

DCEM3

PSYCHIATRIE

Enseignants ayant participé à l'élaboration du module d'enseignement

Rabaa JOMLI, Uta OUALI, Amina AISSA, Rania HOSNI, Rym GHACHEM ATTIA, Azza BOUALLAGUI,
Abir BEN HAMOUDA, Ghassen AMRI, Wided HOMRI, Mouna LAGHA, Mejda CHEOUR,
Rahma DAMAK, Faten FEKIH ROMDHANE, Sana ELLINI, Wissal CHERIF, Nesrine BRAM,
Haifa ZALILA, Amira MAAMRI, Ahlem HAJRI, Emira KHÉLIFA, Faten ELLOUZE,
Mehdi KAROUI, Rania KAMMOUN, Houssef NEFZI, Haifa GHABI, Leila MNIF,
Asma BEN HAMMADI, Wahid MELKI, Amine LARNAOUT,
Rania LANSARI, Asma BOUDEN, Soumeyya HELEIM,
Zeineb SALMA ABBES, Malek HAJRI, Wael ASKRI, Fatma CHARFI, Soumaya BOURGOU,
Abir BEN HAMMOUDA, Mona DAOUD, Rym RAFRAFI, Wafa ABDELGHAFAR, Riadh BOUZID,
Oumaya MOHAMED, Haifa MAMI, Oumaya ABDELAZIZ, Sami EDDHIF, Hamdi KÉFI, Abir BAATOUT

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2024-2025

www.fmt.rnu.tn

PLAN

Les classifications en psychiatrie	Psychiatrie	3
Les urgences psychiatriques	Psychiatrie	7
Suicide et Conduites Suicidaires	Psychiatrie	13
Les troubles dépressifs	Psychiatrie	21
Les troubles bipolaires	Psychiatrie	32
Diagnostic et conduite à tenir devant un état délirant	Psychiatrie	44
Les schizophrénies	Psychiatrie	51
Les délires chroniques non schizophréniques	Psychiatrie	60
De l'hystérie classique aux troubles dissociatifs et somatoformes	Psychiatrie	69
Les troubles anxieux	Psychiatrie	77
Les personnalités pathologiques	Psychiatrie	91
Les troubles des conduites alimentaires	Psychiatrie	99
Les troubles du sommeil	Psychiatrie	108
Element de Psychiatrie Légale	Psychiatrie	118
Les troubles de la sexualité	Psychiatrie	127
Troubles psycho-comportementaux des démences	Psychiatrie	143
Les conduites addictives	Psychiatrie	152
La confusion mentale Diagnostic et conduite à tenir	Psychiatrie	159
La violence faite aux femmes et aux enfants	Psychiatrie	164
La psychiatrie périnatale	Pédopsychiatrie	176
Les troubles du spectre de l'autisme	Pédopsychiatrie	183
Le trouble déficit de l'attention hyperactivité	Pédopsychiatrie	190
Les dépressions de l'enfant	Pédopsychiatrie	196
Les troubles spécifiques des apprentissages	Pédopsychiatrie	205
Les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent	Pédopsychiatrie	212
La psychopathologie de l'adolescence	Pédopsychiatrie	218
Les psychothérapies	Psychiatrie	223
Classification des psychotropes	Pharmacologie	230
Les antidépresseurs	Pharmacologie	232
Sels de lithium	Pharmacologie	239
Les neuroleptiques	Pharmacologie	242
Les anxiolytiques	Pharmacologie	252
Les hypnotiques	Pharmacologie	256
Les conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent	Pédopsychiatrie	260

LES CLASSIFICATIONS EN PSYCHIATRIE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Citer les 3 grands systèmes classificatoires en psychiatrie
2. Classer les maladies mentales selon l'approche classique
3. Préciser l'intérêt des classifications modernes
4. Préciser les limites des classifications modernes
5. Décrire l'évaluation multiaxiale du DSM-IV
6. Décrire la nouvelle classification DSM-5

I/ INTRODUCTION ET ÉVOLUTION DES IDÉES

Les classifications des diagnostics psychiatriques ont plusieurs buts : distinguer un diagnostic psychiatrique d'un autre, proposer le traitement le plus adapté, harmoniser le langage entre les professionnels de santé, explorer les causes encore inconnues de nombreux troubles mentaux.

Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, qui a vu l'avènement de la psychiatrie moderne, les classifications psychiatriques ont connu de profonds bouleversements.

Durant la 1^{ère} partie du XX^{ème} siècle, et jusque dans les années 1970, ces classifications ont été largement influencées par les hypothèses étiopathogéniques de l'époque et par les conceptions spécifiques de chaque pays. Les catégories diagnostiques étaient de ce fait, très variables d'un pays à l'autre et définies de façon peu opérationnelle.

Une grande étude épidémiologique anglo-américaine publiée en 1972 (US –UK Diagnostic Project) a ainsi pu montrer que le diagnostic de schizophrénie était posé deux fois plus souvent à New York qu'à Londres, alors que celui de mélancolie était porté 4 fois plus souvent à Londres qu'à New York. Un même patient pouvait ainsi recevoir deux diagnostics différents selon qu'il était évalué par un psychiatre anglais ou américain. A la même époque,

Une étude internationale menée par l'OMS dans 9 pays et 4 continents (International Pilot Study on Schizophrenia, 1973) concluait que « Ce qui fait que la plupart des cas de schizophrènes diagnostiqués par des psychiatres expérimentés ont quelque chose de commun n'a rien à voir avec l'étiologie ou l'évolution mais ne relève que de la symptomatologie et elle seule ».

De ces études a émergé le projet de réduire les disparités diagnostiques internationales en définissant de façon consensuelle les symptômes nécessaires au diagnostic et en fondant celui-ci sur des regroupements symptomatiques spécifiques de chaque catégorie.

Cette nouvelle démarche diagnostique fondée sur des critères purement sémiologiques et excluant toute référence étiopathogénique se veut « athéorique » et cherche à fonder sa légitimité sur les seules données statistiques issues de l'observation et de la recherche.

Cette position se retrouve dans l'intitulé retenu par l'association américaine de psychiatrie dès sa 3^{ème} classification des maladies mentales (1980) : « Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ».

Dans le même temps, la psychiatrie contemporaine tend à employer le terme de « Trouble mentaux » et non plus celui de maladie mentale, ce dernier présupposant l'existence d'un facteur causal identifié.

De plus, les classifications modernes se proposent d'être des outils de recherche permettant d'approfondir la connaissance des multiples facteurs intervenant dans la genèse et la pérennisation des troubles qu'elles délimitent.

Les deux dernières classifications internationales élaborées, l'une sous l'égide de l'OMS (CIM 10 : 10^{ème} classification internationale des maladies, 1992), l'autre sous l'égide de l'association américaine de psychiatrie (DSM- IV 1994, IV-R 2000 et DSM-5 2013) sont les héritières de cette position et viennent s'opposer à la classification française des troubles mentaux élaborée par l'Inserm en 1969.

Nous développerons les grands systèmes classificatoires les plus utilisés en pratique psychiatrique à savoir la classification classique, le DSM-IV et le DSM-5.

II/ LA CLASSIFICATION FRANÇAISE DES TROUBLES MENTAUX

Cette classification encore appelée, classification empirique ou classique des maladies mentales, se réfère au modèle psychanalytique pour la compréhension des troubles psychiatriques et distingue les névroses des psychoses. Ces troubles surviennent sur des structures particulières de personnalité (névrotique, psychotique, perverse) caractérisées par un type particulier d'angoisse, de relation d'objet et de mécanisme de défense.

II-1- LES PSYCHOSES

La psychose est caractérisée par la perte de contact avec la réalité et l'altération du fonctionnement mental. Elle se manifeste par des idées délirantes, des hallucinations, de l'incohérence, de la désorganisation dans la pensée et le comportement... ainsi qu'une altération sévère du fonctionnement social tel que le repli sur soi, le désinvestissement professionnel, l'apragmatisme. Ces troubles surviennent sur une structure de personnalité de type psychotique.

On distingue selon la durée d'évolution de la maladie (fixée empiriquement à 6 mois) les psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

Les psychoses aiguës	Les psychoses chroniques
Bouffée délirante aiguë	Schizophrénie
Confusion mentale	Délires chroniques :
Mélancolie	- Psychose hallucinatoire chronique
Manie	- Paranoïa
Psychose puerpérale	- Paraphrénie

II-2- LES NÉVROSES

La névrose est un trouble non psychotique (conservation du contact avec la réalité), caractérisé par la présence d'une anxiété liée à l'angoisse de castration.

Cette anxiété peut être vécue ou exprimée soit directement, soit modifiée par des mécanismes de défense.

Les névroses se présentent sous la forme de symptômes névrotiques de type phobie, obsession, conversion... survenant sur une organisation névrotique de la personnalité.

On distingue :

- La névrose d'angoisse
- La névrose phobique
- La névrose obsessionnelle
- La névrose hystérique
- La névrose traumatique
- L'hypocondrie névrotique.

III/ LE DSM-IV

Il est caractérisé par 4 principes novateurs :

- Le choix d'une position résolument athéorique
- L'accent mis sur l'amélioration de la fidélité interjuge. L'importance attribuée au fait qu'une classification doit permettre à deux évaluateurs étrangers de porter le même diagnostic sur un même patient a conduit à sélectionner certains éléments symptomatiques au détriment d'autres.
- Un mode de classification dit **multiaxial**. Chaque patient peut selon ce principe être classé selon plusieurs niveaux d'observation :

L'axe 1 : celui des troubles psychiatriques caractérisés

L'axe 2 : celui des troubles de la personnalité

L'axe 3 : celui des pathologies somatiques

L'axe 4 : celui des facteurs de stress environnementaux

L'axe 5 : celui du niveau d'adaptation sociale

- La possibilité de porter pour un même patient plusieurs diagnostics sur le même axe.

Cette possibilité qui prend en compte la fréquence des comorbidités observées en pratique psychiatrique permet de diagnostiquer simultanément un patient comme présentant un « épisode dépressif majeur » et une « anorexie ».

IV/ CORRESPONDANCE ENTRE LES DIFFÉRENTS TYPES DE CLASSIFICATION

Dans le DSM-IV, les troubles psychotiques comprennent :

La schizophrénie

Le trouble schizophréniforme

Le trouble délirant

Le trouble psychotique bref

Le trouble psychotique partagé

Le trouble psychotique dû à une affection médicale générale

Le trouble psychotique induit par une substance

Le trouble psychotique non spécifié

Certains troubles sévères de l'humeur ayant des caractéristiques psychotiques (épisode dépressif majeur, accès maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble bipolaire)

Quant aux névroses, il s'agit d'un terme encore présent dans la CIM-10, utilisé dans la 3ème édition du DSM mais qui a disparu depuis la 4ème classification du DSM.

Toutes les névroses en dehors de l'hystérie et de l'hypocondrie sont regroupées dans la catégorie diagnostique « Troubles anxieux » comportant le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, le trouble phobique, le trouble obsessionnel compulsif et l'état de stress post-traumatique.

L'hystérie (dont le terme a disparu) est retrouvée dans les rubriques diagnostiques « Trouble convertif », « Trouble somatoforme », « Trouble dissociatif ».

V/ LE DSM-5

La cinquième édition (DSM-5) a été publiée en Mai 2013..Le manuel propose principalement :

- Une restructuration des groupes de diagnostics
- Une suppression du système multiaxial
- Quelques nouveaux diagnostics

1 SCHIZOPHRÉNIE :

- Suppression des sous types de schizophrénie, en effet :
 - o Les patients changent souvent d'un sous-type à l'autre
 - o Chevauchement des symptômes de certains sous types

2- TROUBLES DE L'HUMEUR :

- inclusion du deuil dans le trouble dépressif majeur
- Trouble dépressif persistant avec regroupement du trouble dysthymique et du trouble majeur récurrent du DSM-IV
- Disparition de l'état mixte en faveur du trouble dépressif majeur avec caractéristiques mixtes ou bien manie avec caractéristiques mixtes.

3- TROUBLES ANXIEUX :

- Les troubles obsessionnel compulsif, post traumatiques et de stress aigu ont été exclus du chapitre « troubles anxieux » et création de deux nouveaux chapitres :
 - o Trouble obsessionnel compulsif et annexes
 - o Troubles liés à des traumatismes
- Le trouble panique avec ou sans agoraphobie est dissocié en deux diagnostics distincts : trouble panique et agoraphobie
- Le trouble d'anxiété de séparation et le mutisme sélectif qui étaient classés dans les troubles apparaissant dans l'enfance sont inclus dans les troubles anxieux.

4- TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ :

- Les dix troubles de la personnalité maintenus
- Trois composantes dimensionnelles évaluées par échelles

5- TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES :

- Combinaison abus et dépendance
- Inclusion « trouble du jeu » (DSM-IV : « jeu pathologique »)

6- TROUBLE DES SYMPTÔMES SOMATIQUES :

- Nouvelle appellation des troubles somatoformes

7- NOUVEAUX DIAGNOSTICS :

- Syndrome de psychose atténuée
- Trouble dysphorique prémenstruel
- Trouble de dérégulation de l'humeur explosive
- Hyperphagie boulimique
- Accumulation compulsive
- Troubles des jeux internet

VI/ CONCLUSION

Les classifications en psychiatrie gardent leur intérêt essentiellement dans le domaine de la recherche. Elles permettent aux psychiatres d'avoir le même langage, limitant ainsi les biais méthodologiques.

Elles ne prétendent pas remplacer l'approche clinique et globale de la maladie mentale indispensable à la compréhension de la souffrance psychique, à son appréhension et à sa prise en charge.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- H.I.Kaplan, B.J.Sadock. Synopsis de psychiatrie. Paris, Pradel 1998.
- J-D Guelfi, F Rouillon. Manuel de psychiatrie. Paris, Masson 2007.
- MC Hardy-Baylé, P Hardy. Enseignement de la psychiatrie. 2003.
- American Psychiatric Association. MINI DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J-D. Guelfi et al, Masson, Paris, 1996, 384 pages.
- Site de : « l'American Psychiatric Association » www.DSM-5.org

ÉVALUATION FORMATIVE

Choisir la ou les réponses justes

1-Les classifications actuelles :

- a- Se veulent a-théoriques
- b- Peuvent remplacer l'approche clinique globale de la maladie mentale
- c- Sont fondées sur des critères purement sémiologiques
- d- Représentent des outils de recherche
- e- ne font pas de référence aux hypothèses étiopathogéniques des maladies mentales

2-Dans le DSM-IV :

- a- Un patient peut être évalué selon plusieurs axes
- b- Donne la possibilité de porter plusieurs diagnostics pour le même malade sur le même axe
- c- a permis d'unifier les termes employés pour les maladies mentales lors des travaux de recherche
- d- A gardé les termes « névrose » et « psychose »
- e- Ne prend pas en considération la fréquence des comorbidités

Réponses :
Question n° 1 : a-c-d-e ;
Question n° 2 : a-b-c

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Connaître les particularités des urgences psychiatriques par rapport aux autres urgences.
2. Connaître les rôles du médecin face aux urgences psychiatriques.
3. Réaliser les différentes étapes de l'examen d'un patient présentant une urgence psychiatrique.
4. Énumérer les différentes situations d'urgence.
5. Suspecter par l'anamnèse, l'examen clinique les pathologies organiques donnant lieu à des tableaux d'urgence psychiatrique.
6. Identifier les critères de gravité ou de dangerosité devant une urgence psychiatrique.
7. Connaître les situations de crise.
8. Savoir évaluer un risque suicidaire, et prendre les mesures nécessaires pour le prévenir.
9. Suspecter devant le tableau clinique une urgence iatrogène.
10. Connaître les moyens légaux d'hospitaliser un malade présentant une urgence psychiatrique.
11. Savoir prescrire des premiers soins à un patient en urgence.

PLAN

Introduction

L'examen en urgence

Les situations d'urgence

La confusion mentale

La crise d'angoisse aiguë

Les états d'agitation

Les situations de crise de détresse psychosociale

Les états suicidaires

e1. Devant un état dépressif

e2. Devant une menace de suicide

e3. Au décours d'une TS

Les états d'inhibitions psychomotrices et de stupeurs

Les urgences iatrogènes

Le traitement et la conduite à tenir

Conclusion

1) INTRODUCTION

La notion d'urgence en médecine implique l'existence d'une pathologie qui nécessite des soins immédiats, car elle comporte une souffrance importante et des risques graves pour la santé, voire pour la vie du sujet.

La spécificité de l'urgence psychiatrique est de comporter, en plus :

- Des risques pour la sécurité des biens ou des personnes (complications médico-légales : TS – homicides),
- Une souffrance psychologique aiguë à soulager sans tarder.

Psychiatrie d'urgence : Dupré 1910

« L'ensemble des psychopathies dont la soudaineté, l'évolution aiguë et la gravité particulière imposent au praticien l'obligation et la responsabilité d'un diagnostic hâtif d'une intervention thérapeutique immédiate et une décision médico-légale rapide ».

- Les différents temps diagnostic, thérapeutiques et d'assistance sont étroitement intriqués.
- Selon diverses études : les situations d'urgence psychiatrique représentent au moins 10 % de l'ensemble des admissions dans les services d'urgences des hôpitaux généraux.
- Le rôle du praticien, face à une demande de soins en urgence est de :
 - reconnaître l'urgence : l'existence d'un risque imminent pour la vie ou pour la sécurité des biens ou des personnes (dangerosité) ou d'une souffrance psychologique aiguë,
 - donner les premiers soins qui conditionneront le pronostic et la prise en charge ultérieure,
 - orienter la prise en charge et savoir indiquer une prise en charge ambulatoire ou hospitalière en milieu spécialisé,
 - prendre également en charge l'entourage qui est, généralement, à l'origine de la demande de soins.

2) L'EXAMEN EN URGENCE

- **La demande d'examen** peut émaner soit du malade lui-même, soit de l'entourage, soit des autorités publiques.
- **L'approche relationnelle :**

Elle vise à établir ou garder le contact par la parole, à prévenir, moduler ou contrôler la violence, à entreprendre les investigations médicales et psychiatriques et à engager les soins.

Il importe :

- De toujours se présenter nominalement dans son rôle et ses fonctions.
- De s'adresser au patient en l'interpellant, si possible par son nom.
- De situer précisément le patient dans les lieux où il est accueilli.
- De se situer d'emblée dans une fonction thérapeutique, en faisant face avec calme, en évitant les hésitations ou la précipitation.
- De veiller à l'absence d'objets potentiellement dangereux sur les lieux d'accueil.
- D'inviter le patient à se soumettre aux conditions classiques de l'examen médical (déshabillé et allongé).
- De prendre en compte la détresse ou l'agressivité exprimée, en établissant le dialogue.
- De commenter chaque temps de l'examen.
- De montrer, si nécessaire, sa détermination thérapeutique par des ordres directs.
- De percevoir les limites de cette simple approche relationnelle et de décider à bon escient d'une contention.

* L'EXAMEN PHYSIQUE :

- L'examen physique doit toujours être pratiqué.
- Il intéressera tous les appareils en insistant sur l'examen neurologique.
- Il visera à détecter tout problème organique.
- Il sera complété, au moindre doute, par un bilan paraclinique adapté.

* L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

- Il doit évaluer les anomalies de fonctionnement de toutes fonctions psychiques : conscience, pensée, humeur, émotion, perceptions...
- Il doit évaluer le degré de dangerosité soit pour le sujet lui-même, soit pour l'entourage ou pour les biens.

L'ENTRETIEN AVEC L'ENTOURAGE :

Permettra de préciser les antécédents du patient et recherchera les éventuels événements déclenchants des troubles, ainsi que leur évolution.

3) LES SITUATIONS D'URGENCE :

- Quel que soit le tableau clinique, toute pathologie psychiatrique aiguë, surtout chez un sujet sans antécédents psychopathologiques connus, peut masquer une urgence médicale qui peut engager le pronostic vital.

A. LA CONFUSION MENTALE :

- Toute confusion mentale constitue une urgence médicale.
- Elle est le témoin d'une souffrance cérébrale non spécifique.
- Dans l'immense majorité des cas, les causes en sont organiques et rares sont les confusions purement psychogènes.
- Devant ce syndrome, le praticien se trouve confronté à une triple urgence

URGENCE DIAGNOSTIQUE : le diagnostic positif repose sur :

- L'obnubilation de la conscience
- La désorientation temporo-spatiale,
- Les troubles de la mémoire
- L'onirisme vécu et agit
- Le syndrome physique

URGENCE ÉTIOLOGIQUE : le diagnostic étiologique repose sur :

- L'anamnèse de l'entourage
- L'examen somatique
- L'examen psychiatrique

La recherche de l'étiologie d'un syndrome confusionnel ne doit en aucun cas retarder le traitement symptomatique

- Urgence thérapeutique impliquant une hospitalisation en milieu médical.
- Certaines circonstances aggravent le tableau et renforcent la nécessité d'une intervention thérapeutique immédiate et sans délai :
 - L'agitation confuse, désordonnée et bruyante, parfois alimentée par une activité délirante et/ou des productions hallucinatoires.
 - L'onirisme peut-être à l'origine d'actes dangereux et de réactions hétéro-ou auto agressives. Les perturbations perceptives et la désorientation spatiale peuvent entraîner des accidents graves (précipitation et chute).
 - Le retentissement somatique du syndrome fonctionnel peut être intense et précoce (déshydratation, hypotension, hyperthermie, refus alimentaire, amaigrissement rapide) d'autant plus préoccupant sur certains terrains fragiles (personnes âgées...).

B. LA CRISE D'ANGOISSE AIGÜE :

La crise est volontiers vespérale ou nocturne.

Elle comporte :

- des manifestations neurovégétatives d'intensité croissante : Sueurs, tachycardie, oppression thoracique, striction pharyngée, vomissements, diarrhée, vertiges...
- des manifestations psychiques : panique intense, sensation de mort imminente.
- des manifestations comportementales : agitation ou sidération.

L'examen médical est toujours nécessaire, tant pour rassurer le sujet que pour **éliminer une affection organique**.

En effet la crise d'angoisse aiguë :

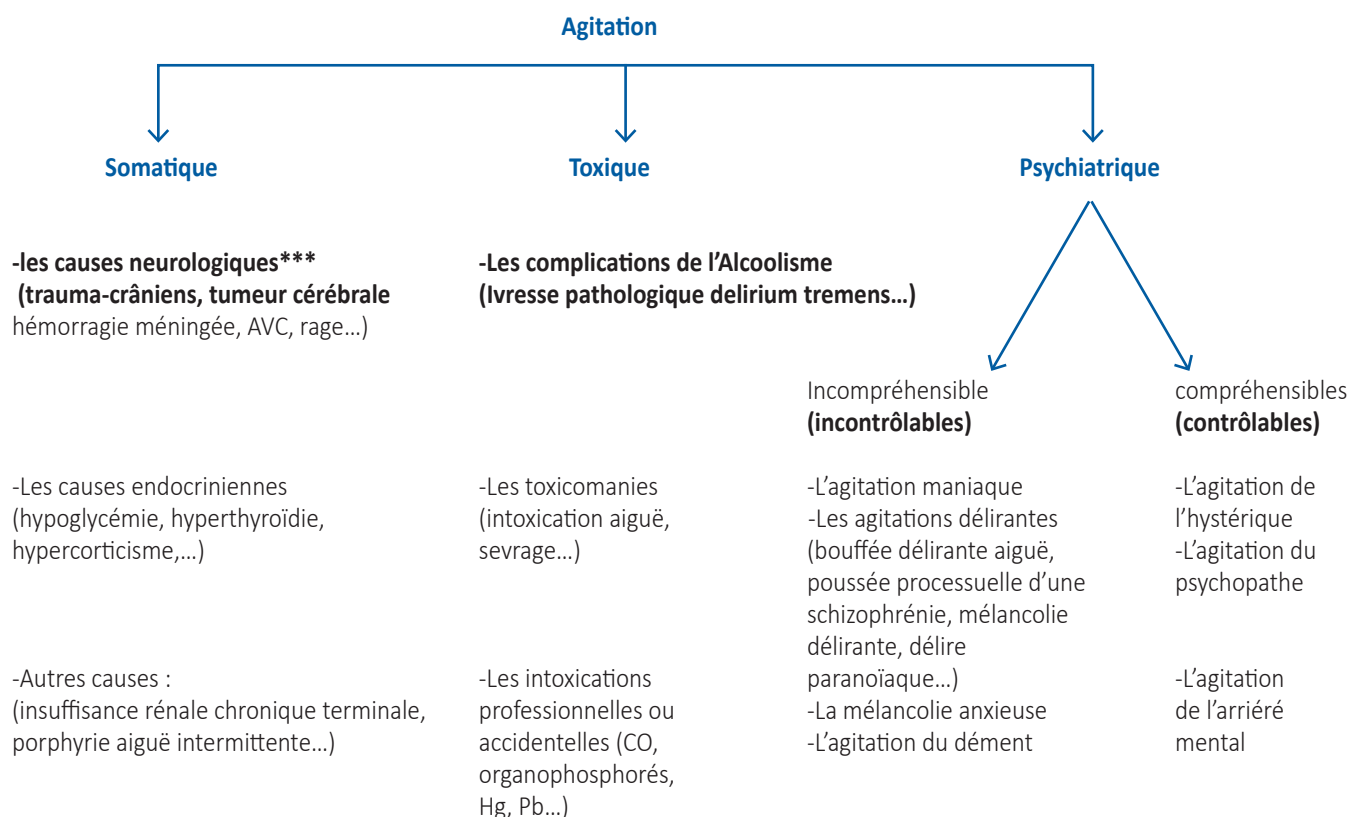
- Peut être le premier signe d'une pathologie cardiaque ou respiratoire (IDM, embolie pulmonaire, asthme...)
- Elle peut être un des symptômes d'une hyperthyroïdie, ou d'une hypoglycémie...
- Elle peut indiquer le retentissement psychologique d'une affection grave (néoplasie, sida...)
- Elle peut être iatrogène : corticoïdes, certains ATB...
- Les causes psychiatriques pures de la crise d'angoisse aiguë sont :
 - Les troubles anxieux et en particulier le trouble panique ou la crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique va se répéter de façon récurrente.
 - Les pathologies psychotiques : peuvent comporter des moments d'angoisse massive et impressionnante, ou l'existence du sujet apparaît mise en cause de façon fondamentale.
 - Les états dépressifs en particulier mélancoliques : l'anxiété augmente le risque de passage à l'acte suicidaire lors du raptus anxieux.

C. LES ÉTATS D'AGITATION

- L'agitation représente la forme la plus évidente de l'urgence psychiatrique
- L'enchaînement désordonné des intervenants, policiers, familiaux, médicaux ou de voisinage accentue la complexité du phénomène et contribue à son caractère bruyant et voyant.
- Reconnaître et affirmer l'état d'agitation est facile : patient qui présente un trouble du comportement psychomoteur qui traduit un état d'excitation psychique.
- Il convient de ne pas examiner seul un patient agité et de toujours prévoir l'aide du personnel soignant qui reste à proximité, mais aussi une médication psychotrope sédatrice ou des moyens de contention provisoire.
- Les critères de gravité et/ou de dangerosité en cas d'agitation sont :
 - Un contact impossible à établir, voire une opposition marquée.
 - Une agressivité majeure.
 - Une violence incoercible.

- Une agitation extrême, une fureur.
- Une intoxication associée, alcoolique ou autre.
- Un vécu délirant intense, associé ou non à des hallucinations.
- Une angoisse massive, psychotique ou non.

Il faut rattacher le symptôme agitation à sa cause. (voir cours les états d'agitation).



D. LES SITUATIONS DE CRISE OU DE DÉTRESSE PSYCHOSOCIALE.

- Fréquentes elles réalisent des états aigus, en général transitoires et à expression émotionnelle intense.
- La crise étant le fait qu'un individu se trouve à un moment donné, en face d'une situation dépassant ses capacités individuelles d'adaptation.
- Il faut soulager une souffrance psychologique aiguë.
- Le traitement consiste en l'éloignement de l'entourage et peut souvent se borner à un entretien plus ou moins long afin de permettre au patient de verbaliser sa demande. Un examen médical et une prescription médicamenteuse de tranquillisants s'avèrent utiles dans certains cas.

E. LES ÉTATS SUICIDAIRES

Le médecin peut être amené à évaluer un risque de suicide dans trois situations :

- Devant un état dépressif
- Devant une menace de suicide
- Au décours d'une tentative de suicide

E1 DEVANT UN ÉTAT DÉPRESSIF

L'urgence provient du risque suicidaire : risque majeur au cours de la mélancolie, le suicide doit demeurer la préoccupation principale du médecin au cours de tout accès dépressif même apparemment peu sévère.

Le risque de passage à l'acte est d'autant plus important qu'il existe :

- des idées suicidaires clairement formulées
- des thèmes dits mélancoliques : dévalorisation, culpabilité, incurabilité, ruine, etc.
- une anxiété importante
- des antécédents familiaux ou personnels de suicide

L'hospitalisation en milieu spécialisé s'impose, fut-ce sous le mode de l'hospitalisation sous contrainte.

E2 DEVANT UNE MENACE DE SUICIDE

Le médecin peut être confronté à un sujet qui a exprimé le désir ou l'intention de mettre fin à ses jours. Le devoir du médecin est de prendre au sérieux toutes les intentions suicidaires, d'évaluer le risque de passage à l'acte et de protéger le suicidaire.

L'évaluation du risque suicidaire comporte :

Le dépistage d'un trouble mental qui nécessitera une prise en charge urgente en milieu spécialisé, les troubles mentaux les plus suicidogènes étant la dépression, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les abus de substances psychoactives.

La reconnaissance d'un syndrome pré suicidaire dont la présence rend le risque imminent :

- idées suicidaires de plus en plus obsédantes
- un repli sur soi avec isolement progressif
- une inhibition de l'agressivité vis-à-vis d'autrui par désinvestissement graduel
- L'appréciation d'un état de détresse situationnelle avec notion de cause déclenchante et réseau relationnel appauvri.

CAT face à un suicidaire

- Établissement d'un dialogue qui permette au sujet de verbaliser son désespoir, ses préoccupations ou ses conflits.
- L'hospitalisation n'est pas toujours indiquée, elle peut être évitée ou différée quand l'entourage du patient a une bonne qualité affective et qu'il peut assurer une présence réelle auprès de lui.
- La dédramatisation et l'instauration d'une aide thérapeutique permettent en général le dépassement de la crise et la résolution des conflits.
- L'hospitalisation est nécessaire dans les états mélancoliques et dans toutes les affections psychiatriques où le risque suicidaire paraît important. Cette hospitalisation permet, d'une part, d'éviter le passage à l'acte et, d'autre part, de traiter l'affection qui sous-tend la crise suicidaire.

E3 AU DÉCOURS D'UNE TS : apprécier le risque de récurrence, face à un suicidant.

- L'examen précisera le degré de conscience, les réactions émotionnelles, l'attitude du patient après son acte, regret, indifférence ou persévérance. Le caractère impulsif ou prémédité de l'acte doit être précisé ainsi que le moyen utilisé et les facteurs déclenchants éventuels.

F. ÉTATS D'INHIBITIONS PSYCHOMOTRICES ET DE STUPEURS

Malgré leur présentation moins spectaculaire que les états d'agitation et leur moindre fréquence, ces situations constituent de véritables urgences psychiatriques silencieuses.

Le patient est mutique, figé, avec une inhibition comportementale

Les principales étiologies psychiatriques de ces états de stupeur sont : la mélancolie, la confusion mentale, la catatonie et les états de sidération anxieuse.

G. LES URGENCES IATROGÈNES :

Le médecin peut être amené à voir en urgence un patient qui présente un accident lié au traitement.

Le syndrome malin des neuroleptiques est une complication exceptionnelle, mais gravissime des traitements neuroleptiques qui se manifeste par une hyperthermie, une confusion mentale, des troubles neurovégétatifs, neurologiques et respiratoires.

Il faut systématiquement y penser devant toute fièvre inexpliquée chez un sujet prenant des neuroleptiques, surtout quand elle est associée à une aggravation des signes d'impregnation. Les médicaments neuroleptiques doivent être immédiatement arrêtés et un dosage des CPK demandé. Un transfert vers un service de réanimation doit être rapidement organisé.

Les effets extrapyramidaux aigus des neuroleptiques n'ont pas de gravité particulière, mais sont spectaculaires et fortement anxiogènes : dystonies, hyperkinésies, dyskinésies apparaissant, généralement dans les premiers jours de la mise sous neuroleptiques et nécessitant l'association de médicaments correctrices antiparkinsoniennes et anxiolytiques ou la réduction des posologies.

L'intoxication au lithium peut également être grave ; il faut y penser, chez un sujet sous lithium devant l'apparition d'une dysarthrie surtout quand elle est associée à des tremblements, ou des diarrhées et vomissements. Une lithiémie doit être pratiquée en urgence. Des signes de toxicité apparaissent au-delà d'une lithiémie à 1.2 meq. En cas d'hyperlithiémie, arrêter la prise de lithium et envisager si nécessaire un transfert vers un service spécialisé.

Le syndrome de sevrage aux anxiolytiques (BZD, méprobamate) : une interruption brutale d'un traitement tranquillisant peut provoquer des troubles du caractère (irritabilité), une hyperesthésie sensitive et sensorielle, des troubles du sommeil, une tension anxieuse ; des symptômes plus graves sont plus rares : confusion, hallucinations, crises comitiales.

4. LE TRAITEMENT ET LA CONDUITE À TENIR :

- Dépendent bien sur de l'étiologie de l'urgence.
- Deux grandes classes de médicaments psychotropes sont utilisées dans le cadre de l'urgence : les tranquillisants d'une part et les neuroleptiques d'autre part (pour leur propriété sédative et/ou leur propriété antiproductive sur le délire et les hallucinations).

La prescription de neuroleptiques en urgence s'appuie sur 2 types principaux d'effets thérapeutiques :

- propriété sédative : ex Largactil
- propriété antiproductive sur le délire et les hallucinations : ex. Haldol

Une surveillance clinique est indispensable après toute administration de neuroleptiques. Ainsi, chaque prescription devra être notée, détaillée avec les consignes de surveillance centrée sur la conscience, la vigilance, l'état psychique, le pouls, la tension artérielle, la température et l'apparition de troubles neurologiques.

5. EN CONCLUSION :

Parfois trompeuses et souvent polymorphes, les urgences psychiatriques se signalent par la fréquence des intrications médico-psychiatriques, et la difficulté devant certains tableaux aigus (l'agitation, angoisse, délire...) d'affirmer de manière tranchée une étiologie organique ou psychiatrique. La prudence est de règle dès qu'existe une suspicion d'organicité :

- Certaines situations d'urgence impliquent enfin des risques médico-légaux du fait d'une dangerosité auto ou hétéroagressive, ou ne permettent pas au patient de donner son consentement à des soins pourtant requis par son état.
- Le recours à la loi 83-92 constitue dans de telles circonstances une véritable mesure thérapeutique.

SUICIDE ET CONDUITES SUICIDAIRES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant devra être capable de :

1. Définir le suicide et les comportements suicidaires
2. Décrire la crise suicidaire
3. Identifier les facteurs de risque de suicide
4. Identifier les facteurs de protection de suicide
5. Décrire les particularités du suicide selon l'âge
6. Préciser les principes généraux de l'intervention auprès des personnes ayant des idées suicidaires et/ou ayant fait une tentative de suicide
7. Décrire les principes généraux de prévention et de postvention du suicide

1. INTRODUCTION

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide représentera plus de 2% de la charge mondiale de morbidité d'ici 2020. Le suicide est un problème complexe, mettant en cause de multiples facteurs de nature psychologique, biologique, sociale et environnementale, qui interagissent entre eux tout au long de l'histoire d'une personne. Les décès prématurés par suicide ont des conséquences incommensurables, bien sûr pour les familles et les proches des suicidés, mais aussi pour tous ceux dans notre société qui doivent faire face à l'impact de toutes ces tragédies. La diminution du nombre de suicides est devenue un objectif important de santé publique à l'échelle mondiale. La prévention du suicide est possible. Elle exige une série de mesures touchant à la fois l'éducation des enfants et des jeunes, la recherche de traitements efficaces des troubles mentaux, tout comme l'intervention environnementale et l'analyse des facteurs de risque.

2. DÉFINITIONS USUELLES

La problématique du suicide ne se limite pas seulement à l'acte mortel. Il existe une série de comportements qui décrivent ce qu'on nomme usuellement le processus suicidaire, et dont les définitions figurent dans le tableau 1.

Tableau 1. Définitions usuelles du suicide, des comportements suicidaires et des individus concernés par ces comportements.

Le suicide désigne l'acte de se donner délibérément la mort, survenant souvent de manière soudaine, brutale, inattendue et impulsive.
La tentative de suicide est un acte incomplet se soldant par un échec, traduisant lorsqu'elle se répète une psychopathologie sous-jacente.
L'idée ou l'idéation suicidaire est une simple représentation mentale de l'acte suicidaire que tout un chacun peut éprouver.
Le suicidé désigne la personne dont l'acte a abouti à la mort par suicide.
Le suicidaire désigne la personne qui a des idées ou idéations suicidaires. Ce terme est vague puisqu'il s'applique aussi bien à la personne qui a des idées passagères, qu'à la personne qui éprouve de fortes idéations suicidaires persistantes.
Le suicidant est une personne qui fait ou vient de faire une tentative suicidaire (TS).
Le parasuicide ou équivalent suicidaire est un acte extrême par lequel on adopte des conduites à risque pouvant conduire à la mort (refus, arrêt ou abandon des traitements, usage excessif d'alcool ou d'autres substances toxiques, prise de risque délibérée sur la route, etc).
Les comportements suicidaires désignent l'éventail des activités relatives au suicide, englobant les pensées suicidaires, l'automutilation, les tentatives de suicide, les suicides accomplis, etc.

3. EPIDÉMIOLOGIE DES SUICIDES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE

Dans le monde, une personne met fin à ses jours toutes les 40 secondes. Aucun pays n'est épargné. Ainsi, 800 000 personnes se donnent la mort à travers le monde chaque année, dont 79% survenant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. On estime globalement à 20 fois plus de tentatives que de décès par suicide.

Ces décès peuvent intervenir à n'importe quel âge de la vie. Le suicide figure parmi les trois principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans dans certains pays, et est la deuxième cause de décès dans le groupe d'âge des 15-29 ans.

L'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu sont parmi les méthodes de suicide les plus répandues dans le monde.

Le rapport relatif aux statistiques nationales du suicide en Tunisie pour l'année 2016 a recensé une incidence nationale du suicide de 3,29/100 000 habitants correspondant à 372 cas de suicide. La classe d'âge observant l'incidence la plus élevée est celle des 20-39 ans. Il existe une sous déclaration, plusieurs cas de décès considérés comme accidentels (défenestration, accident de la voie publique et noyades), pour lesquels l'hypothèse de suicide reste probable mais difficilement prouvée, n'ont pas été comptabilisés dans ce rapport.

Des études tunisiennes menées au service de médecine légale de l'hôpital Charles Nicolle ont trouvé qu'après la révolution du 14 Janvier le nombre de suicides a augmenté de 1,7 fois. La pendaison et l'auto-immolation ont augmenté de 1,8 et 3 fois, respectivement. Les cas de suicide ayant eu lieu dans les lieux publics et devant les administrations publiques ont significativement augmenté, suggérant un phénomène d'imitation provoqué par la couverture médiatique excessive de l'auto-immolation de Mohamed Bouazizi. L'effet Werther est un terme inventé par le sociologue David Phillips en 1974 pour définir **l'effet imitatif du comportement suicidaire**. C'est l'effet par lequel la couverture médiatique d'un fait suicidaire risque d'induire une augmentation de la morbi-mortalité par un phénomène d'imitation chez les personnes vulnérables. De nombreux organismes internationaux ont édité et diffusé des recommandations à destination des professionnels des médias afin de promouvoir un traitement médiatique plus responsable du suicide.

4 LA CRISE SUICIDAIRE

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire. Ainsi, sa connaissance, sa reconnaissance par tout intervenant en la matière est indispensable afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire.

La crise suicidaire est toujours sous-jacente à une conduite suicidaire et peut être son aboutissement. Au stade de l'idéation suicidaire, l'idée du suicide se présente mais elle n'est pas généralement prépondérante dans un premier temps. Le suicide apparaît comme une solution parmi d'autres ; la personne peut ainsi soit résoudre son problème d'une autre manière, soit donner l'impression que cette idée n'est somme toute pas si sérieuse que cela.

Un échec de tout essai de solution augmente la tension du sujet et l'amène à un stade de perturbation émotionnelle. A ce moment, le faisceau des solutions possibles se rétrécit, le sentiment d'échec devient plus prégnant, l'idéation suicidaire devient rumination, laquelle occupe de plus en plus massivement le champ psychique de la personne.

Cet état de perturbation émotionnelle, avec anxiété, angoisse, fige le sujet dans une impossibilité de réagir ou même d'agir. Ce trouble émotionnel renforce l'idée du suicide comme solution. Le sujet est alors saisi par l'angoisse, la rumination est devenue une idée « fixée » : c'est la cristallisation (voir figure 1). La tension est portée à son maximum et trouve à se libérer dans le passage à l'acte suicidaire.

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations : (1) l'expression d'idées et d'intention suicidaires, (2) des manifestations de crise psychique, (3) dans un contexte de vulnérabilité.

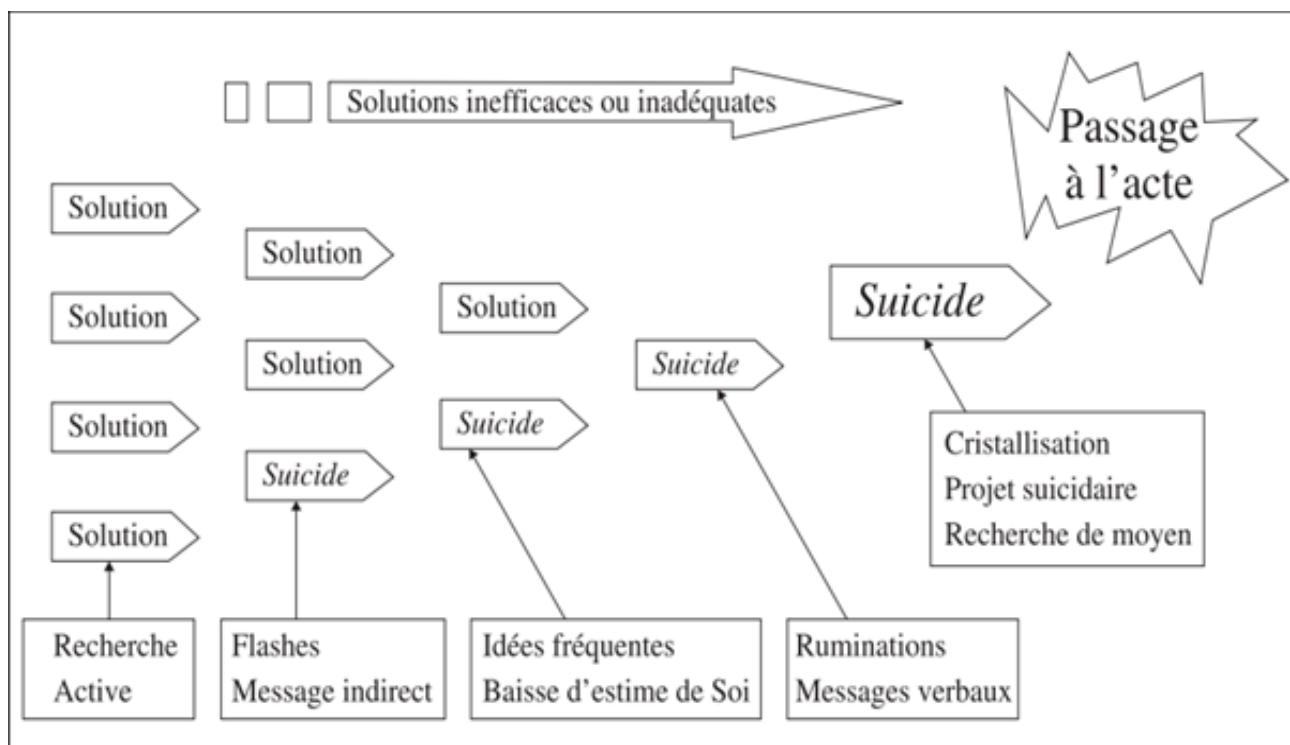


Figure 1. Le processus de crise suicidaire.

5. PARTICULARITÉS DU SUICIDE SELON L'ÂGE

5.1 CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

cf. cours crise à l'adolescence et dépression de l'enfant.

5.2 CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

À partir de 65 ans, le taux de suicide augmente avec l'avance en âge. Il est plus important chez les hommes. La dépression est souvent rencontrée avec une expression souvent masquée. Les idées suicidaires sont rarement exprimées, et lorsqu'elles le sont, elles ne doivent pas être banalisées par l'entourage. Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des gestes suicidaires.

Le contexte de vulnérabilité peut comporter une dépression, des maladies somatiques notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. Un autre facteur est le veuvage pour les hommes.

6 ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE : LE RUD (RISQUE URGENCE DANGÉROSITÉ)

L'évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée. L'évaluation comprend celle du risque, de l'urgence et de la dangerosité. Le potentiel suicidaire est évalué selon qu'il est faible, moyen ou élevé.

6.1 FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION DE SUICIDE

La personne suicidaire ne veut pas mourir. Ce qu'elle veut c'est arrêter de souffrir. Le suicide intervient alors au bout d'une longue chaîne de tentatives pour trouver une issue à cette souffrance. Souffrance qui n'origine pas, dans la grande majorité des cas, d'une seule et unique cause. Le suicide est multifactoriel. Le Tableau 2 présente un certain nombre de facteurs de risque et de facteurs de protection de suicide. **C'est la balance entre facteurs de risque et facteurs protecteurs qui permet d'évaluer le risque suicidaire.**

Les facteurs de risque de suicide sont des éléments qui ont visiblement un lien avec le suicide, en ce qu'ils peuvent ainsi favoriser ou tout au moins contribuer à un passage à l'acte suicidaire, sans toutefois pouvoir à eux seuls expliquer la survenance d'un tel acte. La pratique montre qu'un nombre important de personnes ayant tenté de se suicider ou de personnes décédées par suicide avaient montré des signes précurseurs ou tout au moins avaient tenté d'exprimer leur souffrance et leur détresse. Détecter des signes avant-coureurs d'un passage à l'acte suicidaire est une tâche particulièrement difficile vu la complexité de la problématique suicidaire elle-même.

Il faut rappeler que 50 à 80 % des tentatives de suicide surviennent chez des patients souffrant de troubles mentaux (notamment les troubles de l'humeur, le trouble de l'usage des substances, la schizophrénie et les troubles de la personnalité). La dépression multiplie par 30 le risque de suicide, avec un taux annuel moyen de mortalité de 3 % dont un tiers est imputable au suicide, soit une prévalence annuelle du suicide chez les déprimés de l'ordre de 1 %.

Les facteurs de protection sont toutes les caractéristiques biopsychosociales susceptibles d'augmenter la capacité d'une personne à faire face aux situations difficiles de la vie. En matière de prévention du suicide, il est primordial d'identifier ces facteurs, d'en tenir compte et de les renforcer. Le travail d'un professionnel de la santé face à une personne suicidaire consistera justement à aider la personne à découvrir ses ressources personnelles et celles disponibles dans son entourage, de l'encourager à les utiliser et à en trouver de nouvelles pour résoudre la crise et reprendre espoir.

Tableau 2. Exemples de facteurs de risque et de facteurs de protection de suicide.

Facteurs de risque	
Facteurs de risque psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Tentative de suicide antérieure - Troubles mentaux (ex. Dépression, schizophrénie, troubles de la personnalité) - Alcool et autres troubles d'abus de substances - Faible estime de soi - Tendances impulsives et/ou agressives - Histoire de trauma - Négligence et maltraitance physique, sexuelle ou psychologique - Certaines maladies physiques majeures, etc.
Facteurs de risque environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de travail ou perte financière - Perte relationnelle ou sociale - Accès facile à des moyens mortels - Histoire familiale de suicide, etc.
Facteurs de risque socioculturels	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien social et sentiment d'isolement - Barrières pour accéder aux soins de santé - Exposition à d'autres suicides dans l'entourage, etc.
Facteurs de protection	
Facteurs individuels	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de demander de l'aide - Capacité de se faire des amis, de s'intégrer dans un groupe - Adoption de saines habitudes de vie - Résilience, capacités de résoudre des problèmes, de gérer son stress - Bon état de santé physique et psychologique, etc.
Facteurs familiaux	<ul style="list-style-type: none"> - Relations harmonieuses avec la famille et l'entourage - Milieu scolaire ou de travail respectueux et valorisant - Saines habitudes de vie dans le milieu familial - Bon réseau d'amis, etc.
Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à des services d'aide adaptés aux besoins de la population - Disponibilité dans le milieu d'activités valorisantes : travail, clubs sociaux, associations, etc. - Compétences communautaires en dépistage et en intervention auprès des personnes en détresse - Valeurs d'entraide développées dans le milieu, etc.

6.2 L'URGENCE

L'évaluation de l'urgence vise à apprécier **la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte**. Cela permettra de situer le patient dans le processus suicidaire et de mieux organiser sa prise en charge dans les 24 ou 48 heures. Il est souhaitable d'explorer :

- Le niveau de souffrance psychique : intensité du sentiment de désespoir, de dévalorisation, d'impuissance, voire de culpabilité.
- Le niveau d'impulsivité : instabilité comportementale, antécédents de passages à l'acte, de fugues ou d'actes violents.
- Le degré d'intentionnalité (idées de suicide passives ; idées actives et prévalentes ; rumination suicidaire ; planification d'un scénario suicidaire) : le scénario suicidaire doit être évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ».
- L'événement précipitant (perte, conflit).

Le potentiel suicidaire est considéré comme :

- Faible : pense au suicide, pas de scénario précis ; est à la recherche de communication, cherche des solutions à ses problèmes ; pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise.
- Moyen : scénario envisagé, mais reporté ; a un équilibre émotionnel fragile ; ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ; a besoin d'aide et exprime son désarroi.
- Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu dans les jours à venir ; immobilité ou état de grande agitation ; la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ; accès direct et immédiat à un moyen de se suicider.

6.3 LA DANGÉROSITÉ

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire, c'est évaluer la létalité du moyen et son accessibilité. Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

7. INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES AYANT DES IDÉES SUICIDAIRES ET/OU AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Toute intention suicidaire exprimée doit être prise au sérieux. Il n'y a pas de chantage en matière de suicide, et toute méconnaissance de l'appel à l'aide pourrait être à l'origine d'une nouvelle escalade. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage est un élément essentiel pour l'engagement de la prise en charge.

de l'entourage est un élément essentiel pour l'engagement de la prise en charge.

7.1 EN CAS DE RISQUE SUICIDAIRE ÉLEVÉ

L'hospitalisation doit être discutée avec la famille et le patient. Elle a pour but d'éviter le passage à l'acte, de permettre de résoudre la crise suicidaire dans un milieu protégé, d'instaurer une relation d'aide et de confiance inaugurant une prise en charge avec chimiothérapie et/ou psychothérapie.

Dans d'autres cas, l'hospitalisation peut être évitée ou différée : la qualité affective de l'entourage, sa présence réelle auprès du patient, l'instauration d'une thérapie chimique ou psychologique peut permettre le passage de la crise suicidaire et la résolution des conflits.

7.2 AU DÉCOURS D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Devant une tentative de suicide grave, il importe d'assurer la sécurité et la réanimation du malade (liberté des voies aériennes, surveillance du pouls, de la tension, etc.), et ce en fonction des circonstances de la tentative de suicide et ses conséquences organiques immédiates.

Après la réanimation, au réveil, il importe de noter l'anamnèse, d'évaluer la situation et surtout d'évaluer le risque de récurrence.

En cas d'absence de conséquences organiques immédiates, il convient d'éviter de dévaloriser le geste ou de douter de l'authenticité du désir de mort.

Après l'évaluation du médecin généraliste, l'avis psychiatrique apparaît indispensable. Au cours du premier entretien, il s'agit d'évaluer : les caractéristiques psychosociales du sujet, la structure de personnalité, l'existence d'une pathologie sous-jacente, l'existence de symptômes dépressifs et/ou impulsifs et la qualité de l'entourage.

Il s'agit ensuite d'assurer la prophylaxie des récurrences et d'envisager la valeur symptomatique du geste suicidaire. Il existe plusieurs décisions possibles : (1) sortie rapide avec consultations ambulatoires, (2) hospitalisation en milieu psychiatrique, (3) action plus ponctuelle sur l'entourage familial ou socioprofessionnel. La décision, lorsque l'état psychique du patient le permet, est prise en accord avec le malade.

7.3 LE SUIVI AMBULATOIRE

Il est proposé si le risque suicidaire est faible et lorsque l'entourage paraît de bonne qualité et peut représenter une présence réelle auprès du patient. La prise en charge chimiothérapique et psychothérapique s'effectue au même temps. La création d'un espace d'écoute permet souvent d'éloigner le risque suicidaire.

7.4 L'HOSPITALISATION

Elle a pour buts d'éviter le passage à l'acte suicidaire, de permettre la résolution de la crise en milieu protégé, d'instaurer une relation d'aide, et de mettre en route un traitement spécifique. Elle représente une solution en cas d'échec du traitement ambulatoire, de risque suicidaire grave, de pathologie psychiatrique grave associée. Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir à une hospitalisation sous contrainte. Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et l'impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe) et l'aspect transitoire de cette hospitalisation. Il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue. La surveillance en hospitalisation doit être étroite.

8 PRÉVENTION DU SUICIDE

Le suicide n'est pas la résultante d'une cause unique et clairement définie, mais l'aboutissement d'un long processus plus ou moins complexe, d'un cheminement plus ou moins long vers ce point de non-retour. Comprendre cela, c'est se donner la possibilité d'agir à chaque étape du processus.

Prévenir le suicide nécessite essentiellement une action pluridisciplinaire et multisectorielle où l'ensemble des partenaires sanitaires, sociaux ou autres ont un rôle prépondérant à jouer. La prévention peut être réalisée à différents niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

8.1 PRÉVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire est la méthode la plus efficace. Elle concerne les sujets sans risque suicidaire immédiat. Elle représente l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence de suicide et réduire les risques d'apparition de nouveaux cas (soit en amont de la crise suicidaire), en agissant auprès d'une population n'étant pas considérée comme particulièrement à risque.

Certaines actions sur des facteurs de risque de suicide potentiels modifiables pourraient réduire le risque de survenue de comportements ou d'idéations suicidaires chez certains sujets vulnérables, notamment ceux qui souffrant d'une pathologie mentale, ou de conditions de carence parentale, etc.

8.2 PRÉVENTION SECONDAIRE (OU COMMENT ÉVITER LE PASSAGE À L'ACTE)

La prévention secondaire est la prise en charge du risque suicidaire avant sa concrétisation en acte. Elle vise notamment un repérage de la crise suicidaire et se déploie principalement en médecine générale, dans le milieu scolaire et en psychiatrie. La majorité des suicides sont précédés de signes annonciateurs (ex. propos explicites, insinuations, comportements de désinvestissement, comportements déviants). Il suffit parfois de savoir reconnaître ces signes pour sauver une vie.

Dès l'idéation suicidaire, la prise en charge doit être organisée à partir du professionnel de santé qui a recueilli la plainte du sujet. Les soins sont proches de la prise en charge des tentatives de suicide, avec une investigation des idées de mort, des facteurs qui incitent ou empêchent le passage à l'acte et souvent une mise en place d'un suivi psychologique ou psychiatrique. Une hospitalisation peut être nécessaire face à la gravité du risque suicidaire.

8.3 PRÉVENTION TERTIAIRE (OU COMMENT ÉVITER LES RÉCIDIVES)

La prévention tertiaire reste la prévention la plus accessible dans son instauration puisque le sujet a déjà rencontré le système de soins. L'objectif est de prévenir la récurrence qui doit toujours rester un objectif central dans le soin du suicidant ; et les moyens étant d'améliorer l'humeur, la qualité de vie, les relations du sujet avec son environnement familial et social, en d'autres termes, viser à diminuer les facteurs de risque et majorer les facteurs de protection. Il est nécessaire d'éviter avant tout la banalisation de l'acte ainsi que le déni ou la dénégation de la souffrance psychique du jeune et du conflit engageant la famille et l'entourage. La tentative de suicide est toujours très grave, et à prendre au sérieux. Elle traduit le profond désespoir du sujet. L'hospitalisation systématique de toute tentative, même bénigne, est souhaitable pour permettre au sujet de saisir la gravité de son geste.

8.4 « POSTVENTION »

La postvention a été décrite en premier par Edwin Schneidman, le père de la suicidologie moderne, en 1973. Elle réfère aux

mesures à prendre à la suite d'un suicide. Il s'agit de la première étape de la prévention continue. Elle consiste à réaliser des activités visant à réduire les effets négatifs à court et à long terme résultant d'un traumatisme causé par le suicide ou la tentative de suicide d'une personne de l'entourage plus ou moins immédiat. Elle a été initialement conçue pour l'entourage immédiat des personnes décédées par suicide. Avec les années, son domaine d'intervention s'est élargi à divers groupes tels que les milieux scolaires et de travail.

Plusieurs recherches ont révélé, à la suite du décès par suicide d'une personne, une hausse de l'incidence des taux de suicides chez les pairs. Bien qu'individuel, le passage à l'acte suicidaire d'une personne ébranle son tissu relationnel de façon brutale et plus ou moins étendue, touchant bien plus de personnes que ses seuls proches. La postvention appliquée à l'échelle de la collectivité permet de réduire l'incidence de la contagion du suicide grâce à la consultation des endeuillés et à la sensibilisation.

A titre d'exemple, en milieu scolaire et étudiant, les conséquences du suicide peuvent être grandes. Les élèves/étudiants présentent souvent un risque de trouble de stress post-traumatique, de dépression, de pensées suicidaires, de toxicomanie et d'aggravation de problèmes de comportement existants. En cas de suicide d'un jeune, il ne faudrait pas croire que ses amis ne sont pas au courant. Cet argument empêche souvent toute intervention, maintient les jeunes dans un état de souffrance et d'isolement, et favorise la circulation de rumeurs et de mythes dévastateurs. Il semble alors indispensable d'avoir recours à une intervention de postvention. Les objectifs de cette postvention sont d'aider les élèves/étudiants et le personnel scolaire/universitaire à comprendre et commencer le processus de deuil, d'accompagner les jeunes les plus en souffrance, de dépister les jeunes les plus à risque de suicide et leur offrir un soutien spécifique.

TESTS D'AUTO EVALUATION

1) Concernant le suicide une (ou plusieurs) des propositions suivantes est (sont) vraie(s) :

- A. Certaines idées ou tentatives de suicide sont banales
- B. Les personnes qui veulent se suicider donnent des indications sur leur intention
- C. Le geste suicidaire résulte d'un choix personnel
- D. Les personnes qui se suicident souffrent toujours de troubles mentaux
- E. La prévention du suicide n'est pas possible car il est imprévisible

2) Cas clinique :

Madame F est âgée de 27 ans, divorcée depuis un mois, élève seule un enfant, et ne travaille pas. Elle n'a pas de suivi psychiatrique antérieur. Elle consulte seule aux urgences pour une deuxième tentative de suicide en 3 semaines. Ces derniers jours, elle se réveille plusieurs fois pendant la nuit. Elle se sent triste, et ne fait pas grand-chose pendant la journée, « elle n'a pas d'envie ». Elle a maigri, elle fume plus qu'avant et ne sort pas de chez elle. Elle n'arrive plus à lire car ne retient rien, et se sent toujours fatiguée. Elle ne veut pas être hospitalisée car elle a trop peur de perdre la garde de son enfant si son ex-mari l'apprenait, et puis l'hospitalisation « ne sert à rien »; D'ailleurs elle est pressée... Elle ne veut pas parler de ce qui s'est passé hier; de toute façon elle a ce qu'il faut pour mourir si elle le souhaite.

Réponses :
Question n° 1 : B
Question n° 2 : Hospitalisation sous contrainte.

LES TROUBLES DÉPRESSIFS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant sera capable de:

1. Reconnaître les signes cliniques d'un état dépressif
2. Décrire les principales formes cliniques d'un état dépressif
3. Poser le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (selon les critères du DSM 5)
4. Discuter les diagnostics différentiels d'un état dépressif
5. Orienter le diagnostic étiologique devant un état dépressif
6. Connaître les différentes options thérapeutiques des troubles dépressifs
7. Traiter un trouble dépressif caractérisé (trouble dépressif unipolaire) non-complicqué

INTRODUCTION :

Les troubles dépressifs constituent l'un des chapitres les plus importants de la pratique médicale, et ce à plus d'un titre:

- La dépression est l'un des troubles psychiques les plus fréquents dans la population générale: la prévalence à un an est évaluée entre 4 et 10 % selon les études, alors que le risque morbide pour toute une vie s'élève à près de 30 %, toutes étiologies confondues.
- La dépression est une pathologie grave qui comporte le double risque : du suicide à court terme, et de la récurrence et du handicap à plus long terme.
- La dépression est une pathologie encore insuffisamment traitée en Tunisie, du fait, en particulier de sa méconnaissance tant par le malade que par le médecin non-psychiatre. En effet, les patients déprimés consultent plus souvent le médecin de famille que le psychiatre, pour des raisons à la fois cliniques (expression somatique du trouble) et culturelles (l'étiquette péjorative de la consultation psychiatrique).

I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Sexe ratio : deux femmes pour un homme.

Incidence de l'épisode dépressif caractérisé : 1er pic de la puberté jusqu'à 35 ans, 2ème, plus petit pic entre 50 et 60 ans.

II. DÉFINITIONS

L'HUMEUR

Elle a été définie par Jean DELAY comme étant « cette disposition affective fondamentale qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». L'humeur colore, en fait, toute notre perception de nous-mêmes, du monde et de l'avenir.

LA DEPRESSION

Le terme dépression appartient, au langage courant où il signifie abaissement. En médecine, d'ailleurs, il s'emploie dans ce sens en anatomie (dépression des os du crâne) ou en physiologie (dépression respiratoire). **En psychiatrie, l'on entend par dépression ou état dépressif, un syndrome associant deux signes fondamentaux:** (i) l'humeur dépressive qui implique une vision pessimiste du monde et de soi-même, et, (ii) un ralentissement global des fonctions psycho-motrices.

III. LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Le syndrome dépressif peut évoluer dans le cadre de différentes affections tant psychiatriques qu'organiques et revêtir, en fonction de son appartenance nosologique, des formes cliniques variées, ce qui fait toute la difficulté du diagnostic d'état dépressif.

La démarche clinique doit comporter deux étapes :

- une première étape de diagnostic positif proprement dit, celle de la reconnaissance du syndrome dépressif commun à toutes les dépressions.
- une seconde étape de diagnostic étiologique nécessaire à l'établissement d'un pronostic et d'un traitement spécifique.

Dans tous les cas, **un examen somatique sera absolument nécessaire** pour :

- Évaluer le retentissement somatique de la dépression (hydratation, nutrition, hygiène personnelle),
- Mettre en évidence une éventuelle étiologie organique,
- Éliminer les éventuelles contre-indications d'une pharmacothérapie.

Par ailleurs, **devant tout Syndrome dépressif, une évaluation du risque suicidaire** (cf. Cours « Conduite à tenir devant des idées ou des conduites suicidaires ») **s'impose**.

IV. LE DIAGNOSTIC POSITIF

Les symptômes communs à toutes les formes de dépression qu'il faut s'attacher à mettre en évidence sont:

1. LA DÉPRESSION DE L'HUMEUR

Elle peut varier, en fonction des formes cliniques, d'un sentiment de tristesse normale (dépression réactionnelle) à une profonde douleur morale (mélancolie). Elle peut, également, se traduire par une humeur irritable, surtout chez les enfants et les adolescents ou par des plaintes somatiques (souffrance et douleurs corporelles). Cet affaissement de l'humeur s'accompagne d'un vécu foncièrement pessimiste, d'un désintérêt général et global, d'un manque d'entrain et de dynamisme, pouvant aller jusqu'au dégoût total de vivre et au **désir suicidaire qui menace tout déprimé**. L'humeur dépressive est associée à :

- une **vision négative de soi** marquée par une baisse de l'estime de soi avec un sentiment d'inutilité, d'incapacité, d'impuissance pouvant aller jusqu'au développement d'idées de culpabilité pathologique (le sujet s'accusant de fautes insignifiantes ou qu'il n'a pas commises) et d'indignité appelant un châtement.
- une **vision négative du monde** qui ne suscite plus aucun intérêt et encore moins de plaisir, mais qui peut aussi devenir menaçante et persécutrice.
- une **vision négative de l'avenir** qui s'exprime dans un pessimisme foncier et une vision péjorative de l'avenir qui apparaît bouché ou porteur de graves menaces. Dans cette optique, peut apparaître un sentiment d'incurabilité.

2. LE RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR

Il peut varier d'une simple asthénie à la stupeur totale.

Le ralentissement moteur est manifeste, à l'examen, à travers une lenteur du discours (**bradyphémie**), de la pensée (**bradypsychie**), et des mouvements ; une augmentation de la latence des réponses, une diminution du volume, de la modulation vocale (**aprosodie**), de la quantité ou de la variété du contenu du discours pouvant aller jusqu'au mutisme total.

Une diminution de l'énergie, une lassitude et une fatigue sont fréquentes. Les tâches les plus simples exigent un effort important. L'efficacité dans l'accomplissement des tâches peut être réduite, un malade peut se plaindre que sa toilette et l'habillage du matin sont épuisants et prennent beaucoup plus de temps que d'habitude.

Le ralentissement psychique entraîne une altération de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions. Les sujets déprimés sont facilement distractibles et se plaignent de troubles de la mémoire. Le ralentissement intellectuel peut provoquer, dans les formes sévères, la sidération complète de toutes les facultés mentales.

3. LES SYMPTÔMES DITS SOMATIQUES

- **Les troubles du sommeil** sont constants et souvent inauguraux du syndrome dépressif, en particulier l'insomnie d'endormissement, l'insomnie du petit matin ou le sommeil haché;
- **Les troubles de l'appétit**, également constants, à type d'anorexie peuvent entraîner une perte de poids significative.
- Les caractéristiques neurovégétatives inversées (hypersomnie et hyperphagie) caractérisent des formes particulières de dépression.
- **Les troubles sexuels** se manifestent par une baisse de la libido (baisse du désir sexuel, dysfonction érectile); on peut observer, dans les dépressions sévères, une aménorrhée chez la femme.

4. L'ANXIÉTÉ

Elle n'est pas un symptôme dépressif, mais est très souvent associée à la dépression dont elle modifie l'expression sémiologique; en effet le ralentissement fait place à une agitation anxieuse s'exprimant au travers d'une grande instabilité

motrice et d'une logorrhée, ainsi que des manifestations classiques de l'angoisse (précordialgies, palpitations, sensation de boule oesophagienne, de striction thoracique, de mort imminente, etc.). Le danger inhérent à cette forme de dépression est la « facilitation » du passage à l'acte suicidaire, surtout à l'occasion d'un raptus anxieux. Une surveillance toute particulière s'impose par conséquent auprès de ces patients.

Le diagnostic positif est avant tout clinique :

- Antécédents familiaux de dépression ou antécédents personnels d'épisodes antérieurs analogues
- Syndrome dépressif franc
- Rupture avec l'état antérieur
- Impact marqué sur le fonctionnement quotidien

Le diagnostic peut également être posé à l'aide des critères diagnostiques des classifications psychiatriques. Nous nous référons ici aux critères de « l'épisode dépressif caractérisé » (EDC) tels que formulé dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) dans sa 5ème édition (cf. annexes).

Dans certains contextes, notamment en médecine de première ligne, les échelles peuvent aider le clinicien à dépister, évaluer et/ou suivre l'évolution du trb, (par exemple, avant/après mise sous antidépresseurs). Un des questionnaires les plus

V. LES FORMES CLINIQUES

1. SELON L'INTENSITÉ

Pour évaluer la sévérité de la dépression: légère, moyenne ou sévère, on se fonde sur l'importance des symptômes, le degré d'incapacité fonctionnelle et de souffrance ainsi que sur les répercussions somatiques de la dépression.

Certaines dépressions d'intensité sévère peuvent s'accompagner de caractéristiques psychotiques, c'est-à-dire qu'il y a présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations, qui peuvent être congruentes (thèmes de ruine, de punition divine, de culpabilité, d'incurabilité, de mort, etc.) ou non congruentes à l'humeur (persécution, influence, pensée imposée, etc.).

2. SELON LA SÉMÉIOLOGIE

• Les formes mélancoliques

Elles sont caractérisées par une perte de plaisir très importante, avec absence de réactivité aux sollicitations extérieures, y compris les plus agréables, une qualité particulière d'humeur dépressive (souvent avec présence d'une douleur morale ou une anaesthésie affective), un sentiment excessif de culpabilité, une aggravation matinale de la dépression, un ralentissement ou une agitation psycho moteurs particulièrement marqués.

• Les formes catatoniques

Le tableau clinique est dominé par une inhibition psycho-motrice importante, se traduisant par une catalepsie (= suspension complète du mouvement volontaire des muscles dans la position où ils se trouvent avec un maintien des attitudes imposées) ou une stupeur, un négativisme extrême (= résistance sans motif apparent à toutes les consignes ou maintien d'une posture rigide résistant à toute tentative de mobilisation), un mutisme, des mouvements volontaires bizarres ou stéréotypés, une écholalie et une échopraxie (= répétition en écho de la parole ou des gestes de l'interlocuteur).

• Les formes atypiques

Elles sont caractérisées par le maintien d'une réactivité de l'humeur aux stimuli agréables, et en même temps par des signes somatiques marqués à type de hyperphagie, prise de poids et hypersomnie. Il existe par ailleurs chez ces personnes une hypersensibilité au rejet dans les relations interpersonnelles qui est un trait de caractère durable. La forme atypique se voit souvent dans le cadre d'une dépression saisonnière (seasonal affective disorder), dépressions apparaissant (sur l'hémisphère nord) régulièrement en automne/hiver et disparaissant au printemps.

3. SELON L'ÂGE

• La dépression de l'adolescent

Elle est marquée par une humeur plus irritable que dépressive et se traduit souvent par des équivalents à type de troubles de conduites (passages à l'acte, abus de substance) et un fléchissement scolaire.

• La dépression du sujet âgé

Elle est dominée par des plaintes somatiques avec présence de troubles cognitifs marqués pouvant prêter à confusion avec un Sd démentiel.

4. LES FORMES CULTURELLES

L'expression clinique de la dépression peut varier en fonction des données culturelles.

• La dépression « masquée »

C'est une forme clinique très répandue en Tunisie et au Maghreb en général, caractérisée par la prédominance de manifestations somatiques, en l'occurrence des phénomènes douloureux très variés ; les plus fréquentes étant les céphalées. Les arguments en faveur de la dépression devant ces tableaux sont : (i) les caractéristiques sémiologiques de ces douleurs, toujours diffuses, imprécises, variables avec une prédominance matinale, essentiellement subjectives et rebelles aux antalgiques habituels, (ii) la normalité des examens somatiques et para-cliniques, (iii) l'existence de troubles psychiatriques mineurs, comme un certain pessimisme, une anxiété latente et une ébauche de ralentissement moteur, et (iv) la notion d'antécédents personnels ou familiaux de troubles périodiques de l'humeur.

• La dépression hostile

Elle est dominée par les troubles du caractère à type d'irritabilité, d'intolérance sensitivo-sensorielle, et d'impulsivité.

VI DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1. LA TRISTESSE

Elle fait partie intégrante de l'expérience humaine ; elle peut être intense, mais brève, non handicapante et préservant les capacités d'adaptation du sujet. Elle est liée à un événement précis et ne s'accompagne pas de ralentissement psychomoteur.

2. LE DEUIL

La perte d'un être cher en est l'exemple le plus commun. Toutefois, si les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur, le diagnostic de dépression doit être porté.

3. LE TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

C'est un diagnostic d'autant plus difficile que dépression et anxiété sont souvent associées. Le ralentissement psychomoteur, l'idéation suicidaire, les ruminations concernant le passé et les antécédents familiaux orientent vers un trouble dépressif. Dans le doute, il vaut mieux instaurer un traitement antidépresseur.

4. LA SCHIZOPHRÉNIE DÉBUTANTE

Elle est caractérisée par une athymie, un émoussement et une indifférence affective plutôt que par une humeur dépressive ; de même, le contact peut être froid et le sujet peut paraître détaché. Le discours peut être marqué par de discrets troubles du cours de la pensée et avoir un contenu étrange ou énigmatique. Les dépressions du sujet jeune empruntent volontiers une symptomatologie pseudoschizophrénique et souvent, seule l'évolution permettra de trancher.

5. LE TROUBLE DÉLIRANT

Il peut être discuté devant une dépression avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur, survenant chez l'adulte > 40 ans. Toutefois, la thématique de mort et les antécédents familiaux de troubles de l'humeur sont des arguments importants en faveur du diagnostic de dépression.

VII. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Le plus souvent, la dépression s'inscrit dans le cadre d'un trouble psychiatrique. Toutefois, avant de conclure à un trouble psychiatrique, il est **impératif d'écarter une étiologie organique, toxique ou iatrogène**.

1. LES DÉPRESSIONS DUES À UNE PATHOLOGIE ORGANIQUE

Les principales affections en cause sont :

- **Les maladies du SNC** : un mode d'entrée dans la démence, des affections vasculaires cérébrales, la maladie de Parkinson, la S.E.P, l'épilepsie, les tumeurs crâniennes (surtout frontales et temporales).
- **Les affections médicales générales** : les troubles endocriniens (dysthyroïdies, Sd de Cushing, Hypo/Hyperparathyroïdies), les maladies de système (par exemple L.E.D), les cardiopathies, les cancers, les maladies infectieuses : hépatite virale, tuberculose, mononucléose infectieuse, infection HIV.

2. LES DÉPRESSIONS TOXIQUES ET IATROGÈNES

- **L'utilisation d'alcool et de substances**

L'alcoolisme et l'utilisation de substances (benzodiazépines, barbituriques, cannabis, amphétamines ou anorexigènes) favorisent la survenue d'épisodes dépressifs.

- **Les dépressions iatrogènes**

Elles sont liées à la prise, en particulier de façon prolongée, de l'I.N.H, la L- dopa, les beta-bloquants, certains anti-hypertenseurs, les corticoïdes, et les antipsychotiques de 1ère génération comme l'halopéridol.

3. LES DÉPRESSIONS DANS LE CADRE D'UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE

- **Le Trouble dépressif caractérisé**

Il s'agit de l'affection classique du groupe des troubles dépressifs et est aussi nommé par les cliniciens « Trouble dépressif unipolaire » (et ceci pour le opposer au trouble bipolaire qui évolue dans les deux pôles maniaque et dépressif). Il est caractérisé par la survenue récurrente d'épisodes dépressifs caractérisés. Toutefois, un diagnostic reposant sur un épisode unique est possible.

- **Le Trouble bipolaire**

Il est caractérisé par la survenue d'épisodes dépressifs caractérisés, en alternance avec des épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes.

Les épisodes dépressifs inaugurent le trouble bipolaire plus fréquemment que les épisodes maniaques, et il n'y a pas de signe pathognomonique permettant de distinguer entre l'épisode dépressif d'un Trouble dépressif caractérisé et celui d'un Trouble bipolaire.

Devant un épisode dépressif, les signes suivants doivent faire penser à la bipolarité :

- antécédents familiaux de Trouble bipolaire
- âge de début précoce, surtout au cours de l'adolescence
- ralentissement PM allant jusqu'à la stupeur
- caractéristiques psychotiques
- caractéristiques atypiques : hypersomnie, hyperphagie, prise de poids
- éléments de mixité: irritabilité ou dysphorie importantes, instabilité psycho-motrice, tachypsychie avec fuite des idées, logorrhée
- co-morbidité avec un trouble lié à l'alcool ou à une substance

- **Le trouble dépressif persistant (dysthymie selon le DSM IV)**

Ce trouble se caractérise essentiellement par une dépressivité de l'humeur associée à d'autres symptômes de la série dépressive généralement moins sévères que ceux observés au cours d'un trouble dépressif caractérisé. Le trouble dépressif persistant a souvent un début précoce et insidieux (c'est-à-dire dans l'enfance, l'adolescence ou au début de l'âge adulte) et son évolution est chronique. Toutefois, des épisodes dépressifs caractérisés peuvent émailler le cours évolutif du trouble dépressif persistant, et ceux-ci sont la raison de leur demande de traitement.

- **Un autre trouble psychiatrique**

Une dépression peut survenir au cours de l'évolution de tous les troubles mentaux, notamment anxieux et psychotiques.

VIII. ÉVOLUTION :

Nous décrivons ici l'évolution de l'épisode dépressif caractérisé et du trouble dépressif caractérisé.

La durée de l'épisode

L'EDC, tel qu'il évolue dans le cadre du trouble dépressif caractérisé ou du trouble bipolaire évolue spontanément vers la guérison en 6-8 mois en moyenne. Sous traitement, l'évolution vers la guérison est plus rapide : 2-3 mois en moyenne.

Dans certains cas, l'évolution se fait vers la chronicité, c'est-à-dire la persistance des symptômes dépressifs pendant au moins deux ans.

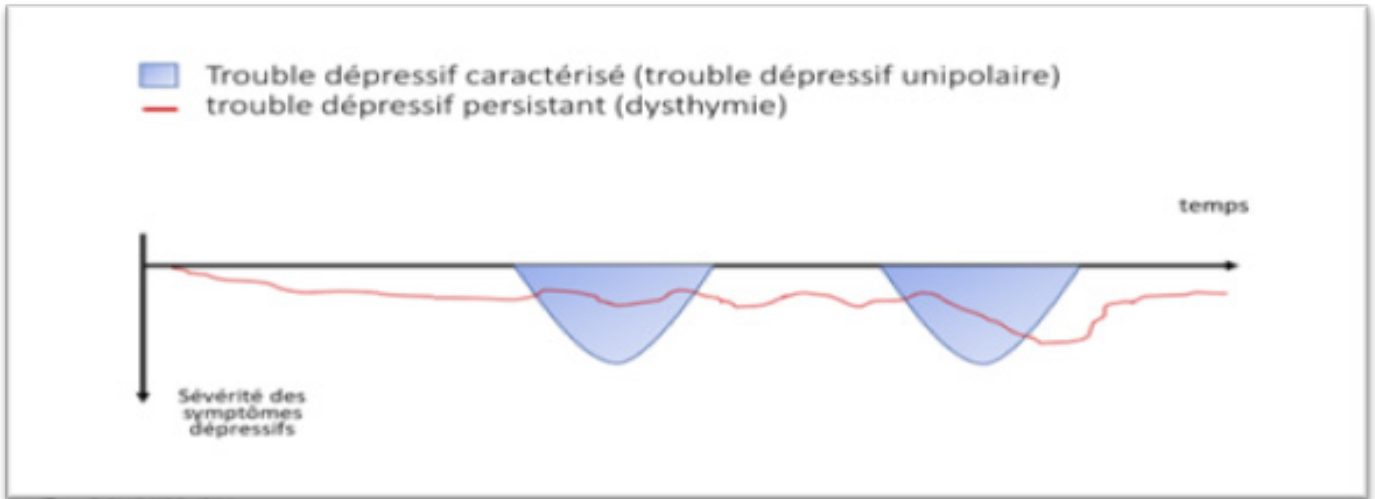
Le risque de récurrence

La récurrence est souvent de règle dans ce Trouble dépressif caractérisé, mais dans un délai difficile à déterminer. On peut s'attendre à ce que 50 à 60 % des sujets ayant présenté un premier épisode dépressif caractérisé présentent ultérieurement une récurrence, et que 80% à 90% de ceux qui ont fait deux épisodes en présenteront un troisième.

Début et profil évolutif du trouble dépressif caractérisé

Le trouble dépressif caractérisé peut débuter à tout âge, mais la fréquence d'apparition augmente de manière significative à la puberté. L'évolution du trouble est très variable. Certaines personnes peuvent présenter des épisodes isolés, séparés par plusieurs années durant lesquelles elles ne présentent aucun symptôme dépressif, alors que d'autres présentent des épisodes regroupés, et d'autres encore, des épisodes de plus en plus fréquents à mesure qu'elles vieillissent. Certaines personnes ont des périodes de rémission complètes entre les épisodes, d'autres présentent une rémission incomplète, voire évoluent vers la chronicité.

Le schéma ci-dessous montre le cours évolutif et la sévérité des symptômes d'un Trouble dépressif caractérisé et d'un trouble dépressif persistant.



IX. ETIOPATHOGENIE

Les troubles dépressifs ont une étiologie multifactorielle, d'origine bio-psycho-sociale.

Les facteurs biologiques

L'intervention de facteurs génétiques est parfaitement établie dans les troubles dépressifs : pour les apparentés de premier degré d'un sujet avec dépression, le risque de développer une dépression est multiplié par trois. En effet, il s'agit d'une vulnérabilité à la dépression qui est transmise génétiquement. Différents gènes de vulnérabilité ont été identifiés qui sont surtout impliqués dans la régulation du système sérotoninergique.

Les études actuelles suggèrent qu'une interaction complexe entre la disponibilité de certains neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine et BDNF) et la régulation de leurs récepteurs serait responsable des symptômes dépressifs.

Une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (axe HHS) pourrait expliquer pourquoi des événements stressants peuvent déclencher, aggraver ou maintenir la dépression.

Les facteurs psychologiques

Le névrosisme, un trait de personnalité marqué par la tendance à réagir à des facteurs de stress, même minimes, par des émotions négatives importantes et persistantes, a été identifié comme facteur de risque de trouble dépressif.

Les facteurs sociaux

Les événements de vie stressants ou traumatisants constituent des facteurs de risque de dépression. Tandis que les événements de vie précoces (carences parentales : décès, séparation, ou abandon) augmentent le risque de dépression à un âge ultérieur, les événements de vie récents, à l'âge adulte (échec professionnel, conflits familiaux, divorce, etc.), peuvent déclencher des épisodes dépressifs.

X. LA CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

Après avoir établi le diagnostic de dépression, la conduite thérapeutique se conçoit de la manière suivante :

- Information et psychoéducation du patient et éventuellement de la famille sur la dépression et ses traitements
- Elaboration d'un plan thérapeutique
- Détermination du cadre thérapeutique (hospitalisation ou traitement ambulatoire ?)
- Coordination de la prise en charge avec d'autres médecins impliqués

1. LE TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

1.1. LE TRAITEMENT DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ

Une **information / psychoéducation** sur la dépression et ses traitements et des conseils sur l'hygiène de vie (activité physique, alimentation, importance des liens sociaux) doivent être donnés **à tous les patients**.

Les **traitements** spécifiques **de première intention** sont :

- les **antidépresseurs** et
- certaines formes de **psychothérapie**.

1.1.1. L'information / psycho-éducation

L'information

Il est important d'expliquer les symptômes et l'évolution de la dépression au patient et à ses proches, d'autant plus qu'il s'agit d'un trouble qui, souvent, n'est pas 'visible'. Pour cela, il convient de donner des informations d'un niveau et d'un langage approprié et de vérifier la bonne compréhension. Il est également important de déconstruire les préjugés et stéréotypes concernant la dépression et les personnes qui en souffrent (*p. ex : La dépression n'est pas une faiblesse de la personnalité, et il ne suffit pas d'avoir de la volonté et de faire un effort personnel pour la vaincre*)

Par la suite, il faut informer sur les possibilités de traitement : psychothérapies et/ou médicaments antidépresseurs. Dans le cas de la prescription d'un médicament antidépresseur, il faut expliquer :

- la latence de 2 à 3 semaines entre le début du traitement et le début de l'effet thérapeutique,
- les possibles effets indésirables pouvant précéder le bénéfice thérapeutique,

Il faut aussi reconnaître et discuter les préoccupations et préjugés liées aux antidépresseurs (*p.ex. la crainte d'une dépendance ou d'infertilité, ou la crainte d'une modification de la personnalité, ..*)

La psychoéducation

La psychoéducation ou éducation thérapeutique est une approche plus élaborée et structurée que la simple information du patient. Elle a pour but de former les patients (et leur entourage) pour qu'ils jouent un rôle actif dans le processus de prise en charge et de gestion du trouble. La psycho-éducation pour la dépression se fait sur plusieurs séances, idéalement en groupe (mais peut-être fait en individuel).

1.1.2. Le traitement pharmacologique

Le traitement antidépresseur

est recommandé pour les patients avec un EDC léger à moyen et est systématique pour les patients avec un EDC sévère.

Les antidépresseurs à utiliser en **première intention** sont les **Inhibiteurs de la récapture de la sérotonine (ISRS)**. Le tableau ci-dessous montre les principaux ISRS utilisés en Tunisie.

DCI de la molécule active	Nom commercial	Posologie journalière : Initiale - maximale	Propriétés spécifiques
Fluoxétine	Prozac, Rosal	20 mg – 40 mg	Activateur, Diminution de l'appétit
Sertraline	Zoloft	50 mg – 200 mg	Très bon profil de tolérance
Paroxétine	Déroxat	20 mg – 40 mg	Légèrement sédatif et anxiolytique
Escitalopram	Seroplex	10 mg – 20 mg	Bon profil tolérance-efficacité

En cas de dépression sévère ou en cas d'échec d'un traitement à base d'ISRS, on peut utiliser :

- Les antidépresseurs type inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) : venlafaxine à la dose de 75 mg – 225 mg/j et
- les antidépresseurs tricycliques : clomipramine (Anafranil) à la dose de 75mg – 150 mg/j.

Une augmentation progressive des doses d'antidépresseur est indispensable, surtout pour les antidépresseurs tricycliques. Généralement, il faut attendre 3- 4 semaines avant d'avoir une réponse à un traitement antidépresseur, et on ne pourra conclure à l'inefficacité de ce traitement qu'au bout de 8 semaines.

Le traitement **antidépresseur doit être poursuivi à la même posologie pendant six mois** (à compter de la rémission des symptômes dépressifs) pour prévenir les rechutes.

Le traitement antidépresseur doit être arrêté progressivement sur plusieurs semaines afin de prévenir un « syndrome de discontinuation des antidépresseurs ». Durant cette période, le patient doit être resté sous surveillance médicale, et il doit être éduqué sur des signes éventuels d'une rechute.

Les traitements pharmacologiques adjuvants

En cas d'anxiété importante, un anxiolytique peut être associé au traitement antidépresseur, par exemple :

- Bromazépam – Lexomil (3 mg – 12 mg/j)
- Prazépam – Lysanxia (10 mg – 30 mg/j)
- Lorazépam – Temesta (1 mg – 5 mg/j)

En cas de troubles du sommeil, un hypnotique peut être associé.

La présence de caractéristiques psychotiques nécessite l'adjonction d'un antipsychotique au traitement antidépresseur.

1.1.3. Les psychothérapies

Une psychothérapie focalisée sur la dépression peut être indiquée en première intention pour les EDC légers à modérés.

Les Théories cognitivo-comportementales et **la thérapie interpersonnelle** ont fait la preuve de leur efficacité. Les facteurs suggérant la nécessité d'une psychothérapie sont :

- la présence de stressors psychosociaux importants,
- des difficultés interpersonnelles ou
- un trouble de la personnalité associé à la dépression.

Dans certains cas (ex : épisode dépressif modéré ou sévère associé à des facteurs de stress), il est utile d'associer d'emblée un traitement antidépresseur à la psychothérapie

1.1.4. Les autres thérapeutiques

L'électroconvulsivothérapie (ECT)

L'ECT est indiquée en première intention :

- dans les formes avec symptômes sévères : psychotiques, catatoniques ou nécessitant une réponse rapide (risque suicidaire majeur, oppositionnisme avec notamment refus de s'alimenter) ou bien
- chez les patients qui présentent une forme sévère avec contre indication à un traitement médicamenteux ou
- chez ceux qui avaient une réponse antérieure positive à l'ECT

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)

Il s'agit d'un traitement non-invasif, réservé aux formes résistantes de la dépression. Elle est encore peu répandue en Tunisie. La rTMS consiste à appliquer une impulsion magnétique sur une région spécifique du cortex cérébral au moyen d'une bobine. La modification rapide du champ magnétique induit localement une dépolarisation neuronale qui se propage. La répétition de ces stimulations permet de modifier durablement l'activité cérébrale de la région visée (modulation du débit sanguin et de l'excitabilité cérébrale préfrontale, avec des effets potentiellement neurotrophiques et neuroplastiques).

1.1.5. Le cadre thérapeutique

Dans la plupart des cas de dépression, le traitement peut être conduit en **ambulatoire**. A l'instauration du traitement, une surveillance rapprochée (environ toutes les 2 semaines) est nécessaire afin de surveiller la tolérance, l'évolution de la symptomatologie dépressive, et le risque suicidaire.

L'hospitalisation s'impose devant des **signes de gravité** qui sont :

- Le risque suicidaire élevé
- La présence de caractéristiques psychotiques, particulièrement les thèmes mélancoliques de culpabilité, d'indignité et de ruine
- La présence de caractéristiques catatoniques (oppositionnisme marqué, refus alimentaire)
- Le rétentissement somatique important (ex : dénutrition ou déshydratation dues à une anorexie prolongée ou à un refus alimentaire)

1.2. LE TRAITEMENT DE MAINTIEN OU PROPHYLACTIQUE

Un traitement prophylactique doit être instauré chez les patients qui :

- Ont eu plus de 3 EDC,
- Ont une dépression chronique,
- Ont eu moins de 3 EDC associés à des facteurs de risque de récurrence (ex : facteurs de stress psychosociaux, antécédents

familiaux de trouble de l'humeur, épisodes dépressifs d'intensité sévère, avec caractéristiques psychotiques)

Si le patient a été traité avec un antidépresseur pour l'épisode dépressif, ce même antidépresseur doit être continué à la même posologie pour le traitement de maintien.

Certaines formes résistantes et handicapantes de troubles dépressifs sont l'indication d'une ECT d'entretien.

1.3. THÉRAPEUTIQUES PARTICULIÈRES

1.3.1. La dépression grave

La dépression avec caractéristiques psychotiques, mélancoliques ou catatoniques, et de façon générale les dépressions qui engagent le pronostic vital (altération de l'état général, refus alimentaire, haut risque suicidaire) peuvent indiquer, d'emblée, une ECT ou bien un traitement antidépresseur en iv. Elle nécessite une prise en charge en intra-hospitalier.

1.3.2. La Dépression résistante

Elle est définie comme l'absence ou insuffisance de réponse à deux antidépresseurs de mécanismes d'action différents utilisés sur une durée suffisante (6 semaines) et à posologie efficace.

Face à ce tableau il est nécessaire de :

- éliminer une fausse résistance, en vérifiant l'observance thérapeutique et la posologie.
- rechercher des facteurs de résistance organique (hypothyroïdie, démence, maladie de Parkinson débutant) ou environnementaux (facteurs de stress, troubles de la personnalité).

Les patients avec dépression résistante doivent être adressés au médecin psychiatre qui établira une stratégie thérapeutique adéquate. Ces stratégies sont notamment : l'adjonction du lithium, le recours à l'ECT, ou l'orientation vers une psychothérapie spécifique.

1.3.3. La dépression du sujet âgé

Le traitement de la dépression du sujet âgé impose une grande prudence dans le maniement des psychotropes vu le risque accru d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. Les **ISRS** sont le traitement pharmacologique de première intention, surtout la **sertraline** et l'**escitalopram** sont recommandés. Généralement, le traitement antidépresseur est introduit à la **moitié de la dose habituelle** et augmenté progressivement en surveillant la tolérance. Il faut savoir que les ISRS peuvent induire une **hyponatrémie** (avec parfois signes confusionnels) chez le sujet âgé.

2. LE TRAITEMENT DES AUTRES TROUBLES DÉPRESSIFS

2.1. LE TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT (DYSTHYMIE)

Ces dépressions sont l'indication préférentielle d'une psychothérapie qui peut être associée à un traitement antidépresseur (type ISRS).

2.2. LES DÉPRESSIONS DUES À UNE PATHOLOGIE ORGANIQUE

Le traitement de la dépression est essentiellement celui de l'affection en cause. Un traitement antidépresseur, surtout les ISRS, est indiqué, pour soulager la symptomatologie dépressive.

2.3. LES DÉPRESSIONS TOXIQUES

Le traitement nécessite un sevrage associé à un traitement antidépresseur.

2.4. LES DÉPRESSIONS IATROGÈNES

Il faut envisager la substitution du produit incriminé avec une substance non dépressogène.

CONCLUSION

La dépression constitue un problème de santé publique vue sa fréquence et vu le risque de handicap et le risque suicidaire. La plupart des patients avec dépression consulte d'abord un médecin de première ligne. Or, la dépression est une pathologie aux masques trompeurs et est donc souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée. Ainsi, la formation du médecin est fondamentale pour assurer le dépistage précoce et le traitement adéquat de cette affection.

Les signes cliniques de la dépression sont avant tout : (i) une humeur dépressive, (ii) une perte de plaisir, et (iii) un ralentissement psycho-moteur, associé à (iv) un cortège de symptômes somatiques. Le traitement repose essentiellement sur les antidépresseurs (ISRS et IRSNa) et les psychothérapies.

EVALUATION FORMATIVE

1- Définissez la « dépression masquée » !

2- La prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé unipolaire d'intensité sévère peut comprendre :

A – psychothérapie cognitivo-comportementale

B – psychothérapie psychodynamique

C – prescription d'anticonvulsivants

D – psychoéducation

E – électroconvulsivothérapie

3- L'information des patients à qui on prescrit un antidépresseur type IRS, doit contenir :

A – une mise en garde concernant leur risque de dépendance

B – une explication de l'effet de latence entre le début du traitement et le bénéfice thérapeutique

C – que l'arrêt brutal des IRS peut provoquer un Sd de discontinuation des antidépresseurs

D – que l'effet thérapeutique n'apparaît que au bout de deux à cinq jours

E – que l'antidépresseur sera arrêté une fois l'amélioration des signes dépressifs obtenue

ANNEXES

Annexes

Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5:

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 au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p.ex. pleure). NB. Éventuellement, irritabilité chez les enfants ou les adolescents.

2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres et pas seulement limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) fatigue ou perte d'énergie presque 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 souffrance 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 d'une substance ou d'une affection médicale générale.

LES TROUBLES BIPOLAIRES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1- Établir le diagnostic positif d'un épisode maniaque à partir des données de l'examen clinique.
- 2- Décrire les différentes formes cliniques de l'accès maniaque.
- 3- Établir le diagnostic positif d'un trouble bipolaire I et II à partir des données de l'examen clinique.
- 4- Décrire les modalités évolutives et les complications des troubles bipolaires de l'humeur.
- 5- Préciser les diagnostics différentiels des troubles bipolaires de l'humeur.
- 6- Planifier la conduite du traitement curatif et préventif des troubles bipolaires de l'humeur.
- 7- Indiquer les éléments de surveillance des thymorégulateurs.

I-INTRODUCTION

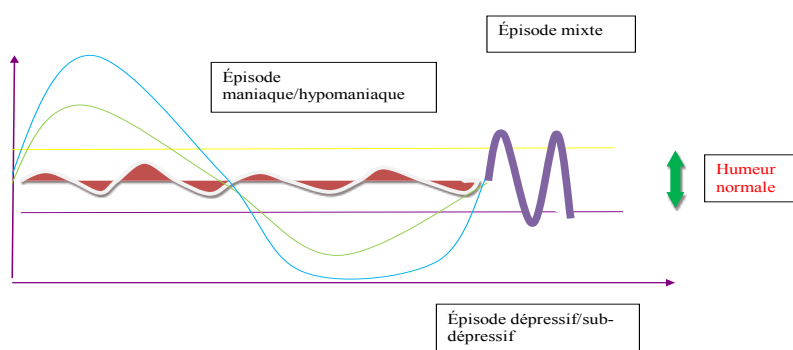
Les troubles bipolaires concernent habituellement 1 à 2 % de la population générale.

Selon l'OMS, ils font partie des 10 maladies les plus coûteuses et invalidantes au plan mondial. Le taux de mortalité est 2 fois plus élevé que celui de la population générale.

Le risque suicidaire est majeur avec une fréquence de 10 à 15% chez les patients non traités.

II-DÉFINITION

Les troubles bipolaires constituent un trouble fondamental de l'humeur qui se manifeste par la survenue à intervalle plus ou moins régulier pendant lesquelles le psychisme est normal d'épisode d'excitation thymique de type maniaque, ou hypomaniaque. Des épisodes dépressifs peuvent également survenir dans le cours évolutif de la maladie, mais leur présence n'est pas nécessaire au diagnostic.



III-HISTORIQUE

Les premières descriptions du trouble bipolaire remontent à la médecine grecque. Mais l'alternance manie-dépression n'a été signalée qu'à partir du XVII^e siècle par W. Willis.

Par la suite, Kraepelin aborda l'ensemble des troubles bipolaires dans une vision unitaire qu'il dénomma folie maniaco-dépressive et en distingua deux principales formes : les formes unipolaires et les formes bipolaires.

Plus récemment, on assiste à un élargissement du concept des troubles bipolaires et à l'apparition de la notion de spectre.

bipolaire qui regroupe différents types de troubles et s'étendant aux tempéraments bipolaires.

IV- CLASSIFICATION

Les troubles bipolaires se caractérisent par une alternance d'épisodes dépressifs et d'excitations maniaques. Ils regroupent :

1-LES TROUBLES BIPOLAIRES DE TYPE I : accès maniaques et épisodes dépressifs caractérisés. L'existence d'un épisode maniaque est suffisante pour poser le diagnostic de trouble bipolaire de type I.

2-LES TROUBLES BIPOLAIRES II : association d'au moins un épisode hypomaniaque et un épisode dépressif caractérisé. Le trouble bipolaire de type II est souvent confondu avec la dépression récurrente en raison de la méconnaissance des épisodes hypomaniaques. Pourtant le diagnostic est important, car une prescription isolée d'antidépresseurs peut constituer un facteur d'aggravation du trouble bipolaire.

3-LA CYCLOTHYMIE : Se caractérise par une succession sur une période minimale de 2 ans d'épisodes d'hypomanie et de dépression légère.

Dans le DSM V, l'état mixte a été remplacé par un nouveau spécificateur « avec caractéristiques mixtes ». Ce spécificateur peut être appliqué aussi bien à l'épisode maniaque qu'à l'épisode dépressif caractérisé. (Voir annexes).

V- ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence est classiquement estimée à 1 % de la population générale. Le sexe-ratio est de 1. L'âge de début est précoce. Cette pathologie touche fréquemment l'adolescent et plus de la moitié des sujets atteints présentent des troubles avant l'âge de 18 ans.

VI- CLINIQUE

Le trouble bipolaire se caractérise par une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs dont les expressions varient en fonction de l'intensité, la durée et les caractéristiques cliniques.

1-EPISODE MANIAQUE

A-DESCRIPTION

L'épisode maniaque se définit par une humeur euphorique et/ou irritable, associée à une hyperactivité physique et psychique.

1-L'humeur y est décrite comme euphorique, expansive, exaltée, avec un optimisme à toute épreuve. Il existe un enthousiasme permanent et non sélectif pour les relations interpersonnelles, sexuelles ou professionnelles. Une labilité est fréquemment observée, le sujet peut exprimer des idées tristes, passer du rire aux larmes, de la colère à l'anxiété.

L'irritabilité, le ton grinçant et caustique, l'hyperréactivité émotionnelle sont aussi fréquemment constatés lors de tels épisodes.

Parallèlement, l'estime de soi est rehaussée, pouvant aller jusqu'à des idées mégalomaniaques. Le sujet se perçoit comme un individu d'exception. Il est capable de donner son avis sur des sujets complexes, sans avoir les compétences requises, ou d'entreprendre des projets grandioses : monter une entreprise, écrire un roman...

L'optimisme est démesuré, avec une projection irréaliste dans le futur. Mais ce qui caractérise le mieux l'humeur du maniaque **c'est un état d'hyperesthésie affective** c. a. d. une augmentation de l'ampleur des émotions, une hyperréactivité et une capacité exagérée, mais **syntone** à ressentir des émotions.

L'hypersensorialité est aussi fréquemment associée au tableau clinique. Le patient perçoit avec plus d'acuité les couleurs, les sons, les goûts, les sensations.

2-L'accélération des processus idéiques constitue le 2e volet de la symptomatologie. Cette tachypsychie se caractérise par un emballement de la pensée. Les idées fusent à tel point qu'elles s'enchevêtrent et qu'il existe fréquemment une perte du fil du discours. Cette **fuite des idées** est influencée aussi par des événements extérieurs. Le patient capte toutes les informations extérieures qu'il intègre à son discours. Cette distractibilité est constante et contribue à la **fuite des idées**.

La logorrhée est caractéristique et s'inscrit dans le cadre de l'excitation psychique. Les flots de paroles sont intarissables. Le maniaque interpelle des inconnus, parle de sujets variés, sans interruption, pendant des heures. Le contenu du discours peut être riche en jeux de mots, plaisanteries, histoires drôles. Les phrases peuvent être construites en fonction de l'assonance des mots : association par assonance. Des tirades, des citations, des poésies, des prières peuvent venir ponctuer le discours.

La dimension ludique se retrouve dans les différents aspects du fonctionnement psychomoteur y compris le langage.

3-Le 3^{ème} volet se caractérise par l'hyperactivité physique qui touche tous les domaines de la vie. Il existe une **réduction du temps sommeil** avec au début un réveil de plus en plus précoce et l'absence de sentiment de fatigue après des nuits écourtées, voire sans sommeil.

Un **amaigrissement** est fréquemment observé en partie imputable à l'hyperactivité.

L'état de **désinhibition** s'exprime dans les champs de la vie professionnelle, sexuelle, affective, sociale. Les engagements amoureux sont fréquents au cours de cette période au même titre que les expériences sexuelles multiples, en rapport avec une amplification des désirs et de l'activité fantasmatique.

Les excès s'observent aussi dans les achats, la conduite automobile, la consommation d'alcool, l'usage de stupéfiants

B- FORMES CLINIQUES DE L'ÉPISODE MANIAQUE

- *Formes légères, moyennes, sévères* selon l'intensité

- *Formes aiguës* : avec agitation marquée, comportements violents, réactions clastiques

- *Formes confuses* : activité onirique, des troubles cognitifs marqués, désorientation dans le temps

- *Formes hallucinatoires* : hallucinations le plus souvent auditives et visuelles

- *Formes délirantes* : le délire peut être congruent à l'humeur (mystique, grandeur, richesse...) ou non congruent (pensées imposées, influence...)

C- ÉTIOLOGIES DE L'ÉPISODE MANIAQUE

Le plus souvent, l'épisode maniaque s'inscrit dans le cadre évolutif d'un trouble bipolaire, cependant il existe des états maniques secondaires. La **survenue d'un épisode maniaque après l'âge de 50 ans doit faire rechercher systématiquement une étiologie organique** :

- *Neurologiques* (tumeurs cérébrales, lésions vasculaires, traumatiques crâniennes...)

- *Endocriniennes* (hyperthyroïdie, syndrome de Cushing...)

- *Infectieuses* (encéphalites virales ou parasitaires...)

- *Dégénératives* (sclérose en plaques, démence fronto-temporale, maladie de parkinson. Chorée de Huntington...)

- *Métabolique ou Post chirurgicale*

- *Manies secondaires à l'usage de toxiques* (cocaïne, amphétamines, alcool...)

- *Manies iatrogènes* : certains médicaments (corticoïdes, antipaludéens, antiviraux, antidépresseurs...) induisent fréquemment un tableau maniaque

Les caractéristiques qui permettent de différencier les manies secondaires des manies primaires sont : le lien temporel entre l'atteinte organique ou la prise de médicaments et l'apparition de la manie, l'absence d'antécédents familiaux et personnels de troubles de l'humeur, et l'âge de début tardif.

2-ÉPISODE HYPOMANIAQUE

Il présente les mêmes caractéristiques que l'état manique, mais les symptômes sont moins nombreux, moins intenses et moins invalidants. Le diagnostic d'un état hypomaniaque peut se poser lorsque les symptômes persistent au moins 4 jours. L'état hypomaniaque **passse très souvent inaperçu**.

3-ÉTAT MIXTE OU SPÉCIFICATEUR « AVEC CARACTÉRISTIQUES MIXTES »

Il se caractérise par l'intrication de symptômes maniaques et dépressifs. La justification de son individualisation repose sur le risque suicidaire élevé.

