratique, en ambulatoire, sauf cas particulier, il est recommandé en première intention de prescrire un ISRS, un IRSN ou éventuellement un antidépresseur appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » en raison de leur meilleure tolérance et du risque moindre de complication en cas d'intoxication volontaire. La prescription d'un imipraminique ou d'un IMAO se fera en deuxième ou même troisième intention. La prescription de la tianeptine se fera sur ordonnance sécurisées avec une durée limitée à 28 jours, du fait d'un risque potentiel d'abus et de dépendance.

Au moment du traitement d'entretien :

- * Le traitement et la posologie sont ceux qui ont permis la sortie de l'épisode dépressif.
- * La monothérapie est privilégiée.

L'arrêt du traitement

- * Il se réalise 6 mois après la rémission d'un épisode dépressif caractérisé. En cas de trouble dépressif récurrent et/ou de trouble anxieux, le traitement est indiqué au long cours.
- * Les posologies seront diminuées progressivement pour éviter la survenue d'un syndrome d'arrêt. Il se manifeste généralement dans la semaine suivant l'arrêt et dure moins d'une semaine. Il associe une anxiété, une irritabilité, des troubles du sommeil comme des cauchemars, des sensations vertigineuses, des troubles neurosensoriels comme des troubles de l'équilibre, un syndrome pseudo grippal. Pour un traitement de moins d'un an l'arrêt se fera en quelques semaines et en quelques mois pour un traitement de plus d'un an.
- * La fréquence des consultations sera augmentée, du fait du risque de réapparition des symptômes.
- * Il est recommandé de revoir le patient à distance de la rémission complète.

2.2. Indication, non indications et contre-indications

2.2.1. Indications

Troubles de l'humeur :

- * Épisode dépressif caractérisé : initiation et phase de consolidation (cf. Item 64).
- * Trouble dépressif récurrent : phase de maintenance avec pour but la prévention des récives (cf. Item 64).

Troubles anxieux :

- * Troubles anxieux (cf. Item 64).

Autres indications :

- * Certains troubles du sommeil (insomnie, énurésie, narcolepsie ; cf. Item 108).
- * Algies neurologiques rebelles (imipraminiques et IRSN).
- * Céphalées rebelles et migraines (imipraminiques et IMAO).

2.2.2. Non indications

Troubles de l'humeur :

- * Des symptômes isolés, en nombre insuffisant ou de durée des symptômes dépressifs inférieure à 15 jours pour remplir les critères de l'épisode dépressif caractérisé ne sont pas des arguments suffisants pour indiquer un traitement par antidépresseur.
- * Les épisodes dépressifs caractérisés mais d'intensité légère ne doivent conduire à un traitement antidépresseur qu'en cas d'échec des stratégies non médicamenteuses.
- * Épisodes dépressifs caractérisés dans un trouble bipolaire : la prévention des nouveaux épisodes dépressifs doit être assurée en première intention par un thymorégulateur et jamais par un antidépresseur seul. L'utilisation d'antidépresseur est possible dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée à sévère, sous couverture d'un thymorégulateur.

Troubles anxieux :

- * Des symptômes isolés ou en nombre et en durée insuffisants pour remplir les critères diagnostiques ne sont pas des arguments suffisants pour indiquer un traitement par antidépresseur.
- * Les phobies simples et l'agoraphobie isolée ne sont pas des indications au traitement antidépresseur en première intention.

Addiction à l'alcool :

- * Chez le sujet souffrant d'une dépendance à l'alcool et d'un épisode dépressif caractérisé, le sevrage doit être entrepris en première intention et permet dans une majorité de cas une amélioration de l'humeur dans un délai de 3 à 6 semaines. Si des symptômes dépressifs persistent et satisfont aux critères de l'épisode dépressif caractérisé, alors un traitement antidépresseur est indiqué.

2.2.3. Contre-indications et interactions médicamenteuses

Classe chimique	Impriminiques	ISRS
Contre-indications absolues	- Glaucome à angle fermé - Adénome de prostate - Infarctus récent et coronaropathie non stabilisée - Insuffisance cardiaque décompensée - Trouble du rythme cardiaque - Association aux IMAO - Hypersensibilité connue	- Association aux IMAO - Hypersensibilité connue
Contre-indications relatives	- Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) - Épilepsie (abaissement du seuil épileptogène) - Insuffisance hépatique et rénale (ajustement des posologies) - Âge supérieur à 75 ans - Trouble démentiel	- Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) - Insuffisance hépatique et rénale (ajustement des posologies)
Principales interactions médicamenteuses	- Baisse de concentration par induction enzymatique : Barbituriques - Hausse de concentration par inhibition enzymatique : Cimétidine - Potentialisation : Anticolinergiques (antipsychotiques, antiparkinsoniens...) Inhibiteurs calciques Antiarytmiques Anticoagulants - Baisse de l'effet de la clonidine et de l'alphaméthyl DOPA	- Hausse de concentration par inhibition enzymatique : Cimétidine (sur fluoxétine) - Potentialisation par liaison aux protéines plasmatiques : Anticoagulants (paroxétine, fluoxétine) - Modification de la concentration de nombreux médicaments (fluoxétine, paroxétine, fluvoxamine...)

- * Le millepertuis, n'est pas un antidépresseur recommandé et induit de nombreuses interactions médicamenteuses pouvant altérer l'effet de certains antidépresseurs ;
- * Le tabac et l'alcool diminuent les concentrations d'antidépresseurs ;

ISRSN	IMAO	Autres
- Association aux IMAO - Hypersensibilité connue	Non sélectifs - HTA - Phéochromocytome - AVC - Hypersensibilité connue - Polynévrites Sélectifs - Hypersensibilité connue	- Association aux IMAO - Hypersensibilité connue
- Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) - Insuffisance hépatique et rénale (ajustement des posologies)	Non sélectifs - Grossesse et allaitement (on préfère cependant les tricycliques et les ISRS) - Alimentation riche en tryptophane et tyramine (fromage fermenté, sauce soja, hareng en saumur, bière, vin...) Sélectifs - Grossesse et allaitement (on préfère cependant les tricycliques et les ISRS)	- Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice risque) - Insuffisance hépatique (CI absolue pour agomélatine) et rénale (ajustement des posologies)
- Hausse de concentration par inhibition enzymatique : Cimétidine (sur venlafaxine) Paroxétine, fluvoxamine, quinidine (sur duloxétine)	Non sélectifs - Antidépresseurs - Anesthésiques - Morphiniques Sélectifs - Hausse de concentration par inhibition enzymatique : Cimétidine - Potentialisation : Effets latéraux des neuroleptiques Inhibiteurs calciques Morphiniques - Sympathomimétiques antidépresseurs : risque de syndrome sérotoninergique	- Baisse de l'effet de la clonidine et de l'alpha méthyl DOPA (miansérine) - Agomélatine et produits à action hépatique

* L'association des IMAO à un autre traitement antidépresseur est à éviter en raison du risque de syndrome sérotoninergique : en pratique il convient lors du remplacement d'un antidépresseur IMAO non sélectif par une autre molécule, d'attendre quelques semaines avant de le remplacer par un autre traitement. C'est l'affaire du spécialiste.

2.3. Bilan préthérapeutique

Il est recommandé :

- * À l'interrogatoire :
 - évaluation de la symptomatologie dépressive et le risque suicidaire ;
 - recherche des antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs unipolaires et de troubles bipolaires ;
 - recherche de traitements pris et d'interaction médicamenteuses.
- * À l'interrogatoire, à l'examen clinique, voire avec des examens paracliniques :
 - recherche de contre-indications spécifiques de chaque classe d'antidépresseurs ;
 - recherche et traitement des affections non psychiatrique (cardiologiques, urologiques, ophtalmologiques, neurologiques...) ;
 - recherche de comorbidités psychiatriques et les conduites addictives.

En pratique, concernant le bilan préthérapeutique :

- * ISRS et IRSNA : pas de bilan paraclinique.
- * Imipraminiques : ECG, bilan ophtalmologique, bilan rénal, bilan hépatique, EEG si antécédent d'épilepsie.
- * Agomélatine : bilan hépatique (réglementaire).
- * L'usage des IMAO est à réserver au spécialiste.

3. SURVEILLER UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR

3.1. Surveiller l'efficacité

Dans les troubles dépressifs :

En phase aiguë, de manière générale, après 8 semaines de traitement bien conduit un tiers des patients ont une réponse complète au traitement, un tiers ont une réponse partielle ou insuffisante et un tiers ne répondent pas : les antidépresseurs permettent une régression des symptômes dépressifs. Le début de l'amélioration survient dans un délai variable selon les symptômes dépressifs :

- * En quelques jours de traitement pour l'anxiété et le sommeil.
- * Après 1 à 2 semaines pour le ralentissement psychomoteur et les idées suicidaires.
- * Après 2 à 4 semaines pour l'amélioration de l'humeur.
- * En ambulatoire, les consultations seront rapprochées en début de traitement : à S1, S2, M1 puis mensuelles ou plus rapprochées si inefficacité, des contacts téléphoniques peuvent être utiles.
- * En phase de consolidation le rythme des consultations sera à déterminer avec le patient.
- * Dans la prévention des récurrences, l'efficacité sera évaluée sur la base de l'existence de rechutes et de leur intensité par rapport à la période antérieure au traitement.

Attention, le délai d'action des antidépresseurs est compris entre 2 et 4 semaines quelle que soit la classe choisie. Une amélioration dans les 2 premières semaines de traitement, est fréquemment prédictive d'une réponse favorable ultérieure. Le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de 6 à 8 semaines. Ainsi, sauf si le patient s'aggrave, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration

avant 4 semaines de traitement à posologie efficace. À l'inverse une réponse trop rapide peut faire évoquer une dépression bipolaire (avec un risque de virage maniaque de l'humeur).

Dans les troubles anxieux :

- * Dans les TOC, les antidépresseurs sont plus efficaces sur les pensées obsédantes que sur les compulsions. Leur délai d'action est de l'ordre de 4 à 8 semaines et le temps de traitement nécessaire à l'obtention de la réponse thérapeutique maximale de l'ordre de 10 à 12 semaines : le traitement doit être continué au moins 3 mois avant de conclure à son inefficacité.
- * Dans les troubles paniques, La réponse complète est attendue après 6 à 8 semaines de traitement.
- * Dans le trouble anxiété sociale, le délai d'action est de 3 à 4 semaines et l'obtention de la réponse complète nécessite un traitement de 8 à 12 semaines : une réévaluation est recommandée S1 ou S2 semaines puis toutes les 4 semaines.
- * Dans le trouble anxiété généralisée, les antidépresseurs ont une action préférentielle sur la symptomatologie psychique de l'anxiété et le délai d'action des antidépresseurs est de 1 à 3 semaines. La réponse complète est obtenue après plusieurs semaines de traitement.

3.2. Surveiller la tolérance : effets indésirables

- * Les effets indésirables les plus fréquents et bénins (effets digestifs, tremblements...) sont, pour leur majorité, de survenue précoce en début de traitement ou après augmentation de la posologie, dose-dépendants et transitoires. Dans cette période les effets sur l'humeur ne se sont pas forcément fait ressentir et les patients veulent souvent arrêter le traitement. Ils doivent être informés de ce caractère normal et passager.
- * Les effets indésirables attendus doivent être recherchés et évalués de façon systématique à chaque consultation et plus particulièrement en début de traitement.
- * L'apparition d'une insomnie, d'une irritabilité, d'une anxiété, d'une hyperactivité et surtout d'idées suicidaires impose une surveillance et des consultations plus rapprochées.
- * Le poids doit être surveillé et en cas de prise de poids, des mesures adaptées doivent être mises en place.

Classe chimique	Imipraminiques	ISRS	ISRSN	IMAO	Autres
Effets indésirables psychiatriques communs à tous	Levée de l'inhibition suicidaire : la levée de l'inhibition psychomotrice avant l'amélioration de l'humeur fait courir le risque de passage à l'acte suicidaire Virage maniaque de l'humeur (++) avec les tricycliques				
Autres effets indésirables	Effets anticholinergiques centraux : trouble du sommeil et confusions Effets anticholinergiques périphériques : bouche sèche, troubles de l'accommodation, constipation, rétention d'urines... Effets adrénolytiques et antihistaminiques centraux : sédation, somnolence diurne, prise de poids Effets adrénolytiques périphériques : Hypotension orthostatique Effets neurologiques : Tremblements, dysarthrie, épilepsie à dose élevée Effets neurovégétatifs : sueurs nocturnes, troubles sexuels, trouble de la conduction et de la repolarisation Effets allergiques et toxiques : agranulocytose, hépatites toxiques	Effets digestifs : nausées, diarrhée, anorexie, constipation, parfois sécheresse buccale Hépatotoxicité (duloxétine) Troubles divers : tremblements, irritabilité, céphalées Syndrome sérotoninergique par surdosage (ou interactions)		Non sélectifs Le risque majeur est la crise hypertensive avec risque de décès par hémorragie cérébrale ou méningée Signes anticholinergiques possibles avec sueurs, tremblements, bouche sèche, possible hypotension artérielle paradoxale Hépatotoxicité Risque d'interaction avec les aliments riches en tyramine et de nombreux médicaments comme les ISRS	Prise de poids (miansérine, mirtazapine) Addiction (tianeptine) Hépatotoxicité (agomélatine) Agranulocytose rare pour la miansérine Bonne tolérance en général pour la tianeptine
		Effets métaboliques : Hyponatrémie (sujet âgé)	Hypertension	Sélectifs Céphalées, troubles digestifs, vertiges	

ANXIOLYTIQUES

1. INTRODUCTION

1.1. Rationnel

1.1.1. Définition

Les anxiolytiques sont des psychotropes psycholeptiques qui appartiennent à des classes chimiques diverses et distinctes :

- * Les benzodiazépines représentant la classe principale ;
- * Les anxiolytiques non benzodiazépiniques :
 - Les carbamates.
 - Les antihistaminiques.
 - Les azapirones.
 - Les β bloqueurs.
 - Autres : etifoxine, captodiamine...

