



Année 2025

Thèse N°038/25

MANUEL POUR PRÉPARATION DES EXAMENS EN PSYCHIATRIE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/01/2025

PAR

Mme. HOUMDI HOUDA

Née le 02 Décembre 1989 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Manuel - Psychiatrie - Etudiants - Examens

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI PRÉSIDENT
Professeur de Neurologie

M. AALOUANE RACHID RAPPORTEUR
Professeur de Psychiatrie

Mme. ABOURAZZAK SANA } JUGES
Professeur de Pédiatrie

M. BOUT AMINE }
Professeur agrégé de Psychiatrie

Mme. QASSIMI FERDAOUSS Membre associée
Professeur assistante de Psychiatrie

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فَتَبَسَّمَ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ
رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

﴿ النمل: 19 ﴾

REMERCIMENTS

***À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,
PROFESSEUR BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI***

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mon immense respect au Professeur BELAHSEN, Président du jury de cette thèse, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider cette soutenance.

Votre expertise et votre rigueur scientifique, reconnues dans le domaine médical, constituent une source d'inspiration inestimable. En tant qu'enseignant et mentor, vous avez marqué mon parcours académique par votre engagement exemplaire et votre dévouement envers vos étudiants.

Votre bienveillance, alliée à vos exigences intellectuelles, m'a guidée dans ma progression et m'a permis d'aspirer à l'excellence.

Aujourd'hui, c'est un privilège de bénéficier de votre présence et de votre regard éclairé sur mon travail.

Je vous adresse mes sincères remerciements pour le temps que vous consacrez à cette évaluation, ainsi que pour l'honneur et la valeur que vous conférez à cette soutenance par votre participation.

Retrouvez ici cher maitre l'expression de ma sincère reconnaissance.

**À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,
PROFESSEUR AALOUANE RACHID**

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à Professeur AALOUANE, rapporteur de cette thèse, pour avoir accepté de superviser ce travail et pour l'honneur qu'il m'a fait en me confiant ce sujet. Travailler sous votre direction a été une véritable opportunité et un privilège qui ont marqué mon parcours académique de manière profonde.

Votre vision scientifique, votre rigueur intellectuelle et votre expertise reconnue dans ce domaine ont été des guides précieux tout au long de cette aventure. Grâce à vos orientations, vos conseils éclairés et votre disponibilité constante, ce travail a pu voir le jour. Sans votre soutien et votre confiance, ce projet n'aurait jamais pu aboutir.

Je mesure pleinement la chance que j'ai eue d'être l'une de vos étudiantes. Vos qualités humaines, votre gentillesse et ce sourire bienveillant qui inspire confiance m'ont souvent apporté réconfort et encouragement, même dans les moments les plus exigeants.

J'espère sincèrement que le résultat de ce travail est à la hauteur de vos attentes et qu'il reflète la confiance que vous avez placée en moi.

Ce travail est autant le fruit de mes efforts que celui de votre accompagnement exceptionnel.

Recevez, Cher maitre, l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect pour tout ce que vous m'avez apporté.

**À NOTRE CHERE PROFESSEUR ET JUGE DE THESE,
PROFESSEUR ABOURAZZAK SANA**

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à Professeur ABOURAZZAK, pour l'honneur qu'elle me fait en acceptant de siéger en tant que membre du jury de cette thèse. Votre présence enrichit cette soutenance par votre expertise et votre regard éclairé.

Je tiens également à exprimer ma gratitude pour les efforts remarquables que vous déployez en tant que professeur et pour le rôle essentiel que vous jouez dans la formation des étudiants en médecine. Votre engagement et votre dévouement contribuent non seulement à l'excellence de l'enseignement, mais aussi à l'inspiration et à l'encouragement de vos étudiants, parmi lesquels j'ai eu l'honneur de me compter.

Vos critiques constructives et vos suggestions pertinentes, j'en suis convaincue, ne feront que parfaire ce modeste travail et renforcer ma réflexion scientifique. Votre rôle dans mon parcours académique et dans celui de nombreux autres étudiants mérite toute ma reconnaissance.

Recevez, Chère professeur, l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude pour votre présence et votre contribution précieuse à cette étape importante de ma vie.

**À NOTRE CHER PROFESSEUR ET JUGE DE THESE,
PROFESSEUR BOUT AMINE**

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à Professeur BOUT, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de siéger en tant que membre du jury de cette thèse. Par ce geste, vous témoignez de l'importance que vous accordez à la formation de vos étudiants, que nous sommes, et à l'enrichissement de leur parcours académique. Votre présence dans ce jury est pour moi une grande fierté, et j'espère avoir l'occasion de tirer profit de vos remarques et suggestions éclairées, qui ne feront que parfaire ce modeste travail. Votre regard critique et constructif représente une contribution précieuse, et j'y attache la plus haute importance.

Je souhaite également vous remercier pour la simplicité et la bienveillance dont vous avez fait preuve en acceptant de participer à cette soutenance. Votre engagement en tant qu'enseignant et votre rôle essentiel dans la formation des étudiants en médecine méritent toute ma gratitude et mon respect.

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury, et je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

**À NOTRE CHERE PROFESSEUR ET MEMBRE ASSOCIEE
PROFESSEUR QASSIMI FERDAOUSS,
Et à ma chère amie Ferdaouss,**

Je ne sais pas si je devrais m'adresser à vous avec le « tu » de l'amie chère qui a marqué ma vie, ou avec le « vous » du professeur remarquable que vous êtes devenue. Mais, par respect pour le parcours exceptionnel que vous avez accompli, je vais m'adresser à la professeure QASSIMI Ferdaouss.

Il m'est difficile de trouver les mots justes pour exprimer toute ma gratitude envers vous. Avant d'être cette professeure brillante et ce pilier académique qui a supervisé mon travail, vous avez été une amie précieuse, une personne qui a marqué ma vie de manière indélébile.

Votre aide inestimable a été déterminante à chaque étape de ce travail. Vous avez consacré un temps précieux pour m'accompagner, m'écouter, répondre à mes questions à tout moment, et surtout m'encourager dans les moments de doute. Vos encouragements constants, votre positivité débordante et votre confiance en moi ont été une source inépuisable de motivation. Sans vous, je ne serais pas ici aujourd'hui.

Cette réussite est autant la vôtre que la mienne. Vous avez su gérer mon stress, m'apporter de l'énergie positive et me montrer que je pouvais aller au bout de mes ambitions. Je n'oublierai jamais votre patience, votre bienveillance et votre capacité à illuminer même les moments les plus difficiles par votre présence rassurante.

Je suis fière d'avoir eu la chance de vous avoir à mes côtés, à la fois comme amie et comme professeur. Vos qualités humaines et professionnelles sont une inspiration pour moi et pour tant d'autres. Au souvenir des bons moments que nous avons partagés au cours de notre parcours et de tout le travail acharné que nous avons accompli ensemble, je vous remercie du fond du cœur.

*Je vous souhaite une carrière aussi brillante que vous le méritez, et tout ce que l'on peut espérer pour un professeur exceptionnel. Aucun mot ne suffira jamais à décrire ma gratitude envers vous, mais je tiens à vous dire, du plus profond de mon cœur : **merci.***

Avec tout mon amour et ma reconnaissance infinie.

**À TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES,**

Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études, et je ne saurais oublier dans mes remerciements l'ensemble des professeurs et maîtres de la Faculté de Médecine de Fès qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.

Chacun d'entre vous, par son enseignement, son accompagnement et son dévouement, a joué un rôle essentiel dans mon parcours académique et dans ma formation en tant que future médecin. Votre engagement constant à transmettre le savoir, vos exigences intellectuelles et votre passion pour l'excellence ont été des sources d'inspiration tout au long de ces années.

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude pour votre contribution précieuse et pour l'impact indélébile que vous avez laissé dans mon parcours médical.

PLAN

PLAN	1
LISTE DES ABREVIATIONS	7
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES TABLEAUX	14
I. INTRODUCTION	16
II. PERTINENCE ET INTERET	18
III. OBJECTIFS	19
IV. MÉTHODOLOGIE	21
1. Lieu et durée du travail	21
2. Collecte des données	21
3. Organisation des données et déroulement du travail	21
V. 1^{er} CHAPITRE : Préparation aux examens de 5^{ème} année et aux examens cliniques de 7^{ème} année de médecine	23
1. Troubles psychotiques	23
1.1. Résumés	23
a. Bouffée délirante aiguë	23
b. Schizophrénie	27
c. Délires chroniques non schizophréniques	39
1.2. Questions directes	47
1.3. Questions à Choix Unique ou Multiple	48
1.4. Cas Cliniques	71
2. Troubles de l'humeur	84
2.1. Résumés	84
a. Trouble Dépressif	84
b. Trouble bipolaire	94
2.2. Questions Directes	102

2.3. Questions à choix unique ou multiple	102
2.4. Cas cliniques	109
3. Troubles anxieux	128
3.1. Résumés	128
a. Trouble Anxieux Généralisé	128
b. Trouble panique	131
c. Trouble Obsessionnel Compulsif	135
d. Trouble phobique	140
e. Trouble de stress post traumatique	145
3.2. Questions Directes	149
3.3. Questions à choix unique ou multiple	150
3.4. Cas cliniques	165
4. Troubles neurodéveloppementaux	182
4.1. Résumés	182
a. Troubles spécifiques des apprentissages	182
b. Troubles du développement du langage	185
c. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité	189
d. Trouble du spectre de l'autisme	193
4.2. Questions directes	200
4.3. Questions à choix unique ou multiple	200
4.4. Cas cliniques	201
5. Autres	204
5.1. Résumés	204
a. Troubles psychiatriques de la grossesse et du postpartum	204
b. Troubles psychiatriques du sujet âgé	212
c. Hystérie	225

d. Troubles de la personnalité	230
e. Pathologies psychosomatiques	235
f. Pathologies psychiatriques liées à une cause organique	238
g. Les addictions	241
h. Troubles des conduites alimentaires	253
i. Les troubles sexuels	262
j. Les troubles du sommeil	270
k. Troubles du contrôle sphinctérien	281
5.2. Questions directes	286
5.3. Questions à choix unique ou multiple	287
5.4. Cas cliniques	306
6. Urgences psychiatriques.....	316
6.1. Résumés	316
a. État d'agitation	318
b. Tentatives de suicide	321
c. État de stupeur	328
d. Confusion mentale	333
e. Syndrome malin des neuroleptiques	338
f. Crise d'angoisse aiguë	343
6.2. Questions directes	348
6.3. Questions à Choix Unique ou Multiple	348
6.4. Cas cliniques	352
7. Thérapeutique	363
7.1. Résumés	363
a. Les antipsychotiques	363
b. Les anxiolytiques	370

c. Les thymorégulateurs	378
d. Les antidépresseurs	387
7.2. Questions directes	396
7.3. Questions à choix unique ou multiple	396
8. Préparation aux examens cliniques de 7ème année : questions d'examen	404
VI. 2 ^{ème} CHAPITRE : préparation aux examens d'internat et de résidanat : rédaction d'exemplaires de questions d'examens :.....	420
1. Rôle physiologique des neuromédiateurs	420
2. Signes cliniques et diagnostic des troubles dépressifs	428
3. Modes début des syndromes schizophréniques	437
4. Neuroleptiques : effets indésirables et indications	444
5. Diagnostic et traitement de la conversion hystérique	451
6. Diagnostic et traitement d'un syndrome malin des neuroleptiques ..	457
7. Conduite à tenir devant une crise d'angoisse aigue	463
8. Conduite à tenir devant un état d'agitation	473
9. Diagnostic et traitement d'une bouffée délirante aigue	481
10. Conduite à tenir en situation d'urgence devant des idées ou conduites suicidaires	489
VII. PRÉSENTATION DES QUESTIONS CORRIGÉES	499
VIII. DISCUSSION	526
1. Argumentaire du travail	526
2. Comparaison avec les travaux similaires	527
3. Apport et limites du travail	528
4. Recommandations et perspectives:.....	529
IX. CONCLUSION :.....	530

RÉSUMÉ..... 531
REFERENCES..... 535

LISTE DES ABREVIATIONS

5HT	: Sérotonine
A.A	: Acides Aminés
ABA	: Applied Behavioral Analysis
Ac anti-NMDA	: Anticorps anti N-méthyl-D-aspartate
Ach	: Acétylcholine
ADI-R	: Autism Diagnostic Interview-Revised
ADOS	: Autism Diagnosis Observation Schedule
AINS	: Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
ALAT	: Alanine Amino-Transférase
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
AMPc	: Adénosine Mono Phosphate Cyclique
AP	: Attaque de Panique
ASAT	: Aspartate Amino-Transférase
ATCD	: Antécédents
ATP	: Antipsychotique
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVP	: Accidents de la Voie Publique
AXL	: Anxiolytique
BAV	: Bloc Auriculo-Ventriculaire
BDA	: Bouffée Délirante Aigue
Beta HCG	: la sous-unité bêta de l'Hormone Chorionique Gonadotrope
BPCO	: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
BZD	: Benzodiazépine
CAT	: Conduite à Tenir

CCK	: Cholecystokinine
CDT	: Carbohyrate Deficient Transferrin
CI	: Contre-Indications
CIM 10/11	: Classification Internationale des Maladies, 10/11 ^{ème} révision
CO	: Monoxyde de Carbone
Cp	: Comprimé
CPK	: Créatine Phosphokinase
CRP	: C-Réactive Protéine
DA	: Dopamine
DCI	: Dénomination Commune Internationale : Diéthyllysergamide
DSM 5	: Manuel Diagnostic et Statistique des maladies mentales dans sa 5 ^{ème} édition
DTS	: Désorientation Temporo-Spatiale
ECBU	: Examen Cytobactériologique des Urines
ECG	: Electrocardiogramme
ECT	: Electroconvulsivothérapie
EDM	: Episode Dépressif Majeur
EEG	: Electroencéphalogramme
EMDR	: Eye Movement Desensitization Reprocessing
ES	: Effets Secondaires
ESPT	: Etat de Stress Post Traumatique
ESPT	: Etat de Stress Post Traumatique
FC	: Fréquence Cardiaque

FR	: Fréquence Respiratoire
FSH	: Hormone Folliculostimulante
GABA	: Acide gamma–Amino–Butyrique
GB	: Globules Blancs
GGT	: Gamma GT ou γ GT : Gamma–Glutamyltransférase
GH	: Hormone de croissance
HED	: Hématome Extra–Dural
HSD	: Hématome Sous–Dural
HSD	: Hématome Sous–Dural
HTA	: Hypertension Artérielle
HTIC	: Hypertension Intracrânienne
IDM	: Infarctus Du Myocarde
IDS	: Idées Suicidaires
IEC	: Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion de l'Angiotensine
IM	: Intramusculaire
IMAO	: Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase
IMC	: Indice de Masse Corporelle
Inj	: Injectable
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
ISRS	: Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
ISRSNa	: Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de Sérotonine et
IV	: Intraveineux
LDH	: Lactate Déshydrogénase
LH	: Hormone Lutéinisante
LSD	: Lysergic Acid Diethylamide (acide lysergique diéthylamide),

M-CHAT	: Modified Check-list for autism in Toddlers
ME	: Moelle Epinière
NA	: Noradrénaline
NFS	: Numération Formule Sanguine
NGC	: Noyaux Gris Centraux
NL	: Neuroleptique Noradrénaline
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ORL	: Oto-Rhino-Laryngo
PAL	: Phosphatases Alcalines
PDE 5	: Phosphodiesterase de type 5
PEC	: Prise en charge
PHC	: Psychose Hallucinatoire Chronique
PL	: Ponction Lombar
PM	: Plaque Motrice
PNN	: polynucléaires neutrophiles
PTSD	: Post Traumatic Stress Disorder
QI	: Quotient Intellectuel
RAU	: Rétention Aigue d'Urine
SaO2	: Saturation Artérielle en Oxygène du sang
SCZ	: Schizophrénie
SEP	: Sclérose En Plaques
SMN	: ou SMNL : Syndrome Malin des Neuroleptiques
SNV	: Système Nerveux Végétatif
TA	: Tension Artérielle

TAG	: Trouble Anxieux Généralisé
TBP / TB	: Trouble Bipolaire
TC	: Tronc Cérébral
TCA	: Troubles des Conduites Alimentaires
TCC	: Thérapie Cognitive et Comportementale
TCK	: Temps de Céphaline Activée
TDA	: troubles spécifiques des apprentissages
TDAH	: Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TDM	: Tomodensitométrie
TDR	: Trouble Dépressif Résistant
TDR	: Troubles du rythme cardiaque
TEACCH	: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children
THC	: delta-9-tétra-hydro-cannabinol
TIP	: Psychothérapie Interpersonnelle
TMR	: Thymorégulateur
TOC	: Trouble Obsessionnel Compulsif
TP	: Trouble Panique
TP	: Taux de Prothrombine
TS	: Tentative de Suicide
TSA	: Trouble du Spectre de l'Autisme
TSH	: Thyroid-Stimulating Hormone ou Hormone thyroïdienne
VGM	: Volume Globulaire Moyen

- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- VO** : Voie Orale
- VS** : Vitesse de Sédimentation
- VVP** : Voie Veineuse Périphérique

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Critères diagnostiques de la schizophrénie dans le DSM 5	32
Figure 2. Traitement médicamenteux de la schizophrénie	38
Figure 3. Différents types des troubles délirants chroniques.....	41
Figure 4. Formes principales du délire paranoïaque.....	42
Figure 5. Prise en charge médicamenteuse d'un épisode dépressif majeur. [15]	92
Figure 6. Stratégies thérapeutiques dans le trouble bipolaire.....	100
Figure 7. Types des troubles phobiques selon le DSM 5.....	142
Figure 8. Les différents types des troubles du développement du langage.	186
Figure 9. Critères diagnostiques de l'addiction selon le DSM 5.	244
Figure 10. Etapes d'évaluation et de prise en charge d'une urgence psychiatrique.	317
Figure 12. Schéma fonctionnel d'une synapse : la transmission d'un message nerveux d'un neurone à sa cellule-cible.	421
Figure 12. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM 5.....	433
Figure 13. Schéma représentant l'évolution des symptômes dans la schizophrénie, adapté de Keshavan & Schooler 1992	438
Figure 15. Critères diagnostiques du SMN selon le DSM 5.....	459
Figure 15. Critères diagnostiques d'une attaque de panique selon le DSM 5.	467
Figure 16. Conduite à tenir devant une attaque de panique.	471
Figure 17. Critères diagnostiques du trouble psychotique bref selon le DSM 5.	485

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les facteurs de bon et mauvais pronostic d'une Bouffée délirante aigue.	25
Tableau 2. Formes cliniques de la schizophrénie.	35
Tableau 3. Les facteurs de bon pronostic de la schizophrénie.	36
Tableau 4. Symptomatologie clinique du syndrome maniaque.	95
Tableau 5. Caractéristiques des différentes formes du trouble bipolaire.	96
Tableau 6. Modalités thérapeutiques dans les épisodes aigus du trouble bipolaire.	98
Tableau 7. Grandes thématiques du TOC.	138
Tableau 8. Signes précoces de l'autisme en fonction de l'âge.	194
Tableau 9. Règles de prescription des psychotropes pendant la grossesse	210
Tableau 10. Facteurs de risque de la dépression chez le sujet âgé.	214
Tableau 11. Formes cliniques de la dépression chez le sujet âgé.	215
Tableau 12. Clusters des troubles de personnalité définis par le DSM 5. ...	231
Tableau 13. Les différents types de personnalité pathologique et leurs traits principaux.	233
Tableau 14. Différents types de paraphilies.	268
Tableau 15. Les différents types des troubles du sommeil.	272
Tableau 16. Les différentes étiologies à évoquer devant un état d'agitation.	319
Tableau 17. Les facteurs de risque du suicide.	322
Tableau 18. Degré d'urgence suicidaire selon les éléments d'évaluation. ...	324
Tableau 19. Facteurs de gravité du geste suicidaire.	326
Tableau 20. Etiologies d'un état de stupeur.	330

Tableau 21. Les étiologies du syndrome confusionnel.	335
Tableau 22. Etiologies d'une crise d'angoisse aigue.	345
Tableau 23. Classification des antipsychotiques et différentes molécules..	364
Tableau 24. Effets indésirables des antipsychotiques.	366
Tableau 25. Les principaux anxiolytiques benzodiazépiniques.	371
Tableau 26. Effets indésirables des benzodiazépines.....	376
Tableau 27. Classification des antidépresseurs et principales molécules..	388
Tableau 28. Contre-indications des différents types d'antidépresseurs. [3]	390
Tableau 29. Effets secondaires des antidépresseurs selon leur classe thérapeutique.	391
Tableau 30. Les antipsychotiques à action prolongée	446

I. INTRODUCTION :

La prévalence de plus en plus importante des affections psychiatriques en médecine générale et le nombre réduit des médecins psychiatres au Maroc, imposent une formation de qualité des étudiants en médecine en matière de pathologie psychiatrique [1].

Historiquement, l'enseignement de la psychiatrie et des troubles mentaux a été négligé dans les programmes des facultés de médecine, souvent relégués à un rôle secondaire. Cette marginalisation trouve ses racines dans plusieurs facteurs, dont la stigmatisation persistante des maladies mentales et de la psychiatrie. De plus, l'absence de données précises sur la prévalence des troubles mentaux au sein de la population générale a contribué à sous-estimer l'importance de cette discipline dans la formation médicale des généralistes. Face à l'émergence de statistiques alarmantes sur la prévalence des troubles mentaux, il devient essentiel de renforcer les programmes d'études médicales afin de mieux répondre aux besoins de santé mentale de la population [2].

Au Maroc, l'enseignement de la pathologie mentale est intégré dans le curriculum du deuxième cycle des études médicales, généralement durant la quatrième ou cinquième année, en fonction des directives de chaque faculté. Ce module de psychiatrie, dont la charge horaire variait significativement d'une institution à l'autre – allant de 42 heures à Rabat, 22 heures à Fès, 50 heures à Tanger, 30 heures à Oujda, est passé actuellement, avec la nouvelle réforme des études médicales, à un volume horaire de 50 heures à la 5^{ème} année dans toutes les facultés de médecine du royaume. Il est structuré autour de deux axes principaux [2] : D'une part, l'enseignement théorique, dispensé sous forme de cours magistraux, couvre un large éventail de sujets, incluant la

classification des troubles mentaux, l'étude des troubles psychotiques, anxieux et de l'humeur, ainsi qu'une introduction aux différentes approches thérapeutiques en psychiatrie. D'autre part, la formation pratique se matérialise par un stage hospitalier d'une durée moyenne de quatre semaines. Ce stage représente la première immersion réelle de l'étudiant dans le monde de la pathologie mentale, lui permettant de confronter les connaissances théoriques acquises à la réalité clinique des patients.

Ce manuel, s'enrichissant de nombreuses références, présente aux étudiants en médecine l'ensemble du module de psychiatrie, de façon non exhaustive et résumée, avec une partie d'auto évaluation qui permettra aux étudiants d'évaluer les connaissances acquises.

II. PERTINENCE ET INTERET:

Au Maroc, bien que l'enseignement de la psychiatrie ait connu une évolution notable, cette discipline reste toujours considérée comme étant particulière, nouvelle et non familière pour les étudiants du fait de sa stigmatisation. Il est important d'améliorer et de développer les moyens pédagogiques utilisés. Dans ce sens, la prise de conscience récente de l'importance de la psychiatrie comme discipline dans la formation médicale a déclenché une vague de réformes éducatives. Certaines facultés, ont déjà reconnu l'importance cruciale de la psychiatrie dans la formation des futurs médecins. Souvent, les étudiants ne disposent que des supports fournis par les professeurs de psychiatrie afin de préparer leurs examens.

Ce travail est sous forme d'un système d'aide à l'enseignement de la psychiatrie, ayant un intérêt pédagogique, destiné aux étudiants des Facultés de Médecine et de Pharmacie.

III. OBJECTIFS:

L'objectif principal de cette thèse est d'établir et de rédiger un ouvrage de psychiatrie de référence destiné aux étudiants de médecine en rassemblant l'ensemble des cours psychiatriques en un seul guide pratique. Ce manuel est spécifiquement élaboré pour assister les étudiants de médecine en première ligne, notamment les étudiants de cinquième année, ainsi que les étudiants de médecine candidats à passer le concours d'internat et les docteurs en médecine générale candidats au concours de résidanat, et qui sont régulièrement confrontés à des difficultés à préparer leurs examens. Ce manuel de psychiatrie clinique tente d'apporter une réponse intégrative, très structurée, à cet enjeu, en fournissant un outil résumé, pratique, enrichi de points clés et d'outils pédagogiques, garantissant ainsi une révision optimale du module de psychiatrie. Ce support peut aussi être un outil de travail pour les enseignants.

On peut structurer ces objectifs autour de deux axes :

➤ **Objectifs primaires :**

- Elaborer un outil pédagogique de référence, pratique et facile d'utilisation à l'intention des étudiants en Médecine.
- Enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la sémiologie psychiatrique au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès, et dans les cours magistraux de la psychiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

➤ **Objectifs secondaires :**

- Faciliter l'accès à l'information en matière du module de psychiatrie en regroupant l'ensemble des cours et questions en un seul document multisupport accessible aux étudiants en médecine, aux médecins, et aux enseignants.
- Améliorer les connaissances en matière des pathologies psychiatriques en médecine générale.
- Confronter l'étudiant à ses propres connaissances grâce à la rubrique d'auto-évaluation, destinée à évaluer les prérequis de l'utilisateur.
- Impliquer les médecins dans la prise en charge des pathologies psychiatriques quel que soit leur orientation future.

IV. MÉTHODOLOGIE :

1. Lieu et durée du travail :

L'élaboration de ce travail s'est étendue sur une période d'un an.

Le travail s'est déroulé au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II, avec la participation de l'équipe des enseignants.

2. Collecte des données :

Dans un premier temps, nous avons effectué la liste des cours enseignés à la faculté et des questions précédemment posées aux concours de résidanat et d'internat.