4-ÉPISODE DÉPRESSIF

Les épisodes dépressifs présentent les ¾ de la durée des épisodes qui surviennent dans le cadre d'un trouble bipolaire de type I et 90 % de la durée de ceux du trouble bipolaire de type II.

A- DESCRIPTION

1- L'humeur est triste, sans espoir, sans courage. À l'extrême, elle peut ne pas être ressentie par le sujet qui décrit un sentiment de vide ou d'anesthésie affective douloureuse. **L'irritabilité est fréquente** et s'exprime sous la forme de crises de colère et de sentiment de frustration démesurées par rapport à des événements mineurs.

La perte d'intérêt et de plaisir est pratiquement toujours présente. Elle est ressentie plus au moins globalement. Le sujet se trouve dans l'incapacité de se projeter dans le futur.

Il existe fréquemment des **propos de dévalorisation**, de culpabilité, d'incapacité d'inutilité, voire des idées ou des tentatives de suicide.

L'altération des processus cognitifs peut être également très marquée et s'apparenter à un **ralentissement** et une

pauvreté du contenu idéique, entraînant des difficultés de concentration, de compréhension, d'attention, de mémorisation. Cela renforce la **mésestime de soi** éprouvée par le patient. **La communication avec l'autre est difficile**, voire impossible et le patient se décrit comme « décalé » dans ses relations interpersonnelles.

- 2- **La composante motrice et motivationnelle constituent le 2^{ème} volet fondamental de la dépression.** L'aspect du patient est contaminé par le ralentissement qui se traduit par l'appauvrissement des gestes et de la mimique. La démarche est lente et fastidieuse. Le patient reste le plus souvent prostré au fond de son lit et se plaint d'une grande lassitude. Dans ce contexte, il est facile de concevoir que les activités les plus élémentaires comme s'habiller ou se laver ne sont réalisés qu'au prix d'efforts considérables, voire impossibles à effectuer.

À un degré moindre, les patients se plaignent d'une **asthénie**, d'une grande fatigabilité ou encore d'une difficulté à initier les activités. Cet état de fatigue est non amélioré par le repos.

Cette asthénie est perçue par le patient comme une fatigue psychique, un **état d'aboulie**. La volonté est absente et ne lui permet plus d'agir. Cette perte de motivation est liée à la composante émotionnelle, la perte de plaisir entravant la capacité des sujets à élaborer et concrétiser des projets.

- 3- À cette symptomatologie, s'ajoutent des **perturbations somatiques** à type de perte d'appétit avec pour conséquence fréquente une **perte de poids** ou au contraire une tendance à l'hyperphagie.

Les troubles du sommeil sont fréquents. **L'insomnie** peut se caractériser par des difficultés d'endormissement, un sommeil haché avec de multiples réveils au cours de la nuit ou un réveil précoce.

Le risque majeur d'un état dépressif est le passage à l'acte suicidaire.

Devant un premier épisode dépressif, il est important de rechercher les éléments prédictifs d'une évolution vers la bipolarité :

- 1-la présence d'antécédents familiaux de bipolarité
- 2- un début plus précoce de la dépression (âge inférieur à 25 ans)
- 3-présence d'éléments psychotiques
- 4- présence de caractéristiques atypiques : hypersomnie, une hyperphagie
- 5-la survenue au cours du post-partum
- 6-un ralentissement psychomoteur important
- 7-un risque de virage de l'humeur sous antidépresseur

B- FORMES CLINIQUES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF

La forme mélancolique au sens classique du terme représente une urgence en raison de risque suicidaire majeur. Outre le syndrome dépressif caractéristique, on relève des idées délirantes de culpabilité pouvant aller jusqu'à un syndrome de Cotard qui se caractérise par la présence d'idées de négation d'organe, de damnation, d'immortalité.

Parfois la symptomatologie dépressive s'accompagne d'une **confusion ou d'hallucination**

Enfin la symptomatologie dépressive peut être masquée par d'autres symptômes ou conduites tels que l'alcoolisme, des plaintes somatiques ou un état douloureux

C- ÉTIOLOGIES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF

La symptomatologie dépressive peut être secondaires à :

- Une pathologie organique** : les affections organiques responsables d'une symptomatologie dépressive sont nombreuses, maladie de Parkinson, hypothyroïdie, maladie d'Addison, maladies de système...
- Une origine toxique ou iatrogène** : nombreuses sont les substances responsables d'une symptomatologie dépressive (alcool, antihypertenseurs, anti-inflammatoires, neuroleptiques, anorexigènes...)

VII- DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU TROUBLE BIPOLAIRE :

Il est parfois difficile de faire la distinction entre un trouble bipolaire et :

UNE SCHIZOPHRÉNIE : surtout en début de la maladie, et chez les sujets jeunes ou devant la présence d'une symptomatologie délirante non congruente à l'humeur. L'évolution et l'existence d'intervalle libre permettront généralement de redresser le diagnostic.

UN TROUBLE SCHIZOAFFECTIF : défini par la coexistence de symptômes thymiques et schizophréniques avec entre les accès une mauvaise adaptation sociale.

VIII- ÉVOLUTION

Les épisodes maniaques ou dépressifs sont spontanément résolutifs en l'espace de 4 mois à 13 mois. Les phases dépressives étant habituellement supérieures aux phases maniaques. Cette durée a été considérablement raccourcie par les thérapeutiques actuelles. La fréquence des épisodes est toutefois très variable selon les malades

90 % de sujets qui présentent un 1er épisode maniaque évolueront vers un trouble bipolaire de type I. Au long cours, on assiste à une tendance à l'accélération des cycles.

IX- FORMES ÉVOLUTIVES DU TROUBLE BIPOLAIRE

LES FORMES À CYCLES RAPIDES : sont définies par la succession de 8 accès durant les 2 dernières années. Elles représentent 15 % de l'ensemble des troubles bipolaires. Les traitements antidépresseurs sont incriminés dans l'induction des cycles rapides.

LES FORMES SAISONNIÈRES sont caractérisées par l'existence d'une relation temporelle régulière entre la survenue des épisodes dépressifs majeurs et d'une période particulière de l'année (début automne ou en hiver) et la survenue d'un virage maniaque ou hypomaniaque lors d'une période particulière de l'année (printemps). Ces formes sont plus fréquentes chez les femmes et elles sont l'indication d'une photothérapie (lors des épisodes dépressifs).

X- COMPLICATIONS DU TROUBLE BIPOLAIRE

Le risque est presque **2 fois plus levé pour les sujets bipolaires d'être confrontés à la loi.**

LA COMORBIDITÉ EST FRÉQUENTE. Dans 20 % des cas, le trouble bipolaire peut être associé à un trouble anxieux. La comorbidité addictive est plus fréquente de l'ordre de 60 %, ainsi que les troubles des conduites alimentaires.

LA TENTATIVE DE SUICIDE peut être la 1^{ère} manifestation de la maladie. 25 à 50 % des patients atteints de troubles bipolaires font au moins une tentative de suicide. 15 à 20 % d'entre eux meurent par suicide.

XI- ETIOPATHOGENIE DU TROUBLE BIPOLAIRE

1-STRESS ET ÉVÉNEMENTS DE VIE

On admet maintenant qu'il y a pratiquement toujours des événements stressants qui précèdent des épisodes maniaco-dépressifs chez les bipolaires

2-BIOLOGIE

Le risque de développer un trouble bipolaire est de **8 à 18 fois plus élevé** chez les apparentés de premier degré de sujets bipolaires. 50 % des patients bipolaires ont au moins un parent atteint du trouble bipolaire. Le risque pour les enfants d'un parent bipolaire est de 25 % et s'élève à 75 % si les parents en sont atteints.

Des perturbations de la transmission synaptique de la noradrénaline, dopamine et sérotonine ont été décrites dans les troubles bipolaires. Les médicaments antidépresseurs élèvent le taux et inhibent la recapture de ces neurotransmetteurs au niveau synaptique.

3-PSYCHOPATHOLOGIE

K. Abraham et S. Freud au début du siècle dernier ont **assimilé le deuil à la dépression**. Avec dans la dépression (mélancolique) une « perte d'objet » (intrapsychique). Il peut s'agir d'une personne significative ou d'un idéal très investi.

La manie apparaît comme une **défense contre les affects dépressifs** ou une composante de la « position dépressive » (que traverserait tout nourrisson à partir du 6^{ème} mois).

Le modèle cognitif de son côté insiste sur les **idées « dysfonctionnelles »** et les **« schémas » pathogènes** cibles du traitement par « restructuration cognitive »

XII- TRAITEMENT

Le traitement du trouble bipolaire comporte deux volets : (voir annexes)

- Le traitement curatif des épisodes thymiques (maniaque, hypomaniaque, dépressif)
- Le traitement préventif des récurrences thymiques

Lors des deux phases, les thymorégulateurs restent le traitement essentiel+++

1-MOYENS THÉRAPEUTIQUES

A- HOSPITALISATION

Au cours de l'épisode maniaque, l'inconscience des troubles et la mégalomanie rendent le plus souvent nécessaire une hospitalisation sans consentement (HDT ou HO).

Au cours de l'épisode dépressif, elle se justifie en présence d'un risque suicidaire, d'une gravité clinique ou d'une altération de l'état général

B- MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Les thymoregulateurs ou stabilisateurs de l'humeur

- Le chef de file en est le Lithium. La prescription de sels de Lithium doit être précédée puis accompagnée de bilans (voir annexes) et de dosage régulier de la Lithémie. Le métal (Teralithe CP à 250 mg à libération prolongée) est prescrit en 2 à 3 prises quotidiennes, à doses progressives jusqu'à l'obtention d'une lithémie comprise entre 0,6 et 0,8 meq/l.
- L'Acide Valproïque (Depakine), Valpromide (Depakine) et Carbamazépine sont indiqués dans les formes résistantes, en cas de contre-indications au Lithium, en présence de formes à cycles rapides ou devant des signes d'intolérance au Lithium
- La Lamotrigine est particulièrement indiquée dans la prévention des récurrences dépressives
- Certains antipsychotiques de nouvelle génération peuvent aussi prescrits comme stabilisateurs de l'humeur : Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole...

Les antipsychotiques

Un traitement par antipsychotiques atypiques est de plus en plus préconisé, vu la meilleure tolérance notamment neurologique de ces produits : exp Olanzapine (Vaincor) 5 à 15 mg/j, Risperidone (Risperdal) 2 à 6 mg/j, Aripiprazole (Abilify) 15 à 30 mg/j.

Au cours de la manie : Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole

Au cours de la dépression : Quétiapine

Au cours de la prévention des récurrences : Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole

Les antidépresseurs

Sont à éviter vu le risque toujours présent de virage maniaque. Il faudrait **toujours leurs associer un traitement thymorégulateur**.

Sismothérapie

Peut être indiquée dans les formes sévères ou résistantes au traitement ou en cas de contre-indication à la chimiothérapie, ainsi que dans les formes de manie suraiguë ou de mélancolie.

C- SURVEILLANCE

Porte sur le pouls, la tension artérielle, la température, le poids, le degré d'hydratation, le comportement en particulier l'agitation ou le risque suicidaire, le sommeil, l'inversion de l'humeur, les effets latéraux des médicaments, et leurs corrections éventuelles.

XIII- CONCLUSION

Le trouble bipolaire est marqué par l'alternance d'épisodes thymiques. Ses conséquences peuvent être graves et sévères aussi bien en termes de qualité de vie, qu'en termes de dépenses de soins ou de récurrences thymiques. Le traitement se base essentiellement sur les thymorégulateurs dont le chef de file est le Lithium. Le médecin de première ligne a un grand rôle à jouer dans le dépistage et dans la prévention des récurrences.

ÉVALUATION FORMATIVE

Cas clinique

Mme F, 32 ans consulte aux urgences dans un état d'agitation extrême. L'entretien avec la famille retrouve la notion d'une insomnie rebelle depuis plusieurs semaines. À l'examen, son agitation, avec des périodes d'agressivité et de violence, alterne avec des phases de franche hilarité, pendant lesquelles elle appelle les infirmiers par des surnoms cocasses. Son discours est rapide et elle semble sans cesse changer d'idées, faisant des jeux de mots, qu'elle associe par assonance. Le reste de l'examen est normal

1 -vous décidez d'hospitaliser la patiente pourquoi ?

2-quel diagnostic évoquez-vous ?

A-accès maniaque

B-syndrome confusionnel

C-bouffée délirante aiguë

D-crise convulsive

E-schizophrénie

3-quel traitement préconisez-vous pour la patiente ?

A-un thymorégulateur

B-un antidépresseur sédatif

C-un anxiolytique

D-un neuroleptique

E-un antidépresseur psychostimulant

Réponses :
Question n° 1 : Non gérable en ambulatoire, violence, agressivité
Question n° 2 : A
Question n° 3 : A-(C)-D

ANNEXES

CONDUITES À TENIR

1-Devant les épisodes thymiques

Figure 1 : Conduite à tenir devant une dépression bipolaire.

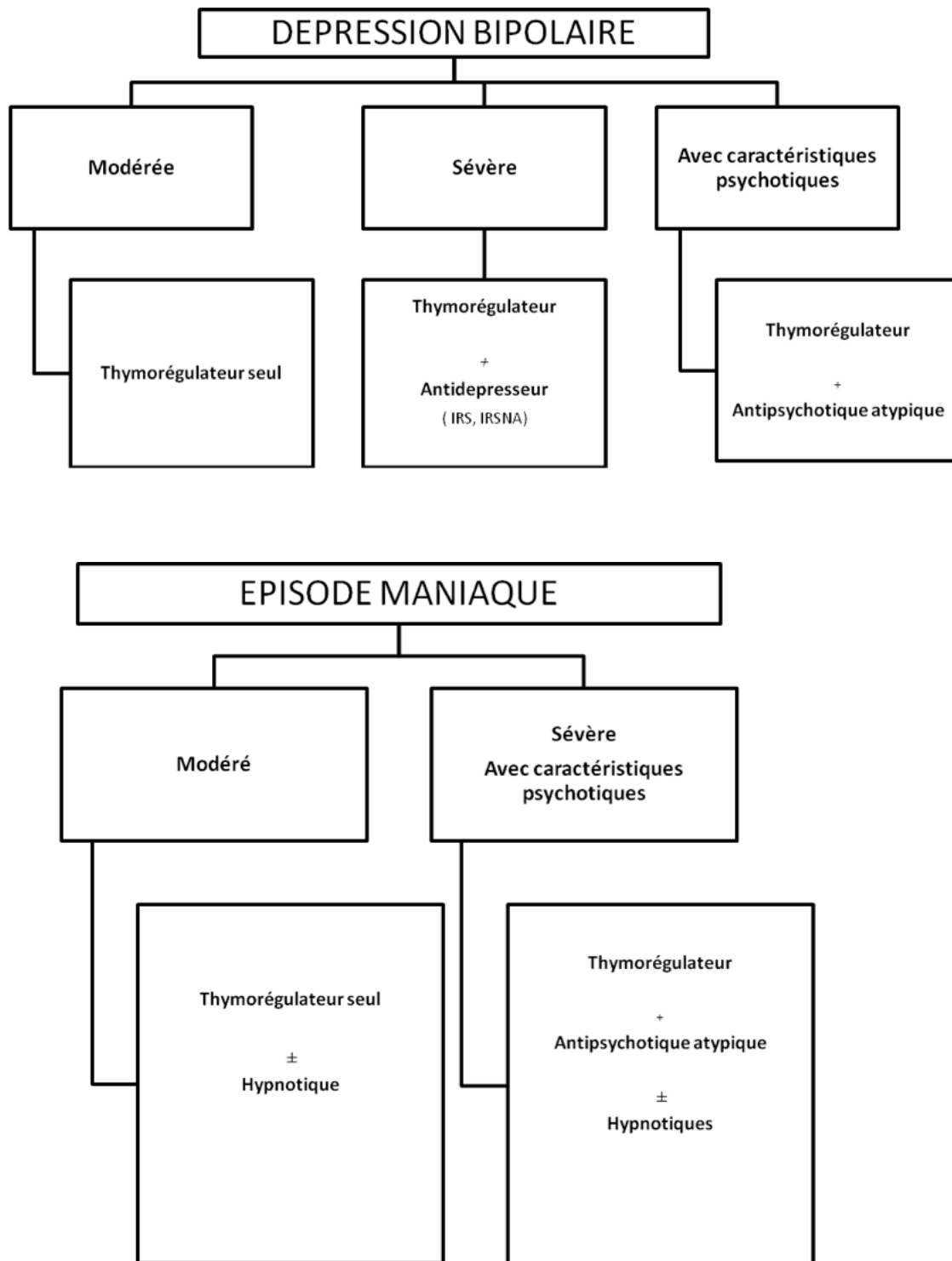
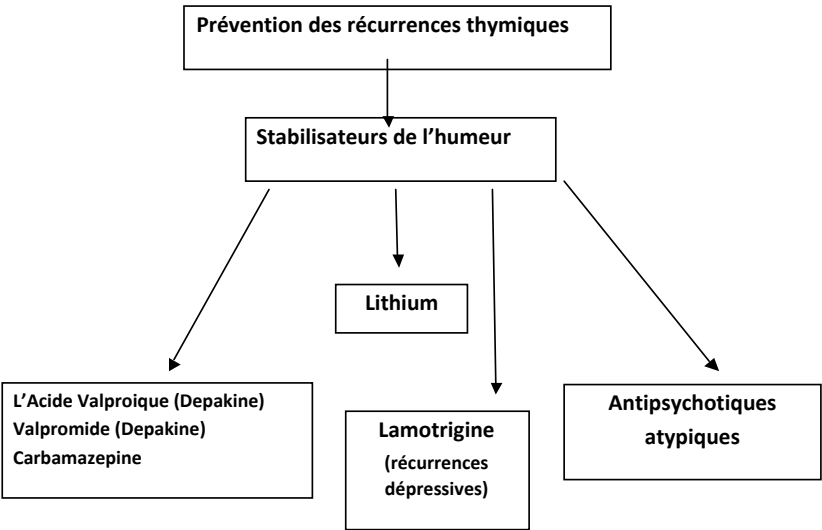


Figure 2 : Conduite à tenir devant un épisode maniaque ou hypomaniaque.



Conduite à tenir

Le lithium :traitement de référence de l'épisode manique et de la prévention des récurrences

indications	Traitement de la manie aiguë Episode dépressif bipolaire Prévention des récurrences bipolaires (effet sur 1 à 2ans) TSA
Action dans	Protection du risque suicidaire Effet neuroprotecteur Réponse dans 65% des cas
Contre indication (relatives)	Régime sans sel, hyponatrémie, dyskalémie, déshydrations, antécédents d'AVC, IH, IR, IC, coronaropathies grave, tr du rythme, grossesse, hypothyroïdie
Bilan pretherapeutique	Examen clinique ECG, NFS, iono sg, urée, créatinémie, bilan thyroïdien, glycémie à jeun, calcémie, protéinurie, BHCG, EEG (si signes neurologiques)
Instauration du traitement	Progressive Lithémie efficace 0,6 à 0,8 meq/l Intraerythrocytaire 0,2 -0,4mmol/l
Effets indésirables	Neurologiques : tremblements, dysarthrie, incoordination motrice Digestives : nausées, vomissements, diarrhée Néphrologiques : sd polyuropolydipsique, néphrite interstitielle, lésions glomérulaires, IR Psychique : léthargie, obnubilation, tr cognitifs Endocrinologiques :tr thyroïdien, prise de poids, baisse de libido Dermato : accès psoriasis Cardiaque : tr de la dépolarisation, rythme, BAV Tératogénécite :1 ^{er} trimestre
surveillance	Clinique :poids tr digestif, thyroïde, cutané Biologique :lithémie/semaine durant 1 mois Lithémie /mois durant 3 mois Lithémie/ 3mois après Chaque année :NFS, inos sg, calcémie, THS, urée, créatinémie, protéinurie
interactions	Diurétique thiazidique, AINS, IEC, antagonistes calciques, psychotropes (carbamazepine, neuroleptiques...)
surdosage	Tremblements amples , nausées, vomissements, vertige, Surtout si affection febrille, vomissements, diarrhée, déshydratation

Dérivés de l'acide valproïque

Dérivés de l'acide valproïque	
indications	Traitement de la manie aiguë Episode mixte, cycle rapide Dépression bipolaire Prévention des récurrences bipolaires
Contre indication	Attente hépatique 1 ^{er} trimestre de grossesse, allaitement
Bilan préthérapeutique	Clinique NFS, bilan hépatique, BHCG
Instauration du traitement	Progressive 900-1800mg valpromide 1200-1500 divalproate
Effets indésirables	Neurologique : sédation, hypotonie, confusion, tremblements, encéphalite hypermonisme Gastro-intestinaux : nausées, vomissements, prise de poids, hépatite, pancréatite aiguë Hématologique : thrombopénie Endocrinienne : sd ovaires poly kystiques, alopecie, troubles menstruels, teratogenicite.
surveillance	Clinique : poids Paraclinique : Taux plasmatique après 2 semaines de ttt puis tous les 6 mois BHCG, NFS chaque 3 mois durant 1ans puis chaque 6 mois
interactions	Erythromycine, antagoniste H2, cimétidine, paracétamol, anticoagulants, sertraline, fluxetine, benzodiazepine, risperidone, clozapine

2-au long cours : prévention des récurrences thymiques

Figure 3 : Conduite à tenir pour prévenir les récurrences bipolaires

Carbamazepine

Carbamazepine	
indications	Manie aiguë (2eme ligne) Dépression bipolaire Prévention des récurrences bipolaire (si CI au lithium ou cycles rapides)
Contre indication	Allergie, grossesse, BAV, glaucome, adénome prostatique, atcd porphyrie, ATCD hypoplasie médullaire, IH, IR, IC
Bilan pretherapeutique	ECG, NFS, BHCG
Instauration du traitement	Progressive 400 à 800 mg/jà 1200mg/j Dosage plasmatique entre 5-10ug/l
Effets indésirables	Neurologiques : somnolence, ataxie, tr accommodation, nystagmus Gastro-intestinaux, hépatique, cadriovax Dermatologique : éruption, sd de stevens johson ou lyell Hématologique : leucopénie Métabolique : hyponatrémie
surveillance	Taux plasmatique régulièrement au début de traitement Puis tous les 3 à 6 mois NFS, BHCG
interactions	IMAO , macrolides, isoniazides, cimetidine, valpromide, IRS
surdosage	Neuromusculaires : agitation, tremblements, mvts athétosiques, ataxie, nystagmus Tr concentration allant jusqu'au coma Tr cardiovasculaire Tr digestif, hépatique et urinaires

Lamotrigine

indications	Prévention récurrence dépressive mais pas des récurrences maniques
Contre indication	Allergie, allaitement, IR
Bilan pretherapeutique	NSF, BHCG, hépatique
Instauration du traitement	Augmenter progressivement palier de 25mg /semaine Dose efficace : 150 à 250 mg/j
Effets indésirables	Dermatologique : rash cutané, sd stevens johenson, de lyell Ophtalmo : diplopie Neurologiques : céphalée, somnolence, insomnie, vertige Neuropsychiatriques : irritabilité, agressivité, hallucination
surveillance	Cutanée (8 premières semaines)
interactions	Milleputrieus, A valpoeinique, caramazepine

CRITERES DIAGNOSTIQUES DSMV

Trouble bipolaire de type I

A- A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque (critère A-D d'un épisode maniaque)

B- la survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié

Spécifier : épisode

- Avec détresse anxieuse
- Avec caractéristiques mixtes
- Avec cycle rapide
- Avec caractéristiques mélancoliques
- Avec caractéristiques atypiques
- Avec caractéristiques psychotiques (congruentes et non congruente à l'humeur)
- Avec catatonie
- Avec début lors du péripartum
- Avec caractère saisonnier.

Trouble bipolaire type II

A- les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A-F d'«épisode hypomaniaque») et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (critères A-C d'«épisode dépressif caractérisé»).

B- il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.

C- l'apparition de (s) l'épisode (s) hypomaniaque (s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

D- les symptômes de dépression ou l'impulsivité causée par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Épisode maniaque

A- une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (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, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

- 1- augmentation de l'estime de soi ou idée de grandeur
- 2- réduction du besoin de sommeil (p ex le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
- 3- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler
- 4- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent

- 5- distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportés ou observés
 - 6- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire, ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but)
 - 7- engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p ex la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)
- C- la perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques
- D- l'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p ex substance donnant lieu à abus, médicaments ou autre traitement) ou à une autre affection médicale

NB : un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p ex médicament, psychothérapie), mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent à un diagnostic de trouble bipolaire I.

N. B. les critères A à D définissent un épisode maniaque. Au moins un épisode maniaque au cours de la vie est nécessaire pour un diagnostic de trouble bipolaire type I.

Épisode hypomaniaque

- A- une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs
- B- au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
- 1- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
 - 2- réduction du besoin de sommeil (p ex le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
 - 3- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler
 - 4- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
 - 5- distractibilité (p ex l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportés ou observés.
 - 6- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
 - 7- engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p ex la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)
- C- l'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique
- D- la perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres
- E- la sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est par définition maniaque
- F- l'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p ex substance donnant lieu à l'abus, médicament ou autre traitement).

N. B. Un épisode hypomaniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p ex médicament, psychothérapie), mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être diagnostiqué comme un épisode hypomanie. Toutefois, la prudence s'impose, car un ou deux symptômes (en particulier une augmentation de l'irritabilité, de la nervosité ou de l'agitation après la prise d'un antidépresseur) ne sont pas suffisants pour un diagnostic d'un épisode hypomaniaque et ne sont pas obligatoirement indicatifs d'une diathèse bipolaire

NB les critères A à F définissent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont fréquents dans le trouble bipolaire, mais ne sont pas nécessaires pour poser ce diagnostic.

DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN ÉTAT DÉLIRANT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir le délire
2. Caractériser un état délirant
3. Poser le diagnostic positif d'un état délirant
4. Éliminer ce qui n'est pas un délire
5. Suspecter l'étiologie d'un état délirant

1. INTRODUCTION

Le délire fait partie des symptômes psychiatriques les plus bruyants. Il revoit dans l'imaginaire populaire à l'essence même de la folie avec des réactions d'appréhension, de rejet ou de banalisation. Autant sa reconnaissance peut être aisée, autant ce symptôme peut poser un problème de diagnostic étiologique. En effet, il importe de rattacher, dans la mesure du possible, toute symptomatologie délirante à un cadre nosographique afin d'en adapter la prise en charge. En plus, ces états délirants peuvent constituer un facteur de dangerosité qu'il importe d'évaluer. Dans ce cadre, le médecin généraliste est appelé à jouer un rôle clé puisqu'il est souvent le premier à être consulté, il lui incombe ainsi la tâche de rechercher cette dangerosité et d'orienter le patient.

2. DÉFINITION

En latin **delirare** signifie « **sortir du sillon** » (lira voulant dire « sillon ») La sémiologie psychiatrique a choisi ce terme pour désigner des contenus de pensées qui sont en dehors du sillon, le sillon étant ici, bien sûr, une métaphore pour désigner les modes habituels de pensée, communément admis.

Le délire est la **croyance inébranlable** en une ou plusieurs idées erronées, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence, ou encore une conception fausse de la réalité. Ces idées fausses sont affirmées avec une croyance absolue. Elles sont inaccessibles à la démonstration ou à la preuve et s'imposent comme une évidence interne non partagée par le groupe socioculturel.

Cette définition pour être bien comprise mérite une analyse :

Croyance veut dire une ou, en général, un ensemble d'idées dont le sujet est convaincu.

Inébranlable veut dire que cette croyance n'est pas ébranlée par la preuve de démonstration. Il n'est pas possible de faire changer d'avis au sujet ni d'introduire le doute dans son esprit.

Qu'est-ce qu'une conception fausse de la réalité? C'est l'aspect le plus difficile dans cette définition. La réalité, comme la vérité, est très relative et variable selon les contextes socioculturels ou les époques. Avant d'affirmer qu'une idée est délirante, il est important de savoir si elle est ou non partagée par le groupe socioculturel auquel appartient le sujet.

Deux types de difficultés peuvent se rencontrer pour reconnaître le caractère délirant d'un propos :

- Manque d'éléments de réalité pour affirmer la fausseté des propos (par exemple certaines idées de jalousie voire de persécution);
- Existence, dans le discours du sujet, d'un certain degré de critique à l'égard de ses idées fausses (doute quant à leur réalité objective).

3. SÉMIOLOGIE DU DÉLIRE : LES CARACTÉRISTIQUES DU DÉLIRE

Le délire se caractérise par son thème, son (ou ses) mécanisme(s), sa structure systématisée ou non, l'état affectif et émotionnel associé, le comportement qu'il engendre et ses modalités évolutives aiguës ou chroniques.

3.1. LES THÈMES

C'est le contenu du délire, la thématique qui est véhiculée par le discours délirant. Un ou plusieurs thèmes peuvent être observés chez un même patient. À noter qu'aucun thème n'est pathognomonique d'un diagnostic donné même si certains sont plus spécifiques de telle ou telle pathologie (ex. : culpabilité dans les états dépressifs, grandeur dans les états maniaques, jalousie dans la paranoïa).

Ces thèmes sont :

Contenu des thèmes

- Soit tirés de la vie courante (thème de jalousie);
- Soit tirés de la vie fantastique, d'une pensée archaïque (comme chez le schizophrène); Exemple : thèmes incestueux, de fécondation délirante sans coït, etc. ;
- Soit tirés de la vie imaginaire (thème souvent mégalomane).

En pratique, le discours délirant peut être tellement incohérent qu'il est bien difficile d'en faire émerger une thématique précise.

3.1.1. THÈME DE PERSÉCUTION : LE PLUS FRÉQUENT.

Le sujet est convaincu que son entourage familial, professionnel, son voisinage, ses amis ou encore des personnes inconnues veulent lui nuire. Il les accuse d'avoir à son égard des idées ou des comportements malveillants voir de comploter contre lui. Parfois un persécuteur est désigné. Le plus souvent le sujet est confronté à de nombreux persécuteurs. Ceux-ci sont accusés de vouloir l'atteindre dans sa profession, sa vie de famille, sa position sociale ou, à l'extrême, on en veut à sa vie. En permanence le sujet se sent menacé. Sa volonté de se défendre face à ses persécuteurs est à l'origine de toute la **dangerosité** du sujet.

3.1.2. THÈME DE GRANDEUR ET DE MÉGALOMANIE :

La mégalomanie, désigne la perception démesurément positive de ses propres attributs ou qualités, ainsi que de son importance dans le monde environnant. La mégalomanie entraîne un sentiment d'euphorie et de satisfaction parfois remplacé par un vécu d'irritabilité lorsque l'entourage s'oppose aux projets démesurés du sujet.

Dans la pratique, le sujet s'attribue une fonction ou des pouvoirs importants : Il est le dernier prophète attendu «El Mehdi El Montadher» ou encore président de la République, ministre, Directeur général d'une grande société, etc. Parfois le thème de grandeur se résume à un thème de richesse avec élaboration de grands projets pour soi-même, son entourage ou la société.

Dans d'autres délires de grandeur le sujet affirme être l'inventeur d'un médicament miracle contre une maladie jusque-là incurable ou encore concepteur d'un procédé révolutionnaire dans le domaine de la mécanique, l'informatique, l'énergie nucléaire ou toute autre discipline scientifique.

À un degré moindre les idées de grandeur sont appelées idées de surestimation de soi. Le sujet se sent particulièrement intelligent ou séduisant, doué, plein de talents : rien ni personne ne peut lui résister.

3.1.3. THÈME DE CULPABILITÉ ET D'INDIGNITÉ :

Les thèmes de culpabilité et d'indignité sont souvent étroitement liés.

Dans certains cas la culpabilité est au premier plan. Le sujet s'accuse d'avoir commis une faute grave qui appelle à ses yeux un châtiment sévère, et que rien ne pourra expier. En général seule la mort est en mesure de soulager toute la souffrance, appelée aussi **douleur morale** qui est engendrée par cette culpabilité, d'où le grand risque **de passage à l'acte suicidaire** qui est associé à ces idées.

La pratique montre que cette faute est en général mineure : petit vol commis plusieurs années auparavant, relation sexuelle hors mariage, etc. Souvent la transgression des préceptes religieux est évoquée par le patient pour expliquer la sévérité avec laquelle il se juge.

Dans d'autres cas, c'est le vécu d'indignité qui est au premier plan du tableau clinique. Le patient étant convaincu qu'il ne mérite aucunement tout ce qu'il a :

- S'il a obtenu une promotion professionnelle, il se considérerait comme un usurpateur, ne méritant que des sanctions
- S'il a une famille, il penserait qu'il est indigne d'élever des enfants ou d'avoir un foyer, craignant d'attirer le malheur sur ses proches.

3.1.4. THÈMES PASSIONNELS :

Liés aux passions, sentiments et émotions

Le plus souvent il s'agit d'un délire de jalousie. Il concerne surtout les sujets de sexe masculin. L'idée de l'infidélité du conjoint s'installe progressivement le plus souvent à partir d'intuitions délirantes et se renforce ainsi pour accéder au stade de conviction. Elle est rentrée en retard à la maison : elle était donc auprès de son amant. Elle est particulièrement gaie ces temps-ci : elle est donc amoureuse, etc.).

L'érotomanie correspond à l'illusion délirante d'être aimé. Le sujet est convaincu qu'il est aimé par une personne, dont le statut social est généralement plus élevé que le sien. Là encore, l'idée s'installe progressivement et devient une conviction inébranlable par le jeu d'interprétation délirante (elle m'a lancé un regard qui ne trompe pas sur ses sentiments, elle est particulièrement gentille et agréable avec moi, je suis la seule personne à qui elle fait confiance, etc.). **Les délires passionnels sont réputés pour leur dangerosité.**

3.1.5. THÈME OU DÉLIRE DE RÉFÉRENCE :

Le sujet a la conviction d'être l'objet d'une attention particulière et tend à tout ramener vers lui : les gens l'observent de manière inhabituelle, on parle de lui (au café, dans la rue), etc.

Parfois le mécanisme sous-jacent est de type interprétatif : interprétation du regard, de la mimique et de l'attitude des autres envers soi. Des illusions auditives viennent parfois renforcer des interprétations ; il lui semble avoir entendu son nom être prononcé par des inconnus croisés sur son chemin. Dans d'autres cas, le mécanisme du délire est franchement de type hallucinatoire : des voix lui disent que les gens parlent de lui, qu'il est surveillé.

Le sujet vit dans un climat d'anxiété et n'a pas toujours une certitude quant aux « mobiles » de l'entourage ; parfois le sujet se dit qu'il pourrait y avoir une certaine malveillance, mais sans comprendre pourquoi ou pense que l'on surveille son comportement pour voir s'il n'est pas fou ou homosexuel. Dans d'autres cas il est convaincu qu'on colporte des propos sur son passé, sa vie privée ou professionnelle dans le but de nuire à sa réputation, à son honneur ou pour l'humilier et se moquer de lui (cas du délire sensitif de Krestchmer). Enfin, la thématique peut être plus franchement persécutive (un complot est organisé contre le sujet) et le risque de dangerosité est ici majeur (on rejoint le thème de la persécution).

3.1.6. THÈMES HYPOCONDRIAQUES

Idées fausses concernant le corps ou son fonctionnement :

- Idées hypocondriaques de transformation et de métamorphose : sensation de changements de poids, de volume ou de forme, d'être devenu difforme ou énorme, sensation de transformation de certains organes (« les intestins sont en tôle », « le cerveau est liquide ») ;
- Idées hypocondriaques d'habitation et de possession : sentiment de l'existence dans l'organisme d'une sorte de puissance possédante, que ce soit un animal (zoopathie), un diable (démonopathie) ou autre chose ;
- Idées hypocondriaques de négation :
 - Négation d'organes
 - Parfois négation de la personne
 - Syndrome de Cotard dans son intégralité, qui associe :
 - Négation de la personne.
 - Négation du monde extérieur
 - Idées d'immortalité
 - Idées de damnation

3.2. MÉCANISMES

Ce sont les processus par lesquels l'idée délirante s'édifie.

3.2.1. INTUITION :

Le sujet admet comme réelle et vraie une idée fausse sans vérification, sans tentative de justification logique. La connaissance qu'il en a est immédiate et intuitive.

Exemples :

« Vous dites que vous êtes victime d'ennemis. Comment le savez-vous ? »

« je le sais ».

(Mécanisme : intuition ; thème : persécution).

« Vous dites que vous êtes le prophète Mohamed. Comment le savez-vous ? » « Je le sens. Je suis convaincu, tout simplement, ça ne s'explique pas. »

(Mécanisme : intuition ; thème mégalomaniaque)

Ce mécanisme est rarement isolé, il s'associe le plus souvent à d'autres mécanismes délirants.

3.2.2 INTERPRÉTATION :

C'est l'explication erronée d'un fait réel. Le sujet donne une signification fausse à un fait réel.

C'est un phénomène pathologique purement intellectuel.

Exemples :

« La voisine étend sa lessive au balcon lorsque je passe dans la rue ; c'est pour faire signe à ceux qui m'espionnent. »

(Mécanisme : Interprétation ; thème : persécution).

« Le feu passe au rouge au moment où je vais traverser ; c'est pour me faire savoir que j'ai une hémorragie interne. »

(Mécanisme : interprétation ; thème hypocondriaque)

3.2.3 IMAGINATION :

Le sujet construit autour de lui un monde d'événements, de situations où il joue le premier rôle. Ces élaborations plus ou moins vraisemblables tendent à s'enrichir au gré de ces récits. Devenant de plus en plus fantaisistes et incohérentes (exemple : tel malade évoque sa situation princière, le voyage qu'il a fait dans l'espace, les royaumes qu'il gouverne).

3.2.4 ILLUSION :

C'est la « perception réelle, mais dénaturée et déformée par le sujet qui la reçoit ». À l'inverse des illusions survenant chez des sujets normaux (illusions d'optique), l'illusion délirante n'est pas reconnue comme une erreur.

Différente de l'interprétation (où les faits réels sont bien perçus) et de l'hallucination (où il n'y a aucun élément de réalité), l'illusion peut affecter tous les sens : visuel, olfactif, tactile, cénesthésique, auditif (exemple : tel malade entend le tic-tac de la pendule et croit entendre « co-cu », « co-cu »).

3.2.5 HALLUCINATIONS :

C'est une perception sans **objet à percevoir**.

3.2.5.1 Hallucinations psychosensorielles :

Ce sont des hallucinations caractérisées par leur sensorialité (perçues par l'intermédiaire des sens) et donc leur spatialité (l'objet halluciné est extérieur et distant du sujet). Comme dans toute idée délirante, il y a conviction de la réalité objective de l'hallucination.

Tous les sens peuvent être affectés :

- Hallucinations auditives;
- Hallucinations visuelles;
- Hallucinations olfactives et gustatives;
- Hallucinations tactiles (sensations de froid, de chaud, de piquûre, de fourmillement, cutanées ou hypodermiques);
- Hallucinations cénesthésiques (affectent la sensibilité interne).

3.2.5.2 Hallucinations psychiques Sortes de « voix intérieures »; on les oppose aux hallucinations psychosensorielles dont elles n'ont :

- Ni le caractère de sensorialité (« ces conversations, toutes mentales, toutes intellectuelles, ont lieu en dehors de l'action des sens »; le sujet les explique par des procédés de télépathie, de transmission de pensée);
- Ni le caractère d'extériorité (spatialité) (il s'agit de « voix comme dans la tête », perçues avec netteté, mais sans que le sujet puisse en préciser exactement la hauteur et le timbre; la voix est comme « non sonore » et cependant parfaitement perceptible).

Le sentiment d'intrusion de l'Autre y est aigu, puisque cet autre se manifeste à l'intérieur même de la pensée du sujet.

On en rapproche le syndrome d'automatisme mental de Clérambault, qui procède en partie de ce type d'hallucinations.

→ Petit automatisme mental : Le phénomène interne qui préside à l'apparition des premiers symptômes de l'automatisme mental est l'échappement hors du contrôle du sujet d'une partie de sa pensée. Ainsi s'autonomisant, elle fonctionnera en dehors de la volonté du sujet qui ne pourra qu'assister en spectateur à cette activité psychique dont il est le siège. Il y aura, en quelque sorte, scission de sa pensée, un fragment de celle-ci devenant automatique, hors de son contrôle ou de celui d'un tiers.

Les phénomènes psychiques, symptômes regroupés dans le syndrome d'automatisme mental, témoignent de ce processus interne d'autonomisation et de mécanisation d'une partie de son activité psychique; ce sont :

- 1- Les mots explosifs (« évocation, expression, articulation de mots en dehors de la volonté du sujet »; ainsi tel malade parasité par le mot « bonheur »);
- 2- Les absurdités et les non-sens (phrases absurdes se répétant continuellement en pensée);
- 3- Les arrêts de la pensée;
- 4- Le dévidage de souvenirs et d'idées (« le sujet éprouve malgré lui une évocation nette d » idées, de souvenirs, dont il n'est plus le maître » : « mon cerveau est tout le temps en marche, même la nuit, j'ai l'impression que les pensées ont pris dessus sur moi »).

Ces phénomènes sont passifs, automatiques, neutres : on parle de syndrome de passivité très vite, le tableau du petit automatisme mental s'enrichit de phénomènes verbaux plus élaborés faisant intervenir un tiers, toujours sur le mode de l'hallucination psychique :

- 5- écho de la pensée (exemple : « J'avais l'impression d'entendre à l'intérieur de moi-même, pas avec mes oreilles; toutes les pensées que je pouvais avoir, même les plus secrètes, étés répétées. »);
- 6- écho de la lecture et de l'écriture (le malade entend prononcer ce qu'il est en train de lire ou d'écriture);
- 7- écho des intentions, des gestes, commentaire des actes (le malade entend annoncer ce qu'il désire faire, ce qu'il va faire, ce qu'il fait, puis les actes sont commentés); ces phénomènes d'écho peuvent être anticipés ou simultanés par rapport à l'action du sujet.
- 8- Vol de la pensée

De nos jours, on résume bien souvent l'automatisme mental à ces phénomènes d'échos et de commentaires.

De la même façon qu'il existe, au niveau de la pensée, une activité psychique automatique, de Clérambault décrit :

- Une activité motrice automatique (phénomènes moteurs automatiques non contrôlés par le sujet tels qu'inhibitions ou impulsions motrices);
- Une activité sensitive automatique (sensations de courants, d'ondes, de torsions touchant les téguments, les viscères et les organes génitaux)

C'est le triple automatisme : mental, moteur et sensitif.

La valeur sémiologique de l'automatisme mental est importante, bien que l'on puisse le retrouver tant dans un épisode psychotique aigu que dans une schizophrénie (souvent à son début) ou un délire chronique (psychose hallucinatoire chronique).

On a tendance à confondre l'automatisme mental avec le **syndrome d'influence**. En effet, si des idées délirantes d'influence viennent souvent enrichir tardivement un syndrome d'automatisme mental (comme si le sujet passait très vite de l'impression d'être commenté par un tiers à celle d'être influencé et commandé par lui), elles peuvent apparaître seules, de même que le syndrome d'automatisme mental ne conduit pas nécessairement au délire d'influence.

Le syndrome d'influence est en fait un délire d'influence, avec comme mécanismes : le plus souvent l'hallucination psychique, parfois l'hallucination psychosensorielle et, comme thème, l'influence. Nous le reverrons donc dans l'étude des thèmes délirants.

3.3. PARTICIPATION ÉMOTIONNELLE AU DÉLIRE OU VÉCU ÉMOTIONNEL :

L'investissement affectif du délire (charge affective ou dynamisme du délire), la conviction du malade (adhésion à l'idée délirante) conditionnent le comportement du sujet : plus il adhérerait à son activité délirante, plus il l'investirait affectivement, plus celle-ci sera susceptible de le faire agir (réactivité délirante) (exemple : un homme présentant un délire de jalousie, très chargé affectivement et emportant sa conviction, agira en fonction de ce délire, par exemple en tuant sa femme). Le plus souvent le délire s'accompagne d'une anxiété importante avec un sentiment de peur et de méfiance : c'est le cas des délires de persécution, thème le plus souvent rencontré.

Dans d'autres cas, il s'agit d'euphorie accompagnant les idées de grandeurs et de surestimation de soi. Cette euphorie peut se changer en irritabilité quand le patient est empêché dans ses projets : c'est généralement le cas au moment où le patient est vu aux urgences. En situation d'urgence, la consultation a le plus souvent été imposée au sujet délirant par son entourage. Cette consultation «forcée» suscite en général des réactions de colères et d'hostilité ou de refus de coopération. L'état émotionnel associé au délire est alors plus difficile à évaluer.

Enfin le délire peut être exprimé avec détachement et indifférence comme le cas des troubles schizophréniques.

Le degré d'adhésion du sujet à son délire désigne l'intensité avec laquelle à la fois la croyance délirante et les manifestations hallucinatoires s'imposent à la conscience du sujet. Par ex. Dans la confusion mentale et dans la BDA, le délire et les manifestations hallucinatoires s'imposent comme une réalité qui commande au sujet une réaction immédiate. On dit que le délire est immédiatement **vécu et agit**.

À l'opposé au début d'une pathologie délirante chronique (le sujet peut passer par une phase de doute avant que ne s'installe la conviction) ou sous l'effet d'un traitement neuroleptique le **degré d'adhésion est moindre**.

3.4. DEGRÉ D'EXTENSION DU DÉLIRE :

Le délire peut rester limité à **un secteur de la vie** du sujet et n'impliquer que les gens de ce secteur (par exemple, délire centré sur le lieu de travail : **délire en secteur**).

Le délire peut s'étendre à **l'ensemble des secteurs de la vie** du sujet et impliquer un nombre de plus en plus grand de personnes : **délire en réseau**.

3.5. LA STRUCTURE DU DÉLIRE :

La structure du délire est l'organisation des idées délirantes qui permet de distinguer deux types de délire :

- Les délires systématisés : structurés, bien construits, pseudo-logiques. Ils prennent la forme d'un raisonnement clair et lucide qui les rend souvent plausibles par l'entourage. C'est le cas du délire paranoïaque.
- Les délires non systématisés qui apparaissent flous et incohérents. Les thèmes sont divers, mélangés et changeants (délires polymorphes) et sont souvent illogiques, incompréhensibles. C'est le cas des autres pathologies.

3.6. LE MODE ÉVOLUTIF :

On distingue :

• LES ÉTATS DÉLIRANTS AIGUS:

Ils s'installent de manière assez brutale en quelques heures, jours, ou parfois une à deux semaines. Quatre diagnostics sont à évoquer : la confusion mentale, la bouffée délirante aiguë, un accès de manie ou de mélancolie délirante. Dans le cas des troubles de l'humeur, il peut s'agir d'un premier épisode ou d'une récurrence après un intervalle libre de tout symptôme.

•LES ÉTATS DÉLIRANTS CHRONIQUES:

Ils évoluent au long cours avec des phases d'exacerbation aiguës et des phases de rémissions partielles généralement sous l'effet d'un traitement neuroleptique. Il s'agit le plus souvent d'une schizophrénie ou d'un trouble délirant de type paranoïaque.

3.7. LA DANGÉROSITÉ :

Devant tout état délirant, il importe d'en évaluer la dangerosité potentielle sur les critères suivants :

- La réticence
- La négation de l'état morbide
- La sthénicité et l'exaltation affective (= intensité de la colère)
- La désignation d'un ou des persécuteurs
- Antécédents de passage à l'acte hétéro agressifs.

4. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif est facile quand le patient n'est pas réticent et devant un discours relatant des faits manifestement invraisemblables sans rapport avec la réalité (ex. : « je suis poursuivi à la fois par la CIA et le KGB, des hélicoptères survolent en permanence ma maison, des satellites m'envoient des ondes dans tout le corps »).

Affirmer l'existence d'un délire est plus difficile quand le patient est réticent. Le diagnostic doit être étayé par les informations recueillies auprès de l'entourage.

Le diagnostic peut paraître plus difficile si les faits paraissent plausibles ou que le médecin se trouve dans l'impossibilité d'apprécier leur réalité. C'est le cas par ex. De certains délires paranoïaques à thème de persécution ou de jalousie. Les informations recueillies auprès de l'entourage peuvent orienter le diagnostic. Cependant, peu importe la réalité des faits si :

- La croyance s'est développée à partir d'interprétations délirantes.
- Si les idées de persécution ou de jalousie **assiègent en permanence le fonctionnement psychique du sujet.**

Ex. Un mari a eu vent de l'infidélité de sa femme; depuis il ne cesse de l'épier, s'absente souvent du travail pour la suivre et interprète gestes et fait anodins comme étant la preuve de son comportement d'infidélité. Même si le point de départ est vrai, les interprétations successives sont de nature délirante. De plus toute sa vie mentale devient monopolisée en permanence par cette question.

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

Éliminer ce qui n'est pas un délire :

5.1. L'erreur **de perception** ou de jugement : elle peut être rectifiée par un argument, une preuve.

5.2. Une croyance partagée par le groupe socioculturel auquel appartient le sujet : là également il faudra examiner la manière dont s'est construite cette croyance pour affirmer son caractère délirant.

5.3. Les obsessions assiègent également le fonctionnement psychique du sujet, mais celui-ci a conscience de leur caractère absurde et s'efforce de chasser.

5.4. La mythomanie qui est une tendance plus ou moins consciente à mentir aux autres et à soi-même, à élaborer des fables, à raconter des histoires imaginaires où le sujet se donne le beau rôle, et cherche, par ses récits à attirer l'attention et l'intérêt d'autrui. La conviction est en général ébranlable.

5.5. L'idée fixe : qui témoigne d'un centre d'intérêt dominant, voire même exclusif. Elle n'est pas obligatoirement pathologique.

6. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :

Le diagnostic étiologique repose sur les caractéristiques du délire et les symptômes associés mis en évidence par l'examen du patient et les informations obtenues auprès de l'entourage.

La démarche diagnostique distingue :

- Les états délirants aigus. Éliminer en premier lieu une confusion mentale.
- Les états délirants chroniques.

6.1. LES ÉTATS DÉLIRANTS AIGUS

Un état délirant est qualifié d'aigu en cas d'installation brutale du tableau clinique chez un sujet sans antécédents psychiatriques ou qui a présenté un épisode similaire suivi d'un intervalle libre.

Quatre diagnostics peuvent être évoqués : une confusion mentale – un accès mélancolique – un accès maniaque- une bouffée délirante aiguë.

Une confusion mentale doit être en premier lieu éliminée. (voir cours).

Le diagnostic doit être évoqué face à **un état délirant de type onirique**. Il s'agit d'un délire lié essentiellement à des hallucinations visuelles mettant en scène des animaux (zoopsies) ou des personnages de la vie professionnelle. Ces animaux ou personnages sont en général animés de mouvements et prennent un caractère terrifiant. Il s'agit d'un délire intensément vécu et agi (adhésion totale).

Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence de signes d'obnubilation de la conscience, d'une D.T.S., de troubles mnésiques et d'une étiologie organique pouvant être à l'origine de l'état confusionnel.

Les autres diagnostics à évoquer :

- **La bouffée délirante aiguë** devant un délire d'installation brutale (en quelques jours, voir 1 à 2 semaines), à thèmes et à mécanismes multiples, non systématisé et s'imposant intensément à la conscience du sujet. L'humeur est labile oscillant entre la tristesse, l'exaltation euphorique et l'anxiété.

Les psychoses puerpérales réalisant un tableau proche de la BDA apparaissant en général dans le premier mois du post-partum. Il existe fréquemment une note confusionnelle et la thématique délirante est en général centrée sur l'enfant. Le risque majeur est celui d'un infanticide. Face à un tableau de psychose puerpérale, il est nécessaire d'éliminer une thrombophlébite cérébrale qui peut donner un tableau similaire.

L'évolution habituellement favorable des BDA n'élimine pas le risque d'une récurrence ou d'une évolution vers la schizophrénie

- **Un accès maniaque délirant** devant un délire à thème de grandeur (plus rarement de persécution) associé à une excitation psychomotrice (logorrhée, hyperactivité), une euphorie et une insomnie sévère. (voir cours sur les états d'agitation).

- **Une mélancolie délirante** devant un délire à thème de culpabilité ou d'indignité, associé à une humeur dépressive, une perte d'intérêt pour les activités habituelles avec repli sur soi, un ralentissement ou une agitation psychomotrice, une insomnie matinale.

7. CONCLUSION

Il est important de caractériser tout état délirant, en suivant la même démarche diagnostique, seul garant d'une orientation étiologique afin de démarrer une prise en charge adéquate.

LES SCHIZOPHRÉNIES

Les objectifs éducationnels

Au terme de son apprentissage, l'étudiant devra être capable de :

1. Identifier les dimensions symptomatiques de la schizophrénie.
2. Poser le diagnostic positif d'une schizophrénie à partir des données cliniques.
3. Discuter les diagnostics différentiels d'une schizophrénie.
4. Décrire les facteurs étiopathogéniques d'une schizophrénie.
5. Planifier la prise en charge bio psycho sociale d'une schizophrénie.

Connaissances préalables requises

- Les classifications en psychiatrie
- Diagnostic et conduite à tenir devant un état délirant

Mise à jour Juin 2019

INTRODUCTION :

On désigne par le terme de schizophrénie un trouble psychiatrique, d'étiologie multifactorielle, caractérisé par une atteinte profonde des fonctions supérieures du cerveau (pensées, mémoire, perception, motivation...). Cette affection est chronique (évolution > 6 mois) avec des phases prodromiques, actives et des phases résiduelles. Elle se caractérise par une expression clinique hétérogène avec une symptomatologie et des modalités évolutives variables d'un patient à un autre. Les symptômes schizophréniques appartiennent à trois dimensions principales : positive, négative et de désorganisation. Ces signes sont généralement associés à des déficits neurocognitifs qui contribuent à un dysfonctionnement global.

1. HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DES IDÉES :

Emil Kraepelin (1856-1926) a établi la description princeps : la démence précoce qui correspond à une maladie chronique survenant sans cause extérieure et évoluant inéluctablement vers la détérioration.

Eugen Bleuler a proposé en 1911 le terme schizophrénie (du grec skhizein, qui signifie scission, et phren, qui signifie coupé). L'évolution déficitaire n'est plus le critère diagnostique majeur mais le spaltung ou la dissociation des fonctions psychiques.

La nosographie française garde une conception assez restrictive de la schizophrénie, centrée sur les notions de maladie chronique dissociative et considérant avec Henry EY que la rémission avec signes résiduels est « le cachet de la schizophrénie ».

La classification américaine a une acceptation plus large de la schizophrénie en se basant sur des critères diagnostiques et évoque plusieurs modalités évolutives allant d'une rémission complète à une évolution continue.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE :

La schizophrénie est une maladie dont la distribution est ubiquitaire ; elle touche toutes les cultures et toutes les classes sociales. La prévalence dans la population générale est estimée entre 0,8 et 1,3%. Selon l'OMS, elle affecte plus de 23 millions de personnes dans le monde. Cette affection débute à n'importe quel âge avec prédilection pour la tranche d'âge de 15 à 35 ans. Elle touche aussi bien les hommes que les femmes. Toutefois, l'âge de début est plus tardif chez les femmes. La surmortalité des personnes atteintes de schizophrénies est importante. Elle est due au suicide, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies infectieuses, aux causes iatrogènes... C'est la 8ème cause de handicap chez les 15-44 ans.

3. ÉTIOPATHOGÉNIE :

La schizophrénie est une pathologie complexe, multifactorielle avec plusieurs modèles explicatifs. Elle est liée à l'intrication de plusieurs facteurs génétiques, neuro-développementaux, biologiques et psychodynamiques.

3-1- FACTEURS GÉNÉTIQUES :

L'intervention de facteurs génétiques dans la schizophrénie est actuellement bien démontrée. Le modèle de transmission serait polygénique.

En effet, le risque de développer la maladie est plus élevé chez les apparentés des sujets atteints de schizophrénie que la population générale (1% dans la population générale, 4% chez les parents de deuxième degré, 10% chez les parents de premier degré, 30% dans la descendance de deux parents schizophrènes). La concordance entre les jumeaux monozygotes est 4 fois plus élevée que celle entre les jumeaux dizygotes.

Des résultats de liaison génétique positifs ont été retrouvés sur quasiment tous les chromosomes et certains gènes candidats codant pour certaines anomalies cliniques tel que l'anhédonie ou les anomalies de la poursuite oculaire ont été identifiées.

3-2- FACTEURS NEURO-DÉVELOPPEMENTAUX :

Les patients atteints de schizophrénie présenteraient des anomalies structurelles cérébrales séquellaires de perturbations précoces du développement cérébral. Ces lésions ne deviendraient symptomatiques qu'à l'adolescence du fait des processus de maturation cérébrale qui aura lieu à cette période de vie. Un élargissement des ventricules, et une modification volumétrique de l'hippocampe ou du lobe temporal ont été le plus fréquemment décrit.

Les anomalies structurelles cérébrales seraient associées à des événements pathogènes pré et périnataux comme le stress, les infections, la malnutrition, le diabète maternel...

3-3- FACTEURS BIOLOGIQUES :

- **Hypothèse d'une perturbation des systèmes dopaminergiques cérébraux** : Les neurones dopaminergiques innervent les structures extrapyramidales (qui interviennent sur les fonctions motrices), les structures limbiques (qui interviennent sur les fonctions motivationnelles) et les structures corticales (qui interviennent sur les fonctions cognitives). Elles ont un rôle central dans le maintien d'un équilibre fonctionnel cortico sous-cortical le mieux adapté à la réponse à un stimulus. Les symptômes positifs seraient dus à une augmentation de la libération de la dopamine dans le circuit mésolimbique et les symptômes négatifs à une baisse de la libération tonique de la dopamine sous corticale.

- **D'autres dysrégulation dans les systèmes sérotoninergiques ou glutamatergiques** :

Ils ont également été suggéré par l'efficacité des antipsychotiques (antagonistes de certains récepteurs sérotoninergiques) ou par les symptômes psychotiques induits par certains produits tel que la kétamine ou la phénylcyclidine (PCP) qui sont des agents anti glutamatergiques.

- **Hypothèse immunologique** : Des études récentes ont montré des anomalies immunologiques dans le sérum des patients.

4-4- FACTEURS PSYCHO DYNAMIQUES :

- **Facteurs familiaux** : Le risque de développer une schizophrénie est associé à un niveau d'expression émotionnelle élevée dans la famille, se manifestant par des troubles de la relation éducative et des modalités de la communication (hostilité, critiques, « double message »...)

- **Théorie psychanalytique de Freud** : La psychose est synonyme d'échec de l'accès à une organisation œdipienne, c'est-à-dire un défaut de différenciation entre le sujet et autrui, altérant son rapport avec la réalité. La fixation à une étape préœdipienne s'exprime par des troubles de structuration de la personnalité, de l'individualisation, des troubles de la pensée, des troubles affectifs, de la vie sexuelle et des relations avec autrui. L'angoisse générée est dite angoisse de morcellement.

Deux mécanismes de défense visent à lutter contre cette angoisse :

- La projection : les sensations internes d'agression, de chaos, sont projetées sur l'extérieur et vécues ainsi comme provenant de l'extérieur. Ce mécanisme est à l'origine des idées délirantes.
- Le déni psychotique : les stimuli aboutissant à la confusion sont transformés en hallucinations et en idées délirantes.

4. ÉTUDE CLINIQUE :

4-1- PHASE PRÉMORBIDE :

Une phase de relative normalité avant l'éclosion des symptômes psychotiques. Habituellement, mais pas constamment, les sujets en phase prémorbide ont des traits de personnalité schizoïde ou schizotypique :

- Personnalité schizoïde : repli sur soi, froideur affective, peu de relations sociales, pas de plaisir pour les différentes activités, indifférence, détachement et émoussement affectif.

- Personnalité schizotypique : déficit social et interpersonnel, distorsions cognitives et perceptives, conduites excentriques, méfiance, pensée magique et bizarre, affects inappropriés.

4.2. PHASE PRODROMALE :

La phase de transition, entre la période prémorbide et le début de la schizophrénie proprement dite, dure de 1 à 5 ans. Elle se caractérise par la présence de manifestations non spécifiques : un vécu douloureux, une tristesse, une anxiété, une perte d'énergie, une méfiance ou une diminution des performances cognitives

4.3. MODES DE DÉBUT DE LA SCHIZOPHRÉNIE :

Le début de la schizophrénie peut être aigu ou insidieux.

A - DÉBUT AIGU :

• Épisode psychotique aigu :

C'est la forme la plus commune des débuts aigus qui se manifeste par l'apparition brutale d'un délire polymorphe associé souvent à des fluctuations thymiques et une angoisse importante.

Un épisode psychotique aigu était classiquement appelé bouffée délirante aiguë. Actuellement, on désigne ce type de tableau par un épisode psychotique bref lorsqu'il évolue positivement en moins de 1 mois, ou un trouble schizophréniforme lorsqu'il mène vers une résolution complète au bout de 1 à 6 mois. Le diagnostic de schizophrénie n'est retenu que lorsque les symptômes persistent plus de 6 mois.

• Épisode dépressif atypique :

Les éléments évoquant la schizophrénie sont : un contact froid détaché, une réticence, une angoisse intense et monotone, des bizarreries, des idées délirantes non congruentes à l'humeur...

• Épisode d'excitation atypique :

Les éléments évoquant la schizophrénie sont : la froideur du contact, le négativisme, l'incohérence idéique, une agitation stéréotypée et immotivée...

• État confusionnel : Un mode de début rare.

• Autres :

La schizophrénie peut débuter par : fugues ou voyage pathologique auto ou hétéroagressifs impulsifs et bizarres, acte médico-légal...

B- DÉBUT INSIDIEUX :

Les formes à début insidieux sont souvent peu spécifiques et difficiles à diagnostiquer. Les symptômes classiques sont :

- Une accentuation des traits de la personnalité schizoïde.
- Un fléchissement du rendement scolaire ou professionnel
- Une modification de l'affectivité : indifférence, désintérêt, froideur...
- Une modification du caractère avec irritabilité, colères disproportionnées, repli sur soi...
- Une modification des croyances : Engouement mystique excessif, métaphysique, croyance à des phénomènes surnaturels...
- Des conduites toxicomaniaques
- Des déviations des conduites sexuelles
- Des troubles des conduites alimentaires
- Des préoccupations hypocondriaques ou dysmorphophobies.
- Des manifestations d'allure névrotique : des crises d'angoisse, des symptômes obsessionnels, des symptômes phobiques, des symptômes hystériques, un comportement pseudo-psychopathique...

Une schizophrénie à début progressif fait courir le risque d'un diagnostic tardif. Plus la durée d'évolution des symptômes est longue, moins bonne est la rémission. On parle de la **période de psychose non traitée** (duration of untreated psychosis ou DUP), la période s'étendant de l'apparition des premiers symptômes de schizophrénie jusqu'au début de la prise en charge. Elle dure en moyenne plus d'un an et pourrait avoir une valeur pronostique. Si l'on ajoute à la DUP la durée de la période prémorbide et celle de la période de transition, plusieurs années s'écoulent parfois avant que la souffrance du patient ne soit traitée.

4-4- PHASE D'ÉTAT :

Les expressions cliniques du trouble schizophrénique sont très variées d'un malade à un autre et fluctuent avec le temps. De nombreux symptômes ont été décrits, mais aucun d'eux n'est pathognomonique. Ces symptômes appartiennent à trois principales dimensions positive, négative et désorganisée auxquelles il faut ajouter la dimension neurocognitive. La prédominance de l'une des dimensions symptomatiques par rapport aux deux autres permet de définir le sous-type de schizophrénie.

Les signes positifs ont été dénommés ainsi du fait de leur caractère saillant par rapport à un comportement ou un discours dit normal. Les signes négatifs se manifestent par la disparition de facultés dont l'existence fait partie d'une activité, d'une pensée ou d'une affectivité considérée comme normales. La désorganisation se caractérise par l'incapacité à construire un comportement et/ou un discours adapté.

A- LE SYNDROME POSITIF :

Les symptômes positifs de la schizophrénie dont les principaux sont les hallucinations et le délire représentent l'expression la plus manifeste de cette maladie.

• Le syndrome délirant :

Il s'agit d'un délire chronique qui fait l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement. Il est fréquent, mais pas toujours manifeste ; le sujet peut être réticent à exprimer son délire.

Le délire associé à la schizophrénie est dit paranoïde, où les idées sont mal systématisées, floues et incohérentes.

Les thématiques du délire peuvent être uniques ou multiples : thème de persécution, mégalomane, mystique, de filiation, somatique, érotomane, d'influence, de référence. Tous les mécanismes du délire peuvent être observés : interprétatif, intuitif, imaginatif. Le mécanisme le plus fréquent reste le mécanisme hallucinatoire.

• Le syndrome hallucinatoire

L'hallucination est définie comme une perception sans objet. Dans la schizophrénie, 75 % des patients présentent des hallucinations, notamment en phase aiguë. On distingue les hallucinations psychosensorielles et les hallucinations intrapsychiques :

• **Les hallucinations psychosensorielles** : Il s'agit d'hallucinations relevant de manifestations sensorielles : auditives, visuelles, tactiles, gustatives, olfactives ou cénesthésiques. Les hallucinations auditives sont les plus fréquentes. 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 intrapsychiques** correspondent à un phénomène intrapsychique, 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). 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...

- Le syndrome d'automatisme mental : décrit par Clérambault est marqué par des hallucinations intrapsychiques qui s'imposent à la conscience du patient. Il s'agit du fonctionnement automatique et dissident de la totalité ou d'une partie la pensée. Le sujet a l'impression qu'une partie de sa pensée échappe à son contrôle et fonctionne seule. Il associe vol et devinement de la pensée, commentaire de la pensée, commentaire des actes, écho de la pensée, de la lecture, de l'écriture.

- Le syndrome d'influence : Le syndrome d'influence est caractérisé par le sentiment d'être dirigé, d'avoir sa volonté dominée, et à avoir sa personnalité modifiée à distance. Le sujet a le sentiment d'être sous l'emprise d'un agent extérieur qui l'oblige à ressentir des émotions, à penser ou à faire une action.

B- LE SYNDROME NÉGATIF :

Le syndrome négatif regroupe les signes cliniques qui traduisent un appauvrissement de la vie psychique. Ils touchent la sphère comportementale, l'idéation et la sphère affective. Ils sont la conséquence d'une altération de la volonté, de la capacité à initier un discours ou des actions, de la motivation, de l'expressivité émotionnelle et du ressenti. Ils s'expriment donc par une perte dans les domaines émotionnel et comportemental, qui peut être aggravée par les déficits neurocognitifs associés.

Les symptômes négatifs touchant la sphère comportementale sont l'aboulie (affaiblissement de la volonté), l'apragmatisme (manque d'énergie vitale conduisant à une incapacité à entreprendre des actions) et la perte des initiatives. La perte de la capacité à initier des actions peut entraîner, à l'extrême, une impossibilité à agir en dehors des sollicitations de l'environnement.

Au maximum, le patient peut rester à ne rien faire en permanence (clinophilie), jusqu'au point de négliger son hygiène (incurie).

Les symptômes négatifs touchant l'idéation se manifestent par un appauvrissement du discours (des difficultés à converser avec des réponses brèves, évasives et parfois interrompues).

Les symptômes négatifs touchant la sphère affective sont le retrait social, la pauvreté affective, l'apathie (incapacité à réagir aux stimulations de l'environnement), la perte de la capacité d'empathie (incapacité à appréhender ce que ressent autrui) et l'anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir).

Le retrait social et le repli sur soi répondent au concept antérieur de l'autisme pour caractériser l'absence de relation entre le monde extérieur et la réalité interne de la personne souffrant de schizophrénie.

C- LE SYNDROME DE DÉSORGANISATION

Le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique du sujet. Cette dimension est marquée par des manifestations affectant la pensée, l'affectivité et le comportement.

• La désorganisation de la pensée :

La désorganisation de la pensée est caractérisée par une atteinte de l'agencement logique des idées (illogisme), une perturbation du déroulement des idées ainsi que des troubles du langage.

La pensée du patient désorganisé ne repose pas sur des éléments de logique communément admis, ce qui peut se traduire par : **le rationalisme morbide** (Raisonnement incompréhensible, d'allure scientifique ou philosophique, à partir d'arguments ne reposant sur aucun élément de réalité), l'abstractionnisme (Tendance systématique à la manipulation « gratuite » de concepts abstraits), **la tendance au symbolisme** (Le recours à des métaphores et des images donnant aux expressions du schizophrène un caractère bizarre, maniéré et flou).

L'altération du cours de la pensée va se traduire par un discours diffluent, et des propos irrationnels parfois incompréhensibles.

On retrouve également les barrages (Arrêt brusque du discours, en pleine phrase, suivi d'un silence plus ou moins long, le discours reprenant ensuite son cours normal, sur le même thème ou sur un thème différent) ; le **fading** (Extinction progressive du flux des paroles et des idées).

Les troubles du langage se manifestent par des **néologismes** (nouveaux mots créés par le malade), des **paralogismes** (nouveau sens donné à des mots connus), une **schizophasie** (Salade de mots).

• La désorganisation de l'affectivité :

On retrouve : une **indifférence** à autrui avec **froideur du contact**, une **ambivalence affective** (Expression de sentiments opposés à l'égard d'un même objet), ou **discordance idéo-affective** (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).

• La désorganisation du comportement :

La désorganisation comportementale se manifeste par un maniérisme gestuel, des actes insolites, des stéréotypies, une bizarrerie, un négativisme...

Le syndrome catatonique : est un syndrome psychomoteur associant :

- Une catalepsie : une perte de l'initiative motrice, une flexibilité cirque des membres avec maintien des attitudes imposées.
- Un négativisme : attitude de résistance voire d'opposition active pouvant aller jusqu'au refus de s'alimenter.
- Des stéréotypies, impulsions verbales et/ou gestuelles, parfois associés à une suggestibilité paradoxale (**écholalie** : répétition non volontaire de la fin des phrases, mots ou sons de l'interlocuteur ou encore **échopraxie** : imitation non volontaire en miroir des gestes de l'interlocuteur).

D- LES TROUBLES COGNITIFS

Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie ne sont pas spécifiques de la maladie, mais sont fréquents (environ 70 %) et souvent sévères et invalidants. Ces troubles sont précoces dès la phase prodromique de la maladie et constants (en phase aiguë et de rémission) ; stables ou de détérioration rapide.

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. D'autres domaines sont préservés, comme la mémoire implicite (mémoire procédurale). Les troubles cognitifs primaires doivent être distingués des troubles cognitifs secondaires aux symptômes (par exemple, les patients très délirants ou très hallucinés souffrent consécutivement d'une difficulté pour se concentrer) et des troubles cognitifs iatrogènes.

5. LE DIAGNOSTIC POSITIF :

Aucun symptôme ne permet d'affirmer le diagnostic de schizophrénie. Les classifications actuelles définissent des cri-

tères diagnostiques. Ces critères prennent en compte non seulement l'expression clinique de la maladie, mais également la chronicité du trouble et son retentissement.

Les critères diagnostiques pour la schizophrénie selon la 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) :

A. Le patient doit présenter au moins deux des cinq symptômes suivants sur une période d'un mois :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé
4. Comportement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs.

B. Un ou plusieurs domaines du fonctionnement (travail, relations interpersonnelles, soins personnels) sont significativement ralentis depuis le déclenchement de la maladie.

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes qui répondent au critère A.

D. Un trouble schizoaffectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec des manifestations psychotiques sont éliminés.

E. La perturbation n'est pas due à une substance ou à une affection médicale générale.

F. Si le malade présente un trouble du spectre autistique ou un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les symptômes positifs (idées délirantes ou hallucinations) sont présents pendant au moins 1 mois.

6. LES FORMES CLINIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE :

Les formes cliniques symptomatiques sont définies par la symptomatologie prédominante rencontrée chez le patient au cours de l'évolution de son trouble. Le DSM IV reconnaît 5 sous-types (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié et résiduel). Ces formes ont été éliminées dans la dernière version de la classification américaine (DSM 5).

6.1- LA SCHIZOPHRÉNIE PARANOÏDE

Elle est caractérisée par la présence au premier plan d'un délire paranoïde plus ou moins riche ou par des hallucinations auditives fréquentes.

6.2- LA SCHIZOPHRÉNIE DÉSORGANISÉE :

Cette forme est marquée par la prédominance du syndrome de désorganisation : discours désorganisé, comportement désorganisé et affects abrasés ou inappropriés.

6.3- LA SCHIZOPHRÉNIE CATATONIQUE :

Elle est dominée par au moins deux des manifestations suivantes : immobilité motrice avec catalepsie ou une stupeur catatonique, une activité motrice excessive, négativisme extrême, positions catatoniques, mouvements stéréotypés, manières, grimaces manifestes, une écholalie ou une échopraxie.

6.4- LA SCHIZOPHRÉNIE INDIFFÉRENCIÉE :

Elle ne répond pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.

6.5- LA SCHIZOPHRÉNIE RÉSIDUELLE :

Cette forme est marquée par l'absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucinations, de discours désorganisé et de comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, avec la persistance de symptômes négatifs ou plus de deux symptômes parmi les autres, mais sous forme atténuée.

7. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

7.1- CAUSES ORGANIQUES :

Face à un tableau d'allure schizophrénique, il est indispensable d'éliminer systématiquement les causes organiques par l'examen clinique et éventuellement les explorations para cliniques.

- Les affections neurologiques : post-traumatiques, épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de

Huntington, neurolypus...

- Les pathologies endocriniennes : les dysthyroïdies, altération de l'axe corticotrope...
- Les maladies métaboliques : maladie de Wilson...
- Les maladies infectieuses : méningo-encéphalites, neurosyphilis, encéphalopathies à HIV...

7.2- CAUSES TOXIQUES :

- Intoxication aiguë ou chronique au cannabis ;
- Intoxication à l'amphétaminique, anticholinergique, LSD, kétamine, phencyclidine...

7-3- CAUSES PSYCHIATRIQUES

- Trouble psychotique aigu : le critère de la durée d'évolution de 6 mois permet de différencier la schizophrénie du trouble psychotique bref (durée d'évolution moins de 1 mois) et du trouble schizophréniforme (la symptomatologie s'estompe en moins de 6 mois).
- Le trouble schizoaffectif : les symptômes thymiques (syndrome maniaque ou dépressif) et les syndromes positifs, négatif ou de désorganisation sont conjointement présents au premier plan.
- Les troubles de l'humeur : les épisodes thymiques (dépressif ou maniaque) peuvent comprendre des symptômes psychotiques. Dans ce cas, les syndromes positifs, négatif ou de désorganisation disparaissent complètement durant les intervalles libres entre les épisodes.
- Le trouble délirant chronique : le délire est systématisé. Il n'y a classiquement pas d'hallucination, de syndrome de désorganisation ou de syndrome négatif au premier plan contrairement à la schizophrénie.

8. ÉVOLUTION :

L'évolution de la schizophrénie est difficile à systématiser en raison de la grande variabilité interindividuelle de l'évolution.

Dans toutes ses formes, la schizophrénie est une affection chronique classiquement faite de phases d'exacerbations et des phases de rémissions.

Après le premier épisode psychotique, le patient a une période de récupération progressive qui peut être suivie par une longue période de fonctionnement relativement normal. Mais généralement, au bout de quelques années (3-10ans), une rechute survient.

Après chaque rechute, les patients ne retrouvent pas leur niveau fonctionnel initial.

9. TRAITEMENT :

9-1- OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES :

- Réduire et faire disparaître les symptômes.
- Prévenir les rechutes.
- Aider le patient à prendre conscience de sa maladie et à accepter son traitement.
- Préserver les capacités cognitives et les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie.
- Assurer une prise en charge globale et un soutien de l'entourage.

9-2- L'HOSPITALISATION :

Dans les rechutes aiguës, l'hospitalisation est indiquée, le plus souvent sous contrainte : à la demande d'un tiers (HDT) ou une hospitalisation d'office (HO).

9-3- MOYENS THÉRAPEUTIQUES PHARMACOLOGIQUES :

Les neuroleptiques ou antipsychotiques constituent le traitement pharmacologique de base. Ils permettent une réduction des symptômes positifs dans près de 60 % des cas. Ils doivent être instaurés le plus précocement possible, le plus souvent en milieu hospitalier, ce qui permet initialement l'établissement d'une relation thérapeutique et facilite, un peu plus tard, la mise en place de mesures psychosociales thérapeutiques.

a. Les règles générales de prescription des neuroleptiques :

Faire un bilan organique initial : examen clinique complet, bilan biologique, électrocardiogramme.

Le choix du produit : est fonction du tableau clinique, de la tolérance au produit, et la réponse antérieure à un traitement

Neuroleptique de 1^{re} génération à action incisive : agissant sur les symptômes positifs

-Halopéridol HALDOL® (10-20 mg/j)

-Pipothiazine PIORTIL® (10 mg/j).

Neuroleptiques de 1^{re} génération à action sédatrice : agissant sur l'anxiété, les troubles du comportement, les troubles du sommeil.

-Lévomépromazine NOZINAN® (100-300 mg/j)

- Chlorpromazine LARGACTIL® (100-300 mg/j)

Les antipsychotiques de seconde génération : ont une action globale sur les symptômes positifs et négatifs.

- Olanzapine ZYPREXA® (5-20 mg/j)

- Risperidone RISPERDAL® (2-8 mg/j)

-Clozapine LEPONEX® (150-600mg/j)

- Amisulpride SOLIAN® (100-1200 mg/jour)

-Aripiprazole ABILIFY® (15-30 mg/jour)

Les neuroleptiques retardés sont souvent utilisés en cas de mauvaise observance.

-Décanoate d'halopéridol HALDOL DECANOAS® (100-300mg/mois)

-Palmitate de pipothiazine PIORTIL L4® (75-150mg/mois)

- Risperidone RISPERDAL CONSTA® (25-50mg/2 semaines)

Les recommandations actuelles préconisent les antipsychotiques atypiques en première intention, car ils ont une meilleure tolérance neurologique, une efficacité comparable aux neuroleptiques classiques sur les symptômes positifs et une meilleure efficacité sur les symptômes négatifs et cognitifs.

b. La voie d'administration :

Pour les épisodes aigus, en hospitalisation, la voie intra musculaire est privilégiée pendant les 48 à 72 premières heures pour les neuroleptiques classiques, car les concentrations plasmatiques sont atteintes plus rapidement. La voie orale prendra ensuite le relais en doublant la dose si la tolérance est bonne.

c- Traitement adjuvant :

Les correcteurs antiparkinsoniens sont prescrits en cas de survenue de troubles extra- pyramidaux.

La prescription de benzodiazépines doit être limitée à l'action sur les symptômes anxieux en phase aiguë, au traitement transitoire des effets indésirables des neuroleptiques tels que l'akathisie ou les dyskinésies aiguës. Leur bénéfice thérapeutique en association avec les neuroleptiques s'estompe après 4 semaines de traitement au profit d'un risque de dépendance.

9-4- L'ÉLECTRO CONVULSIVOTHÉRAPIE :

Elle est indiquée en première intention dans les formes catatoniques et en urgence en cas de risque suicidaire majeur et/ou inévitable, de passage à l'acte violent, de syndrome hallucinatoire extrêmement intense avec hallucinations hallucinatoires ou de troubles thymiques sévères ne répondant pas à la chimiothérapie. En dehors de ces cas, elle reste indiquée dans les formes résistantes.

9-5- MOYENS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES :

La psychothérapie représente un appoint important visant à :

- Éviter la désinsertion socioprofessionnelle ;
- Favoriser une meilleure compliance au traitement ;
- Mettre en place les mesures de protection adaptées au handicap présenté par le malade ;
- Favoriser une communication saine au sein de la famille.

Les techniques de la psychothérapie :

- Les psychothérapies de soutien : l'élément essentiel dans cette thérapie est le développement d'une relation positive de soutien psychologique basée sur l'écoute, la réassurance et la psychoéducation.
- Les thérapies cognitivo comportementales : ont pour but d'améliorer le comportement social, les habiletés pratiques, l'autonomie et la communication interpersonnelle.
- Les psychothérapies familiales : elles visent à améliorer le fonctionnement de certaines familles quand celui-ci s'avère pathogène pour le malade.

9-6- LA SOCIOTHÉRAPIE :

Elle vise la réadaptation sociale du malade en envisageant des congés de maladie, une réorientation professionnelle, une formation professionnelle en milieu protégé, des ateliers thérapeutiques, des mesures de protection des biens du malade.

L'ensemble de ces mesures de réhabilitation s'inscrit dans le cadre d'un projet thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire incluant des travailleurs sociaux, les médecins de première ligne, les médecins hospitaliers, les infirmiers et les psychologues, tout en collaborant avec la famille.

TESTS D'AUTO EVALUATION

Un patient de 23 ans se présente à la consultation pour une symptomatologie évoluant depuis 8 mois à type de désintérêt pour le travail, une tendance à s'isoler avec des accès de rires immotivés.

Lors de l'entretien, il exprime avec un sourire discordant qu'on lui envoie de l'extérieur des pensées qui ne sont pas les siennes, quand il lit une voix intérieure répète sa lecture. Par moment ses propos deviennent étranges, incompréhensibles.

Question n° 1 :

Parmi les symptômes suivants, quel est celui(ceux) qui est(sont) présent(s) dans cette observation ?

- A- Symptômes de désorganisation
- B- Automatisme mental
- C- Phobies d'impulsion
- D- Rationalisme morbide
- E- Hallucinations intrapsychiques

Question n° 2 :

Parmi ces propositions, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- A- Un trouble psychotique bref
- B- Une schizophrénie
- C- Un épisode dépressif majeur
- D- Une paranoïa
- E- Une catatonie

Réponses :
Question n° 1 : ABE
Question n° 2 : B

LES DÉLIRES CHRONIQUES NON SCHIZOPHRÉNIQUES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Reconnaître les délires chroniques et leurs évolutions
- Savoir reconnaître la psychose hallucinatoire chronique
- Identifier les moyens thérapeutiques dont on dispose
- Savoir prendre en charge un malade délirant en situation d'urgence

Pré requis

- Les états délirants
- La schizophrénie

INTRODUCTION

La nosographie française distingue au sein de ces états délirants trois entités pathologiques principales : les délires paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques et les paraphrénies. Cette classification a été proposée en se référant aux travaux nosographiques, réalisés essentiellement au cours du siècle dernier, par l'École de Psychiatrie française. Il n'est cependant pas certain que chacun de ces troubles corresponde à une entité pathologique distincte et de nombreux pays n'ont pas adopté cette classification.

Ces trois états délirants ont en commun un âge de survenue tardif (début en général après 35 ans), un mécanisme délirant prépondérant caractérisant chacun d'eux (interprétation délirante pour les délires paranoïaques, hallucinatoires pour la psychose hallucinatoire chronique, imagination délirante pour la paraphrénie), une évolution chronique sans traitement contrastant parfois avec un maintien prolongé de l'intégration sociale et une absence de dissociation mentale.

HISTORIQUE

La nosographie française distingue 4 types de délires chroniques dotés d'un certain nombre de caractères communs :

- Une organisation qui prend l'allure d'un roman plus au moins cohérent.
- Une évolution chronique.
- Une conservation des capacités intellectuelles.

Ces caractères permettent ainsi de les distinguer d'une part des délires aigus dont l'évolution est brève (inférieure à six mois) et d'autre part des délires chroniques à évolution déficitaire et discordante (schizophrénie).

Ces 4 types de délire sont :

- Le délire d'interprétation (Sérieux et Capgras 1909).
- Le délire d'imagination (Dupré et Logre 1913).
- Les psychoses passionnelles (De clérambault).
- La psychose hallucinatoire chronique (Ballet).

La nosographie allemande :

Kraepelin a classé en 1912 les délires chroniques en 3 groupes :

- La paranoïa
- La paraphrénie
- La démence précoce

La nosographie américaine (DSM IV) :

Trouble délirant (équivalent aux délires paranoïaques)

Schizophrénie paranoïde (comporte la PHC et la paraphrénie)

Trouble psychotique partagé

Certains auteurs anglo-saxons ont utilisé le terme de « late paraphrenia » pour désigner des psychoses délirantes apparaissant dans la deuxième moitié de la vie et pouvant rappeler la « Psychose Hallucinatoire Chronique » des auteurs français.

La clinique française continue à employer les entités présentées ici et à opposer le groupe des psychoses paranoïaques à celui des schizophrénies.

1. LES DÉLIRES PARANOÏAQUES

Le terme de paranoïaque qualifie à la fois un trouble de la personnalité et une pathologie délirante. Il convient donc de toujours en préciser l'attribution en termes de délire ou de trouble de la personnalité.

Les délires paranoïaques sont des états délirants chroniques, de mécanisme interprétatif et systématisé. La systématisation du délire lui confère un caractère extrêmement cohérent qui, associé à la conviction absolue et inébranlable du patient, peut entraîner l'adhésion de tiers. Ils se développent plus volontiers chez des patients présentant un trouble de personnalité prémorbide de type paranoïaque dont les principaux traits sont représentés par l'hypertrophie du moi, la fausseté du jugement, la méfiance, la psychorigidité et l'orgueil. Il est habituel d'identifier au sein des délires paranoïaques les délires passionnels, les délires d'interprétation et les délires de relation des sensitifs de Kretschmer. Les délires passionnels regroupent l'érotomanie, les délires de jalousie et les délires de revendication. Ils ont été regroupés et qualifiés de passionnels du fait de la nature des sentiments et des thèmes qui les inspirent. Ces états ont en commun d'être des états délirants chroniques débutant généralement brusquement par une interprétation ou par une intuition délirante. Ils peuvent secondairement s'enrichir de nombreuses interprétations délirantes et comportent en général une forte participation affective pouvant être à l'origine de passage à l'acte.

Les délires passionnels ont une construction dite « en secteur », car ils ne s'étendent pas à l'ensemble de la vie psychique, affective ou relationnelle du sujet et les idées délirantes restent centrées sur l'objet et la thématique quasi unique du délire.

Clinique :

- Âge de début entre 30 et 40 ans, hommes = femmes
- La personnalité prémorbide est souvent pathologique
- Certains événements ayant une valeur traumatique précèdent ce trouble
- Début le plus souvent insidieux associant une humeur dysphorique, un repli sur soi et un malaise inexplicable pour le sujet et son entourage.
- C'est le délire systématisé par excellence
- Les mécanismes du délire sont l'interprétation, l'intuition et les illusions.

Les hallucinations sont typiquement exceptionnelles.

Ce délire est monothématique et en fonction de ce dernier on oppose 3 types de délire paranoïaque.

1.1 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION (LA PARANOÏA)

- Le délire constitue une sorte de « folie raisonnée », dans le sens qu'il obéit à une véritable manie de tout expliquer, de tout déchiffrer en fonction de l'idée qui sert de thème central au délire qui se voit ainsi peu à peu se conforter et s'enrichir au gré des déductions.
- Le thème est presque constamment un thème de persécution de préjudice et de malveillance.
- « On en veut à ses biens, à sa santé ou à sa vie parce qu'on est jaloux de lui, qu'on a un secret à cacher ou une faute à se reprocher ».
- Le délire va s'étendre secondairement en réseau, car aucun domaine de la vie du sujet n'est épargné.
- L'histoire prend ainsi l'allure d'un roman policier ou d'espionnage :
 - « Il a bien compris le sourire du voisin et le salut chaleureux de l'autre, ils font partie d'un complot et cachent leurs sentiments »
 - « Sa voiture démarre mal, on la lui a trafiquée, mais ça ressemble à une panne ordinaire, ils sont très forts ».
 - « Dans la rue les voitures klaxonnent derrière lui, ils se font des signaux pour la filature », « un feu passé au rouge devant lui, cela signifie qu'il est en danger. Ils peuvent télécommander les feux de circulation, ils cherchent à se débarrasser de lui dans un accident provoqué ».
- Le délire revête souvent un aspect si plausible et si logique que l'entourage immédiat peut pendant un certain temps adhérer au délire et partager la conviction, voire les précautions du délirant : « délire induit ou à deux »

1.2 LES DÉLIRES PASSIONNELS

Certes on a depuis longtemps dit que la passion est une folie, mais les états passionnels délirants ont des caractères cliniques qu'il convient de souligner :

- Se produisent sur un fond de déséquilibre caractériel
- S'accompagnent d'un cortège de symptômes témoignant du bouleversement de la vie psychique du sujet (manifestations thymiques, expérience hallucinatoire, dépersonnalisation et impulsivité = moments féconds du trouble).

- Sont pathologiques : même si la passion s'insère dans une situation réelle, elle a une structure essentiellement imaginaire.
- La force des complexes inconscients qui animent le délire lui imprime une évolution si typique qu'il est possible d'en prévoir le cours.
- La rigidité systématique de la passion qui en constitue l'axe (blocs idéo-affectifs inébranlables).

1.2.1 LE DÉLIRE ÉROTOMANIAQUE

Le sujet à la conviction délirante d'être aimé par un personnage qui est souvent considéré comme socialement prestigieux.

La révélation repose sur un fait anodin (une parole insignifiante, un regard dans une foule...) qui va entraîner une certitude qui sera secondairement renforcée de tout un jeu d'interprétation dirigé toujours dans le sens de la position passionnelle.

L'évolution se fait en 3 phases :

1/ Phase d'espoir :

Elle est faite d'attentes, de poursuites, de lettres, d'appels téléphoniques et de cadeaux.

2/ Phase de dépit :

C'est la phase de déception au cours de laquelle le sujet se rend compte en quelque sorte de la réalité des sentiments de l'objet.

3/ Phase de rancune :

Les passages à l'acte ne sont pas exceptionnels et sont sous-tendus par une rancœur et une avidité de vengeance.

Ce délire s'accompagne d'une exaltation et une polarisation passionnelle intense et qui commande toutes les conduites du sujet.

1.2.2 LE DÉLIRE DE JALOUSIE

Tout commence par l'installation insidieuse d'une idée fixe de jalousie, souvent sans motif précis, qui s'alimente d'événements minimes que le jaloux jugera significatifs (un coup de téléphone, le regard d'un passant, une allusion à la radio...).

Pendant des mois le délirant ruminera ses soupçons et se doute qui se transformeront peu à peu en certitudes.

Il recherchera les preuves de l'infidélité du conjoint en :

- le surveillant sans cesse
- le suivant dans la rue
- scrutant son courrier
- examinant son linge

Les gestes les plus banaux sont interprétés comme des preuves, les amis du conjoint sont complices, le passé est lui-même reconstruit en fonction du délire.

L'évolution est chronique avec des périodes d'atténuation et des périodes florides où s'extériorisent des réactions vindicatives, des moments dépressifs ou encore des actes auto et hétéro-agressifs.

Une note doit être portée à l'alcoolisme chronique qui est beaucoup plus associé à ce type de délire et qu'on incrimine dans :

- l'éclosion du délire
- la facilitation des passages à l'acte
- l'aggravation du tableau clinique

1.3 LE DÉLIRE DE REVENDICATION

La certitude à forte charge affective qu'il faut triompher la justice ou la vérité en réparant un préjudice ou en obtenant la reconnaissance du bon droit.

Le sentiment d'être persécuté qui accompagne ce délire est à l'origine de certaines attitudes de quérulence et parfois même d'agressivité hypersthénique qui justifie la réparation classique de dangerosité de ce type de délire.

3 variétés sont classiquement décrites en fonction du thème délirant :

• LES QUÉRULENTS PROCESSIFS:

Ils se ruinent en procès pour faire triompher une revendication dérisoire.

Ils étoffent leur dossier, assiègent les tribunaux, contestent les juges voire même leurs avocats qui seront considérés comme complices.

Les sujets dits « persécutés – persécuteurs » environnés d'ennemis et exaspérés peuvent se faire justice eux même et aller jusqu'au crime.

• LES INVENTEURS MÉCONNUS:

Ils lutteront toute leur vie pour protéger ou faire reconnaître la valeur de leur découverte :

(nouveau carburant, nouvel engin, nouveau médicament...).

Peu importe l'importance de l'invention, ce qui est capital c'est l'exclusive propriété, le monopole absolu et la propriété indiscutable qu'ils revendiquent.

• LES IDÉALISTES PASSIONNÉS:

Ils rêvent d'un nouveau système politique ou de paix universelle et ils sont animés d'une volonté farouche et agressive de lutte et de combat.

Ainsi les attentats contre les hommes politiques et les institutions sociales sont des armes habituelles qu'ils mettent au service de leur inépuisable désir de réforme et de justice.

Tous ces délires de revendication ont en commun :

- Les mécanismes du délire.
- L'organisation en secteur de celui-ci qui reste limité au domaine de préjudice postulé.
- La bonne conservation de la conscience et des fonctions mentales.

1.4 LE DÉLIRE SENSITIF DE RELATION (KRETSCHMER)

Il se développe souvent à la suite d'événements particulièrement pénibles, d'échec, de frustration ou de rejet entraînant des sentiments de honte, d'humiliation ou de culpabilité.

Le sujet rumine douloureusement des impressions de brimades ou de mépris et développe des idées de référence qui deviennent vite des certitudes. Ainsi, il a l'impression qu'on fait des allusions à son propos, on se moque de lui, on rit de ses maladresses et on parle de lui dans son dos.

Il ne s'agit pas ici d'un complot contre ses intérêts, c'est plutôt une conjuration du mépris visant la dignité de sa personne de la part de son milieu de travail ou de ses proches.

Ce type de délire se développe sur un type de personnalité particulière dite classiquement sensitive : c'est une personnalité paranoïaque, mais les sujets qui n'ont ni la confiance de soi ni l'agressivité des vrais paranoïaques. Par contre ils en ont l'orgueil, l'obstination, le sens de leur valeur et de leur dignité.

Ils sont par ailleurs timides, asthéniques, susceptibles et vulnérables.

Ce délire s'organise en secteur et ne s'étend guère au-delà du domaine relationnel.

Il est généralement ponctué d'épisodes dépressifs avec souvent une note hypocondriaque et reste compatible avec une adaptation subnormale.

1.5 PRINCIPES DE TRAITEMENT DES DÉLIRES PARANOÏAQUES

Il n'existe donc pas un mais des troubles paranoïaques.

Une des grandes questions pour les soignants va être : Comment faire accepter des médicaments, et convaincre un patient d'être compliant à un traitement dont les effets secondaires sont parfois invalidants ? Comment instaurer une relation de confiance ?

Le soignant doit toujours être disponible et ouvert pour pouvoir adapter une stratégie thérapeutique efficace et aider ces patients, dont le dénominateur commun est par ailleurs souvent le refus de soins.

- PROBLÈME DE L'HOSPITALISATION :

L'hospitalisation de ces patients est en général assez rare, les soins ambulatoires étant à privilégier au maximum, et en général dans deux types de situations particulières :

→ lors d'une exacerbation anxieuse ou d'une décompensation dépressive.

→ lorsque la dangerosité du patient est importante.

Il est toujours important d'évaluer chez ces patients le potentiel de dangerosité (présence d'un persécuteur désigné, imminence d'un passage à l'acte, impossibilité de différer l'acte auto ou hétéroagressif et d'envisager des solutions alternatives). Dans ce cas, l'hospitalisation se fait plutôt selon le mode de l'Hospitalisation d'Office puisque les troubles mentaux présentés constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes.

L'Hospitalisation Sur Demande d'un Tiers n'est pas recommandée dans ce cas puisque le tiers pourra faire l'objet de toute l'attention du patient et devenir le persécuteur désigné.

- LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX :

L'abord médicamenteux tentera d'atteindre trois objectifs principaux :

- Le contrôle des éléments délirants plus que l'ablation du délire
- La stabilisation des troubles du comportement ; c'est un des objectifs les plus importants à atteindre
- La stabilisation de l'humeur et des troubles anxieux

Les traitements pharmacologiques reposent essentiellement, comme dans toutes les pathologies délirantes, sur l'utilisation des neuroleptiques. À titre d'exemple :

- Les neuroleptiques sédatifs sont des traitements à court terme indiqués en cas d'agitation ou de menace de passage à l'acte. On utilise principalement la lévopromazine (Nozinan® 50 à 200 mg par jour) ou encore la chlorpromazine (Largactil® 100 à 300 mg par jour)
- Le traitement de fond repose sur les neuroleptiques incisés dont l'action est inconstante sur ce type de délire. Il faut par ailleurs savoir que la tolérance de ces médicaments par ces patients est en général assez mauvaise et il est recommandé d'employer les doses les plus faibles possible afin de concilier effets attendus et effets indésirables. À titre indicatif, on peut utiliser des neuroleptiques classiques, tels que l'halopéridol (Haldol 1 à 5 mg par jour), dont certains disposent de formes à action prolongée garantissant d'une meilleure observance. Les molécules de nouvelle génération, appelées neuroleptiques à profil atypique ou antipsychotiques, sont souvent employées en première intention du fait de leur meilleure tolérance sur le plan neurologique. Il s'agit de la rispéridone (Risperdal® 1 à 3 mg par jour), de l'amisulpride (Solian® 100 à 400 mg par jour) ou encore de l'olanzapine (Zyprexa® 2,5 à 5 mg par jour). Le traitement neuroleptique retard peut se révéler intéressant pour garantir une prise médicamenteuse régulière, seulement seule la rispéridone en possède la forme retard.
- Les antidépresseurs peuvent être indiqués en cas de décompensation dépressive lorsque le délire a été réduit par le traitement neuroleptique. Il faut les utiliser avec prudence, car il est toujours possible de favoriser la réactivation de la construction délirante. Leur usage doit rester une décision du psychiatre.
- Les benzodiazépines trouvent leur indication dans les traitements d'appoint et de courte durée des troubles anxieux associés.

1.3. PRINCIPES DE TRAITEMENT DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

- PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES :

Face à un patient souffrant de délire paranoïaque, il est conseillé au médecin de savoir garder des distances et de faire preuve d'honnêteté dans les soins proposés afin d'établir un climat de confiance, préalable indispensable à l'acceptation d'un traitement.

Il faut éviter d'affronter le patient et d'avoir des attitudes de rejet.

La place des psychothérapies chez ces patients est restreinte du fait de leur faible capacité de remise en question et d'introspection.

L'indication du type de thérapie dépend de la nature du délire, de l'existence de troubles de l'humeur associés, de la structure de personnalité, des capacités de remise en question et ne peut être prise que par un psychiatre.

2. LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

La psychose hallucinatoire chronique a été individualisée par Ballet en 1911. Il s'agit d'un délire chronique survenant le plus souvent chez une femme (7 femmes pour 1 homme) âgée et vivant seule, de mécanisme principal hallucinatoire, sans dissociation mentale et d'évolution chronique.

Cette terminologie n'est utilisée qu'en France et on retrouve, dans les classifications internationales, une partie de ces pathologies sous le terme de schizophrénie d'apparition tardive.

2.1. DESCRIPTION CLINIQUE

Il est possible de retrouver un facteur déclenchant dans les semaines précédant l'éclosion du délire ainsi que des prodromes à type de troubles de l'humeur, de modifications comportementales ou caractérielles. Le début peut être brutal ou progressif.

Dans sa phase d'état, la psychose hallucinatoire chronique est caractérisée par un état délirant richement hallucinatoire. Les hallucinations peuvent toucher les cinq sens. Les hallucinations cénesthésiques (ondes, courant électrique, attouchements sexuels) et olfactives seraient plus fréquentes que dans les autres pathologies délirantes. Les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont à contenu de persécution, sexuelle, mystique ou d'influence. Si les hallucinations représentent le mécanisme délirant principal de cette pathologie, les autres mécanismes notamment interprétatif et intuitif peuvent être retrouvés.

Le tableau clinique comporte également un automatisme mental pouvant être idéoverbal, idéomoteur ou idéosensitif.

L'évolution est en général chronique marquée par des périodes de rémission partielle ou totale du délire alternant avec des périodes de recrudescence délirante. Il a été habituel de dire que cette riche pathologie délirante s'accompagnait d'un maintien longtemps préservé de l'intégration sociale. Il faut relativiser

cette affirmation. En effet, si ces patients ne connaissent pas d'évolution aussi déficitaire que les schizophrènes, ils ont le plus souvent une vie sociale ou affective très pauvre.

2.2. PRINCIPES DE TRAITEMENT DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Il faut aménager et privilégier une relation thérapeutique basée sur la confiance afin d'amener le patient à accepter les soins.

- PLACE DE L'HOSPITALISATION :

La place de l'hospitalisation est marginale dans le traitement des psychoses hallucinatoires chroniques. Elle peut se faire à l'occasion d'une exacerbation délirante, d'une décompensation dépressive ou encore à l'occasion d'un bilan réalisé pour éliminer une organicité. Il faut privilégier les hospitalisations en service libre.

- LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES :

Les psychoses hallucinatoires chroniques sont améliorées par la prescription de neuroleptiques incisifs à faible posologie. Le délire peut entièrement régresser ou persister sous une forme atténuée, mieux tolérée par le malade. Il faudra, surtout si le sujet est âgé, privilégier l'emploi de molécules peu anticholinergiques, réduire au minimum la posologie et fractionner les prises dans la journée afin d'améliorer la tolérance.

Quelques exemples de traitements sont donnés à titre indicatif ci-dessous :

- halopéridol (Haldol 1 à 5 mg par jour) avec éventuellement relais par la forme à action prolongée (Haldol Décanoas_).
- rispéridone (Risperdal® 1 à 3 mg par jour)
- amisulpride (Solian® 100 à 400 mg par jour)
- olanzapine (Zyprexa® 2,5 à 5 mg par jour).

- PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES :

- Les thérapies de soutien visent à encourager le patient à gérer des conflits présents, à mieux connaître les facteurs responsables d'aggravation délirante (arrêt du traitement, stress important...) et à tolérer les symptômes délirants résiduels.
- Les thérapies cognitives ont pour but de permettre au patient de mieux contrôler et comprendre son expression délirante.
- Les thérapies d'orientation analytique ne trouvent habituellement aucune indication dans ce type de pathologie.

3. LES PARAPHRÉNIES

3.1. DESCRIPTION CLINIQUE

Les paraphrénies sont des délires rares dont le mécanisme délirant prédominant est l'imagination délirante. Il s'agit de délires sans dissociation mentale, d'évolution chronique et survenant chez des sujets âgés.

Le début est le plus souvent progressif, marqué par l'apparition de troubles du comportement, de bizarreries ou de troubles affectifs.

Le délire, dont le mécanisme est imaginatif, prend l'aspect de rêveries, de contes ou encore de fiction. Les thématiques cosmiques et fantastiques seraient plus fréquentes. Ce système délirant coexiste le plus souvent avec une pensée normale et les fonctions intellectuelles du patient sont préservées.

Deux formes sémiologiques avaient été individualisées :

- la paraphrénie imaginative de mécanisme imaginatif exclusif.
- la paraphrénie fantastique qui associe au mécanisme délirant principal imaginatif d'autres mécanismes notamment hallucinatoires et parfois un automatisme mental.

3.2. PRINCIPES DE TRAITEMENT DES PARAPHRÉNIES

La paraphrénie est une maladie chronique qui accompagnera l'individu toute sa vie, marquée par des phases calmes et des phases d'enrichissement avec exacerbation délirante. La vie est en général peu atteinte et le handicap social demeure

minime, ce qui explique la très faible demande de soins des malades ou de leur entourage. Le faible retentissement de la maladie ne justifie pas, la plupart du temps, de traitement spécifique.

Par ailleurs, les délires imaginatifs sont peu sensibles aux traitements neuroleptiques. Les principes de traitement quand ce dernier s'impose, sont les mêmes que ceux des psychoses hallucinatoires chroniques.

4. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS PSYCHIATRIQUES :

- **les délires chroniques du sujet âgé** se différencient entre eux essentiellement par le type de mécanisme délirant prédominant (interprétatif, hallucinatoire ou imaginatif).
- **La schizophrénie** est une pathologie hallucinatoire avec automatisme mental, d'évolution chronique, qui survient chez des patients plus jeunes. Elle peut comporter des interprétations délirantes, mais le délire est alors flou, peu cohérent et non systématisé. Les patients peuvent de plus présenter des troubles affectant le comportement, le langage et l'affectivité rentrant dans le cadre de la dissociation mentale.
- **Les bouffées délirantes aiguës** sont principalement des pathologies hallucinatoires avec automatisme mental survenant chez des sujets jeunes dont l'évolution se fait le plus souvent vers la guérison sans séquelle en quelques semaines.
- **Les troubles thymiques** peuvent comporter des éléments délirants de mécanisme interprétatif. Le diagnostic sera posé sur la présence initiale d'un trouble thymique et sur le fait que la thématique délirante sera congruente à la tonalité de l'humeur.

- DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ORGANIQUES :

En présence d'hallucinations :

- On éliminera un **syndrome confusionnel** et ses principales étiologies.
- Devant la présence d'hallucinations olfactives, on recherchera une **épilepsie partielle temporale**, ainsi qu'une **tumeur osseuse de la lame criblée de l'ethmoïde**.
- Devant la présence d'hallucinations visuelles, on cherchera (en plus des causes de confusion mentale) une **pathologie neurodégénérative** à type de démence à corps de Lewy (surtout en cas d'association d'une symptomatologie extrapyramidale en l'absence de traitement neuroleptique et de signes de détérioration cognitive), une thyroïdite d'Hashimoto (très rare) ou encore une tumeur cérébrale.

Lorsqu'il s'agit d'un délire interprétatif :

- Il faudra songer à chercher principalement, notamment chez les sujets âgés, un début de **pathologie neurodégénérative**. Les interprétations délirantes accompagnent fréquemment l'apparition de troubles mnésiques ou de la compréhension.
- **Les encéphalopathies alcooliques** telles que le syndrome de Korsakoff peuvent comporter quelques interprétations.
- **Des tumeurs cérébrales**, notamment de localisation frontale, peuvent donner des tableaux cliniques de délire paranoïaque à type d'érotomanie

CONCLUSION

Le délire constitue une néoréalité dans laquelle vit le patient et peut induire chez certains des actes parfaitement logiques aux conséquences médico-légales graves.

Il est primordial qu'un médecin généraliste puisse repérer une éventuelle dangerosité chez le patient délirant et mettre en place une protection médicale urgente.

L'ouverture sur une prise en charge multidisciplinaire, le suivi régulier et attentif tout le temps, l'information éclairée du sujet et de son entourage complètent par une pratique quotidienne régulière les prescriptions thérapeutiques et psychothérapeutiques.

ANNEXE

		Les délires paranoïaques			PHC	Paraphrénies
		interprétatif	passionnel	sensitif		
Début	mode	insidieux	insidieux	insidieux	brutal	insidieux
	Âge	30 à 40	30 à 40	30 à 40	30 à 50	30 à 45
Mécanisme	HPS ⁵	↘	↘		↗	+/-
	HP ⁶	↘	+/-		↗↗	+/-
	Interpr. ⁷	↗↗	↗↗	↗↗	+/-	↘
	Intuit. ⁸	↗↗	↗↗	↗↗	↘	↘
	Imag. ⁹	↘	↘	↘	↘	↗↗
Thèmes		Persécution	Jalousie Érotomanie Revendication	Persécution	Persécution ++ Grandeur +	Grandeur
Systématisation		bien	bien	bien	+/-	+/-
Extension		En réseau	En secteur	En secteur	En réseau	En réseau
Participation affective		Exaltation	Exaltation	Dépression	Dépression	Exaltation
Évolution du délire		Par poussées + Ep. dépressif	Par poussées + Ep. dépressif	Par poussées + Ep. dépressif	Régression (l'enkystement)	Régression (appauvrissement)
Déficit intellectuel		Jamais	Jamais	Jamais	Possible	Assez souvent

5 HPS : Hallucinations psychosensorielles

6 HP : Hallucinations psychiques

7 Interp. : Mécanisme interprétatif

8 Intuit. : Mécanisme intuitif

9 Imag : Mécanisme imaginatif

ÉVALUATION FORMATIVE

1. Le délire paranoïaque de revendication se manifeste par :

- A- Des tendances procédurières
- B- Un mécanisme généralement hallucinatoire
- C- Des interprétations délirantes
- D- Un risque de passage à l'acte agressif
- E- Une baisse du niveau intellectuel

2. Il peut exister des hallucinations dans toutes ces affections sauf une, laquelle ?

- A- La bouffée délirante
- B- La schizophrénie paranoïde
- C- La confusion mentale
- D- La psychose hallucinatoire chronique
- E- L'hystérie

3. La paranoïa

- A- Débute à l'adolescence
- B- A une évolution chronique
- C- Le délire est à mécanisme interprétatif prédominant
- D- Le délire est logique, cohérent
- E- Répond rapidement et bien sous neuroleptiques

4. Parmi les thèmes délirants, on distingue

- A- La jalousie
- B- L'érotomanie
- C- Les compulsions
- D- Les hallucinoses
- E- La persécution

5. Des accès délirants peuvent survenir dans :

- A- L'épisode dépressif majeur
- B- Les schizophrénies
- C- La paranoïa
- D- L'hystérie
- E- L'alcoolisme

Cas clinique : La logique de la Preuve

Il est 15H, le car de police entre dans l'enceinte de l'hôpital où il conduit un homme de 37 ans qui a violemment frappé sa femme.

Après plusieurs heures de garde à vue, il a décidé de se faire examiner.

L'homme est correctement vêtu, calme. Il est courtois. Il répond poliment aux questions. Il reconnaît avoir effectivement frappé sa femme; elle en porte les traces sur le visage et le corps.

- Pourquoi l'avez-vous frappée ?
- Elle me trompe depuis plusieurs mois.
- Pourquoi aujourd'hui ?
- Hier, au soir, j'ai fait semblant d'avoir une réunion de travail. J'ai mis un magnétophone sous le lit et je suis sorti et j'avais placé mon magnétophone sous le lit. J'ai la preuve.
- Il exhibe cette preuve, la cassette du magnétophone. Elle est cassée à force d'avoir été écoutée.
- Mais au fait, qu'y entend-on ? dit le psychiatre
- Rien que la porte qui claque quand je suis parti reprend le patient
- Mais alors ? dit le psychiatre
- Bien sûr, ils ont fait attention répond le patient
- « Ils » le psychiatre
- Ma femme et son amant. Le patient

L'absence de preuve devient preuve absolue.

DE L'HYSTÉRIE CLASSIQUE AUX TROUBLES DISSOCIATIFS ET SOMATOFORMES

Les objectifs éducationnels

Au terme de son apprentissage, l'étudiant doit être capable de :

1. Identifier les caractéristiques des symptômes de conversion hystérique
2. Reconnaître un symptôme de conversion hystérique
3. Regrouper les données cliniques et anamnestiques en faveur de la nature hystérique d'un symptôme somatique ou psychique
4. Poser le diagnostic positif de manifestations hystériques à partir des données cliniques et anamnestiques
5. Rechercher les principaux diagnostics différentiels des manifestations hystériques
6. Prédire l'évolution des manifestations hystériques
7. Distinguer les principales complications des manifestations hystériques
8. Planifier la prise en charge des manifestations hystériques

Connaissances préalables requises

- Mini-module d'auto-enseignement DCEM3 Les classifications en psychiatrie
- Mini-module d'auto-enseignement DCEM3 Les personnalités pathologiques
- Mini-module d'auto-enseignement DCEM 3 Les psychothérapies

Mise à jour Juin 2022

INTRODUCTION

L'hystérie est une affection névrotique fréquente. Elle est caractérisée par l'expression de conflits psychiques inconscients sous la forme de symptômes somatiques et/ou psychiques variés, paroxystiques ou durables. Longtemps controversée et stigmatisée, l'hystérie est source de souffrance et de détresse pour la personne et son entourage.

1-DÉFINITION

T. Lempérière a défini l'hystérie comme étant « une affection à manifestations polymorphes dont l'originalité réside en ce que des conflits psychiques inconscient s'y expriment de manière symbolique en des symptômes corporels et ou psychiques variés sans lésion anatomo-clinique sous jacente ».

2- CLASSIFICATIONS :

a. La nosographie classique: la névrose hystérique est classée parmi les névroses structurées ou de transfert (névrose phobique, obsessionnelle, hystérique). Elle est caractérisée par des symptômes d'expression somatique et/ou psychique, paroxystiques ou permanents, appelés «symptômes de conversion» qui surviennent sur une organisation névrotique particulière de la personnalité, «la personnalité hystérique».

b. Les classifications modernes (CIM-10, DSM-IV, DSM-5): ont fait éclater le concept de névrose hystérique (et toutes les névroses depuis le DSM-III en 1980). L'entité «hystérie» a disparu des classifications modernes, et les symptômes hystériques peuvent s'observer indépendamment de la personnalité sous-jacente. Ainsi, le DSM-5 répartit les symptômes de conversion hystérique, sans cette dénomination, essentiellement dans deux grands cadre: les troubles dissociatifs et les troubles à symptomatologie somatique et apparentés.

3- EPIDÉMIOLOGIE :

L'hystérie est une pathologie fréquente. Sa prévalence est de 0,5 à 2%. Cette prévalence augmente en cas de niveau so-

cio-économique, éducatif ou psychologique faible. Elle touche 2 à 5 femmes pour 1 homme. Les troubles à expression somatique sont les plus fréquents, la prévalence des troubles dissociatifs est mal connue. La personnalité histrionique a une prévalence de 2 à 3% avec un sex-ratio proche de 1.

4- ETUDE CLINIQUE :

La répartition des manifestations hystériques en 3 catégories permet de concilier la description classique et celle du DSM-5:

- Des symptômes d'expression somatique
- Des symptômes d'expression psychique
- Une personnalité histrionique

4.1. LES SYMPTÔMES D'EXPRESSION SOMATIQUE

Les symptômes d'expression somatique peuvent être rapprochés de la catégorie troubles à symptomatologie somatique et apparentés du DSM-5 (trouble de conversion, trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante...)

a- Les manifestations paroxystiques :

- La grande attaque de Charcot

C'est une crise pseudo-convulsive ou épileptoïde, devenue rare voire exceptionnelle de nos jours. Elle comporte une aura d'angoisse, une perte de connaissance avec une phase, puis clonique, puis de contorsions désordonnées puis une phase d'attitudes passionnelles ou opisthotonos.

- **Les crises mineures** : sont bien plus fréquentes:

- Crises épileptoïdes pseudo-convulsives hystériques : les principaux éléments de diagnostic différentiel avec la crise épileptique sont : pas de chute traumatique, pas de perte d'urines ni morsure de la langue, Le/la patiente ne perd pas complètement connaissance et se souvient de la crise (mais attention : dans les crises épileptiques partielles, les patients gardent aussi la conscience et le souvenir de la crise).

- Crises d'agitation: contorsion, cris, hurlement, cheveux arrachés, bris d'objets

- Crises syncopales avec perte de connaissance brève

- **Les aspects atypiques sont pseudo neurologiques** : hoquet, bâillement, tremblement, catalepsie, mouvements choréiformes ou dyskinétiques. Ils sont accentués par le regard d'autrui.

b- Les manifestations durables: peuvent être motrices, sensibles, neurovégétatives, à type de troubles alimentaires ou sexuels.

-**L'asthénie** permanente ou intermittente est fréquente. Elle constitue une authentique conversion « générale », exprimée par des métaphores dramatisantes: « épuisé », « brisé »...

-**Les paralysies motrices** ont des localisations variables (hémiplégie, monoplégie, paralysie faciale, paraplégie, etc...).Elles ont pour modèle les représentations symboliques et populaires du fonctionnement corporel et affectent plus souvent le côté gauche.

-**L'astase-abasie** réalise une démarche ataxique, chancelante, sans chute, accompagnée de mouvements saccadés, irréguliers et grossiers du tronc.

-**Les contractures** ont une topographie localisée (masseter, cou, doigt, etc) ou diffuse.

-**Les troubles de la phonation** sont variés : aphonie, dysphonie (voix chuchotée, à peine audible), mutisme partiel, mutisme total. Ils respectent la communication gestuelle.

-**Les troubles sensitifs** sont variables : anesthésies localisées ou segmentaires, sans distribution anatomique, décrites avec des métaphores vestimentaires (en manche, doigt de gant, caleçon, botte...), hémianesthésie du corps « au cordeau » , anesthésie d'un membre avec incapacité de l'utiliser sans le regard...

-**Les troubles sensoriels** affectent surtout la vue : rétrécissement concentrique ou circulaire du champ visuel, scotome ou amblyopie transitoire, diplopie monoculaire, hémianopsie, macropsie... Le déplacement vers tous les sens est évocateur. La surdité survient électivement après un choc émotionnel avec stimulus sonore (explosion).

-**Les troubles affectant le système neurovégétatif** réalisent des spasmes digestifs (pharyngés, gastriques, etc), respiratoires, urogénitaux (dysurie...). La grossesse nerveuse (exemple: cas de Marie Tudor) est devenue exceptionnelle.

-**Les algies** sont très fréquentes (70% des cas). Elles constituent le masque le plus contemporain de l'hystérie. La nature hystérique est évoquée devant l'expression théâtrale du trouble, l'absence de perturbation du sommeil, l'impotence fonc-

tionnelle exagérée par rapport au trouble, le contexte psychologique de survenue, la résistance au traitement antalgique. Elles entraînent une pléthore d'investigations cliniques et para cliniques.

-**Les troubles alimentaires** sont fréquents : anorexie sans maigreur marquée ni aménorrhée. La boulimie ou la potomanie sont rarement de nature hystérique.

-**Les troubles sexuels sont presque constants.** Les plus fréquents sont la baisse du désir sexuel, les troubles de l'orgasme, les troubles de l'érection. Ils contrastent avec une vie imaginaire consciente active : fantasmes homosexuelles peu sexualisées, fixations amoureuses sur un médecin, un professeur ou un prêtre...

4.2. LES SYMPTÔMES D'EXPRESSION PSYCHIQUE (TROUBLES DISSOCIATIFS DU DSM)

Ils ne doivent pas être confondus avec le syndrome dissociatif de la schizophrénie. La dissociation hystérique est en rapport avec une altération soudaine et transitoire des fonctions « normales » d'intégration de la conscience, de la mémoire, de l'identité de soi, du comportement moteur et de la perception de l'environnement. Ils se produisent à l'insu du sujet, souvent suite à un facteur déclenchant. Il n'y a pas de relation avec une cause organique.

-**L'inhibition intellectuelle:** peut être le symptôme unique, caractérisé par l'incapacité à effectuer un effort intellectuel et un désinvestissement de la vie psychique et relationnelle.

-**Amnésie psychogène:** un oubli d'une période définie de la mémoire épisodique. Elle est réversible et n'implique pas une difficulté de stockage dans la mémoire. L'amnésie concerne un événement stressant ou traumatique.

-**Fugue psychogène:** il s'agit d'un ou plusieurs épisodes de voyage soudain, inattendu, loin du domicile ou du lieu habituel de travail, associés à une incapacité à se rappeler son propre passé et son identité personnelle.

-**Les personnalités multiples** (Trouble dissociatif de l'identité): marqués par la coexistence chez un même sujet de deux ou plusieurs personnalités distinctes, chacune avec sa cohérence, son organisation et ses propres caractéristiques (âge, sexe, identité, caractère, système de valeurs). Chaque personnalité est souvent l'objet d'une amnésie pour les autres.

-**Etats crépusculaires et léthargiques, état de transe (takhmira), état de possession:** rares.

- **L'état léthargique** est à différencier des comas et des attaques de narcolepsie.

- **Stupeur dissociative:** réalise un état d'immobilisme avec réduction de la motricité volontaire et du langage, avec conservation de la réactivité par le regard. Le tonus musculaire, la posture, la respiration, l'ouverture et les mouvements des yeux permettent de constater que le patient n'est ni endormi ni inconscient. Ces états de stupeur surviennent après une expérience traumatisante

- **Dépersonnalisation:** Caractérisée par une altération de l'expérience vécue et de la conscience de soi associée à un degré de déréalisation (altération de la perception de la réalité extérieure). Elle accompagne souvent les états crépusculaires, les amnésies massives, certains réveils de pseudo-cris convulsives et de crises somnambuliques. Les expériences de dépersonnalisation et de déréalisation ne sont pas spécifiques de l'hystérie, surviennent aussi dans certains états anxieux, chez des personnalités limites, au cours de la schizophrénie...

- **Le syndrome de Ganser:** réalise un tableau de pseudo-psychose avec allégation de troubles psychiques de type hallucinations, troubles mnésiques, troubles de la conscience et réponses à côtés. Il s'observe principalement chez des sujets jeunes dans des milieux institutionnels avec situation contraignante (milieu carcéral, militaire....). Le diagnostic différentiel est la simulation.

4.3. CARACTÉRISTIQUES DES SYMPTÔMES HYSTÉRIQUES

– L'absence d'atteinte organique (examen et bilan négatifs)

– L'absence de systématisation anatomo-physique

– Les symptômes sont variables et changeants. Ils prédominent au niveau des organes de relation et du côté gauche.

– Le Retentissement fonctionnel est disproportionné par rapport à l'atteinte

– L'expression du symptôme est spectaculaire, dramatique ou associée à une belle indifférence

– L'évolution des symptômes est paradoxale et capricieuse : sensible à la suggestion, aggravée par les émotions, influencée par l'entourage et/ou les événements

– Présence d'antécédents médicaux de conversions ou de consultations médicales fréquentes pour troubles fonctionnels

– Présence de trouble sexuels

– Le choix de l'organe : se fait soit en relation avec les représentations imaginaires et symboliques du conflit psychique soit par identification à un trouble existant chez une personne investie par le sujet

– Les bénéfices primaires: sont liés à l'effacement de la charge affective pénible par le symptôme convertif.

– Les bénéfices secondaires : vont de l’obtention d’un intérêt accru ou d’une indulgence de la part de l’entourage, à l’évitement de responsabilités contraignantes ou à la fuite d’un conflit trop lourd à assumer. Les avantages tirés de la présence d’un symptôme peuvent contribuer à pérenniser celui-ci et à faire obstacle à la guérison. Ils sont plus faciles à mettre en évidence.

4.4. PERSONNALITÉ HYSTÉRIQUE:

voir cours Les personnalités pathologiques

5- FORMES CLINIQUES :

a- Formes selon le sexe

L’hystérie masculine peut survenir sur :

- Une personnalité histrionique, qui chez l’homme, est dominée par le désir de paraître viril et séducteur.
- Une personnalité passive dépendante.

b- Forme selon l’âge

Avec l’âge, le tableau clinique de l’hystérie s’appauvrit et les symptômes de conversion ont tendance à être moins fréquents et moins spectaculaires, et sont souvent remplacés par la dépression et les algies. Chez le sujet âgé, il s’agit souvent de réactions de « deuil hystérique » qui apparaissent à l’occasion du décès d’un proche..

c- Formes selon la personnalité

Les manifestations hystériques peuvent survenir sur n’importe quelle personnalité, mais elles sont souvent associées soit à la personnalité histrionique soit à la personnalité passive dépendante selon la classification du DSM (voir cours les personnalités pathologiques).

d- Réactions hystériques en dehors de la névrose hystériques

Des symptômes hystériques peuvent apparaître chez un sujet sans personnalité hystérique en réaction à un événement traumatique (deuil, perte, etc.)

6-DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les diagnostics différentiels comprennent des pathologies organiques, surtout neurologiques, et psychiatriques. Le diagnostic n’est pas aisé quand les symptômes et les traits de la personnalité ne sont typiques.

a-Affections neurologiques

- Epilepsie type grand mal : devant une grande crise hystérique de Charcot.
- Epilepsie temporale : devant les troubles dissociatifs (états crépusculaires)
- Sclérose en plaque: devant les symptômes neurologiques multiformes et/ou réversibles

b- Affections cardiovasculaires: doivent être éliminées devant des malaises syncopaux, lipothymie et précordialgies : atteinte coronarienne, trouble paroxystique du rythme, hypotension artérielle...

c- Pathologies organiques de type psychosomatique: comprennent une lésion organique dont l’évolution dépend de facteurs psychologiques : asthme, ulcère gastrique, colopathie fonctionnelle, etc. L’atteinte somatique est ici lésionnelle et ne revêt pas une signification symbolique

d- Autres pathologies organiques: les maladies physiques se manifestant par des symptômes vagues multiples et déroutants : LED, Hyperparathyroïdie, porphyrie, myasthénie etc... Toute la pathologie organique peut passer en revue

e- Simulation: classiquement évoquée dans certains milieux (militaire et carcéral). Il s’agit d’une production volontaire et délibérée de manière consciente de symptômes pour obtenir des bénéfices : dédommagement, échapper à une responsabilité ou au travail pénible...

f- Etats dépressifs : surtout la forme masquée où les troubles somatiques sont au premier plan. Mais au deuxième plan, il existe un noyau dépressif : dégoût de la vie, pessimisme, anhédonie, souffrance morale. Il ne faut pas, par contre, passer à côté d’une dépression chez le patient hystérique

g- Attaque de panique: Il faut différencier les symptômes cardiovasculaires des attaques de panique des manifestations similaires dues à une conversion. Une anxiété majeure peut se traduire par un accès de dépersonnalisation. Il n’y a pas de théâtralisme dans l’attaque de panique.

h-Schizophrénie: devant la forme pseudonévrotique de la schizophrénie avec des symptômes de conversion et des plaintes corporelles. Mais la bizarrerie et le maniérisme remplacent le théâtralisme ; la froideur affective remplace la quête affective ; l'ambivalence remplace la suggestibilité. Parfois, un test projectif s'avère nécessaire. Ce n'est pas toujours facile de distinguer un mutisme hystérique d'une stupeur catatonique schizophrénique.

7-DIAGNOSTIC POSITIF

Repose surtout sur :

- La survenue des symptômes, notamment à la suite d'un événement traumatisant ou d'un conflit relationnel
- L'existence d'éventuels épisodes conversifs antérieurs
- Les caractéristiques bien particulières des symptômes conversifs, qui ne respectent ni la systématisation neurologique, ni les lois de la physiologie, ni les descriptions classiques de la pathologie.
- L'absence classique d'anxiété vis-à-vis de la symptomatologie qui est vécue dans une « belle indifférence »
- L'évolution variable, capricieuse, inhabituelle et surprenante des troubles, la sensibilité (au moins transitoire) à la suggestion et à la réassurance, l'aggravation par des affects négatifs (mais la modification ou la disparition des symptômes sous l'influence de facteurs extérieurs peut aussi s'observer dans la pathologie médicale générale)
- La nature de la personnalité du sujet chez qui surviennent ces symptômes paradoxaux
- L'existence d'un examen clinique normal, notamment dans les pathologies à expression neurologique : absence d'anomalies des réflexes ostéo-tendineux et cutané plantaire.

Toutefois, la pathologie générale peut présenter des tableaux d'allure hystériforme, un sujet atteint d'hystérie peut voir coexister des troubles conversifs et des troubles organiques, et toute personne hystérique peut voir survenir un jour une affection somatique. L'examen clinique doit être complet et s'accompagner, si besoin, des investigations complémentaires. Mais il faudra bien se garder de se laisser entraîner dans une escalade sans fin qui ne ferait que chroniciser les troubles.

8- EVOLUTION, COMPLICATIONS

A- EVOLUTION

La durée des symptômes conversifs est très variable (de quelques jours à quelques années). Ils sont généralement récidivants. Dans certains cas, on peut observer une guérison plus ou moins rapide: bénéfices secondaires devenus négligeable, situation de malade inconfortable. L'évolution dépend de:

- La capacité de symbolisation et de sublimation.
- Nature des symptômes: aphonie, cécité souvent transitoires, les mouvements anormaux plus durables
- La durée du symptôme: un symptôme installé depuis plus de 6 mois est difficilement mobilisable
- Personnalité sous-jacente (profondeur de l'organisation névrotique)
- Entourage et milieu socioculturel: qualité des réponses, relations interpersonnelles, tolérance ou rejet, frustrations ou gratifications, certaines familles hyperprotectrices entretiennent les symptômes
- Conflits psychologiques et existentiels que le sujet traverse.
- Le médecin peut aussi contribuer à fixer les symptômes en leur octroyant un cachet d'organicité

B- COMPLICATIONS

- Décompensations dépressives et anxieuses : fréquentes et difficiles à traiter avec risque de rechutes et de chronicité.
- Conduites addictives.
- Désadaptation familiale, sociale et professionnelle.
- Tentatives de suicide : à ne pas banaliser même si elles paraissent peu graves. Elles ont une double fonction d'appel à l'aide et de fuite

A- MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Il faut d'abord commencer par exclure par la clinique et les investigations une organicité. Cette situation doit être gérée avec prudence. Par ailleurs, même si le thérapeute est convaincu du caractère conversif du symptôme, une investigation par un examen clinique complet est de mise.

- **Règles générales :**

Certains symptômes hystériques disparaissent spontanément indépendamment de toute intervention thérapeutique.

-Une influence iatrogène, facilitée par l'attirance de l'hystérique au monde médical, peut contribuer à la pérennité ou la répétition du trouble.

- Des accidents paroxystiques réactionnels à un stress ou un conflit environnemental sont de meilleur pronostic que les manifestations durables sous tendues par des perturbations anciennes de la vie affective.

-Un intérêt majeur pour les mesures simples : écoute bienveillante et réassurance, effet apaisant d'un éloignement temporaire des milieux conflictuels (famille et ou professionnel), éloigner les spectateurs en cas de symptômes paroxystiques.

-Favoriser les modes de communication ne privilégiant pas les expressions corporelles et la dramatisation.

-Une intervention prudente auprès de l'entourage (en évitant de démasquer le sens du symptôme hystérique ou de jeter le discrédit sur le patient)

-Le cercle vicieux de bénéfices secondaires et de refuge dans la maladie doit être rompu.

-L'attitude du médecin doit être ferme, calme et persuasive

-L'écoute du patient est centrée sur sa problématique en étant vigilant aux mouvements transférentiels et contre-transférentiels

-En raison de la suggestibilité du patient, il ne faut pas renforcer ou induire le symptôme par des allusions. Il faut dévaloriser le symptôme, la maladie et les bénéfices secondaires et valoriser la guérison et le progrès.

-Il ne faut jamais utiliser des termes tels que : hystérie (stigmatisant) ou simulation et ne jamais utiliser des méthodes barbares (éther, gifles). Cela peut compromettre la prise en charge ultérieure.

- **L'hospitalisation :**

Le plus souvent, une prise en charge ambulatoire est privilégiée. Les objectifs d'une éventuelle hospitalisation:

-Retirer le patient d'un environnement très conflictuel.

-Offrir un espace d'écoute neutre et bienveillante favorisant la communication et la verbalisation des affects

-Traiter les complications (dépression, tentative de suicide, troubles dissociatifs sévères...). Cependant, l'hospitalisation risque de chroniciser les troubles, d'offrir ou de fixer des bénéfices secondaires et peut favoriser la régression et la dépendance.

- **La pharmacothérapie:** a des indications limitées

-**Les anxiolytiques :** un anxiolytique (benzodiazépine ou non) peut être prescrit, le cas échéant et ponctuellement, en présence de symptômes anxieux importants associés. Mais il ne faut pas méconnaître la forte appétence des patients hystériques pour les psychotropes vis-à-vis desquels ils peuvent d'ailleurs développer des effets secondaires paradoxaux. Les anxiolytiques peuvent induire une toxicomanie ou bien être absorbés dans un but manipulateur et / ou suicidaire.

-**Les antidépresseurs:** leur prescription est justifiée devant l'existence d'un épisode dépressif. Il est recommandé de prescrire un ISRS en première intention si besoin.

- **Les approches psychothérapiques**

-**La psychothérapie de soutien** (la plus couramment pratiquée): l'écoute bienveillante, empathique, mais ferme, avec des conseils favorisant la verbalisation des difficultés, suffit souvent à entraîner un bien être. Elle implique la prudence et de ne pas prendre parti dans les conflits invoqués par le sujet hystérique.

-**L'hypnose:** permet de faire disparaître de manière transitoire les symptômes conversifs survenant suite à un stress majeur. Les symptômes réapparaissent dès que le patient n'est plus sous hypnose. Les thérapeutes utilisent des techniques de suggestion post hypnotique pour avoir un effet plus prolongé.

-**La relaxation:** peut être utilisée lorsque le symptôme de conversion est vécu dans l'inconfort avec une forte charge émotionnelle. Cependant, elle ne doit pas sous-estimer l'échange verbal ni faciliter l'érotisation du corps.

-**Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique:** l'hystérie demeure l'indication de choix de la psychanalyse. Cette

indication dépend de la motivation du patient, de ses capacités de verbalisation, de son intérêt pour la vie psychique et de la force du moi.

-Autres: les thérapies cognitives et comportementales, thérapies interpersonnelles...

B- INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

-Devant un accident de conversion: tenter de comprendre la signification et la fonction du symptôme, l'intensité et l'ancienneté du conflit, la personnalité sous-jacente. On favorise l'isolement et l'éloignement de l'entourage. Le patient est amené à verbaliser son vécu par une écoute bienveillante et empathique. La persuasion calme et la suggestion sont utilisées. Les anxiolytiques peuvent être prescrits, de façon ponctuelle, pour faire céder la crise. L'hypnose peut être utilisée par les spécialistes.

-Au long cours: l'approche psychothérapique est essentielle et réservée aux spécialistes. Les traitements chimiothérapiques ne sont proposés qu'en cas de décompensation franche. L'hospitalisation, si elle est nécessaire, doit être la plus brève possible avec isolement pour réduire les bénéfices secondaires.

CONCLUSION :

La psychanalyse et la psychiatrie doivent beaucoup à l'hystérie mais le contraire n'est pas vrai. L'hystérie demeure une pathologie très stigmatisée. Ses caractéristiques cliniques mettent l'accent sur l'unité somato-psychique de l'être humain et illustrent bien la conception de la santé comme un état de bien être physique, mental et social.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. 2013
- Manuel de Psychiatrie. JDI Guefy ,F Rouillon. Editions Masson.2007
- Psychologie pathologique. J Bergeret. Editions Masson. 1992
- Psychiatrie de l'adulte. T Lemperière. Editions Masson. 2002

ANNEXE

ANNEXE 1: HISTORIQUE

L'hystérie (du grec *hysteria*, « matrice ») est connue depuis l'antiquité. Les états morbides étaient alors attribués à la migration vers le haut du corps de la matrice qui, en comprimant les autres organes, entraîne une sensation de suffocation. Pour Hippocrate, la migration de l'utérus était liée à une privation sexuelle. Durant le moyen âge, les manifestations de l'hystérie étaient attribuées à des influences démoniaques et possessives. Au 17^{ème} siècle, Thomas Sydenham était le 1^{er} à reconnaître l'origine psychique de l'hystérie. Au XIX^{ème} siècle, avec les travaux de Charcot, Babinski et Janet, les descriptions de l'hystérie oscillaient entre la théorie psychogène et la théorie neurologique. Avec Freud, l'hystérie acquiert définitivement le statut de trouble psychogène et de névrose structurée à un niveau œdipien. Les travaux de Freud sur l'hystérie ont permis de découvrir l'inconscient et de fonder les bases théoriques de la psychanalyse.

ANNEXE 2: APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE DE L'HYSTERIE

Selon Freud, la névrose hystérique fait partie des névroses de transfert dans lesquelles les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit intrapsychique qui trouve ses racines dans l'histoire infantile du sujet. Le sujet est en lutte constante contre la remémoration des représentations du complexe d'œdipe ayant trait à l'amour porté au parent du sexe opposé, amour de nature incestueuse. Le mécanisme de défense mis en œuvre est essentiellement le refoulement. La problématique essentielle est œdipienne, avec une angoisse de castration. Le conflit a lieu entre le Moi (dont le principe est la réalité) d'un côté et la libido (dont le principe est le plaisir) de l'autre. Le moi manifeste sa désapprobation de la satisfaction de la libido en produisant un refoulement de la représentation alors que les tendances libidinales sont prises en charge par l'inconscient où elles cherchent la satisfaction en empruntant des voies détournées à travers la formation de symptômes (compromis).

TESTS D'AUTO-EVALUATION

1- Le symptôme de conversion dans l'hystérie est habituellement :

- A- Intentionnel.
- B- Expliqué par une affection organique.
- C- accompagné d'une forte charge anxieuse.
- D- Secondaire à un facteur de stress déclenchant.
- E- irréversible

2- Devant une crise de perte de connaissance, la nature hystérique est évoquée devant :

- A- La survenue à la suite d'un facteur de stress.
- B- L'opposition à l'ouverture des paupières.
- C- une chute traumatisante.
- D- Des antécédents de crises convulsives.
- E- L'amnésie totale de la crise au réveil

Réponses :
Question n° 1 : D
Question n° 2 : A-B-D

LES TROUBLES ANXIEUX

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Connaître la définition de l'anxiété et celle du concept des troubles anxieux.
- Connaître la distinction entre anxiété normale et anxiété pathologique.
- Connaître les principales données épidémiologiques concernant les troubles anxieux.
- Citer les classifications des troubles anxieux.
- Reconnaître la séméiologie générale des manifestations anxieuses.
- Reconnaître les différentes formes séméiologiques et, en particulier, distinguer les attaques de panique de l'anxiété chronique.
- Savoir faire le diagnostic étiologique d'un trouble anxieux.
- Savoir distinguer un trouble anxieux d'un trouble dépressif, de l'hypocondrie et d'une pathologie psychotique.
- Connaître et savoir utiliser les traitements médicamenteux des troubles anxieux (indications, posologies, durées).
- Connaître et savoir utiliser la psychothérapie de soutien dans les troubles anxieux (voir aussi cours sur les psychothérapies).
- Connaître les indications des autres formes de psychothérapies (voir aussi cours sur les psychothérapies).

Mise à jour Juin 2018

INTRODUCTION :

Les troubles anxieux sont une pathologie fréquente à laquelle est très souvent confronté le médecin généraliste.

En effet, la fréquence des troubles anxieux dans la population générale est de l'ordre de 10 % et la majorité des patients consultent, en première intention, le médecin généraliste ou le spécialiste non-psychiatre (cardiologue et gastro-entérologue en particulier).

C'est une pathologie qui suscite un regain d'intérêt en raison de nouvelles approches :

Sur le plan diagnostique; individualisation d'une nouvelle pathologie appelée trouble panique.

Sur le plan thérapeutique;

- Découverte de l'efficacité des antidépresseurs sur le trouble panique.
- Mise en évidence de l'efficacité des antidépresseurs sérotoninergiques dans le trouble obsessionnel compulsif.
- Développement des méthodes de psychothérapie comportementale dans l'agoraphobie et le trouble obsessionnel compulsif.

I. HISTORIQUE & ÉVOLUTION DES IDÉES

Jusqu'il y a quelques années, les troubles anxieux étaient pratiquement identifiés à la névrose d'angoisse, décrite par Freud et l'on tenait pour acquis qu'une simple variation quantitative distinguait l'angoisse aiguë de l'anxiété chronique. **Tout fut remis en question**, à la fin des années 60, quand l'américain Donald KLEIN démontra **l'efficacité préventive** de certains antidépresseurs sur la survenue des crises d'angoisse paroxystique tandis que l'anxiété chronique ne semblait pas être influencée par ce type de molécules.

Depuis lors, de multiples travaux ont établi l'autonomie d'une nouvelle catégorie diagnostique appelée trouble panique (attaque de panique récurrente de survenue imprévisible) et son rôle dans le développement du trouble agoraphobique.

Ces travaux conduiront à l'éclatement de la névrose d'angoisse (en trouble panique et anxiété généralisée) et à une nouvelle classification (ou nosographie) des états névrotiques qui se caractérise par l'inclusion de toutes les névroses, à l'exception de l'hystérie, dans la catégorie des troubles anxieux.

Il faut cependant noter que cette distinction entre deux types d'anxiété en fonction de leur réponse ou non aux antidépresseurs est elle-même contestée en raison même de l'efficacité de certains antidépresseurs dans le trouble anxiété généralisée.

II. DÉFINITIONS & DÉLIMITATION DU CONCEPT

1/DÉFINITIONS :

DÉFINITION DE L'ANXIÉTÉ : L'anxiété ou l'angoisse désignent cet état émotionnel particulier associant généralement un sentiment pénible de **peur vague**, d'**attente d'un danger imprécis** et des manifestations somatiques variées ; cette définition met d'emblée l'accent sur la double appartenance, à la fois **psychique** et **physique** du phénomène anxieux.

DÉFINITION DE L'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE : l'angoisse n'est pas un phénomène toujours pathologique ; elle est même, au contraire, l'une des caractéristiques de la condition humaine.

L'anxiété est, en effet, une expérience banale partagée par tous les hommes, qu'il s'agisse de l'inquiétude éprouvée pour la santé d'un proche, de la peur ressentie devant une situation difficile ou du trac précédant une épreuve ; qui n'a jamais éprouvé cette émotion faite d'anticipation péjorative ? Qui n'en a jamais ressenti ses manifestations somatiques : oppression thoracique, sécheresse de la bouche, boule dans la gorge, inconfort gastrique ou intestinal, tremblement, etc. ?

Le principal critère pour différencier l'anxiété normale de l'anxiété pathologique est **le retentissement de celle-ci sur les capacités d'adaptation du sujet** :

L'anxiété normale permet au sujet d'adopter des stratégies de pensées et de comportement lui permettant de faire face, de manière plus efficace, au danger. Cette anxiété, adaptée à la situation, joue le rôle fondamental, devant une situation de danger ou de performance, de mettre l'organisme en état d'alerte, élevant son niveau de vigilance et ses capacités de réaction. C'est dire que l'anxiété peut être non seulement normale et banale, mais aussi bénéfique ; à ce titre, elle doit être respectée.

L'anxiété devient pathologique, du fait de l'intensité et de la fréquence de ses manifestations et surtout de leurs répercussions sur la vie de l'individu ; l'anxiété pathologique désorganise, en effet, les capacités d'adaptation du sujet et loin d'être ce stimulant de la pensée et de l'action, elle devient au contraire inhibante et paralysante.

2/ DÉLIMITATION DU CONCEPT DE TROUBLES ANXIEUX :

un état d'anxiété peut se rencontrer dans la quasi-totalité des troubles psychiatriques. On ne posera pas pour autant le diagnostic de troubles anxieux chaque fois que l'on aura mis en évidence des manifestations d'anxiété chez un patient. En effet les classifications actuelles réservent le terme de troubles anxieux à un ensemble de pathologies où l'anxiété représente **la manifestation dominante c'est-à-dire non liée à un autre trouble psychiatrique majeur** (voir classifications).

Autrement dit, cette catégorie diagnostique exclut, tout à la fois, l'anxiété normale et l'angoisse associée à d'autres pathologies psychiatriques (ex. anxiété liée à une dépression ou un état psychotique).

Auparavant, on employait le terme « 'angoisse' » pour désigner les manifestations somatiques des états anxieux et le terme « 'anxiété' » pour désigner le versant psychique. Actuellement ces deux termes sont considérés comme des synonymes.

III. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'anxiété est le trouble mental le plus fréquent en pratique médicale.

* Prévalence des troubles anxieux **dans la population générale** : entre 8 & 10 %.

Des taux comparables de prévalence sont retrouvés, avec des méthodologies semblables, en Europe, en Afrique et en Asie.

* Prévalence des troubles anxieux en **consultation de médecine générale** : il est établi que **15 à 20 %** des consultants en médecine générale souffrent de troubles psychiques qui sont essentiellement de nature anxieuse et/ou dépressive.

* la consommation des tranquillisants est, enfin, un indicateur indirect de la fréquence des troubles anxieux : les études en population générale montrent, en effet, l'existence d'une forte consommation de tranquillisants et d'hypnotiques, qui concerne environ 20-25 % des sujets, dont plus de la moitié sont des consommateurs réguliers. Or, les estimations faites dans différents pays indiquent que les psychiatres ne sont responsables que de 20 % du total des prescriptions d'anxiolytiques et que les médecins généralistes à eux seuls en prescrivent plus de la moitié.

IV. CLASSIFICATIONS

- La récente version de la classification américaine des troubles mentaux (DSM IV) inclut dans la catégorie des troubles anxieux les pathologies suivantes :

1/ le trouble panique (T. P.). 2/ le trouble phobique. 3/ le trouble obsessionnel compulsif. 4/ l'état de stress post-traumatique. 5/ le trouble anxieux généralisé. 6/ le trouble anxieux dû à une affection médicale. 7/ le trouble anxieux induit par une substance

- La classification internationale des maladies (CIM-OMS), dans sa dixième révision, distingue à peu près les mêmes catégories diagnostiques.

Pour des raisons pratiques liées à la démarche diagnostique face à un état d'anxiété, nous envisagerons, dans le diagnostic étiologique, les sept catégories diagnostiques sus-citées auxquelles nous ajouterons le trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse (qui correspond à l'anxiété réactionnelle à un facteur de stress).

V. ASPECTS CLINIQUES

1. SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE (OU COMMUNE) :

L'anxiété est, dans tous les cas, un état émotionnel caractérisé par trois ordres de manifestations :

- **psychiques** : sentiment de peur vague, d'inquiétude, d'attente d'un danger. Cependant, dans certains cas, le patient ne rapporte qu'un vécu d'irritabilité. Dans les formes sévères, on peut voir s'installer un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation.
- **neuro-végétatives** : précordialgies, palpitations, tachycardie, sensations d'oppression thoracique et d'étouffement, sensations d'évanouissement ou de vertiges, nausées (parfois vomissements), sensations de boule dans la gorge, dysphagie, sécheresse de la bouche, paresthésie, tension musculaire, tremblements, pollakiurie, diarrhée.
- **comportementales** : la mimique peut exprimer la peur, l'inquiétude (le visage les mains peuvent être crispés). Quand l'anxiété est importante, on peut observer une instabilité motrice (incapacité à rester en place qui se traduit par un besoin impérieux de bouger) voir un état d'agitation ou, à l'opposé, une inhibition psychomotrice.

2. FORMES SÉMIOLOGIQUES :

L'anxiété pathologique revêt trois formes cliniques principales :

2.1. LA CRISE D'ANGOISSE PAROXYSTIQUE ou attaque de panique (A.P.) réalise un tableau extrêmement évocateur : le début en est volontiers **brutal**; le patient est en proie à une **peur à la fois intense et vague**, sans objet précis; il est dans l'attente d'une catastrophe imminente; dans certains cas, cette angoisse dite flottante trouve une ébauche de fixation dans la **peur de devenir fou, de perdre le contrôle de soi** ou encore **de mourir**, peur alimentée par les nombreuses manifestations somatiques, surtout cardio-respiratoires : le sujet souffre d'une **tachycardie**, d'une sensation de **constriction thoracique**, d'une impression d'**étouffement**, sa gorge est serrée avec **sensation d'étranglement**. Il **transpire** de manière importante et peut être en proie à une sensation de **vertiges** ou d'**évanouissement**, à une impression de brouillard visuel à des **bouffées de chaleur**. Il existe, parfois, des **nausées**, des **vomissements**, une diarrhée ou une polyurie; de même, les manifestations neurologiques ne sont pas rares : **tremblements**, sensation de dérobement des jambes, de **paresthésie** (picotements, engourdissement des membres).

L'aspect général du malade et son comportement témoignent de cet état d'angoisse aigu : le visage est pâle, les traits tirés; le patient est tantôt prostré, paralysé par la peur, tantôt agité et fébrile.

La durée est variable, de quelques minutes à quelques heures (en moyenne 30 minutes).

Au décours de la crise, le patient ressent une profonde asthénie, une sensation d'épuisement et de désarroi. La peur anticipatoire d'une nouvelle attaque s'installe en général à partir de la deuxième crise.

2.2. L'ANXIÉTÉ CHRONIQUE : le trouble anxieux chronique reproduit sur un **mode mineur**, mais quasi continu les principaux traits de la crise d'angoisse paroxystique :

* **sur le versant psychologique**, on retrouve un sentiment d'inquiétude continu présent la plupart du temps au cours de la journée. Ce sentiment d'inquiétude peut être vague, imprécis, se focaliser sur une crainte particulière (par exemple, crainte d'une récurrence d'attaque de panique dans le cas du T.P., crainte d'être malgré soi confronté à une situation phobogène chez le phobique) ou encore être généralisé (craintes exagérées face à tous les soucis de la vie quotidienne dans le cas du trouble anxieux généralisé). Ce fond d'inquiétude permanent s'accompagne souvent d'une sensation d'être survolté, d'une irritabilité, de difficultés de concentration ou de trous de mémoire, d'une hyperesthésie sensorielle (intolérance au bruit, réaction de sursaut exagérée), de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu) et d'une fatigabilité.

* **sur le versant somatique** : l'anxiété chronique est responsable de nombreuses manifestations neuro-végétatives dont les plus fréquentes (90 %) touchent la sphère cardio-respiratoire : le malade se plaint d'une gêne respiratoire plus ou moins prononcée, de précordialgies, de palpitations; des perturbations digestives sont présentes dans la moitié des cas : sensation de barre épigastrique, de pesanteur abdominale, de bouche sèche, aérophagie, nausées, spasmes coliques, etc. En fait, toutes les sphères peuvent être concernées : urinaire, neuromusculaire, sensorielle, etc.

Remarques :

- a/ l'attaque de panique n'est pas spécifique du trouble panique. **Ce n'est pas un diagnostic, mais une forme sémiologique.** On peut, par exemple, la retrouver dans les troubles phobiques. Mais, à la différence du trouble panique, elle n'est pas imprévisible puisque déclenchée par la confrontation à la situation phobogène.
- b/ De même l'anxiété chronique n'est pas synonyme d'anxiété généralisée chronique. **C'est également une forme sémiologique et non un diagnostic.** On peut la retrouver dans divers troubles anxieux.

2.3. FORMES SOMATIQUES : Cette richesse et cette variété de l'expression somatique de l'anxiété expliquent le recours des patients à la médecine surtout spécialisée. Et ce d'autant que toutes ces manifestations peuvent se présenter de façon isolée, sans le contexte psychologique évocateur. C'est ce qu'on appelle les **formes somatiques ou masquées** de l'anxiété, où les symptômes neuro-végétatifs résument le tableau clinique. Il existe des formes somatiques d'**attaque de panique** et des formes somatiques d'**anxiété chronique**.

2.4 ASPECTS CULTURELS DE LA SÉMIOLOGIE ANXIEUSE

Le diagnostic de l'anxiété se base sur la présentation du malade en particulier sa mimique et son attitude, mais aussi, et surtout sur son discours. Ce dernier point nous amène à faire quelques remarques sur la manière dont les patients expriment leurs symptômes d'anxiété dans notre contexte socioculturel.

L'anxiété psychique : pour exprimer leur vécu émotionnel d'anxiété, certains patients utiliseront les locutions « khayef » ou « khayef min ghir sbef ». Le terme de « khayef » est surtout employé par les patients qui présentent un trouble panique ou phobique. Ces termes ou locutions permettent au médecin de situer clairement l'éprouvé psychique dans le registre de l'angoisse.

Ce n'est pas le cas des termes « kalak », « feded », « mnervéz » sont, également, souvent utilisés par les anxieux pour qualifier leur vécu subjectif. Il faut savoir que ces termes sont imprécis au niveau de leur sens : par exemple le terme « kalak » (qui est la traduction académique du terme anxiété) ou de « feded » peut très bien être utilisé par un patient dont l'éprouvé psychique est celui d'une tristesse.

Le terme de « mnervéz » traduit un vécu d'irritabilité. Or l'irritabilité est un signe peu pertinent dans la démarche diagnostique en psychiatrie (car on la retrouve dans de nombreuses pathologies, la dépression notamment).

Les manifestations somatiques : dans toutes les cultures, et c'est particulièrement le cas dans la notre, les patients anxieux mettent souvent leurs symptômes somatiques à l'avant plan de leur discours. Ils posent en général peu de problèmes de reconnaissance sémiologique.

Les manifestations comportementales : posent également peu difficultés de reconnaissance sémiologique. Dans notre contexte socioculturel on retrouve dans les attaques de paniques, assez fréquemment, des pseudo pertes de connaissance qui font porter, à tort, le diagnostic de manifestations de conversion hystériques.

Principales formes cliniques de l'anxiété	
Attaques de paniques période bien délimitée de peur intense avec au moins 4 des symptômes suivants	Anxiété chronique Manifestations d'anxiété quasi continue présentes la plupart du temps
Tachycardie, palpitations	Sentiment d'inquiétude la plupart du temps.
Souffle coupé	Irritabilité, réaction de colère (clastiques)
Transpiration	Trous de mémoire
Tremblements	Difficultés de concentration
Sensation d'étranglement	Fatigabilité
Douleur ou gêne thoraciques	Hypervigilance (réaction de sursaut)
Nausée ou gêne abdominale	Insomnie d'endormissement
Sensation de vertiges ou d'évanouissement	Hyperesthésie sensorielle
Peur de perdre le contrôle de soi	Céphalées, algies diffuses
Peur de devenir fou	Baisse de la libido
Peur de mourir	
Déréalisation et dépersonnalisation	Manifestations neurovégétatives :
Paresthésie	palpitations, tremblements, sensation de vertiges, paresthésie, gêne abdominale, etc.
Bouffées de chaleur	
NB. Les symptômes, ici choisis, sont les plus fréquents et les plus pertinents pour le diagnostic d'attaque de panique.	

IV. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

1. LE TROUBLE PANIQUE :

Sa prévalence au sein de la population générale est estimée entre 2 et 4 %.

Les deux pics de fréquence se situent à l'adolescence et au milieu de la trentaine. Sa fréquence est deux fois plus importante chez les femmes.

Il se caractérise par la survenue **récurrente** et **imprévisible** (en l'absence de tout facteur déclenchant) de crises d'angoisse paroxystique dites attaques de panique (au moins 2 attaques de panique). Ces attaques de panique peuvent survenir également au cours du sommeil.

Par ailleurs, dès les premières attaques de panique, se développe une **peur anticipatoire** dite **anxiété anticipatoire** caractérisée par la crainte de revivre une nouvelle attaque de panique.

La fréquence des attaques de panique est variable d'un sujet à l'autre (1fois/sem. à 1 fois/jour) et cette fréquence est elle-même variable dans le temps (période d'exacerbation et période de rémission).

Une des principales complications du trouble panique est le développement d'une **agoraphobie** qui s'explique de la manière suivante :

Au cours des attaques de panique, les sujets ressentent souvent le besoin de savoir qu'ils ont la possibilité de quitter sans difficulté l'endroit où ils se trouvent et/ou d'y trouver du secours ; de ce fait, ils ont surtout peur que l'attaque de panique ne survienne dans un endroit où ils ne pourraient trouver le secours nécessaire ou duquel il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper. En définitive, le sujet en vient progressivement à éviter de rester seul, de s'éloigner de son domicile de se retrouver dans une foule, etc. **On comprend alors comment se constitue une agoraphobie à partir des attaques de paniques et le fait que la majorité des agoraphobes ont des antécédents d'attaques de panique.**

Par ailleurs, en raison des multiples manifestations somatiques qu'ils ressentent on voit souvent, chez ces sujets, se développer la crainte d'être atteint d'une maladie organique non diagnostiquée (tumeur cérébrale, cardiopathie, etc.). Ils multiplient alors les consultations chez les spécialistes et demandent avec insistance des examens complémentaires pour être rassurés.

NB. Il faut bien faire la différence entre une attaque de panique et un trouble panique. Par analogie, une différence de même nature existe entre une crise d'épilepsie et une épilepsie.

2. TROUBLE PHOBIQUE :

Sa prévalence est de 3 à 5 %.

Le trouble phobique se caractérise par une **peur intense déclenchée par un objet ou une situation** n'ayant pas en eux-même **de caractère objectivement dangereux**.

Cette anxiété est reconnue par le sujet comme **excessive, mal adaptée et pathologique et d'ailleurs souvent celui-ci en a honte**. La conséquence principale de la phobie est les **conduites d'évitement** : le sujet fait en sorte d'éviter la situation ou l'objet phobogène et organise sa vie en conséquence. Si la situation ne peut être évitée, la confrontation est vécue avec une anxiété intense.

On distingue trois grandes catégories de troubles phobiques :

2.1. L'AGORAPHOBIE :

Elle représente la forme clinique la plus sévère et débute en général vers 20 ans, parfois plus tardivement, avec une nette prédominance féminine.

Sur le plan clinique : Le sujet a **très peur**, et **pour cette raison**, évite de se retrouver seul ou dans **des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper** ou dans lesquels il pourrait **ne pas trouver de secours en cas de symptômes de panique**. Dans l'agoraphobie le sujet évite **un ensemble de situations** incluant le fait de se trouver **seul en dehors de son domicile** ; d'être dans une **foule**, dans une **file d'attente**, dans un **autobus**, un **train** ou une **voiture**. Le sujet réduit de plus en plus ses activités habituelles au point que peur et conduites d'évitement dominent finalement son existence. Dans certains cas le sujet peut affronter la situation redoutée à condition d'être accompagnée.

Le début des troubles est parfois lié à un événement de vie, alors que dans d'autres cas on ne retrouve pas d'éléments déclenchants repérables. L'évolution est variable : si dans certains cas il existe des résolutions spontanées, dans d'autres cas, le trouble peut s'aggraver au fil du temps avec un retentissement social invalidant. L'évolution peut être émaillée d'épisodes dépressifs, d'abus d'alcool ou de tranquillisants avec un risque de dépendance.

2.2. LES PHOBIES SOCIALES :

Moins fréquentes que l'agoraphobie, les phobies sociales sont définies comme une peur persistante et irrationnelle d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des

personnes non familières ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et dans laquelle il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante.

Les situations sociales généralement redoutées sont le fait de parler, de manger, d'écrire en public, de participer à des réunions ou à une soirée, de parler à une figure d'autorité. L'éreutrophobie ou peur de rougir devant les autres, la phobie des examens (un examen est une performance) font également partie des phobies sociales.

L'évolution est variable. Elle peut être compliquée d'épisodes dépressifs, d'abus d'alcool ou d'anxiolytiques. Le handicap au niveau de la vie professionnelle et sociale peut être important.

2.3. LES PHOBIES SPÉCIFIQUES :

Contrairement à l'agoraphobie, la peur concerne un objet ou une **situation spécifique et bien limitée**. On comprend alors que ce trouble soit moins handicapant que l'agoraphobie. On distingue 4 types de phobies spécifiques :

- phobies d'animaux : chiens, insectes, serpents, souris.
- phobies d'endroits clos ou claustrophobie : (avions-ascenseurs)
- Phobie d'un environnement naturel particulier (hauteurs, tonnerre, eau)
- Phobie du sang, des injections, des accidents.

Le retentissement étant généralement limité, le patient consulte rarement.

3. LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC) :

C'est un trouble qui touche 2 à 3 % de la population générale et dont la caractéristique essentielle est l'existence d'obsessions et de compulsions.

L'âge moyen de début se situe vers 20 ans. La prévalence du trouble est identique chez l'homme et la femme.

3.1. LES OBSESSIONS :

Ce sont des idées, des pensées, des représentations intrusives c'est à dire qui assiegent le fonctionnement mental du sujet contre sa propre volonté et dont il ne peut se débarrasser. L'anxiété dans ce trouble est en partie liée au fait que le sujet lutte pour chasser ces obsessions de son esprit.

Le contenu de ces obsessions est considéré par le sujet comme inapproprié voir absurde ou répugnant et en tout cas étranger à sa manière habituelle de penser.

Habituellement on distingue :

Les obsessions idéatives qui peuvent se présenter soit sous la forme d'interrogations (« folie du doute ») ou de représentations mentales.

Les obsessions idéatives sous forme d'interrogations : Le doute concerne généralement les actes de la vie quotidienne (« ai-je fermé la porte, le robinet du gaz, la lumière ? »), mais peut porter sur des problèmes métaphysiques (« existe-t-il une vie après la mort »), religieux (« Dieu existe-t-il ? », « me suis-je trompé de religion ? »), de responsabilité (crainte d'être à l'origine d'un accident par le simple fait d'y avoir pensé).

Les obsessions idéatives sous forme de représentations mentales sont souvent d'ordre sexuel (représentation pornographique, ou immorale- ex. inceste-) ou de violence (par exemple, tuer son enfant).

Les obsessions de type phobique se présentent sous forme de pensée dont le contenu est une peur, par exemple d'être contaminé (ex. attraper une maladie infectieuse en serrant la main de quelqu'un) ou d'être atteint d'une maladie.

Les obsessions impulsives consistent en la peur de commettre, contre sa propre volonté, un acte absurde, incongru, ridicule ou immoral : peur de prononcer des grossièretés dans un lieu public, d'avoir des pensées obscènes dans un lieu pieux, de se jeter dans le vide, de se blesser ou de blesser quelqu'un par un couteau, etc. La réalisation de l'acte est tout à fait exceptionnelle surtout s'il s'agit d'un acte violent.

3.2. LES COMPULSIONS ET RITES CONJURATOIRES :

Ce sont des comportements répétitifs se déroulant selon certaines règles ou de façon stéréotypée et dont l'accomplissement s'impose de manière incoercible au sujet.

Ces comportements compulsifs découlent, en général, du contenu des obsessions : lavage répété des mains, vérifications répétées de la fermeture des portes, des robinets de gaz, etc. Parfois, on ne retrouve pas de lien logique entre la compulsion et l'idée obsédante (par exemple se toucher le bout du nez pour éviter qu'une catastrophe ne se produise). Ce type de compulsions prend alors un caractère magique et conjuratoire.

Deux grandes formes cliniques doivent être considérées :

Celles avec prédominance des obsessions.

Celles avec prédominance des rituels, de meilleur pronostic.

Tableau récapitulatif

OBSSESSION	THÈME	COMPULSION
Obsession idéative	S/S formes d'interrogations : = « folie du doute » métaphysique religieux responsabilité actes de la vie quotidienne S/S formes de représentation : sexuelle violence	rituels variables pratiques religieuses compulsives rituels variables rituels de vérification
Obsession phobique	Saleté Contamination Être victime d'une maladie	rituels de lavage + évitement idem répétition des consultations médicales
Obsession impulsive	Dire des propos obscènes dans un lieu public Commettre un acte violent sur soi ou les autres	rituels variables rituels variables

4. L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Sa prévalence dans la population générale est estimée à 0.75 %.

Le trouble anxieux est, ici, induit par un **facteur de stress majeur** (attentat, enlèvement, viol, accident de voiture grave, avortement compliqué d'hémorragie importante, annonce brutale du décès d'un proche, explosion, guerre, tremblement de terre, etc.).

Le tableau clinique présente certaines caractéristiques sémiologiques et évolutives :

Habituellement, on note un tableau d'**état de stress aigu** caractérisé par :

- Un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur au moment de la confrontation au facteur de stress.
- Et les jours suivants un ou plusieurs des symptômes ci-dessous sont présents :
 - un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle.
 - Une réduction de la conscience de son environnement.
 - Un vécu de dépersonnalisation ou de déréalisation.
 - Une amnésie plus ou moins partielle du traumatisme
- L'événement **traumatique est constamment revécu : flash-back, rêves** concernant le traumatisme (manifestation quasi pathognomonique).
- Présence de manifestations neuro-végétatives d'anxiété.
- Évitements des situations qui rappellent le traumatisme (endroits, gens, conversations).

On portera le diagnostic d'**état de stress post-traumatique** dans deux cas :

- Si cette symptomatologie persiste au-delà de 1 mois.
- Si elle réapparaît après une période de rémission de quelques jours à quelques semaines (ESPT de survenue différée).

5. TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ (TAG) :

Sa prévalence est estimée entre 2 et 4 %.

Il est caractérisé par une anxiété généralisée chronique qui dure depuis au moins 6 mois (généralisé veut dire que l'anxiété colore tous les aspects de la vie).

Pour porter le diagnostic de trouble anxieux généralisé, il faut avoir éliminé, au préalable l'éventualité que les manifestations anxieuses soient liées à une des 4 catégories diagnostiques précédentes.

Dans le TAG, l'anxiété se traduit par un sentiment d'inquiétude qui imprègne l'ensemble du psychisme et qui entraîne des craintes exagérées face à tous les soucis de la vie quotidienne (ex. un enfant, un mari qui tarde à rentrer et le sujet imagine qu'il a été victime d'un accident, un proche fait un voyage et le sujet pense à l'éventualité d'un accident d'avion, une petite fièvre chez un enfant fait évoquer une maladie grave, un examen se profile à l'horizon et déjà il pense qu'il ne terminera jamais sa préparation à temps et que sans doute il va échouer, etc.). Ces sujets sont toujours en train d'imaginer le pire et on dit d'eux que face à un stress, ils font toujours des « scénarios catastrophes ». Ces sentiments d'inquiétude s'accompagnent souvent d'une sensation d'être survolté, d'une irritabilité avec propension à la colère et parfois des décharges clastiques incontrôlées, de difficultés de concentration ou de trous de mémoire, d'une hyperesthésie sensorielle (intolérance au bruit, réactions de sursaut exagérées), de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu) et d'une fatigabilité.

6. ÉTATS ANXIEUX & AFFECTIONS ORGANIQUES :

Un certain nombre d'affections organiques, en particulier cardio-pulmonaires, sont à l'origine de manifestations anxieuses (cf. tableau) : infarctus du myocarde, troubles du rythme, embolie pulmonaire, crise d'asthme.

Causes médicales de l'anxiété

Troubles neurologiques	Mies cardio-vasculaires	Mies de systèmes
Tumeurs cérébrales++/+	angor ++	P.A.Rhumatoïde +
Trauma crânien +	Infarctus du myocarde ++	LED +
Épilepsie temporale++	embolie pulmonaire ++	PAN +
Hémorragies méningées++	OAP ++	Artérite temporale +
Encéphalite++/+	Troubles du rythme ++/+	Endocrinopathies
SEP+	Mies respiratoires	hypoglycémie ++
Migraine+	Asthme ++	hyperthyroïdie +
États carenciels	Pneumothorax ++	phéochromocytome ++/+
Carence en Vit B12 +	Insuffisance respiratoire ++/+	hypoparathyroïdie ++/+
Anémie +	Divers	
Pellagre +	syndrome post-hépatitique, syndrome prémenstruel	

- ++ : y penser devant une crise d'angoisse
+ : y penser devant des manifestations anxieuses non paroxystiques
++/+ : y penser, quelle que soit la forme clinique de l'anxiété.

N.B. Une attaque de panique peut être la seule manifestation d'une épilepsie temporale.

Enfin, il ne faut pas oublier que toute pathologie somatique qui met en jeu le pronostic vital à plus ou moins brève échéance induit un état anxieux réactionnel.

Dans tous les cas devant un patient présentant un trouble anxieux, l'examen somatique systématique et minutieux du ma-lade, orientera précieusement le diagnostic.

Il consistera, dans un premier temps à toujours rechercher la prise d'une substance ou d'un médicament (voir plus bas), à préciser la plainte du patient ainsi que ses caractéristiques. Il s'aidera d'examens complémentaires nécessaires et pon-dérés. Afin de ne pas alimenter les préoccupations anxieuses du sujet, le médecin exposera à celui-ci, en termes clairs et compréhensibles les résultats du bilan effectué.

7. ÉTATS ANXIEUX INDUITS PAR UNE SUBSTANCE

Plusieurs médicaments et substances peuvent induire un état anxieux (Voir tableau).

L'anxiété fait surtout partie des manifestations du sevrage des toxicomanies et de l'alcoolisme, mais peut également se rencontrer pendant la période d'intoxication.

Troubles anxieux induits par une substance

DROGUES		MÉDICAMENTS
au cours du sevrage	au cours de l'intoxication	
l'alcool	cannabis	aminophylline
Opiacés	opiacés	antidépresseurs stimulants
amphétamines	amphétamines	Hormones thyroïdiennes
Caféine	cocaïne	sympathomimétiques
Nicotine	caféine	vasopresseurs
	Nicotine	L.Dopa

8. LE TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC HUMEUR ANXIEUSE (ou trouble anxieux réactionnel)

Quand le trouble anxieux se développe en réaction à un (ou plusieurs) facteur(s) de stress psychosociaux identifiables, apparaissant dans les trois mois précédant la survenue du trouble, il est classé parmi les troubles de l'adaptation comme **trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse**. Le trouble anxieux réactionnel ne persiste pas au-delà de six mois. (au-de-là de 6 mois, on doit alors porter le diagnostic de TAG).

V. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

L'anxiété est un symptôme commun à bon nombre d'affections psychiatriques.

1. TROUBLE ANXIEUX / TROUBLE DÉPRESSIF

Devant des manifestations anxieuses un diagnostic doit être systématiquement évoqué, celui de la dépression (en particulier la dépression masquée). Le diagnostic se pose, là encore, d'autant plus souvent que la comorbidité anxiété- dépression est très fréquente :

- * la plupart des dépressions (50-70 %) s'accompagnent d'une symptomatologie anxieuse.
- * 20 à 30 % des anxieux souffrent également d'épisodes dépressifs.

La recherche d'une humeur dépressive (tristesse, perte de l'élan vital, diminution globale de l'activité générale et des processus intellectuels, perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituelles), d'un rythme circadien particulier des troubles (asthénie & insomnie matinale) étayera le diagnostic de dépression. Dans les états dépressifs mélancoliques, on retrouvera de plus les idées de culpabilité, d'autodépréciation, d'incurabilité et les idées suicidaires.

La distinction est d'autant plus importante que si les antidépresseurs sont efficaces dans certains troubles anxieux, les anxiolytiques n'ont, par contre, aucun effet sur les troubles dépressifs.

2. L'HYPOCHONDRIE

Une crainte persistante d'être atteint d'une maladie organique est un signe cardinal de l'hypocondrie, mais se rencontre aussi fréquemment parmi les sujets souffrant d'un trouble anxieux pouvant même constituer le **motif de la consultation médicale**. En effet, les multiples symptômes somatiques de l'anxiété (tachycardie, vertiges, etc.) peuvent être légitimement interprétés par le patient comme témoignant d'une affection organique.

Cependant, dans l'hypocondrie la crainte persistante d'être atteint d'une maladie organique a des caractéristiques propres qui permettent d'orienter le diagnostic :

- La crainte persiste malgré les examens complémentaires appropriés et rassurants.
- L'hypocondriaque est déçu par la négativité d'un examen complémentaire (à l'inverse de l'anxieux qui est rassuré même temporairement).
- Les symptômes dont se plaint le patient sont difficiles à objectiver par un examen clinique et sont souvent décrits de manière vague (ex. « Les veines douloureuses », « le cœur fatigué » « une gêne abdominale diffuse »).
- La plainte apparaît disproportionnée par rapport à la maladie redoutée (toux occasionnelle interprétée comme signe d'un cancer du poumon).

3. ÉTAT ANXIEUX ET PATHOLOGIE PSYCHOTIQUE

L'anxiété est rarement absente dans les tableaux de psychoses. Elle peut être liée soit :

- à un vécu de dépersonnalisation que l'on retrouve chez le schizophrène particulièrement dans la phase de début de la maladie. Typiquement ce sentiment de dépersonnalisation du schizophrène est lié à vécu d'angoisse de morcellement.
- à un vécu délirant et dans ce cadre, c'est le thème de persécution qui induit le plus d'anxiété, car le sujet persécuté a tout simplement peur pour sa vie, celle de son entourage, etc.

VII. LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES ET LEURS INDICATIONS

1. LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Deux types de chimiothérapies sont indiqués dans les troubles anxieux. Les benzodiazépines et les antidépresseurs. Le choix de l'un ou de l'autre ou encore d'une association est fonction de l'indication. Les psychothérapies occupent dans certains cas une place importante dans le traitement.

1.1. LES BENZODIAZÉPINES

Elles restent le traitement de choix de l'**attaque de panique**. Dans le **Trouble anxieux généralisé** et dans l'**État de stress post-traumatique** leur indication est légitime, mais il apparaît préférable d'avoir recours à des antidépresseurs efficaces dans cette indication en raison de leur meilleure tolérance.

Les principaux inconvénients des benzodiazépines sont liés à leur effet sédatif et au risque de dépendance.

1.2. LES ANTIDÉPRESSEURS :

Les antidépresseurs tricycliques, IMAO, IRS et IRSNA sont particulièrement indiqués dans :

* le Trouble Panique avec ou sans agoraphobie

* le TOC

* le Trouble phobique, surtout l'agoraphobie.

1.3. LES BÊTABLOQUANTS sont particulièrement efficaces dans les troubles anxieux à expression somatique et dans les phobies sociales.

1.4. LES THÉRAPIES COGNITIVO COMPORTEMENTALES trouvent une indication de choix dans les troubles anxieux, en particulier l'agoraphobie, les Troubles phobiques et le TOC :

1.5. LES PSYCHOTHÉRAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUES trouvent une indication classique dans les troubles phobiques. Dans les troubles obsessionnels compulsifs, elles s'avèrent souvent difficiles et leurs résultats souvent aléatoires.

1.6. En dehors des psychothérapies structurées qui restent du ressort des spécialistes, une **PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN** est essentielle dans la prise en charge de l'anxieux. En effet, si les médicaments sont nécessaires pour soulager efficacement les troubles anxieux, le plus important est d'amener, dans le cadre d'une relation médecin-malade de bonne qualité, par la disponibilité, l'écoute bienveillante et la neutralité, l'anxieux à dépasser le registre de l'expression somatique de son angoisse pour la verbaliser et lui donner à la fois un contenu et une origine. L'anxiété n'est, en effet, trop souvent que le témoin de difficultés existentielles, d'un mal-être indicible, une quête de réconfort à défaut d'assistance. Tout cela, le praticien peut le donner à condition d'en avoir la bonne volonté.

2. LES INDICATIONS :

2.1. ATTAQUE DE PANIQUE :

En raison du caractère paroxystique des manifestations anxieuses, on utilisera dans cette indication des benzodiazépines à délai d'action rapide :

- Diazépam (Valium) 10 mg

- Clorazépate (Tranxène) 10 à 20 mg.

Il faut savoir que pour ces deux molécules l'absorption par voie orale est plus rapide et plus complète comparée à celle obtenue par voie IM. Néanmoins, on préférera parfois la voie IM en raison de son impact psychologique.

2.2. LE TROUBLE PANIQUE

Le Trouble panique se caractérise, du point de vue pharmacologique, par sa sensibilité aux antidépresseurs et sa relative résistance aux BDZ, à l'exception (controversée) des triazoloBDZ, comme l'alprazolam.

* Si les benzodiazépines sont efficaces dans le traitement de l'attaque de panique et de l'anxiété anticipatoire, leur prescription au long cours ne permet pas, en effet, de prévenir la récurrence des attaques de panique.

* **Le traitement préventif** repose en première intention sur certains antidépresseurs notamment les IRS : Paroxétine (Deroxat® 20 à 40 mg/j), Sertraline (Zoloft® 50 à 100 mg/j), escitalopram (Seroplex® 10 à 20 mg/j).

Les antidépresseurs tricycliques type clomipramine (Anafranil®) sont également efficaces, mais leurs posologies sont très variables en fonction des individus (De 25 à 200 mg/j).

Le traitement doit être maintenu durant **six mois**. Le délai d'action est de 8 à 12 Semaines.

* Au traitement chimiothérapique, on pourra associer une thérapie cognitivo comportementale : Relaxation et restructuration cognitive.

2.3. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE & ANXIÉTÉ RÉACTIONNELLE :

L'anxiété généralisée est l'indication d'un traitement par certains antidépresseurs efficaces dans cette pathologie. Il s'agit de l'escitalopram (5 à 20 mg/j), de la paroxétine (20 à 40 mg/j), de la venlafaxine (75 à 150 mg/j).

Les anxiolytiques de type benzodiazépinique trouvent ici également leur indication. Il faut savoir que dans ce trouble, l'anxiété est en général permanente au cours de la journée avec, le plus souvent, une recrudescence vespérale. Ces caractéristiques cliniques orienteront le choix vers une Benzodiazépine à demi-vie longue en prise unique le soir : Tranxène 10 à 30 mg/j, Lysanxia 10 à 40 mg/j. Il est nécessaire de revoir le patient au bout de 5 à 7 jours pour évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement.

Il faut savoir que le principal risque lié à la prescription des BDZ est celui de la dépendance ; les facteurs de risque en sont la prescription prolongée, les posologies élevées et les antécédents d'abus d'alcool ou de substances psychoactives.

Il est ainsi recommandé de limiter la durée de leur prescription en ne dépassant pas 08 semaines et en cas de nécessité, de favoriser la modulation de la posologie en fonction des besoins.

Si l'anxiété est réactionnelle à un facteur de stress passager, on aura recours à la prescription transitoire de benzodiazépines et on arrêtera le traitement progressivement en général au bout de 3 à 4 semaines.

La buspirone (Buspar 15 à 30 mg/j), anxiolytique non benzodiazépinique, peut être une alternative intéressante aux BDZ. Elle présente l'avantage d'une absence d'effets sédatifs et de dépendance. Ses inconvénients sont liés à une puissance d'action moindre par rapport aux BDZ, un délai d'efficacité de 15 à 20 jours et une inefficacité relative chez les patients ayant déjà reçu des BDZ.

Sur le plan des psychothérapies :

L'association d'une thérapie comportementale, de type relaxation, qui permettra en particulier de limiter le recours à la chimiothérapie, peut être indiquée.

Les psychothérapies d'inspiration analytique peuvent également être indiquées dans l'anxiété généralisée en particulier s'il existe un trouble de la personnalité associé.

Une psychothérapie de soutien doit toujours être associée à la prescription chimiothérapique : encouragement de la verbalisation, rassurement et éventuellement conseils pour aider le patient à faire face aux difficultés auxquelles il est confronté.

2.4. LES TROUBLES PHOBQUES ET OBSESSIONNELS COMPULSIFS

- La chimiothérapie :

- * Les tranquillisants sont indiqués pour lutter contre l'anxiété associée aux troubles phobiques et obsessionnels.
- * Les B- bloquants sont essentiellement indiqués dans la phobie sociale et l'anxiété de performance (20 à 60 mg/j).
- * Les antidépresseurs :

Dans le trouble agoraphobique, on aura recours aux mêmes antidépresseurs que ceux indiqués dans le trouble panique. La durée du traitement est d'au moins 6 mois.

Les antidépresseurs indiqués dans la phobie sociale sont constitués de : Paroxétine (20 à 40 mg), escitalopram (5 à 20 mg), Venlafaxine 75 mg.

Un certain nombre d'antidépresseurs s'avèrent particulièrement efficaces dans les troubles obsessionnels compulsifs, mais à des posologies généralement supérieures à celles nécessaires dans la dépression. Il s'agit de ;

Clomipramine 150 à 250 mg/j, Fluoxétine 20 à 80 mg/j, Paroxétine 20 à 60 mg/j, Sertraline (50 à 200 mg/j) et de l'escitalopram (20 mg/j). La durée du traitement est variable selon qu'il y ait ou non une psychothérapie associée.

- Les thérapies comportementales et cognitives sont souvent associées au traitement chimiothérapique :

- * Désensibilisation systématique et exposition graduée in vivo dans les troubles phobiques.
- * Exposition avec prévention de la réponse dans les troubles obsessionnels compulsifs (surtout dans les formes où prédominent les compulsions).
- * Techniques d'affirmation de soi dans la phobie sociale.

- La psychothérapie analytique est également indiquée dans les troubles phobiques. Les troubles obsessionnels compulsifs représentent une indication plus discutée.

2.5 L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

Le traitement est avant tout préventif (+++) et doit être entrepris dans les suites immédiates (les premiers jours) du traumatisme. Son but est d'aider le patient à verbaliser tout son vécu émotionnel en rapport avec le traumatisme. De cette manière on fait revivre le traumatisme, permettant ainsi une décharge des émotions (catharsis), mais dans un climat de réassurance.

Une fois l'ESPT constitué, la prise en charge thérapeutique devient plus difficile : le traitement repose sur une prise en charge chimiothérapeutique associant le plus souvent une BDZ et un antidépresseur sédatif (Amitriptyline : Laroxyl® 50 à 250 mg/j en particulier). Certaines études préconisent aussi les antidépresseurs type IRS (Paroxétine 20 à 40 mg/j,

Les techniques cognitivo-comportementales sont également indiquées.

CONCLUSION

Les troubles anxieux représentent le trouble mental le plus fréquent en pratique médicale. Il est important de faire un diagnostic étiologique précis, car l'attitude thérapeutique en dépend. L'éventail des mesures thérapeutiques s'est considérablement étendu au cours des deux dernières décennies et ne saurait donc, aujourd'hui, se limiter à la seule prescription de tranquillisants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1-H.I.Kaplan, B. J.Sadock; Synopsis de psychiatrie; Sciences du comportement Psychiatrie clinique. Editions Pradel.
-Manuel de Psychiatrie.JDI Guefy, F Rouillon.Editions Masson.2007.

ANNEXES

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES AD DANS LES TROUBLES ANXIEUX.

INDICATIONS	BDZ	ADS	Observations
AP	BDZ à absorption orale rapide ou IM	Non	
TP	associer les BDZ aux ADS surtout au début du traitement	Deroxat 20 à 60 mg Zoloft 50 à 100 mg Seroplex 10 à 20 mg Anafranil 30 à 200 mg/j	Augmenter très progressivement les doses d'ADS++
TAG	BDZ à demi-vie longue	Deroxat 20 à 40 mg Seroplex 5 à 20 mg Effexor 75 mg	
T. Phobique Agora P. sociale P. simple	en association avec ADS en association avec ADS Bêta bloquant ++ Non	ADS ADS type IMAO Non	
TOC	en association avec ADS	Deroxat 20 à 60 mg/j Prozac 20 à 60 mg/j Seroplex 10 à 20 mg Zoloft 50 à 200 mg Anafranil 150 à 250 mg/j	Augmenter progressivement les doses d'ADS++
ESPT	en association avec ADS	Elavil 50 à 250 mg Deroxat 20 à 40 mg	
Anxiété Réactionnelle	BZD		

DONNEES ETIOPATHOGENIQUES

1. Les données génétiques

Les facteurs familiaux et/ou génétiques semblent jouer un rôle important dans le déterminisme des troubles anxieux, en particulier le Trouble panique comme le montrent l'augmentation du risque de survenue d'un Trouble panique chez les apparentés de premier degré d'un sujet atteint (15/20 %) et la plus grande concordance diagnostique chez les jumeaux homozygotes.

2. Les données biologiques

Les approches biologiques de l'anxiété ont comme point de départ le **déclenchement de crises d'angoisse par différentes substances** :

- * la perfusion d'une solution de lactate de NA provoque des attaques de panique chez 70 % des sujets qui en présentent spontanément et 10 % des sujets qui en sont indemnes. La symptomatologie des crises provoquées est comparable à celle des crises spontanées.
- * l'inhalation de CO₂ déclenche également des attaques de panique. Les perfusions de lactate augmentant le taux des bicarbonates dans le cerveau, l'hypothèse d'une hypersensibilité au CO₂ a été avancée; le gaz carbonique pourrait stimuler les chémorécepteurs de certaines zones cérébrales, conduisant ainsi à l'attaque de panique.
- * une consommation de caféine supérieure à 10 tasses par jour entraîne une symptomatologie anxieuse. Il a été montré que les patients présentant des attaques de panique étaient plus réactifs que des sujets témoins à la prise de caféine; l'hypothèse avancée pour expliquer les effets de la caféine est un antagonisme des récepteurs aux BDZ et à l'adénosine, ce qui mettrait en cause le système neuronal dans lequel intervient cette substance.

Les systèmes cérébraux impliqués :

- * **le système NA** : certaines études impliquent le système NA dans la genèse des troubles anxieux, et en particulier, le locus coeruleus qui contient la majorité des neurones NA. Des expériences sur l'animal ont montré que la stimulation électrique de cette zone entraîne un comportement de panique. Chez l'homme, la yohimbine, antagoniste des récepteurs alpha₂-adrenergiques, déclenche également des attaques de panique. De ces travaux est née la théorie d'une hyperactivité du locus coeruleus chez les sujets anxieux. Il est démontré, par ailleurs, que le propranolol et les BDZ diminuent l'activité du locus coeruleus. Il en est de même de l'administration chronique d'AD tricycliques.
- * **les récepteurs aux BDZ** : la mise en évidence, en 1977, de récepteurs spécifiques aux BDZ dans le cerveau de l'homme a apporté une nouvelle dimension à la compréhension du mode d'action des anxiolytiques et de la pathogénie de l'anxiété.

Ces récepteurs, nombreux au niveau du cortex cérébral et cérébelleux, dans le lobe limbique, les noyaux gris centraux, le tronc cérébral, sont couplés au récepteur du GABA dont ils modulent la sensibilité, renforçant ainsi l'activité inhibitrice de ce neuromédiateur sur les neurones sérotoninergiques et cholinergiques. Des travaux sont en cours pour identifier les éventuels ligands endogènes de ces récepteurs et détecter dans la pathologie anxieuse des perturbations possibles de leur métabolisme ou de leur sécrétion.

3. Les données psychologiques

- * les théories de l'apprentissage postulent que l'angoisse est un comportement acquis par conditionnement : l'anxiété peut s'associer à des expériences effrayantes puis se déplacer sur d'autres stimuli ou par identification et imitation de modes d'anxiété existants chez les parents.
- * les théories psychanalytiques font de l'angoisse un signal d'alarme devant le danger provoqué par les exigences pulsionnelles et qui mobilise la mise en œuvre de mécanismes de défense pour la contrôler.

ÉVALUATION FORMATIVE

1- Une jeune Femme de 23 ans présente brutalement une crise d'angoisse aiguë marquée par une tachycardie, une sensation de boule dans la gorge, de sensation d'oppression thoracique, de sensation de mort imminente et de sensation de perte de contrôle. L'examen physique est strictement normal.

a / Quel est votre diagnostic ?

b/ Quel traitement préconisez vous en urgence ?

2- Définissez les compulsions :

3- Citez 3 diagnostics différentiels de l'attaque de panique.

4- Cochez les réponses justes : La phobie sociale se caractérise par :

A- La peur des insectes.

B- L'évitement des endroits clos.

C- Des crises convulsives.

D- La peur d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et dans laquelle il craint d'agir de façon humiliante.

5- Cochez les réponses justes : La phobie sociale est caractérisée par la peur :

A- De parler en public

B- De participer à des réunions ou à une soirée,

C- des examens

D- des animaux

E- Des voisins.

6- Citez 3 types de phobies spécifiques.

7-Une femme de 35 ans consulte pour des conflits avec son mari et ses enfants. Elle passe toute la journée à nettoyer la maison. Elle présente une dermatose irritative, car elle nettoie tout avec des détergents, lave ses mains plusieurs fois à chaque fois qu'elle touche quelque chose ou qu'elle salue quelqu'un. Elle est consciente de son problème, mais ne peut s'empêcher de recommencer les mêmes gestes jusqu'à l'épuisement... L'examen neurologique est normal.

a/ A quel diagnostic pensez-vous ?

b/ Quel traitement biologique préconisez-vous. ? (DCI et dose).

8- Cochez la réponse juste : La phobie est caractérisée par :

- A- la peur d'un objet dangereux
 - B- la peur d'une situation dangereuse
 - C- la peur d'un objet ou d'une situation dangereuse
 - D- l'évitement de l'objet phobogène
 - E- Aucune des réponses n'est juste.
-

9- Cochez les réponses justes : Les obsessions

- A- sont des idées, des pensées, des représentations qui s'imposent au sujet et assiègent son fonctionnement psychique
 - B- ne sont pas critiquées par le patient
 - C- proviennent de sa propre activité mentale
 - D- sont source d'anxiété
 - E- toutes les réponses sont justes
-

10- Cochez les réponses justes : La crise d'angoisse aiguë

- A- est de survenue brutale.
 - B- dure plusieurs jours en moyenne
 - C- impose l'élimination d'une pathologie organique sous-jacente
 - D- se caractérise par une perte de connaissance
 - E- justifie l'hospitalisation urgente en milieu psychiatrique
-

11-Un état de stress post-traumatique se caractérise par :

- A-Des flash-back de l'événement traumatisant
 - B-Des comportements d'évitement
 - C-Des troubles du sommeil
 - D-une réapparition des troubles après un intervalle libre de symptômes
 - E-La possibilité de sa survenue après n'importe quel type d'évènements traumatisant.
-

12- Décrivez 2 circonstances de phobie sociale

13- Cochez les réponses justes : Le traitement de la névrose obsessionnelle se base sur :

- A-Les antidépresseurs
 - B-Les thérapies cognitives et comportementales.
 - C-Les neuroleptiques.
 - D-La suggestion.
 - E-Toutes les réponses sont justes.
-

LES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES : DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir le trouble de la personnalité
2. Distinguer une personnalité normale d'une personnalité pathologique
3. Différencier les personnalités pathologiques des troubles mentaux
4. Identifier les caractéristiques cliniques des principales personnalités pathologiques
5. Citer les complications d'un trouble de la personnalité
6. Énoncer les principes de l'abord psychologique d'un patient souffrant d'un trouble de la personnalité
7. Préciser les principes de la prise en charge d'un trouble de la personnalité.

PLAN

1. Définitions et généralités
2. La personnalité hystérique ou histrionique
3. La personnalité obsessionnelle compulsive
4. La personnalité paranoïaque
5. La personnalité schizoïde
6. La personnalité psychopathique ou antisociale
7. La personnalité borderline ou limite
8. Autres types de personnalités pathologiques
9. La conduite à tenir

1. DEFINITION ET GENERALITES :

La personnalité est définie comme le résultat, chez un sujet, de l'intégration dynamique de composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles.

L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité (ou traits de caractère) qui désignent des modalités durables d'entrer en relation avec autrui, de percevoir et de penser son environnement et soi-même.

Elle détermine la manière d'être au monde d'un sujet selon ses pensées, ses sentiments et ses comportements.

Les traits de personnalité constituent des troubles lorsqu'ils sont rigides, inadaptés et responsables d'une souffrance subjective ou d'une altération significative du comportement (social ou professionnel).

Il faut distinguer les symptômes caractéristiques des différentes pathologies psychiatriques, des traits de personnalité pathologique par le fait que ces derniers sont :

- apparents dès le début de l'âge adulte
- durables
- stables dans le temps et dans différentes situations
- indépendants des effets d'une substance ou d'une pathologie organique.

La classification internationale des maladies mentales dans sa dixième version (CIM-10) définit les personnalités pathologiques comme étant : « des modalités de comportements profondément enracinées et durables consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée ».

Dans le DSM IV-R (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) : les troubles de la personnalité sont divisés en 3 groupes :

Type A : Paranoïaque, schizoïde et schizotypique
Type B : Antisociale, borderline, histrionique et narcissique
Type C : Évitante, dépendante et obsessionnelle compulsive

En revanche, la présence d'un trouble de personnalité est un facteur aggravant lorsqu'il est associé à un trouble psychique.
De plus, certains troubles de la personnalité favorisent l'apparition ultérieure de véritables pathologies psychiatriques.

Le but de ce cours n'est pas de dresser une liste exhaustive des différentes personnalités pathologiques, mais de faire connaître les grands traits de caractère des principaux troubles de la personnalité, d'identifier leurs modalités évolutives et de connaître les principes de la prise en charge d'un sujet souffrant de troubles de la personnalité.

L'étude des personnalités pathologiques s'est appuyée sur deux approches :

- Une approche dite dimensionnelle, qui consiste à caractériser la personnalité d'un sujet selon un répertoire de traits de personnalité (dimensions) plus ou moins accusés : un individu peut ainsi être plus ou moins impulsif, introverti, dépendant, etc.
- Une approche dite catégorielle, qui consiste à définir plusieurs types de personnalités pathologiques et à rechercher si un sujet donné présente ou non les caractéristiques d'un (ou de plusieurs) de ces types. Cette approche est celle de la clinique psychiatrique et de la CIM-10.

2. LA PERSONNALITÉ HYSTÉRIQUE OU HISTRIONIQUE :

2.1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- 2 à 3 % en population générale.
- 10 à 15 % des consultants en psychiatrie.
- Fréquence : femme > homme.

2.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES :

- Histrionisme : trait central : désir de paraître, être le point de mire des regards d'autrui, s'accompagne de théâtralisme et de dramatisation.
- Tendance à l'érotisation des rapports à autrui avec superficialité des affects. L'interaction avec autrui est perturbée, fondée sur des rapports de séduction inappropriés ou franchement incongrus.
- L'expression émotionnelle est exagérée, souvent changeante rapidement. La réactivité émotionnelle est parfois très spectaculaire avec une intense traduction neurovégétative. On note un certain degré d'impulsivité.
- L'hystérique est suggestible et mythomane (on note la prépondérance d'un mode de pensée imaginaire). Il n'y a pas de distorsion dans la perception de la réalité, mais la fantaisie voire la fixation amoureuse à des personnages inaccessibles est souvent présente.

L'objet réel déçoit, c'est pourquoi la vie relationnelle de l'hystérique est marquée par des crises, des ruptures accompagnées de saut d'humeur.

- La sexualité est souvent peu investie, évitée, parfois émaillée de troubles, au bénéfice de relations souvent multiples et superficielles.
- On note un certain degré de dépendance affective. En effet, au travers de cette multiplication des rapports, de cette quête affective, l'hystérique est en recherche permanente de reconnaissance, ce qui la rend hypersensible aux éventuelles frustrations et au regard de l'autre.

2.3. ÉVOLUTION :

A. ÉVOLUTION FAVORABLE :

- **avec l'âge** : atténuation des traits et des manifestations comportementales
- **tendance à la sublimation outrancière** : investissement dans des œuvres caritatives, activités bénévoles, adoption d'enfant

B. COMPLICATIONS :

- dépression (avec risque de passage à l'acte suicidaire)
- anxiété
- conversions hystériques (névrose hystérique)
- somatisation (troubles somatoformes)
- addictions (pharmacodépendance aux psychotropes, alcool)
- retentissement socioprofessionnel

REMARQUE : l'aspect caricatural peut s'accroître avec l'âge.

3. LA PERSONNALITE OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE :

3.1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- 1 % de la population générale.
- à 10 % parmi les patients de consultation psychiatrique.
- Fréquence deux fois plus importante chez les hommes par rapport aux femmes.

3.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES :

La quête de la perfection et de l'ordre, le respect des règles et des valeurs, et l'importance accordée aux détails représentent les traits caractéristiques de la personnalité obsessionnelle compulsive.

Les sujets s'avèrent peu originaux, peu spontanés, austères et intransigeants. L'investissement professionnel est grand, perfectionniste et routinier, tolérant peu le changement et les initiatives imprévues.

Les relations sont souvent conflictuelles, tant dans le domaine professionnel que familial. Les personnalités obsessionnelles compulsives ont du mal à prendre des initiatives et des décisions, n'acceptant ni les compromis ni le conseil des autres qui doivent se soumettre à leur avis autoritaire. Ils sont toutefois désireux de plaire aux personnes qu'ils estiment d'un pouvoir supérieur, et gèrent les exigences de ces personnes de manière autoritaire. Leur crainte de commettre des fautes les rend indécis pour prendre des décisions.

Leur vie sociale est relativement pauvre, même si des mariages stables et une aptitude professionnelle sont possibles. Toute entrave au fonctionnement quotidien est susceptible de provoquer des angoisses et des difficultés d'adaptation, perturbant les habitudes et les règles de ces sujets.

La personnalité obsessionnelle compulsive peut ainsi se résumer en :

- une préoccupation excessive pour les détails, l'organisation, au risque de perdre de vue le but de l'activité
- un perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches
- une rigidité et un entêtement
- une avarice
- une réticence à déléguer des tâches
- une dévotion excessive pour le travail avec une scrupulosité extrême, une méticulosité et un souci excessif de la productivité aux dépens de son propre plaisir et des relations personnelles.

3.3. ÉVOLUTION :

A. ÉVOLUTION :

- variable et imprévisible
- personnalité stable
- existence socialement pauvre et ritualisée
- l'obsessionnel s'avère un très bon exécutant, retrouvé souvent aux côtés des instances dirigeantes (« bras droit »).

B. COMPLICATIONS :

- manifestations anxieuses
- décompensations dépressives
- préoccupations hypocondriaques
- TOC (trouble obsessionnel compulsif) ou névrose obsessionnelle

4. LA PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE :

4.1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- 0.5 à 2.5 % de la population générale.
- 2 à 10 % des consultants en psychiatrie.
- consultent rarement spontanément

4.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES :

- Hypertrophie du Moi (trait central) avec orgueil, sentiment de supériorité, certitude d'avoir raison, mépris, intolérance et psychorigidité (notamment au niveau du raisonnement).
- Méfiance qui peut aller du sentiment d'être incompris, mésestimé à l'interprétation malveillante des actes d'autrui.
- Fausseté du jugement responsable d'interprétations erronées qui forment la trame d'un véritable système délirant de persécution ou de grandeur.
- Inadaptation sociale : elle est la conséquence des difficultés relationnelles tant sur le plan professionnel que familial. Cette inadaptation se traduit habituellement par un isolement social et affectif.

4.3. ÉVOLUTION :

A. ÉVOLUTION :

- désir exagéré d'être autonome
- rigidité, froideur
- difficultés relationnelles familiales et professionnelles
- isolement social progressif (individu souvent retrouvé dans des groupes fermés, des sectes, des confréries...)

B. COMPLICATIONS :

- actes médico-légaux (contexte délirant) avec risque suicidaire important
- épisodes dépressifs majeurs
- psychose paranoïaque (délire interprétatif, délire passionnel, délire de revendication)

5. LA PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE :

5.1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- Rare en pratique clinique.
- Homme > femme.
- Plus fréquente chez les parents des sujets présentant une schizophrénie

5.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES :

- Pauvreté des relations émotionnelles avec incapacité à éprouver du plaisir
- Sujet solitaire n'arrivant pas à éprouver de satisfactions dans les relations avec autrui qu'elles soient amicales ou intimes (désinvestissement de la sexualité), d'où l'absence de confident ou d'ami proche (en dehors parfois de la famille).
- Froideur, émoussement affectif, difficulté à exprimer ses sentiments (colère, amour), passivité.
- Intérêt réduit pour les relations sexuelles.
- Aucune réelle satisfaction dans la réalisation d'activité.

5.3. ÉVOLUTION :

- Relative stabilité de ce type de personnalité.
- Évolution habituellement chronique.
- Possible mode d'entrée dans la schizophrénie.

6. LA PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE OU ANTISOCIALE :

6.1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- Prévalence en population générale : 3 % des hommes, 1 % des femmes.
- En population de patients psychiatriques : 3 à 30 % selon la nature des groupes étudiés.
- Taux encore plus élevé dans les centres de traitement : toxicomanie, prison, contextes médico-légaux.

6.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES :

- Inadaptabilité : impossibilité de se conformer aux normes sociales, d'où la multiplication d'actes répréhensibles (médico-légaux).
- Impulsivité : troubles du comportement : le psychopathe est en général incapable de différer l'accomplissement de sa demande de son désir et de tirer expérience de son comportement passé.
- Instabilité dans les relations sociales avec tendance à tromper par profit ou par plaisir, mensonges répétés.
- Irritabilité voire agressivité avec parfois quelques éléments pervers dans le plaisir de faire mal.
- Inaffectivité apparente, traduite par une absence de remords, une indifférence après avoir blessé, maltraité ou volé.

6.3. ÉVOLUTION :

A. ÉVOLUTION :

- biographie du psychopathe souvent caractéristique, débute à l'adolescence par des troubles des conduites et s'exprime pleinement après l'âge de 18 ans;
- multiples passages à l'acte (tentative de suicide, automutilations, actes hétéros agressifs...);
- trajectoire faite de ruptures, d'actes illégaux, de délinquance;
- tendance incessante à la récidive : cette inadaptabilité sociale le conduit à de nombreuses incarcérations ou séjours en milieu psychiatrique;
- atténuation progressive de l'instabilité et de l'impulsivité avec l'âge.

B. COMPLICATIONS :

- particulièrement après 40 ans, on note une diminution des passages à l'acte avec parallèlement apparition de manifestations anxieuses, de fixations hypocondriaques voire de véritables états dépressifs;
- décès en raison des conséquences de leurs actes (toxicomanie, alcoolisme, acte violent...).

7. LA PERSONNALITÉ LIMITE OU BORDERLINE :

7.1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

- 2 % de la population générale.
- 10 % des individus vus en consultation psychiatrique.
- 20 % des individus hospitalisés en psychiatrie.

7.2. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES :

La personnalité limite est caractérisée par un polymorphisme important des manifestations cliniques. Aucune de ces manifestations n'est spécifique, mais l'alternance et l'accumulation des symptômes doivent faire évoquer le diagnostic :

- L'instabilité, marquée sur le plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, associée à une impulsivité peut toucher de nombreux domaines :
 - conduites addictives (alcool, drogues, troubles des conduites alimentaires)
 - conduites automobiles dangereuses
 - conduites sexuelles déviantes (parfois de type pervers)
 - comportements autodestructeurs
- Les répétitions de menaces ou d'actes suicidaires voire d'automutilations qui sur le moment amènent un sentiment de satisfaction directe.
- L'angoisse de fond est majeure et permanente avec un sentiment chronique de vide ou de « manque ».
- Perturbation de l'identité, de l'image de soi.
- Crises d'angoisse aiguë pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation.
- Syndrome dépressif chronique avec désespoir, sentiment d'ennui, associé à une instabilité affective et une réactivité intense de l'humeur pouvant donner des brefs épisodes d'excitations voire des colères intenses et inappropriées.
- Abandonnisme : peur de la solitude avec effort pour éviter les abandons. Difficulté de positionnement par rapport aux autres avec alternance d'idéalisation et de rejet.
- Possibles symptômes psychotiques avec idéation persécutoire.

7.3. ÉVOLUTION :

A. ÉVOLUTION :

- souvent longue et chronique
- actes médico-légaux
- stabilité

B. COMPLICATIONS :

- dépression avec passage à l'acte auto et hétéro agressif et risque suicidaire important
- abus de substances psycho actives, alcoolisme, conduites boulimiques, troubles de conduites sexuelles
- véritables épisodes psychotiques aigus notamment lors d'accès d'angoisse aiguë avec vécu délirant persécuteur.

8. AUTRES TYPES DE PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES :

8-1) LA PERSONNALITÉ SCHIZOTYPIQUE :

- Largement retrouvée dans les familles de patients atteints de schizophrénie
- Caractérisée par la présence de croyances bizarres ou de pensées magiques influençant le comportement, d'idées de référence, de perceptions corporelles inhabituelles, d'idéations méfiantes ou persécutoires
- La vie affective est pauvre avec une anxiété excessive en situation sociale et des comportements excentriques
- les relations interpersonnelles sont pauvres
- 55 à 70 % des patients développeront une schizophrénie (forme d'entrée)
- Le trouble reste stable pendant toute la vie
- Complications : dépression, symptômes psychotiques en cas de stress, tentative de suicide.

8-2) LA PERSONNALITÉ NARCISSIQUE :

- 1 % en population générale et 2 à 16 % en population clinique
- Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance, pense être « spécial » et unique, a un besoin excessif d'être admiré, pense que tout lui est dû, manque d'empathie
- Le narcissique est absorbé par des fantasmes de succès illimité, de pouvoir, de beauté ou d'amour idéal. Il exploite l'autre dans les relations interpersonnelles et fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains
- Évolution chronique émaillée de complications dépressives et de difficultés relationnelles et parfois des troubles sexuels, un abus d'alcool et de drogues.

8-3) LA PERSONNALITÉ DÉPENDANTE :

- 2 à 4 % en population générale et 21 % chez les patients hospitalisés en psychiatrie
- Caractérisée par la préoccupation par la peur d'être abandonnée, une capacité réduite à prendre des décisions sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui, un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul de peur de ne pouvoir se prendre en charge
- Le sujet encourage autrui à prendre la plupart des décisions importantes à sa place une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont il dépend
- Évolution : comorbidité importante avec la dépression, la phobie sociale, l'alcoolisme et d'autres troubles de la personnalité surtout évitante et limite et une surmortalité par suicide

8-4) LA PERSONNALITÉ ÉVITANTE :

- 1 à 10 % en population générale
- Caractérisée par une perception de soi comme socialement incompétent, sans attrait, inférieur, une préoccupation excessive par la crainte d'être critiqué et rejeté, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts avec autrui de peur d'être critiqué, rejetée et un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension
- Évolution compliquée surtout de la phobie sociale
- Dans un contexte familial ou professionnel favorable, les patients sont tout à fait capables de fonctionner de façon adaptée. En cas de difficultés relationnelles, ils sont très sensibles à la dépression et à l'anxiété.

9. LA CONDUITE À TENIR :

Il n'y a pas de conduite à tenir standard devant une personnalité pathologique.

En pratique, un caractère pathologique ne constitue que rarement un motif de consultation.

Certains sujets de personnalité névrotique peuvent consulter parce qu'ils souffrent de leur caractère ou parce qu'ils font souffrir leur entourage. Dans ce cas, ils doivent être confiés à un psychothérapeute afin, de les aider à prendre conscience des motifs profonds et souvent inconscients de leur comportement.

Les sujets à personnalité psychopathique sont souvent poussés par leur famille à voir le médecin. Ils ne sont pas toujours conscients du caractère morbide de leurs conduites. Quand ils consultent seuls, il y a souvent un caractère utilitaire c'est le cas du psychopathe ayant commis un délit et qui consulte un médecin allégeant des doléances inauthentiques. Dans ces cas il faut être vigilant et ne pas se laisser influencer et donner des ordonnances et autres attestations médicales constituant ainsi un antécédent médical pouvant servir d'alibi devant la justice.

Par ailleurs, tout médecin est amené à voir des sujets de personnalité pathologique parmi les patients consultants pour des affections organiques. Il doit être sensible, bienveillant, disponible pour écouter, mais jamais complaisant. En effet, l'anxiété toile de fond de toutes les personnalités pathologiques, est majorée par les maladies somatiques. Compatir avec ces patients est le meilleur soutien qu'un médecin puisse apporter à son patient.

Enfin, ces patients sont parfois examinés à l'occasion de décompensations psychiatriques. Dans ce cas le médecin est face à un malade qui présente des symptômes et non plus des traits de caractère. La conduite est fonction du tableau clinique et souvent l'affaire du spécialiste au moins à la phase aiguë des troubles.

Les résultats de l'évaluation des effets des médicaments dans les troubles de la personnalité peuvent être regroupés en fonction des trois grands groupes de personnalités pathologiques tels qu'ils sont définis dans le DSM IV-R. Concernant les personnalités anxieuses (cluster C), des études ponctuelles montrent un effet favorable des antidépresseurs sur certaines dimensions de la personnalité obsessionnelle compulsive, sur la personnalité évitante, ainsi que sur des dimensions d'inhibition et d'anxiété-trait qui semblent surtout sensibles aux produits sérotoninergiques. Les résultats sont rares concernant le cluster A des personnalités proches du spectre psychotique, même si plusieurs d'entre elles suggèrent l'intérêt de l'utilisation de certains neuroleptiques à faibles doses. En revanche, les études sont beaucoup plus nombreuses à propos des personnalités du cluster B, et notamment des personnalités antisociales et borderline. Plusieurs classes de molécules ont

été utilisées avec des résultats partiels sur les dimensions d'agressivité et d'impulsivité : le lithium, les bêtabloquants, la carbamazépine, le valproate, les neuroleptiques et plus récemment les antidépresseurs sérotoninergiques.

Le traitement de fond des troubles de la personnalité repose sur la psychothérapie dont le choix doit se faire en fonction des capacités du patient et de sa demande : psychothérapie de soutien, psychothérapie d'inspiration analytique, thérapie comportementale et cognitive (TCC), thérapie à médiation corporelle ou artistique. La prise en charge peut se faire en individuelle ou groupe...

Les troubles de la personnalité sont difficiles à traiter à cause du refus d'accepter la présence d'un problème et à cause de certains pessimismes chez les professionnels de la santé découlant d'un manque de succès dans leurs efforts antérieurs. Une psychothérapie individuelle et collective intensive combinée à des antidépresseurs et à des thymo-régulateurs, peut servir de remède au moins partiellement efficace pour certaines personnes. Les difficultés découlent de la persistance des symptômes et de leur effet négatif sur la relation thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 2) Gales O, Guelfi JD, Bayle F, Hardy P. Trouble de la personnalité. Question d'internat n° 286.
- 3) Guelfi JD. Les troubles de la personnalité. Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2002.
- 4) Guelfi J, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Masson, Paris, 2007.
- 5) Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin N. Psychiatrie. Presses Universitaires de France – PUF, 1993.
- 6) Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. J Pers Dis 2000; 14: 300-15.
- 7) Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement CIM 10. Ed Paris, Masson, 1993.