Attention, les antidépresseurs sont indiqués dans les troubles anxieux. De même, certains neuroleptiques à polarité sédatrice ont l'indication dans le traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété de l'adulte en cas d'échec des thérapeutiques habituelles. Ils ne seront pas à nouveau détaillés ici.

1.1.2. L'acide γ -aminobutyrique (GABA)

Le GABA étant un neurotransmetteur inhibiteur, il est présent dans près de 40 % des synapses cérébrales et sa répartition est ubiquitaire.

Il existe :

- * Deux familles de récepteurs canaux, perméables aux anions (chlorure et hydrogénocarbonate principalement) : GABAA et GABAC.
- * Une famille de récepteurs métabotropes nommée GABAB.

Le complexe moléculaire du récepteur GABAA se compose de plusieurs sous-unités et possède des sites de fixation pour le GABA mais aussi pour d'autres ligands qui viennent moduler son action :

- * Des agonistes venant faciliter la transmission GABAergique ayant un pouvoir anxiolytique (benzodiazépines, barbituriques, alcool, anesthésiques...).
- * Des antagonistes pouvant par exemple bloquer l'effet des benzodiazépines (flumazénil) ;
- * Des agonistes inverses ayant un pouvoir anxiogène.

1.1.3. Les monoamines

La sérotonine joue un rôle dans la modulation de l'appétit, du sommeil, de l'humeur, de la libido et des fonctions cognitives, fonctions qui sont perturbées dans les situations d'anxiété : dans l'anxiété, le système sérotoninergique serait hyperactif ou hypersensible.

Le système noradrénergique semble aussi être impliqué dans l'anxiété :

- * Expérimentalement, l'activation des neurones noradrénergiques du *locus caeruleus* produit des états anxieux chez l'animal.
- * Chez l'homme, les symptômes anxieux comme la tachycardie, les sueurs et les tremblements pourraient avoir une origine noradrénergique.

Le système histaminergique est impliqué dans l'éveil. L'histamine a un effet stimulant de la veille.

1.2. Principales caractéristiques pharmacodynamiques

1.2.1. Les benzodiazépines

Elles se lient au récepteur aux benzodiazépines couplé au complexe GABAA et facilitent la transmission GABAergique diminuant alors l'hyperexcitabilité neuronale associée à l'anxiété ;

Cette propriété leur confère des effets :

- * Anxiolytiques.
- * Sédatives.
- * Anticonvulsivantes.
- * Myorelaxantes.
- * Amnésiantes.
- * Orexigènes.

1.2.2. Les anxiolytiques non benzodiazépiniques

Action	GABAergique	Sérotoninergique	Adrénérrique	Histaminergique
Molécules	Carbamates : Mécanisme d'action peu spécifique et mal connu	Azapirone (buspirone) : Action sur les récepteurs 5HT _{1A}	βbloqueurs : Antagonisme sélectif et compétitif au niveau des récepteurs βadrénérriques	Hydroxyzine : Antagonisme des récepteurs H ₁
	Étifoquine : Fixation sur un site distinct des benzodiazépines, action allostérique directe et action indirecte impliquant des neurostéroïdes	Antidépresseurs sérotoninergiques	Clonidine : Activation α ₂ adrénergique présynaptique (intérêt anxiolytique faible sauf dans le sevrage aux opiacés)	

Des études sur l'animal permettent de situer l'action de la captodiamine au niveau du système limbique, dont le rôle essentiel est la régulation du comportement et de l'émotion.

1.3. Principales caractéristiques pharmacocinétiques

1.3.1. Les benzodiazépines

Absorption

- * Administration per os.
- * Bonne résorption digestive (quasiment totale).
- * Bonne biodisponibilité.
- * Vitesse de résorption variable selon la galénique (gouttes > comprimés), selon la voie utilisée (IV>per os).
- * Voie intraveineuse peu utilisée en psychiatrie : nécessite une surveillance rapprochée (respiratoire).
- * Voie IM : action pas plus rapide, moins bonne biodisponibilité, irrégulière. À réserver dans les cas où le patient n'est pas observant, où dans certaines situations où un effet placebo est souhaité en plus de l'effet propre du traitement.
- * Voie intra-rectale utilisée dans les convulsions chez l'enfant.

Distribution :

- * Lipophiles, rapidement distribuées au niveau du cerveau.
- * Passage dans le lait et passage de la barrière placentaire.
- * Fixation protéique variant de 70 % à 99 % selon la lipophilie.

Métabolisme :

- * Catabolisme hépatique.
- * Faiblement inducteurs enzymatiques.
- * Nombreux métabolites intermédiaires actifs. L'oxazépam est un métabolite final de nombreuses benzodiazépines et a un intérêt chez l'insuffisant hépatique.
- * Les demi-vies sont variables et la distinction entre demi-vie courte, intermédiaire ou longue est d'intérêt limité devant le nombre de métabolites actifs intermédiaires.

Élimination essentiellement urinaire.

1.3.2. Les anxiolytiques non benzodiazépiniques

- * Généralement administrés per os.
- * Le plus souvent, leur catabolisme est hépatique et leur élimination urinaire.
- * Les carbamates sont inducteurs enzymatiques.

2. PRESCRIRE UN TRAITEMENT ANXIOLYTIQUE

2.1. Différentes options thérapeutiques

Classe chimique	Molécules	Aspects pratiques
Benzodiazépines	Oxazépam	Effets principaux : anxiolyse, induction du sommeil ou effet myorelaxant Efficacité rapide, dès la première prise Risque de surconsommation, de tolérance et de dépendance À prescrire à la posologie la plus faible possible pendant une durée limitée Antidote disponible Respecter les RMO
	Lorazépam	
	Alprazolam	
	Bromazépam	
	Clobazam	
	Diazépam	
	Clorazépate dipotassique	
	Prazépam	
	Clotiazépam	
	Loflazépate d'éthyle	
	Nordazépam	
Azapirones	Buspironne	Effet recherché : anxiolyse Action retardée (après une semaine de traitement) inconstante et moindre que celle des benzodiazépines Pas de dépendance
Antihistaminique H ₁	Hydroxyzine	Anxiolyse moins forte qu'avec les benzodiazépines Dépendance moins marquée que les benzodiazépines Effets latéraux anticholinergiques
Carbamates	Méprobamate	Efficaces, entraînent une sédation importante Risque de dépendance Risque de comas profonds et graves en cas d'intoxication volontaire ou non, sans antidote disponible En conséquence, elles ne sont plus utilisées
βbloqueurs	Propanolol	Effet anxiolytique non psychiatrique lié à l'effet périphérique
	Metoprolol	Traitement des manifestations fonctionnelles cardiovasculaires associées aux états émotionnels, de manière transitoire
Autres anxiolytiques non benzodiazépiniques	Captodiamine	Peu documentée, service médical rendu insuffisant dans l'indication de l'AMM (commission de transparence)
	Étifoxine	Place réduite aux manifestations psychosomatiques de l'anxiété

2.2. Indications et contre-indications

2.2.1. Indications

Traitement symptomatique de l'anxiété :

- * Dans les troubles anxieux (cf. Item 64) : traitement ponctuel de la crise d'angoisse aiguë, β bloqueurs pour certaines situations d'anxiété sociale.
- * Dans les troubles de l'humeur (cf. Items 62 et 64) : traitement adjuvant possible en début de traitement.

Traitement préventif du sevrage alcoolique (cf. Item 74) (benzodiazépines) :

- * Traitement des manifestations anxieuses.
- * Prévention du syndrome de sevrage sévère (Delirium Tremens) et des crises d'épilepsie.

Traitement préventif du sevrage aux barbituriques (cf. Item 75) (benzodiazépine) :

- * Remplacement du barbiturique par une benzodiazépine.

Traitement symptomatique du sevrage aux opiacés (cf. Item 76) :

- * Les benzodiazépines sont à utiliser avec prudence en raison du risque de dépendance.
- * On préférera utiliser des antipsychotiques à polarité sédatrice (loxapine ou cyamémazine).

Traitement anxiolytique et sédatif des états psychotiques (cf. Items 61 et 346) :

- * En association avec un antipsychotique à polarité antiproductive, afin de potentialiser ce dernier.

Traitement hypnotique des insomnies associées à de l'anxiété :

- * Classiquement, on différencie les insomnies de début de nuit nécessitant le choix d'une benzodiazépine de demi-vie courte et les insomnies de fin de nuit nécessitant demi-vie longue.

Traitement anticonvulsivant (benzodiazépines) :

- * Traitement préventif de la récurrence : crises convulsives hyperthermiques par exemple.
- * Traitement curatif des états de mal épileptiques.

Traitement myorelaxant (benzodiazépines) :

- * En anesthésiologie.
- * En rhumatologie.

2.2.2. Contre-indications

Classe chimique	Absolues	Relatives
Benzodiazépines	Communes : Hypersensibilité connue Insuffisance respiratoire sévère Insuffisance hépatique sévère Syndrome des apnées du sommeil Myasthénie Antécédent de réaction paradoxale Particulières : Addiction connue pour le flunitrazépam et le chlorazépate disodique haut dosage	Grossesse et allaitement Insuffisances rénale et hépatique (préférer l'oxazepam en cas d'insuffisance hépatique) Antécédent de toxicomanie

Classe chimique	Absolues	Relatives
Azapirones	Hypersensibilité connue Association à un IMAO	Grossesse et allaitement Insuffisances rénale et hépatique
Antihistaminique H ₁	Hypersensibilité connue Stade précoce de la grossesse Glaucome à angle fermé Adénome prostatique	Grossesse et allaitement Insuffisances rénale et hépatique
Carbamates	Insuffisance respiratoire Hypersensibilité à l'un des composants Insuffisance hépatique sévère	Porphyrie aiguë intermittente Myasthénie Consommation associée d'alcool
βbloqueurs	Bronchopneumopathie chronique obstructive et asthme Insuffisance cardiaque non contrôlée Choc cardiogénique BAV 2 et 3 non appareillés Angor de Prinzmetal Maladie du sinus Bradycardie (< 45 -Bronchopneumopathie chronique obstructive et asthme) Insuffisance cardiaque non contrôlée Choc cardiogénique BAV 2 et 3 non appareillés Angor de Prinzmetal Maladie du sinus Bradycardie (< 45-50 battements par minute) Phénomène de Raynaud et troubles artériels périphériques Phéochromocytome Hypotension artérielle Hypersensibilité connue Insuffisance hépatique évoluée avec hyperbilirubinémie, ascite massive, encéphalopathie hépatique Prédisposition à l'hypoglycémie	Allaitement
Autres anxiolytiques non benzodiazépiniques	Étifofoxine : État de choc Insuffisance hépatique et (ou) rénale sévère Myasthénie Grossesse et allaitement Captodiamine : Grossesse et allaitement	

2.2.3. Principales interactions médicamenteuses

Il n'y a pas d'associations formellement contre-indiquées avec les benzodiazépines, mais certaines interactions sont à prendre en compte :

- * Pharmacocinétiques : absorption diminuée par les pansements gastriques. La cimetidine, le disulfirame ralentissent le catabolisme des benzodiazépines...
- * Pharmacodynamiques : potentialisation des effets sédatifs par tout autre dépresseur du SNC comme les antipsychotiques à polarité sédatrice, l'alcool, les opiacés... Action antagonisée par certains psychostimulants, par la caféine...

L'association de la buspirone aux antidépresseurs (IMAO, ISRS...) peut provoquer un syndrome sérotoninergique.

Les antihistaminiques ayant quelques propriétés collatérales anticholinergiques, il faut éviter les associations avec d'autres anticholinergiques. Comme pour les benzodiazépines, leurs effets sédatifs se potentialisent avec les autres dépresseurs du SNC.

Pour les carbamates, les interactions sont à peu près les mêmes qu'avec les benzodiazépines. Cependant ils sont nettement plus inducteurs enzymatiques que les benzodiazépines.

Pour les β bloqueurs, les interactions sont nombreuses (Cf. cours de cardiologie).

L'éthifoxine ne doit pas être associée aux dépresseurs du SNC.

La captodiamine ne doit pas être associée à l'alcool.

2.3. Bilan préthérapeutique et règles de prescription

2.3.1. Bilan préthérapeutique

À l'interrogatoire :

- * Évaluation de la symptomatologie anxieuse et du risque suicidaire.
- * Recherche des antécédents personnels ou familiaux pour éliminer une contre-indication.
- * Recherche de traitements pris et d'interactions médicamenteuses.
- * Recherche de comorbidités psychiatriques et les conduites addictives.

À l'interrogatoire, à l'examen clinique, voire avec des examens paracliniques.

- * Recherche de contre-indications spécifiques de chaque classe.
- * Recherche et traitement des affections non psychiatriques (cardiologiques, urologiques, ophtalmologiques, neurologiques, respiratoires...).

2.3.2. Règles de prescription

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soignée de la situation clinique, en recherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie non psychiatrique, et du trouble psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence et de l'arrêt du 7 octobre 1991. Elle ne doit pas être arrêtée brutalement après un traitement datant de plusieurs semaines.