Nous nous sommes basés ensuite sur les cours magistraux enseignés aux étudiants par les professeurs de psychiatrie de la faculté de Fès, sur les cours enseignés durant les stages à l'hôpital psychiatrique, sur les données tirées directement de différents ouvrages de psychiatrie ainsi que les données jugées pertinentes tirées de différents articles scientifiques et thèses, grâce à des recherches bibliographiques approfondies et pertinentes. [3] [4] [5]

3. Organisation des données et déroulement du travail :

Soucieux de la qualité de formation en psychiatrie des étudiants en médecine, nous avons veillé lors de la rédaction de ce manuel à rendre les connaissances nécessaires à acquérir claires, structurées, intégratives et cohérentes avec les cours enseignés à la Faculté de Médecine, de médecine dentaire et de Pharmacie de Fès. Ainsi, nous avons rédigé les différents chapitres sous forme de résumés suivant un plan similaire pour tous les cours du même chapitre (pathologie, urgences, thérapeutiques), afin de faciliter l'utilisation du manuel.

Aussi, pour chaque cours, nous avons conclu par des points clé, résumés, à retenir par l'étudiant.

Ce manuel a été guidé par plusieurs principes : l'homogénéisation, la simplification et l'organisation des contenus autour du programme de psychiatrie établi par la faculté. L'objectif est de favoriser un apprentissage de qualité centré sur le processus de raisonnement clinique médical tout en respectant scrupuleusement les exigences du programme officiel.

Nous proposons alors un contenu recentré sur l'essentiel, tout en respectant l'exhaustivité nécessaire pour répondre aux épreuves de la faculté.

Notre support est composé de deux chapitres :

- *Chapitre 1 : préparation aux examens de 5ème année et aux examens cliniques de 7ème année de médecine.*
- *Chapitre 2 : préparation aux examens d'internat et de résidanat.*

Chaque chapitre est composé d'une rubrique dédiée aux résumés des différents cours de psychiatrie, et d'une partie d'auto évaluation contenant des QCM, des cas cliniques ou des questions directes, et qui permettra aux étudiants d'évaluer les connaissances acquises.

V. 1^{er} CHAPITRE : Préparation aux examens de 5^{ème} année et aux examens cliniques de 7^{ème} année de médecine :

1. Troubles psychotiques :

Les **troubles psychotiques** sont un ensemble de maladies mentales graves, caractérisées par une altération profonde de la perception de la réalité. Les personnes atteintes de troubles psychotiques peuvent éprouver des hallucinations, des délires, une pensée désorganisée et des comportements anormaux. Ces troubles incluent des pathologies telles que la **schizophrénie**, le **trouble schizoaffectif** (combinaison de symptômes de schizophrénie et de troubles de l'humeur (dépression ou bipolarité)), et le **trouble délirant**. Les troubles psychotiques sont d'origine multifactorielle : génétique, biologique, environnementale, psychologique.

1.1. Résumés :

a. Bouffée délirante aigue (BDA) :

La notion de BDA est ancienne, elle correspond actuellement, dans la classification du DSM 5, au **trouble psychotique bref**. Elle désigne une **psychose délirante aigue** qui dure moins d'un mois. Elle survient souvent chez **un sujet jeune**, caractérisée par l'apparition **brutale** d'un délire **non systématisé**, dont les thèmes et les mécanismes sont **riches et polymorphes**. Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidents médico-légaux ou des troubles du comportement majeur, d'où l'importance d'un diagnostic rapide.

Au Maroc ce trouble touche 5,6% dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé.

a.1. Diagnostic positif :

- Début **brutal**, Parfois précédée par une **phase prodromique brève** (une insomnie, interrogations vagues, anxiété inhabituelle, fluctuations de l'humeur, changement du comportement...)
- Parfois il y a un facteur déclenchant (choc affectif, deuil, échec professionnel, prise de toxiques...)
- **Un syndrome délirant** polymorphe, polythématique, à mécanismes multiples, flou, non systématisé, sans cohérence, et changeant dans le temps, avec une adhésion totale.
- Trouble de la perception de soi-même : **dépersonnalisation**.
- Un syndrome hallucinatoire : auditive + + +, angoisse.
- **Perturbations thymiques** fréquents et fluctuants : dysphorie, tristesse, exaltation.
- **Altération de la conscience** : Modification de la perception de la réalité extérieure.
- **Troubles du comportement** en rapport avec les fluctuations thymiques et délirantes : Excitation motrice ou stupeur catatonique ; agitation anxieuse ; logorrhée ou mutisme ; conduites pathologiques : fugues, voyages pathologiques, vols, bagarres, agitation, anxiété, fugues, tentative de suicide, violence auto hétéroagressivité qui peut prendre un caractère médico-légal.

- **Signes physiques** : une insomnie quasi-constante, les autres signes (anorexie, constipation, fébricule, variations tensionnelles, déshydratation) sont variables et non spécifiques.

a.2. Evolution et pronostic :

Dans de nombreux cas, la bouffée délirante aiguë a une **évolution** relativement courte et régressive. Les symptômes délirants peuvent apparaître brutalement et atteindre leur intensité maximale en quelques jours à quelques semaines. Par la suite, une rémission progressive des symptômes est souvent observée.

Le **pronostic** de la bouffée délirante aiguë est généralement favorable, avec une rémission complète des symptômes dans la plupart des cas.

Cependant, certains facteurs peuvent influencer le pronostic [Tableau 1].

Un suivi médical régulier et un soutien thérapeutique sont importants pour surveiller l'évolution des symptômes et prévenir les rechutes.

Facteurs de BON PRONOSTIC	Facteurs de MAUVAIS PRONOSTIC
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début brutal ▪ Présence de facteur déclenchant. ▪ Délire riche. ▪ Court délai avant le traitement. ▪ Bonne réactivité au traitement. ▪ Absence d'antécédents familiaux de schizophrénie. ▪ Antécédents familiaux d'un trouble bipolaire. ▪ Absence de trouble de personnalité pré morbide. ▪ Symptômes thymiques importants associés. ▪ Critique du délire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Début subaigu ▪ Absence de facteur déclenchant. ▪ Délire pauvre. ▪ Long délai avant le traitement. ▪ Résolution incomplète sous traitement ▪ Présence d'antécédents familiaux de schizophrénie. ▪ Trouble de personnalité antérieure de type schizoïde. ▪ Absence des symptômes thymiques pendant l'épisode aigu. ▪ Critique absente ou imparfaite du délire.

Tableau 1. Les facteurs de bon et mauvais pronostic d'une Bouffée délirante aiguë. [6]

a.3. Prise en charge thérapeutique :

- **Urgence psychiatrique** nécessitant l'**hospitalisation+++** (afin de contenir l'agitation psychomotrice, et d'évaluer le risque suicidaire ou d'hétéroagressivité).
- **Un bilan clinique et paraclinique** à la recherche d'une étiologie organique, à déterminer en fonction de l'examen somatique (EEG, TDM cérébrale, PL, recherche de toxiques et de drogues...)
- Ne jamais oublier la recherche anamnestique auprès de l'entourage d'une prise de toxiques : LSD, amphétamines...
- **Traitement pharmacologique :** repose essentiellement sur les antipsychotiques, de première génération tel l'Halopéridol (Amp de 5 mg, 1 à 2 Amp en IM/jour), ou des antipsychotiques de deuxième génération (Amisulpride, Rispéridone, ou Olanzapine).

L'association des antipsychotiques sédatifs est possible si l'anxiété est importante : lévomépromazine ou la chlorpromazine.

La voie orale sera préférée, mais la voie d'administration est classiquement intramusculaire dans les premiers jours.

- **Surveillance :** de la tolérance en surveillant l'apparition d'effets secondaires du traitement qu'il faudra corriger, l'évolution de la symptomatologie et de l'état général (TA, pouls, hydratation, conscience, température) ; ainsi qu'une surveillance de l'efficacité du traitement.
- **Une psychothérapie de soutien ou cognitivo-comportementale :** doit systématiquement être proposée en association au traitement médicamenteux.



- ✓ La BDA est un trouble psychotique aigu et transitoire.
- ✓ Pas de syndrome confusionnel.
- ✓ Urgence psychiatrique +++
- ✓ Tout délire aigu doit faire rechercher une cause organique +++
- ✓ Rechercher et prévenir le risque suicidaire ou d'hétéroagressivité.
- ✓ Hospitalisation obligatoire souvent sous contrainte.
- ✓ Traiter tôt et longtemps par un antipsychotique.
- ✓ Evolution favorable (épisode unique) dans 1/3 des cas.

b. Schizophrénie :

C'est un **trouble psychotique chronique** caractérisé par un ensemble de symptômes, tels que les hallucinations, le délire, l'isolement social, une détérioration cognitive et une altération du cours de la pensée. Une rémission durable est possible, chez un patient sur trois, si une prise en charge adaptée est proposée [7] [8].

La prévalence de la schizophrénie est de 0,4 à 0,7 %. Elle débute généralement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. 15 à 20 % des premiers épisodes ont lieu avant 18 ans. L'âge de début est généralement plus tardif chez la femme par rapport à l'homme. [3]

b.1. Mode de début :

Le **mode de début** de la maladie peut être aigu ou insidieux, et peut prendre des formes très variables.

➤ **Forme à début aigu :**

▪ **Bouffée délirante aiguë :**

Environ 30% des BDA évoluent vers une schizophrénie. Des facteurs de « mauvais pronostic » ont été décrits (déjà cités dans le chapitre BDA), mais seul le critère évolutif, après plusieurs mois d'évolution, permettra de trancher.

=> Dans le **DSM 5** (5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et statistique des maladies mentales), on parle de trouble psychotique bref (<1 mois), et de trouble schizophréniforme (entre 1 et 6 mois) [5] [9].

▪ **Episode thymique atypique :**

Parfois, débute par un épisode dépressif ou un accès maniaque atypique associant symptomatologie thymique à des signes dissociatifs et des idées délirantes non congruentes à l'humeur.

- **Etat confuso-onirique :** devant lequel il faut éliminer une pathologie organique +++
- **Trouble du comportement :** tentative de suicide, fugue, voyage pathologique ou un acte médico-légal.

➤ **Forme à début progressif « Phase prodromale » :**

Dans la moitié des cas, le début de la maladie a été précédé de manifestations parfois très discrètes, ayant pu évoluer sur plusieurs mois voire plusieurs années. Dans ce cas, le diagnostic est souvent porté tardivement, retardant considérablement l'accès aux soins.

- **Affaiblissement physique et psychique :** négligence corporelle et d'hygiène, baisse du rendement, apragmatisme, fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle.

- **Modification de la personnalité et de l'affectivité** : isolement, retrait social, agressivité, froideur du contact ou une indifférence, ambivalence affective, centres d'intérêt bizarres (mysticisme ou ésotérisme).
- **Troubles du comportement** inhabituels et bizarres ; trouble des conduites sexuelles ou alimentaires, addictions, marginalisation, inversion du rythme de vie (vie nocturne), vagabondage, errance, tendance à l'isolement, comportement bizarre inadapté.
- **Un sentiment de dépersonnalisation** : dysmorphophobie, « **signe du miroir** », angoisse de morcellement avec peur de perte de l'intégrité corporelle, des troubles de l'identité.
- **Symptomatologie atypique** : obsessions étranges avec absence de critique ou critique partielle.
- **Manifestations pseudo-névrotiques** : phobies atypiques, obsessions inhabituelles (hypochondriaques ou abstraites, associées à des rituels bizarres).

b.2. Diagnostic positif :

Le diagnostic positif de la schizophrénie repose sur l'anamnèse et un examen clinique psychiatrique. Il faut une association de syndromes :

- Syndrome **déirant**.
- Syndrome **hallucinatoire**.
- Syndrome **dissociatif**.
- Symptômes **négatifs**.

➤ **Syndrome délirant :**

Les idées délirantes sont très fréquentes, c'est généralement un délire paranoïde, non systématisé. Les thèmes délirants sont très polymorphes. On note la fréquence des thèmes persécutifs, mystiques, hypochondriaques, mégalomaniques, d'influence, de référence, de transformation corporelle. Les thèmes sont vécus dans une forte angoisse psychotique.

➤ **Syndrome hallucinatoire :**

Dans la schizophrénie, 75% des patients présentent des hallucinations (hallucinations auditives verbales, intrapsychiques, olfactives, rarement visuelles), notamment en phase aiguë.

➤ **Syndrome dissociatif :**

Très spécifique du diagnostic de la schizophrénie. Ce syndrome est marqué par des manifestations affectant :

- Le Fonctionnement intellectuel
- L'affectivité
- Le comportement.

❖ **La désorganisation intellectuelle :**

- **Trouble du cours de la pensée :** barrages, fading mental, relâchement des associations d'idées, le discours est peu compréhensible, discontinu, sans idée directrice. La pensée est dite diffluente, parfois ralentie avec bradyphémie (ralentissement anormal du rythme de la parole), stéréotypies, persévérations.
- **Trouble du contenu de la pensée (illogisme) :** la pensée est floue, désorganisée, sans fil conducteur, émaillée de nombreux passages du coq-à-l'âne, ce qui peut se traduire par : l'ambivalence, le

rationalisme morbide, et le raisonnement paralogique. On note également une altération des capacités d'abstraction.

- **Troubles du langage** : néologisme, paralogisme, agrammatisme, paragrammatisme, écholalie, palilalie, glossolalie, et à un degré plus grave, la schizophasie totalement incompréhensible.

❖ **La désorganisation affective :**

Ambivalence, réactions affectives paradoxales et imprévisibles inadaptées aux situations (sourire ou pleurs immotivés). Émoussement affectif allant jusqu'à l'athymhormie (perte de l'élan vital).

❖ **La désorganisation comportementale :**

Le comportement apparaît étrange, discordant, bizarre avec parfois des actes dangereux hétéro ou auto-agressifs, stéréotypies motrices ou gestuelles, maniérisme gestuel (préciosité, attitudes empruntées), négativisme ou comportement d'opposition, catalepsie, attitude catatonique.

➤ **Symptômes négatifs :**

Survenant à un stade plus ou moins avancé de la maladie, il s'agit d'une perte de contact vital avec la réalité caractérisée par : un repli sur soi, un isolement social et familial, hermétisme, avec une pensée secrète, illogique, non subordonnée au principe de réalité.

➤ **Autres symptômes :**

- **Un déficit cognitif** : troubles de l'attention et de la concentration, altération du traitement de l'information, troubles des fonctions exécutives et de la mémoire.
- **Les perturbations de l'humeur** : Les symptômes dépressifs font souvent partie des manifestations qui précèdent la révélation de la

maladie. Ils sont aussi les prodromes les plus fréquents des rechutes aiguës.

- Les symptômes anxieux sont souvent présents sous forme d'une anxiété permanente ou d'attaque de panique.

➡ Plusieurs classifications ont été établies pour regrouper les symptômes de la schizophrénie, dont les critères diagnostiques du DSM-5 :

Critère A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent [5] [10] :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

Critère B. Dysfonctionnement social ou des activités (Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble).

Critère C. Des signes continus du trouble persistent depuis **au moins 6 mois**. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c-à-d les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace)

Critère D. Exclusion d'un trouble schizoaffectif, ou d'un trouble de l'humeur.

Critère E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

Critère F. Pas de trouble envahissant du développement.

Figure 1. Critères diagnostiques de la schizophrénie dans le DSM 5 [5] [11]

A noter que les symptômes décrits peuvent également être regroupés d'une autre manière, plus classiquement utilisée par les « **anglo-saxons** ».

On distingue ainsi des symptômes **négatifs et positifs** :

- **Les symptômes positifs** : délire, hallucinations et les symptômes de désorganisation de la pensée, du discours et du comportement.
- **Les symptômes négatifs** : seraient au cœur du processus pathologique, selon certains auteurs. Ils correspondent à une perte ou à une diminution de fonction. Il s'agit essentiellement de l'émoussement affectif, du retrait social et de la perte de l'élan vital.

b.3. Formes cliniques :

Les sous-types de schizophrénie ont été éliminés du DSM- 5 et ont été remplacés par une évaluation dimensionnelle des symptômes ; ceci étant le changement le plus important concernant la schizophrénie dans le DSM-5 [12] [13].

Les formes cliniques actuelles sont définies par la symptomatologie prédominante rencontrée chez le patient au cours de l'évolution de son trouble.

Forme clinique	Caractéristiques principales
Schizophrénie Paranoïde	<ul style="list-style-type: none"> - La plus fréquente. - Prédominance du délire. - Le syndrome dissociatif reste généralement peu important. - Bonne réponse au traitement neuroleptique. - Evolution par poussées dites processuelles, ou d'une seule tenue.
Schizophrénie Hébéphrénique (ou désorganisée)	<ul style="list-style-type: none"> - Début souvent insidieux. - Age de début précoce, une personnalité schizoïde est parfois retrouvée. - Syndrome dissociatif majeur. - Délire pauvre, peu ou pas productifs. - Pronostic sombre, mauvaise réponse au traitement neuroleptique.
Schizophrénie Catatonique	<ul style="list-style-type: none"> - Forme moins fréquente. - Prédominance de la désorganisation psychomotrice : négativisme extrême, suggestibilité, maniérisme, conduites d'obéissance automatique, échomimie, échopraxie, tendance au maintien des attitudes. - La catalepsie est la forme la plus grave. - Pronostic vital peut être engagé (refus d'alimentation et troubles neurovégétatifs associés).
Schizophrénie Indifférenciée	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie ne répond pas aux critères des formes cliniques précédentes. - Elle est apparentée à la schizophrénie simple.
Schizophrénie Héboïdophrénique	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénie pseudo-psychopathique. - Conduites antisociales et impulsivité au premier plan.
Schizophrénie Pseudo-névrotique	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreux symptômes d'allure névrotique (phobies, anxiété), associés aux critères de la schizophrénie qui peuvent être relayés au second plan.

Schizophrénie Dysthymique ou trouble schizo-affectif	<ul style="list-style-type: none"> -Symptômes thymiques associés aux symptômes schizophréniques. - Evolution par poussées.
Schizophrénie Résiduelle	<ul style="list-style-type: none"> - forme de schizophrénie stabilisée : persistance des symptômes négatifs mais les symptômes positifs sont absents ou très atténués.

Tableau 2. Formes cliniques de la schizophrénie.

b.4. Evolution et pronostic :

L'évolution de la schizophrénie est variable mais généralement chronique, marquée par des épisodes aigus plus ou moins espacés, avec des intervalles inter-épisodes plus ou moins symptomatiques. Le déficit est variable, et se stabilise généralement après 2 à 5 ans d'évolution. Le premier épisode ou les rechutes sont favorisés par les facteurs de stress (consommation de substance psychoactive, rupture, deuil, etc.). [14]

La schizophrénie est associée à une diminution de l'espérance de vie, principalement en raison des comorbidités (notamment les maladies cardiovasculaires) et des suicides (5 % des patients souffrant de schizophrénie décèdent par suicide).

En ce qui concerne les indicateurs pronostiques, on peut dire que l'évolution est d'autant plus favorable que le plus grand nombre des facteurs suivants sont réunis:

FACTEURS DE BON PRONOSTIC
Mode d'entrée dans la maladie : <ul style="list-style-type: none">- Age de début plus tardif (âge adulte).- Sexe féminin.- Début rapide.- Bonne adaptation prémorbide.
Phase d'état : <ul style="list-style-type: none">- Forme paranoïde (délire au premier plan).- Prédominance des symptômes positifs.- Présence de symptômes thymiques.- Moins de symptômes cognitifs et de désorganisation.
Terrain : <ul style="list-style-type: none">- Absence d'antécédents familiaux de schizophrénie.
Traitement : <ul style="list-style-type: none">- Prise en charge précoce.- Bonne coopération du patient et de la famille.- Bonne réponse au traitement antipsychotique.

Tableau 3. Les facteurs de bon pronostic de la schizophrénie.

b.5. Prise en charge :

La prise en charge de la schizophrénie est **multidisciplinaire**.

❖ **Hospitalisation :** elle se justifie dans plusieurs situations ;

- Episode aigu avec troubles du comportement.
- Risque suicidaire ou de mise en danger.
- Instauration d'un traitement psychotrope.
- Désorganisation majeure du comportement (assistance pour les besoins élémentaires ; alimentation, toilette...)
- Risque d'hétéroagressivité.

- Désinsertion ou rejet familial.

❖ **Traitement médicamenteux** : Les antipsychotiques

- Débuté en **milieu hospitalier** et poursuivi en ambulatoire.
- L'hospitalisation est indiquée devant :
 - Etablissement du diagnostic et évaluation du trouble.
 - Episode aigu avec trouble graves du comportement.
 - Risque suicidaire ou de mise en danger.
 - Risque hétéroagressif.
 - Rechute.
- Eliminer une contre-indication aux antipsychotiques par l'examen clinique et des examens complémentaires : trouble de rythme, Glaucome, Adénome de la prostate...
- Instauré **le plus précocement possible**.
- La **Monothérapie** est la règle (sauf pour les formes avec troubles du comportement, angoisse importante, dans ce cas, on associe des antipsychotiques sédatifs pour une courte durée).
- **Un traitement antipsychotique de seconde génération, dit atypique** type Risperidone, **en première intention**. (Figure 2)
- **Augmentation progressive** de la posologie.
- Utiliser la **dose minimale efficace**.
- Attendre 4 à 6 semaines à posologie efficace avant de juger de l'effet.
- **Surveillance** de la tolérance et de l'efficacité : **clinique** (température, tension artérielle, transit intestinal, mouvements anormaux, poids et IMC, ECG) **et biologique** (NFS, créatinine, bilan

hépatique, glycémie, ionogramme sanguin, triglycérides et cholestérol).

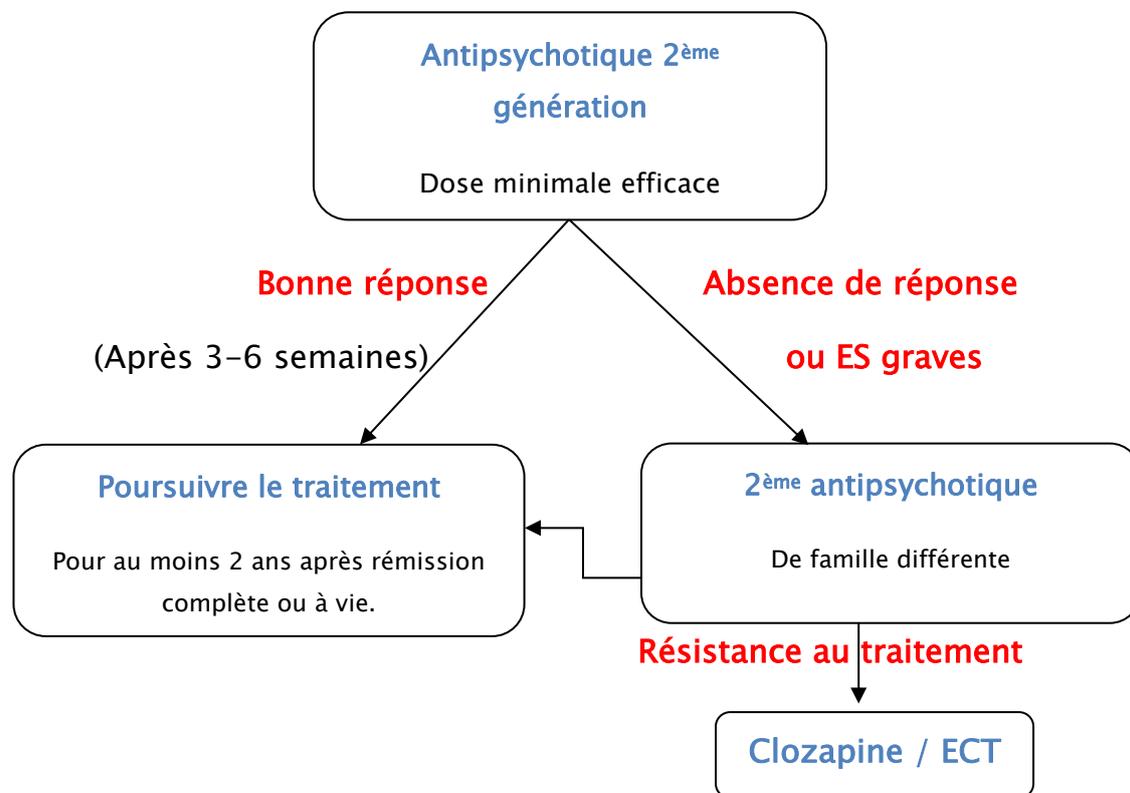


Figure 2. Traitement médicamenteux de la schizophrénie

❖ **Traitement non médicamenteux :**

- **L'électro-convulsivo-thérapie (ECT) :** elle peut être utilisée dans un épisode aigu résistant aux médicaments.
- **La stimulation magnétique transcranienne :** en cas d'hallucinations résistantes.
- **Les psychothérapies :** en complément du traitement médicamenteux ; les Thérapies cognitives et comportementales (TCC), les thérapies familiales pour impliquer la famille dans la prise en charge.
- **Une Réadaptation et Réinsertion sociale.**

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ La schizophrénie est un **trouble psychotique chronique**, de **début précoce**, et d'**origine multifactorielle**.
- ✓ Le **mode d'entrée** de la maladie peut être aigu ou progressif.
- ✓ Le **diagnostic** de la SCZ est **clinique** et repose sur l'association d'au moins deux syndromes (positifs ou négatifs ou de désorganisation), ainsi qu'une évolution de ces signes depuis au moins 6 mois.
- ✓ L'**évolution** est souvent **chronique** et invalidante.
- ✓ La **prise en charge** de la SCZ est **multidisciplinaire** repose sur des structures de soins adaptées, un traitement pharmacologique de fond : les antipsychotiques, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psycho-sociale : Approche « **Bio-Psycho-Sociale** ».

c. Délires chroniques non schizophréniques :

Les troubles délirants chroniques correspondent à des troubles psychotiques chroniques dits « non schizophréniques », comprenant la **Psychose Paranoïaque**, la **Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC)**, la **Paraphrénie** et les psychoses passionnelles. Aujourd'hui, le DSM 5 et la CIM-10 regroupent les différentes formes de troubles délirants chroniques non schizophréniques sous le diagnostic de trouble délirant et considère les sous types en fonction du thème du délire.