ÉVALUATION FORMATIVE

QCM :

1) La personnalité paranoïaque se caractérise par :

- A- L'hypertrophie du moi
- B- La méfiance
- C- La rigidité
- D- La suggestibilité
- E- L'intolérance à la frustration

2) La personnalité psychopathique se caractérise par :

- A- L'intolérance à la frustration
- B- Le passage à l'acte
- C- La soumission à la loi
- D- La méfiance
- E- La difficulté d'adaptation

3) Concernant la personnalité histrionique, une ou plusieurs propositions est (sont) vraies :

- A- La suggestibilité
- B- L'histrionisme
- C- La méfiance
- D- La tendance à l'érotisation des rapports
- E- La psychorigidité

4) Les traits de personnalité pathologique sont :

- A- Durables
- B- Stables dans le temps
- C- Dépendants des effets d'une substance
- D- Plus marqués chez les femmes
- E- Apparents dès le début de l'âge adulte

5) La personnalité limite se caractérise par :

- A- L'instabilité
- B- Des comportements autodestructeurs
- C- Des comportements addictifs
- D- L'hypertrophie du moi
- E- La dépendance affective

QROC

1) Citer trois complications de la personnalité limite

2) Identifier trois caractéristiques de la personnalité obsessionnelle compulsive

Réponses :
QCM n°1 : A, B, C
QCM n°2 : A, B, E
QCM n°3 : A, B, D
QCM n°4 : A, B, E
QCM n°5 : A, B, C, E

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1- Définir les troubles des conduites alimentaires
- 2- Etablir le diagnostic positif d'une anorexie mentale et d'une boulimie
- 3- Retrouver les principaux facteurs étiopathogéniques incriminés dans les TCA
- 4- Identifier les modalités évolutives et les complications de l'anorexie mentale et de la boulimie
- 5- Planifier la prise en charge des TCA

Mise à jour Juin 2022

I-INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires sont souvent graves, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le risque de mortalité est en effet multiplié par 7 à 9.

Le tableau est d'autant plus grave que ces troubles touchent des adolescents et des adultes jeunes et que la comorbidité psychiatrique est fréquente. La prise en charge doit être conçue de manière multidisciplinaire, incluant aussi bien le psychiatre, que le nutritionniste ou le somaticien.

On assiste de nos jours à une augmentation considérable de l'incidence des troubles des conduites alimentaires chez les 15-24 ans. L'incidence de la boulimie a ainsi été multipliée par 3 à 4. Celle de l'anorexie par 6 à 7.

Ces troubles sont de plus en plus médiatisés et semblent être renforcés par les idéaux socioculturels qui valorisent la maigreur et la perfection.

Le médecin généraliste (famille, scolaire...) joue un rôle clé dans le dépistage précoce de ces troubles avant que s'installent des complications irréversibles.

II-HISTORIQUE

Il semblerait que l'anorexie soit connue depuis l'antiquité. Avicenne au XI^e siècle en avait fait une première description clinique.

Mais le terme d'anorexie mentale revient à Huchard en 1883. Morton au XVII^e siècle en a fait la première description détaillée, qu'il avait appelée « compulsion nerveuse ». L'impératrice Sissi en aurait souffert.

La Boulimie est dérivée du grec « bous », le bœuf, et « limos », la faim. Dans l'Empire romain, manger puis se faire vomir était un comportement habituel, de ce fait, la boulimie n'a été considérée comme un phénomène pathologique, nécessitant des soins médicaux qu'à partir du XVIII^e siècle.

En 1932, Wulff l'a comparé à la toxicomanie et Russel en 1976 en fait la première description médicale. Depuis les études sur la boulimie ont été éclipsées au profit de l'anorexie. La princesse Diana d'Angleterre en aurait souffert...

III-DÉFINITIONS

Dans son comportement alimentaire, l'homme doit assurer :

- La couverture de ses besoins essentiels en effectuant un choix parmi une très grande variété d'aliments, tout en évitant les substances toxiques.
- Une alimentation de manière discontinue, alors que les dépenses sont permanentes.
- Le comportement alimentaire normal assure à travers un ensemble de conduites une triple fonction :
 - 1- énergétique et nutritionnelle répondant à des besoins
 - 2- hédonique (plaisir) d'ordre affectif et émotionnel
 - 3- symbolique : d'ordre psychologique, relationnel et culturel

Le comportement alimentaire normal participe ainsi à l'homéostasie interne et externe de l'individu, c.-à-d. au maintien d'un état de bien-être physique, psychique et social qui définit la santé

Les troubles des conduites alimentaires sont définis par des perturbations importantes et durables de la prise alimentaire, le plus souvent associés à d'autres comportements pathologiques

Les limites entre le normal et le pathologique doivent tenir compte :

- des aspects culturels
- du degré de perturbation des conduites
- des conséquences sur le plan somatique
- de l'altération de l'état psychologique
- de l'altération des relations sociales

Deux grandes catégories de perturbations peuvent être isolées : par excès ou par défaut.

1-TCA PAR DÉFAUT

A-L'ANOREXIE la diminution ou la perte de l'appétit. Elle peut être volontaire ou non, entraîner une perte de poids plus au moins importante et être renforcée par des vomissements provoqués

B-LA RESTRICTION ALIMENTAIRE OU L'ÉVITEMENT ALIMENTAIRE : conduites de restriction alimentaire pouvant entraîner une perte de poids et un déficit alimentaire mais sans perturbation de l'image du corps et n'entrant pas dans le cadre d'une anorexie mentale .

Les refus alimentaires conscients dans un contexte de revendication (grèves de la faim) ne font pas partie des TCA

2-TCA PAR EXCÈS

a- Les accès hyperphagiques ou Binge Eating Disorder : Survenue récurrente d'accès hyperphagiques ou crises de glotonnerie ou binge-eating sans sensation physique de faim avec une alimentation plus rapide que d'habitude jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale. Ces accès ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie.

b- La boulimie se caractérise souvent par une sensation de faim intense, souvent vécue dans l'angoisse et amenant le sujet à absorber rapidement une grande quantité de nourriture, sans faire de choix alimentaire, souvent en cachette.

3-LES CONDUITES ABERRANTES

a- Le mérycisme régurgitation des aliments avec rumination interminable

b- Le pica ingestion répétée de substances non nutritives : terre, savon...

4- AUTRES TCA

a- La coprophagie absorption d'excréments, souvent associée à des conduites de barbouillage

b- Les bizarreries alimentaires chez certains patients atteints de schizophrénies

IV-ÉPIDÉMIOLOGIE

1-ANOREXIE MENTALE

Prévalence : 1 % chez les adolescentes et les jeunes femmes. Prédominance féminine (le sexe ratio est de 1/10) chez les femmes). Le pic de survenue se situe entre 15 à 18 ans.

Les premières études étaient en faveur de la prédominance de la classe sociale favorisée, actuellement l'anorexie concernerait toutes les classes sociales (généralisation). Son incidence a été multipliée par trois durant les 30 dernières années.

2-BOULIMIE

Prévalence de 1 à 3 % chez les adolescents et les jeunes adultes. Elle est 4 à 5 fois plus fréquente chez les femmes, avec un pic de fréquence entre 18 et 20 ans. On retrouve assez souvent des antécédents familiaux dépressifs et additifs et des antécédents personnels de troubles de la personnalité de type borderline.

Les troubles des conduites alimentaires concernent préférentiellement certains milieux, notamment ceux où le corps occupe une place centrale (danse, mannequinat).

Les formes subcliniques des troubles des conduites alimentaires auraient une prévalence de 3 à 5 fois plus que les TCA avérés.

V-CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE

1-ANOREXIE MENTALE : FORME TYPIQUE

Elle touche l'adolescente 12 à 15 ans, en même temps qu'apparaissent les transformations corporelles de la puberté. Le tableau clinique se caractérise par la triade classique anorexie, amaigrissement, aménorrhée.

A-L'ANOREXIE : Elle se voit à la suite de facteurs déclenchants tels que la mort d'un proche, l'éloignement familial, la moquerie de l'entourage par rapport à une surcharge pondérale, la réussite ou l'échec à un examen...

Il s'agit d'une restriction volontaire de l'alimentation (au début la sensation de faim est conservée, elle est même recherchée). Elle débute sous forme d'une vigilance sélective pour garder la forme ou un régime pour perdre un discret surpoids, puis apparaissent des restrictions sélectives quantitatives et qualitatives avec un évitement des aliments gras puis sucres, viandes et enfin les féculents.

Les quantités deviennent de plus en plus faibles, avec choix électif de fruits et légumes sans assaisonnement, laitage, eau. Un végétarisme peut être avancé comme raison à ces évitements.

La nourriture est coupée en petites proportions qui sont mâchées puis recrachées, les aliments sont souvent dissimulés.

En contrepartie, l'intérêt de la patiente augmente par rapport à la nourriture avec calcul des valeurs caloriques alimentaires, collection des recettes, la patiente fait la cuisine, nourrit les autres, mais se refuse de manger.

La perte de poids est source de réassurance, alors que la prise de poids est vécue comme une défaillance avec des mesures autopunitives, comme l'exposition au froid ou les exercices physiques

Ces efforts sont souvent insuffisants, d'autant plus que l'on peut observer des accès boulimiques : fringales soudaines, en dehors des repas, la nuit en cachette avec un sentiment de culpabilité et d'humiliation, d'avoir cédé à un besoin « vil », d'ou les conduites d'annulation ou les stratégies de contrôle de poids.

Ces stratégies de contrôle de poids comportent des vomissements provoqués qui deviennent par la suite automatiques, la prise de laxatifs, de diurétiques ou de coupes faims.

B-L'AMAIGRISSEMENT : Important pouvant aller jusqu'à 50 % du poids normal pour l'âge. La maigreur est soit exhibée de manière triomphante, soit cachée par des vêtements amples. Les pesées sont évitées en présence de tiers ou falsifiées par l'ingestion de boissons.

L'apparence est celle d'un corps androïde avec disparition des formes féminines : seins, hanches et cuisses, contrastant avec l'absence de fatigue à un stade de début.

L'aspect physique est évocateur, le corps est en os, avec fente du panicule adipeux, une amyotrophie des membres, et des troubles trophiques : phanères secs, cheveux ternes, ongles striés et cassants, acrocyanose, œdèmes de carence.

C-L'AMÉNORRHÉE : Arrêt durant 3 mois des cycles menstruels (pour les femmes antérieurement réglées) et de 6 mois si les cycles sont irréguliers.

Elle peut être primaire ou secondaire. Elle est due à la perte de poids avec dysfonctionnement cortico-hypothalamo-hypophysaire. Souvent vécue comme une libération, une délivrance d'un fardeau. Elle peut être masquée par la prise d'œstro-progestatifs

L'aménorrhée n'est plus exigée dans les nouveaux critères diagnostiques du DSMV de l'anorexie.

D-CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE PARTICULIER

- **Troubles de la perception de l'image du corps** systématiquement perçue comme trop gras, alors que la patiente est cachectique.
- **Croyances erronées** concernant le fonctionnement digestif, les aliments et préoccupations excessives concernant le poids, l'alimentation
- **Hyperactivité physique et intellectuelle**, contrastant avec la dénutrition, sport, entraînant l'épuisement dans une tentative de maîtrise, appétit accru de connaissance, résultat scolaire brillant
- **La sexualité** est très peu investie, si elle existe, elle est conformisme, sans plaisir
- **Contexte familial** marqué par l'opposition et la résistance aux pressions des parents avec mensonges et manipulation de l'entourage
- **Pseudo adaptation sociale** : hyper investissement scolaire, mais relation sociale pauvre

2- CRITÈRES DIAGNOSTICS DU DSM 5 :

A- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C- Alteration de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

3-FORMES CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE

A- FORMES SELON L'ÂGE ET LE SEXE :

- a- Forme de l'homme** : rare, le tableau est marqué par plus de recherche d'un corps musclé que de la maigreur. L'aménorrhée est remplacée par des troubles de l'érection, de la libido. On retrouve plus souvent des troubles de l'identité sexuelle
- b- Formes pré pubères** : 5-10 % des cas, pas de prédominance féminine. Ces formes sont associées à un retard staturo-pondéral.
- c- Forme à l'âge adulte** : lors de mariage, de la naissance d'un 1er enfant, dimension dépressive nette. Souvent précédées d'épisodes mineurs et transitoires de l'adolescence
- d- Forme du sujet âgé** : fréquence des causes organiques, des dépressions masquées (mélancolie d'involution), démence, mise en jeu du pronostic vital

B- FORMES CLINIQUES :

- Anorexie mentale de type restrictif: Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
- Anorexie mentale de type accès hyperphagiques/ purgatifs : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) et/ou a eu recours à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

C- FORMES SELON LA GRAVITÉ :

- Légères : IMC ≥ 17 kg/m²
- Moyennes : IMC 16-16,99 kg/m²
- Graves : IMC 15-15,99 kg/m²
- Extrêmes : IMC < 15 kg/m²

4-ÉVOLUTION DE L'ANOREXIE MENTALE

- 1/3 des cas : pronostic positif avec guérison plus que 4 ans
- 1/3 des cas : amélioration partielle avec possibilité de rechute
- 1/3 des cas : mauvais pronostic avec chronicisation, mettant en jeu le pronostic vital

Les éléments de mauvais pronostic	Éléments de bon pronostic
Comorbidité psychiatrique	
Importance de la perte de poids BMI < 14	
Retard de la première intervention thérapeutique	
troubles de l'image du corps	Pas de déni du trouble
Gravité de la dénutrition	Maturité
Conflits psychiques durant l'enfance	Bonne estime de soi
Conflits familiaux,	Moindre nombre et durée des hospitalisations
conduites boulimiques, vomissements, prise de laxatifs	
perte de poids importante	
Signes de dénutrition sévère	
Ostéoporose	

5-COMPLICATIONS DE L'ANOREXIE MENTALE

Cardiovasculaires : bradycardie, allongement de l'espace QT, arythmie

Gastrique : altération dentaire, œsophagite peptique...

Rénale 70 % : insuffisance rénale fonctionnelle, œdème

hématologique : pancytopénie...

Osseuse : ostéoporose

Dermatologique : baisse de la pilosité

Neurologique : neuropathie périphérique, atrophie corticale

Décès : par infection, trouble du rythme,

Le suicide : Le risque suicidaire est élevé dans l'anorexie mentale. Toute évaluation d'un patient présentant une anorexie mentale doit comporter une évaluation des comportements et des idéations suicidaires ainsi que des autres facteurs suicidaires, notamment les antécédents de passage à l'acte.

5-DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ANOREXIE MENTALE

A-ORIGINE ORGANIQUE

Diminution de l'appétit, mais sans désir de manger : certains cancers, maladies systémiques, tuberculose, insuffisance hypophysaire ou cortico surrénaliennes.

Amaigrissent sans diminution de l'appétit : hyperthyroïdie, diabète insulino-dépendant, malabsorption digestive.

B-SECONDAIRE À UNE PATHOLOGIE MENTALE

-Dépression sévère

-Schizophrénie

-Troubles anxieux : phobie alimentaire, troubles obsessionnels compulsifs

-Personnalités pathologiques : histrionique, obsessionnelle, limite

-Boulimie : d'autant plus que la comorbidité est fréquente. La différence avec l'anorexie mentale, de type accès hyperphagiques/purgatif, réside dans le fait que les patientes atteintes de boulimie sont capables de maintenir leur poids dans les limites de la normale ou au-dessus.

VI-CLINIQUE DE LA BOULIMIE

1-FORME TYPIQUE DE LA BOULIMIE NORMO PONDÉRALE COMPULSIVE

Elle touche la femme jeune, de niveau social et intellectuel supérieur à la moyenne. La boulimie est souvent associée à d'autres troubles des conduites : addiction, kleptomanie...

Le début est brutal, fréquemment précédé par une tension, un échec, un sentiment de vide ou un événement traumatisant. L'accès boulimique correspond à l'ingestion impulsive, exagérée, rapide et massive d'aliments, sans possibilité de contrôle. L'accès est individuel, se fait en cachette et survient fréquemment en fin de journée.

La préférence va pour les aliments hypercaloriques, à valeur bourrative c'est plus la quantité que le goût qui est recherché. La fin de l'accès est marquée par un malaise physique ou psychique, un dégoût, une honte ou des remords

Il existe souvent des stratégies de contrôle du poids qui permettent au sujet de maintenir un poids dans les limites de la normale. L'image du corps est fortement perturbée avec une hantise de grossir.

2- CRITÈRES DIAGNOSTICS DU DSM 5

A- Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).

B- Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

C- Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

D- L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E- Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).

3-FORMES CLINIQUES DE LA BOULIMIE

A-FORMES SANS VOMISSEMENTS NI PRISE DE LAXATIFS

¼ cas, on retrouve dans cette forme à début précoce, une surcharge pondérale, mais moins d'impulsivité

B-BOULIMIE MASCULINE

Se distingue par des antécédents d'obésité infantile, la pratique plus fréquente de sport, une psychopathologie plus sévère avec trouble de l'identité de genre.

C-FORMES SELON LA GRAVITE :

- Légère : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Moyenne : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Grave : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

- Extrême : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

4-ÉVOLUTION DE LA BOULIMIE

Alternance d'épisodes de glotonnerie incontrôlable/stratégies de compensation. L'évolution est meilleure que celle de l'anorexie

- Guérison 30 à 50 %
- Fluctuation entre rechute et rémission 1/3 des cas
- La chronicisation 1/3 des cas.

5-COMPLICATIONS DE LA BOULIMIE

- Somatiques : liées aux stratégies de contrôle du poids
- Psychiatriques : dépression, tentatives de suicide

6-DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA BOULIMIE

- Grignotage
- Dépression atypique
- Schizophrénie : hyperphagie induite par le délire
- Iatrogène : à la suite d'un traitement antipsychotique
- Organicité : trauma crânien, épilepsie temporale, tumeur de la fosse postérieure ou basse
- Syndrome de Kleine Levin (chez l'adolescent, augmentation du sommeil, hypersexualité, polyphagie)

VII-ETIOPATHOGENIE

1-BIOLOGIQUE

L'intervention de la sérotonine dans les troubles des conduites alimentaires a été mise en évidence (augmentée dans l'anorexie mentale et abaissée dans la boulimie), la sérotonine intervient aussi dans l'impulsivité retrouvée dans la boulimie.

Beaucoup d'études récentes montrent l'implication de la dysrégulation de l'axe corticotrope suite à un stress répété et incontrôlable dans le déclenchement des TCA. Les personnes atteintes de boulimie ou de Binge Eating disorder seraient plus sensibles au stress que les personnes atteintes d'anorexie mentale, mais un hypercorticisme basal a été retrouvé dans les trois pathologies.

2-SOCIALE ET CULTURELLE

Critères sociaux de beauté valorisant la minceur, pression sociale sur l'allure et le poids. Valorisation de la maîtrise de soi, de la perfection comme slogans de réussite sociale.

3-PSYCHOLOGIQUES PLUSIEURS HYPOTHÈSES ONT ÉTÉ AVANCÉES :

- Régression à une position prépubertaire (stade oral), refus de la féminité, du monde adulte
- Problème de séparation – individualisation
- Substitution des sensations aux émotions et fonction antidépressive du trouble de comportement alimentaire.
- Troubles des interactions précoces : réponse de la mère par de la nourriture à toute tension de l'enfant
- Fausses croyances relatives à la nourriture, au poids et au corps exp « plus je suis maigre, plus j'ai de la valeur » dans l'anorexie

VIII-PRISE EN CHARGE

Le traitement des TCA comporte 3 volets qui se complètent

- un traitement éducatif et comportemental axé sur les habitudes alimentaires et sur le poids (nutritionnelle et diététique)
- une psychothérapie
- intervention psychopharmacologique

1-OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

- **À court terme** : améliorer les symptômes

- Dans l'anorexie mentale : reprise du poids
- Dans la Boulimie : réduction des crises

• **À long terme:** Éviter les rechutes ou la chronicisation des troubles, prévenir les complications psychosociales

2-CADRE :

A- DANS L'ANOREXIE MENTALE, HOSPITALISER SI :

- Échec d'un traitement antérieur en ambulatoire
- Dépression sévère, risque suicidaire
- Risque vital, dénutrition
- Signes de gravité
- Amaigrissement rapide, brutal >30 % du poids en 3 mois
- BMI <ou égal à 14
- Tension <9 diastolique <5
- Épuisement physique
- Température <35
- Ralentissement débit verbal, troubles de la conscience
- ECG bradycardie <40
- Hypoglycémie <2,5
- Anomalies électrolytiques : K+, NA
- Détresse respiratoire

Contrat thérapeutique : Exiger d'atteindre un certain poids avant de lever l'isolement familial et un autre pour la sortie

B-DANS LA BOULIMIE

Le traitement se fait en général en ambulatoire, hospitaliser si :

- Décompensation dépressive, risque suicidaire
- Accentuation des accès boulimiques (état de mal boulimique)
- Le traitement de la boulimie se fait en général en ambulatoire

3- PRINCIPE

La prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, doit toujours être multidisciplinaire, et prolongée. L'évaluation doit être globale sur l'état clinique général : physique, nutritionnel et psychiatrique ; incluant aussi l'évaluation du fonctionnement familial et du cadre social.

La prise en charge fait suite à un contrat explicite avec des objectifs claires et individualisés :objectifs pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques

La famille joue un rôle clé dans la prise en charge et doit être impliquée.

4-PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ET DIÉTÉTIQUE

A-ANOREXIE MENTALE : réalimentation progressive

Par moyen naturel : augmentation progressive de la ration alimentaire, diversification des aliments

Par sonde gastrique ou par voie parentérale : le risque est d'induire une attitude passive chez la patiente

B-BOULIMIE : limiter la restriction alimentaire qui a pour effet d'augmenter le nombre de crises Carnet alimentaire, régime alimentaire adapté : 3 repas /j

5-CHIMIOTHÉRAPIE

Anorexie mentale : antidépresseurs si associée à un syndrome dépressif

Boulimie : les antidépresseurs diminuent la fréquence des crises, mais il existe un phénomène d'échappement au long court. On préconise les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Fluoxétine)

6-PSYCHOTHÉRAPIES

- a- Cognitive, comportementale** : Action sur les distorsions cognitives : convictions ancrées (théories nutritionnelles erronées) avec des anomalies de perception de l'image du corps « bonheur = minceur »
- b- Inspiration analytique** : Vise à comprendre le sens du symptôme, à améliorer les capacités de mentalisation
- c- Corporelle** : Travail sur l'image du corps, relaxation
- d- Thérapies familiales** : surtout chez les adolescents. Permet de résoudre les problématiques familiales et de redonner à la famille sa capacité de fonctionner
- e- Entretien motivationnelle** : approche centrée sur le patient afin de l'aider à changer vers un comportement pro santé et de résoudre son ambivalence face au changement.

7-PRÉVENTION

Nécessité de faire un dépistage dans les populations à risque : adolescents, jeunes femmes, mannequins, danseurs, sportifs
Médecin scolaire : courbe de poids, taille, EAT 40, BITE...

IX-CONCLUSION

- TCA est un groupe de maladies relativement fréquente et grave
- Nécessité d'une intervention diagnostic et d'un traitement structuré avec une prise en charge multidimensionnelle
- La précocité de la prise en charge améliore le pronostic
- Importance de l'approche préventive avec détection des groupes à risque
- Rôle fondamental du médecin de première ligne.

ANNEXES

ANNEXE I : DIAGNOSTIC POSITIF

Anorexie	Boulimie
Anamnèse Rapport avec la nourriture, carences affectives relations interpersonnelles, dynamique familiale, apparition des troubles, DDR Signes positifs : triade, troubles de l'image du corps, distorsion cognitive Signes négatifs : absence d'autres pathologies psychiques pouvant donner une anorexie	Anamnèse Présence de crises Sentiment de perte de contrôle du comportement alimentaire Stratégies de contrôle
Examen clinique Évaluation de l'état nutritionnel Examen somatique complet Recherche des étiologies organiques	Clinique Évaluation de l'état nutritionnel Évaluation de l'état somatique Rechercher une étiologie organique
Examens para cliniques dans le but d'apprécier la gravité de la dénutrition fonction rénale, glycémie, iono sg, bilan hépatique, TP, protidémie, NFS, ECG, ostéodensitométrie, TF4 TSH, cholestérol...	Examens paracliniques NSF, VS, iono sg, K, NA, CL Urée, créatinine, fonction rénale, alcalose métabolique, ECG
Échelles et tests psychologiques échelles et tests de dépistage /EAT 40, Test de Rorschach : monotone et sécheresse des protocoles reliés aux troubles de l'image du corps Critères DSM	Échelle et tests psychologiques test BITE, Rorschach Critères DSM

ÉVALUATION FORMATIVE

1-L'anorexie mentale :

- A-est souvent un mode d'entrée dans la schizophrénie
- B- est plus fréquente chez le garçon que chez la fille
- C-comporte une diminution de l'activité
- D-comporte une aménorrhée chez la fille
- E-comporte un automatisme mental

2-Les symptômes suivants font partie de l'anorexie mentale :

- A-restriction alimentaire
- B-peur de devenir obèse
- C-idées délirantes et négation d'organe
- D-exaltation de l'humeur
- E-troubles du cours de la pensée

3-La boulimie

- A-peut s'accompagner d'angoisse
- B-peut s'observer chez les sujets de poids normal
- C-ne peut être réprimée par un effort volontaire
- D- est déclenchée par une intense sensation de faim
- E-s'accompagne d'un plaisir alimentaire intense

4-La boulimie est un type de comportement alimentaire caractérisé par :

- A- une perte du contrôle
- B-l'ingestion de quantité énorme de nourriture
- C- sa survenue par crises souvent nocturnes
- D- un amaigrissement supérieur à 10 % du poids corporel en moins d'un mois
- E-un trouble de l'image corporelle

Réponses :

Question n° 1 : D

Question n° 2 : A, B

Question n° 3 : A, B, C

Question n° 4 : A, B, C, E

LES TROUBLES DU SOMMEIL

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- Reconnaître une insomnie
- Reconnaître une hypersomnie
- Reconnaître une parasomnie
- Savoir rattacher une insomnie à sa cause
- Savoir rattacher une hypersomnie à sa cause
- Savoir rattacher une parasomnie à sa cause
- Connaître le traitement d'une insomnie en fonction de son étiologie
- Connaître le traitement d'une hypersomnie en fonction de son étiologie
- Connaître le traitement d'une parasomnie en fonction de son étiologie

Mise à jour Juin 2020

I- INTRODUCTION

Les troubles du sommeil sont un motif fréquent de consultation en médecine générale : près de 50 %. Leur retentissement en termes d'altération de la vigilance et de l'attention est important. Les troubles du sommeil peuvent aussi être responsables d'accident de la route, de travail...

Le risque consiste à traiter hâtivement avec des hypnotiques ou des anxiolytiques, favorisant de cette manière une surconsommation de ces produits, une automédication, une dépendance...

Devant un trouble du sommeil, le médecin doit être capable de porter le diagnostic, d'en rechercher la cause et de proposer un traitement adéquat.

II- GÉNÉRALITÉS

Le sommeil est un besoin physiologique et fondamental qui occupe le tiers de l'existence de l'être humain. Fonction vitale, rythmique, adaptative, le sommeil est indispensable à la vie aussi bien sur le plan physique que psychique. Le sommeil en effet contient et permet le rêve, fonction essentielle de la vie psychique.

III- ORGANISATION PHASIQUE

Chez l'adulte le sommeil est organisé en cycles avec alternance de phases de sommeil lent, de profondeur croissante (stade I, II, III, IV) et de phases de sommeil paradoxal (sommeil REM rapid eyes movements ou mouvements oculaires rapides).

Une nuit de sommeil comporte 4 à 5 cycles, chacun d'une durée d'environ 90 minutes. Dans un cycle, les critères électro-encéphalographiques, électro-myographiques et électro-oculographiques objectivent 5 stades :

-stade I et II : sommeil léger

-stade III et IV : sommeil lent profond

-stade V : sommeil paradoxal SP ou REM (rapid eyes movements)

La durée totale respective de ces différents stades est en moyenne :

-stade I et II : 50 % de la nuit

-stade III et IV : 25 % de la nuit

-sommeil paradoxal : 25 % de la nuit

Au cours de la nuit, la durée de ces différents stades varie dans les cycles : le sommeil lent profond prédomine en début de nuit, le sommeil paradoxal en fin de nuit

stades	manifestations
Stade I	Endormissement
	Mouvements oculaires lents
	EEG activité thêta (4 à 7 cycles par seconde) et persistance possible d'activité alpha (8 à 13 c/s)
Stade II	Sommeil léger
	EEG activité lente thêta (4 à 7 c/s) interrompue par des bouffées rapides (12 à 14 c/s)
Stade III	Sommeil profond
	EEG activité lente delta (1,5 à 2 c/s) en proportion de 20 à 50 %
Stade IV	Sommeil très profond
	EEG activité lente généralisée delta (1,5 à 2 c/s) en proportion supérieure à 50 %, réactivité très faible
Stade V	ou sommeil paradoxal ou sommeil REM (mouvements oculaires rapides)
	Sommeil profond au cours duquel surviennent les rêves
	Atonie musculaire
	Mouvements oculaires rapides

IV- CLASSIFICATION DES TROUBLES DU SOMMEIL

Les troubles du sommeil sont classés selon leur forme leur durée ou leurs causes

La classification internationale des troubles du sommeil (ICSD) distingue :

- **les dyssomnies** : perturbations de la qualité, de la quantité ou des horaires du sommeil : insomnie, hypersomnie, troubles circadiens. L'origine intrinsèque (cause interne à l'organisme) ou extrinsèque (cause extérieure) est considérée par la classification.
- **les parasomnies** : phénomènes anormaux qui surviennent au cours du sommeil somnambulisme, cauchemars, terreurs nocturnes...

V- EXAMEN CLINIQUE

Les troubles du sommeil sont une plainte subjective fréquente : ils nécessitent néanmoins une écoute attentive. Un examen clinique minutieux et aussi un interrogatoire de l'entourage afin de recueillir des données observables, négligées ou non retenues par le consultant.

Un sommeil de bonne qualité est défini par :

- Une durée d'endormissement <60minutes
- Un nombre de réveils nocturnes inférieur à 2
- Un éveil matinal avec un sentiment d'être reposé.

L'examen doit rechercher

A- les antécédents : somatiques et psychiatriques. Par ailleurs les besoins en sommeil diffèrent en fonction du sujet : s'il est petit dormeur, il peut se contenter de 6heures/nuit, alors que s'il est gros dormeur il lui faut en moyenne 9heures de sommeil/ nuit.

B - les caractéristiques des troubles : circonstances d'apparition, ancienneté, forme, durée... en recherchant un trouble spécifique.

C - des facteurs circonstanciels : les besoins en sommeil varient aussi en fonction de l'activité physique, de l'âge (les besoins diminuant avec l'âge), la grossesse...

D -l'existence d'une pathologie psychiatrique ou organique actuelle

E- les signes d'accompagnement : phénomènes hypnagogiques, rites, ronflements, pauses respiratoires, éveils, polyurie, mouvements des membres

F- les répercussions diurnes : céphalées, lombalgies, fatigue, somnolence diurne, troubles cognitifs, irritabilité, troubles du comportement, de l'humeur, cataplexie...

il est parfois nécessaire de recourir à l'entourage pour vérifier les répercussions, les plaintes en matière de troubles du sommeil étant très subjectives. Un trouble particulièrement fréquent chez le sujet âgé est l'hypnognosie qui correspond à une mauvaise perception du sommeil plutôt qu'à une véritable insomnie.

VI- EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Certaines méthodes permettent de mieux préciser le trouble du sommeil et ses conséquences :

- calendriers, agendas de sommeil
- nombreux questionnaires spécifiques et échelles analogiques visuelles
- tests de performance (attention, labilité psychomotrice...)
- mesures objectives de la vigilance

L'enregistrement polygraphique du sommeil permet d'objectiver le trouble du sommeil par l'étude de l'architecture interne du sommeil. La polysomnographie comprend l'enregistrement simultané de :

- l'électroencéphalogramme
- l'électro-oculogramme

En fonction des pathologies recherchées, on peut également enregistrer

- l'électrocardiogramme
- les respirations abdominales et thoraciques
- le flux respiratoire
- la saturation oxyhémoglobinée
- le débit cardiaque

VII- INSOMNIES

1-DÉFINITION- ÉPIDÉMIOLOGIE

L'insomnie est une plainte subjective qui désigne à la fois une durée insuffisante du sommeil et un sommeil non réparateur. Elle se caractérise, selon les cas, par des difficultés d'endormissement, des éveils au cours de la nuit, un réveil matinal précoce ou encore une impression d'absence totale de sommeil. Les causes en sont multiples.

La prévalence paraît importante : **10 à 15 %** dans la population générale. **L'insomnie occasionnelle est la plus fréquente.** Il y a un accroissement de l'incidence avec l'âge. Une comorbidité psychiatrique existe dans 1/3 des cas.

2-INSOMNIES TRANSITOIRES

A -DÉFINITION

Les insomnies occasionnelles (quelques nuits) ou à court terme (quelques semaines inférieure à 3 semaines) surviennent chez des sujets dont le sommeil est habituellement satisfaisant. Leur caractère réactionnel est souvent manifeste.

B- PRÉVALENCE

Ce sont les insomnies les plus fréquentes : 30 à 40 % de la population générale

C -CAUSES DIVERSES

- **causes psychologiques** : événement de vie, difficultés familiales, professionnelles, facteur de stress...
- **mauvaise hygiène de vie** : longues siestes, abus d'excitants, lever ou coucher irrégulier, hyperactivité physique le soir, suractivité professionnelle...
- **trouble somatique** : douleur aiguë, toux, prurit, fièvre...
- **environnement** : nuisances sonores, altitude, mauvaises conditions de coucher, hospitalisation...

D- TRAITEMENT

Conseils d'hygiène du sommeil

Éviter	À faire
-le lever tardif	-se coucher à heure régulière
-la sieste de l'après-midi	-se lever à heure régulière
-l'alcool	-dormir dans une chambre fraîche, sombre, calme
-un dîner lourd	-se relaxer avant l'heure du coucher (lecture, bain tiède)
-le café, le thé	-faire de l'exercice en journée, mais pas trop tard en soirée
-aller au lit trop tôt	-douches chaudes le matin, fraîche le soir (pour accompagner l'évolution physiologique de la température)

Prescription d'un traitement

Dans le cas de l'insomnie à court terme, la prescription d'un hypnotique à demi vie courte (cyclopyrolones : zopiclone (5h), imovane ; imidazopyridines : zolpidem (2,4 h), (stilnox) peut être envisagée à faible posologie, sur une courte période, quelques jours à quelques semaines, avec réévaluation régulière de la prescription (risque de dépendance et d'abus). Il convient d'informer le patient des effets indésirables des médicaments, du risque de dépendance, de la possibilité d'une insomnie de rebond à l'arrêt de l'hypnotique.

3- INSOMNIES CHRONIQUES

Véritable problème étiologique et thérapeutique. Elles évoluent depuis plus de 1 mois avec des altérations du sommeil qui surviennent au moins 1 fois /semaine touchent entre 10 et 20 % de la population, le sexe-ratio est de 2 femmes pour 1 homme. Leur fréquence augmente avec l'âge, on distingue :

- **les insomnies primaires** qui évoluent par leur propre compte sans cause apparente
- **les insomnies secondaires** d'une cause qu'il faut rechercher.

A- INSOMNIES SECONDAIRES

i- causes psychiatriques

Tous les troubles psychiques peuvent s'accompagner d'une insomnie. Les causes psychiatriques représentent 30 à 60 % des causes d'insomnie.

-insomnies matinales - états dépressifs

Les dépressions s'accompagnent dans 80 % à 90 % des cas, d'insomnie. Toutes les formes d'insomnies peuvent être observées; mais l'insomnie dépressive, en particulier dans la mélancolie, est cliniquement une insomnie matinale : réveil précoce (3 à 4 h du matin) avec, dès le réveil, recrudescence des symptômes dépressifs (tristesse, rumination, angoisse, fatigue, idéations suicidaires).

-insomnie d'endormissement – anxiété

Les troubles anxieux et névrotiques sont souvent à l'origine d'une insomnie d'endormissement chronique, l'anxiété s'opposant à l'abandon dans le sommeil. Le coucher s'accompagne souvent d'une tension anxieuse avec crainte de l'insomnie, des ruminations, des rituels.

La prescription d'un hypnotique, d'un anxiolytique est souvent indiquée : il convient cependant d'apprécier le risque de dépendance à l'hypnotique et de rappeler les conseils d'hygiène du sommeil.

-Insomnie totale

Les accès maniaques, les états délirants, les états confusionnels désorganisent le cycle sommeil-veille en donnant lieu souvent à une insomnie totale, à l'origine d'une agitation, nocturne.

Le traitement hypnotique fait souvent appel à la prescription d'un antipsychotique ou au traitement de l'accès maniaque

-insomnie chronique

Les troubles de la personnalité, les addictions donnent souvent lieu une insomnie chronique.

La prescription d'hypnotiques ou d'anxiolytiques de la famille des benzodiazépines expose à la dépendance, voire à un usage addictif. La chimiothérapie fait appel aux phénothiazines sédatifs, aux antidépresseurs sédatifs à faible posologie et surtout à la psychothérapie, à la relaxation.

ii- causes organiques

De nombreuses pathologies peuvent perturber le sommeil, en particulier les affections :

- **douloureuses** par exemple rhumatismales à recrudescence douloureuse nocturne...
- **digestives** : ulcère gastro-duodénal, reflux œsophagien...
- **urinaires** : infection...
- **endocriniennes** : diabète, hyperthyroïdie
- **cardiaques** : angor, infarctus...
- **pulmonaires** : asthme, insuffisance respiratoire
- **neurologiques** : maladie de parkinson, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, séquelles de traumatisme crânien, d'accident vasculaire cérébral...

Le traitement de l'insomnie est celui de la cause, complété éventuellement par un traitement hypnotique (benzodiazépines) sur une courte durée.

iii- causes toxiques et iatrogènes

Abus ou le sevrage de substances stimulantes : café, tabac, amphétamines, alcool, cocaïne, psychotropes stimulants...

Certains médicaments : théophylline, corticoïdes, antidépresseurs stimulants, hypnotiques au long cours...

L'aménagement horaire des prescriptions médicamenteuses, les conseils hygiénodiététiques sont la base de l'approche thérapeutique.

B- INSOMNIE CHRONIQUE PRIMAIRE

Ce type d'insomnie regroupe la majeure partie des insomnies chroniques pour lesquelles aucune cause n'est retrouvée. L'insomnie est le seul symptôme, résultant, au plan physiopathologique, d'un phénomène d'hyperéveil entravant le fonctionnement des mécanismes d'induction du sommeil.

On distingue

- **l'insomnie idiopathique** qui évolue depuis l'enfance avec souvent des répercussions diurnes
- **l'insomnie psychophysiologique** : il s'agit d'une insomnie conditionnée, acquise, dépendant à la fois de facteurs psychologiques, peur de s'endormir, anxiété anticipatoire de l'insomnie, et de facteur physiologique, le sommeil est d'autant plus perturbé que le sujet redoute une nuit sans sommeil
- **la mauvaise perception du sommeil** : hypnagogie ; le trouble du sommeil n'est pas retrouvé à l'examen polygraphique et n'a pas de conséquence diurne.

Ces insomnies sont souvent à l'origine de polymédications anciennes qu'il convient de contrôler. Leur traitement fait appel à différentes méthodes : restriction du temps de sommeil, relaxation, psychothérapie, thérapies comportementales.

VIII- TROUBLES DE L'ÉVEIL ET HYPERSOMNIES

Ces troubles qui concernent **entre 2,5 et 8,7 %** de la population selon les études correspondent à **une vigilance altérée en durée (hypersomnie) ou en qualité (sommolence diurne)**. À l'inverse de l'insomnie, ces troubles sont **souvent méconnus, négligés, difficiles à diagnostiquer** et à traiter d'autant que la déstructuration du sommeil est parfois mal perçue par le patient.

L'excès de sommeil est plus ou moins permanent ou paroxystique : sommeil de nuit très allongé ou somnolence diurne. Il constitue le symptôme unique ou s'inscrit dans un contexte pathologique.

Il peut être physiologique à certaines heures ou à certains âges. Ailleurs il est nettement anormal, dépendant de maladies diverses. Les conséquences peuvent être lourdes, responsables d'une diminution des performances professionnelles et cognitives.

L'hypersomnie peut être la conséquence d'une insomnie. On distingue :

1-LE SYNDROME D'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

A- DÉFINITION

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil se définit comme un arrêt de l'échange aérien au niveau de la bouche et du nez d'au moins 10 secondes, survenant plus de 5 fois par heure de sommeil alors que les mouvements thoracoabdominaux persistent. Cette persistance des mouvements thoracoabdominaux différencie les apnées obstructives des apnées centrales aux cours desquelles ces mouvements seront absents

Première cause de somnolence diurne, ce syndrome se rencontre le plus souvent chez l'homme de la cinquantaine, ronfleur, en excès pondéral

Forme très évoluée de cette pathologie, le **syndrome de Pickwick** associe apnées du sommeil, obésité, cyanose, polyglobulie, insuffisance cardiorespiratoire

B- CLINIQUE

- **au cours de la nuit** : ronflement, arrêt reptatoire répété suivi d'un éveil bref, rarement perçu par le patient, et d'une reprise respiratoire bruyante. On note une polyurie nocturne, un sommeil agité avec cauchemars, une transpiration abondante.
- **le réveil matinal** est difficile avec céphalée, gorge irritée par les ronflements
- **au cours de la journée**, on retrouve une somnolence diurne, des endormissements involontaires. Le patient se plaint d'asthénie, de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire) d'anxiété, d'humeur dépressive.

C- TERRAIN

- obésité
- hypertrophie amygdalienne, voile du palais hypotonique, long, épais
- facteurs aggravants : alcool, benzodiazépines

D- COMPLICATIONS

- accidents de voiture, du travail
- hypertension artérielle, accidents ischémiques cérébraux, coronariens

E- COMORBIDITÉ

- acromégalie, hyperthyroïdie
- maladies neuromusculaires
- bronchite chronique

F- BILAN

- polysomnographie
- oxymétrie nocturne : diminution de 50 % du taux d'oxygène sanguin au cours des apnées
- examen ORL
- bilan fonctionnel respiratoire, cardiovasculaire, métabolique

G- TRAITEMENT

- action au niveau des facteurs aggravants : poids, alcool, benzodiazépines
- respiration en pression positive continue la nuit
- traitement chirurgical dans certains cas : uvulo-palato-pharyngoplastie

2-HYPERSOMNIE PAR INSUFFISANCE DE SOMMEIL

A- DÉFINITION

Il s'agit d'une restriction chronique de sommeil, volontaire, mais non intentionnelle à l'origine d'une hyper somnolence diurne pour laquelle le patient consulte. Cette insuffisance de sommeil est liée le plus souvent à un travail posté, la maladie d'un proche, la naissance d'un enfant...

L'existence d'une hypersomnie diurne différencie ce trouble des sujets courts dormeurs qui ont un temps de sommeil court, mais sans conséquence diurne

B -CLINIQUE

Le sujet se plaint de réveils difficiles avec somnolence l'après-midi et altération des performances, difficultés d'attention et fatigue

C- EXAMENS POLYGRAPHIQUES

Il montre un sommeil riche en sommeil lent profond, un endormissement rapide confirmant la dette de sommeil

D- THÉRAPEUTIQUE

Le traitement consiste en un allongement du temps de sommeil avec réapprentissage d'une hygiène de vie

3-HYPERSOMNIE IATROGÈNE

La somnolence diurne liée à certains médicaments nécessite l'examen de sa durée, de son intensité, de ses conséquences sur la vie quotidienne et la conduite automobile. Un aménagement des posologies prescrites est nécessaire

A- MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les hypnotiques à demi vie longue, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antipsychotiques, les thymoregulateurs peuvent induire une somnolence diurne liée en particulier à l'effet antihistaminique H1

B- AUTRES MÉDICAMENTS

Les anticomitiaux, antihistaminiques, myorelaxants, antimigraineux, progestatifs, antalgiques d'action centrale, anti-inflammatoires non stéroïdiens, certains antihypertenseurs comme la clonidine peuvent également être à l'origine d'une somnolence diurne

4-LA NARCOLEPSIE

A- CLINIQUE

Décrite par Gelineau (1880), la narcolepsie est observée plutôt chez l'homme. Elle débute le plus souvent à l'adolescence, elle associe une tétrade symptomatique.

- **une hypersomnie** avec somnolence diurne quotidienne excessive, non permanente survenant souvent aux mêmes heures pour un sujet : attaques de sommeil soudaines incontrôlables
- **des accès de cataplexie** : abolition soudaine, de courte durée du tonus musculaire. Cette hypotonie peut être généralisée ou ne concerner que certains groupes musculaires (chute de la mâchoire, bascule de la tête, dérobement des genoux...). Les accès surviennent souvent à l'occasion d'émotions.
- **des hallucinations visuelles, auditives** surviennent à l'endormissement, dans un vécu d'angoisse

- **les paralysies du sommeil** se caractérisent par une incapacité à mobiliser les muscles, à respirer avec une amplitude normale.

Le patient se plaint également d'un sommeil de mauvaise qualité : l'endormissement est rapide, mais il existe de multiples éveils nocturnes avec une activité onirique importante

B- DIAGNOSTIC

- **clinique** : il est souvent porté avec un retard de plusieurs années. La cataplexie manque parfois au tableau clinique.
- **polysomnographie** : le test itératif d'endormissement montre une latence courte d'endormissement (inférieure à 8 minutes) avec apparition rapide de sommeil paradoxal

C- TRAITEMENT

Traitement de la somnolence et des accès de sommeil

- Pharmacologique : modafinil (modiodal)
- Méthylphénidate (ritaline)
- Sieste

Traitement de la catalepsie, des hallucinations, des paralysies du sommeil

- Pharmacologique : antidépresseurs (tricycliques, IRS)
- Thérapies comportementales
- Traitement du mauvais sommeil
- Pharmacologique : hypnotiques
- Conseils d'hygiène du sommeil

D- ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

La narcolepsie est en principe une contre indication à la conduite de tout véhicule

5-HYPERSOMNIE PRIMAIRE OU IDIOPATHIQUE

A- CLINIQUE

Débutant à l'âge adulte, cette hypersomnie apparaît isolée, sans cause connue, il s'agit d'une somnolence diurne excessive (ivresse de sommeil) avec des périodes d'endormissements involontaires de quelques heures, non réparatrices. Le sommeil nocturne est en général satisfaisant, mais long avec un réveil difficile, tardif à l'origine de conséquences socioprofessionnelles, le patient décrit parfois une impression de n'être jamais complètement éveillé

B- DIAGNOSTIC

- **clinique** : cette hypersomnie ne s'accompagne pas de cataplexie, d'hallucinations de paralysie du sommeil
- **polysomnographie** : les enregistrements montrent l'heure tardive du réveil spontané, un temps de sommeil sur 24 heures souvent supérieur à 12 heures. Le test itératif d'endormissement met en évidence un endormissement rapide (inférieur à 10 minutes), un sommeil lent (non en sommeil paradoxal comme dans la narcolepsie)

C- TRAITEMENT

- **pharmacologique** : antidépresseurs stimulants (tricycliques, IRS)
- **conseils d'hygiène de sommeil** avec en particulier interdiction des siestes

6-HYPERSOMNIES RÉCURRENTES

A- DÉFINITION

Ce sont des affections rares caractérisées par des accès récurrents de somnolence intense : les accès durent de plusieurs jours à plusieurs semaines, se reproduisant à des intervalles très variables, entre les accès le sujet ne présente pas de troubles de la vigilance

B- CLINIQUE ET TRAITEMENT

- le syndrome de Kleine Levin affecte l'adolescent de sexe masculin. Les épisodes de somnolence sont associés à une hyperphagie compulsive, une désinhibition avec hypersexualité, des troubles psychiques (étrangeté, hallucinations) du comportement (irritabilité agressive).

Le tracé électroencéphalographique est ralenti avec quelques bouffées thêta. La polysomnographie montre un sommeil long, pauvre en sommeil lent profond, une latence courte du sommeil paradoxal.

Une thérapeutique par thymoregulateurs ne se justifie que lors d'accès fréquents

- certaines formes sont d'origine organique : tumeur cérébrale (3^{ème} ventricule), complications évolutives de traumatismes crâniens, d'encéphalite
- d'autres formes apparaissent de cause psychiatrique; troubles dépressifs de l'humeur en particulier

7-MOUVEMENTS PÉRIODIQUES NOCTURNES DES MEMBRES ET SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

A- MOUVEMENTS PÉRIODIQUES NOCTURNES DES MEMBRES

Survenant pendant la nuit, à l'origine d'éveils, cette pathologie se manifeste par des secousses de quelques secondes, survenant de manière périodique toutes les 30 secondes, qui affectent surtout les membres inférieurs. À ces secousses s'associe une extension du gros orteil, une dorsiflexion du pied, parfois une flexion du genou, de la hanche.

Le sujet se plaint d'un sommeil non réparateur, d'insomnies de milieu de nuit, d'une sensation de fatigue des membres inférieurs le matin

La polysomnographie montre les bouffées d'activation sur l'électromyogramme des membres inférieurs

Ces mouvements dont la fréquence croît avec l'âge peuvent être associés à d'autres troubles du sommeil (narcolepsie, syndrome d'apnée, du sommeil), ils apparaissent plus fréquents chez les patients traités par antidépresseurs

B- SYNDROME DES JAMBES SANS REPOS

Survenant le soir, surtout au coucher, des paresthésies à type de fourmillement, de brûlure des membres inférieurs, soulagées par le mouvement, ils empêchent l'endormissement.

La polysomnographie montre l'existence fréquente de mouvements périodiques nocturnes des membres

Ces impatiences apparaissent vers la trentaine, ont une évolution fluctuante. Il faut noter leur fréquence au cours de dernier trimestre de la grossesse, chez les patients traités par antidépresseurs.

-traitement

La thérapeutique de ces deux affections fait appel aux benzodiazépines en particulier le clonazepam (rivotril)

8-AUTRES CAUSES D'HYPERSOMNIE

A- HYPERSOMNIE PSYCHOGÈNE

Cette hypersomnie s'inscrit dans le contexte d'une pathologie psychiatrique; état dépressif, troubles bipolaires de l'humeur, dépression saisonnière, dysthymie, troubles névrotiques comme par exemple l'hystérie. Elle concerne le plus souvent le sujet jeune.

La polysomnographie montre un sommeil nocturne de qualité médiocre ainsi qu'un raccourcissement de la latence d'apparition du sommeil paradoxal. Le test itératif d'endormissement est normal

B- HYPERSOMNIE DE CAUSE MÉDICALE

- hypertension intracrânienne (vomissements, nausées)
- tumeur cérébrale (hypothalamus, épiphyse)
- accident vasculaire cérébral
- affections dégénératives : maladie d'Alzheimer, de parkinson
- encéphalite en particulier la trypanosomiase

IX- TROUBLES DES RYTHMES CIRCAIDIENS

Ce sont des troubles du sommeil et de l'éveil liés à une inadéquation entre les horaires réels de sommeil et les horaires souhaités. Ils témoignent d'une discordance entre le mode de vie et le rythme physiologique. L'agenda de sommeil est une aide précieuse pour le diagnostic.

1-SYNDROME D'AVANCE DE PHASE

Ce trouble est caractérisé par un endormissement et un réveil précoce avec une durée habituelle de sommeil conservée. Le réveil vers 2, 3 heures du matin s'accompagne d'un besoin de sommeil en fin d'après midi. Ce trouble s'observe surtout chez les personnes âgées.

2-SYNDROME HYPERNYCTHEMÉRAL

Il s'agit de cycles veille-sommeil d'une durée supérieure à 24 heures avec un décalage progressif des horaires de sommeil d'environ 1 heure chaque jour, l'endormissement devenant de plus en plus tardif. On peut observer une insomnie totale suivie d'une somnolence diurne. Ce trouble est principalement observé dans la cécité d'origine périphérique, la schizophrénie ou la démence.

3-SYNDROME DE RETARD DE PHASE

Ce syndrome qui évoque un changement du rythme veille – sommeil aux synchroniseurs externes débute en général à l'adolescence et concerne le plus souvent l'homme. L'endormissement survient tardivement après 2 heures du matin (heure constante pour un sujet à la différence de l'heure toujours décale du syndrome hypernyctheméral), de manière permanente. Le sommeil est satisfaisant en qualité et en quantité si l'heure du réveil spontané, 7 à 8 heures après le coucher, est compatible avec les exigences de la vie quotidienne.

La symptomatologie apparaît lorsque l'heure de réveil doit être avancée pour obéir aux exigences des horaires conventionnels : quantité insuffisante de sommeil, somnolence diurne, asthénie, troubles de l'humeur... sachant que le sujet ne parvient pas à avancer l'heure de l'endormissement.

La tenue d'un agenda de sommeil sur un mois permet le diagnostic

La thérapeutique est la chronothérapie par retard progressif des horaires de sommeil jusqu'à ce que l'heure d'endormissement parvienne à l'heure souhaitée. La photothérapie matinale représente une autre approche thérapeutique. La prescription d'hypnotiques n'est pas indiquée en raison du risque important de dépendance dans ce syndrome.

4-CHANGEMENT DE FUSEAUX HORAIRES

Nommé «jet legs», ce syndrome correspond à une désynchronisation des rythmes veille –sommeil lié au franchissement de fuseaux horaires. L'intensité des symptômes augmente avec le nombre de fuseaux franchis et certains facteurs : dette antérieure de sommeil, climat, conditions de voyage... le syndrome premier est une insomnie d'endormissement lors d'un voyage vers l'est, un réveil prématuré lors d'un voyage vers l'ouest. Le tableau clinique associe fatigue, accès de somnolence, diminution des performances psychomotrices et parfois une instabilité thymique.

Ce trouble s'amende en une semaine environ. Un hypnotique à action courte peut favoriser l'environnement pendant ou après le vol.

5-TRAVAIL POSTÉ

Les horaires décalés ou variables de travail peuvent être à l'origine de troubles du sommeil (sommeil perturbé dans sa qualité et sa quantité) et de la vigilance (somnolence). Une surconsommation de substances stimulantes est souvent observée, celle-ci aggravant l'altération du sommeil.

Les rotations avant (horaires retardés de travail), les altérations courtes (2 à 3 nuits consécutives) apparaissent être mieux tolérées physiologiquement; de même l'adaptation apparaît plus facile chez certains sujets. Mais l'âge est un facteur de mauvaise adaptation du travail posté. Les hypnotiques sont peu efficaces à long terme.

X- PARASOMNIES

Les parasomnies correspondent à des phénomènes anormaux qui surviennent pendant le sommeil. On distingue les parasomnies :

- par trouble de l'éveil
- par trouble de la transition veille-sommeil
- associé au sommeil paradoxal
- survenant pendant le sommeil léger

1-PARASOMNIES PAR TROUBLES DE L'ÉVEIL

A- SOMNAMBULISME

Le somnambulisme caractérisé par une activité motrice automatique complexe nocturne est fréquent chez l'enfant, rare chez l'adulte

B- TERREURS NOCTURNES

Les terreurs nocturnes, fréquentes chez l'enfant sont également rares chez l'adulte, souvent déclenchées chez l'adulte par l'abus d'alcool, le manque de sommeil, une fièvre, des apnées de sommeil, ces terreurs nocturnes surviennent en début de nuit à type de hurlement peu compréhensible et de manifestation neurovégétatives intenses, ne provoquant pas de réveil, ne laissant pas de souvenir

Un traitement anxiolytique par benzodiazépines peut être prescrit en cas de sévérité, de dangerosité des troubles.

2-PARASOMNIES PAR TROUBLES DE LA TRANSITION VEILLE SOMMEIL

A- SOMNILOQUIE

La somniloquie est le fait de parler pendant son sommeil, de l'émission de quelques sons à des conversations élaborées. Elle survient le plus souvent en sommeil lent. Cette symptomatologie banale, plus souvent observée chez l'homme, ne nécessite pas de traitement.

B- CRAMPES NOCTURNES DES MEMBRES INFÉRIEURS

Ce sont des contractions douloureuses involontaires des muscles du mollet, des pieds, qui surviennent pendant le sommeil et l'interrompent. Cette symptomatologie est fréquente chez la femme enceinte, la femme âgée. Un traitement myorelaxant peut être proposé.

3-PARASOMNIES ASSOCIÉES AU SOMMEIL PARADOXAL

A- CAUCHEMARS

Les cauchemars, rêves effrayants et angoissants, réveillent le dormeur qui conserve le souvenir de la scène rêvée. Cette parasomnie ne s'accompagne pas de troubles neurovégétatifs, comme dans les terreurs nocturnes, ainsi l'angoisse persistante peut empêcher le retour du sommeil.

Survenant au cours du sommeil paradoxal, banal, si occasionnels, les cauchemars persistants doivent faire rechercher un trouble psychopathologique sous-jacent, un syndrome de stress post-traumatique par exemple.

Les cauchemars peuvent être favorisés par la prise de certains médicaments : antiparkinsonien, bêta bloquants, certains hypnotiques

4-TROUBLES DU COMPORTEMENT EN SOMMEIL PARADOXAL

C'est une pathologie retrouvée chez l'homme après 50 ans, en raison d'une disparition de l'atonie musculaire physiologique contemporaine du sommeil paradoxal, les patients vivent et agissent leurs rêves, des compartiments complexes violents, peuvent être dangereux

On peut observer en particulier ce trouble chez les patients narcoleptiques traités par psychostimulants, chez certains déprimés traités par antidépresseurs

La thérapeutique fait appel au clonazepam (rivotril)

5-PARASOMNIES SURVENANT PENDANT LE SOMMEIL LÉGER

Le bruxisme est caractérisé par des contractions musculaires involontaires des mâchoires produisant des grincements de dents qui peuvent être à l'origine d'altérations dentaires. Le bruxisme qui survient au cours des stades I et II du sommeil serait favorisé par les facteurs de stress. Un traitement anxiolytique par benzodiazépines peut améliorer ce trouble.

CONCLUSION

Les troubles du sommeil donnent fréquemment lieu à des consultations médicales. Elles posent un véritable problème étiologique de par les multitudes des facteurs responsables. La recherche diagnostique et étiologique doit se faire le plus minutieusement possible afin de pouvoir proposer un traitement adéquat. La prescription d'hypnotiques ou d'anxiolytiques doit être prudente et limitée dans le temps.

ÉLÉMENTS DE PSYCHIATRIE LÉGALE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1) Connaître les trois modalités d'hospitalisation en psychiatrie.
- 2) Connaître les critères d'hospitalisation des malades sans leur consentement.
- 3) Connaître les lois réglementant le contrôle des HO et HDT.
- 4) Connaître les lois garantissant et protégeant les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement.
- 5) Connaître les principes généraux qui régissent la sortie des malades.
- 6) Pouvoir évaluer un état dangereux.
- 7) Savoir rédiger un certificat médical en vue d'une HDT ou d'une HO.
- 8) Connaître la loi relative à la toxicomanie.
- 9) Connaître les lois qui régissent l'expertise.
- 10) Connaître les différents protagonistes de l'expertise.
- 11) Connaître les différents domaines de l'expertise psychiatrique.
- 12) Connaître la notion de responsabilité et l'article 38 du Code pénal.
- 13) Connaître la définition d'une réparation.
- 14) Connaître la définition d'une tutelle-sauvegarde des biens.

PLAN

- I/ INTRODUCTION
- II / LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE
- III/ LE CONCEPT DE DANGEROUSITÉ
- IV/ LA TOXICOMANIE
- V/ L'EXPERTISE EN PSYCHIATRIE

I/ INTRODUCTION

La psychiatrie, spécialité médicale, a pour principaux champs de réflexion l'étude de la santé mentale de l'homme.

Au carrefour des sciences humaines et expérimentales, elle se retrouve en étroite relation avec les droits et lois régissant la société.

II / LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

A) LA LOI :

Les modalités d'hospitalisation des malades mentaux sont régies par la loi 92-83 du 3 août 1992 réformée par la loi 2004-40 du 3 mai 2004.

B) LES MODALITÉS D'HOSPITALISATION :

Cette loi organise l'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux selon trois modalités :

- **L'hospitalisation libre**, dans les services ouverts (Art.5).
- **L'hospitalisation sans leur consentement** dans les services fermés et qui comprend **l'hospitalisation à la demande d'un tiers** et **l'hospitalisation d'office**.

Les conditions nécessaires pour une hospitalisation sans le consentement sont (Art 11) :

- Les troubles rendent impossible le consentement.
- L'état du malade impose des soins urgents.
- Son état représente une menace pour sa sécurité ou celle d'autrui.

B1) L'HOSPITALISATION LIBRE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX :

La personne hospitalisée sous ce régime dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause (Art 8).

L'hospitalisation et la sortie ne sont soumises à aucune réglementation, mais la sortie devient obligatoire si le malade ou son tuteur en formulent la demande écrite (Art 9).

B2) L'HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS :

Le tiers peut être l'un des ascendants ou des descendants, le conjoint, les collatéraux ou le tuteur légal du malade. Il doit être majeur et jouir de toutes ses facultés mentales.

La demande (Annexe 1) doit être motivée, manuscrite, signée par la personne qui l'a formulée et accompagnée de deux certificats médicaux (Annexe 2).

Ces certificats médicaux datent de moins de 15 jours et attestent que les conditions de l'article 11 sont remplies (Art 15).

Ces certificats sont établis par deux médecins qui ne doivent pas être parents ou alliés au 2^{ème} degré (Art 13).

L'un des deux certificats doit être établi par un médecin psychiatre exerçant dans une structure sanitaire publique. L'autre certificat peut émaner de tout médecin. (Art 13).

En cas d'urgence, un seul certificat établi par un médecin psychiatre exerçant dans une structure sanitaire publique suffit (Art 13).

Un nouveau certificat médical est établi, dans les 48 h après l'hospitalisation, par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil, différent du psychiatre qui a établi le premier certificat. Il confirme ou infirme la nécessité de maintenir l'hospitalisation (Art 17).

Le psychiatre de l'établissement d'accueil examine le patient et établit des certificats médicaux mensuels.

La sortie s'effectue soit à la demande du psychiatre traitant qui établit un certificat médical attestant que les conditions d'hospitalisation à la demande d'un tiers ne sont plus remplies (Art 20); Soit à la demande du tiers si c'est un majeur et du père, de la mère ou du tuteur légal si c'est un mineur.

Dans le cas où le psychiatre traitant est d'avis contraire et voit que l'état du patient exige son maintien en milieu hospitalier, il peut s'opposer à la sortie et ordonner un sursis pour que l'HDT soit transformée en HO.

B3) L'HOSPITALISATION D'OFFICE :

La décision d'hospitalisation d'office est judiciaire.

Elle est de la compétence du président du tribunal de première instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne à hospitaliser.

Elle survient après requête écrite émanant soit de toute autorité sanitaire publique soit du procureur de la République et accompagnée d'un avis médical écrit (Annexe 3) (Art 24).

En cas de danger imminent menaçant la sécurité du malade ou celle des tiers, le procureur de la République peut décider d'une HO provisoire à condition d'en référer dans les 48h au président du tribunal de première instance (Art 25).

L'HO ne sera effective qu'après décision du président du tribunal de première instance.

Elle est caduque faute de décision de ce dernier au terme d'une durée de 8 jours.

Le psychiatre des urgences publiques (Art 24 bis loi 2004-40) peut hospitaliser en HO provisoire les patients dont l'état et le comportement peuvent menacer leur sécurité ou celle d'autrui.

Cette hospitalisation est possible à condition que le directeur de l'hôpital ou son suppléant informe le procureur de la République dans les 24 h et lui transmettent un certificat médical attestant de l'état de santé de la personne hospitalisée et y mentionne la durée de l'hospitalisation nécessaire.

La levée de l'hospitalisation est acquise de plein droit dans un délai de 4 jours à défaut d'une décision du procureur de la République.

Dans les 48 h qui suivent l'hospitalisation, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical confirmant ou infirmant la nécessité du maintien de l'HO.

La décision d'HO est prise pour une durée maximale de 3 mois. Elle est renouvelée autant de fois que nécessaire pour la même durée, après un avis motivé du psychiatre traitant.

En cas de non-renouvellement au bout de 3 mois, la levée de l'HO est acquise de plein droit.

La Sortie (Art 28 nouveau loi 2004-40) est faite à la demande du psychiatre traitant qui établit un certificat médical. Le directeur de l'hôpital transmet ce certificat médical dans les 48 h au président du tribunal de première instance qui doit statuer sans délai.

Passé ce délai de 48 h, la levée d'HO est acquise de plein droit.

Cas de L'HO médico-légale : les autorités judiciaires peuvent ordonner une HO pour un sujet qui a bénéficié d'un non-lieu judiciaire pour cause de démence (Art 38 du code pénal) et dont l'état mental pourrait menacer sa sécurité ou celle d'autrui.

III/ LE CONCEPT DE DANGÉROSITÉ

Sous le vocable « danger », issu du latin « damnum », se rangent les idées de domination, de puissance et par extension de péril, couru du fait d'une domination arbitraire quelconque, puis toute sorte de péril et de risque, il s'agit d'une situation dans laquelle une personne, ou un groupe de personnes, risque d'avoir une agression.

Il paraît excessif de concevoir les patients comme d'emblée violents et dangereux, la maladie mentale n'a pas en soi de relation avec la violence, cependant certaines affections psychiatriques peuvent provoquer l'éclosion d'un état dangereux; il est intéressant d'avoir cette notion présente à l'esprit, afin de rechercher des signes d'alarme, ceux qui annoncent l'imminence de l'état dangereux.

Il est indispensable de rapporter ici les critères classiques de dangerosité :

LES CRITÈRES GÉNÉRAUX :

- 1) Les antécédents judiciaires : l'existence de délits antérieurs, actes de délinquance, les condamnations pour actes criminels.
- 2) Les antécédents psychiatriques avec hospitalisation d'office et irresponsabilité pénale.
- 3) Possession et goût pour les armes.

LES CRITÈRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES :

- 1) La médiocrité, la faiblesse ou la détérioration des facultés intellectuelles sont à prendre en considération, comme d'ailleurs la suggestibilité, l'immaturation, la pauvreté affective et éthique, l'absence de culpabilité.
- 2) Certains éléments caractériels comme l'hyperactivité processive, l'orgueil, la méfiance, la propension coléreuse avec menace, l'impulsivité, l'hypermotivité, les tendances perverses sadiques avec cruauté.
- 3) Au cours des manifestations psychotiques aiguës ou chroniques, il faut rechercher les hallucinations impératives, les meurtres suggérés, les idées d'autoaccusation, un sentiment anxieux d'insécurité, les idées d'empoisonnement, de préjudice, de jalousie, de légitime défense, de revendication ou de vengeance, il faut se méfier de la désignation nominale du persécuteur. On tiendra compte de l'attachement affectivo-émotionnel intense au délire et de l'accentuation de la conviction délirante avec exagération réactionnelle lors des épisodes féconds.
- 4) L'apparition d'épisodes d'agitation, de dépression accompagnée de menace de suicide, d'homicide et d'une façon générale l'existence d'une situation de crise.
- 5) Enfin l'absence ou l'inefficacité de la chimiothérapie.

IV/ LA TOXICOMANIE

Il existe en Tunisie des mesures législatives pour limiter les conduites toxicomaniaques.

La loi du 26 juillet 1969 porte réglementation des substances vénéneuses a été remplacée par la loi du 18 mai 1992 relative aux stupéfiants, elle regroupe les stupéfiants en un tableau désigné par le tableau B.

Cette loi vise à rendre beaucoup plus sévères les sanctions lorsqu'il s'agit de trafic, ainsi elle fait la distinction entre consommateurs et trafiquants : tout consommateur de stupéfiants sera puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de milles à trois mille dinars (Art 4).

Tout trafiquant de drogues sera puni de l'emprisonnement de six à dix ans et d'une amende de cinq à dix mille dinars (Art 5).

Elle reconnaît toutefois l'aspect pathologique de la conduite toxicomaniaque : « toute personne devenue toxicomane peut présenter une demande écrite accompagnée d'un certificat médical à la commission des toxicomanes en vue de suivre un traitement curatif de désintoxication (Art 18). L'action publique ne sera pas mise en mouvement contre celui qui présente, avant la découverte des faits, et pour la première fois une demande à la commission pour un traitement de désintoxication, mais si le demandeur de soins quitte l'établissement hospitalier ou interrompt le traitement sans l'accord de ses médecins ou de la commission les poursuites légales sont déclenchées à son encontre (Art 20).

Cette loi autorise la possibilité de liquidation au profit du trésor, de tous les biens acquis à l'occasion d'infraction en matière de stupéfiants (Art 20).

Elle ne comporte pas l'autorisation de blanchissement par des banques de gains financiers provenant du trafic des stupéfiants.

LA LOI N° 92-52 DU 18 MAI 1992 RELATIVE AUX STUPÉFIANTS :

CHAPITRE PREMIER :

De la définition des stupéfiants et de l'interdiction de leur culture.

Art 1 : sont considérés stupéfiants et soumis à la présente loi tout produit désigné au tableau B.

Art 2 : sont absolument interdits de culture, la consommation, la production, la récolte, la détention, la possession, la propriété, l'achat, le transport, la circulation, la cession, l'offre, la livraison, le trafic, la distribution, le courtage, l'importation, l'exportation, la fabrication, l'extraction, ou la contrebande des plantes naturelles narcotiques visées à l'article premier de la présente loi.

CHAPITRE SECOND :

Des peines.

Art 4 : sera puni, de l'emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de mille à trois mille dinars, tout consommateur ou détenteur à usage de consommation personnel de plantes ou matières stupéfiantes.

Art 5 : sera puni de l'emprisonnement de six à dix ans et d'une amende de cinq à dix mille dinars, quiconque cultive, récolte, produit, détient, possède, s'approprie, offre, transporte, s'entremet, achète, cède, livre, distribue, extrait ou fabrique des stupéfiants.

Art 6 : sera puni, de l'emprisonnement de vingt ans à l'emprisonnement à perpétuité et d'une amende de cent milles à un million de dinars, quiconque constitue une bande en Tunisie ou à l'étranger, la dirige, y adhère ou y participe, dans le pays l'une quelconque des infractions prévues par la présente loi.

CHAPITRE QUATRIÈME :

De la prévention et de la guérison des toxicomanes.

Art 18 : toute personne devenue toxicomane peut, avant la découverte des faits qui lui sont rapprochés, présenter une seule fois, une demande écrite accompagnée d'un certificat médical à la commission prévue à l'article 118 de la loi n° 69-94 du 16 juillet 1969, portant réglementation des substances vénéneuses, par elle-même, par l'intermédiaire de son conjoint ou de l'un de ses ascendants, descendants ou médecins, en vue de suivre un traitement curatif de désintoxication.

Art 19 : l'action publique ne sera pas mise en mouvement contre celui qui présentera, par lui-même ou par l'intermédiaire de son conjoint ou de l'un de ses ascendants ou descendants ou médecins, pour la première fois.....

Toutefois, si le demandeur de soins quitte l'établissement hospitalier ou interrompt le traitement sans l'accord de ses médecins ou de ladite commission, les poursuites légales seront déclenchées à son encontre.

Art 21 : sont réputés secrets professionnels, dont la divulgation est interdite, les informations sur l'état de santé des toxicomanes qui présentent par eux même des demandes de soin à la commission des toxicomanes.

Projet de réforme

V/L'EXPERTISE EN PSYCHIATRIE

1) DÉFINITION :

«L'expertise est la procédure qui a pour but d'utiliser les connaissances d'un technicien pour tirer au clair une question dont la solution demande une compétence technique dont le juge est dépourvu».

Le juge dispose cependant d'un libre pouvoir d'appréciation et il n'est nullement tenu de se confiner aux avis de l'expert, dont l'expertise ne remplace jamais le juge dans sa décision et ne s'impose jamais comme décision.

2) LES LOIS :

- L'article 93 du code de procédure pénale stipule : «tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de l'ordre public.»
- Les articles 101, 102, 145, 157 et 234 du même code de procédure pénale règlent l'organisation légale de l'expertise quant à :

La désignation et le choix de l'expert

La mission de l'expert

Le délai de l'expertise

La récusation des experts

Aux obligations et sanctions des experts

- Les articles 54, 55, 56, 60, 74 et 94 du code de déontologie réglementent les obligations des médecins experts vis-à-vis des expertises (le secret professionnel, l'incompatibilité pour le médecin d'être en même temps le médecin traitant et l'expert).

3) ASPECTS GÉNÉRAUX EN MATIÈRE D'EXPERTISE :

A / LES PRINCIPAUX ACTEURS :

L'expertise en général, et psychiatrique en particulier, met en scène un certain nombre de personnages, le nombre d'acteurs est variable en fonction de la nature de l'expertise psychiatrique, toutefois pour sa mise en route, la moindre opération d'expertise, nécessite au minimum la mise en jeu de 3 éléments de base.

Tout d'abord le sujet, lequel se transformera en EXPERTISE.

Pour expertiser le sujet, il est naturellement nécessaire d'avoir UN EXPERT, mais pour qu'une situation d'expertise existe, il est indispensable qu'elle fasse l'objet d'une demande. Apparaît ainsi le troisième acteur : LE MISSIONNEUR.

Cette triade fondamentale (EXPERT, EXPERTISE, MISSIONNEUR) constitue le noyau élémentaire des acteurs en matière d'expertise.

B/ MISSION :

Elle constitue la trame de l'expertise, elle crée la situation d'expertise, sans mission il n'y a pas d'expertise.

Cette mission a un but bien déterminé : assigner un cadre précis à l'expertise, elle se compose de questions plus ou moins précises auxquelles a à répondre l'expert-psychiatre, ces questions varient en fonction de la nature de l'expertise psychiatrique.

4) LES DOMAINES DE L'EXPERTISE :

A) L'EXPERTISE EN MATIÈRE PÉNALE :

Dans ce domaine la notion fondamentale à débattre et celle de la responsabilité.

Il arrive que les malades mentaux comme les sujets normaux transgressent les textes de loi et commettent des actes criminels, ils sont alors appelés à répondre de leurs actes devant les autorités judiciaires.

La loi tunisienne à travers l'article 38 du Code pénal considère que l'infraction n'est pas punissable lorsque le prévenu n'a pas atteint l'âge de 13 ans, ou était en état de démence au temps de l'action.

La mission du psychiatre-expert portera ici sur l'évaluation de l'état de la santé mentale du sujet et de ce fait sur sa responsabilité.

La loi tunisienne précise donc qu'il n'y a pas d'application de sanction pénale à l'aliéné criminel proclamé dément.

B) L'EXPERTISE EN MATIÈRE CIVILE

b 1) la réparation :

Alors que la responsabilité pénale est basée sur la violation d'un texte de loi, la responsabilité civile elle, est basée sur la notion de dommage.

Le droit prévoit qu'un dommage causé à autrui doit être réparé par celui qui en est l'auteur, il est donc nécessaire d'en apprécier l'importance pour en envisager la réparation juridique.

Le médecin expert évalue :

- *la réalité des troubles psychiatriques
- *la relation entre les troubles et le traumatisme (imputabilité)
- *la durée de l'incapacité temporaire
- *la consolidation
- *les séquelles
- *le taux d'incapacité permanente

Les principaux syndromes psychiatriques post-traumatiques sont :

- *épilepsie post-traumatique
- * démence post-traumatique
- *névrose post-traumatique
- *le syndrome subjectif des traumatisés crâniens
- *la sinistrose et les décompensations psychotiques

b 2) la tutelle et les mesures de sauvegarde des biens du malade mental :

La tutelle est prévue par le décret beylical du 18 juillet 1957.

La mission de l'expert portera sur l'évaluation de la capacité pour les sujets concernés de gérer leurs biens; du rapport de l'expert doit ressortir les éléments scientifiques nécessaires à la décision de l'interdiction au sujet de gérer ses biens, de prendre tout acte de disposition (vente ou achat) ou d'hypothèque.

Le juge de tutelle prononce le jugement et nomme un tuteur, le régime de l'interdiction n'est pas définitif et peut être levé dès que la démence prend fin.

GLOSSAIRE

- **Ascendant** : personne dont un sujet est juridiquement issu
- **Barème** : évaluation médicale chiffrée, servant de référence à l'expert pour donner ses conclusions, visant à la réparation du dommage corporel
- **Imputabilité** : dans le cadre médico-légal, recouvre la relation de cause à effet
- **Loi** : Règle écrite qui a la caractéristique d'être générale et permanente, et d'être élaborée par la chambre des députés.
- **Rapport** : document fourni par l'expert à l'issue de sa mission et dont ils sont responsables; il s'agit d'un avis technique.
- **Expertise** : mesure par laquelle un spécialiste est chargé de procéder à un examen technique et d'en exposer les résultats auprès de la juridiction compétente.

BIBLIOGRAPHIE

- Cordier B, Expertise psychiatrique, EMC de psychiatrie : Réf 37.902 A. 10,1992.
- Roure L-P, Renard Jp, Pratique de l'expertise psychiatrique Masson 1993.
- Planceur J, La médecine légale judiciaire PUF.

ANNEXES

ANNEXE 1

MODÈLE DE DEMANDE D'HOSPITALISATION PAR UN TIERS

Jesoussigné(e).....demeurantà.....né(e)
le....., à.....profession.....demande en qualité de
..... conformément à l'article 15 de la loi 92/83 relative à
la santé mentale, et aux conclusions du ou des certificats médical (caux) çï- joint(s), l'admission à l'hôpital de
Mr, (Mme).....âgé(e) de.....demeurant à
.....
Profession.....
Fait à.....le.....
Pièce d'identité n ° (signature)

ANNEXE 2

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL D'HDT

Je soussigné(e), Docteur....., exerçant à (domicilié à)
.....
certifie avoir examiné ce jour, Mr (Mme)
né(e) le.....à..... et avoir constaté les troubles suivants :
- *description symptomatique des troubles.*
- *expliquer pourquoi le consentement est impossible et les soins immédiats nécessaires en milieu médical.*
Les troubles de Mr (Mme)..... :
-rendent impossible son consentement à l'hospitalisation
-son état impose des soins urgents en milieu hospitalier
selon les termes de l'article 11 de la loi 92/83 relative à la santé mentale.
Cet état indique son hospitalisation à la demande d'un tiers selon les dispositions de la loi 92/83 du 3 Août
1992.
Fait à.....le.....
(signature)

Je soussigné(e), Docteur..... , exerçant à (domicilié à)

.....

certifie avoir examiné ce jour, Mr (Mme).....

né(e) le.....à.....et avoir constaté les troubles suivants :

- description symptomatique des troubles.

- expliquer en quoi les troubles menacent sa sécurité ou celle d'autrui.

L'état de santé de Mr (Mme).....représente une

menace pour sa sécurité et pour celle d'autrui et nécessite son hospitalisation sous le régime de l'hospitalisation d'office selon les termes de l'article 24 –25 de la loi 92/83 relative à la santé mentale.

Fait à....., le.....

(signature)

ÉVALUATION FORMATIVE

QROC

1/citer les trois modalités d'hospitalisation en psychiatrie en vertu de la loi 92/83 du 3 août 1983 modifiée par la loi 2004-40 du 3 mai 2004 :

.....

2/citer les conditions d'hospitalisation d'un malade mental sans son consentement énumérées par l'article 11 de la loi 92/83 du 3 août 1983 :

.....

.....

.....

QCM

1. En matière d'expertise civile, l'expert évalue :

A/ Le dommage subi par l'expertisé

C/ La responsabilité de l'expertisé

E/La capacité de l'expertisé à gérer ses affaires et biens

B/L'imputabilité des troubles au préjudice subi

D/Le taux d'incapacité permanente

.....

2. La décision d'hospitalisation d'office :

A/Est de la compétence du président du tribunal de première instance

B/est judiciaire

C/est prise pour une durée maximale d'une semaine

D/peut être renouvelée après un avis motivé du psychiatre traitant

E/concerne les malades mentaux dont l'état représente une menace pour autrui

.....

CAS CLINIQUES

1/ Mr MC présente une dépendance au cannabis, il n'a jamais fait l'objet de poursuites judiciaires et désire bénéficier d'un traitement curatif de désintoxication.

- sur quelle loi vous baserez-vous pour l'orienter vers une prise en charge

- définir l'article de loi spécifique à cette situation.

- Il vous demande, s'il risque, en suivant vos conseils, d'être poursuivi sur le plan pénal. Quelle sera votre réponse. La justifier en vous basant sur l'article de loi correspondant.

2/ Mr F., âgé de 67 ans, instituteur à la retraite et chasseur amateur, est amené par son fils aux urgences de l'hôpital psychiatrique.

Ce dernier rapporte que son père a proféré des menaces de mort à l'encontre de son épouse âgée de 60 ans. Il est convaincu depuis des mois que celle-ci lui est infidèle.

Au cours de l'entretien, Mr F. est très méfiant. Il explique qu'il a déjà fait son enquête. Ses preuves se sont accumulées : le regard de sa femme a changé, choix nouveau de la couleur de ses robes... Il ne va pas se laisser déshonorer plus longtemps. « Il faut que justice se fasse. Les deux vont payer le prix, ma femme et son amant que je connais très bien ! » dit-il en colère.

L'examen somatique de Mr F est normal.

- Quelle hypothèse diagnostique faut-il évoquer

- Relevez les critères généraux et médico-psychologiques de dangerosité chez ce patient

- Selon quelle modalité prévue par la loi 92 /83 du 3 août 1992 ce patient doit-il être hospitalisé ?

Argumentez votre réponse

CAS CLINIQUES

QCM n° 2 : A-B-D-E

QCM n° 1 : A-B-D-E

autres :

Reponses :
QROC n° 1 : HL, HDT, HO
QROC n° 2 : Conditions d'hospitalisation sans le consentement : pour la première fois..... Toutefois, si le demandeur de soins - ses troubles rendent impossible son consentement - son état impose des soins urgents - son état représente une menace pour sa sécurité ou celle des autres :
- Délire paranoïaque de jalousie
- Les critères généraux : possibilité de possession d'une arme à feu vu qu'il est amateur de chasse
Critères médico-psychologiques : la méfiance, les idées de jalousie avec persécuteurs désignés (la femme et l'amant supposé), la conviction délirante, la propension coléreuse (sthénicité) avec menace de tuer.
- Hospitalisation d'office, car ce patient présente une menace - Il ne risque pas de poursuites pénales, sauf « s'il quitte l'établissement hospitalier ou interrompe le traitement sans l'accord de ses médecins ou de la commission »
Justification/ Article 19 : « l'action publique ne sera pas mise en consentement site des soins urgents et ses troubles rendent impossible son

LES TROUBLES DE LA SEXUALITE

Objectifs éducationnels

- 1) Définir la santé sexuelle.
- 2) Décrire les différentes phases de la réponse sexuelle.
- 3) Identifier les principaux troubles de la sexualité.
- 4) Définir et décrire les troubles du désir sexuel chez l'homme.
- 5) Décrire les troubles de l'érection.
- 6) Etablir une démarche diagnostique et thérapeutique devant une dysfonction érectile.
- 7) Définir et décrire les troubles orgasmiques chez l'homme.
- 8) Définir et décrire les troubles du désir sexuel chez la femme.
- 9) Définir et décrire les troubles de l'excitation sexuelle chez la femme.
- 10) Définir et décrire les troubles orgasmiques chez la femme.
- 11) Définir et décrire Les troubles douloureux de la pénétration chez la femme.
- 12) Définir et décrire les différents types de troubles paraphiliques.
- 13) Décrire les principes généraux de la prise en charge d'un trouble paraphilique.
- 14) Définir et décrire la dysphorie de genre.
- 15) Décrire les principes généraux de la prise en charge d'une dysphorie de genre.
- 16) Décrire les principales dysfonctions sexuelles en psychiatrie
- 17) Décrire l'impact des psychotropes sur la sexualité et proposer une conduite à tenir.

PLAN :

1. Introduction

2. Sexualité normale

3. Les dysfonctions sexuelles

3.1. Dysfonctions sexuelles chez l'homme

3.1.1. Troubles du désir sexuel chez l'homme

3.1.1.1. La baisse du désir sexuel masculin

3.1.1.2. L'hypersexualité masculine

3.1.2. Troubles de l'excitation chez l'homme : la dysfonction érectile

3.1.3. Troubles de l'orgasme chez l'homme

3.1.3.1. Éjaculation prématurée

3.1.3.2. Éjaculation retardée

3.1.3.3. Éjaculation rétrograde

3.1.3.4. Anéjaculation

3.2. Dysfonctions sexuelles chez la femme

3.2.1. Trouble du désir sexuel chez la femme

3.2.2. Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme

3.2.3. Trouble de l'orgasme féminin

3.2.4. Troubles douloureux de la pénétration

3.2.4.1. Le vaginisme

3.2.4.2. La dyspareunie

4. Les troubles paraphiliques

4.1. Définitions

4.2. Description

4.2.1. Trouble voyeurisme

4.2.2. Trouble exhibitionnisme

4.2.3. Trouble frotteurisme

4.2.4. Trouble masochisme sexuel

4.2.5. Trouble sadisme sexuel

4.2.6. Trouble pédophilie

4.2.7. Trouble fétichisme

4.2.8. Trouble transvestisme

4.3. Prise en charge

5. La dysphorie de genre

5.1. Définition

5.2. Prise en charge

6. Dysfonctions sexuelles en psychiatrie

6.1. Dans les troubles de l'humeur

6.2. Dans les troubles anxieux

6.3. Dans les schizophrénies

7. Impact des psychotropes sur la sexualité

7.1. Conduite à tenir devant les dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs

7.2. Conduite à tenir devant les dysfonctions sexuelles induites par les antipsychotiques

8. Conclusion

1. INTRODUCTION

L'activité sexuelle dépend d'interactions complexes entre les systèmes nerveux, endocriniens, vasculaires et différentes structures en relation avec l'environnement social, culturel, culturel ainsi que les facteurs émotionnels (personnels ou du couple).

La sexualité dite « normale » fait partie de « la bonne santé » de tout individu. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis ».

Même s'il n'est pas possible de définir une pratique sexuelle normale, un trouble de l'une de ses composantes physiologiques peut exposer l'individu à une détresse importante.

La compréhension et la prise en charge diagnostique et thérapeutique des troubles sexuels font partie intégrante de la pratique médicale. Le soulagement de la souffrance des patients ainsi que la restauration d'une sexualité satisfaisante sont les objectifs à atteindre.

La version actuelle du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), distingue trois types de troubles sexuels : les dysfonctions sexuelles, les paraphilies, et la dysphorie du genre.

2. SEXUALITÉ NORMALE

La connaissance de la physiologie de la sexualité a bénéficié des travaux de William Masters et Virginia Johnson, sexologues nord-américains (fin des années 60) et ceux d'Helen Kaplan et Harold Lief (fin des années 70) ; selon lesquels l'activité sexuelle est divisée en 5 phases (figure 1) :

- La phase du désir : elle est caractérisée par des idées et fantasmes érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Elle est difficile à définir précisément dans sa durée comme dans sa phénoménologie. Il s'agit d'une phase de préparation à l'acte sexuel.
- La phase d'excitation : elle est caractérisée chez l'homme par l'érection et chez la femme par une augmentation de la vascularisation vaginale et de la vulve se traduisant par la lubrification vaginale et l'érection du clitoris.
- La phase de plateau : c'est la phase du cycle la plus longue, et qui elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation (masturbation). Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement.
- La phase d'orgasme : elle correspond à l'acmé du plaisir sexuel. Elle est typiquement, mais pas obligatoirement, accompagnée dans les deux sexes de contractions de la musculature striée périnéale. Elle s'accompagne normalement d'éjaculation chez l'homme.
- La phase de résolution : elle correspond au retour du corps à son état normal, avec détumescence des organes génitaux, sensation de relâchement et de bien-être. Elle s'accompagne d'une période réfractaire chez l'homme (figure 1), qui va de quelques minutes à plusieurs jours et qui augmente notablement avec l'âge. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme.

Le déroulement de la réponse sexuelle est sous-tendu par l'intrication de facteurs psychologiques, hormonaux et physiologiques

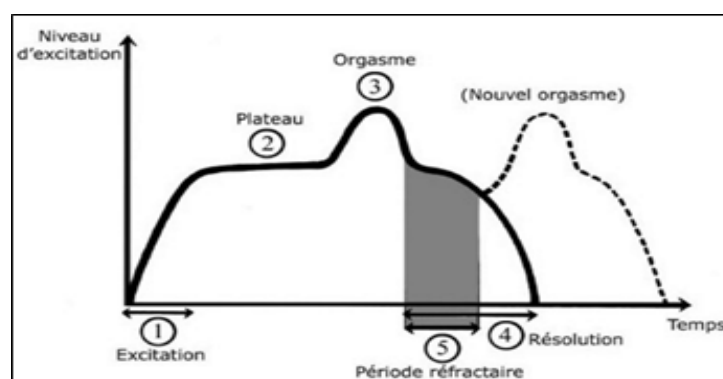


Figure 1. Les différentes phases de l'acte sexuel

3. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES (DS)

Les DS sont maintenant décrites en référence à la phase des relations sexuelles qui est altérée, et de façon parallèle chez la femme et chez l'homme.

Les DS sont très fréquentes en population générale. S'il n'existe pas une relation obligatoire de la satisfaction sexuelle avec la satisfaction de la vie de couple, les DS affectent toutefois fortement la qualité de vie de beaucoup de sujets qui en sont atteints.

3.1 DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME

3.1.1 Troubles du désir sexuel chez l'homme

3.1.1.1 La baisse du désir sexuel masculin

La diminution du désir sexuel chez l'homme est définie par le DSM-5 comme « une déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasmes imaginatives et du désir d'activité sexuelle », persistant pendant une durée d'au moins 6 mois. L'évaluation de la déficience est faite par le clinicien qui doit prendre en compte les facteurs susceptibles d'affecter le fonctionnement sexuel tels que l'âge et les contextes généraux et socioculturels de la vie du sujet.

Face à ces symptômes, il faut toujours éliminer une maladie somatique sous-jacente, mais aussi envisager les étiologies suivantes :

- *causes psychologiques* : une dépression, une psychose, une paraphilie ;
- *iatrogénie médicamenteuse* : antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, neuroleptiques, agonistes de la LH-RH et anti-androgènes ;
- *déficit androgénique*, en particulier le déficit androgénique lié à l'âge ;
- *facteurs psychosociaux* : stress professionnel ou personnel, manque d'intimité, éducation sexuelle rigide.

Quand ces troubles ne sont pas liés à une affection médicale ou à une substance, ils résultent souvent d'une problématique de couple.

3.1.1.2 L'hypersexualité masculine

L'hypersexualité est caractérisée par des préoccupations excessives en rapport avec les activités sexuelles, qui prennent une forme compulsive. La perturbation est à l'origine d'une souffrance personnelle marquée ou des difficultés dans le couple. Les activités sexuelles peuvent comporter une addiction aux sites pornographiques, des masturbations ou des coïts compulsifs.

Devant ce tableau, certaines étiologies sont à envisager :

- *causes organiques et iatrogènes* : syndrome frontal post-AVC ou traumatisme crânien sévère, épilepsie temporale, maladie de Parkinson
- *causes psychologiques* : états maniaques, état délirants, états d'hypersexualité compulsive, syndrome dépressif sous-jacent

Le traitement est essentiellement psychothérapeutique, avec un recours possible aux ISRS.

3.1.2. Troubles de l'excitation chez l'homme : la dysfonction érectile (DE)

a. Définition

Elle consiste en l'impossibilité durable d'obtenir une rigidité de la verge, ou de ne pouvoir la maintenir pour permettre la pénétration et ce jusqu'à l'éjaculation.

Selon le DSM-5, un trouble de l'érection est défini par la présence d'au moins un des trois symptômes suivants dans presque toutes ou toutes les occasions d'activités sexuelles avec un partenaire, pendant une durée d'au moins 6 mois :

- difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle.
- difficulté marquée à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel.
- diminution marquée de la rigidité érectile.

Le terme ancien d' « impuissance », trop imprécis et péjoratif, n'est plus utilisé.

Il faut préciser si le trouble de l'érection est :

- primaire (c'est-à-dire existant depuis le début de la vie sexuelle) ou secondaire ;
- permanent (généralisé) ou situationnel (par exemple selon le partenaire, etc.) ;

- léger, modéré ou sévère (selon le ressenti notamment).

La dysfonction érectile affecte principalement les hommes de plus de 40 ans. Sa prévalence serait de 1 à 10 % chez les hommes de moins de 40 ans, et de 20 à 40 % chez les hommes âgés de 60 à 69 ans.

La présence d'un trouble de l'érection peut avoir des conséquences négatives sur l'estime de soi, le couple et la qualité de vie globale.

b. Conduite diagnostique devant une DE

Diverses étiologies sont impliquées dans la genèse de la dysfonction érectile (Tableau 1). Elles sont d'ordre organique ou psychogénique. L'intrication de facteurs psychogéniques et organiques est de loin le tableau le plus rencontré.

Causes vasculaires : Cardiopathie ischémique ; Artérite des membres inférieurs ; Facteurs de risque (L'existence d'une DE associée à au moins trois facteurs de risque cardiovasculaire doit orienter le patient vers un avis cardiologique) : HTA, syndrome métabolique, dyslipidémie, tabac, obésité, sédentarité
Causes neurologiques : Affections dégénératives et inflammatoires ; Tumeurs du SNC ; Ischémie cérébrale ; Atteinte des cordons de la moelle ; Neuropathie autonome ; ...
Causes endocriniennes : Diabète ; Hypogonadisme ; Hyperprolactinémie ; Hyper ou hypothyroïdie ; Hypercorticisme
Causes génito-pelviennes : Hyperplasie bénigne de prostate ; Fibrose des corps caverneux (maladie de La Peyronie) ; Chirurgie pelvienne (prostatectomie) ; Irradiation pelvienne ; Fuite veineuse
Maladies chroniques : Insuffisance rénale ; Insuffisance cardiaque ; Cancer
Causes traumatiques : Traumatisme crânien, médullaire ; Traumatisme pénien ; Fracture du bassin
Causes iatrogènes : Antihypertenseurs (bêtabloquants, diurétiques thiazidiques, spironolactone, méthildopa, clonidine) ; Hypolipémiants (fibrates) ; Psychotropes (benzodiazépines, antipsychotiques, inhibiteurs de la recapture de sérotonine) ; Opiacés, héroïne, cocaïne, alcool ; Hormones (antiandrogènes, stéroïdes anabolisants, kétoconazole) ; Cimetidine
Causes psychogènes : Troubles addictifs : toxicomanie médicamenteuse, alcool, stupéfiants, une addiction sexuelle ; dépression ; anxiété ; troubles de la personnalité ; pathologies psychotiques ; paraphilies ; stress

Tableau 1. Etiologies de la dysfonction érectile.

Un **bilan minimum** initial est recommandé avec interrogatoire, examen physique et bilan biologique. L'importance de la composante **psychologique** doit être évaluée (Tableau2).

Origine organique prédominante	Origine psychogénique prédominante
Début progressif	Apparition brutale
Disparition des érections nocturnes	Conservation des érections nocturnes ou au réveil (en lien avec le sommeil paradoxal)
Conservation de la libido (sauf si hypogonadisme)	Diminution de la libido (secondaire)
Éjaculation verge molle	Absence d'éjaculation
Partenaire stable	Conflits conjugaux
Absence de facteur déclenchant	Facteur déclenchant
Étiologie organique évidente	Dépression
Examen clinique anormal	Examen clinique normal
Personnalité stable et humeur normale	Anxiété, troubles de l'humeur
Examens complémentaires anormaux	Examens complémentaires normaux
Constance du trouble, ou diminution progressive au cours du rapport (signe parfois l'existence d'une incompétence cavernoveineuse)	Caractère variable ou intermittent

Patient âgé (> 65 ans) ou avec un terrain à risque (cardio-vasculaire, tabagisme, diabète, obésité, etc.)	Détumescence nette lors du passage au coït
	Érection parfois normale lors de la lecture ou le visionnage de supports érotiques ou pornographiques
	Érection normale par masturbation

Tableau 2. Orientation diagnostique devant une dysfonction érectile.

c. Examen clinique

Un examen clinique général est recommandé chez tous les patients, comportant:

- un examen urogénital : examen des organes génitaux externes: testicules (taille, consistance), pénis (recherche d'un phimosis d'une maladie de Lapeyronie épispadias, hypospadias, ou autres anomalies morphologiques), toucher rectal après 50 ans à la recherche d'une hypertrophie prostatique ou d'un cancer de la prostate, examen des seins à la recherche d'une gynécomastie
- un examen cardiovasculaire : prise de tension artérielle du pouls et des pouls périphériques, recherche d'un souffle artériel, mesure du périmètre abdominal ;
- un examen neurologique: réflexes ostéotendineux et cutané plantaire, sensibilité des membres inférieurs, en particulier des pieds, et recherche d'une anesthésie en selle

d. Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial

En première intention, il faut effectuer :

- Une **glycémie à jeun** et une hémoglobine glyquée en cas de patient diabétique connu ;
- Un **bilan lipidique** : cholestérol total, HDL, triglycérides ;
- Une **testostéronémie totale et biodisponible** chez les hommes de plus de 50 ans en cas de symptômes évocateurs de déficit en testostérone ;
- En l'absence de bilan biologique récent, dans les cinq dernières années, demander: **NFS, créatininémie, ionogramme** et un **bilan hépatique** ;
- Le PSA total est dosé en fonction des symptômes et de l'examen prostatique dès lors qu'une **androgénothérapie** est envisagée (CI en cas de cancer de la prostate).
- Le dosage de la TSH n'est pas recommandé en première intention, sauf point d'appel clinique, de même que le dosage de la DHEA, ou de la testostéronémie libre.

Autres explorations complémentaires : pour le médecin généraliste, aucune autre exploration n'est recommandée en première intention dans la prise en charge initiale d'un patient présentant une DE

e. Prise en charge initiale de la dysfonction érectile

La prise en charge de première intention de la dysfonction érectile est proposée dans la figure 2.

* **Information sexuelle** : informer à propos de la **physiologie** de l'érection, de la prévalence et du mécanisme de la DE, de l'évolution de la sexualité avec l'âge...

* **Conseils d'hygiène de vie** : régime alimentaire si nécessaire, exercice physique, sevrage tabagique, lutte contre les addictions et contre la sédentarité.

* **Traitements étiologiques** si possible, notamment si trouble somatique, psychiatrique ou si iatrogénie, changement des traitements en cours : En cas de traitement antihypertenseur, les deux classes le plus souvent incriminées sont les bêta-bloquants et les diurétiques. Si le patient est coronarien ou diabétique, il faut toujours demander un avis cardiologique.

* **Psychothérapies** : cognitivocomportementale (désensibilisation, affirmation de soi), psychosexuelle ou sexothérapies de couple (Sensate Focus) ;

* **Outils de gestion du stress et techniques de relaxation corporelle**

* **Traitement pharmacologique par les INHIBITEURS DE LA PHOSPHODIESTÉRASE DE TYPE 5 (IPDE5)** : Il s'agit du traitement de référence en première intention. Ils facilitent, lors d'une stimulation sexuelle, la myorelaxation intracaverneuse et donc la qualité et la durée du remplissage des corps érectiles à l'origine de l'érection. Le taux d'efficacité est de l'ordre de 65 à 85 %. Deux molécules sont actuellement disponibles en Tunisie:

- Le sidanafil (Viagra®: 25, 50 et 100 mg) à la demande (prendre au moins une demi-heure avant le rapport, efficace 6 à 10 heures)
- Le tadalafil (Cialis® : 10 et 20 mg) à la demande (prendre au moins une heure avant les rapports, efficace 36 à 48 heures).

La principale contre-indication est la prise de dérivés nitrés et de médicaments donneurs de NO. Il existe dans ce cas un risque majeur d'hypotension pouvant être mortelle chez un patient coronarien.

Les effets secondaires (vaso-moteurs : céphalées, flush, obstruction nasale, vertiges ; visuels : dyschromatopsie ; digestifs : dyspepsie) sont considérés comme mineurs, et entraînent rarement un arrêt du traitement.

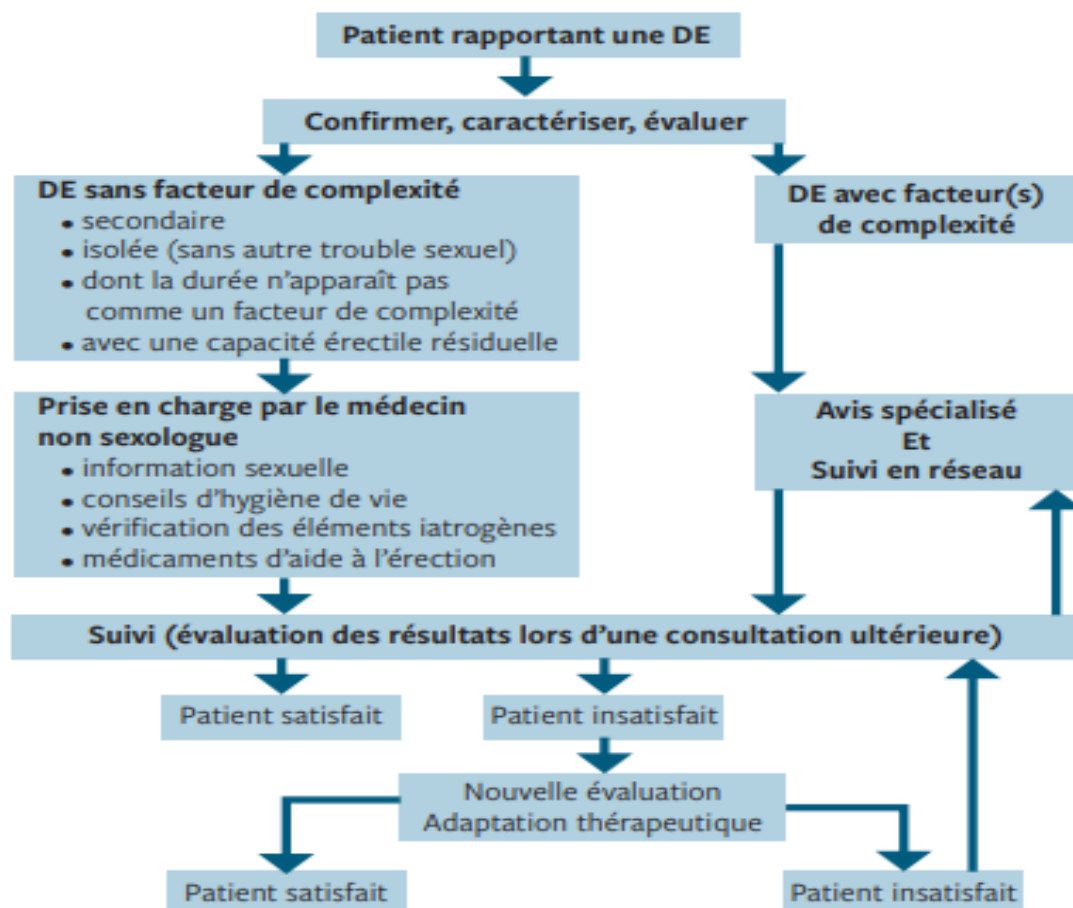
Avant d'instaurer un traitement d'aide à l'érection, il est recommandé de vérifier l'aptitude physique pour le rapport sexuel (ex. : réalisation facilement de 20 minutes de marche par jour ou de la montée de deux étages). Un avis cardiologique est indispensable en cas d'état cardiovasculaire instable.

* **Injections intracaverneuses (IIC) de PGE1, prostaglandines E1 intra-urétrales, vacuum (érecteur à dépression)** : ils sont indiqués en cas de contre-indication, d'échec ou d'intolérance du traitement oral, ou si le patient souhaite y passer spontanément.

dyspepsie) sont considérés comme mineurs, et entraînent rarement un arrêt du traitement.

Avant d'instaurer un traitement d'aide à l'érection, il est recommandé de vérifier l'aptitude physique pour le rapport sexuel (ex. : réalisation facilement de 20 minutes de marche par jour ou de la montée de deux étages). Un avis cardiologique est indispensable en cas d'état cardiovasculaire instable.

* **Injections intracaverneuses (IIC) de PGE1, prostaglandines E1 intra-urétrales, vacuum (érecteur à dépression)** : ils sont indiqués en cas de contre-indication, d'échec ou d'intolérance du traitement oral, ou si le patient souhaite y passer spontanément.



Source : Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L., Huyghes E. Algorithmes de prise en charge du patient souffrant de dysfonction érectile. Research article. Sexologies 2018

Figure 2. Algorithme décisionnel face à un patient souffrant de dysfonction érectile (DE)

3.1.3 Troubles de l'orgasme chez l'homme

3.1.3.1 Éjaculation prématurée

L'éjaculation prématurée (EP) est considérée comme la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente. Elle touche de 5 % à 40 % des hommes sexuellement actifs. Il s'agit d'une affection sous-diagnostiquée et sous-médicalisée. L'EP constitue une des 3 causes du mariage non consommé.