Dans le cadre de cette prescription :

- * Il n'y a pas lieu dans le traitement de l'anxiété d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépines ou autres).
- * Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.
- * Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage et avec réévaluation régulière) :
 - 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques ;
 - 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le Triazolam).
- * Il n'y a pas lieu d'initier une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique, sans respecter les posologies officielles recommandées, et sans débiter par la posologie la plus faible.
- * Il n'y a pas lieu de reconduire systématiquement et sans réévaluation, une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique.

Concernant les benzodiazépines :

- * Au moment de l'initiation du traitement :
 - le choix est fonction de l'indication, de l'effet recherché des caractéristiques pharmacocinétiques du médicament, des antécédents du patient et de l'efficacité des benzodiazépines prises antérieurement ;
 - en termes de posologies, le traitement sera prescrit à la dose la minimale efficace ;
 - idéalement le traitement anxiolytique est un traitement d'appoint, ponctuel ;
 - le traitement et son caractère transitoire sont expliqués au patient ;
 - des posologies plus faibles seront utilisées chez le sujet âgé.
- * Au moment du traitement d'entretien :
 - la durée est limitée ;
 - devant tout renouvellement d'ordonnance il faut s'interroger sur la pertinence de ce traitement ;
 - il faut proposer une stratégie d'arrêt si la demande n'est plus valide.
- * Au moment de l'arrêt du traitement (notamment chez le sujet âgé) :
 - évaluer les motivations du patient, son attachement au traitement ;
 - l'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois ;
 - la prise en charge sera spécialisée devant :
 - des troubles psychiatriques sévères associés,
 - une dépendance à d'autres produits,
 - une association à d'autres psychotropes,
 - une insomnie rebelle.
- * L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable.
- * Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé.
- * Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

3. SURVEILLER UN TRAITEMENT ANXIOLYTIQUE

3.1. Surveiller l'efficacité

Surveillance de la régression des symptômes cibles.

3.2. Surveiller la tolérance : effets indésirables

Classe chimique	Effets indésirables	Prise en charge
Benzodiazépines	Sédation : Somnolence diurne, asthénie, sensation vertigineuse, altération de la vigilance Potentialisée par l'alcool	Information du patient, notamment en ce qui concerne la conduite automobile Adaptation des doses
	Troubles cognitifs : Troubles mnésiques et altération des capacités de réaction Confusion possible chez le sujet âgé	Adaptation des doses, arrêt prudent si confusion
	Troubles du comportement, favorisés par l'alcool : Effet désinhibiteur	Ne pas associer à l'alcool Contre indication relative à une prescription ultérieure de benzodiazépines
	Réactions paradoxales, favorisées par l'alcool, agitation et agressivité	
	Actes automatiques amnésiques : Chez les patients impulsifs pouvant avoir des conséquences médico-légales	
	Pharmacodépendance : C'est le principal effet indésirable avec la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement. Une benzodiazépine de demi-vie courte, une posologie élevée, des antécédents de dépendance, une escalade des doses et un traitement prolongé en sont les principaux facteurs de risque. Le syndrome de sevrage associe une réactivation anxieuse, une tension musculaire, une insomnie, des cauchemars, une labilité thymique, une impression de déréalisation voire un onirisme, des convulsions...	Respecter les règles de l'arrêt de traitement (baisse progressive) Certains un switch par une benzodiazépine de vie longue si la demi-vie du traitement initial était courte
	Rebond de l'anxiété : À l'arrêt du traitement, réapparition de symptômes anxieux plus intenses qu'à l'initiation du traitement diminuant en quelques jours	Surveillance de l'évolution

Classe chimique	Effets indésirables	Prise en charge
Azapirones	Nausées céphalées en début de traitement	Attendre, traitement symptomatique
Antihistaminique H₁	Sédation : Somnolence diurne, asthénie, sensation vertigineuse, altération de la vigilance Potentialisée par l'alcool	Information du patient, notamment en ce qui concerne la conduite automobile Adaptation des doses
βbloqueurs	Nombreux : voir cours de cardiologie	
Autres anxiolytiques non benzodiazépiniques	Rares et bénins en dehors de l'allergie	

Ces différents effets secondaires doivent être recherchés lors du traitement, la surveillance sera clinique à la recherche d'un retentissement sur une affection non psychiatrique déjà présente.

Pour tous, réactions allergiques possibles.

HYPNOTIQUES

1. INTRODUCTION

Les hypnotiques sont des psychotropes psycholeptiques ayant la possibilité d'induire le sommeil (ou du moins un état proche du sommeil physiologique). Ces molécules sont proches des anxiolytiques, avec propriétés cliniques sédatives plus marquées. La classe des hypnotiques se constitue de différentes classes chimiques :

- * Les benzodiazépines.
- * Les hypnotiques non benzodiazépiniques :
 - les apparentés benzodiazépiniques ne sont agonistes que d'un sous type du récepteur aux benzodiazépines ;
 - les antihistaminiques ;
 - les antipsychotiques à polarité sédative ;
 - les barbituriques qui ne doivent plus être utilisés devant des problèmes de tolérance et d'interactions médicamenteuses.

Pour comprendre le fonctionnement de chacune de ces classes, il faut se référer à la section correspondante. C'est l'activité clinique et la polarité sédative d'une molécule donnée qui va permettre de différencier, par exemple, une benzodiazépine hypnotique d'une benzodiazépine anxiolytique.

553

2. PRESCRIRE UN TRAITEMENT HYPNOTIQUE

2.1. Différentes options thérapeutiques

Classe chimique	Molécules	Aspects pratiques
Benzodiazépines	Triazolam	Diminution de la latence d'apparition du sommeil
	Loprazolam	
	Nitrazépam	Privilégient les stades de sommeil lent superficiel au détriment des stades de sommeil lent et profond et de sommeil paradoxal
	Lormétazépam	
	Témazépam	La prescription du flunitrazépam est limitée à 14 jours avec dispensation fractionnée tous les 7 jours car il est particulièrement addictif
	Estazolam	
	Flunitrazépam	

Classe chimique	Molécules	Aspects pratiques
Apparentés benzodiazépines	Zolpidem	Respectent mieux l'architecture du sommeil que les benzodiazépines Demi-vie du zolpidem < zopiclone
	Zopiclone	Mêmes avantages et défauts que les benzodiazépines avec une action hypnotique plus spécifique
Antihistaminique H ₁ et Antipsychotiques à polarité sédatrice	Alimémazine	Avec ces molécules il faut savoir être attentif à la survenue d'effets latéraux anticholinergiques L'utilisation d'antipsychotique comme l'alimémazine expose au risque de dyskinésie tardive
	Doxylamine	
	Niaprazine	
Associations d'hypnotiques	Clorazepate dipotassique + Acepromazine + Aceprometazine	Conjugaison des avantages des molécules associées
	Meprobamate + Aceprometazine	Conjugaison aussi de leurs inconvénients

2.2. Indications et contre-indications

Les hypnotiques sont indiqués dans les troubles du sommeil suivants :

- * Insomnies transitoires.
- * Insomnies réactionnelles.

Le zolpidem et le zopiclone sont contre-indiqués durant la grossesse et l'allaitement, chez l'enfant de moins de 15 ans, dans l'insuffisance respiratoire sévère, dans l'insuffisance hépatique et rénale, dans la myasthénie, en cas d'intolérance génétique au galactose et en cas d'hypersensibilité. L'association de ces médicaments avec des déprimeurs du SNC est déconseillée.

Pour les autres traitements, les contre-indications et les interactions médicamenteuses sont celles vues pour chaque classe.

Il est contre-indiqué d'introduire un hypnotique potentiellement déprimeur respiratoire chez un patient souffrant d'insomnie avec un syndrome d'apnées du sommeil (cf. Item 108).

2.3. Bilan préthérapeutique et prescription

À l'interrogatoire :

- * Évaluation du trouble du sommeil (cf. Item 108).
- * Recherche des antécédents personnels ou familiaux pour éliminer une contre-indication.
- * Recherche de traitements pris et d'interactions médicamenteuses possibles.
- * Recherche de comorbidités psychiatriques et les conduites addictives.

À l'interrogatoire, à l'examen clinique, voire avec des examens paracliniques :

- * Recherche de contre-indications spécifiques de chaque classe.

- * Recherche et traitement des affections non psychiatriques (cardiologiques, urologiques, ophtalmologiques, neurologiques, respiratoires...).

La prescription :

- * Respectera les règles de prescription décrites pour les anxiolytiques.
- * Se fera à dose minimale efficace.
- * La durée sera limitée pour éviter le risque de dépendance (quelques jours pour les insomnies réactionnelles, quelques semaines pour les insomnies transitoires).
- * Le traitement ne doit pas être arrêté brutalement.
- * Les posologies seront à adapter chez les sujets âgés (posologies moindres).
- * Un traitement à demi-vie courte sera choisi pour une insomnie d'endormissement (ainsi que chez le sujet âgé) et un traitement à demi-vie plus longue pour les insomnies de seconde partie de nuit.
- * Le patient doit être informé du risque de potentialisation par la consommation d'alcool et du risque de somnolence (conduite automobile).

3. SURVEILLER UN TRAITEMENT HYPNOTIQUE

3.1. Surveiller l'efficacité

Surveillance de la régression des troubles du sommeil.

3.2. Surveiller la tolérance : effets indésirables

Le zopiclone et le zolpidem ont possiblement pour effets indésirables : un goût amer dans la bouche le matin (zopiclone, assez fréquent), une amnésie antérograde, une somnolence diurne résiduelle (zopiclone essentiellement), des troubles digestifs banals, des hallucinations hypnagogiques (zolpidem), des sensations vertigineuses, des cauchemars, une agitation nocturne, un syndrome confusionnel... Ils peuvent tous les deux, comme les benzodiazépines, entraîner une tolérance et une dépendance ainsi qu'une anxiété rebond au moment de l'arrêt.

Pour les autres traitements, se référer aux sections correspondantes.

THYMORÉGULATEURS

1. INTRODUCTION

1.1. Rationnel

Les thymorégulateurs sont des psychotropes psychoisoleptiques dont l'action clinique principale est la diminution de la fréquence, de la durée et de l'intensité des épisodes thymiques (maniaque ou dépressif). Ils représentent une classe pharmacologique assez restreinte qui comprend :

- * Les sels de lithium.
- * Les thymorégulateurs anticonvulsivants.

Attention, plusieurs antipsychotiques atypiques (aripiprazole, olanzapine, risperidone, quétiapine et asenapine) ont une indication plus ou moins large dans les troubles de l'humeur (cf. Item 62) :

- * Accès maniaque uniquement (risperidone, asenapine).
- * Traitement curatif de l'épisode maniaque modéré à sévère et préventif des rechutes maniaques, chez les patients y ayant répondu au préalable (aripiprazole).
- * Traitement curatif de l'épisode maniaque modéré à sévère et préventif des rechutes du trouble bipolaire, chez les patients y ayant répondu au préalable (olanzapine).
- * Traitement curatif de l'épisode maniaque modéré à sévère, de la dépression bipolaire et préventif des rechutes du trouble bipolaire, chez les patients y ayant répondu au préalable (quétiapine).

À ce titre, ils peuvent être considérés comme des thymorégulateurs. À part pour le tableau présentant les indications, ils sont décrits dans la section leur étant dédiée.

1.2. Principales caractéristiques pharmacodynamiques

Différentes actions encore mal connues contribuent à l'effet thérapeutique :

- * Des modifications de l'équilibre hydroélectrique et de l'équilibre membranaire avec effet stabilisateur de membrane (notamment avec le lithium) ;
- * Des modifications des activités enzymatiques ;
- * Des modifications du signal intracellulaire via un effet sur les seconds messagers avec pour effet une moindre réponse cellulaires aux neurotransmetteurs couplés à ces systèmes de seconds messagers ;
- * Des modifications directes sur certains neuromédiateurs. Les systèmes sérotoninergique, noradrénergique et GABAergique sont, entre autres, modifiés par l'action des thymorégulateurs...
- * Des modifications métaboliques (le lithium induit des perturbations du métabolisme du glucose).

1.3. Principales caractéristiques pharmacocinétiques

Traitements	Lithium	Thymorégulateurs anticonvulsivants
Absorption	Administration per os Le lithium est un ion, rapidement absorbé au niveau du tube digestif L'équilibre est atteint entre le 5 ^e et le 8 ^e Jour	Administration per os Bonne résorption digestive Bonne biodisponibilité
Distribution	Le volume de distribution est peu élevé Pas de liaison aux protéines Passage à travers le placenta et dans le lait maternel Fourchette thérapeutique étroite (dosage 12 heures après la dernière prise) : 0.5-0.8 mEq/L (forme à libération immédiate) 0.8-1.2 mEq/L (forme à libération prolongée)	Diffusion cérébrale Fixation protéique importante Passage à travers le placenta et dans le lait maternel
Métabolisme		Métabolisme hépatique La carbamazépine est inducteur enzymatique
Élimination	Demi-vie de 18 à 30 h Excrétion rénale Compétition entre ions lithium et sodium au niveau du tubule proximal	Principalement rénale

2. PRESCRIRE UN TRAITEMENT THYMORÉGULATEUR

2.1. Indication et contre-indications

2.1.1. Indications

Troubles bipolaires, indication la plus classique :

- * Traitement curatif de l'épisode maniaque ou dépressif caractérisé.
- * Traitement préventif de la rechute.