La prévalence vie entière des troubles délirants persistants est estimée à 0,2 %. L'entrée dans la pathologie se fait à l'âge adulte, le plus souvent entre 40 et 50 ans et le sous-type le plus fréquent est le sous-type de persécution.

[3]

Les caractéristiques communes du délire sont [14]:

- **Mécanisme** : Les mécanismes rencontrés sont principalement interprétatifs, intuitif, et imaginatif.
- **Thème** : Les thèmes les plus fréquemment retrouvés sont l'érotomanie, la grandeur (ou mégalomanie), la jalousie, la persécution, et les thématiques somatiques.
- **Systématisation** : Les idées délirantes sont bien systématisées et cohérentes.
- **Adhésion** : forte, absence de doute.
- **Durée** : c'est un délire chronique (évoluant pendant 1 mois ou plus).

c.1. Diagnostic positif :

- Présence d'un ou de plusieurs idées délirantes persistantes pendant au moins 1 mois.
- Les symptômes ne remplissent pas celle de la schizophrénie.
- En dehors de l'impact direct des idées délirantes, l'adaptation sociale reste mieux préservée que dans les autres psychoses et le comportement n'est pas bizarre ou altéré.
- Les différentes **formes cliniques** (ou sous types) des troubles délirants chroniques sont définies en fonction du thème prédominant du délire : érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, somatique, mixte et non spécifié

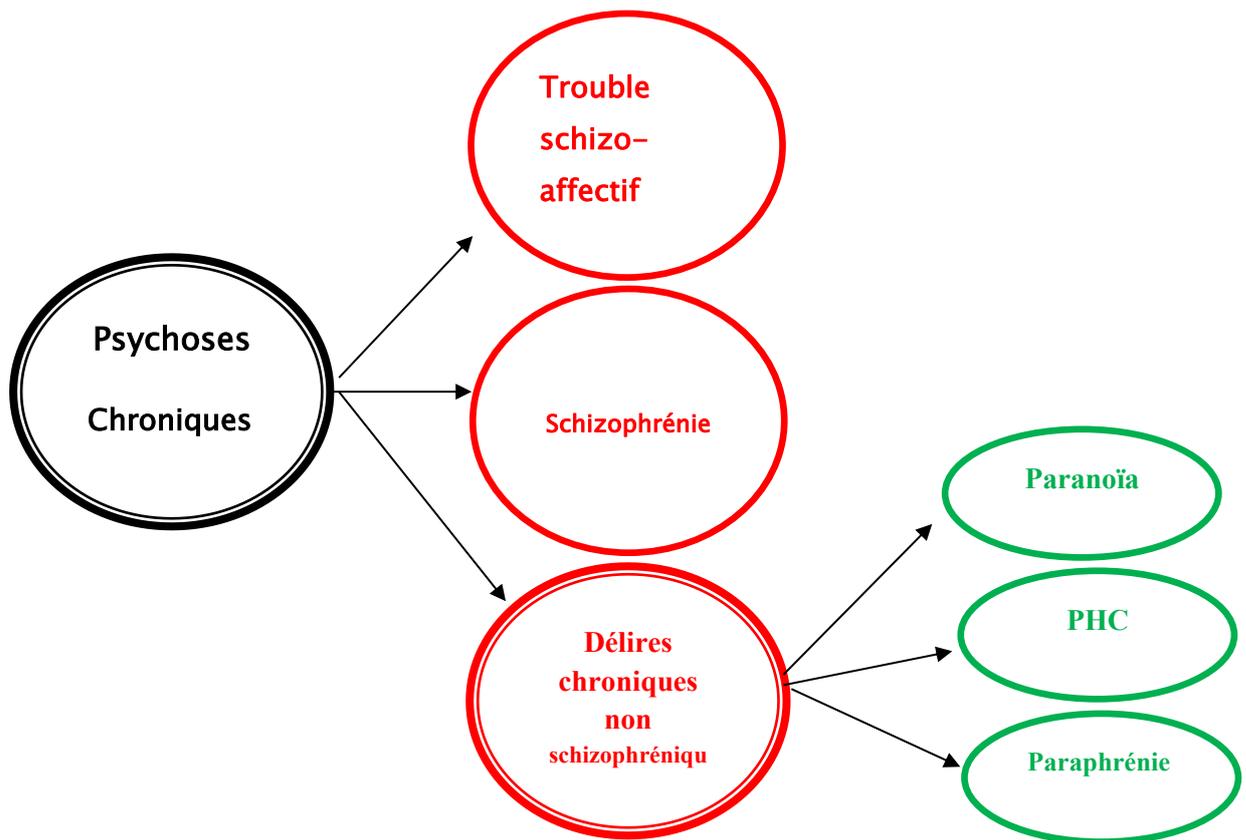


Figure 3. Différents types des troubles délirants chroniques

c.2. Délire paranoïaque :

Il est défini comme étant une psychose chronique dans laquelle les symptômes prédominants sont les idées délirantes. Le délire chronique est centré sur un **thème de persécution** dont le **mécanisme interprétatif** est prédominant.

Caractéristiques communes du délire paranoïaque :

1. Personnalité paranoïaque ou sensitive.
2. La systématisation du délire.
3. Mécanisme interprétatif.
4. Adhésion : totale, avec une participation affective intense.
5. Résistance aux neuroleptiques.
6. Age tardif : souvent >35ans.
7. Absence de dissociation.

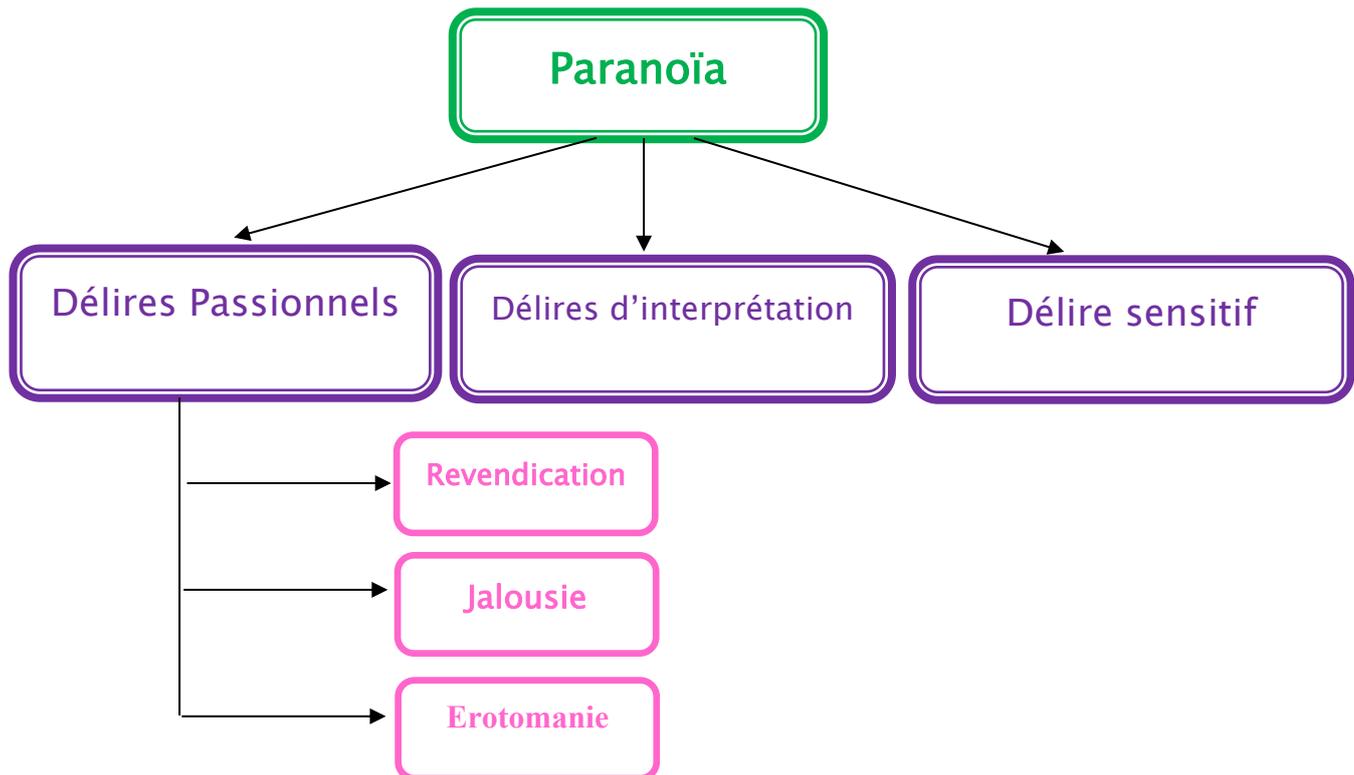


Figure 4. Formes principales du délire paranoïaque.

c.2.1. Délires Passionnels :

➤ **Délire de revendication :**

C'est une conviction délirante d'être victime d'un préjudice spécifique.

Le préjudice est souvent unique dans l'esprit du patient donnant lieu à un délire interprétatif très élaboré.

En fonction de la nature du préjudice, on peut décrire plusieurs formes cliniques :

- Les quérulents processifs (Individus obsédés par des litiges judiciaires qu'ils perçoivent comme injustes, souvent sans raison valable).
- Les idéalistes passionnés (Les personnes dévouées à leurs idéaux, parfois au détriment de la réalité pratique).
- Les inventeurs méconnus (Des créateurs dont les innovations n'ont

pas reçu la reconnaissance ou la célébrité qu'elles méritent).

- Les délires de revendication hypochondriaques (Croyances erronées et persistantes d'avoir des maladies).
- La sinistrose délirante (Une croyance irrationnelle et persistante que tout est voué à l'échec ou que des catastrophes sont imminentes).

➤ **Délire de jalousie :**

C'est une conviction délirante d'être trompé par son partenaire.

Cette forme est plus fréquente chez les hommes.

Il existe un risque de geste hétéroagressif.

➤ **Erotomanie ou délire érotomaniaque :**

C'est une conviction délirante d'être aimé par une personne d'un niveau ou statut supérieur. Surtout chez les femmes.

Il évolue en 3 phases :

1. **Espoir** de la réussite de cette amour.
2. **Dépit** de cet amour (Irritation légère causée par une déception, une blessure d'amour-propre, amertume, rancœur passagère).
3. **Rancune** : cette troisième phase peut émerger des menaces, du chantage, voire des gestes hétéro-agressifs.

c.2.2. Délire d'interprétation « sérieux et cap gras » :

Le délire se construit autour de plusieurs idées et non sur une idée prévalente. L'interprétation est multiple à partir d'indices réels, le sujet en perçoit toujours une signification qu'il rapporte à sa personne « délire centripète ».

c.2.3. Délire sensitif ou de relation :

Il survient chez des sujets présentant le plus souvent une personnalité prémorbide de type sensitif. C'est un délire de persécution vécu intérieurement et dont la principale complication est la dépression.

c.3. La Psychose Hallucinatoire Chronique (PHC) :

La PHC concerne surtout les femmes d'âge mur, il s'agit d'un **délire chronique hallucinatoire**, de début brutal ou progressif sans désorganisation.

Généralement le **délire est productif** dont le mécanisme est **hallucinoire**, l'**automatisme mental** est riche, multiple et chronique. Les thèmes du délire sont variables (mystiques, de persécution, d'influence...).

Un **bilan** biologique, ORL, ophtalmologique, voire une imagerie cérébrale, doivent être fait devant toute hallucination sensorielle, notamment chez le sujet âgé à **la recherche d'une cause organique**.

Le traitement est le plus souvent ambulatoire, et repose sur un traitement antipsychotique par des antipsychotiques de 2^{ème} génération associé à une psychothérapie de soutien.

c.4. La Paraphrénie :

C'est un **délire chronique à mécanisme imaginatif** prédominant, sous forme de **convictions absurdes**. La **richesse de la production délirante** contraste avec l'absence de syndrome dissociatif, et la conservation d'une **bonne adaptation socioprofessionnelle et affective**.

On distingue généralement deux types de paraphrénie :

- **La paraphrénie fantastique** : de mécanisme imaginatif et hallucinatoire, de thème fantastique avec exaltation de l'humeur.

- **La paraphrénie confabulante** : de mécanisme strictement imaginatif, de thème mégalomane. La fabulation s'enrichit de films, de lectures, d'actualités.

Ces délires semblent peu sensibles **aux traitements neuroleptiques** qui constituent le traitement essentiel permettant l'abord **psychothérapeutique**, ainsi que plusieurs mesures, familiales, sociales et institutionnelles sont indispensables à la prise en charge des délires chroniques.

c.5. Evolution et pronostic :

- L'évolution est chronique avec parfois des périodes d'accalmie.
- **Complications** : désinsertion socio-professionnelle, passage à l'acte (hétéroagressivité voir homicide, suicide), toxicomanie, dépression.

c.6. Prise en charge :

La prise en charge des délires paranoïaques est difficile, en raison de l'anosognosie (dénier de la maladie ou absence de conscience du trouble) qui caractérise ces patients, leur tendance rapide à considérer tout intervenant extérieur comme persécuteur, et de la mauvaise observance thérapeutique.

❖ **L'Hospitalisation** : souvent nécessaire, devant une exaltation thymique menaçante hétéro agressive ou d'une dépression secondaire.

❖ **Traitement médicamenteux** :

- Le traitement est basé sur **les antipsychotiques** :
 - **Antipsychotiques de 2^{ème} génération** : en 1^{ère} intention (Ex. Risperidone) à visée antiproductive.
 - **Antipsychotiques de 1^{ère} génération** (Ex. Halopéridol).
 - Surveillance de l'efficacité et de la tolérance.

- **Neuroleptique sédatif** (Lévomépromazine) en cas d'exacerbations anxieuses ou d'agitation.
- **Antidépresseurs** (ISRS) en cas de complication dépressive.
- ❖ **Psychothérapies** : une psychothérapie de soutien ou une psychothérapie psychanalytique doit systématiquement être proposée en association au traitement médicamenteux, ainsi que plusieurs mesures familiales, sociales et institutionnelles sont indispensables à la prise en charge des délires chroniques.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ **Pathologie psychiatrique chronique.**
- ✓ Les caractéristiques communes des délires paranoïaques : La **systematisation** et l'**interprétation**.
- ✓ Thèmes et mécanismes variés, ils sont regroupés en **3 groupes** : Les délires **passionnels** (revendication/Jalousie/érotomanie) / Le délire **d'interprétation**/ Le délire **sensitif**.
- ✓ Un trouble caractérisé par **ses difficultés diagnostic** et surtout **thérapeutique**, et ses conséquences familiales, socioprofessionnelles et médico-légales.
- ✓ Le **traitement** repose sur les **antipsychotiques** et la **psychothérapie individuelle**.

1.2. Questions directes :

Question 1 : Décrivez les formes cliniques de la schizophrénie.

Question 2 : Citez la classification de la psychose paranoïaque.

Question 3 : Quels sont les facteurs de bon pronostic de la bouffée délirante aiguë ?

Question 4 : Conduite à tenir devant une bouffée délirante aiguë.

Question 5 : Quels sont les thèmes délirants, sans les tableaux, des délires paranoïaques ?

Question 6 : Citez les grandes lignes de la prise en charge de la schizophrénie.

Question 7 : Quelles sont les modalités évolutives des bouffées délirantes aiguës ?

Question 8 : Citez les éléments de bon pronostic d'un accès psychotique aigu.

Question 9 : Citez en sommaire la classification de la psychose paranoïaque.

Question 10 : Citez les grandes lignes de la prise en charge de la schizophrénie.

1.3. Questions à Choix Unique ou Multiple :

Q 1 : Quels sont les éléments qui constituent le syndrome dissociatif au sens de la psychiatrie classique française, dans la schizophrénie :

- A. La discordance
- B. La dépersonnalisation
- C. Les troubles du cours de la pensée
- D. Les troubles de langage
- E. L'autisme

Q 2 : Concernant Les délires paranoïaques :

- A. C'est un délire non systématisé
- B. Le mécanisme du délire est une interprétation pathologique
- C. La jalousie est l'un des thèmes les plus fréquents
- D. L'hypochondrie délirante n'est pas une forme des délires paranoïaques
- E. Ces délires paranoïaques sont caractérisés par les risques des actes médico-légaux

Q 3 : Les troubles du langage, dans la schizophrénie sont caractérisés par l'existence de :

- A. Fabulations
- B. Réticence
- C. Paraphasies
- D. Néologismes
- E. Mutisme

Q 4 : Les bouffées délirantes aiguës (BDA) sont caractérisées par :

- A. Leur début brutal
- B. Le jeune âge du malade
- C. D'importants antécédents
- D. Le polymorphisme des mécanismes
- E. L'athymhormie

Q 5 : Concernant le diagnostic différentiel de la BDA :

- A. Le traumatisme crânien n'est pas un diagnostic différentiel à évoquer
- B. La manie est un diagnostic différentiel à évoquer
- C. La tumeur cérébrale n'est pas un diagnostic différentiel à évoquer
- D. Les attaques de panique sont des diagnostics différentiels à évoquer
- E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 6 : Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) qui est (sont) juste(s) ?

- A. Le délire paranoïde fait partie des symptômes négatifs
- B. Le délire paranoïde est alimenté par le mécanisme hallucinatoire
- C. Dans le délire paranoïde, on retrouve un délire systématisé
- D. Les thèmes du délire paranoïde sont changeants et variables
- E. Le traitement à base d'antipsychotiques atypiques et à forte doses, est indiqué, si le syndrome prédomine dans le tableau clinique

Q 7 : L'automatisme mental existe dans les pathologies suivantes :

- A. La schizophrénie
- B. La psychose hallucinatoire chronique (PHC)
- C. La bouffée délirante aiguë (BDA)
- D. La paraphrénie
- E. La paranoïa

Q 8 : Concernant la bouffée délirante aiguë :

- A. Le début subaigu précédé de manifestations insidieuses est un élément de bon pronostic
- B. La présence d'éléments dysthymiques est un élément de mauvais pronostic
- C. La pauvreté du délire est un élément de bon pronostic
- D. L'absence de troubles de la conscience est un élément de bon pronostic
- E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 9 : Dans les délires passionnels, on retrouve :

- A. Le délire érotomaniaque
- B. Le délire de jalousie avec notion de dangerosité
- C. Les délires de revendication
- D. Trois phases dans le délire érotomaniaque (espoir, dépit, rancune)
- E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 10 : La prise en charge de la schizophrénie en phase aigüe peut comprendre :

- A. Piportil injectable
- B. Valium injectable
- C. Halopéridol injectable
- D. Largactil injectable
- E. Modecate injectable

Q 11 : La bouffée délirante aigüe (BDA) peut évoluer vers :

- A. La guérison totale
- B. Une autre récurrence
- C. Un trouble bipolaire
- D. Une schizophrénie
- E. La paranoïa

Q 12 : Le début progressif de la schizophrénie est surtout caractérisé par :

- A. Une baisse du rendement scolaire
- B. Un isolement social et familial
- C. Un délire riche d'emblée
- D. Des hallucinations riches avec un syndrome d'automatisme mental
- E. Un changement de l'affect

Q 13 : Concernant la schizophrénie, quelles sont les propositions justes ?

- A. La forme paranoïde est connue par la pauvreté du délire et des hallucinations

- B. La forme désorganisée est caractérisée par un pronostic péjoratif
- C. La forme catatonique est connue par la prédominance des symptômes psychomoteurs
- D. Le trouble schizo-affectif est caractérisé par l'association entre les symptômes maniaques et dépressifs
- E. Le trouble schizo-affectif est caractérisé par l'existence de symptômes mixtes

Q 14 : Le syndrome dissociatif, dans la schizophrénie, associe :

- A. La discordance
- B. La dépersonnalisation
- C. Les troubles du cours de la pensée
- D. Les troubles de l'affectivité
- E. Une déficience intellectuelle

Q 15 : On compte, parmi les mécanismes générateurs du délire :

- A. Les hallucinations
- B. Les interprétations
- C. Les intuitions
- D. L'hypochondrie
- E. L'autisme

Q 16 : Les formes de début aiguës de la schizophrénie sont :

- A. La bouffée délirante aiguë polymorphe atypique
- B. Le trouble obsessionnel -compulsif
- C. La dépression mélancolique atypique
- D. L'accès maniaque atypique
- E. La boulimie

Q 17 : Le syndrome dissociatif, dans la schizophrénie, associe :

- A. La discordance
- B. La dépersonnalisation
- C. Les troubles du cours de la pensée
- D. Les troubles de l'affectivité
- E. Une déficience intellectuelle

Q 18 : Les formes de début aiguës de la schizophrénie sont :

- A. La bouffée délirante aiguë polymorphe atypique
- B. Le trouble obsessionnel –compulsif
- C. La dépression mélancolique atypique
- D. L'accès maniaque atypique
- E. La boulimie

Q 19 : La schizophrénie est :

- A. Une psychose dissociative aiguë
- B. Une psychose systématisée
- C. Une psychose chronique de mécanisme interprétatif
- D. Survient chez le sujet jeune entre l'âge de 18 ans et 25 ans
- E. Est beaucoup plus fréquente chez les hommes que les femmes

Q 20 : Dans la schizophrénie, il existe des symptômes très spécifiques :

- A. Le délire
- B. Les hallucinations
- C. La rationalisation
- D. Les sourires déplacés
- E. Les troubles du comportement

Q 21 : Concernant la schizophrénie quelles sont les propositions justes?

- A. La forme paranoïde est connue par la pauvreté du délire et des hallucinations
- B. La forme désorganisée est caractérisée par un pronostic péjoratif
- C. La forme catatonique est connue par la prédominance des symptômes psychomoteurs
- D. Le trouble schizo-affectif est caractérisé par l'association entre les symptômes maniaques et dépressifs
- E. Le trouble schizo-affectif est caractérisé par l'existence de symptômes mixtes

Q 22 : L'automatisme mental existe dans les pathologies suivantes :

- A. La schizophrénie
- B. La psychose hallucinatoire chronique
- C. La bouffée délirante aiguë
- D. La paraphrénie
- E. La paranoïa

Q 23 : Le délire systématisé :

- A. Est un délire à thème logique
- B. Est soutenu par des mécanismes hallucinatoires
- C. Est fréquent dans la schizophrénie
- D. Est fréquent dans la bouffée délirante aiguë
- E. Est très sensible aux antipsychotiques

Q 24 : La psychose paranoïaque à thème passionnel comprend :

- A. L'érotomanie
- B. Le délire de jalousie
- C. Le délire de Sérieux et Capgras
- D. Le délire sensitif de Kretschmer
- E. Le délire hypochondriaque

Q 25 : Les antipsychotiques sont beaucoup plus efficaces dans les pathologies suivantes :

- A. La bouffée délirante aiguë
- B. La schizophrénie paranoïde
- C. La schizophrénie désorganisée
- D. La psychose hallucinatoire chronique
- E. La paranoïa

Q 26 : L'un des délires est sensible aux antidépresseurs tricycliques :

- A. Le délire paranoïaque passionnel
- B. Le délire sensitif de Kretschmer
- C. Le délire schizophrénique
- D. Le délire de la bouffée délirante aiguë
- E. Le délire de la psychose hallucinatoire chronique

Q 27 : Le délire érotomaniaque est :

- A. Bien systématisé
- B. Sensible aux antipsychotiques
- C. Un délire qui existe dans l'hystérie.
- D. Un délire qui existe dans les états maniaques
- E. Un délire qui garde la même intensité au cours de son évolution

Q 28 : La bouffée délirante aiguë peut évoluer vers :

- A. Un trouble bipolaire
- B. Une schizophrénie
- C. Un délire paranoïaque
- D. Une deuxième récurrence de BDA
- E. La guérison totale

Q 29 : Les délires paranoïaques sont :

- A. Des délires systématisés
- B. Des délires non systématisés
- C. Des délires dont l'âge du début est entre 30–40 ans.
- D. Des délires dont les thèmes sont la persécution, la jalousie et la revendication
- E. Des délires qui n'entraînent pas une détérioration inéluctable.

Q 30 : Parmi ces propositions, cochez celles qui sont justes :

- A. On retrouve plusieurs formes cliniques dans les délires paranoïaques
- B. Les délires passionnels sont des formes cliniques des délires paranoïaques
- C. Le délire de relation des sensitifs est une forme clinique de ces délires paranoïaques
- D. Le délire d'interprétation en réseau de Sérieux et Capgras est une forme clinique de ces délires paranoïaques
- E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 31 : Dans les délires passionnels, on retrouve :

- A. Le délire érotomaniaque (conviction délirante d'être aimé(e).
- B. Le délire de jalousie avec notion de dangerosité
- C. Les délires de revendication
- D. Trois phases dans le délire érotomaniaque (espoir, dépit, rancune)
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 32 : Les délires paranoïaques :

- A. Sont caractérisés par leurs " non-dangerosité "
- B. Sont caractérisés toujours par une évolution favorable
- C. Sont caractérisés par une amélioration relative apportée par les différents traitements
- D. Sont caractérisés par leur « dangerosité »
- E. Sont caractérisés par l'existence de blocs idéo-affectifs délirants imperméables à l'expérience et à toute évidence.