Il est nécessaire de rappeler que l'éjaculation prématurée peut engendrer une dysfonction érectile secondaire et inversement, une dysfonction érectile peut engendrer une éjaculation prématurée secondaire. Il est parfois difficile de

faire la part des choses dans la genèse des troubles mais cela est pourtant capital pour la prise en charge.

L'éjaculation prématurée compromet rapidement l'équilibre du couple et est souvent vécue douloureusement par les deux partenaires.

a. Définition

La définition pose problème. Plusieurs définitions de l'EP sont utilisées dans la littérature. L'International Society for Sexual Medicine définit l'éjaculation prématurée comme un dysfonctionnement sexuel masculin impliquant :

- une éjaculation qui survient toujours ou presque toujours avant ou dans la minute environ après la pénétration (éjaculation prématurée primaire) ou en cas d'éjaculation prématurée secondaire, une diminution cliniquement significative du délai pour éjaculer (souvent ≤ 3 min) ;
- l'impossibilité de retarder l'éjaculation sur toutes ou presque toutes les pénétrations ;
- des conséquences personnelles négatives, telles qu'une détresse psychique, une gêne, une frustration et/ou un évitement de l'intimité sexuelle.

Selon le DSM-5, l'EP est définie comme « un trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec une partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer » (Figure 3). Les symptômes doivent être présents depuis au moins 6 mois et être éprouvé par la personne dans presque toutes les occasions d'activité sexuelle.

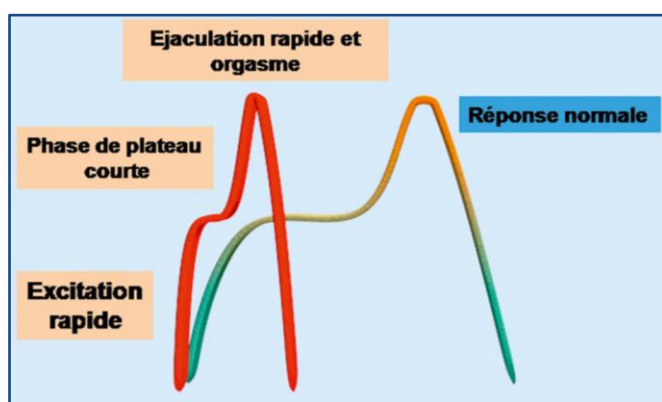


Figure 3. Réponse sexuelle normale et celle d'un patient ayant une éjaculation prématurée

La forme d'EP la plus sévère se traduit par une éjaculation se produisant avant que la pénétration vaginale ne puisse être réalisée. On parle alors d'éjaculation « ante portas ».

L'EP peut apparaître dès le début de la vie sexuelle du patient (EP primaire) ou survenir après une période asymptomatique (EP secondaire).

b. Facteurs de risque

L'hyperthyroïdie a pu être identifiée comme un facteur de risque réversible.

L'EP est fréquemment secondaire à d'autres troubles comme par exemple une prostatite chronique, un phimosis, une neuropathie périphérique, une dysfonction érectile. Elle peut aussi être due à la prise de psychostimulants (les amphétamines, la cocaïne...).

Enfin, l'EP secondaire est la plupart du temps consécutive à un événement de la vie négatif (découverte d'un adultère, rupture sentimentale, etc.).

c. Diagnostic

L'interrogatoire doit explorer le délai pour éjaculer, la possibilité ou non de contrôle de l'éjaculation, ainsi que la souffrance que cette situation génère. L'examen clinique doit rechercher une éventuelle pathologie génito-sexuelle associée, ainsi qu'une dysfonction érectile (éjaculation prématurée acquise). Aucun examen complémentaire n'est requis dans un premier temps.

d. Traitement

Traitement pharmacologique :

*La dapoxétine, un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine en prise ponctuelle à la demande, a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM pour les hommes de 18 à 64 ans) pour ce trouble. Ayant une courte demi-vie, elle est à prendre à la posologie de 30 (dose initiale) à 60 mg, une à trois heures avant l'activité sexuelle. L'avantage de la dapoxétine par rapport aux autres SSRI est la courte durée qui s'écoule entre la prise du médicament et l'effet clinique.

Elle est indiquée en seulement une prise par 24 heures et elle n'est pas destinée à une utilisation quotidienne au long cours.

Son efficacité est évaluée après les 4 premières semaines du traitement ou au moins après 6 doses.

Sa durée d'action est de 6 à 8 heures.

Effets indésirables: nausées, vertiges, diarrhées, céphalées, insomnie

Quelques précautions d'emploi:

- Association avec les IPDE5 ou déshydratation (risque d'hypotension orthostatique voire de syncope)

Les contre-indications absolues :

- Pathologie cardiaque : insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, BAV, valvulopathie, maladie du sinus
- Antécédent de troubles de l'humeur graves
- Insuffisance hépatique modérée à sévère
- Antécédent de syncope
- Hypersensibilité à l'un des composants

Par ailleurs, certains ISRS en dose quotidienne sont fréquemment utilisés pour traiter ce trouble mais leur utilisation reste hors AMM. De tous les antidépresseurs, la paroxétine (Deroxat®) est celui qui retarde le plus l'éjaculation. L'un des avantages de cette stratégie est qu'elle n'interfère pas avec la spontanéité des rapports sexuels. Généralement après une à deux semaines, l'homme est capable de retarder l'éjaculation lors de tous ses rapports sexuels. Le médicament doit être pris de quatre à six heures avant le rapport sexuel.

*Les gels à base de lidocaïne, appliqués 15 à 20 minutes avant le coït.

Traitement comportemental :

Plusieurs techniques comportementales visant à maîtriser la survenue de l'éjaculation ont démontré leur efficacité, et dont le principe est de permettre d'apprendre au patient à gérer le niveau de son excitation sexuelle. Deux protocoles principaux sont proposés :

- **Le stop and go:** essayer de repérer le point de non-retour et de s'arrêter juste avant pendant 45 secondes (essayer initialement avec la masturbation, puis lors des rapports).

- **Le squeeze:** presser le gland pour faire tomber l'érection. Ce n'est pas une technique appréciée.

Autres techniques :

La rééducation pelvipérinéale avec biofeedback, la relaxation, la sophrologie, une psychothérapie individuelle ou de couple

3.1.3.2 Ejaculation retardée :

C'est une éjaculation qui ne survient qu'après une période d'excitation sexuelle subjectivement trop longue. Les causes à évoquer sont : psychogène, neurologique (sclérose en plaques), iatrogénie médicamenteuse (antidépresseurs, neuroleptiques, tramadol).

3.1.3.3 Éjaculation rétrograde

Elle correspond à l'expulsion du sperme dans la vessie après la phase d'émission caractérisée par la présence de sperme dans l'urine (spermaturie) suivant un orgasme. Elle répond généralement à un défaut de fermeture du col de la vessie pendant l'émission du sperme. Les causes à évoquer sont : chirurgie de la prostate, chirurgie de l'aorte et curage lombéo-aortique, neuropathie végétative diabétique, paraplégie, tétraplégie, et médicamenteuses (alpha-bloquant).

3.1.3.4 Anéjaculation

L'anéjaculation est l'impossibilité d'obtenir une émission de sperme par le méat urétral en dépit d'une érection normale et de stimuli appropriés. Dans cette pathologie, le problème supplémentaire qui va se poser est celui de la procréation.

Les étiologies sont nombreuses : psychogène, neurologique (paraplégie, tétraplégie), diabète, iatrogénie médicamenteuse (antidépresseurs, neuroleptiques, alpha-bloquants [tamsulosine, silodosine]) ou chirurgicale (résection transurétrale de la prostate, adénomectomie par voie haute, prostatectomie totale, cysto-prostatectomie, curage ganglionnaire cancer du testicule).

3.2. DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LA FEMME

3.2.1. Trouble du désir sexuel (TDS) chez la femme

a. Définition

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie, le désir sexuel hypoactif est défini comme une baisse persistante ou récurrente ou une absence de fantasmes sexuels et de désir d'activité sexuelle responsable de souffrance marquée ou de difficulté interpersonnelle. L'existence d'une souffrance est indispensable pour parler de trouble car le repérage de la limite entre le normal et le pathologique s'avère difficile.

b. Etiologies

L'étiologie des TDS est éminemment multifactorielle :

- La dépression ;
- Les facteurs personnels cognitifs : le degré de connaissance et d'éducation sexuelle, l'image de soi, la personnalité de la femme ;
- Causes iatrogènes : les traitements psychotropes, les traitements contraceptifs oraux ;
- Les pathologies associées : diabète, dysthyroïdies, cancers, la chirurgie d'un trouble de la statique pelvienne ;
- La relation avec le partenaire ;
- Les événements de vie: le stress, la maternité, l'infertilité...

c. Prise en charge

L'objectif du traitement des TDS chez la femme est la récupération d'un désir sexuel, en réponse à une stimulation sexuelle correcte. Un réapprentissage émotionnel et physique au sein du couple, (complicité, tendresse, renforcement des zones érogènes) permettra le réamorçage du désir féminin notamment dans les couples installés où la routine a entraîné un émoussement des émotions.

* **L'information sur la réponse sexuelle féminine** : il existe de nombreuses situations où il est « normal » d'avoir moins de désir, notamment dans les périodes fragiles de la vie de la femme comme la grossesse et la ménopause. En parler simplement avec la patiente et son partenaire permettra une réassurance du couple.

* **Une prise en charge psychosexuelle** est recommandée en cas de facteur psychologique au premier plan : sexothérapie dite traditionnelle ou thérapie cognitivocomportementale.

* **Traitement hormonal par substitution androgénique** : il n'y a pas d'utilité à un traitement par testostérone en pré- ou périménopause chez la femme non chirurgicalement ménopausée. Le traitement par patch de testostérone a l'autorisation de mise sur le marché en France uniquement chez la femme ayant une castration chirurgicale. La tolérance à plus long terme de ce médicament n'est pas connue. Son rapport efficacité/effets indésirables est faible et sa place dans la stratégie thérapeutique n'est pas établie.

3.2.2 Trouble de l'excitation sexuelle (TE) chez la femme

a. Définition

Pour l'Association Américaine de Psychiatrie, un TE chez la femme est défini comme une incapacité permanente ou récurrente à atteindre ou à maintenir tout au long de l'activité sexuelle une lubrification adéquate en réponse à une stimulation sexuelle, ce trouble étant à l'origine d'une souffrance chez la patiente ou de difficultés interpersonnelles.

La définition du TE a été révisée dans le DSM-5, regroupant les troubles du désir sexuel et les troubles de l'excitation sexuelle sous une même catégorie diagnostique. Cependant, pour certains auteurs, cette définition risque d'exclure les femmes présentant des TE isolés.

b. Etiologies

- Causes vasculaires: La diminution du flux sanguin artériel ilio-hypogastrique secondaire à l'athérosclérose peut entraîner une insuffisance vasculaire vaginale et clitoridienne ;
- Causes neurologiques : atteintes du système nerveux central ou périphérique ;
- Causes endocriniennes : diabète, dysfonctions thyroïdiennes ;
- Causes infectieuses : infections urinaires à répétition, infections vaginales ;
- Pathologies chroniques : cancers, rhumatismes inflammatoires, douleurs chroniques ;
- Causes iatrogènes : les chimiothérapies, les psychotropes (les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), les contraceptifs oraux œstroprogestatifs ;
- Causes psychologiques: antécédents d'abus sexuels ou de négligence dans l'enfance, expériences traumatisantes durant la puberté, stress, anxiété, facteurs relationnels avec le partenaire.

c. Prise en charge

* **Une prise en charge spécialisée en sexo/psychothérapie** est nécessaire si les facteurs psychologiques sont au premier plan : thérapie cognitivo-comportementale, thérapies utilisant le sensate focus.

* **Une information** anatomique et sur la réponse sexuelle féminine sera utile dans certains cas.

* **Conseils hygiéno-diététiques** : en cas de comorbidités (athérosclérose, syndrome métabolique, diabète...), les conseils habituels de régime, de reprise d'une activité physique sont recommandés.

***Le traitement hormonal** local par estrogènes est recommandé en cas de trouble de la lubrification et de la trophicité vaginale chez les femmes ménopausées. Les estrogènes administrés par voie générale n'ont pas de place dans les TE actuellement.

3.2.3. Trouble de l'orgasme (TO) chez la femme

a. Définition :

L'orgasme est défini comme « une sensation de plaisir intense provoquant un état de conscience modifié, accompagné de contractions de la musculature des muscles striés à l'entrée du vagin qui amènent une sensation de bien-être ».

Le TO est défini par le DSM-5 comme la « présence de l'un ou des deux symptômes suivants dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle persistant depuis une durée d'au moins 6 mois :

- Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasmes.
- Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques. »

b. Etiologies :

Un certain nombre de facteurs peuvent être à l'origine d'un TO :

- Causes psychologiques : troubles de l'humeur, antécédents d'abus sexuels, problèmes relationnels avec le partenaire, perturbation de l'image de soi, information insuffisante sur la sexualité ;
- Causes organiques : les maladies chroniques, les suites de cancer, les interventions chirurgicales, l'asthénie, les rhumatismes inflammatoires, l'obésité, les douleurs chroniques ;

c. Prise en charge:

* **L'information** est essentielle et souvent suffisante à elle seule. L'explication doit insister sur la notion d'apprentissage et d'entraînement à l'orgasme : la femme doit apprendre à aller activement vers son plaisir.

* **Prise en charge psychosexuelle** : correction des cognitions et des comportements inadaptés, gestion des perturbations émotionnelles, soutien psychothérapique en cas de dépression ou d'anxiété, prise en charge du couple

* **Aucun traitement pharmacologique** n'est recommandé. Les études ayant évalué l'utilisation du sildénafil ainsi que celles ayant préconisé de la testostérone dans les TO féminins ont conduit à des résultats mitigés.

3.2.4. Troubles douloureux de la pénétration

3.2.4.1 Le vaginisme

a- Définition

Le vaginisme est un trouble psychophysiologique qui rend difficile sinon impossible l'acte sexuel. C'est un mécanisme de défense contre toute intrusion vaginale, dû à une contraction spasmodique involontaire et invincible des muscles releveurs et adducteurs fermant l'orifice vaginal lors de toute tentative de pénétration et qui s'accompagne de fermeture défensive des cuisses (Figure 4).

Il s'agit de la dysfonction sexuelle la plus influencée par le contexte social et culturel

Très fréquente dans notre contexte socioculturel, et constitue une des causes de mariage non consommé.

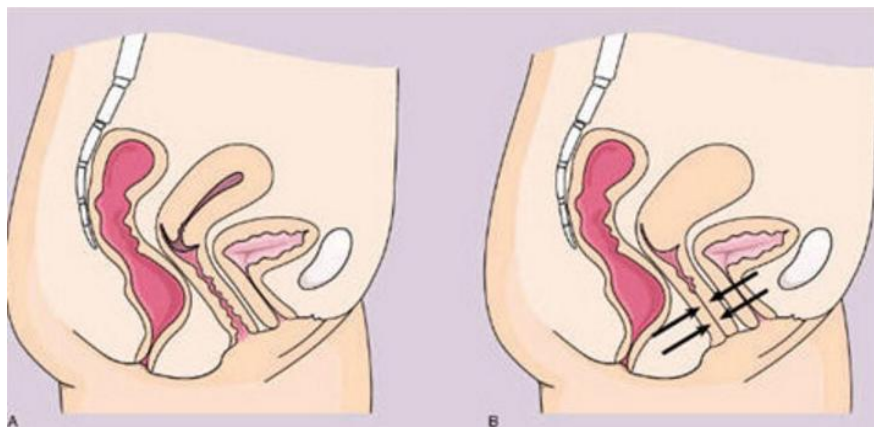


Figure 4. Contraction involontaire des muscles releveurs de l'anus

Les jeux sexuels restent possibles, comme l'attestent l'existence de femmes vaginales enceintes, ou de couples qui substituent parfois la pénétration vaginale par la sodomie. Cependant, le vaginisme est à l'origine de mariages non consommés et de fausses stérilités.

Le vaginisme est dit primaire si la pénétration s'est toujours avérée impossible ou difficile. La forme primaire représente la

fréquence la plus importante de vaginisme. Le vaginisme est dit secondaire s'il apparaît après une vie sexuelle satisfaisante et sans problèmes particuliers (survenant généralement à la suite d'un traumatisme, d'un conflit ou d'un problème de santé).

b- Facteurs de risque :

- Éducation stricte: Sexualité et corps tabou, influence culturelle, éducation trop rigoureuse avec caractère répréhensible de la sexualité
- Peur de son intimité, identité féminine non acceptée
- Méconnaissance du schéma corporel (image d'un vagin petit et étroit, hymen perçu comme un mur, etc.)
- Intrusion physique: examen gynécologique pendant l'enfance sans informations, suppositoires et lavement fréquents
- Femme infantile: lien mère fille fort l'empêchant de s'accomplir sexuellement
- Conflit avec l'image de l'homme: lutte de pouvoir homme femme et dévalorisation de l'image du père pendant l'enfance
 - Peur excessive de la douleur: défloration, accouchement
- Rituel du 'tasfih'

Le vaginisme secondaire doit faire rechercher attentivement des causes organiques de dyspareunie, auxquelles il est souvent associé. Il peut également survenir dans les suites d'une agression sexuelle.

Les causes organiques sont peu nombreuses et doivent être soigneusement éliminées : malformations génitales, hymen scléreux, bride ou cloison vaginales, dyspareunies, etc.

c- Prise en charge :

Ce trouble ne relève pas d'étiologie organique mais explicable par une éducation sexuelle et religieuse trop sévère, une expérience sexuelle traumatisante ou une structure hystéro phobique de la personnalité.

Le traitement est essentiellement **psychosomatique** : explication anatomique (appareil génital), exploration de son corps (surmonter l'angoisse), auto-introduction ultérieure par la patiente de son propre doigt avec exercice de contraction et de relâchement (exercice de Kegel). Le vaginisme a un bon pronostic quand la femme accepte de faire ce travail personnel sur son corps. La défloration chirurgicale sous anesthésie générale est à proscrire.

3.2.4.2 La dyspareunie

La dyspareunie est une douleur génitale récidivante ou persistante associée à un rapport sexuel. Elle peut être **primaire** (présente depuis le début de la vie sexuelle), ou **secondaire** (survenant après une sexualité non douloureuse initialement).

Il existe des dyspareunies **superficielles** (renvoient à des douleurs d'intromission, souvent d'origine orificielle et vulvo-vaginale) et des dyspareunies **profondes** (douleurs du fond vaginal, voire pelviennes, déclenchées par une pénétration profonde lors d'un rapport sexuel).

Les dyspareunies sont une entité hétérogène, symptôme de nombreuses maladies organiques. Le diagnostic de dyspareunie psychogène est un diagnostic d'élimination et impose entre autres la recherche d'antécédents d'abus ou de violences sexuels.

4. LES TROUBLES PARAPHILIQUES

4.1 DÉFINITIONS

D'après le DSM-5, le terme paraphilie « renvoie à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant ».

Les troubles paraphiliques énumérés dans le DSM sont au nombre de huit, répartis en deux groupes :

a. Préférence pour des activités anormales :

- Troubles des moyens de séduction : ils regroupent les composants dysfonctionnels des comportements de séduction humains (voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme)
- Troubles qui impliquent douleur et souffrance : trouble masochisme sexuel et trouble sadisme sexuel

b. Préférence de cibles anormales :

- Troubles dirigés vers des personnes : trouble pédophilie
- Troubles dirigés ailleurs : trouble fétichisme, trouble transvestisme

4.2 DESCRIPTION

4.2.1 Trouble voyeurisme

Ce trouble est défini par le DSM-5 comme la « présence pendant une période d'au moins 6 mois, d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'observer une personne qui ne se doute de rien, nue, en train de se déshabiller ou d'avoir des rapports sexuels, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ».

Le trouble voyeurisme est plus fréquent chez les hommes. Les actes voyeuristes sont les plus fréquents des comportements sexuels susceptibles d'enfreindre la loi.

4.2.2 Trouble exhibitionnisme

Ce trouble consiste en une « présence pendant une période d'au moins 6 mois, d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'exhiber ses organes génitaux devant une personne prise au dépourvu, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ».

Les sous-types du trouble exhibitionnisme reposent sur l'âge ou la maturité sexuelle des personnes non consentantes à qui l'individu préfère exposer ses organes génitaux (enfants pré-pubères, individus sexuellement matures, ou les deux). Le trouble exhibitionnisme est beaucoup plus fréquent chez les hommes.

4.2.3 Trouble frotteurisme

Le trouble frotteurisme est défini comme une « présence pendant une période d'au moins 6 mois, d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de toucher ou se frotter contre une personne non consentante, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ».

La prévalence des actes frotteuristes peut atteindre 30% chez les hommes en population générale.

4.2.4 Trouble masochisme sexuel

Il s'agit de la « présence pendant une période d'au moins 6 mois, d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait d'être humilié, battu, attaché ou par tout autre acte entraînant de la souffrance, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ».

Le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des personnes humiliées, battues, attachées ou subissant tout autre acte entraînant de la souffrance est parfois une caractéristique du trouble masochisme sexuel.

4.2.5 Trouble sadisme sexuel

Le trouble sadisme sexuel est la « présence pendant une période d'au moins 6 mois, d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par la souffrance physique ou psychologique d'une autre personne, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ».

Le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des personnes faisant mal ou infligeant de la souffrance est parfois une caractéristique du trouble sadisme sexuel.

4.2.6 Trouble pédophilie

Le DSM-5 qualifie de pédophile le sujet qui, depuis au moins 6 mois, « présente des fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou plusieurs enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins) ».

Le fait d'avoir un large recours à la pornographie montrant des enfants prépubères est une indication utile pour faire le diagnostic de trouble pédophilie.

4.2.7 Trouble fétichisme

Il implique la présence depuis au moins 6 mois, « d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée soit par l'utilisation d'objets, soit par un intérêt hautement spécifique pour une ou plusieurs parties non génitales du corps, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ». Un individu peut avoir un diagnostic de trouble fétichisme associé à un objet (p. ex. des sous-vêtements féminins) ou une focalisation exclusive sur une partie du corps intensément érotisée (p. ex. pieds, cheveux) ou les intérêts fétichistes peuvent atteindre les critères pour des combinaisons variées (p. ex. chaussettes chaussures et pieds). Le fétichisme peut être une expérience multisensorielle incluant les actions de porter, goûter, frotter, introduire ou sentir un objet fétiche tout en se masturbant, ou préférer qu'un partenaire porte ou utilise un objet fétiche pendant les rapports sexuels.

Dans les échantillons cliniques, le trouble fétichisme n'est presque exclusivement retrouvé que chez les hommes.

4.2.8 Trouble transvestisme

C'est une présence depuis au moins 6 mois, « d'une excitation sexuelle intense et récurrente provoquée par le fait de se travestir, se manifestant sous la forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements ». Le travestissement peut reposer sur seulement un ou deux vêtements (p. ex. pour les hommes, seulement l'utilisation d'un sous-vêtement féminin) ou il peut consister à revêtir tous les vêtements d'intérieur ou d'extérieur de l'autre sexe et, pour les hommes, à se maquiller ou à porter des perruques féminines. Le trouble transvestisme est quasi exclusivement l'apanage des hommes.

4.3 PRISE EN CHARGE

La prise en charge des sujets présentant un trouble paraphilique dépend du contexte. Il faut distinguer les cas où c'est le patient qui consulte spontanément (cas rare), ou à la demande de leur partenaire, et les cas où c'est sur demande de la justice, dans le cadre des obligations de soins.

Il convient d'informer le patient des limites du secret médical: en cas de paraphilie constituant une infraction à caractère sexuel de type pédophilie, le médecin a l'**obligation de signalement**, il doit pour cela se référer à la justice, en levant le secret médical.

Le problème le plus difficile est celui de l'évaluation du **risque de récurrence** et de la **dangerosité**. Il existe différents types d'échelles qui peuvent aider à cette évaluation, en complément d'une analyse clinique d'un acte commis, dans sa complexité.

Certains traitements peuvent être proposés. Deux classes médicamenteuses principales sont utilisées pour traiter les paraphilies : les antidépresseurs de type sérotoninergique et les antiandrogènes. Récemment, en France, deux antiandrogènes ont obtenu une AMM pour leur utilisation chez les délinquants sexuels : l'acétate de cyprotérone (Androcur®) et la triptoréline, analogue de la LH-RH (Salvacyl LP®). Mais ces traitements sont prescrits pour abaisser les pulsions et non pour modifier les traits de personnalité du sujet. Le risque de récurrence est important.

Une **prise en charge psychothérapique** pourrait permettre à un sujet de modifier les composantes pathologiques de sa personnalité.

5. LA DYSPHORIE DE GENRE

5.1. DÉFINITION

L'identité de genre est une catégorie de l'identité sociale et se réfère à l'identification de l'individu comme masculin, féminin, ou parfois d'une catégorie autre que masculin-féminin.

D'après le DSM-5, les personnes atteintes de dysphorie de genre représentent une non-congruence affective/cognitive marquée entre le genre auxquels ils ont été assignés (habituellement à la naissance, attribué comme genre de naissance) et le genre éprouvé/exprimé. La dysphorie de genre se réfère à la détresse qui peut accompagner l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné. Bien que tous les individus n'éprouvent pas de détresse à la suite d'une telle incongruité, beaucoup sont en difficulté lorsque les interventions somatiques (hormones et/ou chirurgie) ne sont pas disponibles.

Chez les adultes ayant une dysphorie de genre, la différence entre le genre vécu et les caractéristiques sexuelles physiques est souvent, mais pas toujours, accompagnée d'un désir de se débarrasser des caractères sexuels primaires et/ou secondaires et/ou d'un fort désir d'acquiescer caractères sexuels primaires ou secondaires de l'autre sexe. A des degrés divers, les adultes ayant une dysphorie de genre peuvent adopter le comportement, l'habillement et les habitudes du genre vécu. Ils se sentent mal à l'aise d'être considérés par les autres ou de fonctionner en société en tant que membres de leur genre assigné.

5.2. PRISE EN CHARGE

La prise en charge d'un patient souffrant d'une dysphorie de genre vise à l'aider à s'adapter plutôt que d'essayer de le dissuader de son identité. Les tentatives de modification de l'identité de genre chez l'adulte ne se sont pas révélées efficaces et sont à présent considérées comme contraires à l'éthique.

***L'psychothérapie** vise à :

- Évaluer et traiter les troubles concomitants (p. ex. dépression, toxicomanie)
- Aider les patients à faire face aux effets négatifs de la stigmatisation (p. ex. désapprobation, discrimination)
- Aider les patients à trouver une expression de genre qui soit confortable

* **Une hormonothérapie transsexuelle et une chirurgie de changement de sexe** ont pour objectif de leur donner une apparence corporelle la plus proche possible de celle correspondant à l'identité de genre. L'association de psychothérapie, réassignation hormonale, vivre au moins un an sous le genre ressenti et la chirurgie de réassignation sexuelle peuvent être curatifs quand le trouble est diagnostiqué de façon appropriée.

6. DYSFONCTIONS SEXUELLES EN PSYCHIATRIE

6.1. DANS LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Le lien est bidirectionnel et il est parfois difficile de comprendre leurs intrications. La prévalence de dysfonctions sexuelles chez les patients souffrant d'épisodes dépressifs caractérisés est difficile à évaluer du fait des nombreuses variables qui peuvent interagir avec la sexualité, à commencer par les antidépresseurs. Les troubles du désir sont les plus fréquents de

ces troubles (30 à 50 %) et les dysfonctions érectiles représenteraient environ 25 % des dysfonctions sexuelles au cours d'un épisode dépressif. Il est à noter que 20 à 30 % des sujets dépressifs conservent des troubles de la sexualité après la rémission de l'épisode. À l'inverse, le fait de souffrir d'une dysfonction sexuelle augmenterait de presque deux fois le risque de développer une dépression. La question se pose aussi chez les patients bipolaires. En phase maniaque il existe une augmentation des pensées sexuelles, des impulsions, et une prise de risque sur le plan des comportements sexuels. En revanche, il y a peu de données scientifiques sur la prévalence des atteintes des conduites sexuelles pour ce qui est des phases hypomanes, dépressives ou en phase intercritique. Plusieurs études semblent montrer que les infractions sexuelles sont souvent en rapport avec un trouble bipolaire, du fait de la désinhibition et de l'hypersexualité.

6.2. DANS LES TROUBLES ANXIEUX

Chez les personnes souffrant de troubles anxieux, 75 % déclarent avoir des dysfonctions sexuelles. Le lien est ici aussi bidirectionnel, avec la difficulté de savoir ce qui est des facteurs déclenchants et des facteurs de maintien. Les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique ont plus de dysfonctions érectiles, davantage d'anorgasmie, et un faible niveau de satisfaction sexuelle. Les dysfonctions sexuelles sont aussi souvent secondaires à un ou des traumatismes sexuels et ceux-ci doivent être recherchés avec précaution. Par ailleurs, le traitement des troubles anxieux peut nécessiter la mise en place d'un traitement antidépresseur de type ISRS qui fréquemment va majorer la dysfonction sexuelle. Il est important de prévenir le patient sur ce risque d'aggravation pendant la durée du traitement pharmacologique.

6.3. DANS LES SCHIZOPHRÉNIES

Selon certaines études, la sexualité des schizophrènes ne s'écarte pas de façon significative de celle des sujets normaux. Toutefois, leur vie sexuelle est entravée par le début souvent précoce de la maladie, avec les difficultés de contact qui en résultent et l'incompréhension de l'entourage. La sexualité des schizophrènes peut être perturbée par les idées délirantes, les sentiments de persécution, les problèmes de contact, la froideur affective ou les symptômes déficitaires tels qu'une absence d'intérêt et une anhédonie. On retrouve également comme facteur surajouté la prévalence importante des comorbidités somatiques et l'iatrogénie des antipsychotiques. Les dysfonctions sexuelles chez les schizophrènes sont très fréquentes, rapportées dans 50 à 80 % des cas ; elles sont attribuées en partie aux antipsychotiques. Ces dysfonctions sont une cause majeure de non-adhésion au traitement. La comparaison des groupes traités et non traités a montré que la diminution des pensées sexuelles et la réduction du désir étaient plus importantes chez les patients non traités, alors que les troubles de l'érection étaient plus fréquents chez les patients traités. De même, une diminution de la stimulation et de la satisfaction sexuelle était observée chez les patients traités en comparaison des patients non traités.

7. IMPACT DES PSYCHOTROPES SUR LA SEXUALITÉ

7.1. CONDUITE À TENIR DEVANT LES DYSFONCTIONS SEXUELLES INDUITES PAR LES ANTIDÉPRESSEURS

Plusieurs stratégies peuvent être proposées aux patients pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs.

Par exemple :

- attendre une rémission spontanée des troubles. C'est la solution la plus fréquemment choisie par les patients une fois informés d'un probable retour à la normale probable après l'arrêt du traitement
- réduire l'antidépresseur à la dose minimale efficace ;
- changer d'antidépresseur (par exemple remplacer l'ISRS par la mirtazapine, l'agomélatine). Le bupropion, hors AMM, est utilisé dans cette situation (niveau de preuve faible) ;
- prendre l'antidépresseur après le rapport sexuel (non valable pour les ISRS à longue demi-vie comme la fluoxétine) ;
- stopper l'antidépresseur 2 à 3 jours (drug holiday). Toutefois, il existe un risque de baisse de la compliance au traitement et d'apparition de symptômes de sevrage. De plus, on a rapporté des cas de dysfonctions sexuelles persistantes après arrêt de l'antidépresseur ;
- ajouter un autre médicament : la mirtazapine peut diminuer les effets indésirables des ISRS et de la venlafaxine ; la buspirone, le sildénafil et le tadalafil se sont montrés efficaces pour améliorer la fonction érectile chez les patients souffrant de dépression ne recevant pas d'antidépresseur et chez ceux présentant une dysfonction érectile secondaire aux antidépresseurs.

7.2. CONDUITE À TENIR DEVANT LES DYSFONCTIONS SEXUELLES INDUITES PAR LES ANTIPSYCHOTIQUES

Bien que moins consensuelles, plusieurs possibilités s'offrent :

- diminuer la dose de l'antipsychotique, puisque les effets sur la sexualité sont majoritairement dose-dépendants, en étant vigilant de ne pas perturber un équilibre parfois complexe à obtenir ;
- changer un antipsychotique par un autre, tel que la quétiapine ou l'aripiprazole ;
- traiter l'hyperprolactinémie, surtout lorsqu'elle entraîne aménorrhée et galactorrhée;
- utiliser un IPDE-5 en cas de troubles érectiles.

En dehors des questions du traitement, c'est l'accompagnement du patient qui est le point clé de la prise en charge. Il est souvent utile de référer le patient à un spécialiste qui pourra explorer les différentes dimensions impliquées.

8. CONCLUSION

Il est important de retenir que les dysfonctions sexuelles sont très fréquentes et qu'il est essentiel d'interroger nos patients sur leur santé sexuelle. Il est parfois difficile de faire la part des choses entre les facteurs déclenchants et de maintien de ces troubles. Dans tous les cas, il convient de ne pas hésiter à référer le patient à un médecin-sexologue qui pourra aider au bilan et à la prise en charge de ces troubles.

ANNEXE

Sensate Focus

Une des premières sexothérapies, elle implique une série d'exercices gradués pratiqués en couple se basant sur le toucher sensuel. Les objectifs de la thérapie sont de réduire l'anxiété, d'améliorer la communication sexuelle entre les partenaires et d'améliorer l'intimité. Elle permet de se rencontrer soi-même et son partenaire.

Elle repose sur le fait de porter pleinement son attention sur les sensations perçues et données, mais aussi de communiquer ses ressentis au partenaire.

AUTO-EVALUATION

1. Les principaux objectifs de la prise en charge des paraphilies sont :

- A. Engager une bonne relation thérapeutique
- B. Normaliser les conduites sexuelles
- C. Mettre le patient sous traitement sous anti-dépresseurs
- D. Prévenir la récurrence
- E. Prendre en compte le risque potentiel pour autrui

2. Le vaginisme

- A. Est un trouble volontaire
- B. Rend difficile sinon impossible l'acte sexuel
- C. Est à l'origine de mariages non consommés
- D. Peut être due à une éducation sexuelle sévère
- E. Le traitement consiste en une défloration chirurgicale

3. Les troubles suivants rentrent dans le cadre du « Trouble de l'intérêt sexuel et de l'excitation sexuelle » :

- A. Trouble subjectif de l'excitation
- B. Trouble objectif de l'excitation
- C. Désir sexuel hypo-actif
- D. Anorgasmie primaire
- E. Dyspareunie

4. Définir l'anorgasmie généralisée.

5. Dans le cadre de la dysfonction érectile :

- A. La conservation des érections nocturnes plaident en faveur d'une cause organique
- B. L'écho-doppler pénien est systématique
- C. L'intrication de facteurs psychiques et organiques est fréquente
- D. La conservation de la libido plaide en faveur d'une cause organique
- E. Le trouble peut être occasionnel n'apparaissant que dans certaines conditions.

6. Concernant l'éjaculation précoce une (ou plusieurs) des propositions suivantes est (sont) vraie(s) :

- A. Elle est considérée comme la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente
- B. L'éjaculation peut survenir en intra-vaginal
- C. La prise en charge repose essentiellement sur la psychothérapie
- D. La durée du coït signe le diagnostic
- E. L'incapacité à retarder l'éjaculation est un élément fondamental du diagnostic.

Réponses :
Question 1 : A-D-E
Question 2 : B-C-D
Question 3 : A-B-C
Question 5 : C-E
Question 6 : A-B-C-E

TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX DES DÉMENCES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Enumérer les caractéristiques communes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)
2. Distinguer les facteurs étiologiques des SCPD à partir des données anamnestiques (de la famille et du patient) et cliniques
3. Reconnaître les SCPD chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer à partir de l'anamnèse et l'examen clinique
4. Différencier les SCPD d'une dépression, d'une confusion mentale et d'un trouble délirant d'installation tardive
5. Conduire une démarche diagnostique et évaluative devant des SCPD
6. Planifier la prise en charge thérapeutique chez un patient présentant des SCPD

Pré-requis:

Connaître la sémiologie du syndrome démentiel, les éléments cliniques et paracliniques d'orientation diagnostique et étiologique de la démence et les modalités de prise en charge du volet cognitif.

Mise à jour Juin 2022

1. INTRODUCTION

Les symptômes psycho-comportementaux du sujet âgé sont très fréquents, en particulier chez les sujets présentant une maladie d'Alzheimer ou une démence apparentée (plus de 80 % des cas). Ces symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) apparaissent souvent au cours de l'évolution des troubles neurocognitifs. Leur survenue et surtout leur intensité s'accompagnent d'une évolution péjorative sur le plan cognitif et fonctionnel.

Les SCPD ont des conséquences majeures en termes de qualité de vie pour le patient et son entourage, de qualité de la prise en charge (prescription médicamenteuse inappropriée ; risque accru d'hospitalisation et d'entrée en institution).

2. RAPPEL

Les troubles neurocognitifs constituent un tableau syndromique en lien avec des étiologies variables selon le processus neurodégénératif sous-jacent : maladie d'Alzheimer (MA), maladie à corps de Lewy (MCL), démence frontotemporale (DFT), démence vasculaire (DV).

Tableau 1 : les grandes caractéristiques des quatre principaux troubles neurodégénératives

LES GRANDES CARACTÉRISTIQUES DES QUATRE PRINCIPAUX TROUBLES NEUROCOGNITIFS	
TNC d'Alzheimer	TNC à corps de Léwy
Déficits cognitifs confirmés par un test	Perturbations cognitives (fonctions frontales et sous-corticales, capacités visuospatiales)
Trouble de la mémoire	Fluctuation de l'attention et de l'état de conscience
Aphasie	Hallucinations visuelles récurrentes
Apraxie	Signes moteurs de type parkinsonien
Agnosie	(tremblements, rigidité, modification de la démarche)
Déficits des fonctions exécutives	Chutes à répétition
Perturbation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des rôles sociaux	Sensibilité aux antipsychotiques
TNC vasculaire	TNC frontotemporal
Pertes cognitives imprévisibles	Troubles du comportement
Perturbations de la démarche	Hyperoralité
Incontinence urinaire	Comportements stéréotypés, rigidité mentale
Labilité émotionnelle	Perte du sens des convenances sociales
Modification de la personnalité et de l'humeur	Symptômes affectifs comme l'indifférence émotionnelle
Signes focaux : faiblesse, rigidité (ces signes sont généralement asymétriques), modification des réflexes, dysphagie, asymétrie du visage	Trouble du langage
	Conservation de l'orientation spatiale et des praxies au début du trouble neurocognitif

Adapté de : Vover (2011)

Source : *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre de soins de longue durée*. Disponible sur : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf

3. DÉFINITION DES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

Les SCPD constituent des symptômes d'expression clinique hétérogène qui s'observent au cours de la démence quelle que soit son étiologie.

En 1997, l'International Psychogeriatric Association (IPA) a proposé de regrouper ces symptômes sous le terme de « signes et symptômes psychologiques et comportementaux des démences » Behavioural and Psychological Signs and Symptoms of Dementia » qui sont définis comme des **troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur** et du **comportement** fréquemment observés chez les patients présentant **une démence**.

4. CARACTÉRISTIQUES DES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

Les SCPD sont des symptômes différents dans leur nature mais qui ont des caractéristiques communes :

- Ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer (MA) et autres maladies apparentées (démences à corps de Léwy, démences fronto-temporales....)
- Leur fréquence tend à croître avec la sévérité du déficit cognitif
- Ils peuvent survenir à tous les stades des démences. Ils peuvent aussi précéder les troubles cognitifs, constituant alors un mode d'entrée d'allure psychiatrique dans le processus neurodégénératif.
- Ils surviennent souvent de façon imprévisible, sont variables dans le temps et d'évolution progressive
- Ils signalent le plus souvent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur du patient
- Ils sont interdépendants, souvent associés
- Ils ne sont **pas spécifiques de la maladie d'Alzheimer**
- Certains SCPD sont persistants, d'autres sont épisodiques ou fluctuants
- Ils varient avec le type de démence et peuvent donc **aider à l'orientation diagnostique**.

* Au stade débutant de la MA, l'apathie, les troubles de l'humeur et l'agitation sont les manifestations les plus fréquentes. Les symptômes psychotiques, l'agressivité, l'opposition ou les troubles du sommeil apparaissent généralement plus tardivement.

* les hallucinations visuelles sont fréquentes dans les démences à corps de Léwy, mais aussi les idées délirantes, les symptômes thymiques et les troubles du sommeil font partie des critères diagnostiques de ce type de démence.

* Les modifications comportementales avec perte des convenances sociales, désinhibition, labilité de l'humeur, indifférence émotionnelle, perte d'empathie et changement des habitudes alimentaires orientent plutôt vers les démences fronto-temporales.

- L'environnement du patient joue, pour partie, un rôle dans l'apparition ou l'aggravation de certains de ces symptômes (par exemple, un milieu inapproprié ou des attitudes inadéquates de l'entourage).

5. FACTEURS ÉTIOLOGIQUES DES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

Les SCPD sont des manifestations singulières, influencées et modulées à des degrés divers par différentes composantes : neurobiologiques (nature et localisation des lésions neurodégénératives), psychologiques et psychopathologiques (l'histoire de vie du patient, traits de personnalité, relations interpersonnelles...), composantes somatiques et environnementales.

En début d'évolution, les perturbations affectives résultent de la conscience d'échecs répétés et du handicap. Les SCPD seraient donc une tentative de réponse de la personne malade face à son handicap, à ses conditions existentielles, à son environnement humain, réactions qui seraient alors dictées par sa personnalité et ses habitudes de vie antérieures.

En cours d'évolution, les troubles psychiatriques, surtout d'apparition brutale, sont souvent secondaires à une affection somatique intercurrente, à une cause iatrogène ou plus rarement à une cause toxique. Aussi, ces troubles sont souvent la conséquence d'une inadéquation ou d'une modification de l'environnement (hypostimulation, hyperstimulation, conflit,...).

Enfin, ils peuvent être uniquement la résultante de la maladie notamment dans ses stades avancés. Ils sont alors secondaires à la dégénérescence neuro fibrillaire affectant des structures impliquées dans la régulation psycho-comportementale.

6. SÉMIOLOGIE DES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

Le champ des SCPD est vaste (*voir tableau 1bis*) et regroupe de façon hétérogène plusieurs symptômes.

S'il n'existe pas de classification consensuelle, il est utile en pratique clinique de regrouper les SCPD en sous-groupes syndromiques :

- symptômes affectifs : dépression et anxiété ;
- symptômes psychotiques : délire, hallucinations ;
- symptômes d'hyperactivité : agitation, désinhibition, irritabilité, comportement moteur aberrant, euphorie, comportements sexuels inappropriés
- troubles de la motivation : apathie
- autres symptômes : troubles du sommeil, troubles de l'appétit, stéréotypies verbales.

Tableau 1. Types de symptômes	
Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité.
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient.
Comportements moteurs aberrants	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : déambulations, gestes incessants, attitudes d'agrippement, etc.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales : remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant.
Cris	Vocalisations compréhensibles ou non, de forte intensité et répétitives.
Idées délirantes	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie.
Hallucinations	Perceptions sensorielles sans objet réel à percevoir, alors que les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles. Elles sont le plus souvent visuelles.
Troubles du rythme veille/sommeil	Troubles de la durée, de la qualité du sommeil, mais aussi par une inversion du cycle nyctéméral, dépassant le cadre polyphasique du sommeil physiologique de la personne âgée.

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

6.1. SYMPTÔMES AFFECTIFS

6.1.1. La dépression

La présentation sémiologique de la dépression varie selon la sévérité de la démence. En début d'évolution, la symptomatologie est souvent comparable à celle observée chez les sujets âgés sans trouble neurocognitif (dépressions à masque hostile, somatique, anxieux ou confus). Les manifestations de la dépression deviennent moins typiques dans les formes modérées à sévères. À ces stades, les troubles du langage et les difficultés de représentation entravent la verbalisation des affects. Des modifications du comportement comme des conduites d'opposition, un refus alimentaire, une irritabilité, une insomnie ou une mise en retrait peuvent être des signes indirects de la dépression.

6.1.2. L'anxiété

La présentation clinique de l'anxiété est polymorphe et la comorbidité avec les symptômes psychotiques ou les troubles de l'humeur est fréquente. L'anxiété prend différentes formes : sensation exacerbée de solitude, sollicitations répétées de l'entourage, appels téléphoniques récurrents, plaintes somatiques, insomnies d'endormissement, etc. Au stade les plus sévères, des présentations comportementales sont régulièrement retrouvées : syndrome crépusculaire ou **sundowning** syndrome (instabilité motrice de fin journée), syndrome de Godot (comportement adhésif vis-à-vis d'une personne cible ou questionnement incessant à propos d'un événement à venir), la peur d'être laissé seul ou vocalisation et appels au secours répétés sont fréquents.

6.2. LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

Des idées délirantes et des hallucinations peuvent survenir isolément, ou être associés à des troubles du comportement perturbateurs ou des symptômes affectifs. Les idées délirantes en cours de trouble neurocognitif ont comme thèmes la persécution, la suspicion, le préjudice (par exemple le vol ou l'empoisonnement) et la jalousie (infidélité). Il est important de distinguer les idées délirantes des confabulations relevant des troubles cognitifs. Les confabulations consistent en des récits et discours dans lesquels le passé et le présent, l'imaginaire et le réel se mélangent. Contrairement aux idées délirantes, les confabulations sont brèves et leur contenu est changeant.

Au cours de la démence, les hallucinations sont majoritairement visuelles et auditives. Au cours de la maladie d'Alzheimer, les hallucinations généralement en modalité visuelle et parfois auditives, surviennent plus tardivement. Leur survenue est associée à une évolution défavorable sur les plans cognitif, fonctionnel et comportemental. Par contre, dans la démence à corps de Lewy, où les hallucinations visuelles surviennent précocement dans l'évolution de la maladie mais ne sont pas systématiques (j'ai changé la structure car la phrase ne contient pas de verbe). Ces hallucinations, sont souvent stéréotypées et répétitives (en scène des animaux ou des êtres humains) et peuvent être intensément vécues et s'accompagner de comportements perturbateurs ou de raptus anxieux.

6.3. LES SYMPTÔMES D'HYPERACTIVITÉ

6.3.1. Agitation et agressivité

L'agitation et l'agressivité constituent des manifestations complexes, d'expression clinique variable (voir tableau 2), source de détresse pour l'entourage et les professionnels.

Tableau 2 : les catégories des comportements d'agitation

LES QUATRE CATÉGORIES DES COMPORTEMENTS D'AGITATION	
Comportements d'agitation physique non agressifs	Comportements d'agitation physique agressifs
Commettre des gestes indécents	Briser des objets
Faire les cent pas	Tordre des objets
Déambuler de façon inappropriée	Pincer les soignants
S'emparer ou cacher des objets des autres	Griffer
Égarer les objets	Donner des coups de coude
Fouiller dans les affaires des autres	Mordre
Uriner ou déféquer de façon inappropriée	Donner des coups de pieds
Cogner des objets sans les briser	Frapper les autres résidents
Lancer des objets ou des aliments	S'automutiler
S'habiller de façon incorrecte	Cracher sur les soignants ou les résidents
Se déshabiller dans des lieux inappropriés	Bousculer les soignants ou les résidents
S'isoler	Empoigner les soignants ou les résidents
Négliger son hygiène	Voler les objets des autres résidents
Manger la nourriture des autres	Posséder un objet pour blesser des personnes
Faire des gestes insultants, mais pas obscènes	Utiliser un objet pour frapper les soignants ou les résidents
Ne pas suivre les directives	
Mettre dans sa bouche des objets inappropriés	
Présenter des gestes répétitifs ou des comportements ritualisés	
Se cramponner ou poursuivre des personnes	
Déambuler de façon inappropriée	

Comportements d'agitation verbale non agressifs	Comportements d'agitation verbale agressifs
Parler constamment	Utiliser un langage indécent ou blasphématoire
Répéter des phrases, des mots ou des sons	Crier ou hurler
Émettre des sons répétitifs	Menacer de blesser les autres
Expressions reflétant des peurs irrationnelles	Menacer de s'automutiler
	Utiliser un langage hostile, accusateur envers les autres

Sources : Bourque and Voyer (2013) , IPA (2012b) & Yliffe et al. (2005)

Source : *Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre de soins de longue durée*. Disponible sur : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf

6.3.2. Comportements sexuels inappropriés

Les termes « comportements sexuels inappropriés » sont définis comme des comportements sexuels marqués par une apparente perte de contrôle, ou une recherche d'intimité inadaptée par rapport au contexte social ou par rapport au partenaire impliqué. On peut observer des comportements verbaux et gestuels à caractère sexuel manifeste : injures, propositions inconvenantes, gestes obscènes, attouchements et caresses sur les parties intimes, baisers; des comportements exhibitionnistes : exposition intentionnelle des parties génitales ou de la nudité; les masturbations en public; les conduites d'hyperactivité sexuelle : tentatives ou rapports sexuels avec un partenaire consentant ou non.

6.4. L'APATHIE

Plus fréquente dans la maladie d'Alzheimer (80%), l'apathie se définit comme un trouble de la motivation, de l'initiative motrice avec perte d'intérêt cognitif et réduction du ressenti affectif. Elle se manifeste par un manque d'intérêt dans les activités de la vie quotidienne et les soins personnels et par une diminution des interactions sociales, des expressions faciales, des intonations vocales, des réponses émotionnelles et de l'initiative.

7. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Deux grands syndromes peuvent être pris à tort pour des symptômes psycho-comportementaux de la démence : le syndrome dépressif et le syndrome confusionnel.

7.1. LA DÉPRESSION

La dépression chez le sujet âgé peut prendre le masque de la démence dans 15 à 20 % des cas. On parle alors de dépression pseudo-démentielle. En effet, les deux tableaux ont des similitudes au niveau comportemental (apragmatisme, ralentissement psychomoteur), cognitif (difficultés de concentration et d'attention, troubles de la mémoire) et affectif (troubles émotionnels, désinvestissement des activités habituelles, perte des intérêts). Mais plusieurs caractéristiques permettent de redresser le diagnostic vers la dépression (voir tableau 3).

Parfois, faire la distinction entre les deux tableaux est difficile, surtout que la dépression peut inaugurer un tableau démentiel. A ce moment, une épreuve thérapeutique par un antidépresseur peut aider à redresser le diagnostic.

Tableau 3 : caractéristiques différentielles de la dépression et de la démence

Caractéristiques cliniques	Démence	Dépression pseudo-démentielle
Installation de la maladie	Insidieuse	Rapide
Antécédents dépressifs	non	oui
Plaintes	Déficits négligés ou cachés	Exagérations des troubles cognitifs
Réponse	Le patient tente de répondre réponse erronées de type « presque exactes »	Effort minime pour réponse Réponse type « je ne sais pas »
Etat affectif	Labile et superficiel	Désespoir et tristesse
Attention et concentration	Diminuées	Souvent conservées

Troubles mnésiques	Diminution sévère de la mémoire des faits récents plus que celle des faits anciens, en accord avec le déficit cognitif	Diminution comparable des faits récents et anciens Atteinte variable et fluctuante.
Orientation temporo spatiale	Perturbée en rapport avec l'intensité déficit cognitif	Respectée, peut être fluctuante et variable
Insertion sociale	Souvent conservée au début	Rapidement réduite
Evolution au cours du nycthémère	Aggravation en fin de journée, confusion accrue la nuit	Aggravation matinale Amélioration vespérale

7.2. LA CONFUSION MENTALE

Un état confusionnel peut survenir chez un malade dément dont le cerveau est plus vulnérable que celui d'un vieillard non dément.

Les éléments permettant de différencier confusion et démence sont rapportés dans le tableau 4.

Tableau 4 : caractéristiques différentielles de la confusion et de la démence

Caractéristiques cliniques	Démence	Dépression pseudo-déméntielle
Début	Insidieux	Brutal (en quelques jours)
Antécédents	Variables	Surtout Médicaux, plusieurs médicaments
Evolution diurne	Stables au cours de la journée, sommeil généralement conservé	Variable, période de lucidité, aggravation nocturne, sommeil perturbé
Vigilance, conscience	Intact sauf dans les formes avancées	Symptôme cardinal, toujours perturbé
Hallucinations	Possibles	Fréquentes surtout visuelles
Orientation temporo spatiale	Atteinte probable	Toujours atteinte
Activité psychomotrice	Souvent normale	Augmentée ou diminuée
Discours	Normal au début, paraphasies, dysnomies	Souvent désorganisé, incohérent
Signes d'atteinte neurologique diffuse	Absents sauf dans les formes avancées	Souvent présents

Source : Confusion et démences. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2009. disponible sur <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie6/site/html/cours.pdf>

7.3. LES ÉTATS DÉLIRANTS D'INSTALLATION TARDIVE

Des états délirants de survenue tardive peuvent être pris à tort pour des syndromes démentiels. Les éléments pouvant faire éliminer un processus démentiel sont le caractère plus riche et plus structuré du délire, l'absence d'affaiblissement intellectuel et la personnalité pré-morbide de type paranoïaque ou schizoïde.

Par ailleurs, les patients présentant une schizophrénie d'évolution déficitaire avec appauvrissement du langage et du discours peuvent rendre difficile l'appréciation de la survenue de démence. A ce moment, un bilan neuropsychologique peut être d'un grand recours.

8. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET ÉVALUATIVE DEVANT DES SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX DE LA DÉMENCE

Il est recommandé de réaliser une évaluation structurée et personnalisée. Cette évaluation doit être hiérarchisée pour apporter rapidement des solutions efficaces en fonction du degré d'urgence. La conduite à tenir recommandée est la suivante :

- apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient et/ou pour autrui ;
- **interroger et examiner le patient et interroger l'entourage** (aidants, professionnels, etc.) sur l'ancienneté et les caractéristiques du trouble, les signes d'alerte éventuels, les circonstances de survenue (le mode de survenue, l'influence de l'environnement, le type et l'intensité des symptômes, leur évolution dans le temps, l'association à d'autres symptômes, et le retentissement fonctionnel (sur l'adaptation et la vie quotidienne du patient et des aidants).

- rechercher **une cause somatique** (rétention d'urine, infection, douleur aiguë, fécalome, etc.) ou psychiatrique (crise d'angoisse sévère) à traiter en priorité ;
- **rechercher des facteurs iatrogènes à corriger** ;
- **approfondir l'évaluation clinique des troubles** (intensité, retentissement) ;
- compléter **l'enquête étiologique** : faire le point sur les capacités sensorielles et cognitives, identifier les facteurs pré-disposants (de fragilité, d'environnement, de mode de vie), rechercher les facteurs déclenchants ou de décompensation : événements ponctuels, problèmes relationnels, attitude inadaptée des aidants.

L'évaluation clinique et l'enquête étiologique doivent être répétées à différents moments de la prise en charge si le trouble persiste.

Des échelles d'évaluation ou des entretiens semi-structurés permettent de réaliser une hétéro-évaluation quantitative de la symptomatologie globale [Inventaire Neuropsychiatrique (NPI)], ou spécifique tels que l'inventaire Apathie, l'échelle de dépression gériatrique, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield,...

9. PRISE EN CHARGE

Le contact avec un patient atteint de démence et présentant un trouble psychologique ou comportemental se fait le plus souvent dans le cadre des urgences.

Le rôle du praticien est d'établir en premier lieu une relation de confiance avec le patient et sa famille. Il cherchera à instaurer un environnement calme, à dédramatiser la situation et à adopter une attitude rassurante envers le patient et ses proches (voix calme, discours rassurant, relation tactile).

L'objectif de la prise en charge est alors double: assurer le traitement des symptômes et préserver l'autonomie du patient et le maintien à domicile. Cette prise en charge dépend du stade d'évolution de la maladie et du type et des caractéristiques des symptômes. Elle s'appuie sur les **approches non pharmacologiques** à privilégier en première intention et sur les traitements pharmacologiques instaurés en deuxième position.

La démarche thérapeutique est multimodale et comprend plusieurs étapes :

9.1. EVALUATION DES SYMPTÔMES ET DU TERRAIN

La première étape avant le traitement est **d'évaluer les symptômes** : leur mode de survenue, le type, l'intensité, l'évolution dans le temps, le retentissement sur la vie quotidienne du patient et sur les aidants et le degré de dangerosité.

Il faut aussi **évaluer le terrain** par un interrogatoire minutieux de la famille : la personnalité du patient, ses antécédents médico-psychiatriques, les déficits sensoriels, les traitements, le type de la démence et son stade.

On peut avoir recours à des **outils psychométriques** tels que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI). Il évalue la fréquence, la sévérité, le retentissement sur l'aidant et les soignants de douze symptômes parmi les plus fréquents au cours de la démence. Cette évaluation doit être répétée, se faire à différents temps et dans des contextes différents.

On peut recourir aussi au Geriatric Depression Scale (GDS), évaluant la dépression chez le sujet âgé.

9.2. RECHERCHER DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES POTENTIELS

Il faut essayer de donner un sens aux symptômes par la recherche des facteurs étiologiques et notamment de ceux qui sont contrôlables :

- Douleur, rétention vésicale chez l'homme, constipation récente, fécalome.
- Troubles hydro-électrolytiques ou métaboliques
- Infection
- Dysthyroïdie, anémie sévère
- Causes toxiques : alcool, CO...
- Iatrogénie par surdosage ou du fait des effets indésirables : NLP, BZD, antiparkinsonien, morphine, codéine, anticholinergiques, corticoïdes, etc.
- Changement d'environnement (déménagement, situation nouvelle), deuil, mariage, départ d'un proche, problèmes relationnels avec l'aidant, maltraitance...

Un examen clinique est nécessaire. Un bilan biologique peut être demandé en fonction des signes d'appel (Glycémie, ionogramme, bilan thyroïdien, bilan infectieux, etc.)

9.3. L'HOSPITALISATION

Le recours à l'hospitalisation est à éviter. Elle est indiquée dans un service de médecine s'il existe un engagement du pronostic vital ou fonctionnel ou devant des signes confusionnels. L'hospitalisation en milieu psychiatrique reste aussi un dernier recours en cas de situations de dangerosité difficilement contrôlables.

Le recours à la contention physique doit rester aussi exceptionnel, indiqué en cas d'échec des mesures thérapeutiques et en présence d'un danger majeur à court terme.

9.4. LES STRATÉGIES NON PHARMACOLOGIQUES

Ce sont des approches globales qui visent à traiter mais surtout à prévenir les troubles psycho-comportementaux. Elles impliquent plusieurs intervenants : médecin traitant, psychiatres ou psychologues, orthophoniste, membres de la famille, et ce dans des structures diverses : consultations de mémoire, hôpitaux de jour, unités de soin Alzheimer, unités de crise géro-psi-chiatriques et les structures d'hébergement. Elles ont plusieurs cibles :

a. Affectives et émotionnelles : il faut instaurer une thérapie de soutien du patient notamment au cours des stades précoces de la maladie avec écoute empathique, conseils rationnels et réassurance. L'éducation des aidants naturels est aussi nécessaire, les aidant à comprendre les symptômes du sujet âgé et à mieux communiquer avec lui. Parfois, des moments de répit sont à favoriser pour éviter les situations de crise.

b. Environnementales : adapter le lieu de vie des patients en assurant un milieu de vie sécurisé, des repères familiaux, un éclairage adapté, des signalétiques et en évitant la sursimulation sensorielle et la promiscuité.

c. Comportementales et cognitives : en ayant recours à des thérapies occupationnelles. Ces dernières visent à maintenir le patient dans la réalité et l'aident à développer ou maintenir les habilités nécessaires pour participer à la vie quotidienne : maintenir une certaine routine, prévenir les attitudes régressives en renforçant les comportements et les automatismes adéquats, préserver le lien social, mettre en place des activités de stimulation (sorties à la lumière du jour, musicothérapie, bains chauds, adoption d'un animal familier, etc).

9.5. LES APPROCHES PHARMACOLOGIQUES

a. Les inhibiteurs de l'acétyl cholinestérase

Ce sont des traitements substitutifs de la déplétion cholinergique ralentissant la détérioration cognitive : Aricept (Donépézil), Exélon (Rivastigmine).

Ils peuvent avoir une action psycho-comportementale, en particulier sur l'apathie, les symptômes dépressifs, l'anxiété, l'agitation et les hallucinations.

Dans la démence à corps de Lewy, les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase sont particulièrement efficaces sur les hallucinations qui seraient favorisées par la diminution de l'activité cholinergique du cortex pariéto-temporal.

b. Les psychotropes

Les psychotropes n'ont pas d'indication validée pour la plupart des SCPD, en dehors des dépressions. Leur prescription est envisagée si les symptômes sont fréquents ou sévères ou s'ils sont source de désadaptation et de souffrance pour le patient ou ses proches.

Il faut utiliser en priorité les formes per os, en monothérapie et à des posologies efficaces les plus faibles possibles (le ¼ de la posologie recommandée chez l'adulte). La prescription doit être réévaluée régulièrement. Le médicament sera interrompu progressivement dès la disparition du trouble ciblé.

- **Les antidépresseurs :** Les antidépresseurs tricycliques à effets anti-cholinergiques sont à éviter. Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine sont recommandés en première intention en cas de dépression ou de symptômes émotionnels ou comportementaux : anxiété, irritabilité, impulsivité, agressivité, agitation, déambulation... (citalopram, escitalopram, sertraline).

- **Les antipsychotiques :** Ils sont actifs sur les signes psychotiques et indiqués parfois à visée sédatrice en cas d'agitation ou d'agressivité rebelles aux autres mesures thérapeutiques. Il faut privilégier les antipsychotiques atypiques sur les neuroleptiques classiques pour leur meilleure tolérance (rispéridone, olanzapine). Néanmoins, leur innocuité n'est pas totale, puisqu'ils sont associés à un risque plus élevé de mort subite et d'accidents vasculaires cérébraux.

Ils sont contre-indiqués en cas de maladie de Parkinson, et fortement déconseillés en cas de démence à corps de Lewy.

- **Les anxiolytiques :** Par leurs effets myorelaxants et sédatifs, les benzodiazépines peuvent exposer le sujet âgé à un risque accru de chute et de sédation. Néanmoins, ces molécules peuvent être très utiles en prescription ponctuelle en cas d'anxiété importante. Leur durée de prescription doit être limitée dans le temps. Le choix des molécules doit se porter sur les produits à demi-vie brève et sans métabolite actif (oxazépam, lorazépam).

L'hydroxyzine est un anxiolytique antihistaminique avec des effets délétères sur les fonctions cognitives devant limiter son usage.

- **Les hypnotiques** : ils sont à réserver aux situations d'insomnie ne répondant pas aux règles d'hygiène et après contrôle de l'anxiété et des autres symptômes psychologiques. Ils doivent être prescrits pendant une courte durée.

- **Les thymorégulateurs** : ils peuvent être efficaces sur les troubles émotionnels, du caractère et sur l'impulsivité.

10. CONCLUSION :

Les signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence représentent une entité à part entière. Ils peuvent inaugurer la démence mais également survenir à n'importe quel moment de son évolution. Ces symptômes très variés méritent une analyse fine et une évaluation clinique détaillée se basant sur l'histoire de vie du patient et des facteurs environnementaux. Ceci permettra d'adapter la prise en charge et de garantir au maximum la meilleure réponse thérapeutique. Leur prise en charge requiert le panel banal mais indispensable d'une prise en charge pour favoriser un soin gériatrique professionnel : compétence, observation, concertation, pluridisciplinarité et volonté collective d'action

RÉFÉRENCES :

1. J.-M. Dorey, M. Herrmann, J.-P. Schuster, A. von Gunten, A. Lepetit. Stratégies thérapeutiques des troubles psychocomportementaux dans les troubles neurocognitifs de la personne âgée. EMC 2019 ; 37-540-C-40.

2. J. Roblin. Symptômes psycho-comportementaux du sujet âgé. L'Encéphale 2009 ; Hors-série 3, S19-S27

3. Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, Gestion optimale des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les aînés vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée – Guide de pratique clinique pour les infirmières, Direction des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées, Sylvie Rey, 2015, 49 pages. Disponible sur :

https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/07/Guide-de-pratique-clinique-SCPD_Sciences-infirmieres_2015.pdf

4. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. 2009. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer_troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

5. Confusion et démences. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2009. Disponible sur// <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie6/site/html/cours.pdf>

6. Pancrazi M.P, Metais.P. Maladie d'Alzheimer, traitement des troubles psychologiques et comportementaux. Press Med 2005 ; 34 :667-72

ÉVALUATION FORMATIVE

QCM :

1- Les troubles psycho- comportementaux au cours de la démence :

- A. sont spécifiques de la maladie d'Alzheimer
- B. sont des indicateurs de la gravité de l'état clinique
- C. surviennent au stade terminal de la maladie
- D. ont une évolution variable dans le temps
- E. l'environnement du patient peut être responsable de leur aggravation

Réponse:.....

2-Les signes cliniques en faveur d'une dépression pseudo-déméntielle sont :

- A. L'installation insidieuse de la maladie
- B. L'absence d'antécédents dépressifs
- C. Un état affectif labile et superficiel
- D. Une orientation temporeux-spatiale respectée
- E. Une aggravation matinale

Réponse:.....

3- Les signes cliniques en faveur d'une confusion mentale chez le sujet âgé :

- A. Le début insidieux des symptômes confusionnels
- B. Les hallucinations visuelles fréquentes
- C. Une activité psychomotrice perturbée
- D. Un discours désorganisé et incohérent
- E. La polymédication

Réponse:.....

Réponses :
QCM 1 : B, D, E
QCM 2 : D, E
QCM 3 : B, C, D, E

LES CONDUITES ADDICTIVES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir une addiction
2. Etablir une classification des substances psycho-actives
3. Décrire la clinique d'un comportement addictif
4. Réunir les arguments du diagnostic positif d'un trouble de l'usage de substances.
5. Rechercher les facteurs de vulnérabilités susceptibles de favoriser l'installation d'une addiction
6. Planifier la prise en charge d'un trouble de l'usage de substance
7. Identifier les principes de la prévention en addictologie

Mise à jour Juin 2022

1. DÉFINITION DE L'ADDICTION :

1.1. ÉTYMOLOGIE DU TERME ADDICTION

Être « addicte » était, au Moyen Âge, une ordonnance d'un tribunal, obligeant le débiteur qui ne pouvait rembourser sa dette autrement, à payer son créancier par son travail.

Par la suite, dans la langue anglaise, dès le XIV^e siècle, addiction a pu désigner la relation contractuelle de soumission d'un apprenti à son maître, puis se rapprocher peu à peu du sens moderne, en désignant des passions nourries et moralement répréhensibles.

Ce terme a été ensuite essentiellement utilisé pour désigner la dépendance aux drogues ou toxicomanie ; celle-ci continue à servir de modèle pour la description et les recherches concernant cet ensemble de pathologies allant de la dépendance aux substances ou toxicomanie à d'autres pathologies encore mal définies, regroupées par analogie dans le cadre « des dépendances sans drogues ».

1.2. CADRE NOSOGRAPHIQUE, ÉVOLUTION DES IDÉES ET DES CONCEPTS

Les représentations liées aux termes de drogue ont longtemps limité l'approche du problème à une pathologie dont la responsabilité serait exclusivement liée à la nature du produit utilisé: le produit, serait responsable de la pathologie, et à ce titre est qualifié de «drogue»;

En conséquence il suffirait de l'interdire pour supprimer le produit pour obtenir la guérison.

Aujourd'hui le cadre législatif, dont dépendent les conditions de prise en charge est particulièrement remis en raison du fait de son inefficacité à prendre en compte la globalité des problèmes liés à l'usage de substances, de la diversité de ces substances (licites et illicites) et à la gravité des conséquences sanitaires et aux difficultés d'accès des sujets en souffrance du fait de la stigmatisation induite par la confusion délit/maladie.

L'appréhension des phénomènes non limités à l'usage et aux caractéristiques pharmacologiques de la (les) substance(s) ou du (des) produit(s). Incitent désormais de plus à l'abandon du terme de toxicomanie dans un contexte scientifique ou de soins.

L'Organisation mondiale de la santé, afin de dépasser et de rendre compte de la multiplicité des substances pouvant être impliquées dans le phénomène, recommande de remplacer le terme drogue par celui de substances psychoactives et le terme de toxicomanie par celui de dépendance.

Malgré cette évolution les termes de « toxicomanie » et de « drogues », continuent à être au centre des approches juridiques et du langage courant

1.3. DÉFINITION DE L'ADDICTION

La NIDA : « National Institute of Drug Abuse » définit aujourd'hui l'addiction comme « un trouble chronique à rechutes caractérisé par une recherche compulsive de la drogue en dépit de ses conséquences négatives. Elle est considérée comme un trouble cérébral parce qu'elle implique des changements fonctionnels dans les circuits cérébraux impliqués dans la récompense, le stress et le self control. Ces changements peuvent durer longtemps après que la personne a arrêté l'utilisation de la drogue. ».

2. CLASSIFICATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET DES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Les substances psychoactives ou substances psychotropes sont les produits ou les substances chimiques qui agissent principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifient les états de conscience.

Il existe plusieurs classifications des substances psychoactives ; la plus classique est celle de Delay et Deniker qui divise les substances psychoactives selon leur activité sur le système nerveux central, comme suit :

- **Les sédatifs ou psycholeptiques** : hypnotiques (barbituriques), neuroleptiques, tranquillisants mineurs et sédatifs classiques (benzodiazépines),

- **Les excitants ou psychoanaleptiques** : stimulants de la vigilance (amphétamines), stimulants de l'humeur (antidépresseurs), autres stimulants (caféine, cocaïne)

- **Les substances perturbant de façon diverse le psychisme ou psychodysléptiques** : hallucinogènes (mescaline, peyotl, kétamine, phencyclidine), délirogènes (LSD 25, cannabis), stupéfiants (morphine, héroïne, opium)

La plupart des substances appartiennent à deux catégories ; par exemple les morphiniques sont sédatifs et psychodysléptiques mais sont classifiés en fonction de l'effet prédominant.

Les classifications qui portent sur la gravité du produit comme la classification en « drogue dur » et « drogue douce » ont été abandonnées puisqu'il est aujourd'hui reconnu que, plus que la substance elle-même, c'est l'usage qui peut être, lui, dangereux ou à risque.

L'OMS, dans sa convention unique sur les stupéfiants, fait une classification des substances, régulièrement mise à jour, en fonction de leur statut légal et illégal et de l'existence d'un éventuel intérêt pharmaceutique ou non.

Toutes les substances psychoactives n'induisent pas une dépendance.

Le DSM5 fait un « listing » des substances pouvant induire un trouble de l'usage de substances dont le tabac, la caféine, l'alcool, le cannabis, les hallucinogènes, les stupéfiants, les substances inhalées, les sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques et les opiacés.

En Tunisie, les substances considérées comme stupéfiantes figurent dans le tableau B de la loi 92-52 du 18 Mai 1992 et n'ont pas été mises à jour depuis.

D'un point de vue neurobiologique, les substances pouvant induire une addiction ont en commun d'induire une augmentation de la dopamine dans le circuit de la récompense du système limbique. Plus la vitesse de sécrétion de la dopamine est élevée, plus l'expérience sera d'une grande valeur positive et plus le pouvoir addictif de la substance sera important.

De nouvelles substances psychoactives ou « NSP » ont vu le jour ces dernières années. Il s'agit essentiellement de produits synthétiques mais parfois aussi naturels, créés parfois pour contourner la législation sur les drogues, qui agissent en mimant les effets des substances illicites classiques. Parmi ces substances, on peut citer le cannabis synthétique, les cathinones ou sels de bain etc. Ils peuvent être sous forme d'encens, de plantes ou d'herbes ... ces produits sont en général très concentrés en produit actif et peuvent être hautement toxiques.

Une substance psychoactive n'est pas nécessaire pour définir une addiction. En effet, certaines addictions sont dites « sans drogues » ou « Addictions comportementales ». Le DSM5 reconnaît une seule addiction comportementale qui est le « Gambling » ou le « Jeu d'argent pathologique ». En effet, le jeu d'argent est capable d'induire dans le cerveau les mêmes modifications neurobiologiques induites par les substances psychoactives et peut induire des conséquences psycho-sociales aussi importantes que celles des drogues.

La Classification des maladies de l'OMS « CIM » a introduit dans sa 11ème version, à côté des jeux d'argent, les jeux vidéo qu'ils soient en ligne ou non, comme étant également capable d'induire une dépendance.

Les achats compulsifs, les addictions à internet, aux écrans, aux smartphones ou encore au travail, au sport, au sexe ou à l'alimentation font aujourd'hui partie du spectre des addictions mais ne sont pas, actuellement, reconnus par les systèmes de classifications internationaux comme étant des addictions à part entière.

3- PRÉVALENCE DE L'USAGE DE SUBSTANCES

Dans le rapport de l'UNODC de 2021, environ 275 millions de personnes dans le monde ont consommé des drogues illicites soit une augmentation de 22% par rapport à 2010. Les prévisions de l'UNODC d'ici 2030 estiment une augmentation de 11% des usagers de drogue dans le monde et jusqu'à 40% en Afrique.

En 2019, 18 millions d'années de vie en bonne santé ont été perdues du fait de troubles liés à l'usage de drogues illicites (ne tenant pas compte du tabac et de l'alcool) ; l'usage d'opioïdes représentait 70% du total, notamment à cause des overdoses, de l'hépatite C et du VIH.

En Tunisie, Une enquête nationale "MedSpad" a été menée auprès d'un échantillon représentatif de jeunes scolarisés âgés de 15 à 17 ans en 2013 et refaite en 2017 avec la même méthodologie.

En 2013, 24,6% des lycéens âgés de 15 à 17 ans ont rapporté avoir consommé au moins une fois dans leur vie une drogue autre que le tabac et l'alcool. Ce chiffre a augmenté en quatre ans, passant à 31%.

Les indicateurs de santé sont également alarmants. Les enquêtes séro-comportementales IBBS réalisées en 2009 et 2017 ont mis en évidence une nette augmentation de la séroprévalence du VIH chez les usagers de drogues par voie injectable, passant de 2,6% à 6% en moins de 10ans. Pour l'hépatite C, les enquêtes IBBS ont montré une prévalence de 29% (soit près d'une personne sur 3) chez les usagers de drogues par voie injectable.

4- CLINIQUE DES ADDICTIONS

Le tableau clinique des addictions diffère selon le type de substance et le mode d'usage.

Classiquement, la trajectoire de l'usage va commencer par une initiation, généralement au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'Initiation définit toute conduite qui ne pose pas de problème pour autant que la consommation reste faible. Cette notion varie selon les produits et reste souvent floue, car des seuils n'ont été définis par l'OMS que pour l'alcool. De plus, dans certains cas, l'usage est d'emblée à risque en fonction des produits ou de certaines situations : alcool et conduite automobile ou consommation chez la femme enceinte ou chez les personnes ayant des troubles mentaux.

L'addiction va s'installer après une durée d'usage différente pour chaque produit et à un moment particulier à chaque personne. Elle fera suite à de nombreuses phases « up » de rush de plaisir faisant suite à l'utilisation de la substance et des phases « down » ou crash avec dysphorie ralentissement et irritabilité faisant suite à l'arrêt de l'usage. Elle est la résultante initialement d'un renforcement positif du produit (effets agréables dus à la prise de drogue). Plus tard, l'addiction sera maintenue par un renforcement négatif (effets désagréables dus à un état de manque).

L'addiction associe quatre grands ensembles de symptômes :

- **Un ensemble de symptômes comportementaux** : il s'agit de l'envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par les comportements addictifs, au détriment des autres rituels de vie (familiaux, professionnels etc.). Ces symptômes regroupent la perte de contrôle progressive, l'impossibilité croissante d'arrêter ou de réduire les comportements addictifs, et l'envie irrépressible ou « craving » de réaliser sans cesse les comportements addictifs ; Le craving est utilisé pour désigner la perte de contrôle associée au désir obsédant et irrépressible de réaliser le comportement. Dans la littérature anglo-saxonne, le craving représente un facteur important d'initiation et de maintien de la dépendance. Il se traduit par le souvenir plus ou moins magnifié des premières expériences comportementales fortement chargées de plaisir ou de soulagement.

- **Un ensemble de répercussions sociales et/ou médicales** : par définition, les addictions doivent entraîner des conséquences durables et significatives dans la vie du sujet pour être qualifiées comme telles. Les conséquences de l'usage de substance peuvent être sociales à type d'isolement, de marginalisation, de stigmatisation, de perte d'emploi, de séparation, de problèmes financiers... ou médicales qui sont plutôt particulières à chaque substance (exemple cirrhose du foie et alcool, cancer du poumon et tabac, Infarctus du myocarde et cocaïne etc) ou à chaque type d'usage (HIV, hépatite C, endocardite du cœur droit, amputation comme conséquences de l'usage par voie injectable, perforations de la cloison nasale faisant suite à l'usage par voie nasale ou « sniff » etc etc. Les conséquences médicales également dus aux substances psychoactives sont l'intoxication et le sevrage. En effet, des symptômes sont décrits au cours de l'intoxication aux substances psychoactives avec des réactions qui peuvent aller jusqu'à des expériences de désincarnation comme pour la kétamine par exemple ou à des réactions psychotiques pour certaines cathinones voire à une mort par overdose et dépression respiratoire pour les opioïdes. Le sevrage est également propre à chaque substance et peut être à l'origine de conséquences médicales qui peuvent aller jusqu'aux convulsions ou à une confusion mentale comme pour l'alcool ou les benzodiazépines.

- **Un ensemble de répercussion psychiatriques** : Un lien existe entre les pathologies psychiatriques et l'usage de substances. Le lien est établi pour les troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires), la personnalité borderline et la personnalité antisociale, les troubles anxieux et notamment le trouble panique, l'état de stress post traumatique et le trouble anxiété généralisée ; le trouble hyperactivité déficit de l'attention et les troubles psychotiques. En cas de comorbidités entre une pathologie psychiatrique et un usage de substances, on parle de « pathologie duale ». Le lien entre

l'addiction et la pathologie mentale est réciproque. En effet, la maladie mentale peut amener à l'utilisation des substances psychoactives utilisés comme automédication pour lutter contre les affects négatifs ou les effets indésirables du traitement et réciproquement le trouble de l'usage des substances peut induire certaines pathologies cérébrales, soit directement via les modifications structurelles et fonctionnelles cérébrales entraînés par l'usage de drogue, soit indirectement par les conséquences sociales, professionnelles, interpersonnelles de l'usage de drogue et notamment aussi par le rejet et la stigmatisation.

- Un ensemble de répercussions cérébrales dû à l'addiction elle-même ; Ces répercussions sont identiques pour toutes les substances addictives et sont retrouvées même dans l'addiction comportementale aux jeux pathologiques. En effet, l'augmentation régulière de la dopamine dans le circuit de la récompense va entraîner des phénomènes d'adaptation cérébrale, qui vont finir par aboutir à une extinction de ces mêmes circuits de la récompense avec baisse chronique de la dopamine, de la sérotonine, du neuropeptide Y et une activation du système « anti-récompense » avec augmentation de toutes les hormones de stress. Ces modifications expliquent l'anhédonie, la dysphorie, l'anxiété dans laquelle se retrouvent les personnes ayant un trouble de l'usage de substances. Elles sont dû à une modification de facteurs de transcription génétique entraînant une plasticité cérébrale aberrante. Elles persistent longtemps après l'arrêt de l'utilisation des substances. Tous ces facteurs font de l'addiction une pathologie chronique à rechutes.

5- DIAGNOSTIC POSITIF D'UN TROUBLE DE L'USAGE DE SUBSTANCES :

Dans le DSM5, les termes d'abus, de dépendance, d'addiction ont été abandonnés en faveur du terme « trouble de l'usage de substances » qui décrit mieux le continuum qu'est la trajectoire de l'usage de substances. Il est décrit pour chaque substance : exemple trouble de l'usage de l'alcool, trouble de l'usage du cannabis, trouble de l'usage des hallucinogènes. Les critères sont globalement les mêmes pour chaque substance et sont comme suit :

Le trouble de l'usage de substance est un mode d'usage problématique d'une substance psychoactive (SPA) conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

1. La SPA est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage de la SPA
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la SPA, à utiliser la SPA ou à récupérer des effets de la SPA.
4. Craving ou envie impérieuse ou fort désir ou besoin pressant de consommer de la SPA.
5. Usage répété de la SPA conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Usage de la SPA qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la SPA.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de la SPA.
8. Usage répété de la SPA dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'usage de la SPA est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la SPA.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de SPA pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de SPA.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Le syndrome de sevrage caractéristique de la SPA.
 - b. La SPA (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Le trouble de l'usage de substances peut être :

Léger : Présence de 2-3 symptômes.

Moyen : Présence de 4-5 symptômes.

Grave : Présence de 6 symptômes ou plus.

6- ETIOPATHOGENIE DES ADDICTIONS

Il existe une large différence individuelle face aux substances psychoactives et beaucoup de facteurs de vulnérabilité sont déterminants pour le passage d'un usage contrôlé, social à une dépendance et au cycle des addictions

A. LES DÉTERMINANTS EN RAPPORT AVEC LE SUJET :

- **Hérédité** : de nombreuses études témoignent la fréquence plus élevée des troubles dans une même famille (les recherches sur le rôle de l'équipement enzymatique sont en plein essor et semblent confirmer le rôle de l'hérédité. Ces travaux conduisent à affirmer que « nous ne sommes pas tous égaux face à l'addiction :

- **Neuromédiateurs et circuits hédoniques** : Toutes les addictions renvoient à une libération accrue de dopamine dans le circuit hédonique (circuit du plaisir ou circuit de la récompense). Ils engendrent une sensation de satisfaction physique et psychique particulièrement intense, d'où le renforcement positif du comportement. D'autres systèmes de régulation entrent en jeu, dont celui de l'équilibre entre deux autres neurotransmetteurs, la noradrénaline et la sérotonine. Toutes les addictions (avec ou sans drogues), perturberaient cet équilibre, même après plusieurs mois de la dernière prise ou du dernier comportement. La variabilité individuelle repose vraisemblablement aussi sur les systèmes cérébraux d'auto-régulation ; Enfin s'il est possible qu'un terrain génétique fragilise ce couplage, la solidité de celui-ci dépend aussi très largement de l'histoire individuelle.

- **Les traits de personnalité** : Aucune personnalité n'est spécifique de ces troubles. On retrouve plutôt des traits de personnalité et des facteurs de vulnérabilité. Cependant dans l'ensemble des pathologies liées à l'addiction, le comportement addictif dissimule presque toujours une très faible estime de soi. En fait, pour ce type de personnes, le comportement se présente comme un antidote à l'anxiété, à la frustration, aux conflits. Il s'agit presque toujours de l'expression d'une détresse. Deux traits de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les usagers de drogue :

- **La recherche de sensations** : Il s'agit d'une dimension psychologique déterminante des dépendances à l'alcool, aux drogues et aux comportements. Elle comporte la notion de recherche de danger, d'aventure, ou le goût du risque, la recherche d'expérience ou de nouveauté, la désinhibition et la susceptibilité à l'ennui. Cette recherche de sensations a été rapportée par certains, comme l'extraversion, à un faible niveau d'activité cérébrale de base : Les chercheurs de sensations pourraient ainsi tenter d'élever leur niveau d'activation et d'éveil cérébral au moyen d'expériences nouvelles.

- **L'alexithymie** : Elle est fréquente chez les sujets souffrant de trouble de l'usage de substances. Il s'agit d'une anomalie du vécu émotionnel caractérisé par une difficulté à percevoir, à identifier et à exprimer les émotions. Les tonalités ressenties et exprimées avec maladresse mettent les personnes dans un vide et dans une quête du « ressentir » avec des prises de risque multiples dont l'usage de substances.

B. DÉTERMINANTS EN RAPPORT AVEC L'ENVIRONNEMENT

- **Influence du modèle social** : la société en général relayée par l'entourage (la famille, le groupe des pairs-camarades, amis ou collègues- avec leurs histoires, leurs codes ou références spécifiques), s'appuyant sur les phénomènes de mode, les particularités culturelles et leurs symboles, contribue à délimiter ce qui va être considéré comme déviant et ce qui ne l'est pas, en fonction de deux variables : la nocivité pour l'individu, l'acceptabilité sociale de l'abus.

- **Influence des facteurs de stress** : Le Stress répété en amplifiant le niveau de base de la dopamine rendrait le système nerveux plus enclin à l'addiction.

- **La période fœtale et l'adolescence sont des périodes déterminantes** : ainsi l'exposition précoce à une drogue renforce et la vulnérabilité à ce produit et même à d'autres addictions. Si ces périodes paraissent cruciales, c'est que le cerveau se trouve alors en phase de développement, il est donc particulièrement sensible aux événements délétères.

- **L'impact des séparations précoces** : L'observation par une équipe de Houston de chercheurs de sourceaux isolés de leur mère 1h/j durant la première semaine de vie met montre qu'ils deviennent plus enclins à s'autoadministrer de la cocaïne à l'âge adulte. Cette étude a permis d'analyser précisément, en isolant les facteurs, les interactions entre l'environnement et les gènes.

7- TRAITEMENT DES ADDICTIONS

A. OBJECTIFS DU TRAITEMENT :

La prise en charge doit viser le sujet dans son ensemble et dans son environnement et non se limiter au comportement ; aussi, le traitement des sujets dépendants, même s'il doit commencer par l'obtention de l'arrêt du comportement d'addiction, doit aussi aider le sujet à acquérir les moyens de vivre dans un climat psychologique satisfaisant pour lui. Cela implique cinq objectifs associés :

- Une amélioration de la santé physique et psychique
- Des relations sociales et familiales stables ;

- Une réduction des comportements à risque notamment, pour les usagers de substances, ceux qui sont associés à la transmission du VIH et des hépatites.
- Une activité professionnelle continue ;
- Une diminution de la délinquance.

B. PRINCIPES GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT

Tout traitement doit commencer par un bilan de l'ensemble de la situation médico-psycho-sociale du patient et de sa demande ; cela nécessite le recours à une équipe pluridisciplinaire expérimentée. Cette équipe doit être coordonnée afin d'effectuer régulièrement une réévaluation du mode de traitement et de les adapter à l'évolution de la situation. S'agissant d'une pathologie complexe et multifactorielle, caractérisée par la chronicité et les risques de récurrences, l'ensemble de la prise en charge nécessite un suivi au long cours.

La diversité des comportements et des situations, ainsi que la variabilité des sujets ne permettent pas de proposer un traitement codifié à l'avance. La prise en charge est généralement contractuelle basée sur un contrat de soins. La prise en charge est de principe ambulatoire. La prise en charge hospitalière peut être indiquée devant un terrain somatique vulnérable, un sevrage compliqué notamment à l'alcool avec un délirium tremens ou une situation sociale précaire. La prise en charge est multidisciplinaire médico-psycho-sociale.

- L'EVALUATION :

La première étape de la prise en charge est l'évaluation globale du patient ; évaluation de la consommation mais aussi de ses conséquences médicales, sociales et psychiatriques. Cette étape peut être thérapeutique par elle-même. On peut s'aider de différentes échelles tel que la severity addiction scale ou d'autres échelles spécifiques pour chaque substance tel que l'échelle de Fagerstöm pour le tabac ou l'échelle AUDIT pour l'usage de l'alcool.

- LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX :

Le schéma thérapeutique consiste généralement en un protocole de traitement symptomatique adapté à chaque situation des symptômes et des besoins spécifiques à chaque patient :

Certaines médications ont pour objectif de soigner le syndrome de sevrage tel que les benzodiazépines pour le sevrage à l'alcool ou les patches nicotiques pour le sevrage du tabac, ou la méthadone ou la buprénorphine (non disponibles actuellement en Tunisie) pour le sevrage des opioïdes. Il n'existe aucun traitement médicamenteux spécifique pour la prise en charge des troubles de l'usage du cannabis, de la cocaïne ou des amphétamines.

Une prise des comorbidités médicales et psychiatriques est essentielle.

- LES PSYCHOTHÉRAPIES :

L'entretien motivationnel : est un style de communication collaboratif, axé sur le changement. Il est conçu pour renforcer la motivation personnelle et l'engagement vers un objectif précis en suscitant et en explorant les raisons propres de la personne pour le changement dans une atmosphère d'acceptation et de compassion. Il est validé dans la prise en charge des différentes addictions, autant chez l'adolescent que chez l'adulte.

Les interventions brèves : en cas d'usage à risque, des interventions brèves doivent être effectuées. Il s'agit d'interventions de prévention secondaire particulièrement efficace dans l'usage de l'alcool. Le principe est celui d'une intervention dispensée individuellement, en un temps court, visant à augmenter le niveau de conscience et de connaissance des troubles et de la motivation intrinsèque au changement.

Les thérapies cognitivo-comportementales : sont validés notamment dans les stratégies de prévention de la rechute.

Les thérapies de groupe : sont particulièrement efficaces ; groupe de parole ; psychothérapie humaniste axée sur la personne, groupe d'affirmation de soi....

Les thérapies familiales peuvent contribuer à la prévention ou à la lutte aussi bien contre les conséquences que contre les déterminants sociaux du comportement ; elles sont particulièrement indiquées dans les cas où la dynamique familiale participe à l'installation ou à l'entretien de la dépendance.

- LA RÉHABILITATION SOCIALE :

Elle permet de prendre en charge le patient dans sa globalité à travers, l'accompagnement social, notamment dans les procédures de droit commun, la lutte contre la stigmatisation notamment dans les milieux de soins médicaux, la remédiation cognitive et la facilitation des démarches favorisant la réinsertion professionnelle et les activités génératrices de revenus permettant aux patients de retrouver leur estime de soi et leur place dans la société

- LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES « Rdr »

La Rdr consiste à réduire les risques et des dommages liés à l'usage de substances psychoactives et ce, grâce à l'accueil sans condition des usagers quelle que soit leur situation y compris ceux ne pouvant ou ne désirant pas interrompre leur consommation. Elle consiste en des programmes de distribution de matériels d'usage de substances, tel que les programmes de distribution de seringues par exemple, qui permettent de réduire les risques de transmission infectieuses liés

au partage de seringue entre différents usagers. Des programmes de « Safe night life » permettant de tester les SPA achetés dans les festivals ou dans les soirées ou les programmes de type « capitaine de soirée » entrent également dans ce cadre.

Dans certains pays Européens, des salles de consommation à moindre risque sont également disponibles pour les usagers et ont permis de réduire considérablement les risques de transmission des hépatites et de l'HIV chez les usagers de SPA

8- PRÉVENTION

La Prévention primaire en addictologie va au-delà de la sensibilisation ou des messages d'avertissement qui sont globalement peu efficaces. Elle vise les enfants et les jeunes adolescents et elle est basée sur la personne et non sur la substance. Elle vise les différentes vulnérabilités aux SPA et porte sur le développement des compétences intellectuelles, émotionnelles, cognitives et psychosociales propres à chaque âge du développement.

Il existe des programmes de prévention en addictologie validés dans les écoles, tel que le programme « unplugged » ou auprès des familles, tel que le programme « Listen First » des nations unies.

ÉVALUATION FORMATIVE

1. Les critères DSM5 d'un trouble de l'usage de substances incluent :

- A- Le craving
- B- La tolérance
- C- Des problèmes interpersonnels liés à l'usage de substances
- D- Des problèmes psychiques et physiques liés à l'usage de substances
- E- Des problèmes judiciaires liés à l'usage de substances.

2. Un programme de prévention primaire en addictologie

- A- Vise les adultes ayant déjà utilisé les substances
- B- Permet de réduire les risques liés aux substances
- C- Est basé sur le développement des compétences psycho sociales
- D- S'adresse aux enfants et aux adolescents.
- E- Contient principalement des messages d'avertissement

Réponses :
Question 1 : ABCD
Question 2 : CD

LA CONFUSION MENTALE

DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir l'état confusionnel (ou la confusion mentale).
2. Décrire les signes cliniques d'un état confusionnel.
3. Décrire les principales formes cliniques des états confusionnels.
4. Poser le diagnostic positif des états confusionnels (DSM-V).
5. Discuter les différents diagnostics différentiels qui se posent devant un état confusionnel.
6. Faire le bilan clinique et paraclinique d'investigation d'un état confusionnel à la recherche d'une étiologie.
7. Établir le pronostic d'un état confusionnel.
8. Énoncer les principes thérapeutiques du traitement d'un état confusionnel.

Prérequis: Sémiologie de l'état comateux.

Connaître la définition de la perception, de la mémoire et du jugement.

Mise à jour Juin 2022

1. INTRODUCTION :

La confusion mentale est un syndrome non spécifique, aigu qui témoigne d'une souffrance cérébrale. Il s'agit d'une urgence médicale, car le pronostic vital est mis en jeu.

Elle nécessite une intervention médicale immédiate afin d'effectuer un examen clinique soigneux et un bilan paraclinique-complet pour entamer le traitement symptomatique et étiologique qui s'imposent et qui modifient le plus souvent le pronostic.

2. DÉFINITION :

Le syndrome confusionnel est un état pathologique de la conscience et il se caractérise par :

- une obnubilation intellectuelle,
- une désorientation temporo-spatiale,
- des troubles de la mémoire,
- un onirisme.

3. ÉTUDE CLINIQUE :

3.1. LE MODE DE DÉBUT :

Il est souvent progressif et peut durer quelques heures ou quelques jours avec céphalées, sensations vertigineuses, asthénie, trouble du sommeil et du caractère.

3.2. LA PHASE D'ÉTAT :

Peut être inaugurée par un accès d'agitation généralisée, ou bien encore par une stupeur. L'alternance agitation et prostration est souvent observée.

3.2.1. L'ASPECT DU PATIENT est évocateur présentant un air égaré et perplexe. Le regard est vide, le visage est pâle la tenue vestimentaire est négligée. La démarche est hésitante. Le malade s'assoit, se couche, se relève avec des gestes imprécis. L'activité est désordonnée avec des stéréotypies gestuelles ou des ébauches d'automatismes professionnels. Le malade peut présenter des impulsions, des raptus violents.

Le débit de la parole est très variable, bavardage succédant à un mutisme, paroles rares ou chuchotées ou encore phrases incomplètes.

3.2.2. LES TROUBLES INTELLECTUELS : sont d'intensité variable et fluctuante. Ils comportent :

Une désorientation temporo-spatiale avec des erreurs grossières sur les dates actuelles ou passées, et une méconnaissance des lieux. La perplexité est caractéristique de la recherche et des efforts du confus.

Une obnubilation de la conscience : le malade ne comprend pas ou saisit partiellement la question posée. Il tente de répondre et témoigne d'une certaine conscience de l'état pathologique, mais la fatigabilité intellectuelle est rapide.

L'attention et la capacité de concentration sont faibles, voire impossibles. Il existe une impossibilité de toute synthèse mentale, de tout jugement.

Les troubles de la mémoire sont importants avec altération de la mémorisation des faits récents. On note aussi le manque de rigueur dans l'évocation des souvenirs et des représentations anciens. Il s'agit d'une amnésie rétro et antérograde par difficultés d'évocation et impossibilité de fixation du présent.

3.2.3. LE DÉLIRE ONIRIQUE OU ONIRISME : Il comprend des hallucinations essentiellement visuelles (scènes d'animaux : zoopsies, thèmes professionnels), mais aussi auditives, tactiles et cénesthésiques.

Elles sont mobiles, variables dans leurs thèmes et leur intensité, polymorphes, incohérentes. Cet onirisme est un délire vécu, actif : le sujet vit pleinement l'expression avec une intense réactivité émotionnelle : il crie, parle, se débat, s'agite et des impulsions de fuite ou de défense peuvent le rendre dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Le délire est polymorphe et très variable évoluant par poussées avec une recrudescence à l'obscurité et au bruit d'où la nécessité de placer ces malades dans un endroit calme et éclairé.

3.2.4. LES SIGNES ORGANIQUES :

Ils sont constants, et comportent :

Les signes d'altération de l'état général en rapport avec la confusion directement liés à la malnutrition, à l'agitation et aux désordres électrolytiques. L'élévation de la température, l'amaigrissement, la déshydratation guident la demande d'examen complémentaires (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, ionogramme, urée, glycémie...) et imposent les premières mesures thérapeutiques : réhydratation, nursing.

Les signes en rapport avec la pathologie causale. L'examen physique sera pratiqué dans un but étiologique :

Examen neurologique à la recherche de signes en foyer, une raideur méningée, des mouvements anormaux, une polynévrite, des signes d'hypertension intra crânienne.

Appréciation de l'état respiratoire, cardio-vasculaire, hépatique.

Recherche auprès des proches d'antécédents d'épilepsie, d'alcoolisme, d'intoxication... et de tout élément qui pourrait orienter vers une étiologie que confirmeront les examens complémentaires.

Le patient doit être hospitalisé d'urgence, un bilan clinique et biologique sera pratiqué, les traitements symptomatique étiologique doivent être mis en route très rapidement.

4. FORMES CLINIQUES :

4.1. LES FORMES SYMPTOMATIQUES :

Elles sont définies par la prédominance de l'aspect confusionnel, de l'aspect onirique, ou par l'intensité du syndrome organique.

La confusion stuporeuse avec suspension de l'activité motrice et intellectuelle. Le malade est immobile, mutique et ne s'alimente pas. L'onirisme manque ou reste très discret.

Les formes agitées ou les risques hétéroagressifs sont majeurs.

Les formes oniriques ou l'onirisme est au premier plan.

Les formes frustes caractérisées par un ralentissement idéique, une lenteur et une imprécision verbale, une fatigabilité intellectuelle, une dysmnésie et des imprécisions dans l'orientation temporo-spatiale.

Les formes suraiguës, représentées par le « délire aigu », syndrome malin rapidement évolutif souvent mortel, où les signes organiques étaient d'emblée inquiétants.

4.2. FORMES SELON L'ÂGE :

4.2.1. CHEZ L'ENFANT : Le syndrome confusionnel classique est rare. On observe fréquemment un onirisme avec désorientation temporo-spatiale de courte durée au cours d'accès fébrile.

4.2.2. CHEZ LE VIEILLARD : La confusion mentale s'observe plus souvent chez les personnes âgées qu'à tout autre âge.

Elle représente le mode habituel de réactions à diverses agressions, maladies organiques, changement de milieu de vie, thérapeutiques intempestives, désafférentation visuelle ou auditive, hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale.

Son évolution est généralement favorable, mais elle peut déboucher, en absence d'une prise en charge adéquate, sur des altérations psychiques graves (démence) voire la mort.

5. ÉVOLUTION :

Elle dépend de l'étiologie, en règle, la guérison se fait actuellement sans séquelles. Parmi les signes d'amélioration, on notera le retour au calme, la critique des hallucinations et surtout la normalisation du sommeil.

Parfois, le malade demeure perplexe avec quelques vagues souvenirs de l'onirisme, sinon une amnésie lacunaire de la période confusionnelle. On peut observer aussi l'existence d'idées fixes post-oniriques.

6. DIAGNOSTIC :

6.1. DIAGNOSTIC POSITIF :

Il se fera habituellement sans difficulté majeure.

Il repose sur la reconnaissance d'une symptomatologie aiguë fluctuante qui associe une obnubilation intellectuelle et une désorientation temporo-spatiale. L'onirisme et la perplexité anxieuse sont des arguments diagnostiques importants.

Il nous paraît utile de faire référence aux critères retenus par le DSM V pour l'entité « delirium » :

- 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 (tel 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 qlq h ou qlq j) 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 d'une perturbation due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

6.2. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

6.2.1. LA BOUFFÉE DÉLIRANTE : Les perturbations intellectuelles sont peu marquées. Les signes organiques sont inexistantes ou mineurs et les hallucinations auditives plus fréquentes et plus marquées.

6.2.2. LA MÉLANCOLIE STUPEURÉE : Les fonctions intellectuelles ralenties, mais non perturbées. Il n'y a pas de fluctuations de la symptomatologie d'un moment à l'autre.

Le syndrome de Korsakov : il comporte une amnésie de fixation, une désorientation, des fausses reconnaissances et une faiblesse et une polyneuropathie des membres inférieurs. Mais il n'existe pas de véritable obtusion intellectuelle.

6.2.3. LES DÉMENCES : Elles s'opposent schématiquement à la confusion, elles réalisent un tableau clinique d'évolution lente et progressive dominé par un déficit intellectuel global sans troubles de la conscience. La perplexité anxieuse du confus s'oppose à l'indifférence apathique du dément.

7. ÉTIOLOGIE :

7.1. CAUSES TOXIQUES :

7.1.1. ALCOOL : Delirium tremens, encéphalopathie de Gayet Wernicke.

Le delirium tremens : le plus souvent secondaire à un sevrage alcoolique brutal. Les premiers signes apparaissent après 48 heures du sevrage : sueurs, cauchemars et tremblements généralisés.

L'onirisme est au premier plan associé à une hyperthermie et à une déshydratation.

Les principaux signes biologiques sont une diminution de l'hématocrite de la kaliémie et de la magnésémie, une hyperglycémie et une augmentation de la VS.

L'évolution spontanée se faisait très souvent vers la mort, dans un tableau d'hyperthermie et de collapsus.

L'hydratation contrôlée, les tranquillisants et la vitaminothérapie B1 et B6 par voie parentérale permettent la guérison.

7.1.2. SUBSTANCES TOXICOMANOGENES : Soit par la consommation à forte dose : cocaïne, éther, solvants organiques, hallucinogènes, amphétamines, barbituriques.

Soit par l'arrêt brutal d'une intoxication chronique : opiacés ou barbituriques.

7.1.3. INTOXICATIONS ACCIDENTELLES OU PROFESSIONNELLES : L'oxyde de carbone est le plus fréquent et peut laisser place à un syndrome démentiel. Le plomb, le mercure, l'arsenic, les insecticides organophosphorés, le trichloréthylène...

7.1.4. INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES : Surtout chez les sujets âgés, tous les anticholinergiques (les antiparkinsoniens de synthèse, antidépresseurs tricycliques et certains neuroleptiques) les benzodiazépines, les corticoïdes, les antipaludéens, les hydantoines, l'isoniazide, la digitaline, la cimetidine et la colimycine.

Réduction de la posologie et dans la mesure du possible, arrêt du traitement.

7.2. CAUSES MÉTABOLIQUES

Troubles hydroélectrolytiques : hyperhydratation ou déshydratation, hyponatrémie, hypercalcémie.

Troubles glycémiques : hypoglycémie, acidocétose et acidose lactique.

7-3. CAUSES INFECTIEUSES :

Affection virale, bactérienne et parasitaire.

7.4. CAUSES CARDIO-RESPIRATOIRES

Les hypotensions quelle que soit l'étiologie.

L'hypoxie, l'hypercapnie et l'acétose de l'insuffisance respiratoire.

7.5. CAUSES RÉNALES

L'insuffisance rénale : Il faut toujours penser à l'origine médicamenteuse.

7.6. CAUSES ENDOCRINIENNES

Thyroïde : crise aiguë basedowienne, précoma myxoédémateux.

Insuffisance surrénalienne.

Hyperparathyroïdisme avec hypercalcémie.

Panhypopituitarisme.

7.7. CAUSES NEUROLOGIQUES :

Encéphalite, méningite, hypertension intracrânienne, néoformation, traumatisme crânien (immédiat : contusion cérébrale, tardive : hématome sous dural chronique), accident vasculaire cérébral, œdème cérébral, épilepsie.

7. 8. CAUSES PSYCHIQUES :

Confusion d'origine émotionnelle = confusion psychogène en réaction à une émotion vive, un choc psychique intense ou une catastrophe naturelle...

Confusion dans le cadre de certaines affections psychiatriques : Schizophrénies, Manie et Mélancolie confuse, Psychoses-
péripéales, Bouffée délirante.

Enfin, Leger et Garoux (1982) soulignent le rôle joué par la désafférentation dans les confusions postopératoires et le « syndrome des soins intensifs ».

8. C.A.T. :

Le traitement de la confusion est avant tout étiologique. Le médecin est appelé à poser un diagnostic précis. Pour cela, il est nécessaire d'adopter une attitude favorisant une mise en confiance du patient. Il faudra tendre la main au patient, se présenter clairement, l'appeler par son nom en répétant les questions si son attention est trop flottante, afin de pouvoir-

pratiquer l'examen somatique indispensable.

Tout au cours de l'examen, la réassurance verbale, l'explication des gestes médicaux, la répétition des consignes, le contact physique (en prenant la main ou l'épaule du patient) évitent les raptus anxieux ou agressif. De plus cette attitude aide le patient à exprimer son vécu et permet de mieux préciser la symptomatologie psychique.