Classe	Molécules	Traitement curatif de l'épisode maniaque	Traitement curatif de l'épisode dépressif	Traitement préventif de la rechute	Aspects pratiques
Sels de lithiums	Sels de lithium	X		X	Thymorégulateur de référence « Effet anti-suicide » possible
Thymorégulateurs anticonvulsivants	Carbamazépine			X	2 ^{de} intention
	Valpromide	X		X	2 ^{de} intention
	Valproate	X		X	2 ^{de} intention
	Lamotrigine			X	Prévention des épisodes dépressifs caractérisés chez les patients bipolaires de type 1
Antipsychotiques atypiques	Quétiapine	X	X	X	Cf. antipsychotiques
	Aripiprazole	X		X	Cf. antipsychotiques
	Olanzapine	X		X	Cf. antipsychotiques
	Risperidone	X			Cf. antipsychotiques
	Asenapine	X			Cf. antipsychotiques

NB : La clozapine peut être employée dans des cas très spécifiques :

- * Trouble schizo-affectif : traitement préventif des rechutes.
- * Indications moins classiques :
 - traitement potentialisateur de l'antidépresseur dans un épisode thymique résistant (lithium) ;
 - manifestations d'impulsivité ayant des conséquences fonctionnelles.

2.1.2. Contre-indications et interactions médicamenteuses

Traitement	Lithium	Carbamazépine	Valpromide Valproate
Contre-indications absolues	Insuffisance rénale même modérée (clairance de la créatinine < 85 mL/minute) Déplétion hydro-sodée, hyponatrémie Régime sans sel ou peu salé Coronaropathie sévère Association aux salidiurétiques Insuffisance cardiaque instable, Allaitement	Troubles de la conduction cardiaque (bloc auriculo-ventriculaire) Antécédent de porphyrie aiguë intermittente Antécédent d'aplasie médullaire Association aux IMAO (structure proche des IMAO, attendre 14 jours après l'arrêt des IMAO pour l'introduire) Hypersensibilité connue	Hypersensibilité connue Hépatite aiguë Hépatite chronique Antécédent personnel ou familial d'hépatite sévère Porphyrie hépatique Association à la méfloquine Association au millepertuis
Contre-indications relatives	HTA Épilepsie Hypothyroïdie Grossesse avec risque de cardiopathie congénitale d'Ebstein (1^{er} trimestre)	Allaitement Grossesse (1^{er} trimestre : faire le rapport bénéfice risque, supplémenter en acide folique et faire un suivi gynécologique à la recherche de malformation du tube neural) Insuffisance hépatique sévère Glaucome à angle fermé Adénome de prostate	Association à la lamotrigine Allaitement Grossesse (1^{er} trimestre : faire le rapport bénéfice risque, supplémenter en acide folique et faire un suivi gynécologique à la recherche de malformation du tube neural)
Principales interactions médicamenteuses	Majoration de la lithémie : AINS Diurétiques et IEC 5-Nitro-imidazolés (Metronidazole) Cyclines Diminution de la lithémie : Théophylline Corticoïdes Mannitol Baisse de la concentration d'autres traitements due au lithium : Antipsychotiques Neurotoxicité de l'association lithium haloperidol	Majoration de la carbamazépinémie : Macrolides (érythromycine, josamycine) Inhibiteurs calciques hors dihydropyridines Isoniazide Valproate Dextropropoxyphène... Diminution de la carbazépinémie : Phenobarbital Phénytoïne Théophylline... Baisse de la concentration d'autres traitements due à la carbamazépine : Clonazépam Halopéridol Valproate de sodium... Hausse de la concentration d'autres traitements : Phénytoïne Clomipramine...	Diminution des concentrations de l'anticonvulsivant : Méfloquine Millepertuis Risque de syndrome de Lyell : Lamotrigine Nombreuses autres interactions, notamment avec les autres psychotropes (par exemple la carbamazépine), les autres antiépileptiques, l'alcool ...

2.2. Bilan préthérapeutique et règles de prescription

2.2.1. Bilan préthérapeutique

Traitement	Lithium	Carbamazépine Valpronide Valproate
Bilan clinique	Examen clinique complet faisant le point sur les comorbidités et les traitements en cours pour rechercher des contre-indications	
Bilan paraclinique	NFS-plaquettes Ionogramme sanguin Créatininémie, clairance de la créatinine, protéinurie, glycosurie, voire compte d'Addis Bilan hépatique Bilan thyroïdien (au moins une TSH) ECG EEG (si il y a des antécédents de comitialité) β HCG chez une femme en âge de procréer	NFS-plaquettes Bilan hépatique β HCG chez une femme en âge de procréer

2.2.2. Règles de prescription

Le choix se fera en fonction :

- * Du terrain : existence de contre-indications, d'une grossesse, traitements interagissant...
- * De l'observance du patient et de sa capacité à comprendre l'intérêt du traitement, sa prise quotidienne (on ne choisit pas le lithium si le patient n'est pas observant).
- * De la forme clinique du trouble dont souffre le patient : le lithium, traitement de référence, est généralement préféré en première intention, dans le trouble bipolaire, sauf dans certains cas : cycles rapides, épisodes mixtes, dysphoriques.

Au moment de l'initiation :

- * Les traitements seront adaptés en augmentant progressivement les doses ;
- * Sous contrôle de la lithiémie pour les sels de lithium (12 h après la dernière prise, tous les 4 jours, jusqu'à obtention d'une lithiémie efficace stable). Puis tous les 15 jours pendant deux mois puis tous les 3 mois pendant un an puis tous les 6 mois.
- * Sous contrôle de la NFS plaquettes, du bilan hépatique une fois par semaine le premier mois pour la carbamazépine.
- * Sous contrôle du bilan hépatique régulier pendant les six premiers mois du traitement par valpromide et valproate.
- * Éducation pour la santé du patient.
- * Contraception efficace chez les femmes en âge de procréer.

Au moment du traitement d'entretien ;

- * Surveillance adaptée au traitement choisi.

3. SURVEILLER UN TRAITEMENT THYMORÉGULATEUR

3.1. Surveiller l'efficacité

Chez un patient bipolaire, l'efficacité sur le nombre d'épisodes thymiques et leur intensité peut être visualisée, dans l'idéal sur un diagramme de l'humeur (mais rarement fait en pratique).

3.2. Surveiller la tolérance : effets indésirables

Traitement	Lithium	Carbamazépine	Valpromide	Valproate
Effets indésirables	Neuropsychiques : Tremblements (fréquents) Asthénie Passivité Troubles cognitifs (mémoire et concentration) Endocriniens : Prise de poids Hypothyroïdie Goitre Rénaux : Syndrome polyuro-polydipsique Syndrome néphrotique (Glomérulonéphrite extra membraneuse) Néphropathie tubulo-interstitielle Digestifs : Nausée Goût métallique Diarrhée Gastralgie Cardiovasculaires : Troubles de la conduction Troubles de la repolarisation Myocardites Hématologiques : Hyperleucocytose avec lymphopénie Dermatologiques : Acné Psoriasis Alopécie Rash cutané Prurit	Neuropsychiques : Confusion Somnolence Vertige Ataxie Céphalées Hépatiques : Hépatite médicamenteuse Hématologiques : Cytopénies diverses voire pancytopénie Dermatologique : Rash cutané Syndrome de Lyell Neurovégétatifs : Effets latéraux anticholinergiques Constipation Sécheresse buccale Trouble de l'accommodation Métaboliques : Hyponatrémie	Neuropsychiques : Confusion Somnolence Hypotonie Hépatiques : Hépatite médicamenteuse Hématologiques : Hypofibrinogénémie Cytopénies	Neuropsychiques : Confusion Hépatiques : Hépatite médicamenteuse Digestifs : Troubles du transit
Surveillance à mettre en place	Clinique Lithémie Bilans rénal et thyroïdien annuel	Contrôles réguliers NFS, plaquettes, bilan hépatique complet (dont le TP) Dosage possible si doute sur la observance		

PSYCHOSTIMULANTS

1. INTRODUCTION

Les psychostimulants utilisés en thérapeutique sont des psychotropes psychoanaleptiques qui comprennent :

- * Les amphétamines et les dérivés amphétaminiques comme le méthylphénidate.
- * L'adrafnil.
- * Le modafinil, le métabolite actif de l'adrafnil.
- * Les bases xanthiques (caféine, théobromine, théophylline).

Le méthylphénidate et le modafinil sont les deux substances de cette classe à connaître pour l'IECN.

Les psychostimulants partagent les propriétés suivantes :

- * Stimulation de la vigilance.
- * Accélération des processus d'idéation.
- * Augmentation de l'intensité des perceptions sensorielles.
- * Sans action spécifique sur l'humeur déprimée comme pour les antidépresseurs qui sont aussi psychoanaleptiques.

Traitement	Méthylphénidate	Modafinil
Principales caractéristiques pharmacodynamiques	Augmentation de la concentration intrasynaptique de dopamine et de noradrénaline, notamment au niveau de la formation réticulée et au niveau du cortex	Psychostimulant non amphétaminique avec un effet α_1 adrénergique au niveau cérébral
Principales caractéristiques pharmacocinétiques	Bonne résorption digestive Important effet de premier passage hépatique Biodisponibilité de 30 % Liaison protéique peu élevée Métabolisme hépatique Élimination rénale	Pourcentage de liaison 60 % Métabolisme hépatique par les cytochromes Inducteur enzymatique Élimination rénale

2. PRESCRIRE ET SURVEILLER UN TRAITEMENT PSYCHOSTIMULANT

Traitement	Méthylphénidate	Modafinil
Indications	Trouble de l'attention avec hyperactivité de l'enfant après 6 ans Traitement alternatif de la narcolepsie en cas d'échec du modafinil	Traitement de la narcolepsie (efficace sur les accès de sommeil diurne et non sur la cataplexie qui doit être traitée par un imipraminique) Traitement de l'hypersomnie idiopathique
Contre-indications	Absolues : Hypersensibilité au méthylphénidate ou à tout autre constituant du produit Manifestations d'angoisse, épisode dépressif caractérisé Manifestations psychotiques. Hyperthyroïdie Arythmie cardiaque Affections cardiovasculaires sévères Angor sévère Glaucome Antécédents personnels et/ou familiaux de tics moteurs Syndrome de Gilles de la Tourette Enfants de moins de six ans Traitement par IMAO non sélectifs Traitement par vasoconstricteurs Relatives : Grossesse	Absolues : Hypersensibilité Allaitement Relatives : Grossesse Aménagement posologique sur terrains à risque (ex : insuffisant rénal)
Interactions médicamenteuses principales	IMAO Antidépresseurs tricycliques Anesthésiques volatils Agents vasopresseurs	Inactivation par le Modafinil : - des contraceptifs oraux - de la ciclosporine
Principes de prescription	Prescription initiale réservée aux médecins hospitaliers (pédiatres, pédopsychiatres, psychiatres, neurologues) Prescription réévaluée et renouvelée chaque année par le spécialiste hospitalier Prescription limitée à 28 jours (stupéfiant) Renouvellement d'ordonnance mensuel possible par tout médecin Si cela se discute, en général, on ne prescrit pas le traitement durant les vacances scolaires et parfois même on ne le prescrit pas le week-end Chez les sportifs, prévenir qu'il s'agit d'un produit dopant	Prescription initiale limitée aux médecins hospitaliers (neurologues, pneumologues, médecins des centres du sommeil) Prescription réévaluée et renouvelée chaque année par le spécialiste hospitalier Ordonnance de médicament d'exception Bilan cardiovasculaire avec ECG avant traitement Chez les sportifs, prévenir qu'il s'agit d'un produit dopant

Traitement	Méthylphénidate	Modafinil
Principaux effets indésirables	Neurologiques et psychiques : Céphalées Nervosité Insomnie Pharmacopsychose (très rare) ... Digestifs : Nausées, douleurs abdominales, anorexie passagères au début du traitement Cardiovasculaires : Tachycardie Palpitations Hypertension artérielle Musculo-squelettique : Possible ralentissement staturo-pondéral Crampes Arthralgies Hématologique : Cytopénies Allergiques : Réaction anaphylactique	Neurologiques et psychiques : Céphalées Nervosité Insomnie Confusion Dyskinésies Troubles visuels ... Digestifs : Nausées Anorexie Sécheresse buccale Cardiovasculaires : Tachycardie Palpitations Hypertension artérielle Hypotension artérielle (possible aussi) Musculo-squelettique : Myalgies Hématologiques et allergiques : Eosinophilie Urticaire voire oedème de Quincke
Surveillance	Clinique Recherche de signes de surdosage et d'une mauvaise tolérance (HTA, courbe de croissance pour le méthylphénidate) NFs devant toute suspicion d'atteinte hématologique	

RÉSUMÉ

Les psychotropes sont très largement prescrits et ont été à l'origine d'une véritable révolution dans le traitement et la compréhension des pathologies mentales. Les grandes familles de psychotropes sont les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les thymorégulateurs et les psychostimulants. Pour chaque famille les bases pharmacocinétiques, les principaux mécanismes pharmacodynamiques, les règles de prescription et les modalités de surveillance sont à connaître.



POINTS CLEFS

1/ Concernant les antipsychotiques :

- * Le bilan pré-thérapeutique et le suivi reposent sur les éléments suivants : examen clinique, biologie standard, bilan hépatique, ECG (QTc), β HCG chez les femmes et bilan métabolique, +/- EEG (antécédent épileptique ou clozapine) +/- Prolactine.
- * Exemple d'antipsychotique sédatif : Cyamémazine.
- * Exemple d'antipsychotique antiproduitif : Olanzapine.
- * L'indication principale correspond aux troubles psychotiques.
- * On les utilise aussi dans les troubles de l'humeur.
- * Il faut privilégier la monothérapie.
- * Les effets indésirables sont les suivants : syndrome métabolique / syndrome parkinsonien / dystonies / dyskésies / hyperprolactinémie / syndrome malin des neuroleptiques / effets anticholinergiques / effets adrénolytiques / neutropénie pour la clozapine (NFS régulières) / allergie.