Q 33 : La forme catatonique de la schizophrénie est surtout connue par:

- A. Des hallucinations très riches
- B. Des tics et des stéréotypies fréquentes
- C. Des périodes de catalepsie et d'inhibition
- D. La perte du contact
- E. La prédominance des symptômes négatifs

Q 34 : La forme paranoïde de la schizophrénie est surtout connue par :

- A. Un pronostic meilleur que les autres formes
- B. La richesse des symptômes négatifs
- C. La richesse des hallucinations et du délire

- D. Les thèmes délirants sont généralement nombreux
- E. Est une forme qui survient généralement vers l'âge de 16 ans

Q 35 : La prise en charge de la schizophrénie en phase aigüe peut comprendre :

- A. Piportil injectable
- B. Valium injectable
- C. Halopéridol injectable
- D. Largactil injectable
- E. Modecate injectable

Q 36 : La schizophrénie est surtout caractérisée par :

- A. Une baisse du rendement scolaire
- B. Un isolement social et familial
- C. Un délire riche d'emblée
- D. Des hallucinations riches avec un syndrome d'automatisme mental
- E. Un changement de l'affect

Q 37 : La psychoéducation est nécessaire chez les patients schizophrènes pour :

- A. Améliorer les hallucinations
- B. Améliorer le délire
- C. Améliorer la discordance affective
- D. Améliorer l'observance thérapeutique
- E. Comprendre la maladie

Q 38 : L'apraxisme peut être symptomatique de :

- A. La schizophrénie
- B. La dépression
- C. Le trouble panique
- D. Le trouble obsessionnel compulsif
- E. Toutes les propositions sont justes

Q 39 : La bouffée délirante aiguë (BDA) peut évoluer vers:

- A. La guérison totale
- B. Une autre récurrence
- C. Un trouble bipolaire
- D. Une schizophrénie
- E. La paranoïa

Q 40 : Concernant les délires paranoïaques :

- A. C'est un délire non systématisé
- B. Le mécanisme du délire est une interprétation pathologique
- C. La jalousie est un des thèmes les plus fréquents
- D. L'hypochondrie délirante n'est pas une forme des délires paranoïaques.
- E. Ces délires paranoïaques sont caractérisés par les risques des actes médico-légaux.

Q 41 : Concernant la bouffée délirante aiguë (BDA) :

- A. Le début subaigu précédé de manifestations insidieuses est un élément de bon pronostic.
- B. La présence d'éléments dysthymiques est un élément de mauvais pronostic.

- C. La pauvreté du délire est un élément de bon pronostic
- D. L'absence de troubles de la conscience est un élément de bon pronostic
- E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 42 : Concernant le diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë (BDA) :

- A. Le traumatisme crânien n'est pas un diagnostic différentiel à évoquer
- B. La manie est un diagnostic différentiel à évoquer
- C. La tumeur cérébrale n'est pas un diagnostic différentiel à évoquer
- D. Les attaques de panique sont des diagnostics différentiels à évoquer
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 43 : Concernant la bouffée délirante aiguë (BDA) :

- A. Le délire est constitué d'emblée et il est de caractère brusque
- B. Parfois le trouble de comportement précède le délire.
- C. La transplantation ne peut pas être un facteur déclenchant
- D. Le contact est difficile et le discours est perturbé.
- E. On retrouve des fluctuations de l'humeur.

Q 44 : Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) qui est (sont) juste(s) ?

- A. Le délire paranoïde fait partie des symptômes négatifs.
- B. Le délire paranoïde est alimenté par le mécanisme hallucinatoire.
- C. Dans le délire paranoïde ; on retrouve un délire systématisé.
- D. Les thèmes du délire paranoïde sont changeants et variables.
- E. Le traitement à base d'antipsychotique atypique et à fortes doses;

est indiqué, si le syndrome prédomine dans le tableau clinique.

Q 45 : Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) qui est (sont) juste(s) ?

- A. Le taux de prévalence de la schizophrénie est de 10 %.
- B. Le taux de prévalence de la schizophrénie est de 1 %.
- C. Le trouble du cours de la pensée dans la schizophrénie peut se caractériser par son rythme discontinu
- D. La désorganisation de la pensée dans la schizophrénie ne se manifeste pas par des troubles des associations
- E. Le rationalisme morbide fait partie du tableau clinique de la schizophrénie.

Q 46 : Les délires paranoïaques sont :

- A. Des délires non-systématisés
- B. Des délires qui peuvent entraîner des comportements dangereux
- C. Des délires dont l'âge du début en moyenne est situé entre 30-40 ans.
- D. Des délires dont les thèmes sont la persécution, la jalousie et la revendication.
- E. Des délires qui n'entraînent pas une détérioration inéluctable.

Q 47 : Parmi ces propositions, cochez celles qui sont justes :

- A. On ne retrouve pas plusieurs formes cliniques dans les délires paranoïaques
- B. Les délires passionnels ne sont pas des formes cliniques des délires paranoïaques.
- C. Le délire de relation des sensitifs est une forme clinique de ces délires paranoïaques.

- D. Le délire d'interprétation en réseau de Sérieux et Capgras est une forme clinique de ces délires paranoïaques
- E. On retrouve plusieurs formes cliniques dans les délires paranoïaques.

Q 48 : Dans les délires passionnels, on retrouve :

- A. Le délire érotomaniaque (conviction délirante d'être aimé(e))
- B. Le délire de jalousie avec notion de dangerosité
- C. Les délires de revendication
- D. Trois phases dans le délire érotomaniaque (espoir, dépit, rancune).
- E. Ce sont des délires non systématisés

Q 49 : Les délires paranoïaques :

- A. Sont caractérisés toujours par une évolution favorable
- B. Sont caractérisés par leurs « non-dangerosité »
- C. Sont caractérisés une amélioration relative apportée par les différents traitements.
- D. Sont caractérisés par leurs « dangerosités ».
- E. Sont caractérisés par l'existence de blocs idéo-affectifs délirants imperméables à l'expérience et à toute évidence.

Q 50 : Dans le tableau de la bouffée délirante aiguë :

- A. L'installation du tableau clinique est progressive
- B. On ne note jamais l'existence d'une grisaille confusionnelle
- C. On note l'existence d'une expérience délirante polymorphe
- D. La bouffée délirante aiguë est une urgence psychiatrique
- E. L'installation du tableau clinique est brutale.

Q 51 : La bouffée délirante aiguë se caractérise cliniquement par :

- A. Un caractère brusque et subit de la symptomatologie.
- B. L'absence des troubles de comportement.
- C. Le délire est constitué d'emblée.
- D. L'existence lors de l'anamnèse du patient de facteurs déclenchants tel que la transplantation.
- E. On peut noter l'existence d'attitude d'écoute et d'un dialogue hallucinatoire.

Q 52 : Parmi les manifestations somatiques lors de la période d'état de la bouffée délirante aiguë, on retrouve :

- A. Une hypersomnie.
- B. Une fébricule.
- C. Une déshydratation.
- D. Une insomnie.
- E. Une anorexie

Q 53 : Concernant le diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë :

- A. Les attaques de panique ne peuvent pas être un diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë
- B. L'épilepsie peut être un diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë
- C. L'accident vasculaire cérébral (A.V.C) peut être un diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë
- D. Les troubles psychiques d'un traumatisme crânien ne peuvent pas être un diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë

- E. La manie peut être un diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë

Q 54 : La schizophrénie paranoïde est :

- A. Forme la plus fréquente des formes cliniques de la schizophrénie
- B. Forme caractérisée par un syndrome délirant et hallucinatoire au premier plan
- C. Moins sensible aux neuroleptiques
- D. De meilleur pronostic
- E. Aucune proposition n'est juste

Q 55 : Les formes à début aigu de la schizophrénie :

- A. Bouffée délirante aiguë
- B. Accès maniaque atypique
- C. Accès dépressif atypique
- D. Etat catatonique aigu
- E. Confusion

Q 56 : Les symptômes suivants font partie du tableau clinique de la schizophrénie:

- A. Hallucinations auditives
- B. Délire polymorphe
- C. Rationalisme morbide
- D. Humeur euphorique
- E. Ambivalence affective

Q 57 : Les axes de prise en charge de la schizophrénie sont :

- A. Hospitalisation
- B. Traitement neuroleptique
- C. Bilan pré thérapeutique
- D. Approche biopsychosociale
- E. Electro convulsivothérapie

Q 58 : Concernant la schizophrénie, quelles sont les propositions justes ?

- A. La schizophrénie est une psychose chronique
- B. Elle affecte principalement le sujet âgé
- C. Prévalence universelle de 1% en population générale
- D. Il s'agit d'une psychose non dissociative
- E. La forme paranoïde est la plus fréquente

Q 59 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles font partie du tableau clinique de la schizophrénie ?

- A. Barrage
- B. Rationalisme morbide
- C. Humeur expansive
- D. Paralogisme
- E. Désorientation temporo-spatiale

Q 60 : Parmi ces médicaments ; lesquels sont indiqués dans la schizophrénie ?

- A. Halopéridol
- B. Olanzapine
- C. Risperidone
- D. Carbamazépine
- E. Clomipramine

Q 61 : Le délire paranoïaque est :

- A. Un délire systématisé
- B. Un délire flou
- C. Un délire souvent hallucinatoire
- D. Un délire chronique.
- E. Un délire non systématisé

Q 62 : Deux propositions concernant L'érotomanie sont fausses. Lesquelles ?

- A. Elle se développe en trois stades : Espoir, dépit puis rancune
- B. C'est un délire passionnel.
- C. Elle est plus fréquente chez les hommes.
- D. C'est un délire en réseau.
- E. Elle comporte des interprétations délirantes

Q 63 : Le délire paranoïaque de jalousie se caractérise par :

- A. Sa construction illogique
- B. Sa construction à base d'interprétations pathologiques
- C. Un vécu d'exaltation affective
- D. Son évolution chronique
- E. L'absence de dangerosité

Q 64 : La bouffée délirante aigue est :

- A. Une psychose chronique
- B. Un état dépressif
- C. Une démence sénile
- D. Une psychose aigue
- E. Une urgence psychiatrique.

Q 65 : Les éléments de mauvais pronostic de la bouffée délirante aigue sont :

- A. Le début brutal
- B. La présence d'une sensibilité au traitement
- C. La présence d'un syndrome dissociatif important
- D. L'absence de trouble de l'humeur.
- E. Le début subaigu

Q 66 : Le critère principal du délire paranoïaque est :

- A. La présence d'idées délirantes bizarres et mal systématisées
- B. La présence d'idées délirantes non bizarres et non systématisées
- C. La présence d'idées délirantes non bizarres et systématisées
- D. La présence d'idées délirantes bizarres et systématisées
- E. La présence d'idées délirantes bizarres et non systématisées.

Q 67 : Le diagnostic différentiel de la bouffée délirante aiguë ne se fait pas avec :

- A. Une forme de manie délirante
- B. Un délire chronique non dissociatif.
- C. Un mode d'entrée dans la schizophrénie
- D. Un paroxysme épileptique.
- E. Une ivresse pathologique.

Q 68 : Quels sont les caractéristiques d'un délire orientant plus vers le diagnostic de trouble délirant plutôt que vers une schizophrénie :

- A. Mécanisme hallucinatoire
- B. Bonne adaptation sociale
- C. Bonne systématisation
- D. Thèmes issus de la vie réelle
- E. Evolution chronique

Q 69 : Quel est le ou les produits que vous préconisez comme traitement de fond d'un trouble délirant ?

- A. Antidépresseur
- B. Psychostimulant
- C. Antipsychotique à longue durée d'action
- D. Thymorégulateur
- E. Anxiolytique

Q 70 : Le diagnostic positif du trouble délirant se fait devant :

- A. La présence d'un ou de plusieurs idées délirantes persistantes pendant au moins un mois
- B. Des idées délirantes concernant des évènements réels de la vie
- C. L'altération profonde de l'adaptation sociale
- D. Un délire mal systématisé
- E. La présence d'un comportement bizarre

Q 71 : Le traitement du trouble délirant :

- A. Vise la prévention d'un éventuel passage à l'acte agressif
- B. Fait appel aux neuroleptiques classiques en première intention
- C. Fait appel aux antipsychotiques atypiques en raison de leur bonne tolérance
- D. Est rendu difficile par la mauvaise observance du traitement
- E. Peut faire appel aux antipsychotiques à libération prolongée afin d'améliorer l'observance du traitement

Q 72 : Dans le délire de type jalousie :

- A. Le début est brutal
- B. L'extension est en secteur
- C. Il est facile de le différencier de la jalousie normale
- D. Le risque de passage à l'acte est faible
- E. Le traitement est basé sur les antipsychotiques

Q 73 : Les psychoses chroniques comprennent les pathologies suivantes :

- A. La paraphrénie
- B. La psychose hallucinatoire chronique
- C. La schizophrénie
- D. La paranoïa
- E. La psychose puerpérale

1.4. Cas Cliniques :

❖ Cas N°1 :

M.B est un jeune homme de 22 ans, célibataire et qui suit ses études universitaires depuis 4 ans, sans antécédents psychiatriques particuliers, est venu aux urgences dans un état aigu d'agitation psychomotrice. L'anamnèse avec ses parents qui l'ont accompagné ont rapporté que M. était bien inséré sur le plan social, familial et aussi au niveau de ses études. Il n'a jamais consommé de drogues ou avoir eu un problème avec la police. Ses parents ont rapporté aussi un changement en 24h de son comportement et qui a eu lieu il y'a une semaine, en devenant agressif et très angoissé et proférant des propos incompréhensibles et bizarres.

A l'entretien, M.B était agité et angoissé, il ressentait comme un danger qui s'approche de lui, et en mettant les doigts sur les oreilles et en criant : « ils veulent me tuer, ils sont là, ils veulent me prendre avec eux ». Quatre heures plus tard, il est devenu moins agité, et moins angoissé, mais l'entretien était pauvre sauf une histoire qu'il a racontée à propos d'une rupture amoureuse avec une jeune fille. Une fois qu'il se préparait pour une sortie des urgences pour un suivi en ambulatoire, il est redevenu agressif et agité et en parlant de certains démons qui le commandent de loin et qui lui dictent ce qu'il doit dire ou faire. A certain moment, il est devenu calme et il a commencé à parler à voix basse.

- 1. Tous les diagnostics sont possibles sauf deux lesquels ?**
 - A. Une schizophrénie paranoïde
 - B. Un trouble panique
 - C. Une bouffée délirante aigue
 - D. Une psychose induite
 - E. Une dépression délirante

- 2. Deux examens complémentaires aidant beaucoup pour étayer le diagnostic, lesquels ?**
 - A. Une TDM cérébrale
 - B. Dosage de la vitamine B12
 - C. Dosage des folates
 - D. Une analyse toxicologique urinaire
 - E. Bilan thyroïdien.

- 3. Dans ce cas clinique, deux syndromes psychiatriques sont clairement manifestes, lesquels ?**
 - A. Le syndrome dissociatif
 - B. Le syndrome maniaque
 - C. Le syndrome hallucinatoire
 - D. Le syndrome anxieux
 - E. Le syndrome dépressif

- 4. Le syndrome d'automatisme mental est constitué de tous ces éléments sémiologiques sauf deux. Lesquels ?**
 - A. Les ordres imposés
 - B. Des hallucinations visuelles
 - C. Perte d'intimité de la pensée

- D. Les commentaires d'actes
 - E. Le délire de grandeur.
5. **Les psychoses chroniques peuvent se présenter sous forme de ces pathologies suivantes sauf une. Laquelle ?**
- A. Le délire érotomaniac
 - B. Schizophrénie catatonique
 - C. La psychose induite
 - D. La psychose hallucinatoire chronique
 - E. La paraphrénie
6. **L'un de ces délires est connu par sa réponse généralement positive aux antidépresseurs, lequel ?**
- A. Le délire sensitif de Kretschmer
 - B. Le délire paranoïaque passionnel
 - C. Le délire interprétatif de Sérieux et Capgras
 - D. Le délire paraphrénique
 - E. Le délire d'origine confusionnelle
7. **L'une de ces psychoses est connue par un mécanisme délirant à prédominance imaginative :**
- A. La bouffée délirante aiguë
 - B. La paraphrénie
 - C. La schizophrénie paranoïde
 - D. La paranoïa revendicative
 - E. La paranoïa de Sérieux et Capgras.

- 8. Dans ce cas clinique, quels sont les éléments qui plaident pour un bon pronostic (quatre réponses justes) ?**
- A. L'absence d'antécédents psychiatriques
 - B. L'incohérence de ses propos
 - C. Le début aigu
 - D. La bonne insertion socio-familiale avant le début de la maladie
 - E. L'histoire de la rupture amoureuse
- 9. Le fait que ce patient présente des périodes d'accalmie intermittentes avec des périodes d'agitation et de délire est fortement significatif de :**
- A. La schizophrénie
 - B. La psychose induite
 - C. Une psychose d'origine organique
 - D. Une bouffée délirante aiguë
 - E. Un délire paranoïaque
- 10. En faveur de ce diagnostic, il manque encore deux éléments sémiologiques importants, lesquels ?**
- A. La labilité thymique
 - B. Les idées suicidaires
 - C. Les éléments confusionnels
 - D. Le syndrome de reviviscence
 - E. Les obsessions et les compulsions

11. Un traitement en intramusculaire pourrait être administré en urgence. Lequel ?

- A. La Clomipramine = Anafranil
- B. La Fluoxétine = Prozac
- C. L'halopéridol = Haldol
- D. La Pipotiazine = Piportil
- E. La Paroxétine = Deroxat

❖ CAS N°2 :

Mr Karim âgé de 26 ans, admis aux urgences psychiatriques pour troubles du comportement évoluant depuis quelques jours ; il est devenu immobile, ne parle avec personne, refuse tout contact et toute communication, refuse de s'alimenter. A l'examen, le patient a un faciès figé, regard fixe, refuse la main tendue, ne répond à aucune question.

1. Les éléments sémiologiques rapportés dans l'observation sont en faveur de :

- A. Syndrome délirant
- B. Etat de stupeur
- C. Syndrome maniaque
- D. Syndrome dissociatif
- E. Automatisme mental

2. Deux étiologies à évoquer en premier sur le plan psychiatrique :

- A. Mélancolie
- B. Schizophrénie
- C. Hystérie
- D. Trouble délirant
- E. Démence

3. Quels sont les éléments à chercher systématiquement qui orientent vers l'origine organique ?

- A. Etat de conscience
- B. Signes neurologiques
- C. Epilepsie
- D. Signes endocrino-métaboliques

E. Colique néphrétique

4. Quelles sont les mesures à faire en urgence ?

A. Hospitalisation

B. Réhydratation

C. Bilan organique

D. Bilan de retentissement

E. Prévention des complications

D'après l'histoire de la maladie, le patient est suivi depuis 4 ans avec deux hospitalisations. Au cours des épisodes antérieurs, il avait présenté des propos incohérents genre « j'ai une mission divine », des attitudes d'écoute et bizarrerie comportementale avec négligence corporo-vestimentaire sans retour à l'état prémorbide.

5. Quels sont les éléments sémiologiques rapportés par la famille ?

A. Idées délirantes mystico-religieuse

B. Symptômes maniaques

C. Symptômes de désorganisation

D. Syndrome hallucinatoire

E. Syndrome anxieux

6. Quel est le diagnostic à retenir chez ce malade ?

A. Bouffée délirante aigue

B. Accès psychotique induit

C. Schizophrénie

D. Dépression à caractéristiques psychotiques

E. Trouble bipolaire

Vu le refus de la voie orale, le patient a été mis initialement sous traitement injectable à base « Halopéridol » ; 24h plus tard ; il avait présenté une fièvre, rigidité musculaire, et obnubilation.

7. Quel est le premier diagnostic à évoquer ?

- A. Dyskinésie aiguë
- B. Confusion mentale
- C. Syndrome malin des neuroleptiques
- D. Crise d'hystérie
- E. Crise d'épilepsie

8. Quelle est la prise en charge en urgence ?

- A. Transfert en réanimation
- B. Maintenir les neuroleptiques
- C. Hydratation
- D. Antipyrétiques
- E. Aucune réponse juste

9. Quel est l'examen biologique pour confirmer votre hypothèse ?

- A. Ponction lombaire
- B. Hémoculture
- C. CPK
- D. Glycémie
- E. NFS

10. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie ?

- A. Sexe masculin
- B. Sexe féminin
- C. Antipsychotiques atypiques
- D. Neuroleptiques classiques incisifs
- E. Jeune âge

❖ CAS N°3 :

Vous recevez un patient de 22 ans, sans antécédents personnels ou familiaux, qui présente de façon brutale un état délirant riche polythématique flou et non systématisé avec des hallucinations auditives, une dysphorie et une agitation psychomotrice.

1. Quel diagnostic évoquez-vous en premier ?

- A. Une psychose hallucinatoire chronique
- B. Un trouble schizophréniforme
- C. Une bouffé délirante aiguë
- D. Un accès maniaque
- E. Un trouble dissociatif

2. Quels sont les éléments de bon pronostic chez ce patient ?

- A. L'absence de désorganisation
- B. La forme du délire
- C. Le début brutal
- D. L'absence de facteur déclenchant
- E. L'absence d'antécédents

3. L'évolution est marquée par une non réponse au traitement avec désorientation dans le temps et dans l'espace et une légère altération de la conscience. Vous évoquez un trouble psychiatrique d'origine organique sur lesquels des éléments suivants ?
- A. L'atypicité de la forme clinique.
 - B. La présence des hallucinations.
 - C. La non réponse au traitement.
 - D. La présence d'éléments confusionnels.
 - E. L'absence d'antécédents.

❖ CAS N°4 :

Monsieur Nizar âgé de 18 ans, présente depuis 24 heures une agitation psychomotrice accompagnée de troubles de l'humeur, d'une grisaille confusionnelle ainsi qu'un délire polymorphe dans ses thèmes et dans ses mécanismes sans cause déclenchante.

1. Quel est votre diagnostic ?

- A. Une dépression réactionnelle.
- B. Une psychose hallucinatoire chronique.
- C. Une schizophrénie.
- D. Une bouffée délirante aiguë.
- E. Un délire paranoïaque.

2. Quels sont vos propositions pour Mr Nizar ?

- A. L'hospitalisation le plus tôt possible.
- B. Délivrer une ordonnance et proposer un suivi ambulatoire.
- C. Proposer un traitement d'attaque après hospitalisation à base de neuroleptiques.
- D. Proposer un traitement d'entretien après à base de neuroleptiques per os.
- E. Proposer un bilan étiologique, dès que l'état de Mr Nizar le permet.

❖ CAS N°5 :

Un jeune patient de 22 ans, célibataire, étudiant sans antécédents psychiatriques ni personnels ni familiaux, et sans aucun antécédent d'usage de substance psychoactive. Il est venu au service des urgences dans un état d'agitation psychomotrice avec des gestes désordonnés et une agressivité ; il a le sentiment d'être menacé par des forces diaboliques et dit qu'elles lui parlent depuis une semaine, Il ressent qu'il est tout le temps poursuivi par ces démons et que certains voisins le commandent de loin. Sa mère qui l'accompagnait aux urgences rapporte que son fils a changé depuis 10 jours et nous rapporte qu'il avait une bonne intégration socio- familiale et scolaire, et qu'il était bien épanoui. Au cours de l'entretien : il est fortement angoissé et agité, dit qu'il est sujet d'un complot de ses voisins. Il juge ses événements comme étant le messager de Dieu, et qu'il reçoit des ordres de sa part. Son humeur est labile et il paraît à certains moments subconfus.

- a. Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifiez votre réponse
- b. Quels sont les examens complémentaires à demander ?
- c. Quelles sont les modalités évolutives de cette pathologie ?
- d. Citez les éléments de bon pronostic chez ce patient ?
- e. Quel sera le traitement médicamenteux (molécule, dose et durée) à proposer ?

2. Troubles de l'humeur :

Les troubles de l'humeur sont des problèmes de santé mentale qui influencent les émotions d'une personne, entraînant **des changements marqués ou durables**, comme des **périodes de dépression profonde** ou de **manie**, ce qui peut affecter la vie quotidienne, les relations sociales et le fonctionnement professionnel.

2.1. Résumés :

a. Trouble Dépressif :

Les troubles dépressifs sont des **troubles de l'humeur** caractérisés par **l'apparition d'une humeur dépressive quasi-constante** durant **au moins deux semaines**. Ils constituent actuellement une entité à part selon les critères diagnostiques DSM 5.

La prévalence de la dépression en population générale est de 10 à 20 %, atteignant 26 % au Maroc, avec un sexe ratio de 2 femmes pour 1 homme. Elle constitue la 2ème cause de morbidité chez l'adulte.

Le diagnostic doit être recherché et posé le plus tôt possible à cause du **risque suicidaire** qui constitue la complication majeure pouvant engendrer le pronostic vital.

a.1. Diagnostic positif :

Le diagnostic de la dépression repose sur une « **TRIADE Clinique** »:

- Une **humeur dépressive**,
- Un **ralentissement psychomoteur**,
- Et des **symptômes somatiques**.

a.1.1. Humeur dépressive :

- La tristesse constitue la composante principale de l'humeur dépressive ; c'est une tristesse persistante, aréactive aux stimulations, incontrôlable, non communicable, non partageable, et inconsolable.
- Des représentations négatives : un dégoût de la vie, pessimisme, une dévalorisation ou culpabilité.
- L'humeur triste n'est cependant pas constante, elle peut être remplacée par une humeur dysphorique, entrecoupée de colères agressives.
- L'humeur dépressive peut alterner avec des sentiments douloureux d'indifférence, de monotonie et d'émoussement affectif. Dans le cas extrême, il s'agit d'une anesthésie affective.
- Parfois, au contraire, on observe une hyperthymie douloureuse avec hypersensibilité aux plus simples désagréments ou encore une humeur labile.
- Anhédonie (perte de la capacité à éprouver du plaisir), Lassitude, désintérêt.
- Parfois vécu suicidaire.

a.1.2. Ralentissement psychomoteur :

- **Un ralentissement Psychique :** Bradypsychie, Pauvreté idéique (à l'extrême monoïdéisme), lenteur du discours, perte de fluidité idéo-verbale, latence de réponses, réponses monosyllabiques, diminution de l'aptitude à penser, troubles de l'attention, concentration, mémoire et capacités d'anticipation (amnésie, distractibilité).

- **Un ralentissement moteur** : pauvreté gestuelle et mimique, marche lente et hésitante, dos voûté, épaules tombantes, diminution des capacités d'effort et d'initiative, asthénie, épuisement (épuisé dès le réveil), aboulie (une perte de la capacité à prendre des décisions et à passer à l'action).

a.1.3. Symptômes somatiques :

Une asthénie, une fatigabilité surtout le matin, une anxiété (l'agitation anxieuse peut être associée à un risque majeur de passage à l'acte suicidaire : Raptus anxieux), une insomnie ou hypersomnie, une anorexie ou une boulimie, un désintérêt ou une baisse de libido, des troubles Somatiques (souvent au premier plan tels que : céphalées, lombalgies, palpitations, algies diffuses...).

a.1.4. Idées suicidaires :

80 % des patients déprimés ont des idées suicidaires à un moment ou à l'autre de leur évolution. C'est ce qui fait toute la gravité du syndrome dépressif.

a.2. Formes Cliniques :

La dépression se manifeste de différentes manières, ce qui rend son diagnostic et son traitement complexes. Il existe plusieurs formes cliniques de la dépression, chacune avec ses propres caractéristiques.