L'isolement complet, s'il est nécessaire, doit être passager, le malade étant placé dans une chambre calme avec un éclairage modéré de jour et de nuit, un rétablissement rapide de lien avec la réalité sera toujours bénéfique.

La contention doit bien sûr être évitée dans la mesure du possible. Lorsqu'elle s'avère nécessaire, elle doit être présentée comme un geste thérapeutique, de protection et de sécurité et non une sanction.

La réhydratation pourra se faire par voie buccale, absorption fréquente à intervalle régulier de petites quantités de boissons riches en sels minéraux et en glucides.

La prévention d'escarres doit être systématique.

Si l'agitation est importante, le recours aux médications à visée sédatrice est indispensable. Le choix du traitement est fonction de l'importance de l'agitation.

Une benzodiazépine en l'absence des signes d'insuffisance respiratoire est indiquée lorsque l'agitation reste modérée avec une forte composante anxieuse (exemple : Le diazépam (valium) à raison de 10 à 20 mg en I.M).

Lorsque l'agitation est plus sévère, on aura recours aux neuroleptiques (exemple : chlorpromazine (largactil) 25 à 50 mg en IM).

9. CONCLUSION

La confusion mentale est surtout une urgence somatique dont il faut rapidement poser le diagnostic afin d'instituer, le plus rapidement possible, une thérapeutique adaptée seule garante d'une évolution favorable.

RÉFÉRENCES :

Azorin et all EMC PSYCHIATRIE

Bernard et trouvé Manuel de Psychiatrie

Guelfi PUF 1993

Olié JP Le livre de l'interne en psychiatrie

ÉVALUATION FORMATIVE

1. Parmi les propositions suivantes lesquelles sont justes ?

- A. L'onirisme est délire vécu et actif.
- B. Chez un malade confus les troubles de la mémoire touchent uniquement les faits récents.
- C. La perplexité est caractéristique de la recherche de bonnes réponses et des efforts du confus.
- D. Chez un malade confus les hallucinations sont essentiellement auditives.
- E. L'obscurité et le bruit aggravent les symptômes confusionnels.

2. Parmi les propositions suivantes lesquelles sont justes ?

- A. L'amélioration du sommeil est en faveur de l'évolution favorable de la confusion.
- B. L'évolution de la confusion dépend principalement de l'étiologie.
- C. La confusion mentale est plus fréquente chez les jeunes.
- D. La forme suraiguë est souvent mortelle.
- E. Les déficits sensoriels prédisposent à la confusion mentale.

3. Parmi les propositions suivantes lesquelles sont justes ?

- A. Chez le dément on observe une indifférence apathique.
- B. Les hallucinations auditives sont plus fréquentes chez le psychotique.
- C. Il n'y a pas de fluctuations de la symptomatologie chez le mélancolique.
- D. La confusion est le plus souvent d'origine psychiatrique.
- E. La psychose puerpérale peut s'accompagner d'un tableau confuso-délirant.

LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES ET AUX ENFANTS

SOUS-MODULE 1 : LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant devra être capable de :

1. Définir les violences contre les femmes avec ses différents types.
2. Inclure la recherche de la violence contre les femmes dans l'anamnèse et l'interrogatoire devant différents motifs.
3. Reconnaître les conséquences psychologiques de la violence contre les femmes.
4. Rechercher les conséquences psychiatriques de la violence tel que : trouble stress post traumatique, troubles dépressifs et troubles anxieux.
5. Documenter minutieusement la violence et ses conséquences psychologiques.
6. Prendre en charge les femmes victimes de violence selon des principes préétablis dans un cadre multidisciplinaire et intersectoriel.

Connaissances préalables requises

Thème VII : « Agressors psychiques »

Mise à jour Juin 2020

1. INTRODUCTION

La violence faite aux femmes (VFF) constitue un problème majeur de santé publique. C'est une atteinte aux droits humains des femmes et une manifestation de rapports de force historiquement inégaux entre les hommes et les femmes.

La VFF est un phénomène universel alarmant en raison de sa fréquence et de la gravité de ses conséquences sur la santé physique (avec des lésions allant de l'égratignure à l'homicide), sur la santé mentale et le bien-être social.

L'état tunisien s'est engagé à lutter contre la VFF et à œuvrer à son élimination. La constitution tunisienne du 27 janvier 2014 engage l'état (article 46) à protéger les droits des femmes, à les consolider et à les promouvoir et a chargé l'état de prendre les mesures nécessaires pour l'élimination de la violence faite aux femmes. La loi 58-2017 relative à l'élimination de la violence faite aux femmes est venue concrétiser cet engagement.

Les professionnels de la santé occupent une place importante dans la chaîne de protection des femmes victimes de violences : prévention, dépistage, prise en charge, documentation de la violence et orientation.

2. DEFINITIONS

L'article 1 de la Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence contre les femmes 1993 définit la violence comme étant : « Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».

La loi 58-2017 distingue les différents types de violence comme suit :

- **La violence physique** : le fait de commettre des actes dommageables ou nuisibles qui portent atteinte à l'intégrité ou la sécurité physique des femmes ou à leur vie, tels que les coups, coups de pied, blessures, heurts, bousculades, défigurations, brûlures, amputations de parties du corps, séquestrations, tortures et meurtres.

- **La violence morale** : toute agression verbale telle que l'injure, l'insulte, la contrainte, la menace, la négligence, la privation des droits et libertés, le harcèlement moral, l'humiliation, le mépris, la moquerie, la mésestime et autres actes ou paroles qui portent atteinte à la dignité humaine de la femme ou qui vise à l'effrayer ou la contrôler.

- **La violence sexuelle** : le fait de commettre des actes ou de prononcer des paroles à travers lesquels l'auteur vise à soumettre la femme à son désir sexuel ou à celui d'autrui en recourant à la contrainte, la séduction, la pression et autres moyens d'affaiblissement et de confiscation de la volonté, et ce quelle que soit la relation entre l'auteur et la victime.

- **L'exploitation économique** : tout acte ou abstention susceptible de priver la femme des ressources économiques, de la contrôler ou de l'exploiter, tel que le fait de la priver d'argent, du salaire ou de ses besoins vitaux, le contrôle des salaires ou revenus, l'interdiction de travailler ou le fait d'y contraindre.

- **La violence politique** : tout acte ou pratique fondé sur la discrimination entre les sexes dont l'auteur vise à priver la femme ou l'empêcher d'exercer toute activité politique, partisane, associative ou tout droit ou liberté fondamentale.

La typologie de la VFF varie également en fonction de l'auteur de la violence (partenaire intime/ violence conjugale, membres de la famille/ violence familiale, collègue/ harcèlement sexuel, voisin, inconnu...), de l'espace où survient la violence (travail, rue, maison...).

3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Le Rapport mondial sur la violence et la santé (OMS 2002) a conclu au fait que :

- La violence figure parmi les principales causes de décès
- Les dépenses de santé dues à la violence représentent jusqu'à 5 % du PIB
- Le viol et la violence domestique représentent environ 5 à 16% des années de vie en bonne santé perdues pour les femmes en âge de procréer

Le rapport de l'OMS (2013) insiste sur la fréquence et la gravité de la violence de la part du partenaire intime avec :

- 35 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime,
- Pas moins de 38 % du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes.

En Tunisie

La VFF constitue également un phénomène grave et répandu touchant une tunisienne sur deux. En effet :

- L'enquête nationale sur les violences à l'égard des femmes (ENVEFT 2011) retient que 47,6% des femmes interrogées ont subi au moins une forme de violence pendant toute la vie avec la répartition suivante :

Tableau 1:

	Pendant toute la vie		Au cours des 12 derniers mois	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Violence physique	1203	31,7	273	7,3
Violence psychologique	1094	28,9	587	15,8
Prévalence sexuelle	591	15,7	276	7,4%
Violence économique	269	7,1	138	3,8

- L'enquête de 2016 du Centre de recherches, d'études, documentation et d'information sur la femme (CREDIF) et se rapportant aux violences dans l'espace public retrouve que 53,2% des femmes interrogées signalent avoir subi au moins une forme de violence dans l'espace public (travail, rue...).

4. TABLEAU CLINIQUE

Les données de la littérature internationale relèvent que plusieurs problèmes de santé se manifestent dans une proportion plus élevée chez les femmes ayant subi des sévices physiques ou sexuels. Selon l'OMS en cas de violence faite aux femmes : « le risque d'avoir un enfant de faible poids de naissance est majoré de 16 %, elles sont deux fois plus susceptibles de se faire avorter, elles ont presque deux fois plus de risques de connaître une dépression. Dans certaines régions, elles ont

1,5 fois plus de risques de contracter le VIH par rapport à des femmes qui n'ont pas subi de violences de leur partenaire».

L'ENVEFT de 2011 retrouve que 45% des femmes ayant subi une violence déclarent des conséquences aux niveaux physiques, psychologiques et sociales : « Au plan physique, 16.2% des femmes violentées déclarent avoir perdu connaissance, 4.6% ont eu des fractures, et cela suite à un acte de violence perpétré par un partenaire. Au plan psychologique, la violence a engendré des difficultés de concentration dans 27% des cas. Au plan social, 56.4% des femmes victimes de violence ont déclaré que la violence a influencé leur vie quotidienne. Parmi celles qui travaillent, 2% des cas, déclarent avoir abandonné le travail ».

Les conséquences de la VFF la santé se répartissent comme suit :

A. CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

Les femmes victimes de violence sont répertoriées parmi les patients qui ont fréquemment recours aux services de soins et aux urgences pour différents types de symptômes et de tableaux cliniques. Il peut s'agir de :

- Traumatismes et blessures physiques de gravité variable
- Aggravation des pathologies chroniques (pulmonaires, cardiaques, endocriniennes, etc ...)
- Troubles gynécologiques (lésions, douleurs, infertilité...),
- Troubles obstétricaux (fausses couches, prématurité, retard de croissance, hémorragies, souffrance fœtale ...),
- Troubles cognitifs (difficultés de concentration),
- Troubles psychosomatiques (sommeil, alimentation, douleurs, ...),
- Troubles de la sexualité.

La violence peut mettre en jeu le pronostic vital. En Tunisie, les féminicides ont atteint 56 cas pour l'année 2017.

B. CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

Nous distinguons :

- Les Réactions psychologiques à la violence qui peuvent se manifester par un sentiment de honte en rapport avec l'humiliation subie et /ou la tendance à la dévalorisation et un manque d'estime de soi. Paradoxalement, il est fréquent d'observer un sentiment de culpabilité chez les femmes victimes de violences (FVV) en rapport avec le fait de se considérer responsable de la violence et de ne pas avoir compris les besoins de l'agresseur surtout dans le cadre des violences conjugales.

- Plusieurs FVV présentent des symptômes épars, variés et variables dans le temps avec en particulier une anxiété, une réaction exagérée au stress, une morosité, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, un désinvestissement des centres d'intérêts, des troubles de la mémoire et de l'attention.

- Certaines FVV continuent à présenter des difficultés qui peuvent s'organiser en troubles psychiatriques avérés nécessitant des soins adaptés. Il faut rechercher les troubles psychiatriques habituellement observés chez les FVV : Trouble stress post traumatique, trouble stress aigu, dépression avec en particulier les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, troubles anxieux, addictions, risque suicidaires... (cf. cours correspondants module de psychiatrie).

C. CONSÉQUENCES SUR LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

Plusieurs études se sont intéressées à la qualité de vie des FVV et ont montré un impact négatif sur le degré de satisfaction de la vie quotidienne et sur la qualité des relations interpersonnelles. Fréquemment, il y a un retentissement important sur le rendement professionnel et la progression dans la carrière. La violence est associée à un taux important d'absentéisme. Un autre élément important à mentionner le coût économique élevé de la VFF sur la communauté.

5. CONDUITE A TENIR ET ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Le secteur de la santé doit jouer un rôle important dans la lutte contre la VFF. Les directives de l'OMS sur l'action du secteur de la santé face à ce phénomène soulignent que : « il est urgent d'intégrer les questions de violence à la formation clinique. Il est important que tous les agents de santé comprennent la relation entre l'exposition à la violence et les problèmes de santé des femmes et puissent y apporter une réponse adaptée. Un aspect essentiel consiste à cerner les possibilités de soutien et à orienter les femmes vers les autres services dont elles ont besoin ».

La prise en charge des FVV doit obéir aux approches suivantes :

- Prise en charge centrée sur les FVV

- Prise en charge qui respecte les droits humains des femmes
- Prise en charge intégrée et intersectorielle.

Le rôle des professionnels de santé en contact avec les femmes est multiple et essentiel :

- Accueillir et être à l'écoute des FVV
- Dépister les violences
- Assurer les soins et constituer un dossier
- Evaluer la gravité
- Documenter la violence et rédiger le certificat (notamment le certificat médical initial)
- Informer et orienter les FVV
- Accompagner les FVV dans leur démarche de protection contre les violences dans le cadre d'une coordination intersectorielle.

Prise en charge

Les FVV ont fréquemment besoin de soins médicaux qui varient en fonction des lésions et des plaintes des victimes. (Cf. cours de médecine légale les agressions contre les femmes).

La circulaire du ministère de la santé de 2014 concernant les FVV a instauré la gratuité des soins et du CMI (Certificat Médical Initial) pour les femmes victimes de violences conjugales.

La prise en charge psychologique s'avère souvent indispensable pour offrir un espace d'écoute et de soutien psychologique. Fréquemment les femmes ont besoin d'un suivi psychiatrique devant des pathologies organisées ou devant des idées suicidaires.

Prise en charge intersectorielle : les femmes victimes de violence ont besoin de l'intervention de plusieurs secteurs afin de garantir leur protection. Nous citons les secteurs suivant : la police, la justice, les affaires sociales ainsi que la société civile (Figure 1).

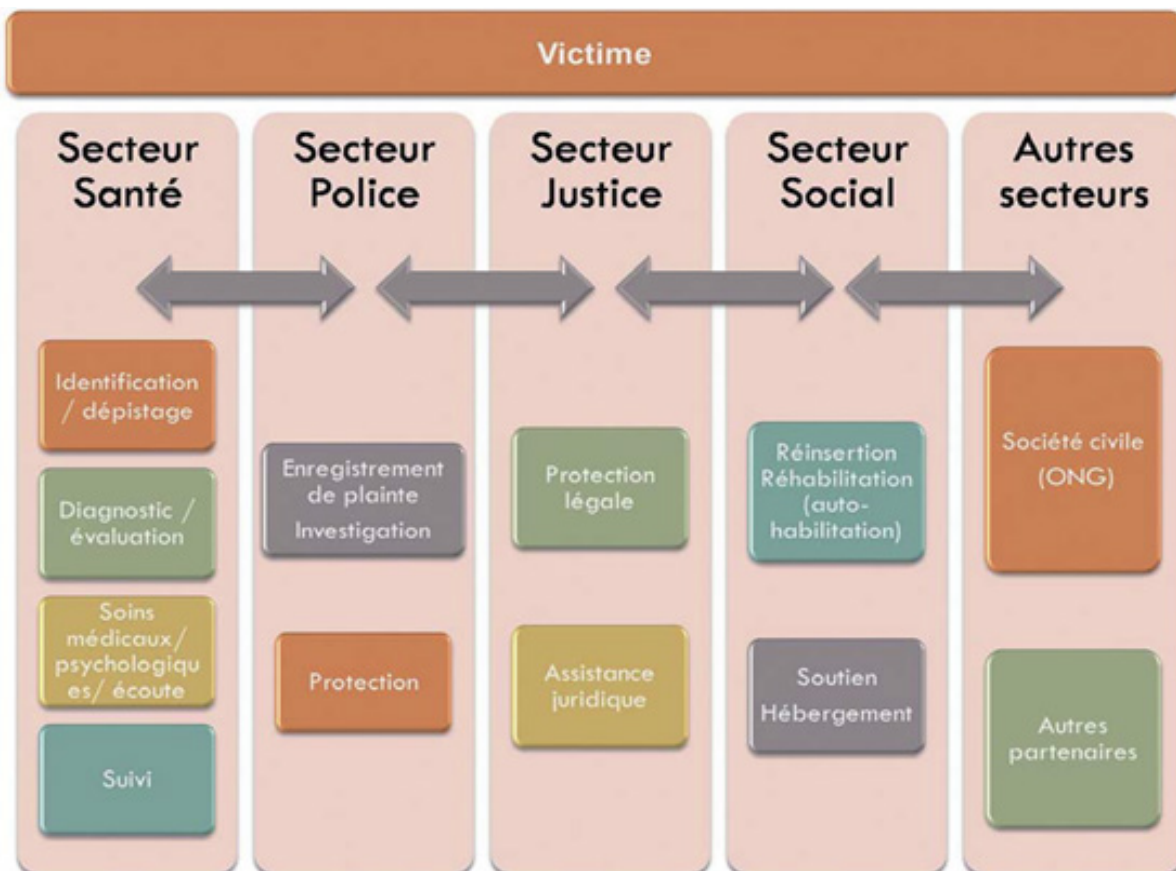


Figure 1

Les mesures préventives

La loi 58-2017 a réservé un chapitre pour la prévention des VFF avec des recommandations pour tous les secteurs y compris le secteur de la santé.

- L'élimination de toutes les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes,
- L'élaboration de programmes didactiques, éducatifs et culturels visant à bannir et à lutter contre la violence et la discrimination à l'égard des femmes, à consacrer les principes de droits de l'Homme et l'égalité entre les sexes, ainsi que l'éducation à la santé et à la sexualité...

• « **Le ministère chargé de la santé est appelé à établir des programmes intégrés en vue de lutter contre la VFF dans l'enseignement médical et paramédical, et former le personnel opérant dans le domaine de la santé, à tous les niveaux, pour détecter, évaluer et prévenir toutes les formes de violence à l'égard des femmes, ainsi que l'examen, le traitement et le suivi en vue de prendre en charge la femme et les enfants qui résident avec elle, victimes de violence. Il doit également réserver des espaces destinés à l'accueil des victimes de violences et de leur fournir les services psycho-sanitaires** » (art. 8).

- Outiller les différents intervenants en matière sociale, dont notamment les travailleurs sociaux, afin de leur permettre d'acquérir les outils d'intervention et de prise en charge des FVV.

- Former et outiller les Juges et autres intervenants du ministère de la justice à développer les modes de traitement des plaintes et des affaires liées à la VFF et à réhabiliter l'auteur de l'infraction de violence

- Responsabiliser les médias publics et privés à la sensibilisation aux dangers de la VFF et aux méthodes de lutte et de prévention contre cette violence et veillent à former le personnel opérant dans le domaine médiatique pour faire face à la VFF dans le respect de l'éthique professionnelle, des droits de l'Homme et de l'égalité.

Dans le même cadre, sont interdites la publicité et la diffusion, par tous moyens et supports médiatiques, des matières contenant des images stéréotypées, scènes, paroles, ou actes préjudiciables à l'image des femmes, ou concrétisant la violence exercée contre elles ou atténuant sa gravité.

CONCLUSION

La violence faite aux femmes est un problème majeur de santé publique. Le médecin fait partie d'une chaîne de prise en charge et de protection. Il a un rôle important à jouer au niveau de la prévention, le dépistage, la prise en charge et l'orientation des FVV.

« **Il y a une vérité universelle, applicable à tous les pays, cultures et communautés : la violence à l'égard des femmes n'est jamais acceptable, jamais excusable, jamais tolérable.** » Ban Ki-moon, Secrétaire général des Nations Unies (2008)

AUTO-EVALUATION

Concernant la violence faite aux femmes :

- A. La VFF touche une femme sur trois en Tunisie
- B. La VFF est essentiellement répandue dans le monde musulman
- C. La violence physique est la forme de violence la plus fréquente
- D. La VFF peut mettre en jeu le pronostic vital
- E. La prévention de la violence se base sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

Réponses :
C D E

SOUS-MODULE 2 : LA VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant devra être capable de :

1. Définir la violence faite aux enfants.
2. Décrire les différents types de la violence faite aux enfants.
3. Suspecter la violence faite à l'enfant à partir de l'anamnèse et des symptômes cliniques.
4. Poser le diagnostic de trouble stress post traumatique chez un enfant victime de violence
5. Décrire l'impact psychologique, psychiatrique et somatique de la violence à l'égard de l'enfant à court, moyen et long terme.
6. Connaître les modalités de signalement d'un enfant victime de violence au délégué de protection de l'enfance
7. Etablir les modalités de prise en charge multisectorielle pour un enfant victime de violence.
8. Décrire les modalités de prévention de la violence sur enfant.

Connaissances préalables requises

Cours « Agresseurs psychiques » du thème VII

1. INTRODUCTION :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence contre les enfants comprend toutes les formes de violence contre les personnes de moins de 18 ans. Pour les nourrissons et les jeunes enfants, la violence implique principalement la maltraitance.

La violence faite aux enfants est considérée par l'OMS comme une question majeure de la santé publique. En effet, elle est pourvoyeuse de plusieurs complications de l'état de santé physique et mentale de l'enfant à court, moyen et long terme. Le médecin est un maillon important de la chaîne multisectorielle de prévention et de prise en charge de la violence faite aux enfants.

2. PREVALENCE DE LA VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS :

La violence à l'égard des enfants est un phénomène universel, fréquent et grave. Les filles sont en général plus exposées à la violence sexuelle et les garçons plus exposés à des punitions physiques sévères. En 2012, les homicides ont coûté la vie à quelques 95'000 enfants dans le monde et adolescents âgés de moins de 20 ans - ce qui représente presque une victime sur cinq sur le nombre total de victimes d'homicides pour cette année-là.

L'OMS a estimé que, dans le monde, jusqu'à 1 milliard d'enfants de 2 à 17 ans ont subi des violences physiques, sexuelles, émotionnelles ou des négligences au cours de l'année 2021. Elle rapporte également qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance (entre 0 et 17 ans) et que 120 millions de filles et de jeunes femmes de moins de 20 ans ont subi une forme ou une autre de contact sexuel forcé.

En Tunisie, l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2023, 80,9% des enfants âgés de 1-14 ans ont subi une méthode de discipline violente par leurs mères/personnes en charge donc 8 enfants sur 10 subissent une discipline violente sous forme de châtiments corporels ou d'agression psychologique par ceux qui sont censés leur fournir protection et soins.

Malgré leur importance, ces chiffres seraient beaucoup plus élevés.

3. TYPES DE VIOLENCES AU COURS DE LA VIE DE L'ENFANT :

Il existe en général quatre catégories de violence à l'égard de l'enfant:

- **La violence physique :**

« L'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. **Il arrive fréquemment que des mesures disciplinaires adoptent des formes de violence physique pouvant être grave** ».

- **La violence psychologique ou morale :**

« La violence psychologique ou affective s'entendent de la limitation des mouvements d'un enfant, du dénigrement, du fait de le tourner en ridicule, des menaces et de l'intimidation, de la discrimination, du rejet et d'autres formes non physiques de traitement hostile. Par enfants témoins de violence, on entend par exemple le fait de forcer un enfant à assister à un acte de violence, ou le fait qu'il soit témoin accessoire de violences entre deux personnes ou plus ».

- **La violence sexuelle :**

La violence sexuelle s'entend de la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement. C'est aussi celle qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.

Actuellement les violences sexuelles sont distinguées en trois sous types :

- Les agressions sexuelles sans contacts corporels : l'exhibitionnisme, les images pornographiques, l'incitation verbale à l'activité sexuelle, propos érotiques sur le sexe devant les enfants
- Les agressions sexuelles avec contacts corporels : caresses ou baisers érotiques, attouchements, demandes de masturbation
- Les agressions sexuelles avec pénétration : pénétration anale, vaginale ou orale.

- **La négligence :**

La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité.

Ces différentes violences peuvent se voir isolées ou le plus souvent être associées dans le cadre des six types de violences repertoriées par l'OMS en 2018. Cette typologie est basée sur des critères variés : auteur de la violence (permettant d'isoler la maltraitance, violence chez les jeunes ou la violence du partenaire intime) ; le lieu (permettant d'isoler le bullying)

3. 1. TYPES DE VIOLENCE DE VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS:

3.1.1. La maltraitance

La maltraitance (y compris les châtiments violents) s'entend de tous les mauvais traitements physiques et/ou affectifs, des sévices sexuels, ainsi que du défaut de soin des nourrissons, des enfants et des adolescents aux mains **des parents, des personnes qui en ont la charge et d'autres personnes en position d'autorité**, le plus souvent à la maison mais également dans des contextes comme les écoles et les orphelinats.

Il arrive fréquemment que des mesures disciplinaires adoptent des formes de violence pouvant être graves.

3.1.2. La violence sexuelle

On entend par violence sexuelle : tout acte sexuel ou toute tentative d'acte sexuel exercé par autrui en faisant usage de la force, tout autre acte non désiré de nature sexuelle n'impliquant pas un contact (comme le voyeurisme ou le harcèlement sexuel), les actes de traite à des fins sexuelles d'une personne n'étant pas en mesure de donner son consentement ou ayant refusé de le faire, ainsi que l'exploitation en ligne.

3.1.3. Le harcèlement

Il se définit comme un comportement agressif indésirable de la part d'un autre enfant ou d'un groupe d'enfants qui ne sont pas de la même famille que la victime et ne sont pas dans une relation amoureuse avec cette dernière. Le harcèlement (ou bullying) se définit comme un préjudice physique, psychologique ou social répété et survient souvent dans un cadre scolaire et d'autres cadres où les enfants se retrouvent, ainsi que sur internet.

Le harcèlement comprend également une autre forme apparue avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication : le harcèlement sur internet appelé également le cyberharcèlement ou encore le cyberbullying.

3.1.4. La violence chez les jeunes

Elle se concentre chez les personnes âgées entre 10 et 29 ans et survient le plus souvent au sein de la communauté, entre des pairs et des étrangers, et comprend l'agression physique non armée ou armée (l'usage d'armes à feu et d'armes blanches par exemple) et peut comprendre la violence liée aux gangs.

3.1.5. La violence du partenaire intime

Elle désigne toute violence infligée par un partenaire intime ou un ancien partenaire. Bien que les personnes de sexe masculin puissent également en être victimes, la violence du partenaire intime touche le sexe féminin de façon disproportionnée. Elle peut toucher souvent les filles victimes de mariages précoces, forcés ou de mariage d'enfants, chose peu fréquente et interdite dans notre pays par la loi. Nous retrouvons plutôt, dans notre pays, ce type de violence chez les adolescents ayant une relation amoureuse. La violence peut être, alors, de type psychologique, physique et/ou sexuelle.

3.1.6. Violence psychologique ou affective et les enfants témoins de violence

s'entendent de la limitation des mouvements d'un enfant, du dénigrement, du fait de le

tourner en ridicule, des menaces et de l'intimidation, de la discrimination, du rejet et d'autres formes non physiques de traitement hostile.

Par enfants témoins de violence, on entend par exemple le fait de forcer un enfant à assister à un acte de violence, ou le fait qu'il soit témoin accessoire de violences entre deux personnes ou plus.

Cette dernière situation est fréquemment retrouvée chez les enfants témoins de violence conjugale entre leurs parents. Dans ce dernier cas précis, on ne parle pas d'enfant témoin mais d'**enfant co-victime** de violence conjugale.

3.2. FORMES DE VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS SELON L'ÂGE :

La violence faite à l'enfant peut se limiter à un seul acte isolé ou peut durer dans le temps et se répéter à plusieurs reprises (figure 2).

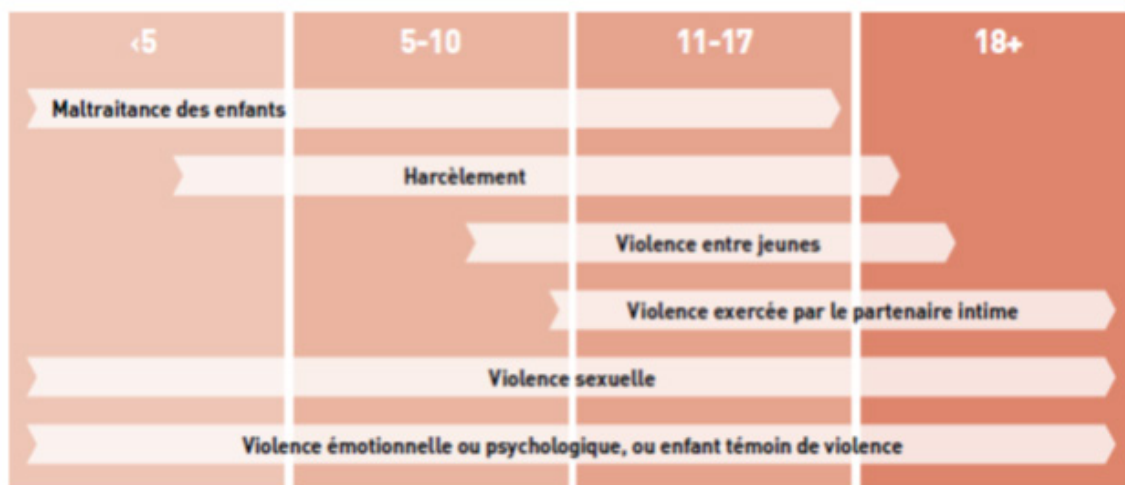


Figure 2

3.3. LES AUTEURS DE LA VIOLENCE FAITE AUX ENFANTS :

Dans la plupart des cas l'enfant connaît son agresseur. Il peut s'agir d'une personne mineure ou majeure de sexe masculin ou féminin. Il peut ainsi s'agir d'un des parents ou d'autres membres de la famille, d'une personne qui a l'habitude de s'occuper de l'enfant (nounou...), d'une connaissance, d'un étranger, d'une personne qui occupe un poste de responsabilité (enseignants, agent de la police, entraîneur...), d'un employeur, d'un travailleur de la santé (médecin, infirmier, thérapeute, éducateur...), personne travaillant dans le domaine de la petite enfance (gardien, chauffeur...).

4. TABLEAU CLINIQUE

Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de la violence faite aux enfants, parfois le tableau clinique est constitué de symptômes variés mais il arrive que la symptomatologie s'organise en trouble psychiatrique bien caractérisé tel qu'un trouble stress post traumatique, un trouble anxieux (trouble anxiété de séparation, trouble phobique, trouble panique..) ou un trouble dépressif. Ces troubles peuvent être associés.

4.1. MANIFESTATIONS SÉMIOLOGIQUES

L'enfant peut ne présenter aucun symptôme, ou se limiter à un symptôme isolé. Plusieurs symptômes peuvent être observés et peuvent toucher les différentes sphères :

- Manifestations comportementales : auto agressivité, hétéro agressivité, opposition, agitation, inhibition, retrait, arrêt brutal des activités.
- Troubles cognitifs : trouble de la mémoire, trouble de l'attention.
- Manifestations affectives : nervosité, irritabilité, caprices d'apparition récente et peu compréhensible, pleurs...
- Evitement : des personnes, des lieux ou des situations rappelant la situation traumatisante.
- Manifestations somatiques : douleurs abdominales, plaintes somatiques...
- Troubles instinctuels : trouble du sommeil (réveils anxieux, insomnie), trouble de l'appétit.
- Difficultés scolaires : il peut s'agir d'un fléchissement scolaire ou de difficultés persistantes conséquences des différents symptômes cités ci-dessus,
- Trouble des conduites : fugues, mensonges, vols, opposition, hétéro agressivité.
- Comportement à connotation clairement autodestructrice : automutilation, tentative de suicide.

En cas d'agression sexuelle, nous pouvons observer chez l'enfant des manifestations plus spécifiques :

- Apparition d'angoisses nouvelles et inattendues, liées à une réexposition ou qui pourrait rappeler l'agression sexuelle.
- Changement du comportement en rapport avec les vêtements : Refus de se déshabiller, pudeur excessive inhabituelle ou à l'inverse exhibitionnisme
- Une attitude conflictuelle en particulier au moment des changes pour les tous petits.
- Signes régressifs : « colle » aux parents, perte provisoire de la propreté nocturne ou diurne, parler bébé, etc.
- Sollicitations sexuelles et érotiques dévoilant une connaissance trop précoce pour l'âge (embrasser sur la bouche, offrir son sexe à sucer...)
- Préoccupations sexuelles obsédantes : avec l'apparition d'un comportement séducteur, d'une masturbation compulsive et / ou d'un intérêt inadapté pour les parties génitales des personnes et des animaux.

4.2. TROUBLE STRESS POST TRAUMATIQUE

Pour retenir le diagnostic de TSPT selon le DSM5, il faut que l'enfant ait assisté à ou subi un événement qui menace sa vie ou sa santé, ou celles d'autrui ou qu'il ait appris qu'un événement ait affecté un membre de la famille (critère A). Au cours de cet événement, l'enfant ressent habituellement une peur, une impuissance ou une horreur intenses. Les actes de violences répondent généralement à ce critère.

Chez les jeunes enfants, la violence domestique en est la cause la plus courante. Néanmoins, tous les enfants qui subissent un événement traumatique ne développent pas systématiquement un TSPT. En effet, 15% des enfants âgés entre 5 et 18 ans exposés à un événement traumatique ont présenté un TSPT avec une plus grande prévalence chez les filles comparativement aux garçons du même âge. A part le critère d'exposition à l'événement, le trouble de stress post-traumatique comporte d'autres catégories de symptômes :

-Critère B: Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants (symptômes intrusifs) :

Les enfants peuvent revivre l'événement traumatique alors qu'ils sont éveillés (flashbacks) ou endormis (cauchemars). Les flashbacks sont la plupart du temps déclenchés par quelque chose qu'ils associent à l'événement original. Durant un flash-back, les enfants peuvent être terrifiés et inconscients de leur environnement. Ils peuvent essayer désespérément de se dissimuler ou de s'échapper, en agissant comme s'ils couraient un grand danger. De manière moins dramatique, les enfants peuvent revivre l'événement en pensées, à travers des images mentales, ou des souvenirs, qui génèrent néanmoins une grande souffrance.

Plus l'enfant est jeune, plus il va reproduire l'événement en jouant des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ou en ayant un besoin de parler sans cesse de sujets en rapport avec le traumatisme.

-Critère C: Symptômes d'évitement :

Les enfants vont présenter un évitement des endroits et des situations qui rappellent l'événement traumatique. Ils peuvent même tenter d'éviter toute pensée, tout sentiment ou toute conversation concernant l'événement traumatique.

-Critère D: Altérations des cognitions et de l'humeur :

Les enfants peuvent réprimer leurs sentiments ou qu'ils soient détachés. Les enfants peuvent se désintéresser de leurs activités habituelles, s'isoler des autres... Les enfants peuvent aussi se sentir coupables, par exemple, parce qu'ils ont survécu alors que d'autres n'ont pas survécu ou parce qu'ils n'ont rien pu faire pour arrêter l'événement. Ils peuvent ne pas se souvenir des détails importants de l'événement ou peuvent s'en souvenir de manière erronée. Par exemple, ils

peuvent penser qu'ils étaient responsables de l'événement.

-Critère E: Altération de la vigilance et des réactions

Les enfants peuvent devenir extrêmement vigilants quant aux signes avant-coureurs de risque. Ils peuvent se sentir extrêmement tendus (hypervigilance), nerveux et incapables de se détendre, et sursauter facilement. Essayer de contrôler leurs réactions peut être difficile et entraîner des comportements imprudents ou des accès de colère. Ils peuvent avoir des difficultés à se détendre, s'endormir ou se concentrer.

Le diagnostic de TSPT est porté devant l'existence des symptômes durant de plus de un mois des symptômes suite à l'exposition à l'événement en question.

L'âge de l'enfant modifie la manière dont ces symptômes sont exprimés, et conditionne l'apparition de symptômes additionnels.

5. EVOLUTION

Les enfants maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers troubles comportementaux, physiques ou psychiques telles que la propension à commettre des violences ou à en subir et la dépression. A l'adolescence et à l'âge adulte, les études ont montré une augmentation de risque de tabagisme, d'obésité, de tentative de suicide, de comportements sexuels à risque, de grossesse non désirée, d'alcoolisme et/ ou de toxicomanie.

Au travers de ces conséquences comportementales et psychiques, les différentes études internationales ont montré que l'exposition au cours de l'enfance à des violences augmente le risque à l'âge adulte de développer des **cardiopathies**, une **sédentarité**, de **maladies respiratoires chroniques**, d'**accidents vasculaires cérébraux**, de **cancers**, les **tentatives de suicides** et des **infections sexuellement transmissibles**.

En outre, en se basant sur plusieurs recherches, plusieurs auteurs ont également souligné le fait que la plupart des traumatismes interpersonnels chez les enfants sont perpétrés par des victimes qui répètent les violences subies pendant leur enfance.

6. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :

a. Trouble psychiatrique non secondaire à une violence faite à l'enfant

Les symptômes psychiatriques rapportés ci-dessus ne sont pas spécifiques et/ ou pathognomoniques d'un tableau de violence exercée à l'égard des enfants et peuvent s'inscrire dans le cadre d'un autre trouble psychiatrique tels qu'une dépression ou un trouble anxieux non liés à un traumatisme.

Néanmoins, il faut toujours suspecter une violence en cas de contexte évocateur, devant les paroles de l'enfant et/ou l'existence de comportement évocateur surtout à type de comportement sexualisé.

b. Simulation ou trouble induit

Nous pouvons observer dans certains cas qu'un enfant sous l'effet d'une pression d'une figure d'autorité (père, mère, grand parent...) peut rapporter des faits de violence exercée sur lui qui peuvent s'avérer inexistantes surtout chez les jeunes enfants qui sont encore particulièrement sensibles à la suggestion. Chez les grands enfants et chez les adolescents, il arrive d'observer des situations de simulation témoins de difficultés relationnelles. Une attention particulière et des entretiens répétés avec les différents membres de la famille peuvent aider dans ces cas. Dans certains cas, des doutes peuvent persister sur l'authenticité des faits rapportés.

7. CONDUITE A TENIR

a. Mesures en faveur de l'enfant victime de violence

La prise en charge d'un enfant victime nécessite tout d'abord la protection contre de la violence afin de pouvoir ensuite aider l'enfant dans son processus de guérison. La prise en charge d'un enfant victime est une prise en charge multidisciplinaire qui nécessite l'établissement d'un réseau pouvant regrouper, selon la nécessité l'aspect médical, l'aspect social (scolaire et familiale), l'aspect juridique en collaboration avec le délégué de protection de l'enfance (DPE).

Le délégué à la protection de l'enfance (DPE)

Tout enfant victime de violence est un enfant en situation de danger selon l'article 20 du Code de Protection de l'Enfance (CPE). Devant ces situations, il faut alerter le Délégué de Protection de l'Enfance (DPE). Toute personne, quel que soit son

statut, est tenue au **devoir de signalement**, tel que défini par l'article 31 du CPE : « **Toute personne**, y compris celle qui est tenue au **secret professionnel**, est soumise au devoir de signaler au délégué à la protection de l'enfance tout ce qui est de nature à constituer une menace à la santé de l'enfant, ou à son intégrité physique ou morale ».

Dans notre pays, il y a un bureau de DPE dans chaque gouvernorat et le signalement peut se faire en direct au bureau, par lettre, par mail ou par téléphone (<https://dpe.tn>, page facebook Délégué à la protection de l'enfance, ligne verte gratuite 1809).

Le pédopsychiatre

L'accueil de la parole de l'enfant victime passe par une attitude empathique. Il faut l'accompagner afin de l'aider à surmonter ses difficultés et afin d'éviter la constitution de complications comme la sur victimisation. Une psychothérapie centrée sur le trauma tel quel' Eye Movement Desensitization and Reprocessing, la Thérapie Cognitivo comportementale centrée sur le trauma ou la Narrative Exposure Therapy for Kids peut aider l'enfant à rendre les événements moins traumatisants et améliorer l'évolution.

Le médecin légiste

Le médecin légiste par l'examen va attester de l'existence ou non de signes physiques secondaires aux agressions physique ou sexuelle sur l'enfant. (cf. cours de Médecine légale : Diagnostic médico-légal des sévices a enfants).

Le Juge

Son rôle est important dans la prise des mesures de protection telles que consignées dans le CPE et dans la loi 58-2017. Il faut savoir également que la réparation des victimes sur le plan légal (la condamnation de l'agresseur) participe largement au processus de réparation et de guérison sur le plan psychologique de l'enfant victime.

Police/garde nationale

La loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des enfants a permis la création d'unités spécialisées dans les enquêtes sur les crimes de violence contre la femme et les enfants. Ces unités sont composées de personnels qualifiés et formés à recevoir et à interroger les femmes et les enfants victimes.

D'autres intervenants peuvent être sollicités selon le cas, le lieu de survenue de la violence (maison, école...) et la nécessité : Pédiatre et autres spécialités médicales, société civile, milieu éducatif ou scolaire. L'intervention peut être justifiée en cas de survenue de l'agression en milieu scolaire ou à la garderie ou au jardin d'enfants ou également en vue de tenir compte des difficultés de l'enfant en cas de troubles psychologiques allant jusqu'à l'indication d'un trimestre blanc ou le changement de classe ou d'établissement scolaire.

Intervention auprès de la famille

L'intervention auprès de la famille d'un enfant victime de violence est primordiale et toujours indiquée. La nature du travail va dépendre si l'agresseur est du milieu familial ou non. Les thérapies familiales et la prise en charge psychiatrique d'un ou des deux parents peuvent être indiquées.

b. Mesures Préventives

Il est essentiel de préserver la santé et le bien-être des enfants pour préserver la santé et bien-être de tous, aujourd'hui et à l'avenir. Les agences onusiennes ont proposé en 2020 une série de sept stratégies pour prévenir et combattre la violence à l'encontre des enfants :

- La mise en œuvre et application des lois qui pénalisent les violences faites aux enfants,
- Le renforcement des normes et des valeurs appuyant des relations non violentes,
- Le maintien de la sécurité dans les rues et dans les autres environnements dans lesquels les enfants et les jeunes se rassemblent et passent du temps,
- L'appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants pour réduire les pratiques d'éducation brutales et à créer des relations positives entre eux,
- Le renforcement économique des familles en difficulté,
- Améliorer l'accès et la qualité des services offerts aux victimes.

Cette stratégie vise à améliorer l'accès des enfants à une éducation plus efficace et ne faisant pas de différences entre les garçons et les filles, à un apprentissage socio-émotionnel et à une formation aux savoir-faire pratiques. Elle a également pour but de s'assurer que les environnements scolaires sont sûrs et favorables.

Egalement la prévention primaire de la violence sexuelle sur enfant est primordiale et elle passe par le moyen de l'éducation sexuelle. Cette éducation doit être initiée dès la petite enfance et doit être adaptée au fur et à mesure de l'âge de

l'enfant. C'est ainsi dans ce sens que l'éducation sexuelle vient récemment d'être programmée dans le cursus de l'enseignement en Tunisie et ce à partir de l'année préparatoire.

CONCLUSION

La violence faite aux enfants est un phénomène mal connu, mais hélas répandu. C'est une atteinte grave des droits humains de l'enfant et un problème majeur de santé publique. Sa prise en charge par les professionnels de santé est primordiale afin de limiter ses conséquences sur l'état de bien-être physique, mental et social de l'enfant à court, moyen et long terme.

RÉFÉRENCES

Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Pediatrics 2016; 137(3): e20154079.

World Health Organization. Seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO; 2018.

World Health Organization. Global status report on preventing violence against children 2020. Geneva: WHO; 2020.

AUTO-EVALUATION

Concernant la violence à l'égard de l'enfant :

F. La maltraitance est phénomène peu répandu dans le monde

G. La négligence entre dans le cadre de la violence exercée sur l'enfant

H. La violence peut être exercée sur l'enfant à tout âge

I. La dépression constitue une complication de la violence exercée sur l'enfant

J. La prise en charge de l'enfant violenté est exclusivement de type médical

Réponses :
B C D

LA PSYCHIATRIE PÉRinataLE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir la psychiatrie périnatale
2. Identifier les facteurs qui influencent le processus de parentalité
3. Définir l'attachement
4. Connaître les différents types d'interaction précoces partenaires adultes –bébé
5. Reconnaître les principales pathologies psychiatriques maternelles périnatales
6. Rechercher les troubles des interactions précoces en cas de trouble psychiatrique périnatal
7. Diagnostiquer la traduction clinique des troubles des interactions précoces chez l'enfant.
8. Prévenir les situations pouvant engendrer des troubles des interactions mère-bébé
9. Indiquer les approches thérapeutiques face à des troubles des interactions précoces

Connaissances préalables requises

1. Le développement cognitif (thème 11)
2. Le langage (thème 11)
3. Le développement psychoaffectif de l'enfant (thème 15)

Mise à jour Juin 2021

PLAN

Introduction

I. Définition

II. Les concepts de la psychiatrie périnatale

A. La parentalité

B. L'attachement

C. Les interactions

1. Les interactions comportementales
 - 1.1 Les interactions corporelles
 - 1.2 Les interactions visuelles
 - 1.3 Les interactions auditives et langagières
 - 1.4 Les interactions olfactives
2. Les interactions affectives
3. Les interactions fantasmatiques

III. Spécificités de la psychiatrie périnatale

A. Spécificités cliniques des épisodes psychiatriques périnataux

1. Le postpartum blues (baby blues)
2. Dépression maternelle du post-partum (DPP)
3. Psychose puerpérale

B. Contexte dyadique : étude des interactions précoces

1. Les troubles des interactions
2. Syndromes psychiatriques et troubles des interactions
 - 2.1 En cas de dépression
 - 2.2 En cas de psychose
3. Traduction clinique des troubles interactifs précoces

IV. Les champs d'intervention de la psychiatrie périnatale

A. La prévention

B. La prise en charge

Références bibliographiques

Auto-évaluation

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, le savoir médical, l'observation du bébé par les psychanalystes, les foisonnantes données de la psychologie expérimentale ainsi que l'évolution de la place de l'enfant dans la société ont contribué à mettre en lumière les compétences du nouveau-né, du nourrisson et même du fœtus.

La focale du projecteur s'est d'emblée élargie à la dyade mère-bébé puis à la triade parents-bébé puisque, comme l'a si bien formulé Winnicott, « un nourrisson tout seul, cela n'existe pas » (Winnicott, 1958).

La psychiatrie s'est penchée sur la période périnatale par l'intermédiaire des pathologies mentales des mères qui sont apparues comme spécifiques (la psychose puerpérale, la dépression du post-partum). Au Royaume-Uni ce sont les psychiatres d'adultes qui ont maintenu cet intérêt et qui sont responsables d'unités mère-bébé. En France comme en Suisse et en Belgique, ce sont les pédopsychiatres qui ont repris ce champ à leur compte mettant ainsi l'accent sur la relation et sur les effets de la pathologie maternelle sur le bébé. Le regard s'est déplacé de la mère sur l'entre-deux (mère-bébé, parents-bébé). En Tunisie, l'intérêt pour la psychiatrie périnatale est récent.

Il existe aujourd'hui une prise de conscience de la valeur à accorder à la qualité de vie et au bien-être psychique du fœtus et du bébé, aux relations précoces parents-bébé, tant on sait que leur mise en péril peut avoir des répercussions considérables sur la vie psychique ultérieure de l'enfant et de l'adulte. Les professionnels de santé et en particulier les médecins (généraliste, pédiatre ou gynécologue...) ont un rôle important à jouer au niveau de la prévention. Le dépistage des situations à risque et le repérage précoce des pathologies psychiatriques maternelles et des anomalies des interactions précoces sont d'une importance capitale.

I. DEFINITION

La psychiatrie périnatale est une discipline qui se situe à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant. Elle a pour objet d'étude les troubles mentaux survenant chez l'un ou l'autre des parents durant la période périnatale, ainsi que les spécificités du développement du fœtus, du nouveau-né et du nourrisson dans ce contexte.

En psychiatrie et en psychologie, la période périnatale est bien plus longue que celle définie par les pédiatres (période entre la 28^{ème} semaine d'aménorrhée et le 7^{ème} jour suivant la naissance), puisque la périnatalité est considérée comme s'étendant du début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année du post-partum.

La psychiatrie périnatale a un double objectif : un objectif curatif qui consiste à soigner le parent malade et un objectif préventif qui vise à déceler, tout ce qui peut perturber la genèse, la mise en place et l'évolution conjointe des premières interactions et relations entre l'enfant et ses parents.

La psychiatrie périnatale est indissociable de la pratique en réseau du fait que les éventuels troubles sont d'abord repérés par les professionnels « non-psy » des circuits de soins.

Elle fait intervenir :

- Dans le champ sanitaire : obstétriciens, sages-femmes, néonatalogistes, pédiatres, généticiens, psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes.
- Dans le champ social : services de protection maternelle et infantile, les services sociaux de l'enfance, certaines structures associatives.

II. LES CONCEPTS DE LA PSYCHIATRIE PÉRINATALE

A. LA PARENTALITÉ

La grossesse et la naissance entraînent des remaniements psychiques importants. Classiquement, cette période est une période de grande malléabilité psychique source à la fois de vulnérabilité et de grandes capacités d'adaptation. On désigne par accès à la parentalité l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher. Ce « travail psychique » peut quelquefois entraîner des états d'angoisse et de dépression plus fréquents chez la mère. Les facteurs influençant le processus de parentalité sont :

- L'état somatique et l'équipement neurobiologique du bébé, son aspect, son comportement.
- L'état de santé de la mère en particulier pendant la grossesse et autour de la naissance.
- La disponibilité et la sécurité affective de la mère, elles-mêmes liées aux conditions de vie matérielle, à la richesse de son réseau relationnel (où le père occupe une place privilégiée), à une éventuelle psychopathologie maternelle
- Les événements récents ou anciens, ayant un rôle traumatique : décès, séparation, violence, etc.

B. L'ATTACHEMENT

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Dans la théorie de l'attachement développée par J. BOWLBY, à partir de travaux d'observation, il est défini comme « La propension à établir des liens forts avec des personnes particulières qui existe dès la naissance et se maintient tout au long de la vie ». L'attachement est un besoin primaire chez l'homme. Il se développe à partir de comportements innés : pleurs, succion, agrippement qui permettent de maintenir la proximité physique et l'accessibilité à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent représentée par la mère. Quand les réponses de l'entourage sont adéquates au besoin d'attachement, l'enfant développera une base de sécurité à partir de laquelle il peut acquérir des nouvelles compétences.

Actuellement, on parle également d'attachement durant la période prénatale : “ l'attachement prénatal ou materno-fœtal” (AMF). Cranley a défini l'attachement prénatal comme le degré jusqu'auquel les femmes adoptent des comportements qui représentent une affiliation et une interaction avec leur enfant à naître. Condon a élargi cette notion pour inclure les deux parents, en la désignant sous le terme “parental fœtal attachement”.

C. LES INTERACTIONS

Le bébé qui a été longtemps pris pour un objet passif est redécouvert avec toutes ses compétences et son rôle actif dans sa relation avec le partenaire adulte.

À la naissance, il est totalement dépendant de l'autre: le « caregiver » qui lui procure les soins et interagit avec lui. Cet autre peut désigner la mère ou le père ou toute autre figure d'attachement. La notion d'interaction sous-tend que chaque partenaire est actif et qu'il existe un aspect bidirectionnel dans l'interaction : le bébé agit sur son caregiver et réciproquement le caregiver agit sur le bébé dans une spirale interactionnelle. La relation ne se conçoit pas selon un mode de causalité linéaire, le caregiver et le bébé s'influencent l'un l'autre au sein d'un processus continu de développement et de changement.

On décrit classiquement trois types d'interaction : les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques.

1. LES INTERACTIONS COMPORTEMENTALES

Il s'agit de l'ensemble des échanges directement observables dans la dyade: la figure d'attachement et son bébé.

1.1 Les interactions corporelles

Le contact physique permet au bébé de différencier précocement le soi et le non-soi dans la distinction touché et être touché.

La manière dont le parent tient, manipule, soutient le bébé, et la façon dont celui-ci y réagit, constitue une modalité interactive très visible, qu'Ajuriaguerra a baptisée « dialogue tonique ». Il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui en est le corrélatif. Le bébé peut ainsi:

- *initier l'interaction par la recherche du contact corporel

- * réagir aux sollicitations du parent :

- par une détente corporelle lorsqu'il est tenu dans ses bras

- par un raidissement partiel ou global

- par un blotissement

- par un agrippement

- voir repousser le parent

A noter que les réactions du bébé peuvent varier en fonction des moments et des situations.

Le parent peut, quand à lui:

- *initier l'interaction soit en portant son bébé ou en le touchant

- *être sensible aux manifestations de confort et/ou d'inconfort du bébé et y répondre par un changement de position ou par un bercement par exemple.

- *ne pas répondre aux sollicitations du bébé dans certains moments ou situations.

1.2 Les interactions visuelles

Dès les premiers jours de vie du bébé, le regard constitue une modalité interactive essentielle. Elle est constituée par le regard mutuel ou « contact œil à œil ». Le contact œil à œil est important dans la formation du lien précoce, car il contribue grandement à l'émergence du sentiment de maternalité et à la construction psychique du bébé. Ce que le bébé perçoit dans le visage de sa mère c'est une image de lui-même, Winnicott considère le visage de la mère comme le précurseur du miroir, et que le regard mutuel contribue à faciliter la construction de l'image de soi du nourrisson.

1.3 Les interactions auditives et langagières

On entend par interactions auditives et langagières la façon dont la mère s'adresse au bébé, mais aussi les cris et les pleurs

du bébé qui constituent un véritable «cordon ombilical acoustique». Ils déclenchent des affects intenses qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction.

Les mères, quant à elles, vont utiliser le «parler bébé» pour s'adresser au nourrisson (simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre). Le bébé est influencé par la prosodie du langage (le rythme, le timbre, les intonations) et non pas par la signification des mots utilisés.. Les caractéristiques de la parole maternelle vont se modifier au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant.

1.4 Les interactions olfactives

Des études ont montré que dès le 6^{ème} jour de vie, les nouveau-nés reconnaissent l'odeur maternelle et s'orientent de préférence vers les objets qui en sont imprégnés, et inversement les mères dès les premiers jours reconnaissent l'odeur de leur enfant. Cette discrimination réciproque est favorisée par les contacts corporels précoces. L'odeur de la mère a un pouvoir apaisant sur les nouveaux nés jusqu'à l'âge de 2-3 ans.

2. LES INTERACTIONS AFFECTIVES

Les affects sont présents dans toute communication mère-bébé. La mère, de par sa capacité d'empathie, perçoit très tôt les affects de son bébé, les reconnaît, les verbalise, leur attribue une signification et, souvent, se met en harmonie avec eux. Elle réagit à cet affect sur un mode identique (unimodal) ou sur un mode différent (transmodal : la réponse se fait sur un autre canal sensorimoteur), manifestant un éprouvé affectif identique à celui de son bébé. C'est ce que D.N. Stern appelle le phénomène «d'accordage affectif».

Les interactions affectives jouent un rôle important dans le développement du nourrisson durant la première année. Les affects de joie, de contentement, de quiétude exprimés par la mère sont repris par le bébé dans sa relation aux objets et au monde environnant, ils peuvent l'aider à maîtriser ses inquiétudes.

3. LES INTERACTIONS FANTASMATIQUES

L'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé est à l'origine de ce type d'interactions qui font appel à la propre histoire des parents et à leurs relations avec leurs propres images parentales.

III.SPÉCIFICITÉS DE LA PSYCHIATRIE PÉRINATALE

A.SPÉCIFICITÉS CLINIQUES DES ÉPISODES PSYCHIATRIQUES PÉRINATAUX :

La période périnatale est une période de vulnérabilité psychique, notamment en ce qui concerne la régulation des émotions et de l'humeur. Les trois grands paradigmes de la psychopathologie périnatale sont le post-partum blues, phénomène considéré comme adaptatif et normal, les dépressions du post-partum et les psychoses puerpérales.

1. LE POST-PARTUM BLUES (BABY BLUES)

Il s'agit d'une dysphorie transitoire qui apparaît chez 50 % des accouchées entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour et disparaît en quelques jours (4 jours au maximum) avec restitution ad integrum, sans traitement spécifique.

Parmi les manifestations très variées, deux signes principaux sont toujours présents :

- L'hyperesthésie affective (pleurs, irritabilité...);
- La dysphorie avec variabilité de l'humeur et passage rapide de la dégressivité à l'exaltation.

Le post-partum blues n'est pas pathologique au sens strict du terme, mais il faut cependant le surveiller, car il peut être dans 10 % des cas le point de départ d'un épisode dépressif.

2. DÉPRESSION MATERNELLE DU POST-PARTUM (DPP)

La dépression du post-partum est décrite comme le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie de 10 à 20 % avec une moyenne de 13 %. Dans 60 % des cas il s'agit d'un premier épisode dépressif et survient généralement dans les 3 à 6 semaines suivant l'accouchement.

Elle demeure souvent méconnue, en raison de la réticence «culturelle» à envisager qu'un accouchement et l'arrivée d'un bébé ne soient pas vécus dans le bonheur.

Dans la DPP on retrouve, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression associés à un sentiment d'incapacité et d'auto-accusation en relation avec les soins apportés à l'enfant.

La symptomatologie peut être masquée derrière des somatisations diverses (asthénie, céphalées, douleurs hypocondriaques erratiques, impression d'épuisement, insomnie, perte ou prise de poids), symptômes souvent banalisés, car «légitime» dans le post-partum.

Cette dépression est favorisée par l'existence d'états dépressifs antérieurs, personnels ou familiaux. La prise en charge adaptée permet, dans la forme typique, une évolution comparable aux dépressions de l'adulte jeune.

3. PSYCHOSE PUERPÉRALE

La psychose puerpérale touche deux femmes pour 1 000 accouchées. Parmi les facteurs de risque connus, on retrouve : les antécédents personnels et familiaux de dépression et plus encore de bipolarité et les antécédents personnels de psychose puerpérale.

Dans la forme typique, la psychose puerpérale, considérée le plus souvent comme une pathologie thymique, débute habituellement à la fin de la première semaine ou lors de la 2^{ème} semaine du post-partum. Elle réalise une psychose aiguë à forte participation thymique avec éléments confusionnels fréquents.

La thématique délirante est généralement centrée sur l'enfant, maléfique, difforme, atteint d'une maladie grave qui a pu être échangé ou au contraire, l'enfant est exceptionnel, robuste, chargé d'une mission salvatrice de l'humanité.

L'évolution à court terme est marquée par le risque de passage à l'acte (agressivité envers l'enfant, infanticide, geste suicidaire), et à long terme par la possible évolution vers un trouble bipolaire.

B. CONTEXTE DYADIQUE : ÉTUDE DES INTERACTIONS PRÉCOCES

1. LES TROUBLES DES INTERACTIONS

L'adaptation du niveau de stimulation aux capacités d'excitation et d'attention du nourrisson par le parent est le moteur de l'harmonie interactionnelle.

Afin d'intégrer l'expérience vécue, le bébé a besoin de se retirer régulièrement et transitoirement de l'interaction, un comportement que la mère, lorsqu'elle le peut, accueille avec tolérance et respect. Dans le cas inverse, les interactions risquent d'être dysharmonieuses.

Dans une perspective dite synchronique, qui considère les interactions à un moment donné, trois grands types de perturbations de l'interaction ou dysfonctionnement interactifs précoces sont décrits :

- L'excès de stimulations,
- Le manque de stimulations,
- Perturbations de la réciprocité et du déroulement temporel

Chaque interaction est singulière, car le registre d'attention et d'éveil est spécifique à chaque nourrisson. Un même niveau de stimulation peut

-soit convenir à un nourrisson donné

- constituer un excès de stimulation pour un autre bébé dont le seuil de perception ou de tolérance est bas. Ainsi , ce bébé va se montrer hyperexcitable

-constituer une hypostimulation pour un nourrisson calme qui a besoin de plus sollicitations

Dans une évaluation diachronique des interactions, c'est-à-dire en étudiant l'évolution des interactions dans le temps, il faut observer la réciprocité dans les interactions, la stabilité du mode interactif, ou au contraire l'aspect fluctuant des perturbations de l'interaction, avec soit une alternance de périodes d'hypostimulation et de périodes d'hyperstimulation, soit une incohérence du mode évolutif.

2. SYNDROMES PSYCHIATRIQUES ET TROUBLES DES INTERACTIONS

2.1 En cas de dépression

La dépression maternelle retentit sur la capacité de régulation mutuelle des interactions au sein de la dyade en atteignant surtout les interactions affectives, entravant l'accordage affectif des deux partenaires.

Les interactions avec une mère déprimée sont caractérisées par :

- Retard et manque de contingence des réponses maternelles
- Diminution des réponses vocales, visuelles et faciales aux signaux du bébé et mauvaise harmonisation des affects.
- Accordage affectif altéré : réponse souvent unimodale, et retardée.

2.2. En cas de psychose

Au sein de l'interaction entre la mère et son bébé, on observe une pauvreté des échanges, avec souvent un évitement du regard du côté maternel, tandis que le bébé est dans un état d'hypervigilance, s'agrippant au regard des tiers. Cette hypervigilance peut s'observer sur le plan corporel notamment, avec une hyper ou hypotonie quand le portage est chaotique. Les interactions langagières sont pauvres.

Le bébé n'arrive pas malgré ses efforts, à anticiper les comportements maternels, les échanges étant imprévisibles, alternant des rapprochés intenses voire intrusifs avec des périodes de mise à distance où le bébé est livré à lui-même. Ce défaut d'ajustement aux besoins du bébé perturbe ses rythmes chronobiologiques, il finit par s'épuiser dans cette relation inversée, dans laquelle c'est le bébé qui est vigilant à l'incohérence maternelle.

3. TRADUCTION CLINIQUE DES TROUBLES INTERACTIFS PRÉCOCES

Un certain nombre de faits sont actuellement reconnus concernant les effets des troubles des interactions précoces sur les

bébés. Ces risques sont surtout connus à court terme ou moyen terme. On ne sait pas encore quels facteurs jouent, à un niveau individuel, un rôle de protection ou au contraire d'aggravation du risque. Le risque de retentissement est surtout observé dans le cas de troubles sévères (psychoses du post-partum, dépressions du post-partum d'intensité moyenne ou sévère), durables et/ou associés à un contexte environnemental à risque (socioéconomique et interpersonnel avec notamment l'absence d'un substitut maternel de bonne qualité).

Les troubles possibles ne sont guère spécifiques. Les signes sont d'autant plus subtils que le bébé est jeune qui exprimera alors sa souffrance à travers le corps.

Ainsi, les troubles sont dans la majorité des cas à expression somatique, mais peuvent également s'organiser en entités nosographiques structurées.

- Les expressions somatiques : elles sont très diverses :

- troubles somatiques : troubles du sommeil (insomnie, trouble de l'endormissement), troubles de l'alimentation (anorexie, vomissement, régurgitations, mérycisme), troubles sphinctériens, troubles digestifs (coliques, troubles du transit intestinal), troubles cutanés (eczéma, pelade), troubles respiratoires (asthme)...
- troubles du développement : retard psychomoteur, troubles intellectuels, troubles tonico-posturo-moteurs et troubles du langage.

- Les entités nosographiques :

- Les troubles de l'attachement (attachement type insécure)
- Les états dépressifs (dépression blanche, syndrome du comportement vide) (voir cours)
- Les troubles anxieux (voir cours)
- Les troubles du spectre autistique (voir cours).

IV. LES CHAMPS D'INTERVENTION DE LA PSYCHIATRIE PÉRINATALE

A. LA PRÉVENTION

La période périnatale est un moment de dépistage des facteurs de vulnérabilité éventuels pour la santé mentale des parents et pour le développement psychoaffectif de l'enfant.

EN PÉRIODE PRÉNATALE :

- S'enquérir des antécédents psychiatriques familiaux et personnels notamment les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques qui peuvent être des facteurs de risque d'apparition de troubles psychiatriques dans le post-partum.
- Dépister les difficultés d'accès à la parentalité qui peuvent apparaître dans diverses situations : grossesse non désirée, déni de grossesse, dépression anténatale, absence de sécurité affective, antécédent d'IMG, de mort néonatale; découverte d'une malformation anténatale ou d'une maladie génétique, présence d'un trouble psychiatrique chronique....

EN POST-PARTUM :

- Détection des pathologies psychiatriques périnatales (pour la dépression du post-partum, il existe des questionnaires de dépistage notamment l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, traduit et validé en arabe) en vue d'une prise en charge précoce.
- Repérer les troubles des interactions précoces avant que les difficultés ne se manifestent sous forme de symptômes ou de troubles du développement de l'enfant.

Les facteurs de risque des troubles des interactions précoces sont :

Du côté de la mère :

- Psychose puerpérale
- Dépression du post-partum
- Trouble de la personnalité
- Exacerbation d'une pathologie psychiatrique chronique
- Mère accaparée par un deuil périnatal

Du côté du bébé :

- Sexe du bébé
- Prématurité / Faible poids de naissance
- Hospitalisation néonatale
- Malformation / Handicap
- Maladie somatique
- Tempérament difficile ou irritable
- Enfants à risque autistique

Liés à l'environnement :

- Conditions sociales et économiques défavorables
- Isolement social
- Familles à problèmes
- Conjugopathies

B. LA PRISE EN CHARGE

- Traitement des syndromes psychiatriques pendant la grossesse et le post-partum (psychotropes, psychothérapies). En occident, cette prise en charge s'effectue généralement au cours d'une hospitalisation conjointe de la mère et du bébé au sein des unités mère-enfants (inexistantes en Tunisie).
- Mise en œuvre de mesures thérapeutiques auprès de la dyade mère-bébé en cas de repérage de troubles précoces des interactions mère-bébé : observation thérapeutique, suivi et soutien psychologique, consultations thérapeutiques ou thérapie brève parents-bébé, intervention à domicile, etc.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- S. Lebovici, P. Mazet : Psychiatrie périnatale : Parents et bébés, du projet d'enfant aux premiers mois de vie : PUF; 1998
- F Ferrari. Troubles des interactions parents –nourrissons. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Flammarion; 1993
- D Stern. Le monde interpersonnel du nourrisson : PUF, Le fil rouge; 2006

ÉVALUATION FORMATIVE

Décrire le tableau clinique de la dépression du post-partum et les caractéristiques de l'interaction mère-bébé dans ce cas ?

Citer 4 facteurs de risque des troubles des interactions précoces, liés au bébé.

LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Reconnaître les différents signes cliniques en faveur d'un trouble du spectre de l'autisme
2. Évoquer et éliminer par l'examen clinique et les examens complémentaires les diagnostics différentiels des troubles du spectre de l'autisme.
3. Dépister les signes précoces évocateurs d'un trouble du spectre de l'autisme.
4. Connaître les facteurs de pronostic associés aux troubles du spectre de l'autisme.
5. Planifier les principaux volets de la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme.

Connaissances préalables requises

1. Le développement cognitif (thème 11)
2. Le développement psychoaffectif de l'enfant (thème 15)
3. Éléments de sémiologie en pédopsychiatrie (thème 17)

Activités d'apprentissage

Pour en savoir plus :

- Module d'auto-apprentissage audio-visuel « Trouble du spectre de l'autisme ». Médiathèque FMT.
- Bouden, A., Barthelemy, C., Halayem, MB. (2014). Autisme au pluriel. Tunis: Centre de Publication Universitaire.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

PLAN

1. INTRODUCTION

2. TABLEAUX CLINIQUES

2.1. Les troubles du spectre de l'autisme

2.2. Les signes précoces

3. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

4. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

5. ETIOPATHOGENIE

6. CONDUITE A TENIR ET TRAITEMENT

6.1. Accompagnement des parents d'enfants autistes

6.2. Prise en charge institutionnelle, éducation, rééducation

6.3. Psychothérapies

6.4. Traitement médicamenteux

7. CONCLUSION

AUTO-ÉVALUATION

1. INTRODUCTION

L'évolution des dénominations traduit l'évolution des approches théoriques; ainsi anciennement dénommés psychoses de l'enfant, puis troubles envahissants du développement, les troubles du spectre de l'autisme sont aujourd'hui considérés comme des troubles neuro-développementaux. Ils occupent une place capitale en pédopsychiatrie.

D'abord ignorées dans leurs spécificités, ces troubles ont vu leurs fréquences croître parfois démesurément entraînant un flou nosographique. C'est ainsi que le groupe des psychoses infantiles s'est progressivement individualisé par rapport aux psychoses schizophréniques de l'adulte et aux arriérations mentales auxquelles ils ont été souvent rattachés.

En 1908, à la suite de la description par Kraepelin de la démence précoce, De Sanctis décrit, sous le terme de « démence précocissime », une entité nouvelle dont il fait sur les plans clinique, étiopathogénique et évolutif une simple variété de la schizophrénie de l'adulte qui tirerait sa seule originalité de survenir chez un enfant de 4 à 10 ans.

Plusieurs autres formes de psychoses infantiles ont été décrites ultérieurement notamment la psychose symbiotique de Mahler. Mais la véritable histoire des psychoses infantiles a été marquée par la description en 1943 de l'autisme infantile de Kanner et qui constitua la forme la plus spécifique de la pathologie mentale de l'enfant.

Dans le monde entier, on a assisté à une augmentation spectaculaire du nombre de personnes diagnostiquées autistes au cours des dernières décennies, les estimations de prévalence passant d'environ 0,04 % dans les années 70 à au moins 1% actuellement. Les causes de ces taux élevés ne sont pas établies (élargissement des critères diagnostics, meilleure reconnaissance du trouble ou une réelle augmentation de la fréquence des TSA?).

La répartition selon le genre est de 3 à 4 garçons pour une fille.

De part leur fréquence, leur retentissement sur le développement de l'enfant, ainsi que la nécessité d'une prise en charge précoce, les TSA méritent d'être mieux connues par les différents intervenants de la santé de l'enfant.

2. TABLEAUX CLINIQUES

Il était classique et heuristique de définir les psychoses infantiles (actuellement dénommées Troubles du spectre de l'autisme) comme « un trouble portant sur l'organisation de la personnalité de l'enfant, entraînant des défaillances majeures dans l'organisation de son moi et de son appareil psychique ainsi que dans l'organisation de sa relation au monde et à autrui ». Cependant, cette définition a laissé place à celle utilisant des critères diagnostiques mieux définis centrés sur la sémiologie.

2.1. LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Kanner a distingué en 1943 deux symptômes primaires : **l'isolement autistique** (aleness) et **l'immuabilité** (sameness) auxquels il a associé le retard et les anomalies du langage ainsi qu'un âge de début précoce.

Dans le DSM-5, la nécessité d'un début des troubles avant l'âge de 3 ans disparaît et les critères diagnostiques sont regroupés en deux grands axes d'anomalies :

- Déficits persistants de la communication et des interactions sociales
- Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

2.1.1 L'ISOLEMENT AUTISTIQUE (« ALONESS »)

Le comportement spontané est caractérisé par l'isolement extrême de l'enfant. Il faut rappeler que le terme « autisme », emprunté à Bleuler et à la psychiatrie des adultes, marque bien ici l'intensité du repli sur soi.

Les enfants autistes, bien qu'à des degrés différents, sont tous incapables d'établir les contacts relationnels que l'on engage habituellement avec ses parents et d'autres personnes. Pendant la première enfance, le nourrisson à risque d'évoluer vers l'autisme n'a pas de sourire social et d'attitude anticipatrice : il ne s'agit pas par exemple quand un adulte s'approche pour le prendre dans ses bras. Le contact oculaire est souvent anormal. Le développement social de l'enfant autiste est caractérisé par un manque de comportement d'attachement et par une incapacité relativement précoce à établir un lien avec des personnes spécifiques. L'enfant autiste semble souvent ne pas reconnaître ou différencier les personnes les plus importantes de son entourage, et il est possible qu'il ne manifeste aucune anxiété de séparation lorsqu'on le laisse dans un nouveau lieu avec des personnes qu'il ne connaît pas.

2.1.2 PERTURBATION DE LA COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE :

La présence d'un retard ou d'une absence totale du développement du langage constitue l'un des principaux critères diagnostiques du trouble autistique.

Au cours de la première année de vie, la quantité et le type de babillage peuvent être réduits ou anormaux. Certains enfants émettent des bruits- claquement de langue, sons, cris perçants et syllabes qui n'ont pas de sens- de manière stéréotypée et sans intention apparente de communication. Quand un langage se développe, celui-ci n'a pas de véritable fonction de communication avec l'autre, on observe en effet une altération marquée de la capacité à engager ou à soutenir une conversation avec autrui. Des mots et même des phrases entières apparaissent et disparaissent brutalement du vocabulaire de l'enfant autiste. On relève dans le langage de l'enfant autiste, la présence d'écholalias immédiates et/ou différées, de stéréotypies vocales ou de persévérations verbales. Ces anomalies sont souvent associées à une inversion pronomiale ainsi qu'à l'absence de l'acquisition du « je ».

Les déficits dans la communication non verbale, utilisée dans les interactions sociales, se manifestent par l'utilisation réduite, atypique ou absente du contact visuel, des gestes ou des expressions faciales. Une des caractéristiques précoces des troubles du spectre autistique est l'altération de l'attention conjointe qui se manifeste par l'absence du pointing pour

partager son intérêt avec autrui (l'enfant utilise souvent la main de l'adulte comme outil) et la difficulté à suivre le regard ou le geste de pointing d'un tiers.

2.1.3 COMPORTEMENTS, ACTIVITÉS ET INTÉRÊTS RESTREINTS ET RÉPÉTITIFS

Les comportements répétitifs ou stéréotypés comprennent les stéréotypies motrices battement des mains ou « flapping », tournoiement sur soi, applaudissement, sautillement sur place, manipulation des doigts devant les yeux ou stéréotypies chorio-digitales).

Pendant les premières années de vie, le jeu exploratoire que l'on observe chez l'enfant normal est absent ou très restreint chez l'enfant autiste. Il manipule jeux et objets d'une manière qui ne correspond pas à leur fonction, sans souplesse ni créativité ou imagination en utilisant très peu d'éléments symboliques. L'enfant autiste n'arrive pas à imiter ou à faire des mimes abstraits. Les activités et jeux lorsqu'ils existent sont rigides, répétitifs et monotones. Il fait souvent tourner les objets, les tape, les aligne, ou s'attache de façon excessive à des objets inanimés (exp : peluche, doudou). Les intérêts de l'enfant avec autisme peuvent être très restreints et figés avec un degré anormal d'intensité et de focalisation.

L'enfant autiste résiste au changement, un déménagement, le déplacement d'un meuble dans une pièce, une inversion dans la routine quotidienne, peuvent provoquer un état de panique et des crises de colère; c'est ce que Kanner a décrit sous le terme d'immuabilité (sameness) ou encore l'angoisse de maintenir l'environnement identique.

Des particularités perceptives peuvent être également observées chez l'enfant autiste qui peut manifester une réaction négative à certains sons ou bruits (exp : bruits mécaniques), une apparente indifférence au monde sonore ou au contraire une fascination pour la musique, pour la lumière, ou les objets qui tournent. L'enfant peut paraître insensible ou indifférent à la douleur ou à la température. Une approche particulière des objets avec des attitudes de flairage et/ou de léchage peut également se voir.

2.1.4 SIGNES ASSOCIÉS

Plusieurs signes non spécifiques de l'autisme peuvent être observés, parmi eux nous citons une instabilité de l'humeur et de l'affect, une hyperactivité ou encore une inhibition psychomotrice, une agressivité et des accès de colère qui apparaissent souvent sans que l'on comprenne la raison. Les comportements d'auto agressivité ou d'automutilation comprennent des cognements de tête, morsures, griffures et arrachage de cheveux.

Une faible capacité attentionnelle, une insomnie, des problèmes alimentaires et des troubles sphinctériens sont également fréquents.

La réaction aux stimuli sensoriels est particulière, il est classique de dire que les autistes ont une préférence pour le toucher, l'odorat ou le goût, qui sont des perceptions proximales, plus que pour les perceptions distales comme l'audition ou la vision. Ils ont souvent un seuil de douleur élevé ou une réaction altérée à la douleur.

Le handicap intellectuel est fréquemment associée à l'autisme sans être un signe constant, on distingue les enfants autistes à haut fonctionnement intellectuel de ceux qui ont une déficience mentale.

2.2 LES SIGNES PRÉCOCES

Certains signes doivent alerter précocement le clinicien même si le tableau est encore incomplet. **Pris individuellement, aucun de ces signes n'est spécifique** et bien sûr il ne s'agit là que d'éléments de dépistage dont la confirmation nécessite une expérience clinique. Les diagnostics différentiels qui peuvent bénéficier d'un traitement spécifique doivent être éliminés.

Le tableau ci-après résume les signes précoces retrouvés dans l'autisme :

Âge (en mois)	Interactions sociales	Langage	Intérêts de l'enfant	Autre
0-6	-Absence de sourire-réponse -Impression d'indifférence au monde sonore -Pas de fixation/suivi visuel	Pas de babillage		-Troubles sévères du sommeil -Absence d'ajustement postural (bébé trop mou, ou trop raide)
6-12	-Absence de geste anticipatoire pour être porté -Ne se retourne pas à l'appel de son prénom (à partir de 9 mois) -Absence de réaction à la séparation d'avec la figure d'attachement	Pas de babillage		
12-24	-Absence de pointing -Absence d'imitation	-Retard d'apparition des 1er mots	-Manipulation étrange des objets (les faire tourner, les aligner, les flairer) -Manipulation étrange du corps (tournoiement, mains devant les yeux..)	
>24	-Absence d'intérêt pour les enfants -Pauvreté des jeux -Absence d'imitation	-Absence de langage communicatif -Écholalie	-Immuabilité Attachement inhabituel à des objets -Main outil (utilise la main d'autrui comme un outil)	-Auto-hétéroagressivité importante -Instabilité émotionnelle (rires et pleurs immotivés, crises d'angoisse)

Il existe des formes régressives d'autisme marquées par un développement précoce normal et la survenue d'une régression (en général entre 15 et 30 mois), et des formes d'autisme sans régression avec des anomalies qui apparaissent dès le début. **En règle générale, toute régression (langage, autonomie, communication.) chez un enfant doit alerter le clinicien.**

3. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les principales pathologies à éliminer avant de retenir un trouble du spectre de l'autisme sont les suivantes :

Les déficiences sensorielles : c'est essentiellement **la surdité** qui peut être évoquée. Le diagnostic entre ces deux affections peut être d'autant plus difficile que certaines surdités s'accompagnent de comportements d'allure psychotique comme l'isolement et les stéréotypies d'une part et que d'autre part, il existe de réels syndromes autistiques associés à un authentique déficit auditif.

La cécité peut également s'accompagner de symptômes d'allure psychotique, soit d'un véritable retrait autistique et mouvements d'auto stimulation.

Le syndrome de Landau-Kleffner : il s'agit d'une perte du langage après une période de développement normal avec apparition de signes comitiaux à l'électroencéphalogramme du sommeil. Il s'agit d'une aphasie de réception.

Le handicap intellectuel : le retard global du développement et de l'acquisition de l'autonomie et du langage peuvent faire évoquer certaines formes de psychoses infantiles notamment les psychoses déficitaires précoces.

L'absence du développement du langage : le retard du développement du langage peut évoquer dans certaines situations le syndrome autistique avec les difficultés à communiquer que cela entraîne.

Les carences affectives et dépressions infantiles précoces : les dépressions anaclitiques et tous les états de carences affectives précoces peuvent s'accompagner de symptômes d'allure autistique (retrait et stéréotypies à type de balancement...). Cependant, ces troubles sont régressifs et peuvent disparaître si l'enfant est placé dans des conditions affectives satisfaisantes.

4. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Très controversés en fonction des auteurs; certains conservent une opinion très péjorative d'autres font état d'amélioration remarquable.

Une évolution favorable voire des guérisons avec réintégration complète (optimal outcome des anglo-saxons) ont été décrites par plusieurs études menées dans cette perspective.

On s'accorde sur les éléments de mauvais pronostic suivants :

- Absence du langage à l'âge de 5 ans
- Un quotient intellectuel inférieur à 70
- Une maladie organique associée.

5. ETIOPATHOGENIE

L'étiopathogénie des troubles du spectre de l'autisme est complexe et reste sujet à débats et recherches. Cependant, **l'approche neurodéveloppementale** est souvent privilégiée pour comprendre les bases biologiques et génétiques de ces troubles.

Selon cette approche, les TSA seraient dus à des anomalies dans le développement du cerveau, qui surviennent généralement avant la naissance. Ces anomalies peuvent être influencées par des facteurs **génétiques, environnementaux et épigénétiques**.

En ce qui concerne **les facteurs génétiques**, les études familiales, de jumeaux et d'adoption sont en faveur d'une composante génétique dans le déterminisme de l'autisme. En effet, la prévalence de la maladie passe à 3 % chez la fratrie d'un enfant autiste. Les études de jumeaux retrouvent un taux de concordance des monozygotes franchement supérieur au taux de concordance des dizygotes. Les études cytogénétiques et les recherches moléculaires ont permis de localiser plusieurs gènes candidats notamment au niveau du chromosome 2, 7, 15, 22 et récemment les chromosomes X et 3. Par ailleurs, plusieurs syndromes génétiques spécifiques sont associés à un trouble du spectre de l'autisme. Par exemple, le syndrome de l'X fragile est une cause fréquente d'autisme syndromique, caractérisé par un handicap intellectuel, des troubles du langage et des comportements répétitifs. De même, le syndrome de Rett est également associé à l'autisme syndromique, avec des caractéristiques telles que la perte de compétences acquises et des mouvements stéréotypés. D'autres syndromes peuvent être également associés à un tableau autistique tels que la trisomie 21, le syndrome d'Angelman, le syndrome de Williams, le syndrome de Prader-Willi...

L'autisme est ainsi une maladie multifactorielle, complexe, polygénique sans gène majeur.

En ce qui concerne **les facteurs environnementaux**, certains ont été identifiés comme potentiellement influents dans le développement des TSA, tels que l'exposition à des agents tératogènes pendant la grossesse ou des infections maternelles, la souffrance fœtale, l'anémie néonatale, la saison hivernale, la carence affective et l'exposition massive aux écrans. Cependant, il est important de noter que ces facteurs ne sont pas les seuls responsables des TSA et que leur contribution réelle reste à déterminer.

Enfin, **les facteurs épigénétiques**, c'est-à-dire les modifications de l'expression des gènes sans altération de la séquence d'ADN, pourraient également jouer un rôle dans le développement des TSA en modulant l'activité des gènes impliqués dans le développement cérébral.

En résumé, **l'étiopathogénie des TSA est multifactorielle, impliquant des interactions complexes entre facteurs génétiques, environnementaux et épigénétiques**. L'approche neurodéveloppementale permet de mieux comprendre ces mécanismes et d'orienter les recherches vers des interventions thérapeutiques plus ciblées et efficaces.

6. CONDUITE A TENIR ET TRAITEMENT

La prise en charge des enfants avec TSA nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire : pédopsychiatre, éducateur, orthophoniste, ergothérapeute et psychomotricien. La prise en charge précoce est la meilleure garante d'une évolution favorable.

L'objectif de la prise en charge est de permettre à l'enfant d'accéder à un véritable statut de sujet, d'améliorer son degré d'autonomie et de lui donner les moyens de communiquer avec autrui.

La prise en charge doit tenir compte non seulement des difficultés de l'enfant mais aussi de ses compétences qu'elles soient déjà acquises ou en émergence et doit donc s'inscrire dans **un projet thérapeutique individualisé**.

Plusieurs volets thérapeutiques peuvent être envisagés en fonction du tableau clinique et psychopathologique :

6.1. ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS D'ENFANTS AUTISTES

La famille constitue un partenaire thérapeutique et il est absolument indispensable d'établir avec les parents « une alliance thérapeutique » par le biais d'une collaboration étroite. Le pédopsychiatre va assurer alors une action de guidance parentale et de soutien psychologique.

6.2. PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE, ÉDUCATION, RÉÉDUCATION

Quand l'état clinique de l'enfant le permet, son maintien dans le cadre scolaire habituel est indiqué, les enfants autistes ont des chances de bien évoluer en fréquentant les enfants neurotypiques. Sinon, une action thérapeutique et éducative est entreprise dans un cadre institutionnel. Les hôpitaux de jour et les centres d'éducation spécialisés jouent le rôle d'un espace de rencontre et de socialisation. Ils assurent une fonction contenant et maternelle capable de favoriser l'autonomie, la communication et où les affects et les émotions inorganisés trouvent du sens.

Des stratégies thérapeutiques basées sur les méthodes rééducatives spécifiques : ABA (Applied Behavior Analysis, TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) peuvent également être indiquées.

Les rééducations orthophonique, psychomotrice et en ergothérapie.

6.3. PSYCHOTHÉRAPIES

Sont rarement indiquées seules, le plus souvent il s'agit d'une action complémentaire de la prise en charge institutionnelle.

6.4. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Les psychotropes ont des effets modérés et principalement symptomatiques. Leur emploi au long cours n'est pas dénué de risques. Cependant, certains médicaments peuvent être utiles lors de périodes aiguës, durant un temps limité, dans le but d'apaiser des symptômes gênants pour l'enfant ou son entourage.

- Les nouveaux antipsychotiques : notamment la rispéridone dans le traitement de l'autisme améliore l'instabilité et les angoisses et de ce fait peut indirectement favoriser l'effet de la prise en charge de l'amélioration des champs de la communication et des interactions.
- Neuroleptiques sédatifs ou anxiolytiques: Ils peuvent être prescrits lors d'accès d'angoisse aiguë, lors d'agitation psychomotrice ou lors d'accès d'automutilation.
- Traitement anti-comitial : Prescrit lors d'une comitialité associée (qui touche jusqu'à 1/3 des enfants avec autisme).
- La mélatonine est une hormone naturelle sécrétée par la glande pinéale qui régule le cycle veille-sommeil. Elle peut être utilisée pour aider à réguler le rythme circadien de ces enfants et à améliorer leur sommeil.
- Autres chimiothérapies : peuvent parfois induire quelques améliorations partielles elles n'ont pas vraiment fait la preuve de leur efficacité; il s'agit de traitement antidépresseur, exceptionnellement indiqué dans les états d'inhibition ou lors de périodes dépressives, de la vitamine B6 associée au magnésium indiqués pour le traitement des troubles de la communication et les stéréotypies dans l'autisme, de l'acide folique dans le syndrome de l'X fragile, de la fenfluramine ou de la naltrexone dans le traitement de l'instabilité ou des automutilations.

7. CONCLUSION

Les troubles du spectre de l'autisme sont des troubles neuro-développementaux fréquents, graves et d'évolution chronique. Ils touchent les différents secteurs du développement (affectif, langagier, cognitif, moteur.) et donnent des tableaux cliniques variés. Ils ont une étiologie complexe multifactorielle où l'hérédité et l'environnement jouent des rôles importants.

Le diagnostic précoce est un élément de bon pronostic d'où l'importance d'une bonne connaissance du trouble et de ses signes précoces par les différents intervenants de la petite enfance et en premier lieu les médecins de famille et les pédiatres.

ÉVALUATION FORMATIVE

QCM :

1- Les troubles du spectre de l'autisme :

- A. Peuvent apparaître chez un enfant au développement initial précoce normal
- B. Comprennent dans leur tableau clinique des déficits de la réciprocité socio-émotionnelle
- C. Comprennent dans leur tableau clinique une agnosie auditive expliquant les anomalies de la communication verbale
- D. Peuvent être associés à un handicap intellectuel
- E. Doivent être distingués des déficiences sensorielles

2- Le diagnostic précoce du trouble du spectre de l'autisme :

- A. Est possible avant 12 mois
- B. Est un élément important pour le pronostic
- C. Doit être suivi par des interventions précoces
- D. Est basé sur des troubles spécifiques du sommeil à type d'insomnie calme
- E. Nécessite une évaluation minutieuse du développement du langage

3- L'immuabilité:

- A. A été décrite par Kanner en 1943 parmi les deux signes caractéristiques de l'autisme
- B. Est caractérisée par une anxiété face au changement
- C. Est associée à des signes dépressifs
- D. Est également observée dans le retard global du développement
- E. Peut être constatée dans des différentes situations de la vie quotidienne

4- La prise en charge de l'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme:

- A. Est basée sur les nouveaux antipsychotiques
- B. Est une prise en charge au long court
- C. Est plus efficace quand elle est précoce
- D. Est basée sur une intervention multidisciplinaire
- E. Nécessite un projet thérapeutique individualisé

Cas clinique

F est un garçon âgé de 4 ans. Il est amené par ses parents à notre consultation pour des troubles graves de la communication. En effet, F a une tendance à l'isolement et au retrait. Il ne fixe pas le regard et il a un comportement répétitif et stéréotypé. F n'est pas autonome, il utilise souvent la main d'autrui pour se servir. Depuis quelques mois il est devenu très instable, il s'agite facilement. Il présente des crises d'angoisse que les parents n'arrivent pas à expliquer.

1- Relevez les éléments sémiologiques.

- Des troubles graves de la communication
- Une tendance à l'isolement et au retrait
- Un comportement répétitif et stéréotypé
- Une instabilité psychomotrice
- Des crises d'angoisse

2- On retient le diagnostic d'autisme. Quels sont les autres arguments cliniques que vous devriez rechercher?

- Immuabilité
- Âge de début
- Le développement du langage

3- Quelle serait votre conduite thérapeutique?

- Éliminer les pathologies organiques associées (déficits sensoriels, épilepsie, pathologies métaboliques ou neurologiques)
- Assurer une guidance parentale (information sur la maladie, autonomisation de l'enfant, communication)
- Rééducations psychomotrice et orthophonique
- Insertion dans un jardin d'enfants ordinaire si l'état de l'enfant le permet sinon un centre d'éducation spécialisée

Réponses :
QCM 1 : A, B, D, E
QCM 2 : B, C, E
QCM 3 : A, B, E
QCM 4 : B, C, D, E

LE TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION HYPERACTIVITÉ

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Reconnaître les manifestations cliniques du trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) chez l'enfant.
2. Identifier le retentissement du TDAH sur le plan familial, social et scolaire de l'enfant.
3. Reconnaître les différentes formes cliniques du TDAH.
4. Distinguer le TDAH des autres étiologies d'hyperactivités secondaires.
5. Citer les principales complications et comorbidités du TDAH.
6. Indiquer les modalités de prise en charge non pharmacologiques et pharmacologiques d'un enfant avec TDAH en fonction du tableau clinique et des comorbidités

INTRODUCTION

Le trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) est un trouble neuro-développemental qui regroupe un spectre de dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels et qui débute à l'enfance généralement précocement. Il a un retentissement important sur le développement de l'enfant, sa scolarité, sa vie familiale et relationnelle. Du fait de sa fréquence et de son impact, un dépistage est nécessaire afin d'instaurer une prise en charge adéquate le plus précocement possible.

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du TDAH, en population générale, est de 3 à 7 % chez les enfants d'âge scolaire, avec une prédominance masculine (3 à 4 garçons pour une fille). Cette prévalence tend à diminuer avec l'âge, puisqu'environ 20 % des formes de l'enfance vont s'atténuer, voire disparaître à l'adolescence.

Une étude tunisienne menée en 2006 en population générale, ayant inclus 1220 enfants âgés de 6 à 15 ans, a conclu à une prévalence de 4 %, selon les critères du DSM IV.

2. ÉTUDE CLINIQUE

2.1. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES

Le TDAH est un trouble qui s'articule autour de trois symptômes : l'impulsivité, l'hyperactivité motrice et l'inattention. Ces différents symptômes sont présents dans les différents milieux de vie de l'enfant (famille, école, loisirs...). Le trouble débute avant l'âge scolaire (7 ans), et les manifestations cliniques sont souvent rapportées dès l'insertion au jardin d'enfants voire même à un âge plus précoce.

A. L'INATTENTION

Le déficit attentionnel chez les enfants avec TDAH est caractérisé par l'incapacité chez ces enfants à maintenir une attention soutenue (incapacité de rester longtemps sur une tâche), avec un refus et/ou un évitement des tâches exigeant une attention soutenue. Ces enfants ont des difficultés à suivre les consignes, à terminer une tâche. Par ailleurs, on note chez eux la fréquence des oublis avec perte fréquente d'objets et une grande distractibilité. Ces enfants ont des difficultés à organiser leurs tâches et papillonnent d'une activité à une autre.

B. L'HYPERACTIVITÉ MOTRICE

L'hyperactivité motrice, ou hyperkinésie, est constituée d'une agitation incessante, d'une incapacité à rester en place quand les conditions l'exigent (notamment en milieu scolaire), et une activité désordonnée et inefficace. Ces enfants sont décrits comme montés sur un ressort. Cette hyperactivité peut être augmentée en situation de groupe, et diminuée par les activités impliquant les écrans (TV, ordinateur, jeux vidéo). D'autres enfants peuvent rester en place moyennant une tendance à se tortiller et à bouger leurs membres.

C. L'IMPULSIVITÉ

L'impulsivité se manifeste par la difficulté à attendre, le besoin d'agir et la tendance à interrompre les activités d'autrui, comme par exemple : la tendance à « couper » la parole ou à répondre à une question avant même que cette dernière ne soit terminée. Dans certains cas, ces enfants (ou adolescents) ont tendance à s'engager dans des activités dangereuses avec des prises de risque.

D. LES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

D'autres troubles peuvent être associés aux symptômes précédemment décrits du fait d'une dysrégulation émotionnelle retrouvée chez les enfants présentant un TDAH à savoir : une intolérance aux frustrations, une labilité de l'humeur, des crises de colère et une faible estime de soi.

E. LE RETENTISSEMENT

Le retentissement du TDAH va s'observer dans plusieurs sphères de la vie de l'enfant et est lié aux conséquences directes des symptômes comportementaux et aussi cognitifs (l'inattention). Il est de plusieurs ordres :

- **Scolaire** : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité vont être à l'origine d'une baisse du rendement scolaire avec parfois des échecs scolaires, et parfois aussi des troubles de l'intégration scolaire.
- **Familial** : une opposition avec des conflits familiaux importants, parfois des punitions à répétition. Dans ce registre une maltraitance à l'égard de l'enfant peut être la complication majeure de ces troubles, faisant suite à l'altération des interactions parents-enfant et l'incompréhension de part et d'autre.
- **Social** : des difficultés relationnelles et par conséquent des difficultés d'intégration avec les pairs sont possibles, pouvant aller harcèlement (bullying) et au rejet par les camarades.

2. FORMES CLINIQUES

Trois sous types de TDAH sont décrits :

2.1 TDAH DE TYPE MIXTE

Dans cette forme clinique, il y a une association des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/ impulsivité. Il s'agit de la forme clinique la plus fréquente (60 %- 75 %).

2.2 TDAH DE TYPE INATTENTIF

Cette forme clinique est retrouvée dans 20 %-30 %. Elle comprend essentiellement des symptômes de type inattentifs. Elle est plus fréquente chez les filles. Cette forme est moins souvent diagnostiquée et souvent découverte à l'occasion de difficultés scolaires.

2.3 TDAH DE TYPE HYPERACTIF IMPULSIF

Cette forme clinique concerne 5 % à 15 % des cas. Elle est plus fréquente chez les garçons. Cette forme clinique pose un problème de diagnostic différentiel avec le trouble oppositionnel.

3. COMORBIDITÉS

Ces troubles comorbides doivent être recherchés de façon systématique, car leur existence conditionne le pronostic et la prise en charge du TDAH.

3.1 TROUBLES EXTERNALISÉS

- **Trouble oppositionnel** : avec des manifestations d'opposition et de provocation qui altèrent le fonctionnement familial.
- **Trouble des conduites** : associé dans 25 % des cas. Ces troubles sont à type d'agressivité, de violation des règles sociales et familiales et font craindre l'évolution ultérieure vers la délinquance.

3.2 TROUBLES INTERNALISÉS

- **Trouble dépressif** : cette comorbidité est trouvée dans 25 % des cas. En général, la symptomatologie dépressive s'installe postérieurement au TDAH, souvent quand le trouble n'est pas pris en charge. Le retentissement du TDAH sur plusieurs secteurs (comme l'altération dans la dynamique familiale , le rejet par les pairs et/ ou les difficultés scolaires) va favoriser la survenue du trouble dépressif.
- **Troubles anxieux** : retrouvé dans 20 à 35 % des cas. Il s'agit essentiellement de trouble anxiété de séparation ou de trouble anxiété généralisée.

3.3 TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Environ un quart des enfants présentant un TDAH ont des troubles des apprentissages associés. Ces troubles peuvent être à type de : dyslexie, dysorthographe, dyscalculie et/ou dysgraphie, qui peuvent expliquer les difficultés scolaires des enfants avec TDAH. De même des troubles de la coordination motrice peuvent être rencontrés dans cette population.

3. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic du TDAH repose sur une **évaluation clinique rigoureuse** de l'enfant et le recueil d'informations venant de différents milieux, la famille et l'école. Le motif de consultation peut émaner des parents ou des enseignants, pour ces derniers surtout quand l'hyperactivité est tolérée par la famille.

Le clinicien doit procéder à une analyse sémiologique permettant de faire l'inventaire des symptômes présentés par l'enfant et le retentissement des troubles dans la vie familiale, scolaire et sociale. De même, l'anamnèse doit établir les antécédents personnels et familiaux, les repères développementaux, le parcours scolaire, le contexte familial et les événements de vie anciens et récents. Ceci est dans le souci d'éliminer les diagnostics différentiels, mais aussi de faire une évaluation globale du trouble.

L'examen clinique permet souvent de confirmer certaines données anamnestiques, et doit s'attacher à rechercher les troubles émotionnels, comportementaux et cognitifs ainsi que la souffrance psychique de l'enfant en rapport avec ses troubles.

Certaines échelles d'évaluation peuvent être utilisées comme outil de dépistage du trouble ou comme complément à l'entretien clinique afin de quantifier les symptômes. Parmi ces outils, on retrouve :

- **Les échelles de Conner's** (traduites et validées en dialecte tunisien) : Elles ont été développées pour évaluer la symptomatologie de l'hyperactivité de l'enfant. Il existe deux versions : la version pour parents (48 items) permet l'évaluation des comportements de l'enfant par les parents et la version pour enseignants (28 items) permet l'évaluation de l'enfant en milieu scolaire.

Par ailleurs, des bilans neuropsychologiques peuvent être réalisés pour faire une évaluation de ces fonctions.

Un bilan orthophonique est indiqué en cas de suspicion d'une dyslexie dysorthographe associée.

Un bilan psychomoteur est indiqué en cas de troubles de la coordination motrice, ou de suspicion de dysgraphie.

4. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

L'hyperactivité motrice ou instabilité psychomotrice de l'enfant ainsi que les troubles attentionnels sont des symptômes fréquents en pathologies pédopsychiatriques et neuro-pédiatriques, et **ne sont pas spécifiques du TDAH**. De ce fait, il est important que l'examen clinique et l'anamnèse parfois avec l'aide d'examen complémentaires, permettent d'écarter ces diagnostics différentiels.

4.1. L'INSTABILITÉ DÉVELOPPEMENTALE

Cette instabilité motrice concerne 15 % des garçons âgés entre 3 et 5 ans (et plus rarement les filles) ayant un développement « normal ». Elle diminue avec l'âge, et reste sans retentissement majeur sur le fonctionnement de l'enfant. Ainsi, le diagnostic de TDAH chez les enfants d'âge préscolaire doit être prudent.

4.2. HYPERACTIVITÉ SECONDAIRE À UNE PATHOLOGIE SOMATIQUE

Une instabilité motrice peut être retrouvée dans certaines pathologies somatiques :

- Dysthyroïdies
- Déficits sensoriels
- Épilepsie
- Traumatisme crânien
- Syndrome de l'X fragile

4.3. HYPERACTIVITÉ IATROGÈNE

Une hyperactivité peut être induite par certaines médications :

- Bronchodilatateurs
- Corticoïdes
- Antihistaminiques
- Certains antiépileptiques

4.4. HYPERACTIVITÉS ET AUTRES PATHOLOGIES PÉDOPSYCHIATRIQUES

Dans ces cas, il faut bien spécifier la date d'installation de l'hyperactivité, ainsi que les symptômes associés. Plusieurs troubles pédopsychiatriques peuvent se manifester par ces symptômes. Ainsi, l'examen clinique et les autres symptômes présentés par l'enfant permettent le diagnostic. Parmi les principaux troubles :

- Trouble du spectre autistique

- Retard mental
- Trouble bipolaire juvénile
- Dépression de l'enfant
- Troubles anxieux

4.5. HYPERACTIVITÉ RÉACTIONNELLE À UN FACTEUR DE STRESS

Cette hyperactivité s'installe au décours d'un événement de vie stressant et est transitoire.

5. ÉVOLUTION

5.1. TDAH À L'ADOLESCENCE

Au cours de l'adolescence, une diminution de l'hyperactivité motrice est notée, cependant, les difficultés attentionnelles et organisationnelles persistent, ainsi que l'impulsivité avec parfois apparition de conduites à risque.

5.2. TDAH DE L'ADULTE

Un déficit de l'attention peut persister dans 30 %-40 % des cas. C'est surtout le retentissement professionnel qui est observé à l'âge adulte.

5.3. COMPLICATIONS

Plusieurs complications vont émailler le cours évolutif du TDAH, surtout quand celui-ci n'est pas pris en charge. Les principales complications sont : l'échec scolaire, les conduites addictives, les conduites à risque ainsi que l'évolution vers une personnalité antisociale.

5.4. FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC

Des facteurs individuels et environnementaux vont jouer un rôle dans le pronostic du TDAH :

- Comorbidité avec les troubles des conduites
- Un quotient intellectuel bas
- Un mauvais support familial
- Absence ou retard de la prise en charge

6. ETIOPATHOGENIE:

Les hypothèses étiopathogéniques du TDAH sont multiples et sont variables selon les individus. Ce trouble résulte de l'interaction entre des facteurs génétiques, neurobiologiques, et des facteurs environnementaux précoces. Ainsi, une vulnérabilité génétique a été démontrée comme en témoignent les antécédents familiaux de TDAH, chez les apparentés de premier degré, et les études de jumeaux.

Des facteurs d'adversité psychosociale sont retrouvés dans la littérature scientifique : carence affective, séparation précoce, distorsions éducatives... des hypothèses de carences en fer et des facteurs périnataux comme la prématurité ont été aussi avancées. Enfin, sur le plan neurobiologique, un déficit de la transmission dopaminergique est l'hypothèse la plus documentée.

7. PRISE EN CHARGE

La prise en charge de ce trouble est multimodale, associant des interventions psychosociales et un traitement pharmacologique.

7.1. PSYCHOÉDUCATION

Elle implique aussi bien l'enfant que ses parents, et a pour but de :

- Informer le patient ainsi que sa famille sur le TDAH et les objectifs du traitement
- Améliorer les relations interpersonnelles au sein de la famille
- Diminuer les comportements disruptifs et inadéquats
- Favoriser les comportements adaptés de l'enfant
- Améliorer les capacités d'apprentissage scolaire

- Augmenter l'estime de soi de l'enfant
- Favoriser un environnement plus stable et plus structuré pour l'enfant

7.2. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

2.1 PSYCHOSTIMULANT

• Méthylphénidate :

C'est la seule molécule ayant l'AMM en Tunisie, chez les enfants de plus de 6 ans (Ritaline* 10 mg). Il agit en augmentant le taux de dopamine centrale. C'est un dérivé amphotaminique et fait partie du tableau B.

Mode d'utilisation : la posologie est 1mg/Kg/jour sans dépasser 60 mg/jour, en 2 à 3 prises par jour (la dernière prise ne dépassant pas 17h). Des fenêtres thérapeutiques doivent être envisagées pendant les vacances scolaires.

Le bilan préthérapeutique comporte : poids, taille, pouls, tension artérielle, ECG et un EEG si une épilepsie est suspectée ou connue. La surveillance comporte : le poids, la taille le pouls, la TA et les effets secondaires dont les principaux sont : la baisse de l'appétit, insomnie, céphalée, irritabilité, augmentation de la fréquence cardiaque et la TA, tic, risque épileptogène et exceptionnellement anxiété et idée suicidaire. Les contre-indications absolues sont très rares.

2.2 TRAITEMENT NON PSYCHOSTIMULANT

• Atomoxétine:

C'est un inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline. Il a l'AMM à partir de l'âge de 6 ans pour le TDAH.

7.3. PSYCHOTHÉRAPIE

Elle est indiquée si l'enfant présente des éléments dépressifs ou anxieux associés, nécessitant un espace thérapeutique à un rythme hebdomadaire permettant à l'enfant une prise en charge soutenue. Toutes les formes de psychothérapies peuvent être indiquées, en particulier : la thérapie cognitivo comportementale et la thérapie interpersonnelle.