2/ Concernant les antidépresseurs :

- * Le bilan préthérapeutique est clinique, des β HCG sont faits chez les femmes et :
 - pour les ISRS et IRSNA = pas de bilan paraclinique ;
 - pour les imipraminiques = ECG, bilan ophtalmologique, bilan rénal, bilan hépatique, EEG.
- * En première intention, ne pas prescrire d'imipraminique ou d'IMAO, préférer les ISRS, IRSNA ou les « autres antidépresseurs » :
 - exemple d'ISRS : Escitalopram ;
 - exemple d'IRSNA : Duloxetine ;
 - exemple d'imipraminique : Imipramine.
- * Lors de l'arrêt, il faut faire une diminution progressive des doses.
- * Les effets indésirables des ISRS sont : levée d'inhibition / virage maniaque / effets digestifs / tremblements / irritabilité / céphalées / syndrome sérotoninergique (surdosage) / hyponatrémie (sujet âgé) / hypertension.
- * Les effets indésirables des imipraminiques sont : levée d'inhibition / virage maniaque / effets anticholinergiques (glaucome par fermeture de l'angle) / effets adrénolytiques / effets antihistaminiques / tremblements dysarthrie / épilepsie à dose élevée / effets neurovégétatifs / trouble de la conduction et de la repolarisation / allergie.

3/ Concernant les anxiolytiques et hypnotiques

- * Le bilan préthérapeutique est clinique et paraclinique en cas de point d'appel.
- * Les chefs de file de ces classes sont les benzodiazépines (GABAergiques) et apparentés :
 - exemple de benzodiazépine (anxiolytique) : Oxazépam ;
 - exemple d'apparenté (hypnotique) : Zopiclone.
- * Les effets recherchés sont : l'anxiolyse, l'induction du sommeil ou l'effet myorelaxant.
- * Il existe un risque de surconsommation, de tolérance et de dépendance.
- * Les contre indications absolues sont les suivantes : hypersensibilité, insuffisance respiratoire sévère, insuffisance hépatique sévère, syndrome des apnées du sommeil, myasthénie, antécédent de réaction paradoxale.
- * Les effets indésirables sont les suivants : sédation (potentialisée par l'alcool) / troubles cognitifs / confusion / troubles du comportement favorisés par l'alcool (effet désinhibiteur, réactions paradoxales) / actes automatiques amnésiques / pharmacodépendance.
- * La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit être régulièrement réévaluée, ne doit pas être arrêtée brutalement après un traitement datant de plusieurs semaines.
- * Il n'y a pas lieu dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques.
- * Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.
- * Durées de prescription maximales réglementaires de 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques et de 2 à 4 semaines pour les hypnotiques.

4/ Concernant les thymorégulateurs

- * Le bilan préthérapeutique repose sur l'examen clinique, des β HCG chez les femmes est :
 - pour le lithium : NFS-plaquettes, ionogramme sang, créatininémie, protéinurie, glycosurie, bilan hépatique, bilan thyroïdien (au moins une TSH), ECG, EEG (si antécédent épileptique) ;
 - pour les anticonvulsivants : NFS-plaquettes, bilan hépatique.
- * Les sels de lithium restent le traitement de référence.
- * Exemple d'anticonvulsivant : divalproate de sodium.
- * Exemple d'antipsychotique utilisé comme thymorégulateur : olanzapine.
- * Les contre indications absolues du lithium sont les suivantes : insuffisance rénale / déplétion hydro-sodée / hyponatrémie / régime sans sel ou peu salé / coronaropathie sévère / association aux salidiurétiques / insuffisance cardiaque instable / allaitement.
- * La surveillance de la lithémie est incontournable lors d'une prescription de lithium.

5/ Concernant les psychostimulants (méthylphénidate en particulier) :

- * La prescription initiale est faite par un médecin hospitalier puis réévaluée et renouvelée chaque année par un spécialiste hospitalier.
- * La prescription est limitée à 28 jours (stupéfiant), le renouvellement mensuel peut être fait par tout médecin.

item 117

LE HANDICAP PSYCHIQUE

- I. Introduction
- II. Contexte épidémiologique : impact du handicap psychique
- III. Prise en charge du handicap



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Évaluer le handicap psychique de l'adulte. Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.
- * Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de remédiation cognitive.

1. INTRODUCTION

1.1. Définition OMS du handicap

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, **cognitives ou psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Loi n° 2005-102 du 11/02/05, article 14.

La notion de handicap tient compte de la situation sociale du sujet et de la perception qu'il en a. Le handicap n'est pas un état, mais est fonction d'un contexte donné, ce qui revient à parler plutôt de « situation de handicap » d'origine physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique. La définition du handicap adoptée par la loi, tout en introduisant la notion d'environnement, reste cependant un modèle de type individuel, attribuant la cause du handicap aux « altérations de fonction », c'est-à-dire aux déficiences. Le législateur a en outre précisé en 2005 dans la définition du handicap que les altérations des fonctions psychiques sont bien des sources de handicap. C'est cette précision qui fait souvent dire que la loi de 2005 a « reconnu » le handicap psychique.

1.2. Différence entre handicap mental et handicap psychique

Il est important de différencier les deux notions fondamentalement différentes de *handicap mental* et de *handicap psychique* (cf. tableau 1).

Le handicap mental, ou « situation de handicap d'origine mentale » est relié à un déficit cognitif global entraînant une efficacité intellectuelle diminuée (souvent stable).

Le handicap psychique ou « situation de handicap d'origine psychique » est relié à un déficit cognitif spécifique ou des biais cognitifs (évoluant par poussées) perturbant l'organisation des activités et des relations sociales. Le handicap psychique est donc secondaire à un trouble mental (synonyme de trouble psychiatrique). D'une certaine manière, il s'agit plus d'une déficience dans la possibilité d'utiliser ses capacités cognitives que d'une altération de ces capacités en elle-même (contrairement au handicap mental).

	Situation de handicap d'origine mentale	Situation de handicap d'origine psychique
Apparition	Dès la naissance	À l'adolescence ou l'âge adulte
Évolution	Stable, déficience durable	Évolutive
Retentissement	Soins médicaux habituellement peu fréquents, certains étant de nature à diminuer l'impact du handicap	Soins médicaux indispensables, permettant de stabiliser le trouble mental et de diminuer l'impact du handicap

Tableau 1. Comparaison des principales caractéristiques des situations de handicap d'origine mentale et psychique.

1.3. Le modèle OMS du handicap

Le modèle du handicap de l'OMS distingue trois niveaux. Il postule que chaque niveau de complexité inférieur a des répercussions sur le niveau supérieur. De plus, il existe des boucles de rétroaction qui signifient que la stimulation des niveaux supérieurs a des effets en retour sur les niveaux inférieurs. Enfin, ce modèle identifie deux catégories de facteurs susceptibles d'influencer la cascade de conséquences menant des déficiences aux restrictions de participation : les facteurs personnels et les facteurs environnementaux. Ces facteurs peuvent constituer des obstacles ou des facilitateurs de la participation à la vie sociale.

Les facteurs personnels comprennent tous les éléments constitutifs d'un individu avec en particulier les conceptions issues de la psychologie de la santé : le stress perçu, le soutien social perçu, le contrôle perçu et les stratégies d'adaptation.

Les facteurs environnementaux désignent tous les éléments du contexte de vie de l'individu, et notamment la présence d'aidants, professionnels et/ou naturels, l'adaptation du milieu de vie aux difficultés et l'accessibilité de l'environnement, mais également le traitement pharmacologique et les aides financières.

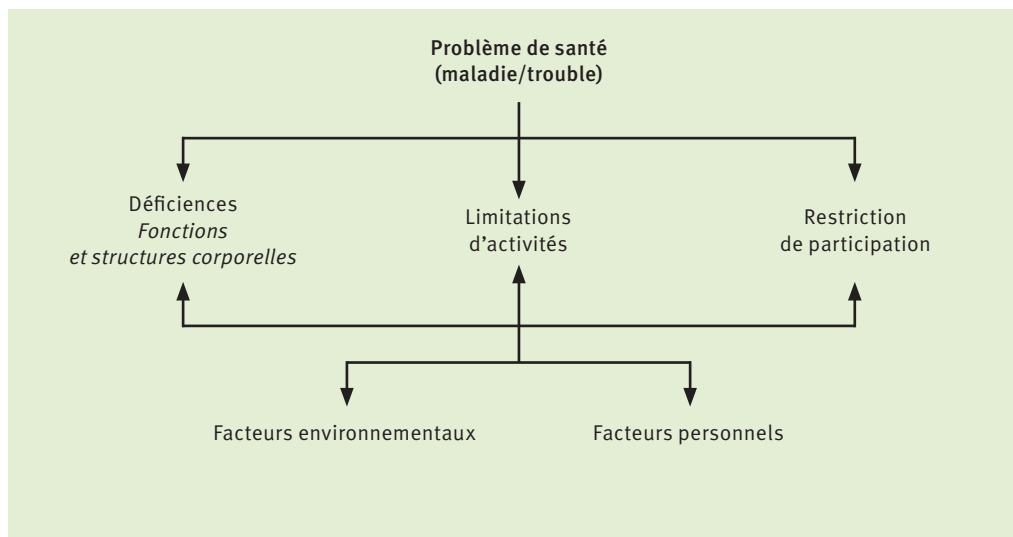


Tableau 2. Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF, OMS, 2001).

1.3.1. Déficience

Les déficiences correspondent au dysfonctionnement des structures anatomiques, elles incluent notamment les altérations cognitives. Ces dernières s'évaluent par des tests neuropsychologiques, indispensables dans tout bilan de troubles psychiatriques sévères. Les altérations cognitives contribuent fortement au pronostic fonctionnel des troubles psychiatriques.

Pour comprendre, prenons l'exemple d'une fracture du poignet, limitant la mobilité de celui-ci. En psychiatrie, il peut s'agir, par exemple, d'un épisode psychotique avec modification du fonctionnement cérébral dans le lobe frontal entraînant une altération des fonctions exécutives. Cette dernière peut se manifester par une altération de la planification.

1.3.2. Limitation d'activité

Une activité signifie l'exécution d'une tâche par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité, c'est-à-dire ce que la personne est capable ou non de faire. Il s'agit notamment des différentes tâches de la vie quotidienne, ou encore les compétences sociales et professionnelles.

Concernant la déficience suite à une fracture du poignet, il s'agirait par exemple de l'impossibilité d'ouvrir un pot de confiture. Concernant l'altération de la planification, il s'agirait, par exemple, d'oublier d'acheter un pot de confiture quand il n'y en a plus.

La limitation d'activité dépend directement de la déficience.

1.3.3. Restriction de participation

La participation signifie le fait de prendre part à une situation de la vie réelle. Les restrictions de la participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de la vie réelle. Elles constituent certainement le niveau le plus proche de ce que l'on entend par handicap psychique. À ce niveau, il ne s'agit pas de ce que la personne est capable de faire ou pas, mais surtout de ce qu'elle fait réellement ou effectivement.

Le fait de ne pas pouvoir ouvrir un pot de confiture ou d'oublier d'acheter un pot de confiture ne constitue pas une restriction de participation si le sujet ne vit pas dans un contexte personnel, familial ou social. La restriction de participation dépend de la limitation d'activité confrontée au contexte personnel, familial, professionnel ou social. Elle implique une personne dans une situation de la vie réelle et ne peut donc s'évaluer que de manière écologique, avec le sujet dans sa vie quotidienne.

1.3.4. Évaluation du handicap

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) fournit un guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée : le GEVA. Le GEVA est constitué de 7 dimensions ou volets prenant en compte des facteurs médicaux, psychologiques et contextuels. Il s'agit donc d'un guide multidimensionnel, non spécifique au handicap psychique, qui permet une approche adaptée à la situation de chaque personne handicapée, et la mise en place d'un plan personnalisé de compensation du handicap avec l'ouverture de droits auprès de la MDPH. (cf. Item 115).

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : IMPACT DU HANDICAP PSYCHIQUE

Le handicap psychique fait partie des premières causes de handicap selon l'OMS. On estime à 700 000 le nombre de personnes présentant un handicap psychique en France. Il s'agit de la première cause de mise en invalidité par la Sécurité sociale.

3. PRISE EN CHARGE DU HANDICAP

3.1. Principes généraux de la prise en charge du handicap psychique

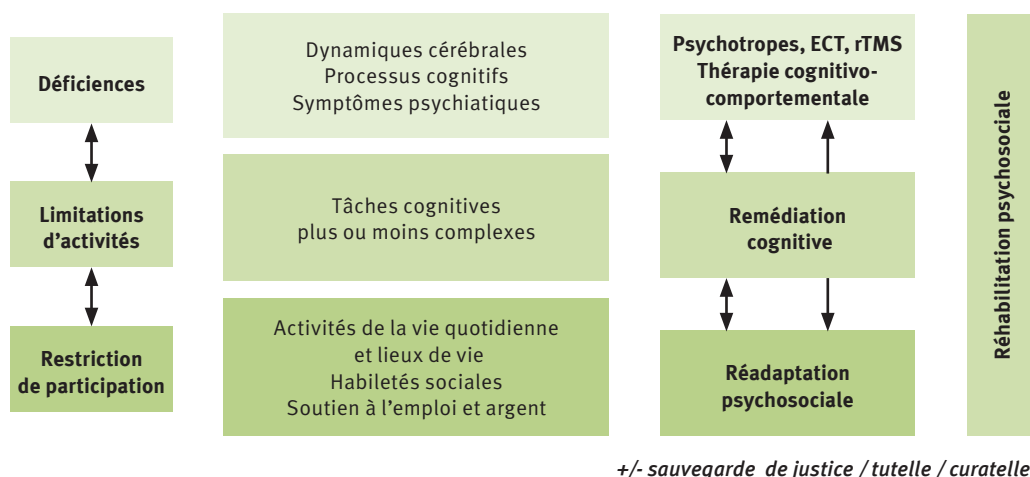


Figure 1. Schéma synthétisant les différents axes de la prise en charge du handicap psychique selon le modèle OMS.