✓ Formes symptomatiques :

- **Dépression masquée** : est une dépression où les symptômes émotionnels classiques, comme la tristesse ou la perte d'intérêt, sont absents ou dissimulés, et se manifestent principalement par des symptômes physiques vagues et atypiques (douleurs, troubles du

sommeil, fatigue) ou des comportements inhabituels (irritabilité, abus de substances).

- **Dépression avec ralentissement psychomoteur** (Inhibition totale de l'activité motrice, sujet mutique (silencieux), prostré (immobile)).
- **Dépression anxieuse** : C'est une dépression accompagnée d'une anxiété marquée avec une agitation psychomotrice, tremblement, palpitations. L'agitation anxieuse peut être associée à un risque majeur de passage à l'acte suicidaire (raptus anxieux).
- **Dépression délirante** : est une dépression associée à des délires congruents à l'humeur. Les thématiques délirantes sont le plus souvent hypochondriaque, de ruine, indignité, incurabilité, auto-accusation). Voire même un syndrome de Cotard (est une dépression psychotique caractérisée par une mélancolie prédominante avec anxiété, culpabilité et éventuellement hallucinations et des idées délirantes principalement de négation d'organes).

✓ **Formes étiologiques :**

- **Dépression endogène** (Dépression d'origine interne, en opposition à psychogène, avec son caractère spontané, inexplicable, immotivé, autonome) / **non endogène** (névrotiques ou réactionnelles. Les symptômes sont souvent liés à un événement extérieur : stress, deuil...).
- **Dépression secondaire** :
 - A une pathologie somatique (sclérose en plaque, Neurosyphilis, hypothyroïdie...)
 - A une pathologie psychiatrique : Troubles anxieux, trouble

obsessionnel compulsif, trouble d'anxiété généralisé, troubles phobiques, trouble de la personnalité (borderline)

- Iatrogène : induite par des substances (médicaments, alcool, drogues).

✓ **Formes selon le terrain :**

- **Dépression chez le sujet âgé** (forme pseudo-déméntielle/ dépression hostile/ dépression délirante/ dépression masquée++).
- **Dépression chez l'enfant** (ralentissement scolaire, désintérêt pour activités habituelles, irritabilité, instabilité psychomotrice).
- **Dépression chez l'adolescent** (troubles des conduites, abus de toxiques, hypersomnie, hyperphagie, conduite addictive, à risque).

✓ **Formes évolutives :**

- **Episode dépressif majeur isolé (EDM)** : C'est la forme la plus courante de dépression, marquée par une tristesse profonde, un sentiment de désespoir, une perte d'intérêt pour les activités auparavant appréciées, des troubles du sommeil et de l'appétit, pendant au moins 2 semaines.
- **Trouble dépressif résistant (TDR)** : une forme de dépression qui ne répond pas aux traitements habituels.
- **Dépression bipolaire** : Alternance d'accès dépressifs et maniaques ou hypomaniaques.
- **Dépression chronique** : Patients qui présentent des critères diagnostique d'EDM de façon continue pdt au moins 2 ans.
- **Dysthymie** : Symptômes dépressifs chroniques moins sévères mais durables pendant au moins deux ans, avec des périodes de

symptômes moins graves.

- **Dépression saisonnière** : relation temporelle entre la survenue des épisodes dépressifs et une période de l'année.

a.3. Evolution et pronostic :

L'évolution et le pronostic d'un trouble dépressif dépendent de plusieurs facteurs, tels que la gravité des symptômes, la présence de comorbidités (autres troubles mentaux), la réponse au traitement, et des facteurs individuels comme le soutien social. Une intervention précoce et continue, combinant médicaments, psychothérapie et modifications du mode de vie, améliore considérablement le pronostic.

Les facteurs de gravité de l'EDM, prédictifs de rechutes ou récurrences dépressives sont :

- L'installation rapide.
- Un retentissement majeur sur la vie du déprimé : emploi, vie affective et familiale.
- Présence des troubles du caractère et du comportement.
- Présence des idées suicidaires.
- Antécédents de trouble de l'humeur.

a.4. Prise en charge :

❖ Il faut toujours :

- Evaluer le risque suicidaire.
- Evaluer les critères d'hospitalisation.
- Faire un bilan somatique pré-thérapeutique complet avant l'introduction d'un traitement (examen clinique complet, bilan biologique : NFS, ionogramme, créatinine, beta HCG chez les

femmes en âge de procréer, bilan hépatique complet, TSH, recherche de toxiques au moindre doute, +/- une imagerie cérébrale, et un EEG).

- Rechercher une dépression secondaire à une affection somatique.

❖ **L'hospitalisation** : doit être obligatoire devant :

- Un risque suicidaire élevé.
- L'intensité sévère, le caractère mélancolique, catatonique, ou psychotique de la dépression.
- Un retentissement somatique important, une suspicion d'organicité.
- Un isolement social et affectif.
- Echec du traitement en ambulatoire.

❖ **Le traitement médicamenteux** :

- Il est la pierre angulaire du traitement de la dépression, il repose sur les antidépresseurs. Il doit prendre en compte trois paramètres : l'intensité de la symptomatologie, l'âge du patient et son état somatique.
- Le choix de l'antidépresseur repose sur le profil d'effets secondaires, les interactions pharmacologiques, les contre-indications médicales et l'efficacité antérieure d'un traitement en cas de récurrence.
- Le profil sémiologique de l'épisode guide également le choix : si le ralentissement psychomoteur est prédominant, on préférera un antidépresseur stimulant ; en cas d'agitation, d'anxiété ou d'insomnie, un antidépresseur plus sédatif est indiqué.

- Les principaux antidépresseurs prescrits sont :
 - **Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) :** sont les antidépresseurs prescrits en première intention, Paroxétine (20 à 40 mg/j), Sertraline (50 mg/j), Fluoxétine (20mg/j), Escitalopram (10 à 20 mg/j).
 - **Antidépresseurs tricycliques :** sont beaucoup moins prescrits du fait de leur toxicité élevée par rapport aux antidépresseurs de nouvelle génération ; Clomipramine (150mg/j), Amitriptyline (50 à 75 mg/j).
 - **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine et noradrénaline (ISRSNa):** Venlafaxine, Duloxétine.
- Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire et prendra en compte notamment l'évaluation du risque suicidaire et le risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur.
- La notion de résistance thérapeutique se définit par les échecs successifs de deux antidépresseurs à dose efficace durant une durée suffisante (au moins 6 semaines).

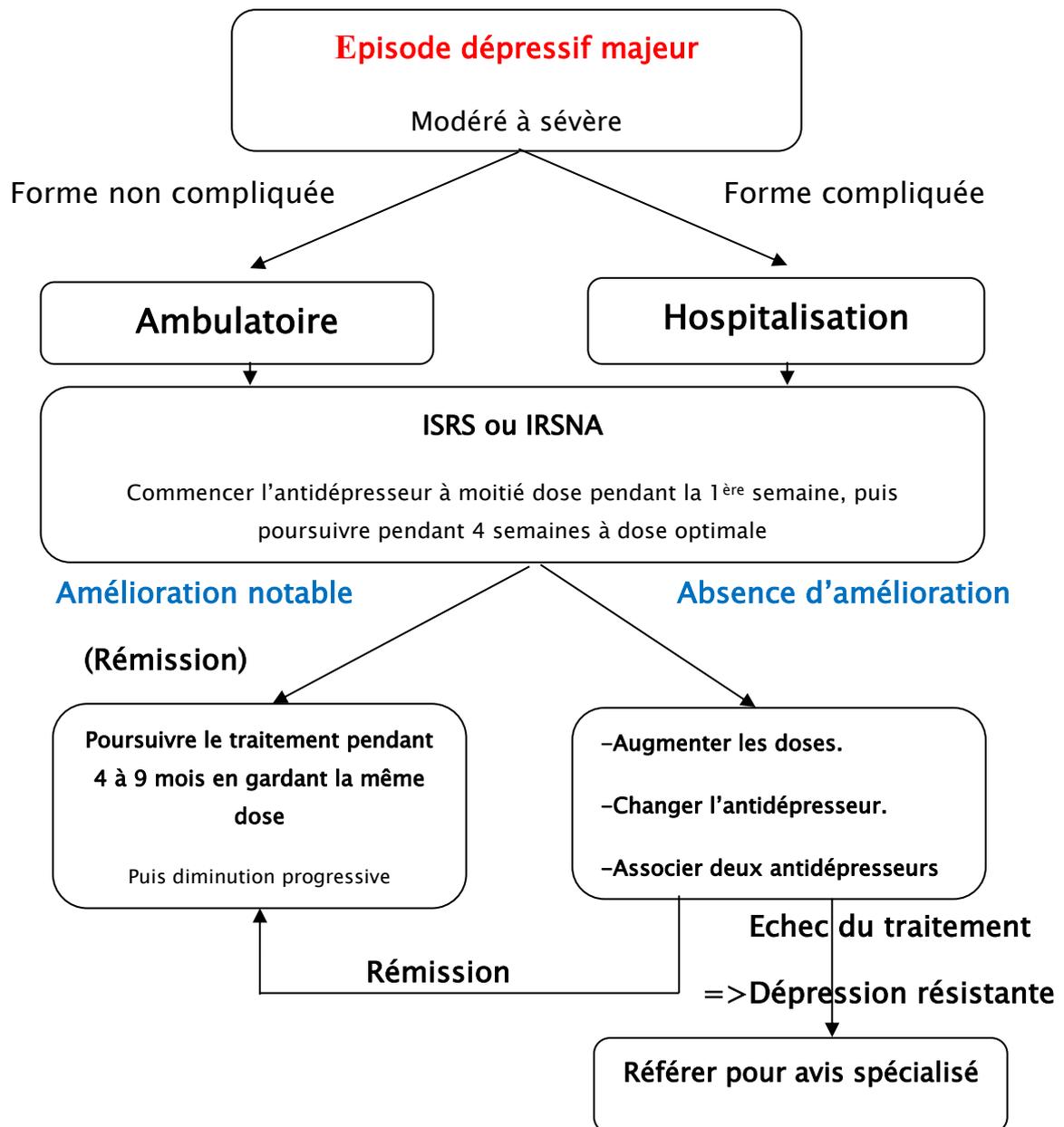


Figure 5. Prise en charge médicamenteuse d'un épisode dépressif majeur. [15]

- Les traitements médicamenteux associés :
 - Les anxiolytiques et hypnotiques en début de traitement en cas d'anxiété ou de troubles du sommeil ;
 - Parfois les neuroleptiques sédatifs si agitation ;
 - En cas de symptômes psychotiques on peut ajouter un antipsychotique (Olanzapine, Rispéridone).

❖ Traitements non médicamenteux :

- **Les Psychothérapies** sont Souvent indiquées en complément des traitements médicamenteux : thérapie comportementale et cognitive (TCC), Psychothérapie interpersonnelle (TIP), Thérapie psychodynamique, psychothérapies de soutien.
- **L'électroconvulsivothérapie (ECT)** est indiquée en cas de mélancolies délirantes ou stuporeuses, une contre-indication aux antidépresseurs, les dépressions résistantes ou du post-partum.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le trouble dépressif est un trouble psychiatrique **fréquent** qui s'associe à un **risque suicidaire important**.
- ✓ Devant tout syndrome dépressif, **il faut toujours rechercher une cause de dépression secondaire**.
- ✓ Le **diagnostic clinique** repose sur une constellation de symptômes et de signes, qui varie d'un sujet à un autre. Il associe une **humeur dépressive**, une **asthénie**, une **modification du contenu de la pensée**, un **ralentissement psychomoteur**, des **troubles des conduites instinctuelles** (sommeil, appétit, sexualité), et une **anxiété**.
- ✓ **Principes du traitement :**
 - En hospitalisation ou en ambulatoire selon la sévérité.
 - Bilan clinique et paraclinique pré thérapeutique.
 - Traitement antidépresseur :
 - Le choix de l'antidépresseur est en fonction de la sévérité.
 - Débuté à doses faibles puis à posologie efficace.
 - Une surveillance clinico-biologique de l'évolution et de la tolérance thérapeutique est nécessaire avec réévaluation répétée du risque suicidaire.
 - Une psychothérapie adaptée à chaque patient.
 - Education du patient sur sa maladie et son traitement.
 - Prise en charge sociale.

b. Trouble bipolaire :

Le trouble bipolaire est un **trouble de l'humeur chronique**, caractérisé par la survenue de **perturbation cyclique de l'humeur**, sous forme de **succession des épisodes dépressifs et/ou maniaques**, séparés par des **intervalles libres**.

Le trouble bipolaire touche généralement 1 à 4 % de la population, étant rare chez l'enfant (0,1 %) et plus fréquent chez l'adolescent (> 1 %). Son âge d'apparition se situe habituellement entre 15 et 25 ans. [3]

b.1. Diagnostic positif :

Le trouble bipolaire est caractérisé par l'**alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques ou hypomaniaques**. On distingue alors :

- **Un syndrome dépressif** : les épisodes dépressifs sont caractérisés par une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur et des symptômes somatiques (voir ci-dessus le trouble dépressif). Les épisodes dépressifs dans le cadre du trouble bipolaire sont d'intensité variable, pouvant aller d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à une dépression majeure où le risque suicidaire est parfois élevé.
- **Un syndrome maniaque** : est un trouble de l'humeur dominé par l'exaltation et l'accélération psychomotrice. L'installation du syndrome maniaque peut être brutale ou progressive, avec ou sans facteurs déclenchants. Les premiers signes de la phase de début sont : l'insomnie, une surexcitation intellectuelle avec logorrhée, agitation, opposition et intolérance.

Les symptômes du syndrome maniaque peuvent être divisés en :

<p>Perturbations psychoaffectives</p>	<p>Perturbation de l'humeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Humeur euphorique, expansive. ○ Cette exaltation peut être remplacée ou associée à une irritabilité <p>Perturbation des émotions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une labilité émotionnelle ○ Une hyperréactivité ou hyperesthésie affective, une hypersyntonie (hypersensibilité au contexte). <p>Altération du contenu de la pensée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Optimisme débordant, insouciance, inadapté au contexte et persistant. ○ Surestimation de soi, idées de grandeur, sentiment de toute-puissance avec des idées mégalomaniaques ○ Une anosognosie (déli du trouble).
<p>Perturbations psychomotrices</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tachypsychie (accélération des idées), fuites des idées. ○ Jeux de mots, associations par assonances, ludisme (jeux de scène, imitation des personnages). ○ Une hypervigilance, hyperréactivité, distractibilité, et des troubles de l'attention et de la concentration. ○ Logorrhée (flux de parole excessif et incontrôlable). ○ Hyperactivité motrice avec hypermimie (mimique hyperexpressive). ○ Multiplications des initiatives, voyages pathologiques, relâchement professionnel, dépenses excessives.
<p>Perturbations physiologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hypersociabilité. ○ Insomnie constante sans fatigue. ○ Anorexie ou hyperphagie. ○ Hypersexualité avec des comportements sexuels à risque.

Tableau 4. Symptomatologie clinique du syndrome maniaque. [3]

- Le syndrome **hypomaniaque** : est également caractérisé par une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie. Mais la symptomatologie et le retentissement fonctionnel sont moins importants que dans le syndrome maniaque.

b.2. Formes cliniques :

On distingue différentes formes du trouble bipolaire selon l'alternance des épisodes thymiques :

Types du trouble bipolaire	Caractéristiques
Trouble bipolaire type 1	- Episode maniaque isolé -Episode dépressif majeur avec épisodes maniaques .
Trouble bipolaire type 2	Présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs et d'au moins un épisode hypomaniaque .
Trouble cyclothymique	Existence pendant au moins 2 ans de périodes pendant lesquels sont présents des symptômes hypomaniaques et des périodes de symptômes dépressifs, ne répondant pas aux critères d'une hypomanie ou d'une dépression.
Cycles rapides	Au moins 4 épisodes thymiques par an : dépressif, maniaque, hypomaniaque ou mixte.

Tableau 5. Caractéristiques des différentes formes du trouble bipolaire.

b.3. Evolution et pronostic :

- Le trouble bipolaire est marqué par une évolution cyclique : influence saisonnière.
- L'alternance des épisodes thymiques est séparée par des intervalles libres où le sujet retrouve son fonctionnement antérieur.
- On peut observer des accès très courts de quelques semaines et des accès prolongés.
- Le pronostic de la maladie dépend en partie d'une prise en charge précoce et adaptée.

b.4. Prise en charge :

- La prise en charge du trouble bipolaire doit être débutée par un bon interrogatoire du patient et/ou des proches afin d'affirmer le diagnostic, définir le contexte et d'évaluer le retentissement.

- Comme toute pathologie psychiatrique, une étiologie non-psychiatrique devra être éliminée à l'aide d'un examen clinique complet, et d'un bilan biologique (NFS, Glycémie, Ionogramme, créatinémie, bilan hépatique complet, TSH, calcémie, recherche de toxiques systématique). Un scanner cérébral est indiqué pour tout premier épisode maniaque ou apparition de signes d'appel neurologique. Un ECG (comme bilan pré-thérapeutiques).
- **Le traitement** a pour but de :
 - Réduire la sévérité des symptômes.
 - Protéger le patient et ses proches.
 - Stabiliser l'humeur.
 - Prévenir les rechutes.
 - Dépister et traiter les comorbidités psychiatriques et médicales.
 - Aider le patient à prendre conscience de sa pathologie et à accepter son traitement.
 - Préserver au maximum le niveau de fonctionnement social et professionnel, et la vie affective et relationnelle.
- ❖ **Une hospitalisation** est justifiée en cas de :
 - Risque suicidaire élevé ou de mise en danger ;
 - Episode avec troubles du comportement importants ;
 - Risque hétéro agressif.
- ❖ **Le traitement médical** se fait en deux phases :
 - **Traitement des épisodes aigus** (Dépressifs/Maniaques)
 - **Traitement prophylactique au long court**

- **Traitement des épisodes aigus :**

EPISODES DEPRESSIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Le seul médicament ayant une AMM dans le cadre de la dépression bipolaire est la Quétiapine. - La prescription d'un antidépresseur en monothérapie est contre-indiquée du fait du risque de virage maniaque et du risque d'augmentation du risque suicidaire lors des états mixtes. Elle se discute en 2^{ème} intention dans les dépressions bipolaires (à l'exclusion des épisodes mixtes), en association systématique avec un thymorégulateur. - Les antidépresseurs tricycliques sont proscrits (risque augmenté de virage maniaque par rapport aux sérotoninergiques).
EPISODES MANIAQUES /HYPOMANIAQUES	<ul style="list-style-type: none"> - Thymorégulateurs en 1^{ère} intention : sels de lithium, Valproate de sodium, et certains antipsychotiques atypiques (Aripiprazole, Olanzapine, Quétiapine, Rispéridone). - Traitements de 2^{ème} intention : Lamotrigine dans les formes à polarité dépressive ou associations lithium ou Valproate de sodium + antipsychotiques atypiques. - Formes sévères : électroconvulsivothérapie à discuter. - Privilégier une monothérapie. - Arrêt du traitement antidépresseur s'il s'agit d'un virage maniaque.
DANS TOUS LES CAS	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance clinique et biologique du traitement ; efficacité, tolérance et réponse au traitement.

Tableau 6. Modalités thérapeutiques dans les épisodes aigus du trouble bipolaire.

- **Traitement prophylactique :**

Il a un rôle primordial dans la prévention des épisodes maniaques et dépressifs.

Il doit être maintenu aussitôt le diagnostic est posé.

Les thymorégulateurs sont les traitements de choix, et c'est celui qui a prouvé son efficacité en phase aiguë qui va être maintenu :

- **Le Lithium** : est préconisé en première intention pour le trouble bipolaire type I.
- **Les anticonvulsivants** : Carbamazépine, Valproate de sodium sont indiqués devant le trouble bipolaire type II et cycles rapides.

❖ **Psychothérapie :**

- **Psychoéducation** : dédiée au patient et à sa famille (reconnaissance des symptômes annonciateurs des épisodes, règles hygiéno-diététiques, optimisation de l'observance).
- **Psychothérapie de soutien.**

- ❖ **Electroconvulsivothérapie (ECT)** : recommandée après échec des autres options thérapeutiques.

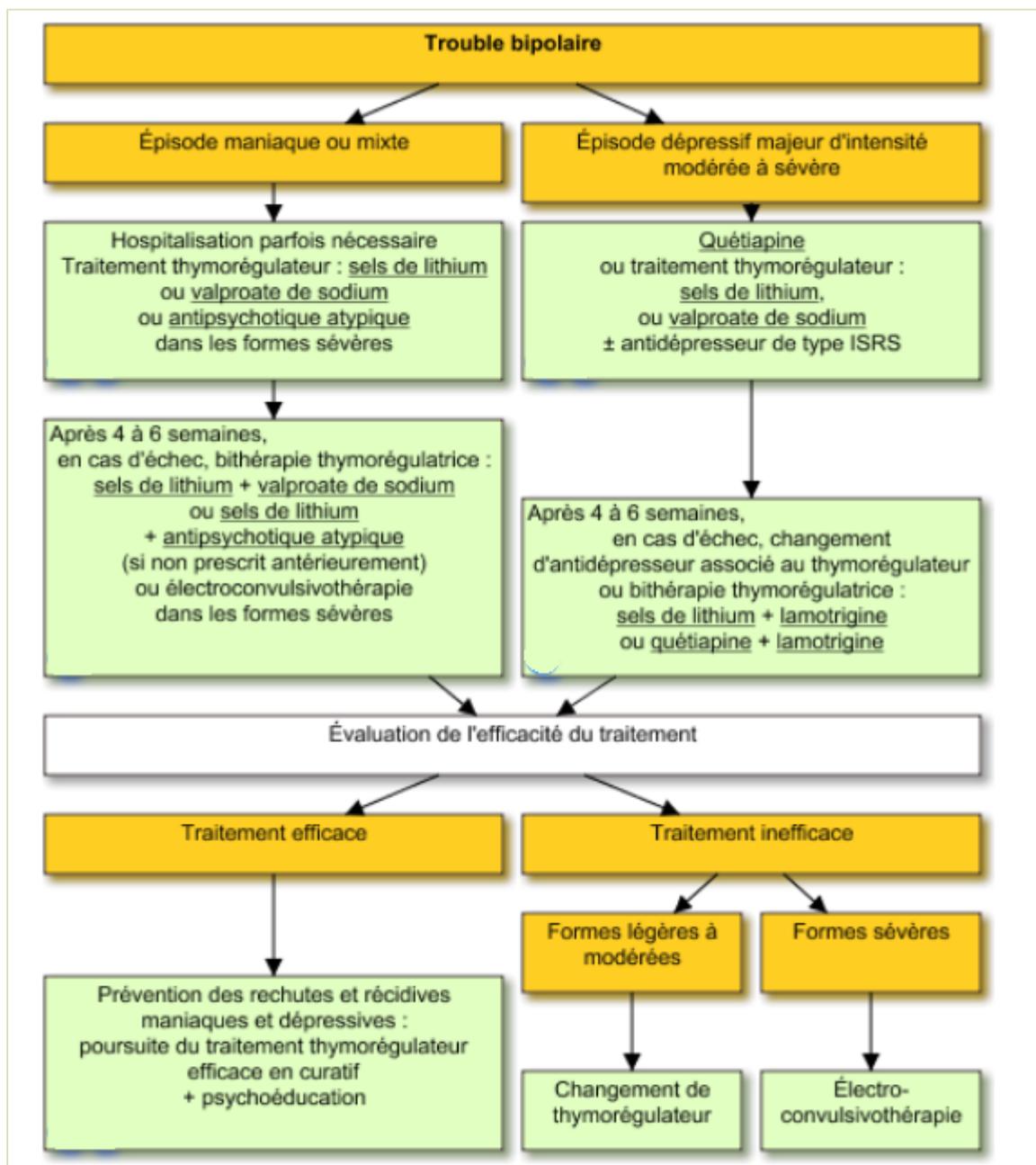


Figure 6. Stratégies thérapeutiques dans le trouble bipolaire. [16]

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le trouble bipolaire est un **trouble chronique de l'humeur**.
- ✓ Il s'agit d'une **alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques ou hypomaniaques**.
- ✓ **Complications** : retentissement socioprofessionnelle, conduites à risque, addictions, conduites suicidaires...
- ✓ **Pronostic globalement bon** sous un traitement précoce, efficace et un bon soutien.
- ✓ Le **traitement** du trouble bipolaire comporte **2 phases** : **traitement des épisodes aigus** et **traitement préventif**.
- ✓ Le traitement de l'épisode maniaque est basé sur un **traitement antipsychotique associé aux thymorégulateurs**.
- ✓ **Traitement prophylactique** par thymorégulateur :
 - Aussitôt le diagnostic posé.
 - Lithium en 1^{ère} intention ou anticonvulsivants.
 - Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance
 - Traitement au long court.
 - Education du patient à sa maladie, à son traitement.

2.2. Questions Directes :

Question 1 : Citez les éléments cliniques spécifiques de la dépression mélancolique.

Question 2 : Citez 2 molécules des antidépresseurs tricycliques, 2 molécules des inhibiteurs de la recapture de sérotonine et une molécule des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (DCI, non commercial et posologie quotidienne).