7.4. RÉÉDUCATION

Rééducation orthophonique : indiquée pour les enfants qui présentent un trouble spécifique des apprentissages.

La rééducation en Psychomotricité : pour les troubles de coordination motrice.

La remédiation cognitive : avec une prise en charge ciblée des troubles neuro psychologiques.

7.5. INTERVENTIONS SCOLAIRES

Ces mesures sont nécessaires et essentielles à la prise en charge du TDAH. Elles consistent à informer et sensibiliser le corps enseignant à la problématique de l'enfant atteint de TDAH. Devant l'important retentissement scolaire, des aménagements et des interventions en milieu scolaire vont permettre à l'enfant une meilleure gestion de sa scolarité et de son comportement en classe. Ces interventions consistent à proposer :

- Des rencontres avec les enseignants
- Un aménagement de l'environnement scolaire (diminuer les distracteurs)
- Permettre à l'enfant de se lever pour accomplir une activité précise afin de canaliser son hyperactivité (distribuer des feuilles, effacer le tableau, ramener le registre)
- Valoriser les progrès de l'enfant
- Aider l'enfant à l'organisation de son travail

7.6. PRÉVENTION

Actions sur les facteurs d'environnement :

- Améliorer les conditions périnatales
- Intervenir auprès des mères en difficultés

Amélioration du dépistage du TDAH :

- Sensibilisation et information des enseignants
- Sensibilisation des médecins et des infirmiers scolaires
- Dépistage de ce trouble lors des visites scolaires

8. CONCLUSION

Le TDAH est un trouble qui débute durant l'enfance ou la petite enfance, et qui peut avoir des répercussions scolaires, familiales et sociales. D'importantes mesures thérapeutiques pharmacologiques et non pharmacologiques permettent une nette amélioration clinique et une normalisation de la symptomatologie. De ce fait, un dépistage et une prise en charge précoces permettent à l'enfant d'éviter les répercussions et les complications de ce trouble.

RÉFÉRENCES

Purper-Ouakil D, Wohl M, Cortese S, Michel G, Mouren MC. Le trouble déficitaire de l'attention- hyperactivité (TDHA) de l'enfant et de l'adolescent. Annales Médico Psychologiques 2006; 164:63-72.

Chambry J. Trouble déficit de l'attention- hyperactivité de l'enfant et de l'adolescent : du diagnostic à la prise en charge. Annales Médico Psychologiques 2006; 164:613-19.

Mouren-Simeoni MC, Le Heuzey MF, Bouvard M et al. L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte. Paris : Doin, 2002.

Mghaieth S. Prévalence du trouble déficit de l'attention/ hyperactivité chez les enfants scolarisés du grand Tunis. Thèse de Doctorat en Médecine. Faculté de Médecine de Sousse, 2006.

1-

TESTS D'AUTO-ÉVALUATION

Le trouble hyperactivité déficit de l'attention est un trouble :

- A. Dont les manifestations cliniques commencent avant l'âge de 7 ans
- B. Dont la forme clinique la plus fréquente est la forme inattentive
- C. Dont la prise en charge est uniquement médicamenteuse
- D. Dont les répercussions sont scolaires, familiales et sociales
- E. Qui peut disparaître à l'adolescence

2-

La forme de type inattentif du TDAH:

- A. constitue la forme clinique la plus fréquente
- B. est une forme fréquemment observée chez les garçons
- C. comporte des oublis fréquents
- D. est une forme de diagnostic facile
- E. peut se compliquer de difficultés scolaires

Réponse: C(l'oubli fréquents constituent un symptôme d'inattention)

E la forme inattentionnelle est une forme de diagnoscti difficile et qui peut

Réponse :
1-A-D-E
2-C-E

LES DÉPRESSIONS DE L'ENFANT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1- Reconnaître les principales manifestations cliniques de la dépression de l'enfant au cours de la phase de latence.
- 2- Distinguer les différentes formes cliniques de la dépression en fonction de l'âge.
- 3- Évaluer les facteurs de risque chez un enfant et un adolescent déprimé.
- 4- Citer les principales complications à court et à moyen terme de l'état dépressif chez l'enfant et chez l'adolescent.
- 5- Connaître les principaux diagnostics différentiels de la dépression du nourrisson et de l'enfant
- 6- Établir les principaux volets de la conduite à tenir face à un enfant ou un adolescent déprimé

Mise à jour Juin 2015

INTRODUCTION

Longtemps méconnues, les dépressions de l'enfant et de l'adolescent sont actuellement des entités diagnostiques bien reconnues. De part leur retentissement sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que leurs répercussions sur le pronostic scolaire et l'intégration sociale, un diagnostic et une prise en charge adéquate doivent être instaurés précocement.

1. ÉPIDÉMIOLOGIE :

Les données épidémiologiques sont très variables en fonction des instruments de dépistage, de l'informateur (parents ou enfant), des critères diagnostiques utilisés et de la tranche d'âge étudiée.

Selon un rapport sur la santé des adolescents, publié par l'OMS en mai 2014, la dépression serait la première cause de maladie et de handicap pour cette tranche d'âge.

Une étude menée par L'INSERM en 2014 montre que la prévalence se situe entre 2,1 et 3,4 % chez l'enfant et à 14 % chez l'adolescent. Le sex-ratio est de 1/1 dans l'enfance et de 1/2 durant l'adolescence, avec une prédominance féminine des troubles.

En population clinique, dans une étude menée auprès d'une population de 1000 consultants dans le service de pédopsychiatrie de Tunis, la fréquence de la dépression de l'enfant âgé de 6 à 12 ans est de 13 %.

Cependant, les différentes études épidémiologiques soulignent que la souffrance dépressive est souvent sous-diagnostiquée chez les enfants.

2. TABLEAU CLINIQUE

2.1 TYPE DE DESCRIPTION : LA DÉPRESSION DE LA PHASE DE LATENCE

Elle touche les enfants d'âge scolaire. Le début des troubles est en général progressif avec l'apparition de symptômes dans plusieurs registres. Le grand polymorphisme clinique à cet âge donne à la dépression un aspect trompeur. Dans tous les cas, on retrouve à l'anamnèse un changement notable du comportement de l'enfant avec son état antérieur prémorbide. Un facteur déclenchant peut être retrouvé, il a volontiers une valeur de perte ou de deuil.

Le tableau clinique associe plusieurs symptômes dans les registres suivants :

- **La tristesse de l'humeur, la douleur morale et l'ennui** : peuvent apparaître au premier plan, mais ne prennent jamais la forme de l'abattement extrême ou du ralentissement psychomoteur si caractéristique de l'adulte déprimé.

La tristesse est souvent remplacée par une irritabilité, des crises de colère, voir une labilité de l'humeur.

- **La dévalorisation et la perte de l'estime de soi** s'expriment dans le discours de l'enfant par la thématique d'échec et d'in-

capacité, par le sentiment d'être mal aimé par les parents et/ou par l'entourage, et aussi par l'expression d'un doute face à une question ou une tâche. Les idées de culpabilité peuvent s'exprimer indirectement par l'enfant « je suis méchant » ou directement « c'est de ma faute ».

- **Les troubles des conduites motrices** : souvent au premier plan, les attitudes d'agitation extrême, d'instabilité psychomotrice avec des manifestations agressives sont très fréquentes. Les parents sont débordés par un enfant qui « bouge tout le temps », qui « ne peut pas rester en place ».

Ailleurs, ou à d'autres moments chez le même enfant, c'est l'inhibition qui peut être au-devant du tableau clinique. Il s'agit d'une inhibition aussi bien dans le domaine gestuel que verbal qui donne à l'enfant une attitude de lassitude, de pauvreté d'expression parfois d'apparente indifférence.

- **Les attitudes de retrait, de désintérêt, de passivité** : il existe chez l'enfant déprimé une difficulté à investir les jeux, et d'une façon générale toutes les activités qui pourraient être pour lui une source de plaisir.

Les attitudes de désintérêt peuvent s'accompagner de sentiment de rejet et d'isolement, mais aussi d'une quête affective avec paradoxalement, une difficulté à accepter d'autrui les manifestations d'affection et de réconfort.

- **L'échec scolaire** : l'inhibition intellectuelle est souvent à l'origine de situations d'échec scolaire. Cet échec scolaire constitue fréquemment le motif de consultation et peut secondairement s'accompagner d'une véritable phobie scolaire. Cet échec accentue aux yeux de l'enfant ses sentiments d'incapacité et d'insuffisance, ce qui contribue à accroître sa dépression et à l'enfermer dans un cercle vicieux de désadaptation scolaire. L'inhibition intellectuelle se manifeste de façon variable, mais elle est toujours présente. Il peut s'agir de troubles de l'attention, de la mémoire ou de difficulté globale des apprentissages. Les épreuves psychométriques montrent que les facultés intellectuelles sont le plus souvent conservées.

- **Les troubles des conduites sociales** : mensonges, vols, opposition, hétéro agressivité, voire fugues donnant un tableau d'allure caractéristique.

- **Les équivalents suicidaires** : les enfants dépressifs présentent souvent une propension marquée aux accidents et aux blessures apparemment inexplicables d'un point de vue rationnel. Plus rarement, l'enfant déprimé exprime directement des idées de mort ou de suicide.

- **Les manifestations anxieuses** : sous forme de peurs fréquentes et de plaintes somatiques.

- **Les troubles instinctuels** : à type de troubles de l'endormissement (insomnie, opposition au coucher), de réveils nocturnes, de cauchemars, de troubles alimentaires : anorexie, boulimie ou grignotage, de troubles sphinctériens : énurésie ou encoprésie.

- **Troubles somatiques** : fréquemment présents, peuvent contribuer à masquer le tableau dépressif. Il s'agit de douleurs abdominales, de céphalées sans cause organique, et parfois de véritables décompensations psychosomatiques (eczéma, asthme, etc.).

Lorsque l'enfant grandit, il dispose de moyens psychiques plus adaptés à l'expression de sa souffrance dépressive et notamment lorsqu'il approche la puberté, il peut alors manifester un syndrome dépressif franc.

2.2 DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif repose sur les données de l'examen clinique, l'entretien familial et l'anamnèse. Chacun des signes pris isolément n'est pas nécessairement significatif, mais l'association de plusieurs d'entre eux (au moins cinq), leur permanence dans le temps et la modification comportementale qu'ils induisent sont caractéristiques. Il existe des échelles et des outils d'évaluations standardisés qui peuvent être utiles pour le clinicien, leur usage reste toutefois plus courant pour la recherche clinique.

Les tests psychométriques (tests d'intelligence) sont souvent pratiqués devant l'existence de difficultés ou d'échec scolaire, et montrent un bon niveau d'efficacité intellectuelle.

3. FORMES CLINIQUES

3.1. FORMES SELON L'ÂGE :

3.1.1. DÉPRESSION DU NOURRISSON :

Au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, les travaux de Spitz ont permis la description de la dépression anaclitique et de l'hospitalisme du nourrisson survenant à la suite des séparations effectives d'avec la mère, se sont les tableaux de **carences affectives quantitatives**.

Plusieurs études se sont intéressées à la qualité des interactions précoces et ont décrit en plus des carences quantitatives, les **carences qualitatives** où la mère est présente physiquement, mais psychiquement absente ou inaccessible, en raison de son état psychique personnel (par exemple dépression ou psychose) et qui peuvent réaliser les tableaux dépressifs suivants :

• Dépression blanche

Il s'agit d'un tableau clinique qui s'observe chez des nourrissons soudainement confrontés à une rupture ou à une faillite du holding maternel, après une période de fonctionnement normal de la dyade mère-nourrisson. Brutalement pour une raison ou une autre, la mère se déprime et ses interactions avec l'enfant se modifient et se dévitalisent; on observe alors la tétrade sémiologique suivante :

1. L'atonie thymique : la dépression du nourrisson est une athymie globale, plus proche de l'indifférence que de la tristesse. Il s'agit d'une indifférence morne, sans plaintes ni larmes.
2. L'inertie motrice : se manifeste par une lenteur et une monotonie des gestes et des attitudes. La mimique est pauvre ainsi que la mobilité corporelle, qui touche davantage le tronc et la racine des membres.
3. Le repli interactif : qui est marqué par un appauvrissement progressif de la communication, une diminution des initiatives et des réponses aux sollicitations.
4. La désorganisation psychosomatique : les formes de somatisation sont variées allant des plus banales (rhinopharyngite, bronchite, diarrhée) aux plus sévères. Les troubles du sommeil et de l'alimentation sont quasi constants.

• Syndrome du comportement vide

S'observe chez des enfants un peu plus âgés. Il s'agit ici d'enfants qui vivent depuis longtemps et chroniquement au contact d'un environnement déprimé, carencé.

Les traits sémiologiques sont comparables à ceux de la dépression blanche, mais avec une tonalité d'ennui, de vide et de morosité plus marquée ainsi qu'une instabilité psychomotrice fréquente avec une agitation stérile.

• Évolution

La réversibilité des troubles est un caractère essentiel de ces tableaux pourtant parfois profonds. En absence de prise en charge adéquate, l'évolution est très variable, pouvant altérer le développement affectif et intellectuel de l'enfant.

3.1.2. LA DÉPRESSION DU JEUNE ENFANT (ENTRE 3 ET 6 ANS)

Les perturbations comportementales sont souvent au premier plan avec : un isolement ou un retrait, l'enfant est excessivement calme. À l'opposé, on peut observer une agitation, une instabilité importante, des conduites agressives auto ou surtout hétéro agressives, des auto stimulations prolongées, en particulier des conduites masturbatoires. Un aspect fréquemment chaotique de l'état affectif est observé qui se manifeste par une quête affective alternant avec un refus relationnel, des accès de colère et de violence à la moindre frustration. Une tristesse ou une labilité thymique peuvent également se voir.

Les acquisitions sociales habituelles à cet âge sont en général troublées. En effet, le trouble dépressif peut entraver l'autonomisation de l'enfant, qui touche notamment l'alimentation, l'endormissement et l'acquisition de la propreté.

3.1.3. LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE

On parlera de dépression ou de maladie dépressive lorsque l'adolescent présente des symptômes dépressifs caractérisés et prolongés qui entravent son adaptation familiale, sociale et scolaire. Leur apparition est attribuée à la conjonction d'une vulnérabilité individuelle et/ou familiale et de facteurs précipitant tels que des événements de vie. La dépression de l'adolescent ne doit pas être banalisée ou négligée. Il est important de la diagnostiquer et de la traiter pour prévenir les complications et les pathologies surajoutées notamment le suicide. Trois formes psychopathologiques sont décrites :

- Le syndrome de menace dépressive ou crise anxio-dépressive
- La dépression d'infériorité
- La dépression d'abandon

3.2. FORMES SYMPTOMATIQUES :

3.2.1. LA DÉPRESSION MASQUÉE :

Il s'agit d'une notion controversée. Elle correspond à un état où la dépression et la tristesse ne sont pas ressenties au premier plan, et ce sont les troubles du comportement (instabilité, opposition, fugue, propension aux accidents...) ou encore les plaintes somatiques (douleurs abdominales, céphalées, troubles du sommeil, troubles sphinctériens...) qui sont au-devant de la scène.

3.2.2. LA DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE ET LE TROUBLE BIPOLAIRE :

Cette dépression peut être légèrement différente de celle de l'adulte d'un point de vue symptomatique : un début souvent brutal, relative fréquence chez l'adolescent de manifestations hallucinatoires, délirantes ou confusionnelles. L'adolescent est en proie à des hallucinations et/ou à des idées délirantes, avec des thèmes essentiellement de culpabilité, d'indignité, de punition, d'incurabilité, de persécution.

On retrouve fréquemment des antécédents familiaux chargés de troubles de l'humeur.

3.2.3. LA DYSTHYMIE :

Il s'agit d'une forme clinique caractérisée par un nombre de symptômes plus réduit (une humeur dépressive associée à deux symptômes de la série dépressive suffit à porter ce diagnostic) et une évolution durable dans le temps, définie par une durée minimale d'un an chez l'enfant et l'adolescent.

4. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS :

4.1. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DE LA DÉPRESSION DU NOURRISSON :

4.1.1. L'AUTISME INFANTILE :

Devant l'importance du repli interactif, l'appauvrissement de la communication et le manque d'initiative, un syndrome autistique peut être évoqué. À la différence de l'autisme, les carences affectives sont réversibles si l'enfant retrouve une interaction de bonne qualité avec les partenaires adultes. De plus, la notion de séparation effective d'avec la mère ou une altération de l'interaction du fait son état psychique sont retrouvés dans ce cas à l'anamnèse.

4.1.2. LA DOULEUR CHRONIQUE :

Lorsqu'elle touche le nourrisson, elle peut donner lieu à un tableau d'allure dépressive. L'examen somatique, qui est dans tous les cas nécessaire, permet de rétablir le diagnostic, et le traitement spécifique de l'affection causale permet la disparition des symptômes.

4.2. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DE LA DÉPRESSION DE LA PHASE DE LATENCE :

4.2.1. LE TROUBLE HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION :

Les tableaux dépressifs qui s'accompagnent d'une instabilité psychomotrice, de troubles attentionnels, voire d'une tendance à l'impulsivité posent parfois des problèmes de diagnostic différentiel difficiles.

L'anamnèse permet de repérer l'âge du début des troubles et le mode du début. Le contexte social, familial et affectif est aussi un élément important à relever. Le THADA débute dès l'enfance avec des difficultés majeures d'intégration au jardin d'enfants et à l'école, sans tristesse de l'humeur, ni troubles instinctuels, ni les autres symptômes de la série dépressive, au moins au début.

4.2.2. LES TROUBLES ANXIEUX :

L'anxiété est un élément qui fait partie du tableau dépressif. Par ailleurs, certains troubles anxieux caractérisés peuvent se compliquer d'un syndrome dépressif au cours de l'évolution, posant ainsi des difficultés diagnostiques.

Sur le plan sémiologique, deux troubles peuvent particulièrement poser des problèmes de diagnostic différentiel : la phobie sociale et la phobie scolaire.

- La phobie sociale se manifeste chez l'enfant par une inhibition importante, sur plan gestuel et verbal, et des difficultés relationnelles avec les pairs.
- La phobie scolaire : est un refus anxieux de l'école.

D'autres troubles anxieux ne doivent pas être confondus avec la dépression :

- L'anxiété de performance
- L'anxiété de séparation

4.2.3. LES TROUBLES DES CONDUITES :

Les troubles des conduites se manifestent par une opposition, une agressivité importante, ainsi que des troubles des conduites sociales (vol, mensonge...), autant de symptômes qui peuvent se rencontrer dans un état dépressif. L'absence de symptômes thymiques (tristesse de l'humeur, irritabilité), non retrouvés à l'examen clinique et l'anamnèse, permet d'établir le diagnostic.

4.2.4. LES VARIATIONS DE LA NORMALE :

Tout enfant peut traverser au cours de son développement des moments dépressifs qui ne sont pas pathologiques. Ces variations de la normale se différencient d'un authentique épisode dépressif par leur caractère transitoire et le faible retentissement sur la vie familiale, sociale et scolaire de l'enfant.

5. ÉVOLUTION DE LA DÉPRESSION CHEZ L'ENFANT :

5.1. DÉPRESSION ET SUICIDE CHEZ L'ENFANT :

Le suicide de l'enfant avant l'âge de la puberté est très rare, les tentatives de suicide sont inconnues avant l'âge de 5 ans, l'intention suicidaire est souvent remise en question vu que la tentative de suicide nécessite une certaine maîtrise du concept de la mort.

Chez l'enfant, on observe plus fréquemment des équivalents suicidaires. En effet, certains comportements, qui mettent en jeu la vie de l'enfant sans que celui-ci n'ait exprimé directement le désir de mort, sont particulièrement fréquents chez l'enfant déprimé. Dans une étude tunisienne réalisée auprès d'une population de 107 enfants âgés de 6 à 12 ans déprimés, on retrouve : des idées suicidaires dans 6.5 % des cas, des équivalents suicidaires dans 5.6 % des cas, une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse dans 1.87 % des cas.

En France, 10 % des tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents concernent des enfants de moins de 12 ans (âgés entre 10 et 12 ans le plus souvent).

À l'adolescence, les tentatives de suicide deviennent beaucoup plus fréquentes, s'inscrivant dans le registre de la tendance à l'agir si caractéristique à cet âge. Les tentatives de suicide à l'adolescence sont le plus souvent impulsives, réactionnelles à un conflit immédiat avec l'environnement, sans réel désir de mort. Lorsqu'elles surviennent chez des enfants ou des adolescents déprimés, elles sont volontiers plus violentes, s'associent à un risque de récurrence plus important et un désir de mort plus fréquent. La dépression est, de ce fait, considérée comme un facteur de risque important devant un enfant ou un adolescent suicidant.

5.2. DEVENIR A L'ADOLESCENCE ET A L'ÂGE ADULTE :

En l'absence de prise en charge, l'épisode dépressif peut durer plusieurs mois (9 mois en moyenne), alors que l'état dysthymique se prolonge entre 2 et 4 ans.

Le risque de récurrence est assez élevé à l'adolescence et à l'âge adulte, la dépression de l'enfant et de l'adolescent est considérée de ce fait comme un facteur de risque de dépression chez l'adulte (environ 20 % présenteront une rechute ultérieure).

En plus du risque suicidaire, d'autres complications peuvent survenir pendant ou au décours de l'épisode dépressif surtout en présence d'un environnement de mauvaise qualité et/ou de l'absence de prise en charge thérapeutique :

- L'échec scolaire : qui survient après une période de fléchissement scolaire, souvent aggravé par la perte de l'estime de soi.
- Les troubles des conduites, dont nombre de symptômes peuvent déjà être présents pendant l'épisode (agressivité, opposition, troubles des conduites sociales), mais le risque majeur est de voir la personnalité de l'enfant se structurer sur un mode caractériel ou psychopathique. Cette modalité évolutive est davantage rencontrée lorsque la dépression survient précocement et durablement dans la vie de l'enfant et dans les formes de dépression avec troubles du comportement.
- L'abus de substance : est également une complication redoutée.

6. PSYCHOPATHOLOGIE :

Les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre varient avec l'âge de l'enfant déprimé, et corrélativement avec le degré de différenciation de son appareil psychique et la nature de sa dépression.

• PROCESSUS DÉPRESSIF AU COURS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT :

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la psychopathologie de la dépression et à sa genèse au cours du développement normal de l'enfant.

M Klein a élaboré le concept de « position dépressive », étape de développement normal qu'elle situe au deuxième semestre de la vie. La dépression survient chaque fois que la position dépressive ne peut être dépassée normalement, et ce pour de multiples raisons (telle qu'une trop grande ambivalence vis-à-vis de l'objet d'amour maternel).

M Mahler note que c'est l'intensité et la durée accrue de la réponse dépressive chez certains enfants au cours du processus de séparation-individuation (6^{ème} au 36^{ème} mois) qui crée une humeur de base que l'auteur estime être la tendance affective à la dépression.

• LA DÉPRESSION COMME RUPTURE D'UN LIEN ET PERTE D'OBJET :

La dépression de l'enfant apparaît fréquemment réactionnelle à un événement, en particulier, une perte ou une séparation. De même, dans la dépression du nourrisson, la rupture des liens d'attachement, en particulier avec la mère, a été souvent mise en cause.

Un équivalent de ces situations de perte ou de séparation peut se rencontrer lorsque la mère n'est pas disponible psychologiquement pour son bébé, ce qui entraîne un appauvrissement voire des distorsions des interactions mère-enfant.

7. FACTEURS ETIOPATHOGENIQUES :

7.1 FACTEURS FAVORISANTS :

Une association fréquente entre un certain nombre de facteurs et d'événements et le trouble dépressif de l'enfant existe.

Ces facteurs ne peuvent être pris dans un rapport linéaire de cause à effet.

• SÉPARATION ET PERTE

Les expériences de séparations précoces et répétées, quelle qu'en soit la cause (décès d'un parent, longue hospitalisation, placements répétés et non préparés) sont des facteurs fréquemment repérés dans l'anamnèse des enfants déprimés surtout chez le nourrisson.

Parfois cette perte est « interactive », telle une mère accaparée par un deuil ou un conflit conjugal ce qui la rend peu disponible psychologiquement.

La perte peut être en apparence banale pour l'adulte, tels un déménagement ou l'éloignement d'un frère ou d'un camarade chez un enfant d'âge scolaire.

• DÉPRESSION MATERNELLE

Les antécédents de dépression chez les parents et tout particulièrement chez la mère d'enfants atteints de dépression sont fréquemment retrouvés. Plus l'enfant est jeune, plus sa dépression se profile comme une conséquence de la dépression maternelle. La dépression du post-partum est particulièrement à redouter, d'autant plus qu'elle est sous diagnostiquée et survient à un moment crucial du développement de l'enfant. En l'absence de substitut maternel, le risque de survenue d'une carence affective qualitative est important.

• ATTENTE FAMILIALE

La projection d'un idéal du moi parental, teinté de mégalomanie, sur l'enfant peut soumettre celui-ci à une attente parentale pesante. Cette attente peut toucher le domaine de réalisations préscolaires chez le jeune enfant (acquisition de la marche ou de la propreté par exemple) ou la réussite scolaire plus tard. Les difficultés voire l'impossibilité pour l'enfant de réaliser ces attentes peuvent entraîner chez lui une dépression.

• ENVIRONNEMENT FAMILIAL

D'autres pathologies mentales parentales peuvent constituer un contexte favorisant la survenue d'une dépression chez l'enfant, tels que l'alcoolisme et la schizophrénie.

Un milieu conflictuel (violences conjugales) constitue aussi un facteur de risque de dépression.

Les enfants victimes de sévices, qu'ils soient physiques ou psychologiques, de la part de leurs proches, présentent souvent des tableaux dépressifs.

Plus rarement a été décrit comme facteur favorisant : l'éducation rigide et sévère (excès de punitions, d'autorité, d'emprise).

• MALADIE CHRONIQUE

La maladie somatique n'est pas en soi un facteur de risque. En revanche, sa durée avec l'épuisement qu'elle provoque, la douleur chronique ou la faiblesse qui s'y associe, la lourdeur des traitements, les réactions de l'entourage, les hospitalisations répétées, peuvent favoriser la survenue d'une dépression.

7.2 DÉPRESSION ET GÉNÉTIQUE :

La dépression est considérée comme une maladie multifactorielle où interagissent des facteurs héréditaires et des facteurs de l'environnement.

Le risque de maladies bipolaires est multiplié par cinq dans les familles atteintes de ce trouble. Les facteurs génétiques dans les autres formes de dépression notamment celles qui touchent l'enfant sont moins bien documentés.

7.3 DÉPRESSION ET NEUROBIOLOGIE :

Comme chez l'adulte, il y a eu des travaux de recherches biologiques concernant les états dépressifs de l'enfant (hypothèses sérotoninergiques et noradrénergiques).

8. TRAITEMENT :

8.1 PRÉVENTION :

La prévention des états dépressifs de l'enfant constitue une mesure essentielle. Elle vise à éviter toutes les sources de carence et de rupture dans la relation mère – enfant et elle consiste à :

- guider les parents lorsqu'une distorsion relationnelle précoce est repérée ;
- éviter, chaque fois que c'est possible, les séparations précoces répétées et non préparées d'avec les parents ;
- prévention sociale par l'équipement en personnel, la formation et la sensibilisation correcte de celui-ci dans les crèches, les services de pédiatrie, les pouponnières.

- dépister et traiter les dépressions maternelles surtout les dépressions du post-partum (dont la prévalence avoisine les 10 %). En matière de prévention des dépressions du nourrisson, le rôle des pédiatres et des médecins de PMI est important pour dépister les difficultés maternelles et pour apporter une guidance parentale.

8.2. LES CONSULTATIONS

L'écoute et la reconnaissance de l'enfant en tant que sujet en souffrance sont thérapeutiques. Si les consultations sont destinées à diagnostiquer et à évaluer le trouble dépressif et les mesures thérapeutiques à proposer, elles peuvent aussi favoriser une mobilisation et une élaboration psychique tant chez l'enfant que chez les parents. L'alliance avec l'enfant et ses parents est une condition essentielle à la réussite du traitement.

8.3. LA PSYCHOTHÉRAPIE

Quelle que soit sa forme (thérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie de soutien, thérapie comportementale et cognitive ou psychodrame), la psychothérapie individuelle constitue le traitement essentiel et le traitement de première intention de la dépression de l'enfant.

La psychothérapie vise à aider l'enfant à mieux accepter les pertes ou les échecs qu'il a subi, à retrouver une image plus positive de lui-même et une plus grande confiance en ses propres capacités, et à atténuer chez lui des exigences surmoïques trop contraignantes.

D'autres formes de psychothérapie trouvent également leur place : psychothérapie mère-enfant, psychothérapie familiale, psychothérapie de groupe.

8.4. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE :

Les antidépresseurs prescrits chez l'enfant sont :

- Les tricycliques : ce sont les antidépresseurs les plus anciens, leur mécanisme d'action consiste en une inhibition de la recapture synaptique de la noradrénaline et de la sérotonine, les principaux produits de cette classe sont :
 - L'imipramine (tofranil) 1 à 5mg/kg/j
 - La clomipramine (Anafranil) 1 à 3mg/kg/j
 - L'amitriptyline (Laroxyl, Elavil) 0.5 à 2 mg/kg/j
- autres :
 - Maprotiline (Ludimil) 1 à 3mg/kg/j
 - Miansérine (Athymil) 1mg/kg/j
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : le mode d'action de ces antidépresseurs est une inhibition de la recapture synaptique de la sérotonine, dont les principaux produits sont :
 - La fluoxétine (Prozac) 10 à 40 mg/j
 - La paroxétine (Deroxat) 20 à 40 mg/j
 - La sertraline (Zoloft) 25 à 200 mg/j

Actuellement, les études récentes montrent la supériorité de l'efficacité de la fluoxétine chez l'enfant. La prescription des antidépresseurs chez l'enfant a des indications limitées surtout avant l'âge de 12 ans.

Ce sont essentiellement les formes où l'abord relationnel paraît temporairement impossible : les dépressions durables et sévères, invalidantes sur le plan psychique, les formes mélancoliques, les formes qui entravent le fonctionnement psychosocial de l'enfant ou qui ne répondent pas à des interventions psychothérapiques adaptées et suffisamment prolongées.

L'association à un abord psychothérapique est toujours nécessaire. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), une prescription des antidépresseurs trouve sa place chez les enfants de 8 ans ou plus n'ayant pas répondu à 4 à 6 semaines de psychothérapie seule.

La dose initiale est de 10 mg/jour, soit 2,5 mL de fluoxétine (20 mg/5 mL), solution buvable. L'augmentation à 20 mg, selon les cas, est possible après 1 à 2 semaines de traitement en augmentant progressivement les doses. Un ECG est nécessaire avant traitement pour dépister un syndrome du QT long.

8.5. ACTION SUR L'ENVIRONNEMENT :

Une action thérapeutique au niveau du couple parental peut parfois s'avérer indispensable notamment lorsque la structure familiale paraît pathologique. Il s'agit aussi d'intervenir sur les facteurs psychosociaux quand cela est possible (tel que les cas de violences ou de mésentente conjugales). Enfin, les parents qui souffrent de troubles psychiatriques peuvent être orientés.

8.6. HOSPITALISATION :

Une hospitalisation peut être indiquée d'emblée ou au cours de l'évolution si une aggravation est constatée. Les recom-

mandations de bonne pratique de la HAS en 2014 sont les suivantes :

- un risque important de passage à l'acte auto ou hétéroagressif;
- une forme sévère, notamment avec des symptômes psychotiques et un retentissement fonctionnel et/ou somatique important;
- l'impossibilité de mettre en place un suivi ambulatoire suffisamment structuré et soutenant
- un contexte socio familial défavorable, un mauvais soutien familial.

9. CONCLUSION

La dépression de l'enfant est une affection qui peut passer inaperçue étant donné la diversité des formes cliniques.

Son retentissement sur le développement de l'enfant, sur son rendement scolaire et sur son devenir justifie un effort particulier au niveau de la prévention des facteurs de risque. Connaissant bien le contexte familial, l'histoire clinique et développementale de l'enfant, le médecin de famille a une place importante en matière de dépistage de troubles dépressifs chez l'enfant.

RÉFÉRENCES

Agence Nationale pour le développement et l'évaluation médicale (ANDEM). Conférence de consensus. Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir. Textes du consensus, 1996.

Ferrari P. Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Flammarion. Paris, 2001.

Marcelli D. Dépression chez l'enfant. Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 37-201-A-20, 1998.

Marcelli D, Cohen D. Enfance et Psychopathologie. Masson 2009.

Mouren Simeoni M. C. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent. Faits et questions, Paris, ESP, 1997.

Ouennich H. La dépression de l'enfant à la période de latence. Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine de Tunis, 1995.

Welniarz B, Saintoyan F. Dépression de l'enfant et de l'adolescent : place du traitement médicamenteux et de l'hospitalisation. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2015; 63 : 541-547.

ÉVALUATION FORMATIVE

1- La dépression du nourrisson peut se manifester par :

- A. Un repli interactif
- B. Des stéréotypies motrices
- C. Des infections à répétition
- D. Un retard du développement
- E. Une résistance au changement ou immuabilité

2- La dépression de la phase de latence :

- A. Survient plus fréquemment chez les filles que les garçons
- B. Peut se manifester par des plaintes somatiques
- C. L'instabilité psychomotrice peut être au premier plan
- D. Peut être source de conduites à risque
- E. Le traitement par les antidépresseurs est le traitement de première intention

3- M est un garçon âgé de 8 ans. Il est l'aîné d'une fratrie de 3. Ses parents sont en instance de divorce depuis quelques mois. Depuis, les parents ont remarqué un changement au niveau du comportement de M qui est devenu très instable, semble désintéressé par l'école et par le jeu, il se plaint souvent de maux de tête, semble être jaloux de sa petite sœur. Sa mère ajoute aussi qu'il mouille souvent son lit la nuit alors qu'il était propre jusque là. Souvent coléreux, il se réfugie dans sa chambre pour pleurer.

1. Quels sont les signes en faveur d'un trouble dépressif?

2. Quelle est la prise en charge préconisée pour ce trouble?

3. Donner les caractéristiques sémiologiques de l'énurésie que présente ce patient.

Réponses :
Question n° 1 : A-C-D.
Question n° 2 : B-C-D.
Question n° 3 :
1. La notion de changement du comportement de l'enfant, les manifestations thymiques : colères et pleurs fréquents, l'instabilité, le désintérêt, les céphalées, l'énurésie.
2. Psychothérapie individuelle et consultations familiales
3. Énurésie nocturne secondaire

LES TROUBLES SPECIFIQUES DES APPRENTISSAGES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant devra être capable de :

1. Définir les troubles spécifiques des apprentissages
2. Reconnaître la sémiologie des troubles spécifiques des apprentissages
3. Distinguer les troubles spécifiques des apprentissages des autres causes de difficultés scolaires
4. Préciser le bilan d'évaluation à pratiquer devant un trouble des apprentissages
5. Préciser les axes d'intervention thérapeutique des troubles spécifiques des apprentissages

Connaissances préalables requises

En rapport avec les cours de PCEM et DCEM suivants :

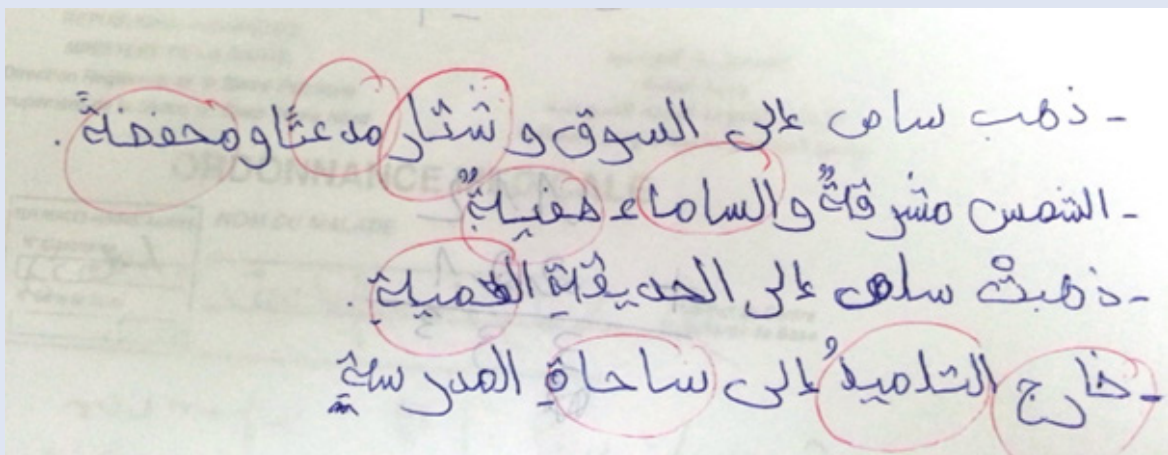
- Développement cognitif de l'enfant
- Développement psychoaffectif de l'enfant
- Eléments de sémiologie en pédopsychiatrie
- Module de pédiatrie

Activités d'apprentissage

Cas clinique

A.F, garçon de 10 ans, il nous est adressé pour difficultés scolaires : il a redoublé sa 3e année primaire. Il a des antécédents de retard de langage et son développement moteur est normal. A.F. a présenté des difficultés scolaires dès la 1e année, prédominant à l'écrit, qui se sont aggravées en 2e puis 3e année. Il présente de grosses difficultés lors de la lecture, ainsi qu'en mathématique (opérations et résolution de problèmes) et a commencé à développer un refus scolaire.

A l'examen: Enfant eumorphe, au contact de bonne qualité, au discours spontané, adapté à l'âge, A. évoque ses difficultés ainsi que son inquiétude à sa scolarité. L'examen de la lecture trouve une lecture lente, saccadée, hésitante. L'écriture est lente, appuyée :



Le diagnostic de trouble spécifique des apprentissages a été évoqué.

- A. Sur quels arguments ce diagnostic peut-il être évoqué ?
- B. Quels autres diagnostics devaient vous éliminer avant de retenir ce diagnostic ?

Mise à jour Juin 2022

PLAN

INTRODUCTION

OBJECTIFS

CONNAISSANCES PREALABLES REQUISES

ACTIVITES D'APPRENTISSAGE

DOCUMENT DE BASE

1. LE TROUBLE SPECIFIQUE DE LA LECTURE / ET DE L'ECRITURE

- 1.1 DEFINITION
- 1.2 EPIDEMIOLOGIE
- 1.3 SEMIOLOGIE
- 1.4 COMORBIDITES
- 1.5 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
- 1.6 EVOLUTION ET FACTEURS DE PRONOSTIC

2. LE TROUBLE SPECIFIQUE DU CALCUL

- 2.1 DEFINITION
- 2.2 EPIDEMIOLOGIE
- 2.3 SEMIOLOGIE

3. EVALUATION

- 3.1 CONSULTATION DE PEDOPSYCHIATRIE
- 3.2 AUTRES EXAMENS SPECIALISES

4. TRAITEMENT

- 4.1 PREVENTION
- 4.2 PRISE EN CHARGE

CONCLUSION

AUTO-EVALUATION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Motif fréquent de consultation, les difficultés scolaires touchent jusqu'à 20% des enfants. Leurs causes sont nombreuses tant pédagogiques, que familiales ou individuelles.

La notion de *difficultés scolaires* est imprécise, l'appréciation de la gravité et du sens de la situation concernée étant très variable selon que l'on se situe en contexte familial, social ou scolaire, ou encore au niveau individuel. L'intitulé « difficultés scolaires » recouvre de plus des situations très diverses. On différencie ainsi :

Le *retard scolaire* apparaît quand il existe un décalage entre les apprentissages attendus d'un élève d'un âge donné dans une classe donnée, et les acquisitions (insuffisantes) que l'élève parvient à effectuer. Ce retard peut exister dès le début de la scolarité, ou apparaître secondairement après une période initiale satisfaisante sans difficultés scolaires : dans ce dernier cas, on parlera de *fléchissement scolaire* qui est marqué par une tendance à la baisse des résultats scolaires. *L'échec* scolaire est défini par un retard scolaire de deux ans ou plus.

Les troubles spécifiques des apprentissages constituent une entité étiologique aux difficultés scolaires. Ils regroupent le trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture (communément nommée dyslexie), le trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite (dysorthographe) et le trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul (dyscalculie). Il s'agit de troubles développementaux caractérisés par un ensemble de **difficultés spécifiques** dans l'acquisition des apprentissages scolaires, qui ne peuvent être attribuées ni à un retard intellectuel, ni à un handicap physique, ni à des conditions adverses de l'environnement. Ils ont des répercussions sur l'adaptation de l'enfant au monde scolaire et sur son insertion sociale à long terme.

Nous développerons la forme type de ces troubles, le trouble spécifique de la lecture, avant d'en évoquer les formes cliniques et de préciser les modalités de l'examen et de la prise en charge. Trouble spécifique de la lecture et de l'écriture sont intimement liés. Le trouble spécifique du calcul peut quant à lui être isolé ou associé aux troubles pré-cités.

1. LE TROUBLE SPECIFIQUE DE LA LECTURE/ ET DE L'ECriture

1.1 DEFINITION:

Il s'agit d'un trouble significatif et persistant de l'apprentissage de la lecture se manifestant en dépit d'une efficacité intellectuelle normale, d'un enseignement adapté, de conditions socioculturelles satisfaisantes et de l'absence de déficits sensoriels ou neurologiques. Le niveau de lecture estimé par le biais de tests standardisés est inférieur à moins deux déviations standards ou doit être inférieur d'au moins 18 mois à l'âge chronologique de l'enfant. En pratique, on parle de trouble spécifique de la lecture après l'âge de **7 ans** car avant cet âge les erreurs en rapport avec le processus d'apprentissage sont banales par leur fréquence. La dyslexie est toujours associée à la dysorthographe, mais une dysorthographe peut être isolée

1.2 EPIDEMIOLOGIE :

Ce trouble touche 3 à 6% de la population scolarisée, il est plus fréquent chez les garçons (3 garçons/1 fille). La prévalence varie en fonction de la sévérité des critères diagnostiques et de la « transparence » de chaque langue c'est-à-dire de la correspondance entre les phonèmes et les graphèmes.

1.3 SEMIOLOGIE :

Les difficultés d'acquisition de la lecture peuvent se manifester dès la première année scolaire ou ultérieurement quand l'enfant, d'intelligence supérieure arrive à dissimuler ou à s'adapter à ses difficultés. Parfois, le motif de consultation n'est pas les difficultés scolaires mais les troubles du comportement secondaires qui viennent masquer ces difficultés.

Les enseignants notent des performances meilleures à l'oral qu'à l'écrit.

La lecture à voix haute est lente, saccadée, elle est marquée par une incapacité à utiliser la ponctuation et les règles grammaticales. Le découpage syllabique est laborieux, avec plusieurs fautes.

La compréhension du langage écrit est souvent défaillante, l'enfant s'aidant du contexte ; le décodage du texte l'emportant sur sa compréhension.

Lors de la lecture et de l'écriture on retrouve des confusions sur :

- Confusion de graphèmes dont la forme est proche (ث-غ, ع-ق / p-q, p-d, b-d, u-n) ou dont la correspondance phonétique est proche (ص-س, ت-ط, ذ-ث / f-v, ch-j)

- des difficultés par rapport à l'ordre de succession des graphèmes dans les syllabes simples (il-li) ou complexes (ion-oin)

Ceci entraîne au niveau de la lecture des inversions : if-fi ; des omissions : coffre-coffe ; des adjonctions : odeur-ordeur et des substitutions : chauffeur-faucheur et contaminations : palier-papier.

On retrouve une aggravation par confusion des homophones : mais-mes-mai-met-mets.

Au niveau de l'écriture : des erreurs concernant les règles grammaticales et l'orthographe d'usage.

On retrouve au niveau de l'écriture des erreurs équivalentes à celles retrouvées lors de la lecture dans le trouble spécifique de la lecture. On peut classer les anomalies ou les difficultés rencontrées en :

- Erreurs dysorthographiques :

On retrouve au niveau des difficultés de maîtrise de l'orthographe d'usage : l'orthographe usuelle est ignorée ceci est particulièrement évident pour les mots irréguliers (qui ne s'écrivent pas comme ils s'entendent) : l'écriture garde un aspect phonétique.

- Erreurs concernant l'aspect grammatical

Non application des règles grammaticales concernant l'accord sujet-verbe, les marques du genre, les marques du nombre, l'accord des adjectifs, du participe passé, l'emploi de l'infinitif.

1.4 COMORBIDITES :

Rarement isolé, le trouble spécifique de la lecture s'associe le plus souvent aux autres troubles spécifiques des apprentissages. D'autres troubles peuvent constituer des facteurs de prédisposition comme les antécédents de retard de langage que l'on retrouve dans 80 % cas. Ils s'associent aussi souvent aux troubles de la latéralisation, de l'organisation dans le temps et dans l'espace, une dyslexie ou un trouble hyperactivité déficit de l'attention. Enfin les troubles anxio-dépressifs sont des complications fréquentes secondaires à la confrontation aux difficultés scolaires.

1.5 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Les difficultés de lecture peuvent être en rapport avec d'autres troubles qui sont :

- Une déficience sensorielle (hypoacousie, amblyopie)
- Une déficience intellectuelle (la forme légère est la plus pourvoyeuse de confusion)
- Une alexie (trouble spécifique de la discrimination et de la reconnaissance des stimuli visuels qui constituent la langue écrite secondaire à une lésion cérébrale)
- Une scolarité mal adaptée (responsable d'un apprentissage lacunaire)
- Un retard simple de la lecture
- Il faut aussi éliminer tous les troubles affectifs qui peuvent entraver les apprentissages (troubles anxieux, dépression....).

1.6 EVOLUTION ET FACTEURS DE PRONOSTIC :

Les facteurs de bon pronostic sont un QI élevé, une prise en charge précoce, un environnement familial soutenant, ainsi qu'une participation positive de l'environnement scolaire.

Parmi les facteurs de mauvais pronostic on retrouve la présence de comorbidités (dépression, trouble hyperactivité déficit de l'attention), le faible soutien familial et éducatif, ainsi que les formes sévères du trouble.

2. LE TROUBLE SPECIFIQUE DU CALCUL :

2.1 DEFINITION :

Ce trouble est caractérisé par une faiblesse des aptitudes en mathématiques (évaluées par des tests standardisés), qui sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet et de son intelligence. La dyscalculie est un décalage d'au moins 2 déviations standard par rapport à l'âge et au niveau scolaire dans le domaine numérique.

2.2 SEMIOLOGIE :

Ces troubles s'expriment sous forme de:

A. DIFFICULTÉS RELEVÉES DANS L'ACQUISITION ET L'UTILISATION DES CHIFFRES:

Au niveau de la forme et du graphisme des chiffres.

B. DIFFICULTÉS ARITHMÉTIQUES :

Caractérisées par des stratégies immatures de résolution des opérations et l'absence de mise en mémoire des faits arithmétiques ($3 \times 2 = 6$)

C. TROUBLES DE L'ORIENTATION SPATIALE

Ils se manifestent par des anomalies d'alignement des chiffres et de l'organisation des nombres à l'écrit (14 et 41 ; 3100020045 au lieu de 31245), de l'organisation spatiale de ces derniers sur la page.

D. TROUBLES AFFECTANT LA REPRÉSENTATION VERBALE :

Ils sont caractérisés par des difficultés de remémoration des noms de nombres (noms des dizaines: vingt, trente,...soixante... mille), des erreurs dans la séquence des noms de nombres (vingt huit, vingt neuf, vingt dix..)

3 EVALUATION :

3.1 LA CONSULTATION DE PEDOPSYCHIATRIE

L'enfant souffrant de trouble des apprentissages consulte le plus souvent pour des difficultés scolaires. L'enfant peut aussi être amené pour des troubles secondaires à l'échec scolaire, comme des troubles du comportement ou une symptomatologie anxio-dépressive.

Devant des difficultés scolaires et plus particulièrement devant une suspicion de trouble des apprentissages, l'entretien veillera à :

- Préciser le développement psychomoteur de l'enfant afin de s'assurer de l'absence de signe de retard mental, rechercher un retard du langage ou des troubles de la latéralisation, ces deux derniers facteurs prédisposant à l'apparition des troubles des apprentissages.
- Préciser le développement affectif de l'enfant qui, associé aux caractéristiques de l'entretien avec ce dernier, recherchera la présence d'un trouble anxieux ou dépressif pouvant aggraver les difficultés scolaires.
- Evaluer le retentissement et le vécu de l'enfant et des parents par rapport à ces difficultés.

- Evaluer la qualité des apprentissages scolaires. Une discontinuité dans la scolarisation pouvant expliquer la présence de retard des acquisitions.
- Déterminer les caractéristiques des difficultés : sont-elles massives et généralisées ou spécifiques à une matière ? Sont-elles initiales ou secondaires ? Dans le cas des troubles spécifiques des apprentissages, les difficultés prédominent à l'écrit.
- On pourra aussi examiner les cahiers de l'enfant qui fournissent des renseignements utiles quant à la présence de signes de dysorthographe, de dyscalculie ou de dysgraphie associée.

3.2 AUTRES EXAMENS SPECIALISES

A. EXAMEN ORL :

Il permet d'éliminer une hypoacousie qui peut retentir sur la discrimination des phonèmes.

B. BILAN ORTHOPTIQUE ET VISUEL :

Il a pour but d'éliminer un trouble de l'accommodation ou une amblyopie pouvant expliquer les confusions des graphèmes.

C. BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE :

Il comprend essentiellement :

- Un bilan cognitif essentiellement l'évaluation de l'intelligence. On peut aussi évaluer d'autres fonctions cognitives impliquées dans l'apprentissage scolaire : mémoire verbale et visuelle à court et long terme, attention..

D. BILAN PSYCHOMOTEUR :

Il est réalisé à la recherche de troubles de la coordination motrice, de l'organisation spatio-temporelle et de la latéralisation souvent associés.

E. BILAN ORTHOPHONIQUE :

Il évalue successivement :

- Le langage oral :

Au niveau de l'expression, on évalue l'expression spontanée, les praxies bucco-faciales, ainsi que la dénomination d'images et la narration d'histoires.

Au niveau de la compréhension, on évalue la discrimination phonémique et la compréhension du vocabulaire.

- La lecture :

A voix haute d'un texte permet d'évaluer la vitesse de déchiffrement, la prosodie ainsi que le respect de la ponctuation.

On procède aussi à l'évaluation de la compréhension de la lecture au moyen d'une lecture silencieuse.

- L'expression écrite :

On s'intéresse à l'aspect graphique à la recherche d'une dysgraphie associée. Dans ce cas, l'écriture est lente, fatigante. Elle est caractérisée par l'altération de l'écriture des mots (tremblements, lettres mal formées, micro/macrographie) et de l'organisation du texte dans l'espace (mauvais alignement des lettres, des mots et des lignes dans la page).

Au niveau de l'écriture et du calcul, on recherchera les caractéristiques sémiologiques sus-décrites avec un niveau de difficulté de complexité croissante.

4 TRAITEMENT :

4.1 LA PREVENTION :

Elle consiste essentiellement en 2 actions :

- Le dépistage et le traitement des retards de parole et de langage dès le jardin d'enfant

- Le dépistage et la prise en charge d'un retard d'intégration du schéma corporel et d'un trouble de la latéralisation. On peut ainsi conseiller la pratique d'une activité sportive qui aide à la maturation de ce schéma corporel (tels que les arts martiaux...)

4.2 LA PRISE EN CHARGE :

Elle est fondée sur l'association de :

- **Rééducation orthophonique**

- **Rééducation psychomotrice et/ou ergothérapique**

- **Prise en charge psychiatrique** : Elle ne sera indiquée que lorsque le retentissement psychologique des difficultés scolaires est important ou pour le traitement d'un trouble comorbide comme le THADA.

- **Aide pédagogique** :

- Aider l'enfant au niveau de la lecture : proposer des documents aérés, en augmentant l'interligne des textes.
- Aider l'enfant au niveau de l'estime de soi en valorisant ses points forts et en n'obligeant pas l'élève à lire à voix haute devant les autres.
- Aider l'enfant au niveau de son attention et de son organisation. On peut ainsi mettre l'élève face au tableau et limiter les objets sur son bureau au strict nécessaire.
- Favoriser l'évaluation orale.

CONCLUSION

Les troubles des apprentissages sont une cause fréquente de difficultés et d'échec scolaire. Leur dépistage précoce est d'autant plus indiqué qu'une prise en charge adéquate assure une correction de ces déficits.

BIBLIOGRAPHIE

- De Ajuriaguerra J, Marcelli O. Psychopathologie de l'enfant. Paris, Masson 1989.
- Soares-Boucaud I., Cheynel-Alberola M.L, Herbillon V, Georgieff N. Dyslexie développementale. EMC Pédiopsychiatrie 2007 [37-201-E-10]

ÉVALUATION FORMATIVE

1- Les troubles des apprentissages sont considérés comme :

- A. Des troubles neurodéveloppementaux
 - B. Des troubles en rapport avec un déficit intellectuel
 - C. Des troubles induits par des facteurs affectifs
 - D. Des troubles secondaires à des déficiences sensorielles
 - E. Aucune de ces propositions n'est juste
-

Le trouble spécifique de la lecture est caractérisé par :

- A. La possibilité d'un diagnostic avant l'âge de 5 ans
 - B. Une confusion sur la structure des graphèmes qui affectent les lettres ayant des formes symétriques
 - C. Un déficit de la compréhension du langage oral
 - D. Une lecture à voix haute saccadée
 - E. Aucune de ces propositions n'est juste
-

Réponses :
Question n° 1 : A
Question n° 2 : B - D

LES TROUBLES ANXIEUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir l'anxiété et la différencier de la peur et de la phobie
2. Décrire la séméiologie générale des troubles anxieux chez l'enfant
3. Reconnaître les différentes formes cliniques des troubles anxieux chez l'enfant
4. Connaître les différentes modalités thérapeutiques pour les troubles anxieux
5. Distinguer anxiété normale et pathologique
6. Décrire la séméiologie des différents troubles anxieux chez l'enfant
7. Distinguer les diagnostics différentiels des troubles anxieux de l'enfant
8. Connaître les différentes comorbidités des troubles anxieux chez l'enfant
9. Planifier la prise en charge thérapeutique des troubles anxieux de l'enfant

Mise à jour Juin 2022

I. INTRODUCTION

Les troubles anxieux représentent le diagnostic pédopsychiatrique le plus fréquent entre 6 et 16 ans (prévalence entre 8 et 30%, tous troubles confondus). En Tunisie, ils sont retenus chez 4% des consultants en pédopsychiatrie (Service de Pédiopsychiatrie, Hôpital Mongi Slim). Ils correspondent à une peur excessive pour l'âge, intense, durable, source de détresse excessive et d'altération du fonctionnement.

Méconnus et non traités, les troubles anxieux peuvent être à l'origine de complications diverses : difficultés scolaires, altération des relations aux pairs, baisse de l'estime de soi, et abus de substances.

II. DESCRIPTION DES MANIFESTATIONS ANXIEUSES CHEZ L'ENFANT

II.1. DÉFINITIONS :

- **Peur** : inquiétude vis-à-vis d'un objet ou situation précise, qui peut avoir une connotation de danger, et ce notamment sous le fait de l'expérience ou de l'éducation
- **Anxiété** : affect pénible associé à une attitude d'attente d'un **événement imprévu et imprécis** mais vécu comme désagréable
- **Phobie** : quand la peur se produit **systématiquement** en présence d'un **objet** ou d'une **situation précise**
- **Angoisse** : sensation d'extrême malaise associée à des manifestations somatiques et neurovégétatives intenses.

II.2. ANXIÉTÉ DÉVELOPPEMENTALE ET ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE :

La plupart des enfants connaissent au cours de leur développement des peurs et phobies diverses qui font partie du développement normal. Leur absence est considérée comme pathologique par certains auteurs. Nous citons :

- La phobie du noir et de rester seul vers 2 ans
- La phobie des gros animaux vers 3- 4 ans
- La phobie des petits animaux vers 4- 5 ans
- La phobie des maladies, de la mort vers 6-7 ans
- La dysmorphophobie à l'adolescence

Le tableau ci-joint récapitule les différences entre les caractéristiques des peurs normales et les anxiétés pathologiques de l'enfant.

Anxiété normale	Anxiété pathologique
Conformes à l'âge	Prolongées par rapport à l'âge
Episodiques, finissent par s'atténuer	Fréquentes et multiples, ne passent pas spontanément
Déclenchées lorsque l'enfant y est confrontée, mais pas en dehors du stimulus	Déclenchées par l'anticipation
On parvient à le rassurer facilement	On ne peut rassurer l'enfant
Ne perturbent pas la vie quotidienne	Perturbent l'école, la vie de famille, l'autonomie
Le développement psychoaffectif se poursuit de façon harmonieuse	L'enfant est très inhibé ou instable

III.3. FORMES CLINIQUES

La classification du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) élaborée par l'American Psychiatric Association distingue plusieurs troubles anxieux :

III.3. 1. ANXIÉTÉ DE SÉPARATION

Elle représente le trouble anxieux le plus fréquent chez l'enfant (3-5%). Son pic se situe entre 7 et 9 ans. Elle correspond à une anxiété excessive et inappropriée au regard du stade de développement (au-delà de l'âge de 3 ans), survenant sur une période d'au moins 4 semaines, lorsque l'enfant est séparé des personnes à qui il est attaché (mère, père, parents....). Pour retenir de diagnostic, au moins 3 critères parmi les suivants sont requis :

- Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation ou en anticipation
- Peur excessive concernant la disparition de sa figure d'attachement ou qu'un malheur lui arrive
- Réticence persistante ou refus d'aller à l'école ou ailleurs
- Réticence à rester seul à la maison ou dans d'autres environnements
- Réticence ou refus de dormir en dehors de la maison ou d'aller dormir seul sans sa figure d'attachement
- Cauchemars à thème de séparation
- Plaintes somatiques répétées lors des séparations

L'évolution de ce trouble est caractérisée par une résolution spontanée dans 60 % des cas. La complication la plus fréquente et la plus grave reste le refus scolaire anxieux.

III.3. 2. REFUS SCOLAIRE ANXIEUX OU PHOBIE SCOLAIRE

Elle représente une réalité clinique complexe et multiforme, qui reste encore mal connue et mal-diagnostiquée. Sa fréquence varie entre 2 et 5% chez les enfants d'âge scolaire. Malgré la particularité du refus scolaire, le DSM ne lui accorde pas une individualité clinique. En effet, il est situé tantôt du côté du trouble anxiété de séparation (enfant), tantôt de la phobie sociale (adolescent).

Le début est le plus souvent brutal, mais parfois progressif (adolescent). Un facteur déclenchant est souvent décelé : réprimande de l'enseignant, conflit avec un camarade...

Lors du départ en classe, l'enfant s'agite, pleure, exprime des plaintes somatiques, manifeste une grande panique, supplie ses parents et promet qu'il ira à l'école le lendemain. Si on le force, la contrainte peut sembler le calmer mais une fois en classe, il est incapable d'investir les apprentissages. **En dehors du moment phobique**, l'enfant est calme, émet des rationalisations conscientes à sa phobie (blâme les enseignants, les camarades, le changement d'école...). Il n'y a pas de refus du travail scolaire à la maison (même hyperinvestissement), et l'enfant promet de retourner en classe le lendemain.

L'enfant présente souvent des traits psychopathologiques où dominent l'anxiété et l'inhibition.

L'évolution est favorable dans 30 à 50% des cas. Cependant, elle peut se compliquer d'une désinsertion scolaire dans 20 % des cas.

III.3. 3. MUTISME SÉLECTIF

Ce trouble concerne moins d'1 % des enfants consultants en pédopsychiatrie. Il est alors associé à une anxiété sociale. Il est considéré comme un trouble anxieux spécifique caractérisé par l'incapacité durable (au moins un mois) de parler dans certaines situations sociales, alors que cette capacité persiste dans des contextes familiaux (à la maison par exemple). Cette incapacité n'est pas liée à un défaut de connaissance de la langue parlée.

L'enfant a un tempérament timide, inhibé, soumis en dehors de la maison. A la maison, il est décrit comme obstiné, domi-

nant et opposant. La dynamique familiale est souvent caractérisée par des secrets familiaux, ainsi qu'une relation fusionnelle avec la mère excluant le père.

III.3. 4. PHOBIE SPÉCIFIQUE

La phobie est définie comme la peur irrationnelle d'un objet, d'une situation objectivement dépourvue de danger. Elles s'accompagnent de conduites d'évitement et de réassurance avec utilisation d'un objet ou d'une personne contra-phobique. Le caractère pathologique de la phobie tient à son intensité, son caractère envahissant, et à son retentissement sur le plan social et scolaire.

Le DSM-5 spécifie les phobies de type animal (araignées, insectes...), sang-injection-accident (aiguilles, actes médicaux invasifs) et situationnel (avion, ascenseur, endroit clos...)

III.3. 5. ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE)

Bien que rarement diagnostiquée durant l'enfance, la phobie sociale apparaît, parmi les troubles psychiatriques de l'adulte, comme celui qui débute le plus précocement. C'est une **peur irrationnelle** et persistante des situations dans lesquelles l'enfant est exposé à des **personnes non familières ou à l'observation attentive d'autrui**. Les situations en rapport avec le cadre scolaire sont particulièrement fréquentes : crainte de prendre la parole, de passer au tableau, de lire à haute voix. Chez l'enfant, l'anxiété ne survient pas uniquement dans les relations avec les adultes mais également en présence d'autres **enfants**. Cette anxiété peut s'exprimer par :

- Des manifestations **somatiques** (palpitations, nausées, sensation de boule dans la gorge...)
- Des pleurs, des accès de colère, un retrait voire un figement
- **Une anxiété anticipatoire** (troubles du sommeil la veille des situations phobogènes)
- **Des conduites d'évitement**
- **Des conduites de réassurance**

III.3. 6. TROUBLE PANIQUE

Le trouble panique (TP) est la récurrence d'attaques de panique suivies de préoccupations anxieuses concernant la survenue d'une attaque de panique et ses conséquences.

Une attaque de panique est une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum 4 des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes : palpitations, transpiration, tremblements, sensation de souffle coupé ou d'étranglement, douleur ou inconfort thoracique ou abdominal, nausée, sensation de vertige, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir, sensation d'engourdissement ou de picotement, frissons et bouffées de chaleur.

L'apparition du TP se situe habituellement entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, avec un pic entre 15 et 19 ans. Des formes prépubères peuvent également exister. La prévalence du TP est de 2 à 3 % chez l'adolescent. Par rapport au tableau clinique de l'adulte, celui de l'adolescent est caractérisé par certaines particularités :

- Tableau moins spectaculaire
- La crise est souvent liée à un événement déclenchant ou à une situation anxiogène
- L'agoraphobie est une complication dans 50% des cas

La dépression, les conduites suicidaires et la consommation de substances psychoactives constituent des complications redoutables du TP à l'adolescence.

III.3. 7. AGORAPHOBIE

Le sujet a très peur, et pour cette raison, il évite de se retrouver seul ou dans des endroits ou situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquels il ne pourrait pas trouver du secours en cas de symptômes panique.

III.3. 8. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Ce trouble affecte 3-7% des enfants. Il se manifeste par une inquiétude extrême et soucis excessifs non réalistes et non justifiées qui imprègnent l'ensemble du psychisme et entraîne des craintes exagérées face à tous les soucis de la vie quotidienne. L'enfant s'attend à divers malheurs pour lui-même ou ses proches (scénarios catastrophes). Cette anxiété ne survient pas seulement dans une situation déterminée mais concerne un certain nombre d'événements et d'activités. Ces enfants présentent fréquemment des troubles du sommeil, une fatigabilité, des difficultés de concentration, une irritabilité et des tensions musculaires. Ils cherchent à éviter d'imaginer les situations futures incertaines en développant des « ruminations ». L'anxiété de performance scolaire peut faire partie de ce tableau clinique et constituer une condition clinique très fréquente.

III. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- **Causes organiques :**

- a. Trouble endocrinien : hyperthyroïdie
- b. Intoxication : caféine
- c. Cause iatrogène : antiasthmatiques, stéroïdes, sympathomimétiques, ISRS, stimulants...

- **Anxiété développementale :** Lespeurs de nature « développementale » sont passagères, portent sur des préoccupations habituelles pour l'âge et n'entraînent ni souffrance, ni évitement.

Le refus scolaire anxieux est à distinguer :

- **Des troubles des conduites :** Dans ce cas, l'enfant n'évite pas les cours du fait de l'anxiété mais s'adonne à l'école buissonnière. L'enfant se distingue aussi par d'autres troubles des conduites.
- **Du trouble oppositionnel avec provocation :** ou le refus d'aller à l'école entre dans un cadre plus large de refus et d'opposition aux parents

IV. COMORBIDITES

1. LES TROUBLES DÉPRESSIFS :

Cette association est particulièrement fréquente. De plus, les aspects sémiologiques de la dépression et de l'anxiété sont largement intriqués chez l'enfant.

2. TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA) :

L'anxiété est un trouble associé fréquent chez les enfants et adolescents avec TSA. La fréquence et l'intensité des manifestations anxieuses varient en fonction de l'efficacité intellectuelle. Elles sont d'autant plus marquées chez les enfants sans retard mental associé. Les troubles anxieux demeurent toutefois sous-diagnostiqués dans cette population.

3. LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ (TDAH) :

L'anxiété est concomitante au TDAH dans 33 % des cas. Cette association aggrave les symptômes d'inattention et d'hyperactivité.

4. LES TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES :

Un taux élevé de troubles anxieux est observé chez ces enfants. Ils interfèrent de façon importante avec la scolarité. De même, les expériences d'échecs répétées à l'école vont pérenniser l'anxiété.

5. L'ADDICTION AUX JEUX VIDÉOS :

Il est difficile de déterminer si la pratique excessive des jeux est primaire ou secondaire à un trouble anxieux. Cette comorbidité est toutefois bien établie, et la disponibilité des espaces virtuels risque d'encourager ces adolescents dans leur fuite dans un monde plus gratifiant que le réel.

V. PRISE EN CHARGE

La psychothérapie est le traitement de première intention. La pharmacothérapie peut être utilisée en complément dans les cas sévères ou en cas d'échec de la psychothérapie seule.

1. THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE (TCC)

Elle constitue le traitement de première intention pour les troubles de sévérité légère à moyenne. Son efficacité a été bien documentée. Elle a pour objectifs de briser le cycle des comportements d'évitement, et de fournir à l'enfant les habiletés nécessaires pour affronter les situations anxiogènes.

Elle est basée sur plusieurs techniques comme la relaxation, la restructuration cognitive et l'exposition progressive en imagination ou en vivo.

2. TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE :

La thérapeutique médicamenteuse (sédatifs, antidépresseurs) n'est indiquée que s'il existe une complication (dépression), quand l'impact sur le fonctionnement de l'enfant est important et quand la réponse aux autres approches thérapeutiques est insuffisante.

On choisira d'abord un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine plus ou moins associé à un anxiolytique, utilisé de façon ponctuelle. On préférera pour cela prescrire de l'hydroxyzine (Atarax) à la dose de 1mg/kg/j à la prescription de benzodiazépines, responsables de phénomène de tolérance et parfois d'effets paradoxaux chez l'enfant.

Il est à noter qu'aucun antidépresseur n'a l'AMM dans le traitement des troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent.

Particularités dans le traitement du refus scolaire anxieux

1. Retour à l'école (urgence thérapeutique++)

La prolongation de l'évitement aggrave la situation. En effet, l'enfant va tirer des bénéfices secondaires, et va rester à la maison au contact des interactions pathologiques qui ont contribué à son trouble.

2. Thérapeutiques ambulatoires

• Psychothérapie individuelle :

La psychothérapie de soutien peut être mise en œuvre : la situation qui a pris une valeur traumatisante doit être repérée, et les sentiments de l'enfant écoutés avec empathie.

La TCC peut également être un traitement efficace. Elle consiste en des programmes de désensibilisation (relaxation, imagerie mentale), d'exposition graduelle in vivo, et des thérapies d'affirmation de soi.

• Travail thérapeutique avec les parents:

Un ajustement des rôles respectifs des parents (corriger les attitudes pathogènes) doit être mis en œuvre.

Avec les parents, l'enfant va hiérarchiser les situations anxiogènes auxquelles il va progressivement s'exposer après recours à la relaxation.

• Travail thérapeutique avec les enseignants:

Les enseignants sont demandés à accueillir l'élève de façon plus personnalisée en montrant de l'empathie, à placer les camarades qu'il aime près de lui.

Une durée journalière d'école plus courte peut également être indiquée (avec allongement progressif).

De même, une figure d'attachement peut être à initialement autorisée à accompagner l'enfant.

3. Hospitalisation

L'hospitalisation peut être indiquée en cas d'échec ou impossibilité de ces thérapeutiques (formes sévères, familles très dysfonctionnelles et rigides).

VI. CONCLUSION

Les troubles anxieux sont fréquents chez les enfants et les adolescents. Une meilleure connaissance de ces troubles est requise afin de mettre en œuvre une prise en charge précoce et adaptée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-H. Denis, A. Baghdadli. Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent Children and adolescents' anxiety disorder. Arch Pediatr 2017 ; 24(1) : 87-90

2-E. Boussande, O. Phan, L. Benoit. Refus scolaire anxieux et addiction aux jeux vidéo chez les adolescents : une revue narrative de la littérature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2021 ; 69 :241-252

ÉVALUATION FORMATIVE

QCM :

Dans le refus scolaire anxieux :

- A. Un facteur déclenchant peut être repéré
- B. L'enfant refuse souvent le travail scolaire à la maison
- C. L'enfant est accessible à la réassurance si on lui promet de ne pas l'emmener à l'école le lendemain
- D. Le retour à l'école est indiqué en urgence
- E. Une durée journalière d'école plus courte peut être indiquée

QROC :

Citer trois critères qui permettent de distinguer anxiété normale et pathologique chez l'enfant :

Réponses :
Question n° 1 : A-D-E
Question n° 2 :
Conformité à l'âge
Chronicité
Sensibilité de l'enfant à la réassurance

LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADOLESCENCE

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Déterminer les différents remaniements psychologiques survenant au cours du processus de l'adolescence
2. Décrire les conduites à risque et les troubles du comportement qui peuvent survenir à l'adolescence
3. Evaluer les signes cliniques et le contexte de survenue devant un adolescent qui présente une fugue
4. Evaluer les signes cliniques, le contexte de survenue, les facteurs de risque ainsi que la conduite à tenir devant un adolescent qui présente un comportement suicidaire
5. Décrire les troubles dépressifs à l'adolescence
6. Connaître les manifestations cliniques des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence

Connaissances préalables requises

Thème 15 : Le développement de la personnalité de l'enfant et de l'adolescent

Mise à jour Juin 2005

PLAN

DEFINITION ET NOSOGRAPHIE

LES REMANIEMENTS PSYCHOLOGIQUES A L'ADOLESCENCE

LES CONDUITES A RISQUE ET LES TROUBLES DU COMPORTEMENT A L'ADOLESCENCE

1. Les conduites à risque à l'adolescence
2. L'agressivité
3. Les scarifications
4. Les fugues, le vol et le mensonge
5. Les conduites suicidaires

LES TROUBLES DEPRESSIFS A L'ADOLESCENCE

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES A L'ADOLESCENCE

1. L'anorexie mentale
2. La boulimie

INTRODUCTION

Période charnière entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est caractérisée par un bouleversement de l'équilibre psychique précédemment établi. Crise en soi, elle pose au sujet de nombreuses interrogations identitaires : identité en soi (avec remise en cause des identifications parentales), mais aussi identité sexuée avec l'avènement de la puberté, l'émergence de pulsions sexuelles et les modifications brutales et rapides du corps.

Cette épreuve assimilée par certains auteurs à un véritable examen de rattrapage est source de perplexité et va s'extérioriser par des attitudes relationnelles contradictoires et conflictuelles voire par de véritables troubles du comportement qui par leur intensité ou leur gravité vont amener la rencontre avec le praticien.

I DEFINITION ET NOSOGRAPHIE

L'adolescence est une période charnière, conduisant le sujet de l'enfance à l'âge adulte, faite de nombreux processus de maturation et de mutation, tant physiques que psychiques et sociales.

Le mot « adolescence » apparaît dans la langue française au XIII^e siècle. Il provient du terme latin « adolescere », qui signifie « grandir ». On dit souvent à tort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte. En réalité, ce n'est plus un enfant et ce n'est pas encore un adulte. Ce double mouvement, reniement de son enfance d'un côté, recherche d'un statut stable d'adulte de l'autre, constitue l'essence même de « la crise », du processus psychique que tout adolescent traverse.

L'adolescence débute à la puberté (vers 11-13 ans chez la fille, 13-15 ans chez le garçon). La durée de cette « crise » et son intensité sont variables d'un individu à un autre et sont dépendants de critères d'ordre psychologiques, sociaux et juridiques. On peut considérer l'adolescence comme une évolution dynamique, ayant pour finalité l'autonomie, l'identité et l'adaptation sexuelle.

Les troubles inhérents à l'adolescence ont été intégrés dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) à partir de sa 4^{ème} version dans la rubrique « problème en rapport avec une étape de la vie » dans la section « situations pouvant faire l'objet d'une étape de la vie ».

II. LES REMANIEMENTS PSYCHOLOGIQUES A L'ADOLESCENCE

Durant cette période, l'adolescent est confronté à des remaniements survenant sur plusieurs plans :

1. L'adolescent se trouve confronté à **une nouvelle image de son corps** avec l'apparition des caractères sexuels secondaires et la poussée hormonale, ceci ayant pour conséquence la nécessité d'assumer ces changements pubertaires et sa nouvelle identité sexuée. Ces transformations corporelles entraînent un vécu de fierté, mais aussi d'imperfection qui sont responsables d'une réactivation des angoisses œdipiennes et de la culpabilité.

Certaines situations sont assez fréquentes et caractéristiques chez les adolescents tels que : les longues stations devant le miroir, une préoccupation excessive concernant un défaut dans l'apparence physique connues sous le nom de dysmorphophobies, ou des questions fréquentes en rapport à la normalité physique (sein, règles...). S'ajoute à cette maturation, l'éveil de la sexualité.

2. L'adolescent passe également par une **expérience de double perte et de séparation** assimilée à un travail de deuil. D'un côté, il va « désinvestir » les « **objets infantiles** » ou « primitifs » et investir de nouveaux objets et devra se « séparer » des personnes influentes de l'enfance. De l'autre côté, une perte des « **objets œdipiens** » est également décrite. En effet, l'évolution génitale de la puberté entraînera la réactualisation des conflits œdipiens et l'adolescent se retrouvera obligé de renoncer à cet objet parental idéalisé. Cette perte le confrontera à une blessure narcissique. De ce fait, cette période est émaillée de morosité et de sentiment d'ennui. Cet état est à différencier du véritable épisode dépressif car la symptomatologie est fluctuante, transitoire et moins intense.
3. A l'adolescence également, il y a un **changement notable des relations aux parents**, pouvant être émaillée de moments de conflits, d'incompréhension et parfois d'opposition. En effet, l'adolescent est dans une situation difficile : c'est une personne qui réclame avec vigueur son autonomie et son individualité, mais qui reste encore profondément dépendant du cadre familial de son enfance. Des conflits sont alors assez fréquents entre l'adolescent et les membres de sa famille. Les raisons de mécontentement sont généralement futiles et transitoires avec une accessibilité de l'adolescent au dialogue en général, ce qui permet de les différencier des troubles psychiatriques avérés.
4. L'adolescent va chercher alors de **nouveaux repères identificateurs** loin des figures parentales, repères qu'il peut trouver dans les idéaux (chanteurs, stars de football, de cinéma...) ou dans le groupe de pairs. En effet, le groupe de pairs peut jouer plusieurs rôles dans la vie de l'adolescent : un rôle de médiation, de protection vis-à-vis de ses propres pulsions, un rôle de réconfort, un sentiment de toute puissance...
5. La **tendance à l'agir et au passage à l'acte** est un moyen de défense auquel l'adolescent a fréquemment recours pour faire face à l'émergence de l'anxiété générée par tous ces changements. Ainsi cette tendance va s'exprimer par une impulsivité et une fréquence des conduites à risque dans cette période de la vie.

III. LES CONDUITES A RISQUE ET LES TROUBLES DU COMPORTEMENT A L'ADOLESCENCE

1. LES CONDUITES À RISQUE À L'ADOLESCENCE

Les conduites à risque représentent un véritable problème de santé publique de nos jours. Ils débutent généralement à l'adolescence et sont à l'origine d'une mortalité et d'une morbidité considérables. Ils sont souvent sous-tendus par un sentiment de toute puissance avec un besoin de tester ses limites et celles imposées par les autres garants de l'autorité (parents, école, société...).

Parmi ces conduites: les comportements dangereux sur la route (excès de vitesse, absence de port de casque, non-respect du code de la route...), l'usage ou l'abus de substances psychoactives, les sports à risque (rollers, skateboard, saut à l'élastique...), les jeux dangereux (tel que le jeu du foulard), ainsi que les conduites sexuelles à risque (multiples et/ou non protégées).

Devant ces conduites, le tout est de pouvoir discriminer où s'arrête le normal et où commence le pathologique. L'existence d'une souffrance psychique interne intense et durable, de difficultés familiales avec un retentissement sur la scolarité et sur le fonctionnement social constituent les éléments à prendre en compte pour faire le diagnostic différentiel.

2. L'AGRESSIVITÉ

Elle est souvent brutale, impulsive, imprévisible, ou disproportionnée par rapport à l'évènement qui la déclenche. Il peut s'agir de colère violente avec actes clastiques, d'une agressivité verbale (acte de parole), ou de comportements de provocation et d'opposition. Il est plus rare qu'elle soit physique avec coups et blessures.

Il s'agit le plus souvent d'une agressivité dirigée vers la fratrie, les pairs, ou plus rarement vers les parents. Ces réactions agressives sont toujours motivées, même si les motifs sont souvent dérisoires.

Lorsque cette agressivité touche le milieu extra-familial, elle peut être à l'origine de conséquences graves et préjudiciables sur le plan physique, psychologique et social.

Comme pour les autres troubles du comportement, il importe de faire la part entre une agressivité et/ou opposition transitoire dans le cadre d'une crise à l'adolescence et d'un trouble du comportement s'inscrivant dans le cadre d'un trouble psychiatrique avéré : dépression de l'adolescent, psychose ou d'une organisation pathologique de la personnalité (psychopathie).

3. LES SCARIFICATIONS

Ces conduites sont classiquement définies par la pratique d'incisions superficielles de la peau et sont caractérisées par l'absence d'intentionnalité suicidaire clairement établie. Certains adolescents se livrent à cette conduite afin de soulager une souffrance, tandis que d'autres la pratiquent dans un but de modification corporelle qui s'apparente au tatouage « cutting ». Cet acte peut revêtir des significations multiples : communication et appel à l'aide dans un moment de souffrance, punition infligée à soi-même, expression d'un mal être...

Typiquement, les scarifications concernent surtout le sexe féminin et se localisent souvent aux membres supérieurs (face antérieure des avant-bras et des poignets). Elles sont réalisées aux moyens d'objets tranchants, sous forme de multiples segments parallèles. Elles surviennent de manière impulsive, dans un moment de mal être pour soulager une tension psychique, ou de manière ritualisée. Ces conduites sont souvent dissimulées et leur pratique se fait dans des moments de solitude.

Les formes atypiques peuvent toucher les deux sexes. Ces scarifications se caractérisent par leur répétition, leur intensité croissante, leur localisation (au niveau de la face, du cou, ou de l'abdomen...), ainsi que la réalisation de lettres, de mots ou de symboles. Elles sont plus graves car elles sont sous-tendues par un trouble de la personnalité ou un trouble psychotique.

4. LES FUGUES, LE VOL, ET LE MENSONGE

Les fugues sont assez spécifiques de cette période de vie. La fugue implique le départ du domicile familial (mais généralement en restant dans le quartier), sans avertissement et durant une période de temps assez longue pour entraîner une inquiétude parentale (de quelques heures à quelques jours). La fugue survient d'une façon brutale, inopinée, et surprend l'entourage. Elle survient dans une atmosphère de conflit et de crise et sans but précis. Chez l'adolescent, la fugue ne s'intègre pas toujours dans un contexte psychopathologique particulier et elle est la plupart du temps à considérer comme un signal de souffrance que l'adolescent adresse à son entourage. Cette conduite, dans certains cas, va permettre au sujet une prise de distance par rapport aux images parentales ainsi qu'une affirmation de soi au moment où l'adolescent vit un doute identitaire.

Toutefois, il est important d'éliminer les troubles psychiatriques et organiques pouvant se manifester par une conduite de fugue, avant de la considérer comme une conduite liée à la crise de l'adolescence tels que les fugues épileptiques, les fugues rentrant dans le cadre d'un mode d'entrée dans la schizophrénie, d'un trouble de l'humeur, ou d'une conduite dissociative.

Pour l'adolescent, le mensonge est un moyen utile qui lui permettra de défendre le territoire autonome dont il a besoin pour se construire et expérimenter. Cela lui permet de faire d'importantes économies d'énergie en évitant les conflits inutiles avec son entourage, notamment avec ses parents. Les adolescents ont besoin de frontières avec le monde des adultes, et ce d'autant plus qu'ils sont fragilisés et vulnérables.

Le vol représente une conduite délinquante à l'adolescence. Cette conduite peut rentrer dans le cadre d'une organisation psychopathique de la personnalité ou d'un trouble bipolaire. Par ailleurs, beaucoup d'adolescents volent leurs parents pour se procurer les objets qu'on leur refuse (smartphone, vêtements à la mode, etc...).

5. LES CONDUITES SUICIDAIRES

Voir cours « les conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent »

IV. LES TROUBLES DEPRESSIFS A L'ADOLESCENCE

Il est important de différencier à l'adolescence ce qui relève de la pathologie d'une part, et ce qui relève du travail psychologique propre à cette période de la vie, d'autre part.

Les remaniements psychologiques liés à cette étape de vie sont souvent associés à une dépressivité (28 à 44%) avec un malaise psychique, une tendance à la morosité, une irritabilité et un sentiment d'ennui. Toutefois, ces symptômes sont souvent transitoires et n'entraînent pas de retentissement marqué sur le fonctionnement social et scolaire de l'adolescent.

Face à un adolescent présentant une symptomatologie dépressive, il est important d'évaluer l'intensité et le retentissement des troubles afin de traiter et de prévenir les complications surajoutées, notamment le suicide.

Trois formes psychopathologiques de dépression à l'adolescence sont décrites :

- Le syndrome de menace dépressive ou crise anxio-dépressive
- La dépression d'infériorité
- La dépression d'abandon

Voir cours « les dépressions de l'enfant »

V. LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES A L'ADOLESCENCE

Les troubles des conduites alimentaires apparaissant à l'adolescence sont essentiellement représentés par l'anorexie mentale et la boulimie.

1. L'ANOREXIE MENTALE :

La prévalence de ce trouble oscille entre 0,5 et 1% et varie en fonction des pays et des critères diagnostiques. Classiquement, ce trouble ne concerne pas les sociétés où l'alimentation est une question de survie. On note une nette prédominance féminine.

Le diagnostic clinique repose sur l'association des trois symptômes suivants : l'anorexie, l'amaigrissement, et l'aménorrhée.

Cette condition clinique sous sa forme légère est de plus en plus fréquente, les jeunes filles s'identifiant aux codes imposés par les médias et les réseaux sociaux (top modèles, chanteuses, instagrammeuses, etc...). Ces formes légères sont la plupart du temps transitoires. Il arrive toutefois que le trouble se pérennise et nécessite une prise en charge.

L'anorexie :

Au début, il n'existe pas de réelle perte d'appétit mais plutôt une lutte active contre la faim, suivie d'une véritable anorexie avec restriction alimentaire. La restriction s'associe au tri des aliments, comptage des calories, dissection des morceaux en petites portions et mâchonnements interminables. Les manœuvres purgatives (prise de laxatifs et vomissements provoqués) sont fréquentes.

L'amaigrissement :

La perte de poids dépasse 20% du poids initial, voire même jusqu'à 50% dans les formes graves. On observe une fonte du pannicule adipeux, une amyotrophie donnant aux membres un aspect fragile et grêle faisant ressortir les articulations, et un effacement des formes féminines (fesses, hanches, poitrine).

Cet amaigrissement est souvent caché par le port de vêtements amples. Il est dénié par l'adolescente qui continue à faire des fixations sur certaines parties du corps qu'elle juge « trop grosses » telles que les cuisses, le ventre ou les fesses (dysmorphophobie).

L'aménorrhée :

Il s'agit d'un signe constant qui survient la plupart du temps après le début de la perte de poids. Toutefois, il peut arriver que l'aménorrhée précède l'amaigrissement. Ce signe est lié à l'effondrement des taux des hormones sexuelles du fait d'une absence de stimulation ovarienne par l'hypothalamus à cause de la dénutrition.

Chez le garçon, l'aménorrhée a pour équivalent l'impuissance sexuelle et la baisse de la libido.

D'autres caractéristiques cliniques très évocatrices peuvent s'associer à la triade :

- L'hyperactivité physique dans un but de contrôler le poids
- L'hyperinvestissement de la scolarité et des activités intellectuelles contrastant avec une absence de réel plaisir et de créativité
- Le désintérêt pour la sexualité et le dégoût vis-à-vis de l'apparition des formes féminines

- L'existence de conduites de type obsessionnel, telles qu'un attrait exagéré pour l'ordre et pour la propreté
- Des accès de boulimies suivis de manœuvres pour contrôler le poids

2. LA BOULIMIE :

Ce trouble est caractérisé par la survenue récurrente de crises de boulimie isolées ou alternant avec des périodes d'anorexie.

La crise se manifeste par un comportement compulsif avec un sentiment de perte de contrôle, amenant à une ingestion massive d'une grande quantité d'aliments richement calorique, sans préférence pour leurs qualités gustatives.

L'ingestion se fait souvent en cachette. Elle est rapide, parfois sans mastication et jusqu'à l'étouffement.

La crise est suivie d'un sentiment de honte, de dégoût et de culpabilité. La hantise de perdre du poids est à l'origine de comportements compensatoires visant à annuler la prise calorique (vomissements post prandiaux, prise de laxatifs, activité sportive, périodes de jeunes...).

Les répétitions des crises de boulimie ainsi que la prise de poids entraînent un retentissement marqué sur l'estime de soi de l'adolescent.

Les distorsions de l'image du corps sont présents mais moindre que dans l'anorexie mentale.

Ce trouble des conduites alimentaires est rarement isolé. Il peut être associé à

- Un trouble de la personnalité
- Des conduites addictives
- Un trouble anxieux ou dépressif

CONCLUSION

L'adolescence est un moment de la vie où sont mis à l'épreuve la relation de l'adolescent à son propre corps, à sa famille et à la société. Cette épreuve peut se passer de manière plus ou moins bruyante et peut rendre le sujet plus vulnérable. Il est important de faire une analyse sémiologique et psychopathologique afin de faire la part entre la « crise » normale et le trouble psychiatrique caractérisé.

REFERENCE

Adolescence et psychopathologie. D Marcelli, A Braconnier. Edition Masson, 7^{ième} édition 2011.

LES PSYCHOTHÉRAPIES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir une psychothérapie
2. Connaître les objectifs généraux des psychothérapies
3. Énumérer les différentes psychothérapies individuelles et de groupe
4. Savoir indiquer une psychothérapie de soutien
5. Savoir indiquer une psychothérapie comportementale et cognitive.
6. Savoir poser l'indication de la psychothérapie analytique

I-INTRODUCTION

L'approche psychothérapeutique constitue un aspect fondamental du traitement des maladies mentales.

Plusieurs techniques existent et le choix entre les techniques dépend de l'indication, du désir et de la motivation du patient.

II-DÉFINITION

La psychothérapie est 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.

III-OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Il existe schématiquement 4 objectifs différents

- **L'épanouissement personnel** : en favorisant le développement harmonieux de la personnalité et en développant les capacités du sujet à s'affirmer, à mieux faire face aux conflits, à mieux communiquer...
- **La prévention** peut être justifiée par la vulnérabilité du sujet et /ou son exposition à des facteurs d'environnements défavorables
- **Le traitement des pathologies** susceptible de s'amender sous l'action de moyens psychologiques
- **La réadaptation et la réhabilitation**, en restaurant le maximum des capacités du sujet souffrant d'une affection mentale, d'en limiter les conséquences affectives, sociales et professionnelles.

IV-CLASSIFICATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

D'une façon générale, 2 grandes familles peuvent être distinguées :

- les psychothérapies individuelles
- les psychothérapies de groupe

V-PSYCHOTHÉRAPIES INDIVIDUELLES:

Selon leurs références théoriques et leurs modalités pratiques, on distingue :

1-PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN

Elle est considérée comme une psychothérapie de premier niveau. Il s'agit de la psychothérapie la plus utilisée et la moins codifiée, mais qui répond à un cadre précis et des techniques définies.

Ses principes théoriques sont composites qui empruntent de la théorie analytique et comportementale, à l'expérience humaine et professionnelle et à l'utilisation de ressources relationnelles.

Elle vise à aider et accompagner le patient face à une situation de vie difficile et stressante telle que l'annonce d'une maladie grave, la survenue d'un traumatisme, un deuil, une anxiété réactionnelle...

Ses objectifs sont de renforcer les défenses psychiques existantes, d'apaiser l'anxiété, de rétablir l'estime de soi, l'équilibre psychologique du patient et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle, de contribuer à l'apaisement des symptômes et d'obtenir la plus grande amélioration symptomatique possible.

Les techniques employées sont variables : attitudes semi-directives, de suggestion, de réassurance... Dans tous les cas, il y a avant tout l'établissement d'une relation chaleureuse et empathique, fondée sur la compréhension, l'accompagnement et la réassurance. Une information sur la pathologie et les moyens thérapeutiques est souvent incluse dans ce type de psychothérapie.

Ses indications sont incontournables dans la prise en charge du malade en psychiatrie et s'imposent dans tous les cas où il n'existe pas d'indication pour une psychothérapie plus structurée.

2-THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES :

Étapes de déroulement de la thérapie :

Les thérapies comportementales et cognitives se déroulent en plusieurs étapes.

1^{ère} étape : Analyse fonctionnelle précisant où, quand, avec quelle fréquence, quelle intensité et en présence de qui se déclenchent les réponses inadaptées. Elle nécessite souvent l'utilisation de questionnaires, d'échelles et de grilles d'évaluation.

2^{ème} étape : Réalisation d'un contrat thérapeutique entre le patient et son thérapeute, définissant les symptômes cibles, les buts et les moyens thérapeutiques.

3^{ème} étape : Mise en œuvre d'un programme de traitement.

4^{ème} étape : Évaluation des résultats du traitement en comparant les mesures répétées à l'aide du même outil de quantification avant, durant et après le traitement. Le suivi est d'au moins un an après la fin du traitement.

2.1. LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES :

Principes : les comportements humains sont le résultat d'un apprentissage et se construisent au cours d'une succession d'interactions entre l'individu et son environnement selon la règle du Stimulus/ Réponse. Le symptôme correspondrait à la persistance d'un comportement acquis ayant pu avoir une valeur de protection dans le passé. Le contexte ayant changé, il cesse d'être adapté.

L'objectif du comportementaliste est de faire disparaître la réponse inadaptée, c.-à-d. le symptôme.

Techniques :

Elles sont de généralement indiquées après l'apprentissage d'une technique de relaxation et reposent essentiellement sur l'exposition aux situations anxiogènes.

On distingue :

- * **Désensibilisation systématique** : est de durée de 5 à 10 séances. Elle consiste à préparer une hiérarchie des situations anxiogènes pour le patient sur une échelle de 0 à 100 et à lui enseigner une méthode de relaxation musculaire. Puis, sous relaxation, le malade est graduellement exposé en imagination aux divers stimuli jusqu'à ce qu'il ne ressente plus d'anxiété. Cette technique se montre d'autant plus efficace que des situations anxiogènes sont faciles à identifier : phobies, obsessions compulsions...
- * **Désensibilisation in vivo** : affrontement après relaxation et par étapes la situation redoutée en réalité.
- * **Exposition graduée in vivo** : principe proche de celui de la désensibilisation (le sujet affronte par étapes successives et en réalité), mais sans relaxation.
- * **Immersion (flooding)** : Dans l'immersion, l'exposition est subite sans préparation par étapes successives ni recours à la relaxation : elle est continue (le sujet ne peut s'extraire rapidement de la situation). Son principe repose sur le fait que l'évitement d'une situation anxiogène vient, après un premier temps de soulagement immédiat, renforcer secondairement l'anxiété par un mécanisme conditionné.
- * **Modeling de participation** : le sujet fait l'apprentissage d'un mode de réaction comportementale à une situation anxiogène par imitation du thérapeute, jusqu'à ce qu'il se sente lui-même prêt à adopter ce comportement.
- * **Les techniques d'affirmation de soi** comprennent à la fois des méthodes d'affirmation de soi (techniques d'assertivité), de développement de la communication et de développement de la compétence dans les relations sociales.
- * **Exposition et prévention de la réponse ritualisée** tout au long de l'exposition, le thérapeute va aider le patient à résister au besoin de ritualiser (Exp : idées obsédantes de saleté avec comme rituel lavage répétitif des mains).
- * **La technique de l'arrêt de la pensée** peut donner certains résultats chez des sujets souffrant de ruminations et de pen-

sées obsédantes. Elle consiste à demander au patient de ruminer délibérément et de signaler au thérapeute la présence de ruminations en levant le doigt. Le thérapeute dit alors «stop». Une fois la technique bien comprise, le malade la pratique lui-même, d'abord à voix forte, puis à voix faible pour arriver à interioriser le «stop» et à bloquer la rumination.

* **La technique de biofeedback** (encore appelée rétro action biologique) consiste à entraîner un sujet à contrôler un paramètre physiologique (ex sa tension musculaire) par un monitoring continu au moyen d'un appareil adapté.

2.2. LES THÉRAPIES COGNITIVES :

Les thérapies cognitives sont inspirées des travaux d'Aaron Beck sur la dépression.

La théorie cognitive postule que certains problèmes psychologiques en particulier les troubles anxieux et dépressifs sont liés à des erreurs ou à des biais dans la façon de penser.

Les techniques de thérapie cognitive ciblent alors les évaluations défectueuses, les raisonnements construits sur de faux postulats et les conclusions erronées.

Exemple : Un sujet souffrant de dépression, appelle son copain pour prendre un café. Ce dernier désiste à la dernière minute. Le patient va se dire mon copain ne veut plus de mon amitié. Je ne sais pas garder mes amitiés, il faut toujours porter attention à ses amis, sinon on perd l'estime d'autrui, je suis une personne faible.

C'est une thérapie à court terme, sur 3 à 4 mois (15 à 20 séances d'environ une heure).

2.3. INDICATIONS DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

• Troubles dépressifs :

Des schémas de pensées inconscientes «dépressogènes» seraient impliqués dans le déclenchement et la pérennisation des épisodes dépressifs. En une vingtaine de séances, l'intervention du thérapeute cognitif doit amener le déprimé à critiquer ses modes de croyances «négatifs».

La thérapie cognitive de la dépression est efficace dans les dépressions d'intensité légère ou moyenne.

• Troubles anxieux :

Les thérapies cognitives et comportementales ont prouvées leur efficacité dans les troubles anxieux à savoir les phobies : simple, agoraphobie, phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs, l'état de stress post-traumatique, le trouble anxieux généralisé. Les thérapies cognitives et comportementales sont aussi indiquées dans les troubles de la personnalité, la réhabilitation des patients psychotiques chroniques et les troubles de conduites alimentaires.

• Les addictions

3-PSYCHANALYSE ET PSYCHOTHÉRAPIE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE

3-1- LA PSYCHANALYSE :

Elles reposent sur le postulat de l'inconscient, créé il y a plus d'un siècle par Freud.

La théorie freudienne repose sur l'hypothèse de l'existence de processus psychiques inconscients reliés dynamiquement aux processus conscients.

Son principe théorique de base repose sur la reviviscence et la compréhension des conflits psychiques infantiles non résolus, réactivés à l'âge adulte. L'accès à la conscience de ces expériences traumatiques infantiles permet d'en diminuer l'influence sur les schémas de pensées et de comportement.

Les objectifs de ces psychothérapies psychodynamiques sont d'accéder aux conflits inconscients par une prise de conscience progressive d'éléments inconscients. Il s'en suit l'aménagement progressif des mécanismes de défense délétères pour le patient et les modalités de son fonctionnement en augmentant le répertoire de ses défenses psychiques et /ou en les rendant moins rigides. Son but n'est pas de guérir le symptôme, mais de conduire le sujet vers une prise de conscience des causes, des symptômes et du mal-être, pour éviter le retour éventuellement sous une nouvelle forme (nouveau symptôme). Il s'agit d'une thérapie qui tend à modifier la structure de la personnalité.

Les techniques des thérapies analytiques comprennent la cure type et les psychothérapies d'inspiration analytique.

Cure psychanalytique

• Le cadre :

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.

Certains principes sont nécessaires et à respecter : la neutralité du thérapeute, la durée identique des séances (généralement de 30 à 45 minutes par séance) pour éviter que le patient puisse attribuer une intentionnalité positive ou négative du côté de l'analyste ainsi que la fréquence des séances qui sont en principe inamovibles.

- **L'analyse :**

Règle fondamentale : c'est la règle des libres associations. Le patient doit dire « tout ce qui lui passe par la tête », exprimer verbalement ce qu'il pense et ce qu'il sent, sans rien choisir et sans rien exclure volontairement, même si ce qui vient lui paraît désagréable à communiquer, absurde, futile, voire incongru.

Transfert : il s'agit des mouvements émotionnels du patient vers le thérapeute répétant des attitudes acquises dans l'enfance. Dans cette relation que vit le patient avec son analyste, des modes de relations, réels ou fantasmatiques, vécus durant l'enfance au contact des parents et des personnes de l'entourage réapparaissent (transfert). L'analyse du transfert sur l'analyste permet de comprendre ce qu'ont été ces relations.

Contre-transfert : ensemble des émotions et affects induits chez le thérapeute, par le transfert du patient. L'analyste doit contrôler les interférences de ses réactions personnelles et émotionnelles qui constituent le contre-transfert de l'analysé.

3-2- PSYCHOTHÉRAPIE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE (PIP) :

Elle correspond à une « cure type aménagée » avec des séances plus courtes, plus espacées, et qui se font en face à face, thérapeute plus interactif avec une durée et des objectifs du traitement limités.

C'est une thérapie plus directement orientée vers le soin/ centre les échanges sur le matériel psychique le plus significatif et tend à supprimer le symptôme.

3-3- INDICATIONS

La psychothérapie analytique est indiquée surtout dans la plupart des états névrotiques : états anxieux, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, troubles somatoformes, troubles de la personnalité (histrionique et narcissique surtout), troubles de l'adaptation et état de stress post-traumatique.

Cependant, d'autres critères d'analysabilité sont à envisager chez le patient :

- demandeur et motivé pour s'investir dans le travail analytique et ayant un bon insight.
- Désir d'accéder à une meilleure connaissance de son fonctionnement psychique.
- Maturité psychocomportementale permettant de jouer le jeu de l'analyse
- Niveau d'intelligence normale, capacité d'abstraction et de symbolisation suffisantes pour accéder à la signification inconsciente des comportements
- Capacité à tolérer les sentiments de frustration, l'anxiété et les autres bouleversements émotionnels susceptibles d'émerger au cours de l'analyse.

3-4- LES CONTRE-INDICATIONS :

- les troubles psychotiques sévères ou décompensés.
- les pathologies associées à un risque élevé de passage à l'acte.
- l'absence des critères d'analysabilité déjà évoqués : défaut de contrôle et impulsivité, faible motivation à accéder à une meilleure compréhension de son propre fonctionnement psychique, traits de personnalité antisociale, pensée concrète sans capacité d'élaboration, difficultés de compréhensions liées à un niveau d'intelligence insuffisant.
- Phase aiguë de crise existentielle : perte d'emploi, divorce...
- Maladies somatiques sévères pouvant retentir sur la possibilité de s'investir dans son travail analytique à long terme.
- Relation amicale, familiale, avec l'analyste.

4-PSYCHOTHÉRAPIE À MÉDIATION CORPORELLE : LA RELAXATION

Méthodes d'entraînement à la concentration dans le but de réduire la tension, l'anxiété, le déséquilibre émotionnel d'un sujet,

4-1.LE TRAINING AUTOGÈNE DE SCHULZ

Cette technique consiste à un entraînement à la décontraction musculaire progressive par une autosuggestion verbale.

4-2. LA MÉTHODE DE CONCEPTION PHYSIOLOGIQUE (JACOBSON)

Il s'agit d'une technique bien définie qui permet de produire un état de détente musculaire plus ou moins volontaire, en agissant spécifiquement sur l'activité myotonique et le système neurovégétatif.

5-AUTRES PSYCHOTHÉRAPIES INDIVIDUELLES

5-1.THÉRAPIES INTERPERSONNELLES

Ces thérapies soulignent le rôle fondamental de l'adaptation de l'individu à son milieu.

Le postulat de base est que le dysfonctionnement des liens interpersonnels (insatisfaction relationnelle, ressentiment, conflits, frustration, isolement...) est déterminant dans le déclenchement ou le maintien de certains troubles psychiques. L'objectif global de ces thérapies est d'améliorer les compétences relationnelles du sujet, au moyen de séances d'entraînement à la communication ou de techniques de résolution des problèmes.

5-2.HYPNOTHÉRAPIE

Principe

L'hypnose repose sur l'induction d'un état de transe hypnotique, défini par un abaissement du niveau de la conscience et un rétrécissement de son champ.

Indications

L'hypnose est indiquée principalement pour les symptômes de conversion. Elle est aussi utilisée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, les addictions (alcool, tabac), les troubles sexuels et les douleurs.

Contre-indications absolues

L'hypnose est contre indiquée en cas d'état psychotique du fait du risque de développer ou de réactiver des idées de persécution, de possession de dépersonnalisation... Cette technique est contre indiquée dans les troubles graves de la personnalité, notamment psychopathiques, les démences et les retards mentaux.

V-PSYCHOTHÉRAPIES COLLECTIVES

Elles peuvent s'adresser à une famille (thérapie familiale), à un couple (thérapie conjugale) ou à un groupe.

1-THÉRAPIES FAMILIALES

La notion de thérapie familiale implique l'existence d'une « pathologie familiale », d'une perturbation du groupe dans ses interactions.

A-THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES

La famille est conçue comme un système ouvert, régi par des règles, échangeant avec l'environnement (sur système). Chaque membre de la famille constitue un sous-système. Les interactions entre les différents membres de la famille sont orientées vers le maintien de l'homéostasie du système familial.

L'objectif de cette thérapie est d'améliorer la communication des sous-systèmes entre eux, au bénéfice de la famille entière.

B-THÉRAPIES FAMILIALES D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE

Elles tentent de permettre aux participants de repérer leurs conflits inconscients et de les élaborer. Elles utilisent l'analyse du transfert de la famille sur le thérapeute. L'hypothèse de l'existence d'un appareil psychique groupal a été posée : l'appareil psychique groupal constitue un « espace » intermédiaire (transitionnel) entre la réalité psychique interne et la réalité sociale externe. L'objectif du thérapeute sera de traiter cet appareil psychique familial.

Indications

La schizophrénie
L'anorexie mentale, la maladie alcoolique, la toxicomanie

2-THÉRAPIE DE COUPLE

Les difficultés conjugales (absence ou pauvreté de la communication au sein du couple, relations extraconjugales...) constituent un motif fréquent de consultation. Développées en France à partir des années 1960, les thérapies de couple désignent un ensemble de pratiques psychothérapeutiques qui tendent de modifier les relations conjugales.

Indications

- Si la prise en charge individuelle de l'un ou l'autre des partenaires a échoué ou est peu susceptible d'être couronnée de succès (faible motivation, peu de capacité d'insight...)
- Dans les couples où l'un des membres est atteint d'une affection mentale, lorsque l'émergence d'une symptomatologie psychiatrique bruyante chez l'un des membres de la famille coïncide avec celle de conflits ouverts au sein du couple.

Les contre-indications

Les contre-indications sont relatives. La prudence est de mise dans la révélation des « secrets conjugaux » (homosexualité, relations extraconjugales...), de même dans les cas où la couple met en scène de violents conflits en recherchant l'« assentiment » du thérapeute.