3.2. Prise en charge des déficiences et limitations d'activité : la remédiation cognitive

Il s'agit principalement des techniques de remédiation cognitive. La remédiation cognitive s'apparente aux techniques de rééducation et a pour objectif de diminuer les altérations cognitives des patients souffrant de trouble psychiatrique :

- * soit par un entraînement des processus altérés,
- * soit par un renforcement des processus préservés destinés à compenser les altérations.

Les altérations cognitives se manifestent par des altérations non spécifiques aux troubles psychiatriques (pouvant se retrouver dans les maladies neurologiques par exemple) ou par des altérations spécifiques aux troubles psychiatriques.

Concernant les altérations non spécifiques, elles peuvent toucher comme dans les maladies neurologiques :

- * l'attention et vitesse de traitement de l'information,
- * la mémoire,
- * les fonctions exécutives.

La remédiation de ces altérations nécessite préalablement une évaluation complète neuropsychologique individuelle afin de connaître les altérations les plus importantes mais également une évaluation des conséquences de ces déficiences dans la vie quotidienne (restrictions de

participation). Plusieurs programmes de remédiation cognitive ciblant les altérations cognitives ont déjà été validés et sont disponibles en français (en particulier Integrated Psychological Treatment ou IPT, Cognitive Remediation Therapy ou CRT, Remédiation cognitive par entraînement hiérarchisé assisté par ordinateur à l'aide du logiciel REHA-COM et Programme de remédiation cognitive pour patients présentant une schizophrénie ou un trouble associé ou RECOS).

Les altérations cognitives spécifiques peuvent toucher, particulièrement dans la schizophrénie :

- * la métacognition (c'est à dire la connaissance et conscience de son propre fonctionnement cognitif),
- * la cognition sociale (c'est à dire les processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales).

La remédiation de ces altérations cognitives spécifiques nécessite préalablement un bilan de cognition sociale mais qui ne fait pas encore l'objet d'un consensus. Ces altérations étant reliées à la symptomatologie du trouble schizophrénique, leur remédiation permet la réduction de l'expression symptomatique (idées délirantes, hallucinations, etc.) de la maladie. Des programmes destinés à traiter les troubles de la métacognition (Metacognitive Training ou MCT) et la cognition sociale sont déjà disponibles (Remédiation de la théorie de l'esprit ou ToMRemed et Gaïa). D'autres sont en cours de développement ou de validation.

La schizophrénie représente l'une des principales indications de la remédiation cognitive qu'elle soit non spécifique ou spécifique. L'objectif de la remédiation n'est pas simplement de cibler les altérations les plus sévères afin d'augmenter les performances cognitives mais aussi et surtout de réduire les répercussions de ces altérations. Ce dernier point nécessite que le patient se soit approprié des notions sur son fonctionnement cognitif, ce que permet la psychoéducation préalable et complémentaire de la remédiation cognitive. Des interventions de psychoéducation ont été développées pour communiquer les connaissances actuelles sur la maladie et le traitement de personnes atteintes de schizophrénie, et leur permettre ainsi d'y faire face plus efficacement. Ces interventions psychopédagogiques sont administrées de manière individuelle, familiale ou en groupes à l'aide de matériels didactiques tels que des brochures, des dépliants, des diapositives de présentation, affiches, films, etc. La maladie est abordée dans une perspective multidimensionnelle, comprenant des aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Il a été montré que la psychoéducation réduisait le taux de rechute, de réadmission à l'hôpital et la durée du séjour, et permettait d'améliorer l'observance médicamenteuse, et ce d'autant plus qu'elle intervient précocement dans l'évolution de la pathologie. Le patient est alors apte à établir un lien entre d'éventuelles altérations rapportées par son bilan et ses conséquences concrètes. La remédiation cognitive permettra ainsi d'améliorer au mieux le pronostic fonctionnel psychosocial (réduire le handicap) du trouble psychiatrique par le transfert de compétences dans la vie quotidienne.

Une précision peut ici être apportée : en plus des altérations cognitives peuvent être retrouvés des biais cognitifs, qui sont des distorsions dans le traitement de l'information, des erreurs de raisonnement (comme le raisonnement en « tout ou rien », par exemple considérer que si quelque chose n'est pas parfait, alors c'est mauvais). Il ne s'agit pas d'altérations cognitives dans le sens où elle ne porte pas sur des processus de pensée, mais sur des contenus de pensées (pour distinguer ces deux aspects, prenons l'exemple de la lecture d'un texte ; si je me pose des questions sur l'histoire que je suis en train de lire, alors je me pose des questions sur le contenu de la pensée ; si je me pose des questions sur la vitesse de ma lecture, mes capacités de compréhension, alors je me pose des questions sur les processus de pensée). Les altérations des processus de pensée, comme les altérations cognitives, sont accessibles via les programmes de remédiation cognitive. Les biais cognitifs, portant sur des contenus de pensée, sont accessibles via la thérapie cognitivo-comportementale. Certains programmes, tel le Michael's game, jeu de carte au cours duquel le patient doit trouver des hypothèses alternatives aux explications données par le personnage Michael sur des situations auxquelles il est confronté, permettent de travailler à la fois les biais cognitifs (erreurs de raisonnement par les hypothèses alternatives) et les altérations cognitives (par exemple ici la flexibilité cognitive).

Thérapie cognitivo-comportementale et remédiation cognitive contribuent toutes deux à la réhabilitation psychosociale.

3.3. Prise en charge des restrictions de participation

(cf. Item 115)

Il s'agit principalement des techniques de réadaptation, qui participent également à la réhabilitation psychosociale. Elle nécessite des démarches administratives (MDPH) et/ou judiciaire (tribunal de grande instance) spécifiques.

Les démarches administratives consistent en l'ouverture de droit par la CDDAH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) de la MDPH qui décide et oriente les prestations dans trois domaines en fonction du niveau de restriction de participation (sévérité du handicap évalué par le GEVA) :

- * le logement,
- * le travail ou aides financières,
- * le réseau social.

3.3.1. Lieu de vie

Le logement peut être ordinaire, adapté (maisons relais, résidences accueil) ou en appartement communautaire ou associatif. Ces types de logement peuvent s'associer à un accompagnement à la vie sociale permettant de favoriser le maintien dans le logement et l'autonomie dans la vie quotidienne sous la forme :

- * d'un SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale),
- * ou d'un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Ce dernier en plus de l'accompagnement dans la vie quotidienne pour les activités sociales et professionnelles, permet l'accompagnement du patient dans son suivi médical et paramédical.

Des infirmiers à domicile peuvent compléter le suivi médical ambulatoire. Des aides ménagères peuvent s'ajouter également. Par ailleurs, les soins médicaux ambulatoires permettent d'assurer des visites à domicile afin de favoriser un travail de réhabilitation psychosociale en condition écologique.

3.3.2. Emploi et aides financières

Le travail peut, selon le handicap, se dérouler en milieu ordinaire avec recherche d'un emploi standard, et si le patient bénéficie de la RQTH (Reconnaissance de qualité de travailleur handicapé) par la MDPH, être associé à un aménagement de poste. La RQTH en cas de travail en milieu ordinaire impossible permet le travail en milieu protégé :

- * soit en entreprise adaptée,
- * soit en ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) qui peut s'associer temporairement d'un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés.

Si le travail n'est pas possible le patient peut bénéficier :

- * soit d'une pension d'invalidité (versée par la sécurité sociale) s'il a déjà travaillé,
- * soit d'une allocation pour adulte handicapé (AAH), accordée par la MDPH.

Si le handicap est sévère le patient est orienté en institution de type :

- * foyer de vie (ces foyers s'adressent principalement aux personnes qui ne peuvent pas exercer une activité professionnelle, y compris en structure spécialisée),
- * Foyer d'accueil médicalisé ou FAM (pour les personnes nécessitant un accompagnement médical et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie dans les actes de la vie courante),

* Maison d'accueil spécialisée ou MAS (l'état de santé de la personne handicapée doit nécessiter le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante et une surveillance médicale ainsi que des soins constants).

Tous ces types d'hébergement s'adressent uniquement aux patients dans l'incapacité de mener une vie autonome à l'extérieur. Ces institutions organisent l'ensemble de la vie quotidienne et des activités du patient avec notamment des éducateurs spécialisés et des ergothérapeutes. Il faut par ailleurs souligner qu'il peut s'agir d'un lieu de vie transitoire, à un moment donné de la vie du patient. En effet, les mesures de réhabilitation, en particulier les mesures sanitaires dont la remédiation cognitive, peuvent contribuer à modifier la trajectoire de vie des usagers en leur permettant d'exprimer de manière plus efficace leurs potentialités, leur permettant alors de vivre à l'extérieur de manière indépendante.

3.3.3. Réseau social

Ce suivi ambulatoire peut également mettre en place des programmes de réhabilitation structurés comme PRACS (Programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales) qui permet de travailler 4 domaines de compétences sociales : gérer son argent, gérer son temps, favoriser ses capacités de communication et loisirs, et améliorer sa présentation (avec éducation à la santé). Les activités sociales peuvent être favorisées sous la forme d'ateliers d'ergothérapie animés par un professionnel (généralement en hôpitaux de jour du suivi ambulatoire) ou sous la forme de la création d'ateliers animés par les patients notamment dans le cadre de GEM (Groupe d'entraide mutuelle) et d'associations (club loisirs, etc.).

3.4. Prise en charge judiciaire

Enfin, en cas de handicap nécessitant d'être conseillé ou contrôlé d'une manière continue dans les actes de la vie civile (et parfois civique), des démarches judiciaires (tribunal de grande instance) spécifiques doivent être initiées par le médecin afin mettre en place des mesures de protection des biens des majeurs (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle). Cf. Item 8 du programme.



RÉSUMÉ

Selon l'OMS, constitue un handicap toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne. Il est important de distinguer le handicap mental, relié à un déficit cognitif global entraînant une efficience intellectuelle diminuée (souvent stable) et le handicap psychique relié à un déficit cognitif spécifique ou des biais cognitifs (évoluant par poussées) perturbant l'organisation des activités et des relations sociales. Le modèle du handicap de l'OMS distingue trois niveaux : les déficiences (dysfonctionnement des structures anatomiques, incluant notamment les altérations cognitives), limitation d'activité (difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité, ce que la personne est capable ou non de faire) et restriction de participation (problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation de la vie réelle). Ce modèle s'applique aux pathologies psychiatriques, comme au reste de la médecine. La prise en charge du handicap psychique repose d'une part sur une prise en charge des déficiences et limitations d'activité, avec essentiellement en psychiatrie la remédiation cognitive (techniques de rééducation ayant pour objectif de diminuer les altérations cognitives des patients), et d'autre part sur la prise en charge des restrictions de participation, reposant sur une adaptation du logement, des aides financières, et le développement d'un réseau social.



POINTS CLEFS

- * Le handicap se définit comme toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne.
- * Il faut différencier handicap psychique et handicap mental.
- * Le modèle OMS du handicap distingue trois niveaux : déficience, limitation d'activité, restriction de participation.
- * Des facteurs personnels et environnementaux peuvent influencer sur ces trois niveaux.
- * Ce modèle s'applique à la psychiatrie comme au reste de la médecine.
- * La prise en charge des déficiences et limitations d'activité en psychiatrie repose sur les techniques de remédiation cognitive.
- * La remédiation cognitive correspond aux techniques de rééducation ayant pour objectif de diminuer les altérations cognitives.
- * La prise en charge des restrictions de participation repose sur les aides au logement, les aides financières, et le développement d'un réseau social.
- * La prise en charge des déficiences, limitations d'activités et restriction de participation participent à la réhabilitation psychosociale.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Franck N. « Remédiation cognitive dans la schizophrénie », *Encyclopédie Médico Chirurgicale* 2014 ; 37-820-A-55

Union nationale des amis et familles de malades psychiques : <http://www.unafam.org/>

*item 135***DOULEUR EN SANTÉ MENTALE**

- I. Introduction
- II. Définitions
- III. Bases neurophysiologiques et psychologiques de la douleur
- IV. Douleur et troubles psychiatriques
- V. Prise en charge

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

- * Repérer, prévenir, et traiter les manifestations douloureuses chez le patient psychiatrique et la personne atteinte de troubles envahissants du développement.
- * Connaître les bases en psychopathologie de la douleur aiguë et chronique, et les dimensions psychologiques en lien avec la plainte douloureuse.

1. INTRODUCTION

Les liens entre santé mentale et douleur sont réciproques : la douleur associe un versant psychique ; des pathologies psychiatriques ont la douleur comme symptôme ou modifient la façon dont la douleur est ressentie ou exprimée.