2.3. Questions à choix unique ou multiple :

Q 1 : La prophylaxie des rechutes maniaques, dans le trouble bipolaire, est assurée par l'un ou plusieurs des médicaments suivants :

- A. Sels de Lithium
- B. Anti comitiaux
- C. Neuroleptiques
- D. Benzodiazépines
- E. Anticholinergiques

Q 2: La prophylaxie des rechutes maniaques, dans le trouble bipolaire, est assurée par l'un ou plusieurs des médicaments suivants :

- A. Neuroleptiques
- B. Barbituriques
- C. Thymorégulateur
- D. Benzodiazépines
- E. Anticholinergiques

Q 3 : La sémiologie de l'accès maniaque aigu, franc, typique associe :

- A. De la stupeur
- B. De la versatilité de l'humeur
- C. De la logorrhée
- D. De la tachypsychie
- E. Une fabulation pseudo-déirante

Q 4 : Le diagnostic différentiel de l'accès maniaque doit faire discuter :

- A. La schizophrénie dysthymique
- B. La dipsomanie
- C. La névrose obsessionnelle
- D. Le syndrome frontal
- E. La paraphrénie fantastique

Q 5 : Les thèmes délirants, au cours d'un accès mélancolique sont à type :

- A. De négation d'organes
- B. De deuil et de ruine
- C. Culpabilité
- D. De possession diabolique
- E. D'influence

Q 6 : Le principal ou les principaux risques à surveiller au cours du traitement d'un accès mélancolique par antidépresseurs, est ou sont :

- A. Une paraphrénie
- B. Un virage maniaque
- C. Le risque suicidaire

- D. Un tremblement
- E. Une élévation de la température

Q 7: Les deux antidépresseurs les plus efficaces dans le trouble obsessionnel compulsif sont :

- A. L'Amitriptyline (Laroxyl)
- B. La Clomipramine (Anafranil)
- C. La Sertraline (Zoloft)
- D. La Tianeptine (Stablon)
- E. La Maprotiline (Ludiomil)

Q 8 : Parmi les indices de la bipolarité dans un premier épisode dépressif :

- A. La présence d'un ralentissement profond
- B. La présence d'un hyper tempérament du patient
- C. La présence d'une personnalité dépendante
- D. La survenue après un deuil
- E. La présence d'une insomnie d'endormissement

Q 9 : Parmi les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline, on retient :

- A. La Venlafaxine (Effexor)
- B. La Fluoxétine (Prozac)
- C. L'Escitalopram (Seroplex)
- D. La Sertraline (Zoloft)
- E. La Duloxétine (Cymbalta)

Q 10 : Parmi les symptômes émotionnels de la dépression, on retient :

- A. La tristesse pathologique
- B. L'anesthésie affective
- C. L'anhédonie
- D. La culpabilité
- E. Le ralentissement psychomoteur

Q 11 : Concernant le traitement de l'accès mélancolique :

- A. Il est basé sur la perfusion d'Imipramine pendant 12 à 15 jours
- B. On ne peut pas prescrire un neuroleptique sédatif
- C. Le 1^{er} jour, on administre 1 ampoule de Clomipramine dans 250 cc de sérum glucosé et en plus 1 ampoule de diazépam (VALIUM*)
- D. Il 'est basé sur la perfusion de Clomipramine pendant 12 à 15 jours
- E. Du 3^{ème} au 15^{ème} jour de perfusion ; on administre 3 ampoules de Clomipramine dans 250 cc de sérum glucosé et en plus 1 ampoule de diazépam (VALIUM*).

Q 12 : Les complications des troubles bipolaires sont :

- A. Les accidents
- B. Les conduites suicidaires
- C. L'abus ou la dépendance à une substance psychoactive.
- D. Les dépenses financières inconsidérées
- E. Toutes ces propositions ci-dessus sont justes

Q 13 : Lors d'un accès maniaque :

- A. Le patient a un contact hyper syntone

- B. Le tapage nocturne est fréquent
- C. L'humeur est versatile (versatilité de la thymie).
- D. On ne retrouve pas la recherche frénétique du plaisir dans le tableau
- E. Une tachypsychie et des jeux de mots existent dans le tableau clinique

Q 14 : Dans la dépression endogène, on retrouve :

- A. Un délire
- B. Une absence de stupeur
- C. Un facteur héréditaire.
- D. Un risque suicidaire important.
- E. Une insomnie d'endormissement.

Q 15 : Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) qui est (sont) juste(s) ?

- A. Le trouble bipolaire peut aboutir à un handicap socio-familial.
- B. Dans le trouble bipolaire, le risque suicidaire n'est pas important.
- C. Le trouble bipolaire type II (selon DSM) peut être fait d'épisodes dépressifs majeurs avec des d'épisodes maniaques.
- D. Le trouble bipolaire type II (selon DSM) peut être fait d'épisodes dépressifs majeurs avec des d'épisodes hypomaniaques.
- E. La prévalence du trouble bipolaire est de 1 à 2% dans la population générale.

Q 16 : Le trouble dépressif se manifeste par :

- A. Ralentissement psychomoteur
- B. Insomnie
- C. Humeur joviale

D. Contact familial

E. Anorexie

Q 17 : Le délai d'action des antidépresseurs :

A. Une semaine

B. Deux mois

C. Trois semaines

D. Trois mois

E. Aucune proposition n'est juste

Q 18 : La durée du traitement un premier épisode dépressif :

A. Trois mois

B. Six mois

C. Deux mois

D. 24 mois

E. 12 mois

Q 19 : Quels sont les éléments évocateurs d'une dépression due à une pathologie organique ?

A. Début tardif

B. Symptômes dépressif atypiques

C. Résistance au traitement

D. Risque suicidaire

E. Ralentissement psychomoteur

Q 20: Quels sont les médicaments qui peuvent induire une dépression ?

A. Corticoïdes

B. Interféron

C. Antituberculeux

- D. Methyldopa
- E. Traitement oestroprogestatif

Q 21 : Quels sont les trois principaux diagnostics différentiels de la dépression ?

- A. Deuil pathologique
- B. Schizophrénie
- C. Démence
- D. Paranoïa sensitive
- E. Bouffée délirante aiguë

Q 22 : Les conversions se caractérisent par :

- A. Une perte ou altération de certaines fonctions physiques
- B. Une systématisation anatomo-physiologique
- C. Une évolution souvent irréversible
- D. Des manifestations aiguës
- E. Des manifestations durables

Q 23 : L'antidépresseur qui provoque beaucoup plus de virage maniaque est :

- A. Deroxat (Paroxétine)
- B. Seroplex (Escitalopram)
- C. Laroxyl (Amitriptyline)
- D. Zoloft (Sertraline)
- E. Anafranil (Clomipramine)

2.4. Cas cliniques :

❖ CAS N°1 :

Mme S. est une femme de 46 ans, mariée, mère de trois enfants, fonctionnaire, elle a été reçue en consultation ambulatoire pour une symptomatologie dépressive, et prise en charge par plusieurs psychiatres et mise sous plusieurs antidépresseurs à des doses maximales. A la consultation on a eu l'entretien suivant :

- Médecin (M) : comment vous sentez vous ?
- Patiente (P) : je suis fatiguée
- M : vous avez toujours envie de pleurer ?
- P : oui, dernièrement je n'ai pas pu m'arrêter de pleurer
- M : à quoi pensez-vous ?
- P : à rien en particulier !! (En pleurant)
- M : vous pleurez aussi maintenant, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit en ce moment ?
- P : je pense que vous ne pourriez pas m'aider !! (En souriant)
- M : qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- P : personne ne peut rien faire pour moi, je suis un cas perdu !

1. Ce dialogue entre la patiente et son médecin évoque en premier lieu :

- A. Un trouble anxiété généralisée
- B. Une schizophrénie indifférenciée
- C. Une dépression d'intensité grave
- D. Une dépression psychogène
- E. Un état de stress post traumatique

- 2. La sémiologie prédominante est représentée par : (deux réponses justes)**
- A. La douleur morale
 - B. Les idées de ruine
 - C. Le délire hypochondriaque
 - D. Le désespoir
 - E. Les idées de damnation
- 3. Selon vous, ce tableau clinique (trois réponses justes) :**
- A. Nécessite une prise en charge psychothérapique
 - B. Nécessite une association de deux antidépresseurs
 - C. Nécessite la relaxation
 - D. Nécessite de façon urgente des électrochocs
 - E. Peut être pris en charge par un médecin généraliste
- 4. A votre avis, qu'est ce qui a manqué à cet entretien sommaire ? (Deux réponses justes)**
- A. L'exploration des pensées
 - B. L'exploration des comportements
 - C. L'exploration des idées suicidaires
 - D. L'exploration de l'orientation temporo-spatiale
 - E. L'exploration des émotions.
- 5. Cette résistance thérapeutique pourrait être due à : (deux réponses justes)**
- A. La présence d'un trouble de la personnalité
 - B. La présence éventuelle des antécédents familiaux de dépression
 - C. La présence éventuelle des antécédents familiaux de psychose

- D. La présence d'une hypothyroïdie
 - E. La présence d'un diabète associé
- 6. Un diagnostic doit être absolument recherché :**
- A. Un trouble délirant paranoïaque
 - B. Une schizophrénie
 - C. Un trouble bipolaire
 - D. Un trouble panique
 - E. Un état de stress post traumatique

❖ CAS N°2 :

Madame M. âgée de 50 ans, amenée par son mari qui s'inquiète de voir l'état de sa femme se dégrader. « Elle ne mange plus rien et elle a beaucoup maigri. A 3 heures du matin, elle est déjà debout ». Madame M. est prostrée, parle à voix basse d'un ton monocorde : « Je ne sais pas pourquoi il m'a amené ici... La médecine ne peut plus rien pour moi ni pour personne... Je vais mourir.

Tous mes organes me lâchent les uns après les autres, je n'ai déjà plus de gorge ni de côlon.... Et d'ailleurs, c'est bien fait pour moi... Le mieux que j'ai à faire est de disparaître. »

1. Quels sont les éléments sémiologiques de cette observation ?

- A. Insomnie d'endormissement
- B. Syndrome de Cotard
- C. Ralentissement psychomoteur
- D. Délire non congruent à l'humeur
- E. Auto culpabilité

2. Les symptômes qui font défaut dans cette observation sont :

- A. Les symptômes comportementaux
- B. Les symptômes cognitifs
- C. Les symptômes émotionnels
- D. Le délire
- E. Le ralentissement psychomoteur

3. Quel est le diagnostic le plus probable chez cette patiente ?

- A. Dépression avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
- B. Dépression avec caractéristiques psychotiques non congruentes

à l'humeur

- C. Dépression masquée
- D. Dépression anxieuse
- E. Schizophrénie paranoïde

4. En faveur de votre diagnostic retenu, quels sont les trois éléments cliniques les plus spécifiques ?

- A. Le fait qu'elle dit : c'est bien fait pour moi... Le mieux que j'ai à faire
- B. L'âge de 50 ans
- C. Le fait qu'elle parle à voix basse et d'un ton monocorde
- D. Le fait qu'elle dit : je n'ai déjà plus de gorge ni de côlon
- E. Le fait qu'elle se réveille à 3 heures du matin

5. La dépression anxieuse est reconnue surtout par :

- A. Le délire de persécution
- B. Le délire de culpabilité
- C. L'instabilité et l'irritabilité
- D. Le ralentissement psycho moteur
- E. La tristesse au premier plan

6. Les éléments délirants congruents à une humeur dépressive sont :

- A. Le délire de persécution
- B. Le délire de damnation
- C. Le délire hypochondriaque
- D. Le délire de grandeur
- E. Le délire de filiation

7. L'attitude à faire est :

- A. Prendre en charge cette patiente en ambulatoire
- B. Référer d'urgence cette patiente à un psychiatre
- C. Hospitaliser cette patiente dans une unité de médecine générale
- D. Attendre le rendez-vous de son psychiatre pour une semaine
- E. Attendre son bilan biologique qui sera fait dans la semaine

8. Quel est le traitement de choix chez cette patiente ?

- A. Inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine
- B. Inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine et noradrénaline
- C. Cure de perfusion de tricycliques (Clomipramine)
- D. Antipsychotiques
- E. Thymorégulateurs

9. Quels sont les risques immédiats (dans les 15 jours) à craindre chez cette patiente ?

- A. Hypertension artérielle
- B. Risque suicidaire
- C. Levée d'inhibition
- D. Déshydratation
- E. Virage de l'humeur

10. Quels sont les éléments évocateurs d'une dépression endogène ?

- A. Présence d'un facteur déclenchant
- B. Insomnie matinale
- C. Amaigrissement important
- D. Antécédents familiaux des troubles de l'humeur

E. Stupeur

11. Les anxiolytiques chez cette patiente sont :

- A. Contre indiqués
- B. Sont fortement conseillés
- C. Ne sont pas conseillés parce qu'il n'y a pas d'angoisse
- D. Sont à prescrire pour une durée moins d'une semaine
- E. Ne peuvent pas être associés aux antidépresseurs

12. Parmi les examens complémentaires à demander chez cette patiente :

- A. Un bilan thyroïdien
- B. Un ECG
- C. Un ionogramme sanguin
- D. Un dosage de la vitamine B12
- E. Des explorations endoscopiques digestives

❖ CAS N°3 :

Monsieur. N, âgé de 51 ans, célibataire, sans profession, ramené aux urgences par sa sœur pour une tentative de suicide au cours de laquelle le patient a tenté de se jeter du toit de sa maison.

L'histoire de sa maladie remonte à quatre mois, juste après le décès de sa mère, Il y a eu apparition progressive d'une insomnie matinale, un refus alimentaire et une cachexie. Il a comme antécédent une tentative de suicide qui remonte à un mois où le patient a essayé de se poignarder par un couteau survenant dans un contexte de désespoir et de remords.

L'examen à l'admission a trouvé un patient instable sur le plan psychomoteur. Son humeur paraît profondément triste. Le patient disait « je n'ai pas de foie, ni d'estomac... », il rapportait qu'il se trouvait en enfer, qu'il subissait. Le châtement éternel de ses fautes, il n'exprimait aucun regret à l'égard de ses tentatives de suicide.

1. Quels sont les éléments sémiologiques de cette observation ?

- A. Hallucinations auditives
- B. Auto culpabilité
- C. Inhibition psychomotrice
- D. Humeur euphorique
- E. Désir de mort

2. Les propos du patient «je n'ai pas de foie, ni d'estomac... », entrent dans le cadre de :

- A. Dépersonnalisation
- B. Déréalisation
- C. Syndrome de cotard

- D. Trouble psychosomatique
 - E. Syndrome dissociatif
- 3. Quel est le diagnostic à évoquer ?**
- A. Dépression délirante
 - B. Bouffée délirante aiguë
 - C. Dépression stuporeuse
 - D. Trouble schizo-affectif
 - E. Dépression masquée
- 4. Le risque suicidaire chez ce patient est élevé étant donné :**
- A. Le célibat
 - B. La récurrence des tentatives de suicide
 - C. Le décès de sa mère survenant juste avant le début des troubles
 - D. La douleur morale
 - E. L'absence de critique des tentatives de suicide
- 5. Quels sont les éléments à rechercher pour mieux évaluer l'intentionnalité suicidaire ?**
- A. Dépendance/ abus d'alcool
 - B. Antécédents familiaux de suicide
 - C. Traits de personnalité d'impulsivité
 - D. Qualité du soutien familial
 - E. Pathologie somatique associée
- 6. Quel est le traitement de choix chez ce patient ?**
- A. Clomipramine (Anafranil)
 - B. Inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine (ISRS)
 - C. Amitriptyline (Laroxyl)

- D. Thymorégulateurs
 - E. Inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine et noradrénaline (ISRSNa)
- 7. Quels sont les éléments à surveiller chez ce patient durant les deux premières semaines du traitement ?**
- A. Virage de l'humeur
 - B. Risque suicidaire
 - C. Levée d'inhibition
 - D. Déshydratation
 - E. Surveillance cardio-vasculaire
- 8. Parmi ces propositions, quelles sont celles qui caractérisent les antidépresseurs ?**
- A. Le délai d'action des antidépresseurs est de trois semaines
 - B. La durée du traitement du trouble dépressif est de six mois après la rémission
 - C. Les tricycliques sont contre indiqués dans l'adénome de prostate
 - D. Les antidépresseurs peuvent induire un virage de l'humeur
 - E. Les inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine sont mieux tolérés que les tricycliques
- 9. Parmi ces molécules, quelles sont celles qui appartiennent aux inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine :**
- A. Clomipramine (Anafranil)
 - B. Fluoxétine (Fluoxet)
 - C. Paroxétine (Deroxat)
 - D. Venlafaxine (Velaxor)

E. Amitriptyline (Laroxyl)

10. Parmi ces molécules, quelles sont celles qui font partie des thymorégulateurs :

A. Lithium (Teralithe)

B. Halopéridol (Haldol)

C. Valproate de sodium (Dépakine)

D. Carbamazépine (Tegretol)

E. Escitalopram (Seroplex)

❖ CAS N°4 :

Monsieur M. âgé de 30 ans, célibataire, ayant un travail irrégulier, présentant une tentative de suicide par défenestration.

Depuis deux mois, il y a eu apparition progressive d'une insomnie, un refus alimentaire, un amaigrissement. Sa tentative de suicide est survenue dans un contexte de désespoir et de remords, ce qui a motivé sa famille à l'amener aux urgences.

L'examen à l'admission a trouvé un patient très ralenti sur le plan psychomoteur, rapportant des propos de ruine et d'auto culpabilité.

1. Quels sont les éléments sémiologiques présents dans ce cas clinique :

- A. Humeur dépressive
- B. Catatonie
- C. Hallucinations visuelles
- D. Automatisme mental
- E. Douleur morale

2. Quel est votre diagnostic ?

- A. Trouble obsessionnel compulsif
- B. Trouble panique avec agoraphobie
- C. Trouble dépressif majeur
- D. Trouble schizo-affectif
- E. Trouble délirant

3. Quel est le traitement de choix chez ce patient ?

- A. Antipsychotiques atypiques
- B. Inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine (ISRS)

- C. Benzodiazépines
- D. Thymorégulateurs
- E. Neuroleptiques classiques

4. Le risque suicidaire chez ce patient est élevé, étant donnée :

- A. L'auto culpabilité
- B. Le contexte social
- C. Le refus de soins
- D. L'automutilation
- E. Toutes ces réponses sont justes

Dans les antécédents du patient, on relève un état d'excitation psychomotrice survenant il y a cinq ans, marqué par une insomnie totale sans fatigue, projets multiples, et des propos de grandeur :

5. Dans quel cadre rentre l'état d'excitation psychomotrice ?

- A. Syndrome dissociatif
- B. Syndrome confusionnel
- C. Syndrome catatonique
- D. Syndrome maniaque
- E. Syndrome hallucinatoire

6. Quel est votre diagnostic pour ce patient ?

- A. Trouble schizo-affectif
- B. Trouble bipolaire
- C. Schizophrénie
- D. Trouble anxieux
- E. Délire chronique

7. Quels sont les complications à craindre chez ce patient ?

- A. Suicide
- B. Conduites addictives
- C. Désinsertion sociale
- D. Evolution vers une schizophrénie
- E. Résistance au traitement

❖ CAS N°5 :

Mme F. Agée de 32 ans, consulte pour une oppression thoracique et des céphalées évoluant depuis quatre mois. Le tout évoluant dans un contexte d'insomnie et d'anorexie. La patiente rapporte « je suis tout le temps fatiguée, je ne supporte plus mon entourage, je n'arrive même pas à accomplir les tâches les plus faciles, j'ai des difficultés de concentration...je suis incapable de ressentir du plaisir et de s'intéresser à mes activités. J'ai peur de tout, je me dis qu'un malheur arrivera...ma famille souffre à cause de moi »

1. Quels sont les éléments sémiologiques de cette observation ?

- A. Auto culpabilité
- B. Syndrome confusionnel
- C. Idées obsessionnelles
- D. Automatisme mental
- E. Asthénie vitale

2. Vers quel élément sémiologique vous oriente cette déclaration : je suis incapable de ressentir du plaisir et de s'intéresser à mes activités?

- A. Affect inadapté
- B. Anhédonie
- C. Idéation suicidaire
- D. Dépersonnalisation
- E. Ralentissement psychomoteur

3. Quel est votre diagnostic ?

- A. Dépression anxieuse
- B. Trouble panique

- C. Agoraphobie
- D. Phobie–sociale
- E. Dépression mélancolique

4. Quels sont les traitements à prescrire chez cette patiente ?

- A. Clomipramine
- B. Paroxétine
- C. Escitalopram
- D. Risperidone
- E. Sertraline

5. Quelle est la durée du traitement ?

- A. Trois mois après la rémission
- B. Deux mois après la rémission
- C. Six mois après la rémission
- D. 18 mois après la rémission
- E. Deux ans après la rémission

Au cours de l'entretien avec la famille, on apprend que la patiente a été hospitalisée il y a cinq ans pour un état d'excitation psychomotrice comprenant de l'agressivité, de l'insomnie totale, de logorrhée et des achats excessifs.

6. Vers quel diagnostic ces données nouvelles orientent-elles ?

- A. Trouble bipolaire type I
- B. Trouble schizo–affectif
- C. Trouble bipolaire type II
- D. Schizophrénie paranoïde
- E. Trouble de personnalité borderline

7. Quels sont les traitements que vous proposez pour la prévention des rechutes chez cette patiente ?

- A. Carbamazépine
- B. Valproate de sodium
- C. Lithium
- D. Antidépresseurs tricycliques
- E. Anxiolytiques

❖ CAS N°6 :

Madame S. âgée de 35 ans, amenée par sa famille aux urgences psychiatriques pour une tentative de suicide. Depuis deux mois, la patiente présente un refus alimentaire avec amaigrissement, des troubles du sommeil, elle refuse tout contact avec la famille.

Au cours de l'entretien, elle rapporte « Je ne sais pas pourquoi ils m'ont amené ici. Vous ne pouvez rien faire pour moi ni pour personne...Je vais mourir...Je n'ai déjà plus de gorge ni de côlon... Et d'ailleurs, c'est bien fait pour moi...Le mieux que j'ai à faire est de disparaître ».

1. Quels sont les éléments sémiologiques de ce cas clinique ?

- A. Déréalisation
- B. Dépersonnalisation
- C. Syndrome de Cotard
- D. Délire congruent à l'humeur
- E. Délire à mécanisme interprétatif

2. Quel est le traitement préconisé chez cette patiente ?

- A. Perfusion de Clomipramine pendant 30 jours
- B. A partir du 3ème jour de la perfusion, on administre 3 ampoules de Clomipramine dans 250 cc de sérum glucosé
- C. Les anxiolytiques sont fortement recommandés en association avec Clomipramine
- D. Les neuroleptiques sédatifs ne doivent pas être associés à Clomipramine
- E. La sismothérapie est contre-indiquée

Dans les antécédents de la patiente, on retrouve qu'elle a présenté un épisode hypomaniaque il y a cinq ans et un épisode dépressif il y a deux ans.

3. Quel est votre diagnostic ?

- A. Trouble bipolaire type II
- B. Trouble bipolaire type I
- C. Trouble bipolaire à cycles rapides
- D. Trouble schizo-affectif
- E. Episodes mixtes

3. Troubles anxieux :

Les troubles anxieux sont parmi les pathologies fréquentes en psychiatrie. Ils se caractérisent par une peur ou une inquiétude excessive, souvent irrationnelle, disproportionnée par rapport à la situation, qui persiste et interfère avec la vie quotidienne.

On distingue plusieurs types des troubles anxieux répertoriés dans le DSM 5: **le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique, les phobies spécifiques, le trouble d'anxiété sociale (ou phobie sociale), l'agoraphobie et d'autres.** Chaque type a ses propres critères diagnostiques et manifestations spécifiques.

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post traumatique (ESPT) ont été retiré du chapitre des troubles anxieux pour former deux nouvelles catégories distinctes.

Les troubles anxieux doivent être diagnostiqués en fonction de critères spécifiques : la durée des symptômes, leur impact sur la vie quotidienne et la distinction par rapport à d'autres troubles mentaux. Ces troubles peuvent souvent coexister avec d'autres troubles psychiatriques, tels que la dépression ou les troubles de l'humeur.

3.1. Résumés :

a. Trouble Anxieux Généralisé :

Le trouble anxieux généralisé (TAG) est un trouble anxieux caractérisé par des **inquiétudes permanentes, durables** (évoluant depuis plus de 6 mois), **difficilement contrôlables** et dirigées sur au moins deux thèmes différents.

Le TAG touche environ 5 % de la population générale, avec une prédominance féminine (2 femmes pour 1 homme). Il peut débuter à tout âge, mais apparaît généralement entre 35 et 45 ans. Il est également le trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé. [3]

a.1. Diagnostic positif :

Le TAG est un trouble anxieux marqué par une symptomatologie anxieuse chronique. Le diagnostic repose sur les critères du TAG dans le DSM5:

- La présence de **soucis excessifs** et des **ruminations diverses, non justifiées, incontrôlables** et **survenant la plupart du temps**, une anticipation de malheur.
- Des **symptômes physiques** : agitation, irritabilité, hypervigilance, troubles de concentration, myalgies, céphalées, asthénie.
- **Perturbations des fonctions physiologiques de base (appétit, sommeil).**
- Une durée des symptômes **plus de six mois.**
- Une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- L'absence d'effets d'une substance ou d'une autre pathologie.

a.2. Evolution :

L'évolution du TAG est chronique, mais avec de possibles fluctuations. Les répercussions socio-professionnelles peuvent être importantes (arrêts de travail, perte de productivité). Enfin, l'épisode dépressif caractérisé et les troubles liés à l'usage de substance sont des complications fréquentes.

a.3. Prise en charge :

Le TAG est un trouble chronique qui nécessite donc un **traitement de fond**, au long cours. Le traitement associe une **éducation thérapeutique**, de même que des moyens **psychothérapeutiques** et éventuellement **pharmacologiques** [17].

❖ Éducation thérapeutique :

- Éducation du patient sur les symptômes, réassurance et information sur la pathologie.
- Arrêt des excitants (café, tabac, alcool et autres substances psychoactives), une activité physique régulière, des techniques de relaxation, des règles hygiéno-diététiques.

❖ Traitement pharmacologique de fond : repose sur l'utilisation des antidépresseurs en première intention ; les **ISRS** (Paroxétine ou Venlafaxine).

❖ Traitement pharmacologique symptomatique en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes : repose sur les benzodiazépines (Diazépam ou Alprazolam) ou l'Hydroxyzine, en association avec le traitement de fond et pour une durée limitée.