3-PSYCHODRAMES

Sous le nom de psychodrame, on désigne les techniques psychothérapeutiques qui utilisent l'improvisation de scènes dramatiques, sur un thème donné, à des fins thérapeutiques. Les psychothérapeutes participent habituellement au jeu dramatique tout en l'orientant et en l'interprétant.

Indications

- Inhibition massive ou au contraire discours trop facile, à but défensif
- Dénî ou phobie de la vie psychique interne, des émotions qui s'y rattachent
- Prévalence des conduites agies ou des plaintes et expressions symptomatiques corporelles.
- Difficultés à supporter la relation duelle.

4-GROUPES DE PAROLES ET AUTRES PSYCHOTHÉRAPIES DE GROUPE

La situation de groupe peut être vécue comme sécurisante en multipliant les possibilités d'identification et de transfert, permettant ainsi de diminuer les résistances

Groupe de parole : réunions périodiques avec confrontation de problèmes communs, pour faciliter l'expression de chacun et diminuer la culpabilité et l'anxiété

Psychothérapie collective d'inspiration congitivo-comportementale : groupe de patients obsessionnels, compulsifs, déprimés, boulimiques....

Psychothérapie collective d'inspiration analytique, fondée sur les phénomènes de transfert entre les participants.

5-PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

Principe

La concentration d'être humain dans une institution (hôpital, maison de retraite.) s'accompagne de comportements régressifs.

La chronicisation peut être un effet des conditions de vie imposées aux malades.

La psychothérapie institutionnelle vise à utiliser la structure sociale des institutions psychiatriques pour traiter le malade (l'hôpital comme outil thérapeutique selon la formule d'Esquirol).

Les moyens préconisés consistent surtout en une utilisation des méthodes de groupe à savoir les réunions de personnel centrées sur l'information et l'organisation de chaque service, les réunions des malades (groupes d'alcooliques, de déprimés...), celles de parents (parents de schizophrènes...)

Indications :

États psychopathologiques graves : schizophrénies, états limites, états dépressifs au long cours, certaines psychopathies, toxicomanies...

6-SOCIOTHÉRAPIE (THÉRAPIE PAR LE TRAVAIL)

La sociothérapie est définie comme « l'ensemble de techniques permettant de favoriser la reprise des relations normales entre les sujets et son environnement grâce aux modifications de ce dernier »

Elles visent à rétablir un contact perdu avec la réalité ou un réentraînement à l'effort.

7-L'ERGOTHÉRAPIE (THÉRAPIE PAR LE TRAVAIL)

Peut être définie comme la forme de traitement psychologique qui utilise l'activité constructive, l'« objet concret » (peinture, musique...) et les relations objectales développées autour de ces activités

L'atelier d'ergothérapie favorise la socialisation, le rapprochement avec les autres patients, il permet un meilleur ancrage dans la réalité, une meilleure orientation temporo-spatiale et il améliore les capacités de concentration et d'attention.

8-L'ART-THÉRAPIE

Son objectif est d'amener le patient à mener au mieux le plus loin possible la forme produite, l'explicitation des œuvres doit rester exceptionnelle.

CONCLUSION

Les techniques de psychothérapie sont nombreuses. Elles visent de façon générale à la promotion du bien-être du patient. Elles sont une partie intégrante de la relation médecin malade. Le médecin de première ligne doit savoir les indiquer.

ÉVALUATION FORMATIVE

Questions :

1. Citer les objectifs généraux des psychothérapies

2. Décrire les différentes étapes de déroulement d'une psychothérapie comportementale et cognitive.

3. Un patient vous consulte pour un trouble panique. Quel est le type de psychothérapie que vous préconisez ?

- A. L'hypnothérapie
- B. La psychanalyse
- C. La thérapie comportementale et cognitive
- D. L'ergothérapie
- E. La sociothérapie

Réponses :

Question 1 : Les objectifs généraux des psychothérapies sont :
- L'épanouissement personnel
- La prévention de certaines pathologies mentales
- Le traitement des pathologies susceptibles de s'amender sous l'action de moyens psychologiques
- La réadaptation et la réhabilitation

Question 2 : Les thérapies comportementales et cognitives se déroulent en plusieurs étapes :
1^{ère} étape : Analyse fonctionnelle précisant où, quand, avec quelle fréquence, quelle intensité et en présence de qui se déroule le comportement.

Question 3 - C
clenchent les réponses inadéquates. Elle nécessite souvent l'utilisation de questionnaires, d'échelles et de grilles d'évaluation.
2^{ème} étape : Réalisation d'un contrat thérapeutique entre le patient et le thérapeute, définissant les symptômes cibles, les buts et les moyens thérapeutiques.
3^{ème} étape : Mise en œuvre d'un programme de traitement.
4^{ème} étape : Évaluation des résultats du traitement en comparant les mesures répétées à l'aide du même outil de quantification avant, durant et après le traitement. Le suivi est d'au moins un an après la fin du traitement.

CLASSIFICATION DES PSYCHOTROPES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Définir les 4 groupes de psychotropes classés selon Deniker et Delay.
2. Énumérer les familles de produits qui composent les 4 groupes de psychotropes.

Mise à jour Juin 2020

Les psychotropes sont des médicaments qui ont un tropisme psychique c'est-à-dire qui sont susceptibles de modifier l'activité mentale sans préjuger du type de cette modification.

On doit au psychiatre australien J.F. CADE en 1949 la découverte de l'efficacité des sels de lithium dans les accès maniaques.

À partir de 1950, furent découverts successivement :

- les effets de la réserpine et de la chlorpromazine dans la schizophrénie.
- celui de l'imipramine dans les dépressions.
- l'action anxiolytique du chlordiazépoxyde autour de 1960. Les 30 années suivantes ont été consacrées principalement aux études cliniques évaluant l'efficacité de ces produits et le développement de produits connexes dans chaque classe.

CLASSIFICATION

Deniker et Delay (1952) ont réparti les psychotropes en quatre groupes principaux :

1. LES PSYCHOLEPTIQUES qui diminuent l'activité mentale :

- * Anxiolytiques : essentiellement les benzodiazépines.
- * Hypnotiques : comprenant les benzodiazépines, mais aussi les imidazopyridines et les cyclopyrrolones.
- * Neuroleptiques (« tranquillisants majeurs »).

2. LES PSYCHOANALEPTIQUES qui augmentent l'activité mentale :

- * les Noo analeptiques : ce sont des stimulants de la vigilance, tels que les Amphétamines. Ces derniers ont été retirés du commerce en Tunisie à cause de la gravité de leurs effets indésirables.
- * les Antidépresseurs : qui stimulent l'humeur. Ils sont classés en plusieurs groupes selon leur mécanisme d'action.
- * les Psychostimulants : vitamine C, caféine, hormones mâles.

3. LES PSYCHODYSLEPTIQUES qui dévient l'activité mentale :

- * Hallucinogènes : chanvre indien, LSD
- * Stupéfiants : morphine, cocaïne.
- * Enivants : alcool, solvants des colles fortes.

4. LITHIUM :

Thymo régulateur (thymie : humeur) utilisé dans la psychose maniaco-dépressive. Cet effet a été retrouvé également pour la carbamazépine et l'acide valproïque qui sont actuellement utilisés dans cette même indication.

Remarque :

Les psychotropes ne sont pas tous des substances toxicomanogènes. En effet les neuroleptiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs et certains hypnotiques n'entraînent presque jamais de dépendance.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 :

Citez la définition d'un psycholeptique. En donner un exemple.

Question n° 2 :

À quel groupe de la classification de Deniker et Delay, appartiennent les antidépresseurs ?

LES ANTIDÉPRESSEURS

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Établir le lien entre le mécanisme d'action des antidépresseurs (imipraminiques, inhibiteurs des monoamines oxydase (IMAOA), les inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine (IRS), les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline de la Sérotonine (I.S.R.S.N.A) et la pathogénie des dépressions.
2. Énumérer les principales propriétés pharmacocinétiques, des imipraminiques et des IRS
3. Décrire les mécanismes d'action des imipraminiques, des IMAOA, des IRS, des I.S.R.S.N.A et autres antidépresseurs.
4. Citer les effets indésirables des imipraminiques, des IMAO, des IRS et des I.S.R.S.N.A

Mise à jour Juin 2017

Les antidépresseurs appartiennent à la classe des psychoanaleptiques : substances qui augmentent l'activité mentale (classification de Deniker et Delay 1953).

Ils agissent de manière sélective sur l'humeur dépressive. Ils sont capables, moyennant un délai de quelques semaines d'améliorer l'humeur dépressive et de soulager la souffrance morale.

Plusieurs auteurs supposent que la plupart des dépressions résulteraient d'une déficience absolue ou relative en Noradrénaline et/ou en Sérotonine au niveau des synapses encéphaliques.

L'intervention pharmacologique pour augmenter les taux de neurotransmetteurs est :

- l'inhibition de la dégradation des neurotransmetteurs
- l'inhibition de la recapture des neurotransmetteurs

On distingue plusieurs groupes d'antidépresseurs dont les principaux sont :

- les antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques.
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (I.M.A.O) principalement les IMAO* sélectif A.
- les inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine.
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- Autres antidépresseurs (apparentés aux tricycliques)

1. ANTIDÉPRESSEURS IMIPRAMINIQUES =TRICYCLIQUES=THYMOANALEPTIQUES

1.1. PRODUITS UTILISÉS :

Chef de file : l'imipramine (Tofranil®) dont l'effet antidépresseur a été découvert fortuitement en clinique par le psychiatre suisse R. KUHN en 1957. Leur utilisation est actuellement moins fréquente par rapport à avant, vu la fréquence de leurs effets indésirables.

Les principaux médicaments de cette classe sont illustrés dans le tableau ci-dessous (tableau n° 1).

Tableau n° 1 : Antidépresseurs imipraminiques

Antidépresseurs imipraminiques	
DCI	Nom commercial
clomipramine	Anafranil®
imipramine	Tofranil®
amitriptyline	Elavil®, Laroxyl®
desipramine	Pertofran®
trimipramine	Surmontil®
amoxapine	Défanyl®

1.2. PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES ET MÉCANISMES D'ACTION :

a. Les antidépresseurs tricycliques bloquent le système de recaptage de la Noradrénaline et de la Sérotonine au niveau de la terminaison de la fibre présynaptique. La conséquence sera une augmentation de la concentration de Noradrénaline et de Sérotonine au niveau des récepteurs encéphaliques.

La puissance d'inhibition de la recapture présynaptique de la Noradrénaline et/ou de la Sérotonine n'est pas identique pour chacun des tricycliques :

- * l'imipramine est très active sur le recaptage de la sérotonine.
- * la desméthyl-imipramine est surtout active sur le recaptage de la Noradrénaline.

b. À doses fortes, les antidépresseurs imipraminiques ont des **propriétés alpha bloquantes** qui peuvent être à l'origine d'une hypotension orthostatique.

c. Ils ont des propriétés parasympholytiques expliquant les effets indésirables de type « atropinique » et ont ainsi les mêmes contre-indications que l'atropine.

1.3. PROPRIÉTÉS PHARMACOCINÉTIQUES :

- La pharmacocinétique des antidépresseurs tricycliques est complexe et très variable d'une molécule à l'autre
- Les antidépresseurs tricycliques sont rapidement et totalement résorbés par voie orale. Il existe une très forte fixation aux protéines plasmatiques (80-95 %).
- Les antidépresseurs tricycliques sont fortement métabolisés au niveau du foie en métabolites actifs.
- L'élimination est essentiellement urinaire, une faible partie est à élimination biliaire (avec des cycles entérohépatiques).
- Leurs demi-vies sont prolongées permettant souvent une prise quotidienne.
- Des variations individuelles portant sur la résorption digestive, les biotransformations et l'élimination de ces molécules sont décrites. Ceci rend compte des différences extrêmes de concentrations plasmatiques qui peuvent s'observer d'un individu à l'autre à posologies identiques.
- Les concentrations à l'état d'équilibre sont obtenues en 1 à 4 semaines selon l'antidépresseur considéré.

1.4. EFFETS INDÉSIRABLES :

A. TROUBLES PSYCHIQUES :

Ils s'observent en début de traitement. On peut observer :

- une inversion de l'humeur avec virage maniaque. Nécessite la diminution ou l'arrêt du traitement ou le recours aux neuroleptiques sédatifs.
- des réactivations ou des décompensations délirantes.
- une confusion mentale surtout chez le sujet âgé.
- risque de suicide par la levée de l'inhibition psychomotrice qui caractérise la dépression. Sous l'influence de l'imipramine, le ralentissement psychomoteur est amélioré alors que l'angoisse persiste et le malade trouve en quelque sorte la force qui lui manquait pour mettre fin à ses jours. Ceci est particulièrement à craindre chez les mélancoliques.

Ce risque est réduit par l'association à un anxiolytique tel que le diazépam.

En traitement ambulatoire il est préférable de recourir aux antidépresseurs les plus sédatifs : Insidon®, Surmontil®, Laroxyl®.

- une insomnie ou une somnolence diurne.
- des manifestations d'anxiété.

B. TROUBLES NEUROLOGIQUES :

- un syndrome neurologique associant un tremblement et une dysarthrie, avec parfois des tendances vertigineuses sont observés avec la plupart des tricycliques.
- l'abaissement du seuil convulsivant à **fortes posologies** explique le déclenchement non exceptionnel de crises d'épilepsie généralisées, même chez des sujets sans antécédents comitiaux. Cet effet est dose-dépendant.

C. TROUBLES NEURO-VÉGÉTATIFS :

- * Hypotension orthostatique : liée au blocage alpha adrénergique. Peut être corrigée par l'association d'un analeptique cardiovasculaire comme l'heptaminol (Heptamyl®).
- * Effets indésirables de type parasympholytique :
 - sécheresse de la bouche
 - tachycardie
 - constipation
 - rétention d'urine
 - troubles de l'accommodation.

D. TROUBLES CARDIOVASCULAIRES :

- * À faibles doses : les antidépresseurs élèvent la pression artérielle. Il s'agit d'un effet sympathomimétique indirect par blocage du recaptage de la Noradrénaline.
- * À doses plus importantes, ils abaissent la pression artérielle par un effet alpha adrénolytique et provoquent une tachycardie par un effet parasympatholytique. Des troubles du rythme et des anomalies de la conduction et de la repolarisation ont été observés.
- * Aux doses élevées, ils dépriment le myocarde et abaissent le débit cardiaque et la pression artérielle.

E. ON PEUT OBSERVER RAREMENT :

- une prise de poids (par hyperorexie).
- une galactorrhée, une gynécomastie, une diminution de la libido,
- une agranulocytose,
- une Hépatite cholestatique,
- une allergie cutanée,
- des troubles digestifs : nausées, vomissements, parfois glossites et stomatites.

1.5. INTOXICATION AIGÜE :

Due presque toujours à une tentative de suicide.

Le tableau associe :

A. DES SIGNES PSYCHIQUES :

- agitation, confusion mentale,
- hyperaréflexie ostéotendineuse
- crises convulsives,

B. DÉPRESSION RESPIRATOIRE.

C. DES SIGNES CARDIOVASCULAIRES LIÉS À L'EFFET DÉPRESSEUR SUR LE MYOCARDE :

- chute de la pression artérielle,
- chute du débit cardiaque,
- bloc de la conduction auriculo-ventriculaire et intraventriculaire.
- risque permanent d'arrêt cardiaque.

D. AUTRES : ATONIE INTESTINALE, RÉTENTION URINAIRE, MYDRIASE.

1.6. CONTRE INDICATIONS :

- Glaucome.
- Adénome prostatique.
- Épilepsie.
- État délirant.
- Troubles du rythme et de la contractilité cardiaque.
- Il ne faut jamais associer les imipraminiques aux IMAO

2. LES INHIBITEURS DE LA MONOAMINE-OXYDASE (IMAO) : THYMERETIQUES

Les IMAO empêchent la dégradation de la noradrénaline et de la sérotonine cérébrale ce qui peut rendre compte de leur effet antidépresseur, mais ils étendent malheureusement leur effet aux catécholamines du système sympathique.

Sur le plan pharmacologique, ils induisent une accumulation d'adrénaline, de noradrénaline et de sérotonine.

Les IMAO sont caractérisés par la fréquence et la diversité de leurs effets indésirables :

- . hypotension orthostatique;
- . troubles neurologiques : polynévrite, hyper réflexivité, convulsions;
- . hépatites fulminantes : accident redouté surtout avec l'iproniazide (Marsilid®).

En raison de la fréquence et de la gravité de leurs effets indésirables et en particulier des poussées hypertensives, leur emploi en psychiatrie est devenu rare.

Cependant, le traitement par les nouveaux IMAO : IMAO sélectifs A (IMAOA), tels que l'Humoryl® (toloxatone) et le Moclamine® (moclobémide) peuvent être prescrits dans la dépression. Ces substances se lient de façon réversible à la MAO (surtout MAOA) et ne potentialisent que très peu les effets vasopresseurs des catécholamines. Ces nouvelles molécules sont d'efficacité thérapeutique identique aux IMAO, mais de meilleure tolérance.

3. LES INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE :

Ces antidépresseurs sérotoninergiques se sont beaucoup développés, en raison d'une efficacité semblable à celle des tri-cycliques, mais avec :

- effets anticholinergiques faibles (voire nuls)
- absence de toxicité cardiaque.

Ils sont mieux tolérés que les autres A.D. Leurs effets indésirables sont surtout de types neurologiques et digestifs.

Les principales molécules disponibles sont illustrées dans le tableau ci-dessous (tableau n° 2).

Tableau n° 2 : liste des Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	
DCI	Nom commercial
escitalopram	Seroplex®
fluoxétine	Prozac®
paroxétine	Deroxat®
sertaline	Zoloft®
citalopram	Séronam®
fluvoxamine	Floxyfral®

3.1. MÉCANISME D'ACTION :

Les IRS inhibent la recapture de la sérotonine. Ils ont une spécificité d'action sur le système sérotoninergique. La puissance respective des différents IRS sur cette recapture est variable, la fluoxétine étant la moins puissante.

Ils ont également un effet sur la recapture d'autres neurotransmetteurs, mais de faible intensité. Toutefois, l'effet sur la sérotonine apparaît pour des concentrations plus faibles que l'effet sur les autres neurotransmetteurs.

3.2. PHARMACOCINÉTIQUE

- La biodisponibilité des IRS est bonne pour la plupart des molécules, elle varie de 70 % (fluoxétine) à 100 % (citalopram).
- la demi-vie est longue allant de 24 heures (paroxétine) à quelques jours (fluoxétine).
- Les paramètres pharmacocinétiques des différentes IRS sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 3 : Paramètres pharmacocinétiques des principales IRS.

Médicaments	Paramètres pharmacocinétiques
citalopram	Biodisponibilité excellente de 100 %.
	Demi-vie est de 33 heures.
	principal métabolite est le norcitalopram : métabolite actif
fluoxétine	biodisponibilité varie de 70 % à 85 %, demi-vie de 48 heures environ
	métabolite, la norfluoxétine, métabolite actif dont la demi-vie de l'ordre de 4 à 16 jours.
fluvoxamine	biodisponibilité est bonne,
	demi-vie est relativement brève de 15 à 22 heures.
	fixation aux protéines plasmatiques est de 77 %.
	pas de métabolites actifs
paroxétine	bien absorbée par voie orale
	demi-vie est de 24 heures en moyenne,
	métabolisme hépatique
	fixation aux protéines plasmatiques est forte (95 %).
sertaline	biodisponibilité est de 88 %.
	demi-vie est de 26 heures.
	fixation aux protéines plasmatiques est forte (99 %).

3.3. EFFETS INDÉSIRABLES :

Les effets indésirables des IRS sont dominés par les troubles digestifs et sexuels :

A. LES TROUBLES DIGESTIFS :

- Nausées, vomissements, surtout en début de traitement pour diminuer en quelques semaines.
- Parfois une constipation ou une anorexie

B. TROUBLES SEXUELS :

Les troubles sexuels sont plus fréquents chez l'homme (baisse de la libido, des troubles de l'orgasme anorgasmie, retard à l'éjaculation, dysérection).

C. EFFETS ENDOCRINIENS :

- prise de poids
- hyponatrémie par hypersécrétion d'ADH surtout chez le sujet âgé.
- hyperprolactinémie avec galactorrhée

D. TROUBLES NEUROLOGIQUES :

- céphalées, vertiges, troubles du sommeil, tremblements (parfois syndrome parkinsonien),

E. EFFETS PSYCHIQUES :

- levée d'inhibition et majoration du risque suicidaire,
- virage maniaque.

F. AUTRES :

- Syndrome sérotoninergique, souvent méconnu, justifie l'arrêt immédiat du traitement (surdosage ou interactions). Il associe un syndrome confusionnel, une hypomanie avec agitation, des diarrhées, de la fièvre, des contractions musculaires isolées ou myoclonies, des troubles de la coordination des mouvements, des tremblements, des frissons et une hypersudation. Le syndrome sérotoninergique peut survenir lors de l'association d'un ISRS et d'un IMAO réversible ou en cas d'absence d'un temps suffisamment long entre l'arrêt des IMAO et l'instauration du traitement ISRS. En cas de passage d'un IRS aux IMAO, un délai d'au moins cinq semaines devrait être respecté. Il est recommandé de respecter un délai de 2 semaines entre l'arrêt d'un IMAO non sélectif et le début d'un traitement par un ISRS.
- Hypersudation,
- Asthénie,
- hépatites cytolytiques ou mixtes.

3.4. INTERACTION MEDICAMENTEUSE :

La Fluoxétine et la paroxétine sont de puissants inhibiteurs du cytochrome P450.

Ils peuvent augmenter les taux plasmatiques des médicaments métabolisés par ce cytochrome donc surveillance clinique et dosage plasmatique en cas d'association avec la carbamazépine, le lithium, la phénytoïne, les anticoagulants oraux (contrôle INR), les β -bloquants, les antipsychotiques et les benzodiazépines.

3.5. INTOXICATION

L'intoxication aiguë par les IRS est généralement bénigne pratiquement asymptomatique ou avec des signes peu marqués (troubles digestifs et somnolence).

4. INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE ET DE LA NORADRÉNALINE : I.S.R.S.N.A

L'effet des derniers antidépresseurs résulte d'une action simultanée sur plusieurs grands systèmes de neurotransmission : les voies noradrénergiques et sur les voies sérotoninergiques.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ont les mêmes propriétés pharmacodynamiques que les IRS et les mêmes effets indésirables. Leurs effets indésirables sont ceux des IRS auxquels il faut ajouter ceux liés à une augmentation de la noradrénaline (problèmes cardio-vasculaires et HTA). Ils inhibent de manière plus ou moins marquée les iso enzymes du cytochrome P 450 et exposent au risque d'interactions médicamenteuses (avec surtout les anticoagulants oraux, la phénytoïne, la carbamazépine).

Les principales molécules sont la Minalcipran (Ixel®) et la venlafaxine (Effexor®).

5. AUTRES ANTIDÉPRESSEURS :

Ce groupe réunit les substances qui n'appartiennent à aucune des familles sus-citées et qui possèdent des propriétés antidépressives :

- Miansérine (Athymil®)
 - essentiellement noradrénergique, par blocage α_2 -présynaptique.
 - à dose forte, bloque les 5 HT2 post-synaptique.
- Viloxazine (Vivalan®)
 - agit sur les récepteurs post-synaptiques bêta (excitation),
 - effets atropiniques.
- Tianeptine (Stablon®)
 - augmente le recaptage présynaptique du 5HT
 - pharmacodépendance
- Mirtazapine (Norcet®)
 - effet α_2 bloqueur au niveau noradrénergique d'où augmentation du fonctionnement noradrénergique
 - augmentation du fonctionnement 5HT
- Imipraminiques tétracycliques :
 - maprotiline (Ludimil®)
- Précurseurs de la sérotonine :
 - le L 5 hydroxy tryptophane : oxitriptan (Levotonine®).
- Stimulants des récepteurs bêta adrénergiques :
 - Le Salbutamol, bêta 2 stimulant, a montré par voie intraveineuse de l'effet antidépresseur rapide, mais qui cessent après la perfusion.

6. RÈGLES DE PRESCRIPTIONS PARTICULIÈRES :

Chez l'enfant, les effets secondaires des tricycliques peuvent être accentués, notamment la rétention urinaire, les troubles respiratoires et l'hypertonie.

Chez la femme enceinte, les antidépresseurs tricycliques sont les molécules de choix à utiliser dans le cadre d'une grossesse nécessitant un antidépresseur. Aucune incidence de térato-génicité n'a été observée avec ces médicaments, mais des signes d'imprégnation (hyperexcitabilité, trouble tonus) et syndrome de sevrage.

Par contre, quelques études ont retrouvé avec la paroxétine une légère augmentation des cardiopathies congénitales, à type de CIV ou de CIA essentiellement, de gravité minime. Elle est alors à éviter chez la femme enceinte.

Chez le sujet âgé, les tricycliques doivent être utilisés avec prudence, compte tenu :

- d'une plus grande sensibilité à l'hypotension orthostatique et à la sédation ;
- d'un risque d'aggravation d'une constipation chronique avec risque d'iléus paralytique (clomipramine) ;
- d'un risque de rétention urinaire surajouté à celui provoqué par l'hyper-trophie prostatique.

7. MODALITÉS D'ARRÊT DES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES

Les antidépresseurs tricycliques doivent être diminués progressivement pour éviter les phénomènes de sevrage, fréquemment rapportés. Dans tous les cas, la diminution de doses par palier de 25 mg est recommandée.

En raison de la survenue de réactions indésirables à l'arrêt brutal des IRS, notamment celles avec une courte demi-vie (paroxétine, sertraline, fluvoxamine), des symptômes de sevrage ont pu être constatés tels que des troubles de la coordination, des maux de tête, des nausées et de l'irritabilité. Ainsi, il est recommandé de réaliser un arrêt progressif avec les IRS.

ÉVALUATION FORMATIVE

QUESTION n° 1 : Classer les antidépresseurs selon leur mécanisme d'action.

QUESTION n° 2 : Quel est l'intérêt des IMAO spécifiques ?

QUESTION n° 3 : Citer les effets indésirables des imipraminiques.

QUESTION n° 4 : Citer les effets indésirables des IRS.

QUESTION n° 5 : Détailler le mécanisme d'action des IRS.

QUESTION n° 6 : Détailler le syndrome sérotoninergique et les circonstances de survenue.

LES SELS DE LITHIUM

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Expliquer les mécanismes de survenue d'une intoxication aux sels de lithium, en déduire les précautions d'utilisation de ces produits.
2. Indiquer les effets indésirables et les signes d'intoxication dus aux sels de lithium.

Mise à jour Juin 2017

Les sels de lithium sont utilisés dans le traitement de la Psychose Maniaco Dépressive. C'est en 1949 que le psychiatre australien CADE a montré que les sels de lithium possédaient non seulement une action sédatrice sur les états d'excitation, les rapprochant des psycholeptiques, mais aussi une activité sur les désordres de l'humeur tels que la Manie et la Dépression. Les sels de lithium sont des thymorégulateurs : ce sont des régulateurs de l'humeur.

1. PRODUITS UTILISES :

- carbonate de lithium : Théralite®
- gluconate de lithium : Neurolithium®

À poids égal le carbonate et le gluconate ne contiennent pas les mêmes quantités de lithium.

2. PHARMACOCINÉTIQUE :

2.1. RÉSORPTION :

Digestive, complète en 6 à 8 heures.

2.2. DIFFUSION :

Le lithium est libre dans le plasma, non lié aux protéines. Le lithium traverse la barrière hémato-méningée et le placenta.

2.3. ÉLIMINATION :

Elle est essentiellement rénale. Le lithium est entièrement filtré par les glomérules. Sa clairance est de 20 à 25 ml/mn ce qui indique l'existence d'une réabsorption tubulaire.

Cette réabsorption se fait au niveau du tube proximal, elle est active et se fait en compétition avec celle du Na⁺. Cette réabsorption est augmentée en cas d'hyponatrémie, il en résulte une accumulation de lithium et un risque d'intoxication. Cette hyponatrémie pouvant être due :

- * soit à un régime désodé,
- * soit à un traitement salidiurétique ou par les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Le lithium est également excrété dans la salive et le lait. La demi-vie des sels de lithium est d'environ 24 heures.

3. PHARMACODYNAMIE

Le mécanisme d'action thérapeutique du lithium reste mal connu. Selon une hypothèse plus ou moins étayée par les données de la littérature, l'action du lithium passerait par un blocage des inositol phosphates à l'intérieur des neurones.

4. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT :

La posologie est réglée par la détermination de la concentration plasmatique du lithium (lithiémie).

- lithiémie efficace : entre 0,5 et 0,8 mmol/l. Ne doit pas dépasser 1 mmol/l.
- lithiémie toxique : > 1,2 mmol/l.

Le prélèvement sanguin est effectué le matin avant la prise matinale et 12 heures après la prise nocturne de la veille.

Il faut débiter le traitement par des doses faibles et divisées qui sont augmentées progressivement jusqu'à obtenir une lithiémie efficace.

Les lithiémies doivent être pratiquées :

- * tous les 3 jours en début de traitement,
- * toutes les semaines lorsque le taux thérapeutique est obtenu ceci pendant un mois,
- * puis tous les mois lorsque le traitement est bien adapté.

La lithiémie sera demandée devant tout signe de surdosage.

Remarque :

La concentration intraérythrocytaire de lithium est un meilleur reflet de la pénétration intracérébrale et intracellulaire du lithium que la lithiémie plasmatique. Notons que pour une lithiémie déterminée, le rapport lithium intraglobulaire/lithium plasmatique varie de 0,20 à 0,60 selon les individus.

5. EFFETS INDÉSIRABLES :

5.1. EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES :

- Digestifs : nausées, vomissements, diarrhées.
- Psychiques : sédation, somnolence.
- Neurologiques : tremblements des extrémités, vertiges,
- Musculaires : hypotonie musculaire et asthénie.

5.2. EFFETS INDÉSIRABLES TARDIFS :

- Prise de poids de 5 à 10 kg.
- Polyurie et polydipsie.
- Goitre euthyroïdien ou hypothyroïdien.
- Autres effets : acné, aggravation de psoriasis préexistant, troubles de la repolarisation cardiaque à l'E.C.G.

6. TOXICITÉ :

Se voit pour des taux toxiques supérieurs à 1,2 mmol/l.

Les accidents toxiques sont dus :

- * soit à l'ingestion d'une dose massive de Lithium dans une intention suicidaire.
- * soit à la réduction de la clairance rénale du Lithium consécutive à une insuffisance rénale ou à une hyponatrémie.

Une intoxication au Lithium doit être diagnostiquée le plus tôt possible. Dès que l'intoxication est suspectée, il faut arrêter le traitement.

Les signes annonciateurs d'une intoxication sont :

- * les contractions musculaires,
- * la faiblesse musculaire avec démarche instable,
- * la dysarthrie,
- * l'apathie.

L'intoxication grave se caractérise par :

- des signes neurologiques : syndrome pseudo-cérébelleux,
- une insuffisance rénale,
- un coma,
- des troubles de la conduction cardiaque.

7. INDICATIONS :

- Traitement préventif et curatif des Psychoses Maniaco Dépressives.
- Traitement initial des hyperthyroïdies en cas de contre-indication des antithyroïdiens de synthèse.

En cas de contre-indication du lithium, la carbamazépine ou le valproate de sodium, pourraient être utilisés.

8. CONTRE-INDICATIONS :

- Insuffisance rénale
- Cardiopathies décompensées et antécédents de troubles du rythme : en raison de la toxicité cardiaque.
- Les personnes qui ne peuvent pas contrôler leur traitement par des dosages du taux plasmatique de lithium.
- Femme enceinte pendant le premier trimestre de la grossesse.
- L'allaitement maternel.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 : Expliquez le mécanisme d'élimination rénale des sels de lithium et indiquez les interactions possibles à ce niveau.

Question n° 2 : Quels sont les signes d'intoxication dus aux sels de lithium ?

Question n° 3 : Quels sont les médicaments qui peuvent être utilisés dans la PMD en cas de contre-indications des sels de lithium ?

LES NEUROLEPTIQUES

Les objectifs éducationnels

Au terme de son apprentissage, l'étudiant devra être capable de :

1. Décrire les 5 critères pharmacologiques et cliniques qui permettent de classer un produit comme neuroleptique.
2. Indiquer l'intérêt de la classification pharmacologique des neuroleptiques.
3. Expliquer, en citant des exemples, l'intérêt des neuroleptiques utilisés par voie injectable.
4. Décrire les mécanismes des effets pharmacodynamiques des neuroleptiques typiques et atypiques.
5. Enumérer les effets indésirables des neuroleptiques typiques et atypiques en indiquant ceux qui sont liés à leurs propriétés pharmacodynamiques.

Connaissances préalables requises

- Cours : Les schizophrénies
- Cours : La classification des psychotropes

Mise à jour Juin 2019

INTRODUCTION :

Les neuroleptiques constituent les médicaments de choix de la schizophrénie. Le premier neuroleptique introduit en thérapeutique humaine a été la **Chlorpromazine** (1952 Charpentier et Laborit).

Les neuroleptiques appartiennent à la classe des **psycholeptiques** : substances qui « diminuent l'activité mentale » (classification de Deniker et Delay). Ils sont encore appelés tranquillisants majeurs.

Les neuroleptiques agissent en diminuant le fonctionnement des neurones dopaminergiques par blocage des récepteurs dopaminergiques pré et post-synaptiques.

En effet, plusieurs arguments plaident pour une atteinte du système dopaminergique lors des psychoses :

- la réserpine, diminuant les taux centraux de dopamine, améliore les symptômes des psychoses.
- l'inhibition de synthèse de la dopamine, par l'alphaméthyltyrosine, permet de diminuer les doses thérapeutiques.
- les agonistes dopaminergiques (ex : les amphétamines et la L- dopa) exacerbent la psychose schizophrénique ou induisent eux-mêmes une psychose paranoïde.

Par conséquent, la dopamine semble être le principal médiateur impliqué dans les psychoses.

Les troubles productifs ou symptômes positifs (délires, hallucinations, agitation) seraient dus à un hyperfonctionnement du système dopaminergique au niveau mésolimbique, alors que les troubles déficitaires ou symptômes négatifs (indifférence, perte d'initiative, du contact) seraient plutôt dus à une diminution du tonus dopaminergique au niveau mésocortical.

1. DÉFINITION :

En 1957 Delay et Deniker définissent le terme neuroleptique qui se caractérise par cinq points fondamentaux :

1.1. CRÉATION D'UN ÉTAT D'INDIFFÉRENCE PSYCHOMOTRICE :

Qui consiste en une diminution de l'activité motrice et de préoccupations (état d'insouciance) et d'indifférence à l'environnement.

1.2. DIMINUTION DE L'AGRESSIVITÉ ET DE L'AGITATION :

- * Chez l'animal : - l'agressivité induite chez le chat par la morphine (la folie morphinique du chat) disparaît,
- « les rats boxeurs » : perdent toute agressivité.
- * Chez l'homme : réduction de tous les états d'agitation et d'agressivité.

1.3. SUR LE PLAN CLINIQUE : ACTION ANTIPSYCHOTIQUE

Ils réduisent progressivement les psychoses aiguës et chroniques notamment la schizophrénie.

1.4. MÉCANISME D'ACTION : ACTION SOUS CORTICALE PRÉDOMINANTE

Au niveau du système mésolimbique, par blocage des récepteurs dopaminergiques.

1.5. EFFETS INDÉSIRABLES :

- du type extrapyramidal : par blocage des récepteurs dopaminergiques du système nigrostrié.
- sur le système nerveux autonome :
 - * ils ont des propriétés alpha bloquantes : hypotension orthostatique.
 - * ils sont parasympatholytiques et possèdent les mêmes contre indications que l'atropine.

2. CLASSIFICATION :

Actuellement, on classe les neuroleptiques en deux grandes classes : les neuroleptiques typiques ou classiques et les neuroleptiques atypiques.

2.1. CLASSIFICATION CHIMIQUE :

a. les neuroleptiques classiques ou de première génération :

Il existe quatre principales classes de neuroleptiques de 1ère génération. A l'intérieur de chaque classe se trouvent des composés ayant des spectres thérapeutiques très différents.

CLASSE CHIMIQUE	DCI	MÉDICAMENTS
- Phénothiazines :	chlorpromazine	Largactil®, chlorpromazine®
	lévomépromazine	Nozinan®,lévomépromazine®
	propériciazine	Neuleptil®
	Fluphénazine	Moditen®, Modécate®
- Butyrophénones :	halopéridol	Haldol®, Neurodol®
	pipampérone	Dipipéron®
Diphényl Butyl pipéridines	pimoside	Orap®
- Thioxantènes	flupentixol	Fluanxol®
- Benzamides	sulpiride	Dogmatil®, Sinaprid®, Dogmacare®
	amisulpiride*	Solian®, Zolen®, Amipride®
	métoclopramide	Primpéran®
	tiapride	Tiapridal®

*parfois classé comme neuroleptique de seconde génération

b. Les neuroleptiques atypiques ou de seconde génération.

Les neuroleptiques de seconde génération appartiennent aux classes chimiques suivantes :

- Dibenzodiazépineset dérivés qui ont une structure tricyclique proche de celle des phénothiazines (clozapine : Laponex®, olanzapine : Zyprexa® et quétiapine :Xeroquel®)
- Benzisoxazoles(risperidone : Risperdal®)
- Imidazolidinones(sertindole : Serolect®)
- Benzothiazoles(Ziprazidone : Zeldox®)
- Quinolinones (aripiprazole : Abilify®)
- Isoindolones (lurasidone : Latuda®)

2.2. CLASSIFICATION PHARMACOLOGIQUE :

Les effets thérapeutiques des neuroleptiques sont :

- L'effet sédatif : la capacité à réduire la tension nerveuse, l'angoisse ou une activité mentale excessive. C'est un effet rapidement obtenu, recherché en période de crise et que l'on cherche à limiter par la suite.
- L'effet incisif (ou antipsychotique) : la diminution des productions délirantes et hallucinatoires des patients. C'est l'effet le plus spécifique de ces médicaments. Il est plus tardif que l'effet sédatif.
- Effet antidéficitaire : ne s'exerce pas sur les symptômes négatifs secondaires au délire, mais sur les symptômes négatifs primaires de la maladie. Il est plus tardif.

Tous les neuroleptiques n'ont pas une action équivalente, et un même médicament peut, en outre, exercer des effets différents en fonction de la posologie employée.

Il existe plusieurs classifications, dont :

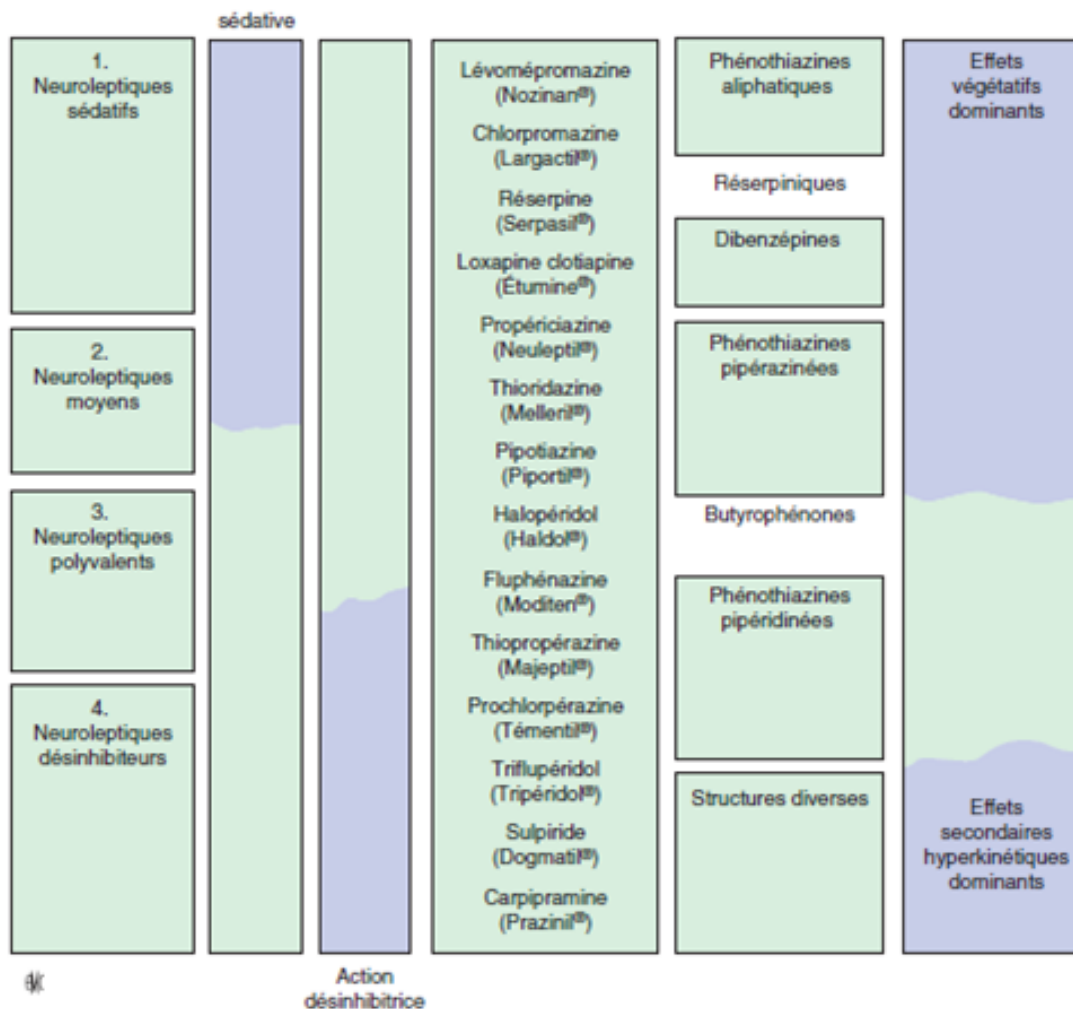
*** La classification de Lambert :** Lambert (1960) a classé les neuroleptiques, selon leurs effets thérapeutiques et indésirables en opposant les effets sédatifs et incisifs (ou antiproduitifs). Il a ainsi situé, sur un axe allant de gauche à droite :

- A l'extrémité gauche : Les Neuroleptiques les plus sédatifs, ayant le plus d'effets sur l'agitation et l'angoisse au prix d'effets indésirables neurovégétatifs marqués (lévomépromazine).
- A l'extrémité droite : Les Neuroleptiques les plus « incisifs », qui agissent sur les symptômes positifs que sont les hallucinations ou le délire au prix d'effets indésirables extrapyramidaux (halopéridol).
- Entre ces 2 extrémités ont été classés les autres neuroleptiques

*** La classification de Deniker et Ginestet (1971) :** cette classification oppose l'effet sédatif à l'effet désinhibiteur. Elle distingue 4 catégories :

- Les sédatifs (lévomépromazine ou chlorpromazine), ayant des effets végétatifs importants ;
- Les moyens (propérialazine), ayant des effets thérapeutiques et indésirables modérés
- Les polyvalents (halopéridol, fluphénazine, pipotiazine) ayant à la fois une action sédatrice, une action réductrice sur les délires, ou une action désinhibitrice dans les syndromes déficitaires.
- Les désinhibiteurs (sulpiride) qui associent, pour certains, des effets neurologiques puissants à leurs effets thérapeutiques.

Figure 1 : Classification clinique des neuroleptiques selon Deniker et Ginestet (EMC psychiatrie 2015)



3. PHARMACODYNAMIE :

3.1. NEUROLEPTIQUES CLASSIQUES :

Tous les neuroleptiques **classiques** sont des antagonistes dopaminergiques, essentiellement des récepteurs D2. Cet antagonisme n'est pas sélectif. En effet, les neuroleptiques bloquent d'autres systèmes de neurotransmission, expliquant ainsi la plupart des effets indésirables.

a. blocage des récepteurs dopaminergiques :

L'action antagoniste des neuroleptiques s'exerce par l'intermédiaire de 4 voies dopaminergiques avec pour conséquence certains effets thérapeutiques mais aussi indésirables.

- **Système mésolimbique** : activité antipsychotique (corrélée à leur affinité pour les récepteurs D2) :

- * diminution de l'agitation et de l'agressivité ;
- * réduction de la tension psychique, impassibilité émotionnelle ;
- * indifférence affective ;
- * réduction ou disparition des manifestations hallucinatoires et délirantes ;
- * action désinhibitrice : diminution du repli causé par les idées délirantes du patient.

- **Système mésocortical** : aggravation de l'hypofonctionnement dopaminergique et, ainsi, des symptômes négatifs de la schizophrénie.

- **Axe hypothalamo-hypophysaire** : diminution des stimulines hypophysaires par l'intermédiaire d'un effet sur les releasing-factors : galactorrhée, impuissance, frigidité, aménorrhée...

- **Voie nigro-striée** : à l'origine de troubles neurologiques du type extra pyramidal.

L'action antagoniste s'exerce également au niveau du centre du vomissement induisant un effet anti-vomitif.

b. blocage des récepteurs alpha adrénergiques :

- au niveau périphérique : hypotension orthostatique.
- au niveau central : sédation (diminution de la vigilance).

c. blocage des récepteurs cholinergiques muscariniques :

Ce blocage est surtout l'apanage des neuroleptiques dérivés de la Phénothiazine.

Il se traduit par :

- au niveau central : des symptômes confusionnels, des troubles mnésiques et attentionnels
- au niveau périphérique :
 - une sécheresse de la bouche,
 - un ralentissement du transit intestinal,
 - une augmentation de la pression intraoculaire,
 - une rétention urinaire.

d. blocage des récepteurs histaminiques H1 :

Ce blocage est responsable d'une sédation utilisée en thérapeutique surtout chez l'enfant. Il peut également être à l'origine d'augmentation de l'appétit.

e. blocage des récepteurs sérotoninergiques :

Augmentation de l'appétit et prise de poids

Tous les neuroleptiques sont capables de bloquer ces différents récepteurs, cependant l'intensité du blocage n'est pas la même pour tous les produits.

A noter que pour chaque neuroleptique, certaines parmi ces propriétés pharmacodynamiques peuvent apparaître à des posologies plus faibles que celles nécessaires pour obtenir un effet « anti psychotique ».

3.2. NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES :

Ces neuroleptiques se distinguent des neuroleptiques classiques par une singularité de leur profil de liaison privilégiant d'autres récepteurs (essentiellement **sérotoninergiques 5HT2**) outre les seuls récepteurs dopaminergiques D2. Ceci permet de garder une activité antipsychotique en s'affranchissant de certains effets latéraux liés au blocage D2.

Un rapport entre le taux d'occupation des récepteurs 5-HT2 et des récepteurs D2 (**5-HT2 /D2**) est utilisé pour classer les neuroleptiques. Ainsi, les neuroleptiques de première génération ont un rapport < 1 , alors que les neuroleptiques de deuxième génération ont un **rapport > 1** .

Les neuroleptiques atypiques sont caractérisés par :

- * une meilleure efficacité sur les symptômes négatifs de la schizophrénie
- * un plus faible risque d'effets indésirables neurologiques
- * un moindre risque d'hypersécrétion de prolactine.

En effet, les neuroleptiques atypiques vont lever l'inhibition exercée par les voies sérotoninergiques sur les neurones

dopaminergiques en bloquant les récepteurs sérotoninergiques et ainsi permettre une augmentation de la libération de dopamine.

Ainsi, l'action des neuroleptiques atypiques est la résultante entre 2 composantes opposées :

– (1) induction de libération de dopamine (par l'effet antagoniste 5HT₂)

– (2) blocage des récepteurs dopaminergiques (antagonisme D₂)

➔ La résultante entre l'effet 5HT₂ et l'effet D₂ dépend de l'ampleur de l'influence inhibitrice sérotoninergique sur les diverses voies dopaminergiques :

- Dans la voie mésolimbique, le tonus 5HT₂ est faible, la résultante est le blocage D₂, favorable au traitement des symptômes positifs des psychoses.

- Dans les autres voies (mésocorticale, nigrostriée et tubéro-infundibulaire), le tonus 5HT₂ est puissant, la résultante est une stimulation de la transmission dopaminergique, favorable au traitement des symptômes négatifs et prévention des effets secondaires observés avec les neuroleptiques classiques.

Le chef de file pharmacologique de ce groupe est la **clozapine**.

L'aripiprazole, un nouveau neuroleptique atypique, agit différemment. Il s'agit d'un agoniste dopaminergique D₂ partiel, il se comporte comme :

- antagoniste D₂, en cas de tonus dopaminergique élevé

- agoniste, en cas de tonus faible

Il a également un effet antagoniste modeste 5HT₂.

4. PHARMACOCINÉTIQUE :

- **Résorption** digestive variable, faible pour la Chlorpromazine (10%) plus élevée pour l'halopéridol (40 à 70%) Tmax variable : 2 à 4 h, en moyenne 8 h. Il existe un effet de 1^{er} passage hépatique sauf pour les thioxanthènes.

- **Le passage de la barrière hémato-encéphalique :**

Un accès plus facile à certaines structures tel le centre du vomissement et un mauvais passage de la barrière hémato-encéphalique rendent utilisables comme antivomitif des substances comme le métoclopramide (Primpéran®). Un passage faible peut être responsable de la survenue de troubles périphériques avant celle de l'effet antipsychotique, c'est le cas des effets indésirables endocriniens du sulpiride (l'axe hypothalamo-hypophysaire est « hors barrière »).

- **Leur dégradation hépatique** est importante. La plupart des neuroleptiques sont métabolisés par le cytochrome P450. Les métabolites des phénothiazines, de l'halopéridol, des thioxanthènes, des dibenzo-diazépines sont actifs mais moins que la molécule mère. Le métabolite de la rispéridone possède des propriétés pharmacologiques proches de la molécule mère. Les benzamides sont peu métabolisés. Certains métabolites peuvent rester très longtemps dans l'organisme, jusqu'à un an après l'arrêt du traitement.

La durée de l'effet thérapeutique, après une prise unique, peut varier de quelques heures à quelques jours selon les substances. La plupart des produits ont des demi-vies relativement longues.

- **Leur élimination** est essentiellement rénale et accessoirement biliaire.

- **Les formes injectables :**

Certaines formes injectables (intramusculaires) sont adaptées aux urgences devant un pic précoce et une vitesse de résorption rapide. Elles sont utilisées à posologie élevée en cas d'agitation avec refus de traitement ou en anesthésiologie : c'est le cas du droperidol (Droleptan®).

D'autres formes ayant une action retardée sont également administrées par voie injectable (I.M.) et ont un effet prolongé. Les concentrations maximales sont atteintes en plusieurs jours, ce qui autorise des administrations espacées. La biodisponibilité de ces substances est importante.

Tableau n°2 : Durée d'activité des Neuroleptiques retard

DCI	Médicaments	Durée d'activité
fluphénazine (énantate)	Moditen® retard	2 semaines
fluphénazine (décanoate)	Modécate®	3 semaines
Pipotiazine (palmitate)	Piportil L4®	4 semaines
Flupentixol (décanoate)	Fluanxol retard®	2 semaines
Halopéridol (décanoate)	Haldoldécanoas®	4 semaines
Rispéridone	RisperdalConsta®	2 semaines
halopéridol (décanoate)	Haldol décanoas®	4 semaines

5. EFFETS INDÉSIRABLES :

5.1. EFFETS GRAVES ET RARES :

- a. **Mort subite** de cause inexpliquée, constatée le plus souvent après administration parentérale (intramusculaire).
- b. **Cardiologiques** : Les neuroleptiques induisent un allongement de l'intervalle QT qui expose à un risque de torsade de pointes (à l'origine de sensations vertigineuses ou de syncopes) qui peut se compliquer de fibrillation ventriculaire, voire de mort subite. Les neuroleptiques atypiques, peuvent induire également un allongement de l'intervalle QT surtout rapporté avec l'olanzapine, la rispéridone, la clozapine, la ziprasidone et, plus rarement, avec la quétiapine. Des torsades de pointe ont été signalées avec l'amisulpride. La commercialisation du sertindole a été suspendue en raison de cas d'allongement du QT.
- c. **Agranulocytose** : exceptionnelle mais foudroyante. Elle survient surtout avec les phénothiazines d'où la nécessité de surveiller la Numération Formule Sanguine. Elle se produit dans 80 % des cas, dans les 18 premières semaines du traitement. Son mécanisme pourrait être auto-immun.
- d. **Syndrome malin** : est une complication potentiellement mortelle qui impose l'arrêt immédiat du neuroleptique et nécessite l'hospitalisation. L'incidence est faible (0,02 à 2,5 % des patients). Il est caractérisé par une rigidité musculaire qui se traduit par une élévation des créatines phosphokinases (CPK) et une hyperthermie. Une dysrégulation neuro-végétative (tachycardie, sueurs profuses, hyperpnée, pression artérielle variable), des troubles de la conscience ainsi qu'une hyperleucocytose peuvent survenir. En l'absence de prise en charge, le tableau peut conduire au décès en 24 à 48 heures (20 % de mortalité).

Ce syndrome a été observé avec tous les neuroleptiques. Toutefois, l'administration parentérale du neuroleptique constitue un facteur de risque.
- e. **Ictère par rétention de type cholestatique**: une légère perturbation du bilan hépatique est par contre fréquente.

5.2. EFFETS INDÉSIRABLES PLUS FRÉQUENTS :

La plupart de ces effets indésirables sont expliquée par le mécanisme d'action de ces médicaments (soit par leurs actions sur les récepteurs dopaminergiques ou sur les autres récepteurs : non spécifiques : histaminiques, muscariniques, alpha adrénergiques)

A. NEUROVÉGÉTATIFS :

Ils sont dus à deux actions :

- Alpha-bloquante : lipothymie et hypotension orthostatique. Le risque est fortement accru lors de l'association d'antihypertenseurs. Pour corriger ce trouble il est d'usage d'associer de l'heptaminol (Heptamyl®).
- Parasympatholytique : se voient surtout avec les neuroleptiques sédatifs (phénothiazines, clozapine, olanzapine)
- sécheresse de la bouche (peut être combattue par la prise de Sulfarlem®).
- constipation, rétention d'urine.
- augmentation de la pression intra-oculaire (Glaucome).

Ces effets contre-indiquent ces produits chez le glaucomateux et le prostatique.

B. ENDOCRINIENS ET GÉNITAUX :

(phénothiazines, halopéridol et surtout le sulpiride et l'amisulpride)

- galactorrhée chez l'homme et chez la femme avec gynécomastie, espacement des menstruations ou aménorrhée,
- frigidity chez la femme,
- impuissance chez l'homme,

Ces effets sont moins fréquents avec les neuroleptiques de seconde génération : la clozapine, le sertindole, la ziprasidone et la quétiapine induisent peu, ou pas d'hyperprolactinémie. Toutefois, l'hyperprolactinémie est fréquente avec la rispéridone.

C. MÉTABOLIQUES :

- Prise de poids : surtout avec les phénothiazines ainsi que la clozapine et l'olanzapine. Elle se voit habituellement dès l'instauration du traitement. C'est un facteur de mauvaise observance. Le mécanisme pourrait être lié à 3 types de facteurs : une augmentation de l'appétit (par blocage histaminique et sérotoninergique), une diminution de l'activité physique et une diminution du métabolisme de base.

- Diabète : avec les phénothiazines et surtout les neuroleptiques atypiques (clozapine, olanzapine..). La rispéridone induirait moins ou pas d'hyperglycémie. Le rôle diabétogène des neuroleptiques est expliqué par l'induction d'une résistance péri-

phérique à l'insuline associée à une sécrétion accrue d'insuline.

- Dyslipidémies : avec les phénothiazines et les dibenzodiazépines. Les butyrophénones sont relativement exemptes de cet effet.

➔ La prise de poids, le diabète et les dyslipidémies augmentent les complications cardio vasculaires. Tous les patients schizophrènes doivent faire l'objet d'une évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires : quantification de leur consommation tabagique, recherche d'antécédents cardiovasculaires, pesée, mesure du tour de taille, mesure de la pression artérielle, bilan lipidique.

D. PSYCHIQUES :

- Asthénie physique et psychique, obnubilation, somnolence.
- État dépressif dû à la suppression du délire.
- Syndrome confusionnel lié à l'effet anticholinergique central.
- Perte de l'affectivité
- État d'indifférence.

Ces manifestations sont souvent intriquées avec les symptômes de la maladie elle-même et il est parfois difficile de faire la part des choses.

- Asthénie physique et psychique obnubilation, somnolence.
- Etat dépressif dû à la suppression du délire.
- Syndrome confusionnel lié à l'effet anticholinergique central.
- Perte de l'affectivité
- Etat d'indifférence.

Ces manifestations sont souvent intriquées avec les symptômes de la maladie elle-même et il est parfois difficile de faire la part des choses.

E. NEUROLOGIQUES :

e1. Syndrome Hyperkinéto-Hypertonique : est dû à un blocage des récepteurs dopaminergiques au niveau de la voie nigro-striée. Il est de survenue précoce et comporte :

1. des dyskinésies aiguës (ou dystonies): à localisation essentiellement céphalique : torticolis, trismus, crise oculogyre, opisthotonos. Lors de l'accalmie : hypertonie musculaire.

Ces dyskinésies aiguës fréquentes avec les butyrophénones et les phénothiazines surviennent plus souvent chez le sujet jeune de sexe masculin.

2. un syndrome hyperkinétique :

- une akathisie : incapacité de rester assis tranquille.
- tsakinésie : besoin de bouger.

Ces manifestations sont bénignes et tendent à disparaître à la poursuite du traitement.

3. un syndrome pseudo Parkinsonien : caractérisé par :

- Akinésie, hypertonie, tremblements.

Ce syndrome apparaît en général quelques semaines ou quelques mois après le début du traitement et tendrait à s'atténuer au fil des années.

- Syndrome akinéto-hypotonique avec hypomimie : regard fixe, non expressif, paroles monotones et mimique inexpressive.

Les neuroleptiques atypiques sont moins pourvoyeurs de ces effets du fait de la prédominance de leur effet antagoniste sérotoninergique au niveau de cette voie. Certains neuroleptiques (tels que la chlorpromazine, la lévomépromazine, la clozapine et l'olanzapine) sont doués en eux-mêmes de propriétés anticholinergiques qui s'opposent aux effets du blocage de la voie nigrostriée et rendent inutile l'association à des anticholinergiques.

Le syndrome parkinsonien et les dyskinésies aiguës sont bien corrigés par les anticholinergiques de synthèse (Parkizol®). Ces derniers induisent une hypoactivité des neurones cholinergiques postsynaptiques « libérés » du contrôle inhibiteur dopaminergique par l'action des neuroleptiques.

Par contre l'akathisie est résistante à ces produits. Il faudra soit administrer un beta bloquant (tel que lepropanolol) ou de faibles doses de benzodiazépines soit changer le traitement.

e2. Dyskinésies tardives : associent des dyskinésies orofaciales : mâchonnement, succion et mouvements de la langue, contractions rythmées des mâchoires, à des dyskinésies des membres et du tronc : tremblement choréique, balancement

et oscillations rythmiques du corps. Elles peuvent apparaître après une durée d'au moins 3 mois. Ces effets peuvent être irréversibles (même après l'arrêt du neuroleptique). Elles impliquent une sensibilisation (up-regulation) des récepteurs D2 dopaminergiques. L'utilisation prolongée des neuroleptiques est associée à une augmentation de la densité de ces récepteurs au niveau du striatum.

En cas d'apparition de ce type de dyskinésie, les correcteurs antiparkinsoniens n'ont aucun effet. Il convient d'arrêter le NLP de première génération et passer à un neuroleptique de 2ème génération.

e3. Epilepsie : Les neuroleptiques, surtout sédatifs, stimulent l'existence de foyers épileptogènes. La surveillance de l'EEG est nécessaire surtout pour les épileptiques connus. L'expression clinique de cette modification électrophysiologique est rare en pratique avec les neuroleptiques classiques sauf pour la chlorpromazine particulièrement qui augmente plus le risque de crises d'épilepsie. Parmi les neuroleptiques atypiques, seule la clozapine est associée à un risque important de crises d'épilepsie.

F. CUTANÉS :

- Photosensibilisation : surtout avec la chlorpromazine.
- D'ordre allergique : surtout chez le personnel infirmier manipulant la Chlorpromazine.

Ou sous forme de dépôts cutanés avec apparition d'une coloration pourpre de la peau en relation essentiellement avec les phénothiazines.

G. OCULAIRES :

Sous forme de dépôts oculaires pouvant mener à la cécité.

H. DIGESTIFS :

- Hyposialorrhée provoquant une sécheresse de la bouche avec des caries dentaires, des gingivites ou des candidoses.
- Constipation fréquente et gênante.
- Iléus paralytique.

I. CAS PARTICULIERS DES NEUROLEPTIQUES À ACTION PROLONGÉE (N.A.P.).

Les N.A.P. peuvent être responsables de l'ensemble des effets indésirables que nous venons de décrire. Un effet est particulier aux N.A.P. : le syndrome d'asthénie- aboulie qui apparaît précocement pendant 12 à 24 heures entre le deuxième et le cinquième jour après l'injection.

6. INDICATIONS :

6.1. PSYCHIATRIQUES :

A. PSYCHOSES AIGUËS :

- accès maniaques,
- bouffées délirantes,
- états confuso-oniriques,
- accidents gravido-puerpéraux.

B. PSYCHOSES CHRONIQUES :

- schizophrénie sous toutes ses formes,
- délires chroniques non schizophréniques.

6.2. NON PSYCHIATRIQUES :

- En anesthésie : lors de la neuroleptanalgie.
- Antiémétique : Métoclopramide.
- Hoquet : Halopéridol, Sulpiride.
- Cure de sommeil : neuroleptique + hypnotique.
- Certains états psychosomatiques : colopathie, affections dermatologiques.
- Syndromes algiques en particuliers cancéreux.

Enfin **il faut éviter l'utilisation des neuroleptiques comme sédatifs.**

« Bien que ce soit pharmacologiquement exact, il faut s'élever contre cet usage des neuroleptiques. Il ne manque pas de tranquillisants efficaces et non neuroleptiques » (D. Laplane).

7. CONTRE INDICATIONS :

Il n'existe aucune contre indication absolue de prescription des neuroleptiques.

Les contre indications relatives sont corrélées aux différentes propriétés pharmacologiques des neuroleptiques : anticholinergiques, adrénolytiques α_1 , antidopaminergiques et antihistaminiques.

Il faut faire attention chez l'enfant (surveillance étroite), les personnes âgées (plutôt sédatifs) et chez la femme enceinte (pas de malformations imputées aux neuroleptiques, les données sont limitées pour les neuroleptiques de seconde génération).

En pratique, il faut préférer les produits connus depuis longtemps : Largactil® et Nozinan® et les utiliser à doses modérées.

8. ASSOCIATIONS ET INTERACTIONS :

8.1. MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX :

- 2 neuroleptiques : justifiée si leurs profils cliniques sont différents.
- Neuroleptique + tranquillisant : aggravation de la sédation.
- Neuroleptique + antidépresseur : potentialisation des effets atropiniques communs.
- Neuroleptique + lithium : induction d'états confusionnels.
- Neuroleptique + barbiturique : majoration de la dépression centrale, comme lors de l'association avec l'alcool.

8.2. AUTRES

- phénothiazines + pansement digestif : diminution de la résorption des phénothiazines.
- neuroleptique + bêtabloquant : majoration de l'hypotension.
- neuroleptique + antidiabétique oral : déséquilibre du diabète. La chlorpromazine à fortes doses augmente la glycémie.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 : Enumérez les cinq points fondamentaux de la définition d'un neuroleptique selon Delay et Deniker.

Question n° 2 : Quel est l'intérêt des neuroleptiques injectables ?

Question n° 3 : Détaillez les effets indésirables neurologiques des neuroleptiques classiques en expliquant leurs mécanismes.

Question n° 4 : Quel est l'intérêt des neuroleptiques dits «atypiques» ?

Question 1 : - création d'un état d'indifférence psychomotrice
- diminution de l'agressivité et de l'agitation
- sur le plan clinique : action antipsychotique
- mécanisme d'action : action sous corticale prédominante
- effets indésirables :
- de type extrapyramidal
- sur le système nerveux autonome
-- traitement en cas d'urgence
- les formes d'action retardée permettent d'obtenir un effet prolongé

Question 2 : - efficacité sur les signes négatifs
- Moins d'effets extrapyramidaux
- moins de risque d'augmentation de la sécrétion de prolactine

Question 3 : - syndrome hyperkinéto-hypertonique (dyskinésie aiguë, syndrome hyperkinétique et syndrome pseudo-parkinsonien) du à un blocage des récepteurs D2 de la voie nigrostriée
- dyskinésies tardives par surexpression des récepteurs dopaminergiques
- abaissement du seuil épileptogène

Question 4 :

ANXIOLYTIQUES

Les objectifs éducationnels

Au terme de son apprentissage, l'étudiant devra être capable de :

1. Décrire le mécanisme d'action des benzodiazépines.
2. Décrire les actions pharmacologiques communes des benzodiazépines
3. Dédire les conséquences pratiques résultant des caractéristiques pharmacocinétiques des benzodiazépines.
4. Déterminer les effets indésirables des benzodiazépines.
5. Déterminer les précautions d'emploi des benzodiazépines.

Mise à jour Juin 2022

Les anxiolytiques agissent en réduisant la tension émotionnelle et l'anxiété qu'elle soit isolée ou rentrant dans le cadre d'une névrose ou d'une psychose.

Ce chapitre doit être étudié en même temps que les hypnotiques (voir chapitre Hypnotiques...).

1. LES BENZODIAZÉPINES (BZD) :

Les benzodiazépines sont des médicaments anxiolytiques largement utilisés. Elles sont généralement considérées sûres et efficaces.

A. PHARMACODYNAMIE :

a. Mécanisme d'action

Les cibles des actions des benzodiazépines sont les récepteurs de l'acide γ -aminobutyrique ($GABA_A$). Le GABA est le principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central (SNC).

Les récepteurs $GABA_A$ sont composés d'une combinaison de cinq sous-unités α , β et γ (2 sous unités α , 2 sous unités β et une sous unité γ) qui recouvrent la membrane postsynaptique. Pour chaque sous-unité, de nombreux sous-types existent (par exemple, il existe six sous-types de la sous-unité α).

La liaison du GABA à son récepteur déclenche une ouverture du canal ionique central, permettant à l'ion chlore de traverser le pore. L'afflux d'ions chlorure provoque une hyperpolarisation du neurone et diminue la neurotransmission en inhibant la formation de potentiels d'action.

Les benzodiazépines modulent les effets du GABA en se liant à un site spécifique de haute affinité (distinct du site de liaison au GABA) situé à l'interface de la sous-unité α et de la sous-unité γ sur le récepteur $GABA_A$. Ces sites de liaison sont parfois appelés «récepteurs des benzodiazépines (BZ)».

Les sous-types de récepteurs BZ courants dans le SNC sont désignés par BZ1 ou BZ2, selon que le site de liaison comprend respectivement une sous-unité $\alpha 1$ ou $\alpha 2$.

Les benzodiazépines augmentent la fréquence d'ouverture des canaux produites par le GABA. En effet, la liaison d'une benzodiazépine à son site récepteur augmente l'affinité du GABA pour le site de liaison du GABA.

Les effets cliniques des différentes benzodiazépines sont en bonne corrélation avec l'affinité de liaison de chaque médicament pour le complexe récepteur GABA-canal chlore.

b. Actions

Toutes les benzodiazépines présentent, dans une certaine mesure, les propriétés suivantes :

1. Réduction de l'anxiété :

A faible dose, les benzodiazépines sont anxiolytiques. On pense qu'elles réduisent l'anxiété en augmentant sélectivement la transmission GABAergique dans les circuits neuronaux du système limbique du cerveau.

Les **benzodiazépines à action prolongée**, sont souvent préférées chez les patients dont l'anxiété peut nécessiter un **traitement prolongé**.

2. Sédation/action hypnotique :

Toutes les benzodiazépines ont des propriétés sédatives et calmantes, et certaines peuvent avoir un effet hypnotique à des doses plus élevées. Exp : le nitrazépam (Mogadon®).

Dans le traitement de l'insomnie, il est important d'équilibrer l'effet sédatif nécessaire au moment du coucher et la sédation résiduelle au réveil. Les benzodiazépines à longue durée d'action sont rarement utilisées, en raison de leur demi-vie prolongée, qui peut entraîner une sédation diurne excessive et une accumulation du médicament, surtout chez les personnes âgées.

Contrairement à l'effet anxiolytique, la sédation est soumise à une tolérance rapide puisqu'elle s'atténue en quelques jours. L'effet sédatif est d'autant plus puissant que la demi-vie d'élimination du produit est courte.

3. Amnésie antérograde :

L'altération temporaire de la mémoire lors de l'utilisation des benzodiazépines. La capacité d'apprendre et de former de nouveaux souvenirs est également altérée.

4. Action anticonvulsivante :

Plusieurs benzodiazépines ont une activité anticonvulsivante.

Particulièrement avec le diazépam (Valium®) et le clonazépam (Rivotril®).

5. Myorelaxation

A fortes doses, les benzodiazépines détendent la spasticité des muscles squelettiques, probablement en augmentant l'inhibition présynaptique dans la moelle épinière.

Exp : le tétrazépam (Myolastan®).

B. PHARMACOCINÉTIQUE

Les benzodiazépines sont lipophiles. Elles sont rapidement et complètement résorbées après administration orale, se distribuent dans tout l'organisme et pénètrent rapidement dans le système nerveux central.

Toutes les benzodiazépines traversent le placenta et peuvent déprimer le SNC du nouveau-né quand elles sont administrées avant la naissance.

La plupart des benzodiazépines sont métabolisées par le système microsomal hépatique en composés qui sont également actifs et participent à l'action thérapeutique pour certains médicaments (comme le clorazépate (Tranxène®)), c'est le métabolite qui est actif.

Les benzodiazépines sont excrétées dans l'urine sous forme de glucuronides ou de métabolites oxydés.

La demi-vie est variable en fonction de la substance en cause et de ses métabolites actifs. Elle est importante en clinique, car la durée d'action peut déterminer l'utilité thérapeutique. Les benzodiazépines peuvent ainsi être réparties en 2 classes :

Benzodiazépines à action longue utilisées comme anxiolytiques	Benzodiazépines à action courte utilisées comme anxiolytiques, ou hypnotiques
* chlordiazépoxide (Librax®)	* bromazépam (Lexomil®)
*clorazépate dipotassique (Tranxène®)	* estazolam (Nuctalon®)
* clotiazépam (Véatran®)	* flunitrazépam (Rohypnol®)
* diazépam (Valium®)	* lorazépam (Témesta®)
* prazépam (Lysanxia®)	* nitrazépam (Mogadon®)
* clobazam (Urbanyl®)	* nordazépam (Nordaz®)
	* oxazépam (Séresta®)
	* témazépam (Normison®)
	* alprazolam (Xanax®)
	* loprazolam (Havlane®)
	* lormétazépam (Noctamide®)

En tenant compte des transformations métaboliques, il est possible d'orienter la prescription thérapeutique à partir de la demi-vie plasmatique et de déterminer la fréquence des prises.

C. EFFETS INDÉSIRABLES

- **La somnolence** et la confusion sont les effets indésirables les plus courants des benzodiazépines. La somnolence est marquée surtout les premiers jours. Il faut commencer par des doses faibles. L'alcool et d'autres déprimeurs du SNC renforcent les effets sédatifs-hypnotiques des benzodiazépines.

- **Des troubles cognitifs** (diminution de la mémoire à long terme et de la rétention de nouvelles connaissances) peuvent survenir avec l'utilisation de benzodiazépines, surtout chez les sujets âgés.

- **Amnésie antérograde** : rare mais très grave. Se voit surtout aux doses élevées. C'est pour cela que le Halcion® a été retiré du commerce ainsi que le Rohypnol® 1 et 2 mg. Elle consiste en une « perte de mémoire » lorsque l'on est sous l'effet du produit. Elle a donné lieu à des drames surtout quand c'est utilisé à des fins délictueuses.

- **Des troubles du comportement**, de survenue rare, ont été impliqués dans la survenue de troubles du comportement comportant une désinhibition, une euphorie, une irritabilité, une amnésie de fixation. Ce syndrome peut s'accompagner de troubles potentiellement dangereux pour le patient ou pour autrui, à type de :

- comportement inhabituel pour le patient ;
- comportement agressif, notamment si l'entourage tente d'entraver l'activité du patient ;
- conduites automatiques avec amnésie post-événementielle (par exemple : voyages lointains).

- **Toxicité** : à très fortes doses, confusion, difficulté de l'élocution, ataxie, obnubilation, coma avec dépression respiratoire et cardiovasculaire (collapsus).

- L'ataxie survient à des doses élevées et empêche les activités qui nécessitent une coordination motrice fine, comme la conduite automobile ou des machines.

- Dépendance et tolérance

Une dépendance psychique (développement d'une anxiété anticipatoire à la perspective de l'interruption du traitement) et physique (qui se traduit par un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement) aux benzodiazépines peut se développer si de fortes doses de ces médicaments sont administrées pendant une période prolongée.

L'arrêt brutal des benzodiazépines entraîne des symptômes de sevrage, notamment la confusion, l'anxiété, l'agitation, la nervosité, l'insomnie, la tension et (rarement) des convulsions.

Les benzodiazépines dont la demi-vie d'élimination est courte provoquent des réactions de sevrage plus brusques et plus graves que celles observées avec des médicaments à élimination lente.

La tolérance (c'est-à-dire une diminution de la réponse à des doses répétées du médicament) se produit lorsque le médicament est utilisé pendant plus de 1 à 2 semaines. La tolérance est associée à une diminution de la densité des récepteurs GABA. Les effets anxiolytiques des benzodiazépines sont moins sujets à la tolérance que les effets sédatifs et hypnotiques.

D. PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

La durée globale du traitement ne doit pas excéder en général 8 à 12 semaines afin d'éviter la survenue d'une dépendance physique ou psychique, y compris la période de réduction de la posologie, nécessaire pour éviter les phénomènes de rebond.

Les conducteurs de véhicules et utilisateurs de machines doivent être informés et sensibilisés au risque possible de somnolence, aux conséquences potentiellement dramatiques.

L'absorption de boissons alcoolisées est formellement déconseillée au cours du traitement.

- éviter ces produits lors de la myasthénie, de l'insuffisance respiratoire
- L'utilisation des benzodiazépines n'est pas recommandée pendant la grossesse. Les enfants allaités peuvent également être exposés à ces médicaments dans le lait maternel et pendant les 3 premiers mois (tératogénèse discutable) et les derniers jours de la grossesse (hypotonie et apnée du nouveau-né).
- utiliser avec prudence chez les patients ayant une atteinte hépatique.

2. AUTRES ANXIOLYTIQUES

Leur activité est discutable.

- **Méprobamate** (Equanil®) : ancien produit ayant une activité faible et seulement tranquillisante.
- Les **bêtabloquants**, largement utilisés à cette fin dans les pays anglo-saxons.
- **Eviter les neuroleptiques**, même à faible dose, dans le traitement de l'anxiété à cause de leurs effets indésirables.

3. CONCLUSION :

La recherche en Pharmacologie a permis de mieux connaître les récepteurs aux GABA_A et ainsi de mieux comprendre les in-

teractions qui peuvent exister entre plusieurs classes médicamenteuses comme les benzodiazépines, les imidazopyridines, les cyclopyrrolones (voir hypnotiques) et les barbituriques (voir antiépileptiques. 3^{ème} année). Il est actuellement plus facile d'imaginer les liens entre sédation, anxiolyse, myorelaxation et convulsions. Par ailleurs, il existe une conséquence pratique importante : ne pas associer les produits se fixant sur les mêmes sites GABA_A.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 : Citer les différentes actions pharmacodynamiques des benzodiazépines.

Question n° 2 : Décrire le mécanisme d'action des benzodiazépines.

Question n° 3 : Pourquoi doit-on limiter la durée d'utilisation des benzodiazépines ?

Question n° 4 : Parmi les effets indésirables des benzodiazépines, on cite :

- A- le syndrome extrapyramidal
- B- la somnolence diurne
- C- l'amnésie
- D- la prise de poids
- E- la dépendance

Réponses :
Question 1 : action sédative, anxiolytique, anticonvulsivante, amnésiante, myorelaxante
Question 2 : potentialisation de l'effet du GABA en se liant à son récepteur avec augmentation de la fréquence d'ouverture du canal chlore.
Question 3 : pour éviter la survenue d'une dépendance physique ou psychique
Question 4 : B, C, E

LES HYPNOTIQUES

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

1. Indiquer les règles d'utilisation des hypnotiques.
2. Expliquer les caractéristiques pharmacodynamiques des différentes classes d'hypnotiques.
3. Citer les effets indésirables du zolpidem et ceux de la zopiclone.

Mise à jour Juin 2022

1. INTRODUCTION :

1.1. LE SOMMEIL :

Il s'agit d'un état périodique réversible d'absence de réactivité sensorielle à l'environnement s'accompagnant d'inertie musculaire.

Durant le sommeil l'activité électroencéphalographique passe par plusieurs stades qui alternent avec un rythme d'éveil au cours duquel le tonus musculaire est complètement aboli; le sommeil est alors dit « **paradoxal** ». En privant un individu de sommeil paradoxal, on peut entraîner des troubles émotionnels et de la personnalité.

1.2. L'INSOMNIE :

C'est un syndrome fréquent, isolé ou associé. Il est dû à des perturbations du sommeil d'origines diverses : anxiété, dépression, troubles de la personnalité, consommation d'alcool, consommation de certains médicaments (amphétamine, théophylline, tricyclique).

1.3. UTILISATION DES HYPNOTIQUES :

Plusieurs neuromédiateurs paraissent impliqués dans les mécanismes du sommeil. Ceci explique que les hypnotiques, substances capables d'entraîner le sommeil, appartiennent à plusieurs classes médicamenteuses. La prescription des hypnotiques doit alors être orientée par le contexte clinique :

- anxiolytique en cas d'insomnie liée à l'anxiété;
- association d'un hypnotique et d'un analgésique en cas d'insomnie due à la douleur... etc.

Le maintien de l'équilibre entre les différentes phases du sommeil est difficile à préserver. Les barbituriques réduisent le temps d'endormissement, mais détruisent cet équilibre. En fait il n'existe pas d'hypnotique qui ne modifie pas la proportion de sommeil paradoxal. C'est ainsi que l'emploi prolongé d'hypnotiques entraîne souvent des perturbations permanentes du sommeil.

La consommation d'hypnotiques a beaucoup augmenté ces dernières années. La fréquence des troubles du sommeil n'a pas beaucoup changé (20 % à 40 % de la population se plaignent de troubles du sommeil et 17 % considèrent que l'insomnie est un réel problème). Ceci s'expliquerait par le fait que les médicaments actuels ont un rapport bénéfices-risques meilleur que celui des anciens hypnotiques (barbituriques).

Les substances actuellement utilisées ont toutes, en commun, le fait d'agir sur l'ensemble récepteur benzodiazépine- récepteur GABA- canal chlore (voir anxiolytiques).

Les principaux médicaments utilisés ces dernières années ont été les benzodiazépines. À côté de ce groupe toujours prisé sont apparues deux autres classes : les imidazopyridines (chef de file : zolpidem : Stilnox®) et les cyclopyrrolones (zopiclone : Imovane® : chef de file). Elles n'ont qu'une action hypnotique.

1. LES BENZODIAZÉPINES : (BZD) : VOIR ANXIOLYTIQUES.

- Les BZD qui seront utilisés préférentiellement comme hypnotiques doivent avoir les caractéristiques suivantes :
 - rapidité de résorption avec endormissement rapide
 - effet intense (effet de pic : Cmax)
 - effet bref pour éviter les effets résiduels ou diurnes (amnésie, confusion, trouble du comportement).

- Leur action sur les différents stades du sommeil est :
 - augmentation du stade 2 (sommeil superficiel)
 - diminution des stades 3 et 4 (sommeil profond)
 - et diminution du sommeil paradoxal.

Ces produits représentent actuellement un traitement de choix de l'insomnie (traitement de courte durée). Néanmoins ils présentent de nombreux inconvénients : dépendance, somnolence diurne, syndrome de sevrage, amnésie. De nombreux produits non benzodiazépéniques sont donc devenus une nécessité : deux groupes essaient de palier aux inconvénients suscités : les imidazopyridines et les cyclopyrrolones.

2. IMIDAZOPYRIDINES : ZOLPIDEM = STILNOX®

Depuis la connaissance des récepteurs aux benzodiazépines (ou du moins deux d'entre eux BZ1 et BZ2 appelés w1 et w2), on a essayé de dissocier les activités des benzodiazépines les unes des autres (hypnotique, anxiolytique, anticonvulsivante, myorelaxante...). C'est ainsi qu'on a trouvé des composés, dont le Zolpidem, qui n'ont qu'une activité sélective sur w1 avec un profil pharmacologique dominé par l'action sédative.

2.1. PHARMACOCINÉTIQUE :

La prise par voie orale permet une résorption rapide et complète ce qui est important pour un hypnotique. Malheureusement un effet de premier passage hépatique réduit la biodisponibilité du produit à 70 %.

Le Tmax est à une demi-heure (à 45'). La transformation hépatique est presque totale (1 % de forme inchangée dans les urines) et donne des métabolites non actifs. C'est pourquoi il faut adapter les doses chez l'insuffisant hépatique, mais pas rénal, de même que chez les sujets âgés.

Le passage cérébral est rapide d'où la rapidité d'action. L'élimination est rénale.

2.2. PHARMACODYNAMIE :

Le Zolpidem a une spécificité de lieu d'action avec une forte affinité pour les sites w1 et une faible affinité pour les sites w2, contrairement aux benzodiazépines qui agissent sans sélectivité. Ces récepteurs w1 correspondraient aux sous-unités alpha1 (nouvelle classification) et les w2 aux sous-unités alpha2, alpha3 et alpha5.

Ceci va permettre d'obtenir une action de facilitation de la neurotransmission GABA ergique, plus sélective que les benzodiazépines, donc essentiellement sédative (hypnotique).

On aura ainsi essentiellement une activité hypnotique : tous les paramètres du sommeil (délai d'endormissement, durée du sommeil, nombre des réveils nocturnes...) sont améliorés. Néanmoins l'action sur les différentes phases du sommeil n'est pas la même que celle des benzodiazépines. L'action est complexe, mais en résumé on peut dire qu'il y a une préservation de l'architecture normale du sommeil, voire même restauration de cette architecture si elle a été perturbée, avec en particulier maintien du sommeil paradoxal.

2.3. EFFETS INDÉSIRABLES :

Varient en fonction de la dose. Ils se voient chez le sujet âgé à doses faibles (5-10mg) et chez les sujets jeunes à doses élevées (10-20mg).

- Troubles nerveux : somnolence, vertiges, céphalées : 10-15 % des cas.
- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées : 2,5 % des cas.
- Plus rarement : amnésie rétrograde, agitation nocturne, syndrome dépressif, diplopie, tremblements, sensations ébrieuses.
- Éruptions cutanées, prurit.
- L'activité sur la mémoire, les effets résiduels, les phénomènes de dépendance, de rebond et de sevrage, considérés comme des effets indésirables des benzodiazépines, ont été très peu retrouvés avec le Zolpidem lors des essais cliniques, mais devraient être présents à l'esprit lors de la prescription.

3. CYCLOPYRROLONES : ZOPICLONE = IMOVANE®

Comme le Zolpidem, la Zopiclone n'agit que sur les récepteurs alpha1, et est donc essentiellement un produit hypnotique. Bien qu'il s'agit de deux classes différentes, le profil du Zolpidem et de la Zopiclone est très semblable.

3.1. PHARMACOCINÉTIQUE :

La résorption orale est importante (95 %) et rapide (T_{max} : 1/2h), ce qui est important pour un hypnotique. La biodisponibilité n'est par contre que de 75 % environ à cause d'un phénomène de premier passage hépatique de 20 %.

Le métabolisme hépatique important entraîne la formation de métabolites inactifs éliminés par voie rénale. L'adaptation des doses se fera chez l'insuffisant hépatique et surtout le sujet âgé (moitié de la dose).

3.2. PHARMACODYNAMIE :

Bien qu'ayant les cinq propriétés des benzodiazépines, la zopiclone aux doses conseillées (7,5 mg) a surtout une action hypnotique. Cette action ressemblant à celle du zolpidem, a les caractéristiques suivantes :

- raccourcissement du délai d'endormissement
- amélioration de la qualité et de la quantité de sommeil (surtout sommeil profond : stades 3 et 4).
- diminution du nombre d'éveils nocturnes.
- maintien de l'architecture normale du sommeil (pas de dette en sommeil paradoxal).
- peu de somnolence diurne.

Par ailleurs, il y a peu d'effets de sevrage, peu d'altérations de la mémoire et peu de phénomènes de rebond et de dépendance.

3.3 EFFETS INDÉSIRABLES :

Ils existent chez environ 10 % des sujets. Ils sont en rapport avec la dose ingérée et la susceptibilité individuelle du patient. Il s'agit surtout de :

- amertume buccale et sécheresse de la bouche : 5 %
- mauvaise qualité du réveil (1 %), somnolence (0,5 %), cauchemars (0,5 %)
- nausées, vomissements (0,5 %).
- plus rarement : irritabilité, confusion, céphalées, asthénie, sensations ébrieuses, amnésie rétrograde, hypotonie musculaire.
- réactions paradoxales telles qu'irritabilité, agressivité, agitation, trouble du comportement.
- des phénomènes de tolérance et de dépendance physique et psychique ont été décrits.

4. ANTIHISTAMINIQUES H1

Certains antiH1 peuvent être utilisés comme hypnotiques dans le traitement des insomnies occasionnelles ou transitoires. On peut citer en particulier la prométhazine (Phénergan®) et l'alimémazine (Théralène®). La durée du traitement ne doit pas dépasser 5 jours.

5. CONCLUSION

Le zolpidem (Stilnox®) et la zopiclone (Imovane®) sont les premiers produits commercialisés de deux nouvelles classes d'hypnotiques (les imidazopyridines et les cyclopyrrolones) agissant sélectivement sur les récepteurs ω_1 .

Leur efficacité, la préservation de l'architecture du sommeil, le peu d'effets résiduels et de dépendance en font une excellente alternative à l'utilisation des benzodiazépines comme hypnotiques.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 : Indiquez les règles d'utilisation des hypnotiques.

Question n° 2 : Expliquez les caractéristiques pharmacologiques du zolpidem.

Question n° 3 : Existe-t-il un risque de dépendance lors de l'utilisation de la zopiclone ?

LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Les objectifs éducationnels

Au terme de ce cours, l'étudiant pourra :

- 1- Reconnaître les différentes étapes de l'acquisition de la notion de la mort chez l'enfant
- 2- Décrire les spécificités de la crise suicidaire chez l'enfant et l'adolescent
- 3- Identifier les facteurs de risque distaux et proximaux ainsi que les facteurs protecteurs des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent
- 4- Evaluer le risque, l'urgence et la dangerosité face à une conduite suicidaire chez l'enfant et l'adolescent
- 5- Etablir l'intervention thérapeutique chez un enfant ou un adolescent ayant des idées suicidaires ou au décours d'une tentative de suicide
- 6- Décrire les principes généraux de la prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent

Mise à jour Juin 2022

PLAN

1. INTRODUCTION

2. ACQUISITION DE LA NOTION DE MORT CHEZ L'ENFANT

3. CLINIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES

3.1. LES IDÉES SUICIDAIRES

3.2. LES TENTATIVES DE SUICIDE

3.3. LES CONDUITES D'AUTO-AGRESSION OU SCARIFICATIONS

4. FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

5. ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

6. CONDUITE À TENIR

7. PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

8. CONCLUSION

1. INTRODUCTION

Les conduites suicidaires chez l'enfant sont en augmentation depuis plusieurs années, aussi bien les tentatives de suicide que le suicide. Bien que rares, elles constituent une des causes non négligeables de décès précoces après les accidents et les maladies. L'ampleur des conduites suicidaires dans cette tranche d'âge reste peu connue, notamment en raison d'une sous déclaration importante, puisque beaucoup d'accidents sont en réalité des suicides méconnus.

A l'adolescence, ces comportements sont fréquents et sont en augmentation. Sur le plan épidémiologique, l'adolescence est considérée comme la période de la vie où les tentatives de suicide sont les plus fréquentes. Dans une étude menée auprès de 821 lycéens du gouvernorat de Monastir, la prévalence des tentatives de suicide était de 7,3%. D'après les données de l'OMS, le suicide est la 4ème cause décès chez les jeunes de 15-29 ans, après les accidents, la tuberculose et les violences.

De plus, la plupart des études ont montré un rajeunissement de ces conduites dans le monde et en Tunisie, avec des tentatives de suicide observées chez des sujets de plus en plus jeunes. Il est donc important de reconnaître ces conduites afin de les prévenir et d'éviter la mort précoce.

2. ACQUISITION DE LA NOTION DE MORT CHEZ L'ENFANT

Il est utile de rappeler, que le concept de mort dépend du stade du développement psychoaffectif et cognitif de l'enfant et qu'il se développe sur plusieurs étapes. Il va être influencée par des événements de vie, notamment la confrontation à la mort d'un proche au cours de l'enfance. Il est également lié aux aspects culturels et religieux, aux capacités cognitives de l'enfant et soumis également à l'influence des médias et des jeux vidéo où les enfants « se tuent » de manière virtuelle.

Avant l'âge de 6 ans, la mort est perçue comme provisoire et réversible. La part physiologique de la mort sera progressivement assimilée entre l'âge de 6 et 8 ans. Après cet âge, progressivement et avec l'accès à la pensée abstraite, des notions d'universalité et d'irréversibilité de la mort seront acquises. La mort est ainsi perçue comme une composante naturelle et essentielle à la vie.

3. CLINIQUE DES CONDUITES SUICIDAIRES

Les conduites ou comportements suicidaires représentent un large spectre de comportements allant de l'idée suicidaire au suicide abouti. Les conduites d'auto-agression ou scarifications font également partie de ce large spectre même si elles ne comportent pas d'intentionnalité suicidaire, mais elles partagent les mêmes facteurs de risque et constituent en elle-même un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire.

3.1 LES IDÉES SUICIDAIRES :

Elles sont rares chez l'enfant, elles peuvent être observées et exprimées par l'enfant dès l'âge de 5-6 ans chez des enfants ayant des facteurs de risque importants ou souffrants de dépression. L'intentionnalité suicidaire chez l'enfant peut être une réalité clinique, avec un risque de se donner la mort. Un enfant peut en effet faire un geste auto-agressif et évoquer des idées suicidaires même si la notion de mort n'est pas encore complètement établie. Du fait de son immaturité, l'enfant ne peut cognitivement avoir une connaissance suffisante du degré de létalité d'un acte autodestructeur, ce qui explique les gestes très graves et disproportionnés dans certains cas.

Les idées suicidaires sont en revanche très fréquentes chez les adolescents, dès la période pubertaire, même ceux ayant un risque faible. L'adolescence, comme étape de la vie avec ses importants remaniements psychiques et physiques, constitue en elle-même un facteur de risque de mal-être et de conduites suicidaires. La prévalence des idées suicidaires en population générale est de 10 à 30 % dans la littérature scientifique internationale chez les jeunes âgés entre 15 et 19 ans. Dans une étude menée auprès de lycéens à Monastir, la prévalence des idées suicidaires passagères étaient de 26,9%, et des idées suicidaires sérieuses étaient de 9,6%. Ces idées sont plus souvent passives (« mieux vaut mourir ») qu'actives avec l'expression d'une intentionnalité suicidaire plus ou moins importante.

3.2 LES TENTATIVES DE SUICIDE:

Le terme tentative de suicide (TS) désigne tout comportement suicidaire non mortel ainsi que les actes d'auto-intoxication ou d'auto-agression avec intention de mourir. Classiquement, la crise suicidaire se déroule sur plusieurs semaines chez l'adulte (cf. cours Suicide et conduites suicidaires), avec une lutte contre les idées suicidaires, une ambivalence par rapport au désir de mort, des distorsions cognitives et une charge émotionnelle importante, crise qui peut conduire au passage à l'acte suicidaire suite à un facteur précipitant. Chez l'adolescent, cette crise suicidaire peut se dérouler sur quelques heures ou quelques jours, avec un geste suicidaire qui est impulsif en réaction à un événement déclenchant. L'adolescent(e) se trouve submergé(e) par une détresse émotionnelle intense avec un échec de la recherche de stratégie pour faire face à la crise. Les TS sont plus fréquentes chez le sexe féminin, contrairement au suicide abouti qui est plus fréquent chez le sexe masculin, sauf chez l'enfant où le sexe ratio du suicide est proche de un.

Le moyen le plus fréquent utilisé au cours des TS est l'intoxication médicamenteuse. D'autres moyens peuvent se voir tel que l'ingestion de produits toxiques (insecticides, raticides, produits ménagers), ou des moyens physiques : tentative de pendaison, phlébotomie, défenestration, immolation par le feu. Le recours aux moyens violents est plus fréquent chez le sexe masculin. L'impulsivité de l'adolescent avec la tendance au passage à l'acte est un facteur majeur qui explique la courte durée de la crise suicidaire, et la fréquence de ces conduites à l'adolescence.

3.3 LES CONDUITES D'AUTO-AGRESSION OU SCARIFICATIONS :

À la différence des tentatives de suicide, ces conduites sont caractérisées par l'absence d'intentionnalité suicidaire clairement établie. Toutefois, cette définition est encore un sujet de controverse, et certains auteurs les incluent parmi les comportements suicidaires. Typiquement, les conduites d'auto-agression concernent surtout le sexe féminin, se localisent souvent aux membres supérieurs (face antérieure des avant-bras), réalisées au moyen d'objets tranchants, et survenant dans un moment de crise, de mal-être pour soulager une tension psychique. Ces conduites sont souvent dissimulées et peuvent survenir de manière ponctuelle ou transitoire ou bien dans d'autres cas constituer des symptômes de pathologie psychiatrique. Dans ce dernier cas, ces conduites vont être récidivantes, répétées, et peuvent toucher d'autres parties du corps comme l'abdomen et les cuisses.

4. FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Les facteurs de risque (FDR) sont multiples et il importe de prendre le temps de bien évaluer la sévérité et le potentiel suicidaire face à un suicidaire ou un suicidant afin d'établir une conduite à tenir.

Diverses possibilités de classement des FDR ont été proposées : FDR à court terme versus à long terme, FDR individuels versus environnementaux ou encore FDR proximaux versus distaux.

Les **FDR distaux** regroupent : les facteurs de prédisposition (génétiques et biologiques), les événements de vie précoce tels que les violences, la négligence, les interactions précoces de mauvaise qualité. On retrouve dans ces facteurs : les antécédents familiaux de suicide ou de TS, la présence de maladie mentale chez l'un des parents, le manque de cohésion familiale et la dynamique familiale perturbée (violences, instabilités...).

Les **FDR proximaux**, quant à eux, regroupent les facteurs de vulnérabilité individuelle tels que des antécédents personnels de TS (25 % des sujets récidivent dans l'année), l'abus de substances (chez l'adolescent) et la présence de troubles psychiatriques. En effet, tous les troubles psychiatriques constituent un facteur de risque majeur, en particulier les troubles de l'humeur qui représentent les troubles les plus pourvoyeurs de conduites suicidaires. Parmi les autres troubles psychiatriques pourvoyeurs de conduites suicidaires on retrouve : les psychoses, les troubles de la personnalité (grand adolescent), les troubles post traumatiques, les troubles anxieux et également le TDAH chez l'enfant.

À ces facteurs s'ajoutent les événements de vie négatifs : abandon, perte, séparation, les difficultés relationnelles, les difficultés à demander de l'aide, la faible estime de soi, l'échec scolaire/ académique.

Les violences (les violences sexuelles, physiques et psychologiques ainsi que la négligence) sont des facteurs de risque majeurs à la fois proximaux et distaux. La TS peut survenir même à distance de l'événement (parfois plusieurs années), surtout quand celui-ci n'a pas été suivi de prise en charge.

Parmi les **facteurs précipitants** le passage à l'acte suicidaire, on cite : un conflit familial, le manque de liberté, un échec scolaire, une déception amoureuse. Le facteur précipitant peut-être une exposition au suicide ou aux TS dans l'entourage (exemple à l'établissement scolaire) ou par les médias (TV++, radio, réseaux sociaux, internet) par effet d'imitation, fréquent dans cette tranche d'âge.

Les **facteurs protecteurs de résilience** sont les conditions qui réduisent l'impact des facteurs de risque, protègent le sujet, et contrebalancent ainsi les différents facteurs d'adversité, en élargissant son éventail d'alternatives devant les situations difficiles. Parmi ces facteurs, on cite :

- Les facteurs de protection individuels : une bonne estime de soi, une capacité de demander de l'aide, de se faire des amis, un bon investissement scolaire.
- Les facteurs de protection familiaux : cohésion familiale, qualité de la relation parent-enfant, une bonne communication au sein de la famille.
- Les facteurs de protection environnementaux : un environnement scolaire positif, présence d'un réseau d'amis.e.s, activités extra scolaires, accès au soin.

5. ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE : RISQUE – URGENCE – DANGÉROSITÉ

L'évaluation de la sévérité du risque suicidaire passe par l'évaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité (RUD).

L'évaluation du risque consiste à rechercher par l'entretien avec le patient et sa famille les facteurs de risque distaux et proximaux ainsi que les facteurs de protection. Au cours de l'entretien, le clinicien va rechercher les signes et symptômes faisant évoquer la présence d'un trouble psychiatrique caractérisé en particulier la dépression, qui constitue en elle-même un facteur de risque de passage à l'acte ou de récurrence important. Toutefois, plusieurs enfants et adolescents suicidaires et suicidants ne présentent pas forcément des troubles mentaux mais le risque est lié à la présence de facteurs liés à l'environnement : un contexte de violence, d'échec scolaire ou encore d'un cumul d'événements et de mauvaises conditions familiales et sociales. Ainsi, le risque peut être élevé par la présence de multiples événements de vie négatifs, avec par exemple, des deuils ou séparations, et/ou des humiliations ou autres formes de violences associées ou non à des facteurs psychiatriques. L'évaluation de la protection est importante, et consiste à prendre en compte dans quelle mesure le milieu familial peut être contenant ou pas.

L'évaluation de l'urgence se fonde sur : l'idéation suicidaire et son intensité; l'absence d'alternative autre que le suicide; le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte. L'urgence est considérée comme faible si le sujet pense au suicide sans scénario précis. L'urgence est moyenne si le scénario est envisagé mais reporté, elle est élevée si la planification est claire avec un passage à l'acte prévu pour les jours à venir. De la même manière, face à un suicidant, l'urgence est faible si l'adolescent regrette son acte et est capable de faire une autocritique de ce qui s'est passé, l'urgence est en revanche élevée si l'adolescent reste ambivalent ou verbalise encore des idées suicidaires. L'urgence est dans certains cas difficile à évaluer face à un adolescent réticent et il faut tenir compte de l'impulsivité à cet âge pour protéger le patient.

L'évaluation de la dangerosité, quant à elle, consiste à poser des questions sur le moyen prévu pour le passage à l'acte suicidaire, et à évaluer la disponibilité et l'accessibilité de ce moyen d'une part et sa létalité d'autre part. Par exemple, un scénario suicidaire avec un moyen violent comme la pendaison ou la défenestration constitue un facteur élevé de dangerosité.

Ainsi, au terme de cette évaluation, le clinicien va prendre en considération tous ces facteurs pour établir une conduite à tenir. A titre d'exemple, le risque peut être élevé pour une situation donnée, mais l'urgence et la dangerosité sont faibles permettant un suivi en ambulatoire rapproché.

6. CONDUITE À TENIR

Le geste suicidaire résulte le plus souvent d'une souffrance psychologique avec une charge émotionnelle importante et ne traduit pas toujours un désir de mort affirmé. La CAT devant un comportement suicidaire est de reconnaître la crise suicidaire, de la replacer dans son contexte, d'évaluer sa gravité, de dépister un trouble psychiatrique ainsi que les autres facteurs de risque. L'évaluation nécessite un entretien individuel, une fois que la prise en charge somatique a été entamée, et un entretien familial. La mise en place d'une bonne alliance thérapeutique est importante pour ce type d'évaluation et de prise en charge. Ces entretiens doivent permettre d'évaluer le risque, l'urgence, la dangerosité ainsi que le support de l'entourage, mais également ont pour rôle d'éviter toute banalisation ou un déni de l'acte et de la souffrance sous-jacente par l'adolescent et son entourage. Quelle que soit la gravité, il importe d'écouter la souffrance de l'adolescent, de favoriser son expression afin de diminuer le niveau de détresse. L'expression de la souffrance doit permettre de faire le lien avec le ou les évènements précipitant(s) la crise.

Un suivi en pédopsychiatrie s'impose dans tous les cas, quels que soient les déterminants. L'hospitalisation en pédopsychiatrie ou à défaut en milieu pédiatrique s'impose si le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé, en présence d'une dépression sévère (ou d'un trouble bipolaire) ou si l'entourage familial est problématique ou défaillant. Pour les autres situations, une prise en charge ambulatoire avec un suivi rapproché est indiqué.

Une prise en charge multidisciplinaire peut être aussi indiquée : intervention du délégué de la protection de l'enfance en cas de violence par exemple, intervention du médecin scolaire en cas de déscolarisation ou de bullying, etc.

7. PRÉVENTION DU SUICIDE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

La prévention des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent vise à agir sur les facteurs de risque, aussi bien proximaux que distaux, et à renforcer les facteurs protecteurs de résilience.

La prévention universelle, vise la population générale quel que soit le niveau de risque, elle englobe des actions à mener en période périnatale (promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, aide à la parentalité), et vise à améliorer les relations intrafamiliales, à promouvoir une éducation sans violence, et à réduire l'accès des enfants et adolescents aux moyens létaux. En milieu scolaire, les programmes de prévention du suicide par l'amélioration de leur bien être trouvent tout leur intérêt chez cette tranche d'âge.

La prévention sélective, vise les populations à risque ou les groupes vulnérables, comme par exemple les enfants victimes de violences. Cette prévention englobe toutes les interventions visant les groupes de personnes à risque. Parmi ces actions, on cite les activités menées dans le cadre de la protection de l'enfance ou encore le repérage des idées suicidaires et des enfants en souffrance psychologique par les pédiatres, les médecins scolaires, les médecins généralistes et les psychologues.

La prévention indiquée, vise les sujets ayant déjà des conduites suicidaires et vise à éviter le passage à l'acte ou la récurrence suicidaire, par exemple : améliorer l'accès aux soins et le circuit de prise en charge des suicidants et à ne pas hésiter à hospitaliser l'enfant ou l'adolescent quand cela s'avère nécessaire.

8. CONCLUSION

Les conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent sont en augmentation et représentent un phénomène complexe et multifactoriel.

L'enfant partage les mêmes facteurs de risque que chez l'adolescent et l'adulte, mais avec un rôle plus important de l'environnement et des évènements de vie.

Les actions de prévention visent la formation, la sensibilisation des acteurs de l'enfance, l'amélioration des facteurs protecteurs de résilience et une sensibilisation du grand public visant en particulier les parents.

RÉFÉRENCES

- Guedria Tekari A, Missaoui S, Kalai W, Gaddour N, Gaha L. Suicidal ideation and suicide attempts among Tunisian adolescents: prevalence and associated factors. Pan Afr Med J. 2019;34:105-18.
- Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization 2021. ISBN 978-92-4-002664-3
- Séguin M, Chawky N. L'intervention auprès des personnes en Crise Suicidaire. Ministère de la Santé-Tunisie. Tunis; 2015.
- Baux-Cazal L et al. Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature. L'En-céphale. 2017;43(3):273-80.

ÉVALUATION FORMATIVE

Question n° 1 : La tentative de suicide chez l'adolescent :

- A. Est plus fréquente chez le garçon
- B. Fait appel aux moyens physiques dans la majorité des cas
- C. Peut se manifester en dehors d'un trouble mental
- D. Davantage impulsive et réactionnelle à un évènement déclenchant
- E. Nécessite toujours l'hospitalisation

Question n° 2 : Parmi les facteurs de risque distaux des conduites suicidaires on retrouve :

- A. Une fratrie nombreuse
- B. Des interactions précoces de mauvaises qualité
- C. Une éducation basée sur la violence physique
- D. Des antécédents familiaux de conduites suicidaires
- E. La faible estime de soi

Réponses :
Question 1 : C, D
Question 2 : B, C, D