Depuis 1998, 3 plans de santé ministériels ont concerné la douleur, le dernier mettant l'accent sur les personnes vulnérables. Chez les patients souffrant de troubles psychiatriques aussi, la douleur doit être :

- * reconnue,
- * évaluée,
- * soignée.

2. DÉFINITIONS

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Elle se manifeste par des composantes :

- * sensorielles (nociception et discrimination sensorielle),
- * émotionnelles (anxiété, dépression),
- * cognitives (attention portée, mémoire),
- * comportementales (réaction, adaptation).

On distingue :

- * La douleur aiguë : « signal d'alarme » d'une pathologie non psychiatrique. Elle s'accompagne de manifestations anxieuses (tachycardie, sueurs, inquiétude) qui accroissent la sensation douloureuse.
- * La douleur chronique (> 3 mois) : modérée, elle touche 20 à 50 % de la population. Elle s'accompagne fréquemment de symptômes dépressifs (lassitude, perte d'espoir et des intérêts, tristesse, repli) et anxieux.

3. BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DOULEUR

La sensation et l'expression douloureuse dépendent de facteurs neurobiologiques, psychologiques et culturels (modèle bio-psycho-social).

3.1. Les douleurs par excès de nociception

Elles résultent de la stimulation par une lésion, une inflammation, des terminaisons neuronales libres amyéliniques situées dans les tissus cutanés, musculaires, articulaires et les parois des viscères. Le 1^{er} neurone (fibres A-delta et fibres C) transmet l'information nociceptive jusqu'aux cornes postérieures de la moelle. L'information douloureuse est ensuite transmise par une « chaîne neuronale », via le tronc cérébral et le thalamus, vers le cortex somato-sensoriel et les structures

corticales impliquées dans le traitement des informations émotionnelles, comme l'amygdale, et cognitives comme le cortex cingulaire, l'insula, le cortex pré-frontal ou l'hippocampe.

3.2. Les douleurs neuropathiques (ou neurogènes)

Elles résultent de la lésion de fibres nerveuses par exemple dues au diabète, au zona ou à une amputation. Elles peuvent persister longtemps après la disparition de la cause initiale.

3.3. Les douleurs dysfonctionnelles

Elles résultent d'anomalies de la régulation du message douloureux à différents étages :

- * Au niveau médullaire, la stimulation des fibres A-alpha (non nociceptives) peut atténuer l'intensité des flux douloureux véhiculés par les fibres A-delta ou C ; c'est la théorie du portillon (ou « gate control »).
- * Les contrôles inhibiteurs descendants viennent du tronc cérébral ; ils mettent en jeu des systèmes de neurotransmission sérotoninergique, noradrénergique et opioïdes.
- * Les systèmes de régulation corticaux. La transmission du message douloureux est modifiée par des facteurs cognitifs et émotionnels. Par exemple, les soldats au combat peuvent ne ressentir que peu ou pas la douleur. Attendre la douleur en augmente le ressenti, et imputer à un traitement un effet analgésique procure cet effet analgésique ; cet effet analgésique est associé à l'activation du cortex cingulaire, du cortex préfrontal et de la région péri-aqueducale du tronc. Les techniques de relaxation et l'hypnose diminuent la perception de la douleur : dans certaines indications chirurgicales, elles sont utilisées à la place de l'anesthésie générale.

3.4. Les douleurs psychogènes

On parle de douleur psychogène lorsque la douleur est signe d'un trouble psychiatrique ; elle touche souvent des zones ayant une charge symbolique.

Il existe toujours une part psychologique à la douleur. On a parlé de douleur *sine materia*, de dépression masquée, de personnalité prédisposée à la douleur quand cette part était majoritaire.

On insiste plus aujourd'hui sur des facteurs psychologiques qui contribuent à la douleur :

- * anxiété,
- * conditionnement (évitement, confrontation),
- * troubles psychosomatiques,
- * représentation et attentes inappropriées (cf. Item 01),
- * capacités d'ajustement (cf. Item 01).

La part psychologique est souvent déniée par le sujet qui craint (parfois à juste titre) de ne pas être pris en considération. Face à la douleur, le sujet va pourtant rechercher des ressources soit internes (le sujet conçoit avoir un certain contrôle sur la douleur) permettant qu'il soit acteur de ses soins, soit externes (recherche d'aide auprès des proches, des soignants, des médicaments) permettant une acceptation des soins et une observance thérapeutique (cf. Item 01).

Les expériences personnelles, la culture, le contexte social, la personnalité vont aussi influencer la perception et l'expression douloureuse.

4. DOULEUR ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

4.1. Épisode dépressif caractérisé

La relation étroite entre douleur (en particulier chronique) et épisode dépressif caractérisé s'explique par l'existence de structures cérébrales et de systèmes de neurotransmission communs. Il existe aussi des explications psychopathologiques comme des mécanismes de conditionnement partagés.

Un épisode dépressif caractérisé est deux fois plus fréquent chez les patients douloureux chroniques (10 à 20 %) que dans la population générale (5,5 %). Elle est particulièrement fréquente dans les céphalées (27 %). La fréquence des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides est plus élevée chez les patients souffrant d'une pathologie douloureuse chronique ; le risque dépend de la localisation (céphalées, abdomen), de l'intensité, de la cause de la douleur et des implications émotionnelles (dépression, anxiété).

Les plaintes douloureuses sont retrouvées chez 75 % des patients souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ambulatoires et 90 % des hospitalisés (douleurs dorsales, céphalées, etc.). La présence de symptômes douloureux dans un épisode dépressif caractérisé est favorisée par :

- * le faible niveau socioéconomique,
- * le sexe féminin,
- * l'âge avancé.

Les études ont, elles, plutôt montré un seuil de douleur augmenté aux stimulations électriques et thermiques (mais pas à la pression) dans les épisodes dépressifs caractérisés.

La douleur morale du patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé est signe de souffrance psychologique : son expression ressemble souvent à celle de la douleur physique.

4.2. Troubles bipolaires

La probabilité de survenue de céphalées, de dorsalgie ou arthralgies est multipliée par deux chez les patients présentant un trouble bipolaire (50 % des patients). Selon certains, la présence de migraines chez un patient souffrant d'un épisode dépressif caractérisé doit faire évoquer la bipolarité.

La plainte douloureuse est la plainte somatique la plus fréquente chez le patient avec un épisode maniaque.

Les sujets souffrant de fibromyalgie auraient beaucoup plus de risques de présenter un trouble bipolaire que des patients souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde.

4.3. Troubles anxieux.

La douleur, aiguë ou chronique, s'accompagne d'une anxiété qui va retentir sur l'évolution de la douleur : un niveau élevé d'anxiété diminue le seuil de perception (la douleur est ressentie pour une stimulation nociceptive plus faible) et diminue la tolérance à la douleur. Comme stratégie d'ajustement (cf. Item 01), l'anxiété peut réduire la capacité de contrôle de la douleur, renforcer un comportement inadapté et favoriser la chronicisation, soulignant l'importance de sa prise en charge.

Les symptômes douloureux font partie des critères diagnostiques de certains troubles anxieux : par exemple l'attaque de panique (douleurs thoraciques ou paresthésies) ; on n'évoque cependant une douleur aiguë symptôme d'anxiété qu'après avoir écarté une étiologie médicale non psychiatrique. L'association douleur et état de stress post-traumatique est aussi fréquente : le clinicien recherchera des éléments traumatiques récents ou anciens chez un patient douloureux chronique.

4.4. Schizophrénie et trouble délirant chronique

Les plaintes douloureuses sont classiquement peu exprimées par les patients souffrant de schizophrénie, en particulier lorsque les symptômes négatifs sont au devant du tableau clinique ; elles peuvent aussi être exprimées de façon inhabituelle ou bizarre du fait de la désorganisation de la pensée.

Les patients ressentent la douleur mais l'expriment ou y réagissent peu ou mal. Il existe de ce fait une négligence fréquente de la part des patients (et des médecins) pour des pathologies médicales non psychiatriques douloureuses ; ces pathologies sont plus fréquentes que pour un groupe contrôle et, du fait de l'absence de plainte, il existe un retard au diagnostic pour des pathologies comme l'ulcère, l'appendicite, les fractures ou l'infarctus de myocarde.

La plainte douloureuse peut aussi entrer dans le cadre d'une dimension délirante. Elle peut se voir dans les troubles délirants chroniques (cf. Item 63).

4.5. Troubles du spectre autistique et troubles envahissants du développement

Peuvent apparaître contradictoires une apparente insensibilité à la douleur et des réactions vives à des stimulations non nociceptives. Il n'existe cependant pas de données pour soutenir la « croyance » selon laquelle les enfants présentant des troubles du spectre autistique ressentent moins la douleur que les autres enfants. L'autisme est par contre caractérisé par des troubles comportementaux et de communications capables de modifier l'expression douloureuse, avec, là encore, un risque de retard diagnostique de la douleur et de sa cause.

Il n'existe pas d'outil standardisé pour évaluer spécifiquement la douleur chez ces patients et l'évaluation doit être individualisée ; il a quand été même montré une corrélation entre les mimiques faciales présentées par un enfant autiste et la perception douloureuse ressentie. Face à la douleur (et de façon parfois retardée), l'enfant avec autisme peut manifester des comportements à type de retrait, d'agressivité et de mutilations ; ces comportements doivent faire évoquer un processus douloureux.

4.6. Troubles somatoformes

Les troubles somatoformes du DSM-IV sont caractérisés par la présence de préoccupations et ou de manifestations somatiques dépourvues de substrat lésionnel (cf. Item 70). Les symptômes ne sont pas volontaires, contrairement aux troubles factices et à la simulation. Ils correspondent à un groupe hétérogène où les symptômes douloureux peuvent être au premier plan. Les conséquences sont :

- * des difficultés dans la relation médecin-malade avec l'idée pour le patient que le médecin ne croit pas à la réalité de sa douleur,
- * un retentissement fonctionnel parfois sévère,
- * un risque iatrogène (multiplication des examens complémentaires, thérapies multiples et croissantes).

Dans le DSM-5 cette catégorie sera remplacée par celle du « trouble à symptomatologie somatique » où les symptômes somatiques (dont la douleur) pourront être associés à une pathologie médicale non psychiatrique mais devront être accompagnés par des préoccupations, une anxiété ou des comportements durables (> 6 mois) et excessifs concernant ces symptômes somatiques ou l'état de santé en général et entraîner une souffrance et/ou une altération significatives de la vie quotidienne (professionnelle, sociale, familiale). Une comorbidité est fréquente avec les troubles dépressifs et anxieux. S'il existe une anxiété excessive concernant la santé mais que les symptômes somatiques, comme la douleur, sont absents ou modérés, sera plutôt porté le diagnostic de « crainte excessive d'avoir une maladie ».

4.7. Troubles de personnalité

Les douleurs sont plus fréquemment rencontrées chez les personnes avec un trouble de la personnalité, qui va influencer la façon dont la douleur est ressentie et exprimée.

- * **Personnalité histrionique** : la douleur est exprimée de façon théâtrale, imprécise dans sa localisation, fugace, mobile, dramatisée.
- * **Personnalité obsessionnelle** : la douleur est précise, détaillée, avec une expression émotionnelle restreinte. L'attitude est rigide, parfois agressive de façon latente.
- * **Personnalité dépendante** : attitude passive, en demande constante de réassurance.
- * **Personnalité narcissique** : la douleur est perçue comme plus grave que celle des autres avec une attitude parfois hautaine et peu empathique.
- * **Personnalité borderline** : forte coloration émotionnelle avec mode relationnel oscillant entre dévalorisation et idéalisation.
- * **Personnalité paranoïaque** : plainte souvent vague et évitante, parfois bizarre, interprétative et méfiante.

4.8. Démence

Le grand âge s'accompagne de modifications des systèmes de perception, de transmission et de régulation de la douleur, et de l'efficacité des antalgiques. Chez le patient avec démence, les difficultés cognitives rendent en plus l'expression de la douleur difficile, avec des manifestations souvent comportementales (agitation, agressivité, troubles du sommeil, prostration, refus de soins ou de s'alimenter, confusion) qu'il faut savoir décoder. La douleur aggrave aussi les déficits cognitifs (attention, mémoire, vitesse de traitement).

Les patients souffrant de démences sévères (MMS < 11) peuvent rester capables d'utiliser les échelles d'autoévaluation, mais une hétéro-évaluation est indispensable chez le patient ayant des troubles de communication (Doloplus, Algoplus, ECPA).

Le traitement doit prendre en compte les modifications physiologiques (fonction rénale), les risques de la polythérapie ; une attention particulière doit être portée aux médicaments sédatifs ou ayant un effet anticholinergique. L'effet placebo est altéré avec nécessité d'augmenter les doses d'antalgiques dans cette population fragile à risque de troubles cognitifs et de confusion.

4.9. Troubles addictifs

Si la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, la rencontre avec une substance euphorisante peut permettre, pour un temps, de trouver du plaisir et un refuge face à la souffrance.

La douleur est souvent sous-estimée chez les patients dépendants aux opiacés alors qu'il existe une hypersensibilité douloureuse chez ces patients, non corrigée par les produits de substitution. Il faut :

- * préciser la douleur,
- * éliminer un syndrome de manque (qui s'accompagne de douleurs),
- * rechercher une étiologie à traiter,
- * évaluer l'état psychologique (dépression, anxiété),
- * repérer des co-addictions et rechercher des contre-indications avant de traiter.

Il faut alors éviter les opioïdes faibles, les agonistes partiels, les formes injectables et savoir penser aux thérapeutiques non-opiacées.