❖ Psychothérapie : a un rôle primordial dans le traitement et la prévention des rechutes, essentiellement la thérapie cognitivo-comportementale, avec les techniques de relaxation.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ **Le TAG est un trouble anxieux chronique** fréquent. Il se caractérise par des **inquiétudes, permanentes, durables, et difficilement contrôlables**.
- ✓ **Complications :**
 - Autres troubles anxieux.
 - Dépression.
 - Troubles addictifs.
 - Troubles somatiques et fonctionnels.
- ✓ **La prise en charge du TAG** doit combiner :
 - Règles hygiéno-diététiques.
 - Antidépresseurs (ISRS), au long cours dans les formes sévères.
 - Psychothérapie (TCC, techniques de relaxation).

b. Trouble panique :

Le trouble panique (TP) est un trouble anxieux caractérisé par la **répétition** des attaques de panique (AP), qui sont souvent **soudaines**, inattendues, en dehors d'un effort physique ou d'un danger, et par l'**anxiété anticipatoire** de leur survenue.

La prévalence à vie du trouble panique varie de 1 à 3 % dans la population générale, avec une prédominance féminine. L'âge d'apparition se situe principalement entre 20 et 30 ans, bien que des débuts précoces puissent survenir durant l'enfance ou l'adolescence, et plus rarement à tout âge. [3]

b.1. Diagnostic positif :

L'**attaque de panique** ou crise d'angoisse aiguë : c'est l'association **brutale, sans facteurs déclenchant**, d'une sensation de **peur intense** atteignant une intensité maximale en moins de 10 minutes, accompagnée de :

- **Symptômes psychiques** : angoisse massive, peur de mourir ou de devenir fou, sensation de danger vital, avec sentiments parfois de

déréalisation (expérience d'étrangeté de la perception du monde) ou de dépersonnalisation (expérience d'étrangeté de la perception de soi).

- **Symptômes physiques** : sueurs, frissons, vertiges, tremblements, palpitations, tachycardie, douleur thoracique, sensation d'étouffement, dyspnée, nausées, douleurs abdominales, diarrhée...
- **Symptômes comportementaux** : variables allant de l'inhibition à l'agitation, au pire, on peut constater un **raptus anxieux** (crise d'anxiété soudaine provoquant des réactions impulsives avec un risque d'actes hétéro-agressifs ou de suicide pour échapper à la situation) [4].

Selon le DSM 5, Trois éléments contribuent alors au diagnostic de TP :

- **AP inattendues récurrentes (au moins 4 AP/mois)**, durant lesquelles quatre (ou plus) des symptômes psychiques, physiologiques ou comportementaux se produisent.
- Au moins une AP a été suivie **d'un mois** (ou plus) de :
 - Craintes persistante ou inquiétudes d'autres AP et leurs conséquences.
 - Changement de comportement significatif et inadapté visant à éviter d'avoir des AP.
- Ils ne sont pas dus aux effets d'une substance, d'un problème médical ou psychiatrique.

b.2. Evolution et pronostic :

- En l'absence de traitement, l'évolution du TP est chronique, entraînant plusieurs complications : dépression avec un risque suicidaire important, agoraphobie (crainte de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'être secouru en cas d'AP), addictions, répercussions socio-professionnelles.
- Le pronostic est généralement bon avec un traitement adéquat.

b.3. Prise en charge :

L'hospitalisation est exceptionnelle, en cas de manifestations anxieuses envahissantes ou de comorbidité dépressive avec risque suicidaire.

❖ La prise en charge de l'AP en urgence :

- **Eliminer une urgence organique** par un examen somatique complet, et au moindre doute, des examens complémentaires seront réalisés (ECG, Bilan biologique, recherche de toxiques, Radios, TDM...)
- Rassurer le patient.
- Eloigner le patient des facteurs anxiogènes extérieurs.
- Adopter une attitude calme, compréhensive et bienveillante permettant une verbalisation de l'angoisse.
- Assurer le patient de la normalité de son examen physique.
- **Le traitement médicamenteux** s'impose lorsque la crise se prolonge (plus de 30 minutes) ou que les symptômes sont très intenses : **Anxiolytiques=Benzodiazépines (BZD)** par voie orale ou par voie IM ; Diazépam (5-10 mg), Alprazolam (0,25- 0,50 mg).

- ❖ **La prise en charge du TP : Traitement de fond** [18] [19]
 - Les antidépresseurs tels que les **ISRS** (Paroxétine 20mg) en 1^{ère} intention, à dose progressive. Le traitement sera maintenu 6 à 12 mois après rémission.
 - En association possible avec **les benzodiazépines** en cas d'**AP sévères** (Alprazolam), pour un traitement de courte durée durant les 4 premières semaines avec dépression progressive.
- ❖ **Règles hygiéno-diététiques** : arrêt de l'alcool, tabac, diminution de la consommation du café, activité physique régulière.
- ❖ **Psychothérapie** : d'orientation cognitive et comportementale (TCC), avec des techniques de relaxation efficaces sur les symptômes anxieux, technique respiratoire, informations sur la maladie, techniques d'exposition in vivo.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ **TP= AP répétitives + anxiété intercritique anticipatoire.**
- ✓ Il est souvent associé à l'agoraphobie.
- ✓ **Le diagnostic de TP** repose sur :
 - Répétition des AP.
 - Présence d'une anxiété anticipatoire.
 - La symptomatologie n'est pas due aux effets d'une substance, ni à une affection médicale.
 - La symptomatologie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique.
- ✓ La PEC de l'AP doit d'abord **écarter une pathologie somatique =>diagnostic d'élimination.**
- ✓ **Complications :**
 - Autres troubles anxieux
 - Dépression
 - Troubles addictifs
 - Conduites suicidaires.
- ✓ **Traitement :**
 - Traitement des AP : BZD.
 - Traitement de fond : antidépresseurs (ISRS).
 - Psychothérapie (TCC).
 - Règles hygiéno-diététiques.

c. Trouble Obsessionnel Compulsif :

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est un trouble anxieux, qui pourrait être invalidant. Il est défini par la **présence d'obsessions et/ou de compulsions** accompagnées d'une anxiété majeure et ayant des conséquences sur les activités habituelles.

La prévalence du TOC sur la vie entière est d'environ 2 %. Il débute généralement avant 25 ans chez 65 % des patients adultes, et environ un tiers des cas commencent dès l'enfance. [3]

c.1. Diagnostic positif :

Le trouble obsessionnel compulsif est l'une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes et les plus invalidantes.

Il associe 2 types de symptômes spécifiques : des **obsessions** et/ou des **compulsions**.

❖ Les obsessions :

- Pensées et/ou images **répétitives** et **persistantes**, ressenties comme **intrusives** et **inappropriées**, reconnue comme provenant de son esprit, et causant une anxiété ou une détresse marquée.
- Il existe 3 types d'obsessions : idéatives, phobiques et impulsives.

❖ Les compulsions :

- **Comportement ou acte mental répétitif**, à but **anxiolytique**, que le sujet se sent forcé d'accomplir en réponse à une obsession, même s'il reconnaît son **caractère absurde**. Ces compulsions sont souvent réalisées de manière très précise et stéréotypée prenant un caractère de **rituel**.

- ❖ **Conscience du trouble (insight) :** la reconnaissance du caractère pathologique (c'est-à-dire excessif et non raisonnable) des symptômes **n'est pas constante** dans le TOC. La majorité des patients ont une bonne conscience de leurs troubles, mais 5 à 25 % des patients présentent un insight faible. C'est un **facteur pronostique** de l'évolution du trouble à long terme.

Le Diagnostic du TOC est purement clinique, il repose sur les critères du DSM 5 [5] :

- ✓ La présence **d'obsession et/ou de compulsion**.
- ✓ Les symptômes entraînent **une perte de temps** considérable, une **souffrance cliniquement significative** ou une **altération du fonctionnement social, professionnel** ou d'autres domaines importants.
- ✓ Les symptômes obsessionnels–compulsifs ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.
- ✓ La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

c.2. Formes cliniques :

Les obsessions et compulsions peuvent avoir différents thèmes. On peut retenir trois grandes thématiques aux symptômes obsessionnels et compulsifs :

Nom du thème	Caractéristiques
Contamination	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obsessions de contamination. ▪ Compulsions de lavage (des mains, du corps entier, des objets), de vérification de la propreté et d'évitement (ne pas toucher, porter des gants).
Erreur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obsessions d'ordre, de symétrie, d'exactitude. Peuvent être accompagnées ou non de pensées magiques (ex : peur qu'un accident arrive si les choses ne sont pas rangées dans le bon ordre). ▪ Compulsions et rituels de vérification, souci extrême de l'ordre, de la symétrie, de l'exactitude. Grande rigidité dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrie des objets, marche sur les lignes du sol).

Pensées Interdites	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obsessions de pensées interdites : <ul style="list-style-type: none"> - Catastrophe : survenue d'un accident qui pourrait se produire du fait de la responsabilité du sujet (mettre le feu ou être à l'origine d'un accident par négligence, renverser un piéton en voiture sans s'en rendre compte, etc.) ; - Impulsion agressive: crainte de perdre le contrôle de soi, peur de commettre un acte répréhensible contre son gré, crainte de violence envers autrui ou soi-même, images de violence ou d'horreur, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, peur de faire quelque chose qui mette dans l'embarras, peur de voler des choses, etc. ; - Thématique sexuelle : contenu sexuel jugé répréhensible par la personne (homosexualité, inceste, etc.) ; - Thématique religieuse : préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, préoccupations liées aux sacrilèges et aux blasphèmes. Elles s'associent possiblement à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux ; - Thématique somatique : peur d'être atteint d'une maladie et obsessions portant sur l'aspect d'une partie de son corps. ▪ Compulsions et rituels mentaux (mots que les patients se répètent mentalement pour « conjurer » les effets redoutés de l'obsession), vérifications.
---------------------------	--

Tableau 7. Grandes thématiques du TOC. [3]

c.3. Evolution et pronostic:

En l'absence de prise en charge, l'évolution des symptômes a tendance à s'aggraver, avec l'installation progressive d'évitements de plus en plus marqués, conduisant à un isolement social.

Les principales complications sont l'épisode dépressif caractérisé et les troubles liés à l'usage de substance.

c.4. Prise en charge :

❖ Le traitement Médicamenteux :

- Il repose essentiellement sur les **Antidépresseurs type ISRS** (Sertraline, Escitalopram), à posologies élevées que dans la dépression ou les autres troubles anxieux.
- L'efficacité des médicaments ne se manifeste qu'après 8 à 12 semaines de traitement.
- Pour éviter une rechute, il est conseillé de maintenir le traitement pendant au moins 1 à 2 ans.
- **Traitement adjuvants** : Les anxiolytiques en cas d'anxiété importante (Alprazolam) pour une durée limitée, et les antipsychotiques dans les formes résistantes.

❖ L'Hospitalisation est indiquée en cas de complications, tels qu'un épisode dépressif avec risque suicidaire, ou en cas de formes sévères.

❖ **La psychothérapie** : d'orientation **cognitivo-comportementale (TCC)**, avec des **techniques d'exposition**, avec prévention de la réponse rituelle, et une **psychoéducation**.

❖ **La stimulation cérébrale profonde** : est indiquée dans les TOC résistants.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Dans le DSM 5, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a été retiré du chapitre des troubles anxieux pour constituer une nouvelle catégorie spécifique, Troubles obsessionnel-compulsif et apparentés.
- ✓ **Le diagnostic du TOC** repose sur l'association d'une représentation psychique intrusive, incontrôlable et anxiogène : **Obsessions**, et d'un acte répétitif souvent ritualisé visant à apaiser l'angoisse : **compulsions**.
- ✓ 3 types d'obsessions : idéatives, phobiques et impulsives.
- ✓ 2 types de compulsions : mentales et extériorisées.
- ✓ **Complications :**
 - Dépressions.
 - Autres troubles anxieux.
 - Abus de substances toxiques.
- ✓ **Traitement :**
 - Antidépresseurs (ISRS),
 - Psychothérapies (TCC).

d. Trouble phobique :

Les troubles phobiques sont des **troubles anxieux chroniques** caractérisés par une **peur intense, incontrôlable et irrationnelle** d'un objet ou d'une situation donnée. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une **anticipation anxieuse** et de **conduites d'évitement**.

Les troubles phobiques sont parmi les troubles psychiatriques les plus fréquents. Au cours de leur vie, 10 à 12 % des sujets présenteront une phobie spécifique et environ 5 % une phobie sociale. [3]

d.1. Diagnostic positif :

Selon le DSM 5, on distingue 3 types de troubles phobiques, selon l'objet ou la situation phobogène : l'**Agoraphobie**, l'**Anxiété sociale** (Phobie sociale), la **Phobie simple** ou spécifique. [5] [20]

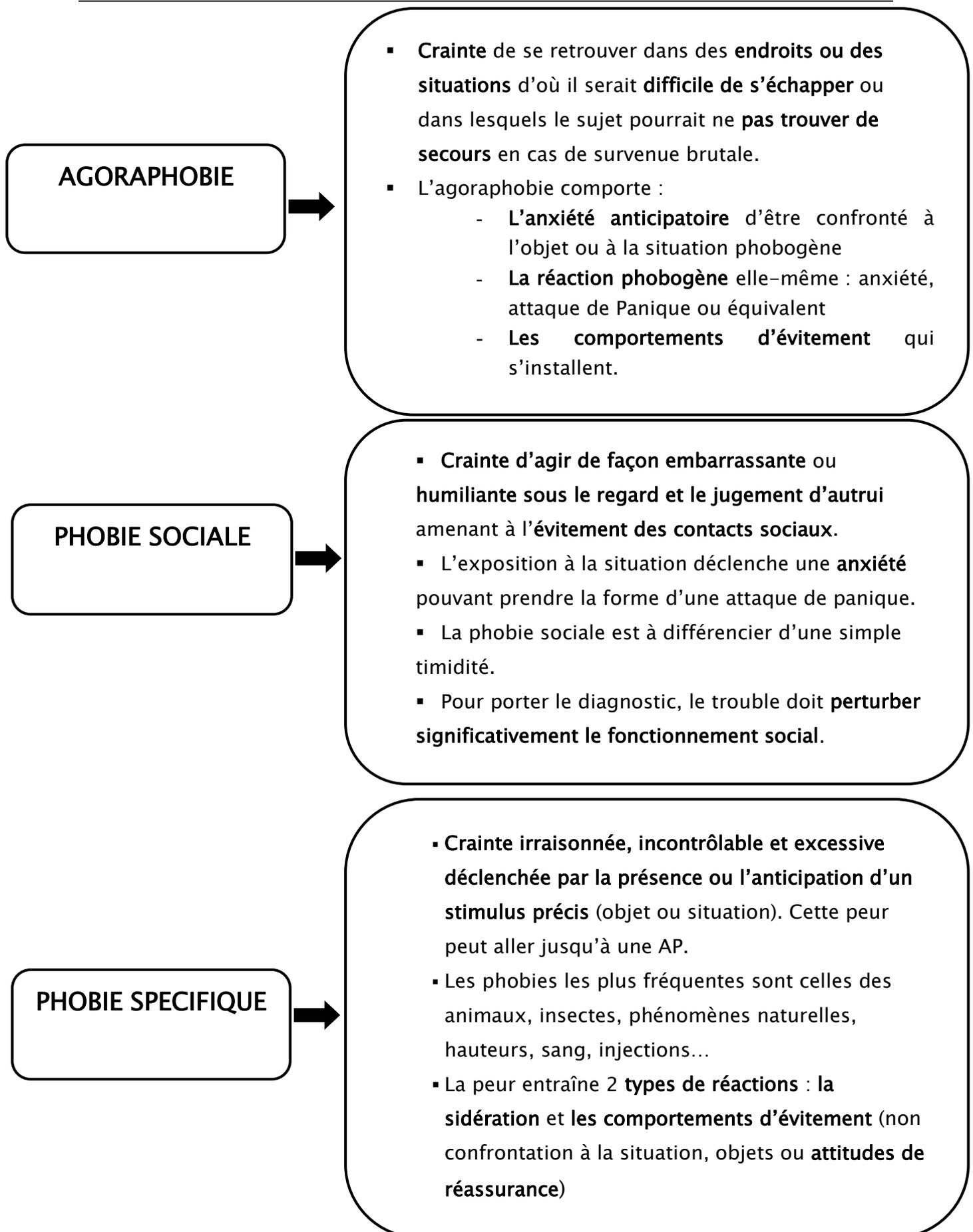


Figure 7. Types des troubles phobiques selon le DSM 5.

Le diagnostic des troubles phobiques repose sur :

- Le **caractère persistant (6mois ou plus), intense et irraisonné** de la peur ;
- La **symptomatologie anxieuse paroxystique réactionnelle** à l'exposition à l'objet ou la situation phobogène ;
- **La peur, L'évitement ou l'anticipation anxieuse** entraînent une souffrance significative ou un retentissement sur la vie quotidienne du sujet.
- Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, les effets physiologiques d'une substance, ni à une autre affection médicale.

d.2. Evolution et pronostic :

De nombreux troubles phobiques (p.ex. la phobie sociale) ont tendance à être chroniques, alors que certaines, tels que les phobies spécifiques disparaîtront ou s'atténueront au début de l'âge adulte.

Les phobies peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes atteintes en limitant leurs activités, leurs relations sociales et leur bien-être général. Cependant, avec un traitement approprié, comme la thérapie cognitive-comportementale, il est possible de réduire significativement les symptômes, permettant une meilleure gestion des phobies et une amélioration de la vie quotidienne.

d.3. Prise en charge :

❖ Traitement non médicamenteux :

- La prise en charge des troubles phobiques se fait généralement en **ambulatoire** et repose principalement sur **une approche psychothérapeutique**.
- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont privilégiées et utilisent diverses techniques, telles que l'exposition graduée in vivo, la restructuration cognitive, et les techniques de réalité virtuelle, visant à modifier les croyances et les pensées automatiques liées à la situation phobique.

❖ Le traitement médicamenteux :

- Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques.
- **Les antidépresseurs type ISRS ou ISRSNa.**
- Les bêtabloquants (efficaces dans le traitement de la phobie sociale, prescrits pour diminuer certains symptômes physiques de la phobie, une heure environ avant l'exposition à la situation anxiogène).
- Les benzodiazépines : traitement palliatif prescrits à court terme.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles phobiques sont des troubles **anxieux chroniques** caractérisés par une **peur intense, incontrôlable et irrationnelle** d'un **objet** ou d'une **situation donnée**. Cette peur est source d'une souffrance intense, d'une **anticipation anxieuse** et de **conduites d'évitement**.
- ✓ Parmi les phobies, on distingue :
 - **Les phobies spécifiques** ou **simples** limitées à un stimulus précis
 - **La phobie sociale** : peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui. Sa gravité est liée au retentissement sur la qualité de vie et l'insertion socioprofessionnelle du sujet.
 - **L'agoraphobie** : **crainte de se retrouver dans un endroit** d'où il pourrait être **difficile de partir** (elle devient une phobie à part entière dans le DSM 5).
- ✓ **Complications** :
 - Trouble addictif.
 - Dépression.
 - Autres troubles anxieux.
- ✓ **La prise en charge** repose sur les **TCC**, mais un traitement médicamenteux par les **ISRS** peut être envisagé dans les formes de phobie sociale invalidante.

e. Trouble de stress post traumatique :

Le trouble ou l'état de stress post traumatique (**PTSD** : Post Traumatic Stress Disorder) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques durables à la suite d'une **exposition à un événement psychiquement traumatique**.

Un **événement traumatique** est défini comme un événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(s) de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles.

La prévalence sur la vie entière du TSPT est estimée entre 5 et 10 % de la population générale. Il est plus fréquent chez les jeunes, avec une prédominance féminine. [3]

e.1. Diagnostic positif :

Après un événement psychiquement traumatique, le tableau clinique est très variable et évolutif. On note ainsi 3 phases :

- **Phase de latence** : généralement asymptomatique, et dure de quelques heures à plusieurs années.
- **« Etat de stress aigu »**: manifestations immédiates et post immédiates qui surviennent dans le mois qui suit le traumatisme, et durent entre 2 jours à 1 mois.

Elles sont dominées par des symptômes dissociatifs (déréalisation, dépersonnalisation, voire un état crépusculaire), des symptômes anxieux (tremblement, instabilité) ou une inhibition stuporeuse, un syndrome de répétition ou des conduites d'évitement.

- **Phase d'état** : PTSD, il peut prolonger sans interruption un état de stress aigu ou apparaître après latence de durée variable.

Le diagnostic de l'ESPT repose sur les critères du DSM 5 :

- **L'exposition directe ou indirecte** à un événement traumatique.
- **Un carré symptomatique** regroupant :
 - **Syndrome de répétition** (ruminations conscientes, reviviscences traumatiques, flashback, cauchemars),
 - **Syndrome d'évitement** (évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme),
 - **Hyperactivation neurovégétative** (altérations du sommeil,

irritabilité, hypervigilance, sursaut exagérée au moindre bruit, avec des troubles de la concentration et de la mémoire),

- **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** (tristesse, anhédonie (perte de capacité à éprouver du plaisir), restriction des affects, désespoir et parfois culpabilité).
- Une évolution de **plus d'un mois** des symptômes après la survenue de l'événement traumatique.
- **Une souffrance** cliniquement significative ou une **altération du fonctionnement** social ou professionnel.
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

e.2. Evolution et pronostic :

Le trouble de stress post-traumatique peut devenir chronique et s'aggraver sans traitement, avec des symptômes persistants comme les flashbacks, l'évitement et l'hypervigilance, entraînant des complications comme la dépression, l'anxiété chronique, la désinsertion socio-professionnelle ou les comportements autodestructeurs. Toutefois, une prise en charge rapide et adaptée, incluant des thérapies comme la TCC, peut significativement atténuer les symptômes et améliorer la qualité de vie.

e.3. Prise en charge :

❖ Dans les suites immédiates de l'événement :

- La PEC commence habituellement par une évaluation approfondie et l'élaboration d'un plan de traitement : il s'agit de **techniques d'intervention précoce**, qui s'adressent aux victimes et aux familles.

- Les soins psychiques sont proposés une fois le bilan somatique effectué et les traitements nécessaires instaurés, et ont un double objectif, reconnaître la détresse de la victime et soulager la souffrance psychique. Le thérapeute offre un espace d'écoute et une aide au sujet.

❖ **Traitement médicamenteux (Symptomatique) :**

- **Les antidépresseurs** : en premier intention les **ISRS** (Paroxétine) qui permettent le plus souvent une réduction de l'intensité des symptômes.
- **Les anxiolytiques** : les benzodiazépines sont à éviter dans la mesure du possible du fait du risque de dépendance. Lorsqu'elles sont nécessaires, en cas d'angoisse ou d'insomnie sévères et aiguës, elles doivent être utilisées ponctuellement pour une durée limitée.
- **Les antipsychotiques** : pour les formes sévères et résistantes

- ❖ **La psychothérapie** : est le **traitement de fond** : type TCC avec restructuration des cognitions erronées et techniques d'exposition et de gestion de l'anxiété, ou la EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing).

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Dans le DSM 5, l'état de stress post traumatique a été retiré du chapitre des troubles anxieux pour constituer une nouvelle catégorie spécifique, **Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress**.
- ✓ L'ESPT correspond à la présence de **symptômes anxio-dépressifs**, durant **plus d'un mois**, apparaissant dans les **suites d'un événement traumatique**, comportant :
 - Un syndrome de répétition.
 - Un syndrome d'évitement.
 - Une hyperactivation neurovégétative.
 - Un émoussement affectif.
- ✓ La souffrance psychique de toute victime d'agression, d'accident ou de catastrophe, requiert des **soins médico-psychologiques immédiats et poursuivis**.
- ✓ **La prise en charge** du trouble repose d'abord sur les **psychothérapies +++** centrées sur le traumatisme, et sur les **antidépresseurs** en cas de symptômes persistants ou sévères.

3.2. Questions Directes :

Question 1 : Citez les éléments cliniques en faveur d'un trouble panique.

Question 2 : Citez les complications de l'état de stress post traumatique.

Question 3 : Rédigez une ordonnance type d'un trouble obsessionnel compulsif chez l'adulte.

Question 4 : Citez au moins quatre arguments cliniques pour retenir un trouble de l'anxiété généralisée.

Question 5 : Décrivez la clinique du trouble panique.

Question 6 : Citez les bases du traitement du trouble obsessionnel compulsif.

Question 7 : Décrivez la clinique de l'état de stress post-traumatique.