Les médicaments analgésiques de type opiacés induisent potentiellement un phénomène de dépendance : le système opiacé est à la fois le système impliqué dans la perception de la douleur mais c'est aussi un système impliqué dans la mise en place et le passage à la chronicité de l'addiction quelle que soit la substance.

Si l'addiction aux médicaments opiacés est fréquemment retrouvée chez les patients douloureux chroniques, l'addiction à l'alcool est aussi fréquente. Il existe plusieurs raisons à cela : tout d'abord, le système opioïde est particulièrement impliqué dans les effets renforçant de l'addiction à l'alcool ; par ailleurs, l'alcool est un puissant anxiolytique et sédatif qui, transitoirement, permet aux sujets douloureux de retrouver le sommeil et de diminuer l'anxiété associée à la perception douloureuse.

Enfin, il est fréquent de retrouver une consommation de cannabis chez des patients souffrant d'une pathologie douloureuse chronique. Si les scientifiques reconnaissent qu'une consommation encadrée de cannabis per os a des vertus analgésiques, ces prescriptions n'ont pas l'AMM en France et il existe un risque de dépendance.

Il est donc important de faire :

- * une évaluation addictologique des patients douloureux : antécédents personnels/familiaux d'abus ou de dépendance, d'automédication, de trouble de comportement alimentaire, existence d'anxiété ou de dépression, prise d'anxiolytique ou d'hypnotique,
- * une consultation spécialisée en cas d'escalade de doses d'analgésiques (en quantité, en fréquence, utilisés pour d'autres problèmes que la douleur, ou multiplication des prescripteurs) ou bien de dépendance à l'alcool ou au cannabis.

5. PRISE EN CHARGE

5.1. Dépistage et prévention

Il existe une sur-morbidité et une surmortalité par pathologies médicales non psychiatriques des patients souffrant de troubles psychiatriques. Les explications sont multiples :

- * trouble de communication du patient,
- * négligence d'attention aux questions de santé et des soins :
 - de la part du patient du fait de sa pathologie,
 - mais aussi de la part des équipes psychiatriques (méconnaissance des pathologies et de leurs signes) et médicales (stigmatisation des patients psychiatriques),
 - désocialisation.

Il est aussi nécessaire de rechercher un diabète ou toute pathologie susceptible de diminuer la perception douloureuse chez ces patients à risque.

La prévention et le traitement des comorbidités médicales non psychiatriques doivent donc être systématiques. La douleur, qui est un signe d'alerte fréquent de ces pathologies doit être recherchée chez les patients avec un trouble psychiatrique, comme dans la population générale, en évitant tout jugement de valeur : il ne faut pas d'abord considérer la plainte douloureuse comme un mensonge, une simulation ou une douleur imaginaire ou délirante. Cela est parfois rendu difficile du fait de l'expression inhabituelle liée au trouble psychiatrique. Chez le patient avec des difficultés de communication, il faut être attentif aux changements de comportement (agitation, agressivité, repli, refus de soins) pouvant être des signes de douleur.

Il faut aussi prévenir la douleur puisqu'elle sera chez ces patients plus difficile à identifier, faire attention aux douleurs induites par les soins (injections, mobilisation, contention, etc.), et ne pas négliger les soins dentaires, souvent déficitaires, qui peuvent être à l'origine de douleurs facilement évitables.

Les équipes de soins peuvent s'appuyer sur les Comités de lutte contre la douleur (CLUD) et suivre les recommandations des plans ministériels (2006-2010).

Inversement, les troubles anxieux et dépressifs doivent être systématiquement repérés et traités chez les patients douloureux du fait de leur fréquence et de leurs conséquences.

5.2. Évaluation

L'évaluation de la douleur chez le patient avec un trouble psychiatrique est la même que chez les autres patients, et les outils habituels sont utilisés (accessibles sur : <http://www.cnrdr.fr>). Elle est une obligation réglementaire chez les patients hospitalisés. Elle doit être tracée dans le dossier et utiliser le même outil lors d'évaluations répétées chez un même patient.

La grille d'entretien semi-structuré avec le patient douloureux (ANAES-HAS, évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire février 1999) peut servir de guide pour le praticien.

Pour l'intensité douloureuse, on accorde la préférence aux outils d'auto-évaluation. L'aphorisme « Seul celui qui l'éprouve peut décrire sa douleur précisément ; il en est le meilleur expert » reste vrai chez le patient avec un trouble psychiatrique ; on peut utiliser :

- * une échelle numérique (1 à 10),
- * une échelle verbale (douleur absente à insupportable),
- * une échelle visuelle analogique (dont l'utilisation est controversée en psychiatrie),
- * ou l'échelle des 6 visages.

En cas de troubles de la communication et selon l'âge, les outils d'hétéro-évaluation disponibles pour l'enfant, la personne polyhandicapée, ou la personne âgée dyscommunicante sont utilisés à défaut d'évaluation spécifique à la psychiatrie. Il est par exemple possible d'utiliser l'Évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé (EDAAP).

5.3. Traitements

Ils s'adressent aux dimensions

- * sensorielles,
- * émotionnelles,
- * cognitives,
- * comportementales de la douleur.

De ce fait, la prise en charge est souvent multidisciplinaire. Pour la dimension émotionnelle sont utilisés des traitements agissant sur l'anxiété et la dépression.

La plupart des troubles douloureux relèvent d'une prise en charge par le médecin traitant. Le recours au psychiatre ou au psychologue peut se faire en cas de trouble psychiatrique caractérisé, de trouble de la relation médecin-patient ou pour accéder à des techniques de soins spécifiques.

5.3.1. Traitements non médicamenteux

Il y a d'abord une information (concernant la douleur, ses causes et ses conséquences) et une relation de soutien avec le patient (cf. Item 71).

Il existe des soins spécifiques qui doivent être pratiqués par des professionnels de santé formés et habilités pour éviter inefficacité voire dérive. On peut les classer en soins :

- * corporels : kinésithérapie, balnéothérapie, activité physique, la stimulation magnétique trans-crânienne a aussi montré une efficacité dans des douleurs chroniques comme la fibromyalgie,
- * psychocorporels : relaxation, sophrologie, hypnose,
- * psychothérapiques : psychanalyse, thérapie cognitivo-comportementale.

5.3.2. Placebo et effet placebo

On n'utilise pas le placebo mais l'effet placebo. En cas de douleur, donner une substance inactive et obtenir un soulagement ne veut pas dire que la douleur est imaginaire mais témoigne de cet effet placebo et de la relation de soins. Dans la douleur, l'effet placebo a montré être associé à la libération d'opioïdes endogènes.

5.3.3. Médicaments antalgiques

Certains médicaments sont à la fois des médicaments indiqués dans les troubles anxieux et dépressifs :

- * la prégabaline pour les « douleurs neuropathiques » et le « trouble anxieux généralisé »,
- * la duloxétine pour la « douleur neuropathique diabétique périphérique », le « trouble dépressif caractérisé » et le « trouble anxieux généralisé »,
- * l'imipramine pour les « épisodes dépressifs majeurs », les « douleurs neuropathiques de l'adulte » et les « algies rebelles »,
- * l' amitriptyline indiquée dans les « épisodes dépressifs majeurs » et les « douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte ».

Pour les antidépresseurs tricycliques, les effets antalgiques surviennent à des doses plus faibles que celles utilisées dans la dépression et il a été montré que l'effet antalgique était indépendant de l'effet antidépresseur, avec un délai d'action plus court. Il est recommandé de débiter à des doses faibles (env. 10 mg/j) avec une augmentation progressive pour atteindre une dose minimale efficace qui se situe entre 50 et 75 mg/j. L'inhibition de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline par ces médicaments renforcerait les voies inhibitrices descendantes.

Les neuroleptiques et les benzodiazépines ne possèdent pas d'efficacité antalgique démontrée, mais peuvent agir sur les dimensions émotionnelles et comportementales.

Les médicaments antalgiques, sinon, sont les mêmes que ceux utilisés en population générale ; avec quelques points particuliers à connaître :

- * les AINS s'accompagnent d'un risque d'augmentation de la lithémie par baisse de la filtration glomérulaire ;
- * les corticoïdes (y compris les infiltrations lorsqu'elles sont répétées) sont susceptibles de déclencher une décompensation thyroïdienne ;

- * le tramadol (opioïde faible) : prudence lors de la co-prescription d'inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO), d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou de thymorégulateurs (lithium, valproate) du fait du risque de syndrome sérotoninergique ;
- * la morphine reste un traitement peu utilisé en psychiatrie. Alors que dans le cadre du traitement de la douleur, le risque de dépendance psychique est faible et que le traitement est possible chez les patients ayant une histoire de dépendance, dans le cadre de pathologie psychiatrique associée, il est recommandé de privilégier la voie orale et d'utiliser des formes à libération prolongée ;
- * le MEOPA (mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote) est intéressant chez le patient anxieux ou déficitaire en particulier lors des soins dentaires.



RÉSUMÉ

Les douleurs chroniques modérées concernent environ 1/5 de la population générale.

Un épisode dépressif caractérisé peut être à la fois la cause et la conséquence d'un syndrome douloureux. Un épisode dépressif caractérisé est deux fois plus fréquent chez les patients présentant une douleur chronique que dans la population générale.

La prévalence de la douleur chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire est d'environ 50 %. Il existe une prédominance pour les dorsalgies, les céphalées, les cervicalgies et les douleurs articulaires.

L'association douleur-anxiété est très fréquente et ne doit pas être sous-estimée dans la prise en charge d'un patient « douloureux ». La « douleur » fait partie des symptômes de certains troubles anxieux comme les attaques de panique.

L'étude de la douleur chez les patients atteints de schizophrénie peut apparaître complexe car le tableau clinique est très hétérogène. Ceci l'est encore plus chez les patients présentant des symptômes négatifs au premier plan car les plaintes douloureuses sont peu exprimées. Il existe un retard diagnostique pour certaines pathologies, lié à la diminution de l'expression de la douleur. La plainte douloureuse peut rentrer, également dans le cadre d'un trouble délirant chronique.

Il n'existe pas de données pour soutenir la « croyance » selon laquelle les enfants présentant des troubles du spectre autistique ressentent moins la douleur que les autres enfants. Mais du fait des difficultés dans la communication, les douleurs sont moins exprimées.

Malgré l'hétérogénéité des troubles somatoformes, des symptomatologies douloureuses sont très fréquemment associées au tableau clinique.

Chez le patient avec démence, les difficultés cognitives rendent l'expression de la douleur difficile, avec des manifestations souvent comportementales. Par ailleurs, la douleur aggraverait les troubles cognitifs.

Chez les patients présentant une ou des addictions, la douleur peut être sous-estimée. De plus, il existe des dépendances fréquentes aux traitements antalgiques de paliers 2 et 3. Il est donc important de faire :

- * une évaluation addictologique des patients douloureux,
- * une consultation spécialisée en cas d'escalade de doses d'analgésiques ou bien de dépendance à l'alcool ou au cannabis.

La prise en charge de la douleur est indispensable chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Elle est basée sur la prévention de la douleur elle-même et sur la prévention des complications des pathologies non psychiatriques concomitantes. Les antalgiques utilisés sont les 3 paliers de l'OMS, les antidépresseurs et les antiépileptiques GABAergiques.



POINTS CLEFS

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable. Elle a des composantes :

- * sensorielles,
- * émotionnelles (anxiété, dépression),
- * cognitives (attention portée, mémoire),
- * comportementales,

qu'il faut prendre en charge dans une approche multidimensionnelle.

Le ressenti et l'expression de la douleur dépendent de facteurs :

- * biologiques,
- * psychologiques,
- * culturels,

qui en font une expérience strictement personnelle.

La prévention et le traitement de la douleur des patients hospitalisés est une obligation réglementaire ; c'est aussi vrai en psychiatrie.

Chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique, le repérage de la douleur, signe d'alarme d'une pathologie médicale non psychiatrique, doit être systématique : on s'adresse à des personnes souvent vulnérables et désocialisées ; la douleur s'exprime (plus qu'elle n'est ressentie) de façon inhabituelle du fait des altérations de communication des patients ; il existe une sur-morbidité et une surmortalité médicales non psychiatriques.

Il n'existe pas d'outil d'évaluation spécifique aux patients souffrant d'un trouble psychiatrique, et les outils classiques d'autoévaluation sont utilisés ; les outils d'hétéro-évaluations sont nécessaires pour les patients ayant des troubles importants de la communication.

Il faut savoir prévenir les douleurs lors des soins et être attentif aux soins dentaires souvent déficitaires.

Les patients douloureux chroniques présentent fréquemment des troubles anxieux ou dépressifs et il faut savoir reconnaître cette co-morbidité et la prendre en charge ; il existe des traitements communs aux deux troubles.

Les traitements antalgiques sont non-médicamenteux et médicamenteux ; il faut savoir utiliser l'effet placebo, qui s'accompagne de la libération d'opioïdes endogènes dans la douleur.

Il faut être attentif aux risques d'interactions médicamenteuses, par exemple entre les AINS et le lithium ou du tramadol du fait de son action sérotoninergique.

Il faut penser à dépister le risque addictif des traitements antalgiques et repérer un comportement addictif chez le patient douloureux chronique, encore plus à risque s'il souffre de trouble psychiatrique.



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Marchand S., Saravane D., Gaumond I., *Santé mentale et douleur. Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale*, Springer-Verlag France, Paris, 2013.

Serra E., *La douleur est-elle un problème de santé mentale ?*, *Santé Mentale*, 99, 2005.