3.3. Questions à choix unique ou multiple :

Q 1 : La crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique se caractérise par l'apparition brutale :

- A. D'une peur intense et sans objet
- B. D'une peur de mourir
- C. D'une dyspnée
- D. De palpitations
- E. De compulsions

Q 2 : La malade s'était présentée à la consultation de dermatologie avec un eczéma très grave des mains. Elle se lavait avec des lessives détersives de nombreuses fois par jours parce qu'elle avait peur d'être sale. Elle pensait que c'était absurde mais elle ne pouvait pas s'en empêcher. Il s'agissait :

- A. D'idées délirantes
- B. De compulsions de lavage
- C. D'obsessions
- D. D'arithmomanie
- E. De phobies d'impulsions

Q 3 : Parmi ces termes, quel est celui ou quels sont ceux qui entre(ent) dans le vocabulaire de la névrose obsessionnelle :

- A. Dissociation
- B. Pulsion
- C. Correction
- D. Impulsion
- E. Compulsion

Q 4 : Une malade a peur de sortir seule dans la rue. Il s'agit :

- A. D'une phobie d'impulsion
- B. D'une agoraphobie
- C. D'une obsession phobique
- D. D'une idée délirante
- E. D'une idée prévalente

Q 5 : Les phobies sont caractérisées par l'un ou plusieurs des symptômes suivants :

- A. Vertiges
- B. Evitement
- C. Tachypsychie
- D. Réassurance
- E. Prodigiousité

Q 6 : Le trouble panique :

- A. Fait partie des troubles anxieux
- B. Fait partie des troubles de l'humeur
- C. Survient surtout chez les sujets de plus de 45 ans
- D. Est plus fréquent chez les femmes que les hommes
- E. Peut exister avec le trouble anxiété généralisée chez la même personne

Q 7 : Le traitement de fond du trouble panique :

- A. Les benzodiazépines
- B. Les thymorégulateurs
- C. La psychanalyse
- D. La thérapie cognitivo-comportementale

E. La thérapie familiale

Q 8 : Deux antidépresseurs sont conseillés dans le trouble panique :

A. La Clomipramine (Anafranil)

B. La Paroxétine (Deroxat)

C. La Maprotiline (Ludiomil)

D. L'Amitriptyline (Laroxyl)

E. La Miansérine (Athymil)

Q 9 : Deux symptômes sont très spécifiques du trouble panique :

A. Les symptômes neurovégétatifs

B. La survenue brutale d'une angoisse intense

C. L'appréhension d'une autre crise d'angoisse

D. Les appréhensions du futur

E. Les appréhensions pour la sécurité des enfants

Q 10 : Une attaque de panique peut comporter les symptômes suivants :

A. La déréalisation

B. La dépersonnalisation

C. Le sentiment qu'on va devenir fou

D. Des vertiges

E. Des crampes musculaires

Q 11 : Quelles sont les propositions fausses concernant le trouble panique :

A. Les attaques de panique n'existent que dans le trouble panique

B. Les attaques de panique peuvent coexister avec la tristesse

C. Le trouble panique survient généralement chez une personnalité dépendante ou évitante

- D. Le trouble panique peut être associé à un trouble obsessionnel
- E. Le trouble panique peut régresser uniquement sous une thérapie cognitivo-comportementale

Q 12 : Le trouble anxieux généralisé est :

- A. Une évolution ultime du trouble panique
- B. Une phase qui précède le trouble panique
- C. Est surtout fréquent chez les femmes que chez les hommes
- D. Survient à un âge très jeune
- E. Comporte des manifestations neurovégétatives fréquentes

Q 13 : Deux symptômes sont très significatifs du trouble anxieux généralisé :

- A. Des affolements sans raison logique
- B. Des ruminations de catastrophe sans cesse
- C. La tristesse
- D. L'ennui
- E. L'appréhension d'une crise d'angoisse

Q 14 : L'état de stress post traumatique peut comporter les symptômes suivants :

- A. Les cauchemars
- B. Les réactions de sursaut
- C. Le flash-back
- D. Des conduites d'évitement
- E. Des idées de culpabilité

Q 15 : Concernant le trouble obsessionnel, quelles sont les propositions justes ?

- A. Il commence généralement entre l'âge de 30 et 40 ans
- B. Il s'installe dans la majorité des cas sur une personnalité obsessionnelle
- C. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme
- D. Il peut s'exprimer uniquement sous forme d'obsessions sans compulsions
- E. Il comprend l'anxiété comme un symptôme constant

Q 16 : Parmi les traits obsessionnels, on peut noter :

- A. La rigidité
- B. Le perfectionnisme
- C. L'égoïsme
- D. La dévotion excessive pour le travail
- E. L'introversion

Q 17 : Quels sont les antidépresseurs à prescrire en premier dans le trouble obsessionnel :

- A. La Sertraline (Zoloft)
- B. La Clomipramine (Anafranil)
- C. La Miansérine (Athymil)
- D. L'Amitriptyline (Laroxyl)
- E. La Maprotiline (Ludiomil)

Q 18 : Les troubles anxieux comportent les pathologies suivantes :

- A. L'état de stress post traumatique
- B. Le trouble obsessionnel

C. L'état de stress aigu

D. L'agoraphobie

E. La phobie sociale

Q 19 : Concernant l'anxiété ; quelles sont les propositions qui sont justes :

A. L'anxiété est un sentiment pénible d'attente d'un danger imprécis (peur sans objet).

B. L'anxiété normale est adaptée, elle mobilise la vigilance et stimule les comportements productifs.

C. L'anxiété pathologique ne désorganise pas la personne et n'entraîne pas un vécu de souffrance.

D. L'anxiété pathologique désorganise la personne et entraîne un vécu de souffrance

E. Aucune de ses propositions n'est juste

Q 20 : Parmi ces propositions ; quelles sont les propositions qui sont justes :

A. Le trouble panique représente l'ensemble d'attaques de panique récurrentes (plus de quatre attaques par mois)

B. L'anxiété généralisée ou T.A.G dure une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants.

C. Le trouble panique est une répétition d'attaques de panique avec ou sans agoraphobie

D. L'attaque de panique n'est pas une urgence psychiatrique.

E. L'attaque de panique n'est pas une attaque spontanée et récurrente.

Q 21 : A la phase d'état de l'attaque de panique :

- A. On ne note pas de manifestations psychiques à type de sensation de mort imminente
- B. On ne note pas de manifestations somatiques à type de tachycardie.
- C. On note l'existence de nausée et de dyspnée.
- D. On note l'existence d'une agitation qui peut aboutir à un raptus anxieux.
- E. On note parfois l'existence de vertiges et /ou de frissons.

Q 22 : Dans le diagnostic différentiel du trouble panique, on retrouve :

- A. Les troubles obsessionnels compulsifs
- B. Les états de stress post-traumatiques.
- C. L'hystérie.
- D. Les bouffées délirantes aiguës
- E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 23 : Les obsessions :

- A. Touchent 2,5% de la population générale.
- B. Sont des idées non considérées comme absurdes par le sujet
- C. Sont à l'origine d'une anxiété et d'une grande souffrance.
- D. Sont des idées ou sensations imposantes, récurrentes, inappropriées et difficilement supprimées au prix d'une stratégie magique.
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 24 : Parmi ces propositions ; quelles sont celles qui sont justes :

- A. D'un point de vue sémiologique, il existe trois types d'obsessions

- B. Les obsessions idéatives s'imposent sur un mode interrogatif.
- C. Les obsessions impulsives sont des craintes obsédantes de commettre un acte immoral ou obscène.
- D. L'arithmomanie est un rituel d'une série d'opérations mathématiques.
- E. Les antidépresseurs font partie du traitement pharmacologique des troubles obsessionnels compulsifs.

Q 25 : Dans l'état de stress post-traumatique (ESPT) :

- A. L'évènement traumatique n'a pas de dimension de surprise
- B. L'évènement traumatique est une rencontre avec la mort qui implique le sujet.
- C. L'effroi est une réaction du sujet, à l'occasion d'une situation dangereuse.
- D. Les suites immédiates aiguës sont prédominées par l'angoisse (l'angoisse prédomine).
- E. Le patient qui présente un état de stress post-traumatique peut taire ses symptômes.

Q 26 : Dans le syndrome de répétition traumatique de l'ESPT :

- A. Les cauchemars traumatiques ne sont pas répétitifs.
- B. Les cauchemars traumatiques reproduisent à l'identique, les conditions de la scène traumatique
- C. Les cauchemars traumatiques sont répétitifs et de fréquence variable
- D. On ne retrouve jamais des reviviscences diurnes
- E. On retrouve les reviviscences diurnes sous formes de «

flashbacks »

Q 27 : Parmi les symptômes du syndrome de répétition traumatique, on

retrouve :

- A. L'hypervigilance
- B. L'hyperréactivité neuro-végétative.
- C. Les réactions de sursaut.
- D. Toujours l'absence d'état d'alerte permanent
- E. L'inhibition et le repli sur soi.

Q 28 : Les complications de l'état de stress post-traumatique sont :

- A. Les ruptures du lien social
- B. Les conduites addictives
- C. Les conduites suicidaires
- D. Les modifications du caractère à type d'isolement et d'irritabilité
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 29 : La dépersonnalisation et la déréalisation peuvent exister dans :

- A. L'hystérie
- B. La BDA
- C. La schizophrénie
- D. Le trouble panique
- E. L'état de stress aigu

Q 30 : Deux éléments sémiologiques caractérisent le trouble panique, lesquels ?

- A. L'anxiété chronique
- B. Les symptômes neurovégétatifs
- C. La brutalité de l'accès

- D. La survenue à un âge avancé
- E. La mémorisation parfaite de la première crise

Q 31 : Le trouble panique est traité généralement par : (3 réponses justes)

- A. La relaxation
- B. La thérapie comportementale
- C. Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
- D. Les thymorégulateurs
- E. Les antipsychotiques atypiques

Q 32 : L'anxiété généralisée est surtout caractérisée par : (3 réponses justes)

- F. L'appréhension des événements négatifs
- G. Un fond d'anxiété chronique
- H. Les palpitations
- I. Les inquiétudes incessantes
- J. Les obsessions phobiques

Q 33 : Parmi les moyens thérapeutiques de la phobie sociale : (3 réponses justes)

- A. La relaxation
- B. L'exposition graduelle
- C. Les thymorégulateurs
- D. La thérapie cognitive
- E. Les antipsychotiques atypiques

Q 34 : On peut diagnostiquer un trouble obsessionnel chez :

- A. Quelqu'un qui multiplie la vérification des calculs sans cesse
- B. Une maman qui s'inquiète beaucoup sur ses enfants et ne cesse de les appeler par téléphone
- C. Un sujet qui refuse de sortir de chez lui par crainte qu'il touche quelqu'un
- D. Un sujet qui refuse de sortir de chez lui par crainte qu'il agresse quelqu'un
- E. Un sujet qui évite d'embrasser sa fille par crainte qu'il la touche sexuellement

Q 35 : Trois propositions justes concernent le traitement du trouble obsessionnel :

- A. La dose des antidépresseurs est généralement le double de ce qui est prescrit dans la dépression
- B. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont contre indiqués
- C. La meilleure thérapie est celle de l'exposition avec prévention de la réponse
- D. Les benzodiazépines doivent être prescrites au long cours
- E. Les tricycliques peuvent être prescrits

Q 36 : Deux troubles psychiatriques ont été soulevés du groupe des troubles anxieux, lesquels ?

- A. Le trouble panique
- B. Le trouble état de stress post traumatique
- C. Le trouble obsessionnel

D. L'anxiété généralisée

E. L'agoraphobie

Q 37 : Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) qui est (sont) juste(s)?

A. Les formes d'évolution favorables de l'état de stress post-traumatique se caractérisent par une diminution du syndrome de répétition traumatique.

B. La rupture du lien social est une complication de l'état de stress post- traumatique.

C. Le « defusing » n'est pas un des soins immédiats dans la prise en charge, lors de la survenu d'un évènement traumatique

D. Le débriefing individuel ou collectif permet de reparcourir l'évènement lors des soins post-immédiats.

E. La Sertraline (antidépresseur) est efficace sur le syndrome de répétition traumatique.

Q 38 : Concernant l'état de stress aigu :

A. On retrouve cliniquement une distorsion de la perception du temps

B. L'amnésie dissociative ne fait pas partie du tableau clinique

C. La torpeur peut faire partie du tableau clinique.

D. Les cauchemars traumatiques ne font pas partie du tableau clinique

E. On peut retrouver dans le tableau clinique ; des reviviscences à l'état de veille (quasi-hallucinatoire)

Q 39 : Dans l'état de stress post-traumatique :

- A. L'effroi est une réaction du sujet, à l'occasion d'une situation non dangereuse
- B. L'évènement traumatique a une dimension de surprise
- C. L'évènement traumatique est une rencontre avec la mort qui implique le sujet.
- D. Les suites immédiates aiguës sont prédominées par l'angoisse (l'angoisse prédomine).
- E. Le patient qui présente un état de stress post-traumatique peut taire ses symptômes.

Q 40 : Dans le syndrome de répétition traumatique de l'ESPT :

- A. On retrouve les reviviscences diurnes sous formes de « flashbacks »
- B. Les cauchemars traumatiques ne sont pas répétitifs
- C. On ne retrouve jamais des reviviscences diurnes.
- D. Les cauchemars traumatiques reproduisent à l'identique, les conditions de la scène traumatique
- E. Les cauchemars traumatiques sont répétitifs et de fréquences variables

Q 41 : Parmi les symptômes du syndrome de répétition traumatique, on retrouve :

- A. L'absence des états d'alertes permanents
- B. L'hypervigilance
- C. L'hyperréactivité neuro-végétative
- D. L'absence des réactions de sursaut

E. L'inhibition et le repli sur soi

Q 42 : Les complications de l'état de stress post-traumatique sont :

A. Les ruptures du lien social

B. Les conduites addictives

C. Les conduites suicidaires

D. Les modifications du caractère à type d'isolement et d'irritabilité.

E. Les états dépressifs.

Q 43 : Le trouble d'anxiété généralisée se caractérise par :

A. Sentiment d'insécurité

B. Préoccupation du malheur

C. Inquiétudes permanentes

D. Ruminations interminables

E. Troubles de concentration

Q 44 : Les symptômes psychiques des attaques de panique comportent:

A. Peur de mourir

B. Impression de catastrophe imminente

C. Peur de perdre le contrôle

D. Peur de s'évanouir

E. Symptômes psycho-sensoriels

Q 45 : Parmi les troubles phobiques, on distingue :

A. La phobie simple

B. L'agoraphobie

C. La phobie d'impulsion

D. Le trouble anxiété sociale

E. L'anxiété de performance ou le « trac »

Q 46 : L'état de stress aigu :

- A. Survient dans le mois qui suit l'évènement traumatique
- B. Dure d'un à six mois
- C. Est dominé par des symptômes dépressifs
- D. Est dominé par des symptômes dissociatifs
- E. Est dominé par des symptômes anxieux

Q 47 : Une malade présente un eczéma hyperkératosique des mains. Elle révèle qu'elle a très peur de la saleté et qu'elle se lave constamment les mains avec des détergents « je sais bien que c'est idiot, mais c'est plus fort que moi... » dit-elle. Il s'agit :

- A. D'une schizophrénie
- B. D'une nosophobie
- C. D'un trouble obsessionnel compulsif
- D. D'une hystérie
- E. D'un trouble allergique

3.4. Cas cliniques :

❖ CAS N°1 :

Mlle H, 24 ans, étudiante dans une école privé, célibataire, de bon niveau socio- économique, et sans aucun antécédent psychiatrique, vient consulter pour la première fois un psychiatre pour une symptomatologie aiguë qui s'est installée juste il y a deux mois. Mlle H rapporte qu'elle se souvient bien du début et du jour exact lorsqu'elle était chez elle dans sa chambre en train de préparer un exposé et soudainement elle a senti vertiges et son cœur qui a commencé à battre de plus en plus fort et sa respiration est devenue difficile à tel point qu'elle a cru qu'elle va mourir, et ce n'est qu'après un quart d'heure qu'elle a eu un soulagement. Elle a consulté chez plusieurs cardiologues et rien n'a été décelé. Le bilan biologique est tout à fait normal, et malgré ça, cette symptomatologie a continué à récidiver au moins deux fois par semaine.

L'examen du psychiatre n'a pas révélé une tristesse de l'humeur, ni d'idées délirantes ni de troubles perceptifs et sans traits de personnalité pathologique.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
2. Citez les éléments sémiologiques en faveur de ce diagnostic
3. Quelles seraient les complications à craindre chez cette patiente ?
4. Quel sera le traitement médicamenteux de fond (molécule, dose et durée) à proposer ?
5. Quel est le type de psychothérapie que vous pouvez lui proposer ?

❖ CAS N°2 :

Monsieur R, 52 ans, travaille comme juge au tribunal, et ayant comme seul antécédent un accident de la voie publique il y'a deux ans, et qui a coûté la vie à un confrère a lui. Il vient consulter pour une angoisse continue, des cauchemars et une insomnie. Il a commencé depuis un an à ruminer autour de la mort et à imaginer des scènes dramatiques à propos des accidents mortels sur la route, et à se rappeler aussi de façon incessante de son confrère décédé. Son humeur est franchement dépressive, il sort très peu de chez lui et craint de prendre sa voiture avec lui. Il n'existe pas d'idées suicidaires.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Citez les éléments sémiologiques en faveur de ce diagnostic
3. Il existe une complication psychiatrique bien évidente, laquelle ? et sur quels critères vous la reprenez ?
4. Quel est votre traitement médicamenteux ?

❖ CAS N°3 :

Mme Fatima, âgée de 42 ans, mariée et mère de 3 enfants, professeur de lycée et elle n'a jamais consulté en psychiatrie, sauf dernièrement où il y a deux mois qu'elle n'en peut plus. Mme Fatima nous raconte son histoire qui remonte à plus de quinze ans, en faisant des consultations spécialisées en cardiologie, en pneumologie, en médecine interne et chez des généralistes pour des symptômes neurovégétatifs multiples et variés et presque durables: palpitations, tachycardie, vertiges. Tous les bilans ont été normaux et ces consultations ont été rassurantes. Mme Fatima précise encore que ces symptômes remontent beaucoup plus avant, et elle se rappelle même durant sa vie estudiantine, ces symptômes s'exagéraient lors des examens jusqu'à avoir parfois des attaques de panique. Mme Fatima rapporte que sa vie conjugale a commencé à se perturber, vu que son mari ne tolère plus ses questions multiples et son affolement sans raison apparente. A noter qu'elle a un frère qui suit pour un trouble bipolaire. A l'examen psychiatrique, elle était très tendue et elle ne cessait de bouger ses pieds. Son humeur est triste mais sans idées de désespoir ou suicidaires, sa mimique reflète une angoisse importante. Son sommeil est conservé sauf parfois un endormissement difficile.

1. Ce tableau clinique évoque en premier (3 réponses justes) :

- A. Un trouble panique avec agoraphobie
- B. Une dépression anxieuse
- C. Un trouble anxieté généralisée avec une dépression
- D. Une phobie sociale avec une dépression
- E. Un trouble de phobie spécifique

-
- 2. Si vous envisagez une dépression anxieuse quel serait l'élément sémiologique important qui manque ?**
- A. Les idées suicidaires
 - B. Les idées de culpabilité
 - C. Les symptômes d'irritabilité et d'instabilité ou agitation
 - D. Les troubles du sommeil
 - E. Le ralentissement psychomoteur.
- 3. Si vous pensez à un trouble panique quels seraient les deux éléments sémiologiques les plus spécifiques à chercher durant l'anamnèse ?**
- A. Le début au jeune âge
 - B. L'angoisse durant les examens
 - C. La brutalité et la brièveté de la crise symptomatique
 - D. La peur anticipatoire d'avoir un événement malheureux
 - E. L'attente et la peur d'avoir une autre crise symptomatique
- 4. Parmi ces pathologies, une ne figure pas dans la liste des troubles anxieux :**
- A. Le trouble obsessionnel
 - B. L'état de stress post traumatique
 - C. La dépression anxieuse
 - D. Le trouble panique
 - E. La phobie spécifique

5. Si on retient le diagnostic d'une dépression, quels seraient les éléments d'endogénéité que vous pouvez remarquer chez cette patiente (deux réponses justes) ?
- A. Le fait d'avoir des consultations multiples chez des différents médecins spécialistes
 - B. L'absence des antécédents psychiatriques personnels
 - C. La présence d'un frère ayant un trouble bipolaire
 - D. Absence des troubles manifestes de la personnalité
 - E. Le fait de se poser beaucoup de questions
6. Par rapport à l'axe II du DSM, un diagnostic différentiel doit être écarté (une seule réponse juste) :
- A. Une personnalité antisociale
 - B. Une personnalité histrionique
 - C. Une personnalité paranoïaque
 - D. Une personnalité narcissique
 - E. Une personnalité schizoïde.
7. Le fait qu'elle se pose beaucoup de questions fait suspecter l'un des diagnostics suivants :
- A. Une dépression anxieuse
 - B. Un trouble de la personnalité narcissique
 - C. Un trouble obsessionnel
 - D. Un trouble de phobie spécifique
 - E. Une psychose aiguë

- 8. Finalement, quel serait votre diagnostic définitif ?**
- A. Un trouble panique avec agoraphobie
 - B. Une dépression anxieuse
 - C. Un trouble anxiété généralisée avec une dépression
 - D. Un trouble obsessionnel avec une dépression
 - E. Un trouble de phobie spécifique
- 9. Pour votre diagnostic retenu, quel serait le traitement le plus approprié :**
- A. Venlafaxine 75mg/j
 - B. Olanzapine 10mg/j
 - C. Diazépam 15mg/j
 - D. Carbamazépine 800mg/j
 - E. Halopéridol 10mg/j
- 10. L'Amitriptyline (Laroxyl) est habituellement prescrit à la dose de :**
- A. 10 mg/jour
 - B. 25mg/jour
 - C. 30mg/jour
 - D. 50 mg/jour
 - E. 75mg/jour
- 11. Parmi les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, on peut citer (deux réponses justes) :**
- A. L'Olanzapine
 - B. La Fluoxétine
 - C. La Sertraline
 - D. L'Alprazolam

E. La Clomipramine

12. Ces antidépresseurs, un est considéré classiquement comme le plus stimulant :

- A. L'Amitriptyline (Laroxyl)
- B. La Clomipramine (Anafranil)
- C. La Sertraline (Zoloft)
- D. L'Escitalopram (Seroplex)
- E. La Fluvoxamine (Floxyfral)

13. En plus du traitement médicamenteux, les techniques thérapeutiques qui seront bénéfiques à cette patiente. (Deux réponses justes) :

- A. Techniques d'hypnose
- B. Techniques de relaxation
- C. Techniques cognitives
- D. Techniques de la thérapie familiale
- E. Technique de la stimulation magnétique transcranienne.

❖ CAS N°4 :

Un patient de 26 ans est venu pour consulter pour des idées qu'il juge bizarres. Il a eu une licence en Droits à l'âge de 23 ans, et depuis là il a commencé à s'isoler, à sortir rarement de sa chambre. Il dit qu'elle ne peut pas prendre ses repas avec sa famille parce qu'il juge que la cuisine n'est pas assez propre et elle ne supporte pas la façon avec laquelle sa maman prend soin de la table. Il dit aussi qu'elle ne supporte pas de sortir de chez lui car il se fatigue avec des idées telles le fait d'avoir un accident ou faire du mal à quelqu'un, et à ce moment, son cœur commence à battre plus fort et respire mal.

- 1. Quels sont les deux types de trouble anxieux à évoquer au tout début ?**
 - A. Un état de stress post traumatique
 - B. Un trouble panique
 - C. Un trouble anxiété généralisée
 - D. Une phobie sociale
 - E. Un trouble obsessionnel

- 2. Les symptômes neurovégétatifs de l'anxiété peuvent être retrouvés dans :**
 - A. L'agoraphobie
 - B. La claustrophobie
 - C. Le trouble obsessionnel
 - D. Le trouble anxiété généralisée
 - E. L'état de stress post traumatique

-
- 3. Pour diagnostiquer un trouble panique, deux éléments cliniques spécifiques sont à chercher, lesquels ?**
- A. Des attaques de panique en situation de performance
 - B. La peur de mourir ou de devenir fou
 - C. La présence d'une agoraphobie associée
 - D. Des attaques de panique durant les examens
 - E. Une très grande préoccupation pour la sécurité des proches
- 4. Selon la théorie psychanalytique; le trouble obsessionnel est dû à une fixation:**
- A. Au stade oral
 - B. Au stade anal
 - C. Au stade phallique
 - D. Au stade génital
 - E. Aucune proposition
- 5. Selon la théorie cognitive, le trouble anxiété généralisée est du :**
- A. Au conditionnement opérant
 - B. Au conditionnement répondant
 - C. À des schémas d'hypervigilance
 - D. À une non résolution de l'angoisse de castration
 - E. À un excès de responsabilisation
- 6. Le trouble panique :**
- A. Fait partie des troubles anxieux
 - B. Fait partie des troubles de l'humeur
 - C. Est fréquent surtout chez le sexe féminin
 - D. Repose sur un traitement par les anxiolytiques

E. Peut être associé à un trouble d'anxiété généralisée

7. Quels sont les affections qui font partie des troubles anxieux ?

A. Le trouble obsessionnel compulsif

B. L'état de stress post traumatique

C. L'état de stress aigu

D. La phobie sociale

E. L'agoraphobie

❖ CAS N°5 :

Monsieur Marouane, 35 ans, consulte son médecin traitant deux mois après avoir été témoin d'un attentat terroriste. Il se présente très anxieux, il transpire et verse des larmes en relatant les événements.

Le jour, il a souvent l'impression que la scène d'horreur qu'il a vécue est en train de se dérouter sous ses yeux. Par moments, des images de l'attentat lui reviennent.

La nuit, ne dort que 4 ou 5 heures et fait de nombreux cauchemars en rapport avec les scènes de l'attentat et les corps des cadavres des victimes. Il sursaute brutalement en voyant un pigeon se poser sur le bord de votre fenêtre.

1. Quel(s) symptôme(s) est/sont présent(s) chez Monsieur Marouane ?

- A. Reviviscences ou < flash-backs >.
- B. Cauchemars traumatiques.
- C. Syndrome d'évitement.
- D. Hyperactivation neurovégétative
- E. Idées délirantes

2. Quel est votre diagnostic ?

- A. Etat de stress aigu
- B. Trouble de l'adaptation
- C. Etat de stress post-traumatique
- D. Etat dépressif
- E. Troubles obsessionnel compulsif (TOC).

3. Quel(s) traitement(s) pharmacologique(s) vous proposer ?

- A. L'antidépresseur (Sertraline).
- B. L'hypnotique (Zopiclone).
- C. L'antidépresseur (Paroxétine).
- D. Un neuroleptique sédatif.
- E. Un thymorégulateur.

❖ CAS N°6 :

Madame Amina est âgée de 56 ans, mariée et mère de 3 enfants, consulte pour des troubles du sommeil, qui durent depuis 2 mois, avec des réveils nocturnes multiples. L'anamnèse révèle qu'elle est suivie pour hypothyroïdie. Elle n'a pas d'autres antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques. Et n'a pas de conduites addictives.

L'entretien avec la patiente retrouve la notion d'une angoisse nocturne aigue, avec des cauchemars, à l'origine de ses multiples réveils, auxquels s'est ajoutée, depuis 3 semaines, une humeur triste au cours de la journée avec une perte de plaisir.

1. A ce stade de l'entretien, quelle est (ou quelles sont) la ou les hypothèse(s) diagnostique(s) à évoquer ?

- A. Episode dépressif caractérisé
- B. Trouble panique
- C. Trouble obsessionnel compulsif
- D. Manifestations psychiques d'une dysthyroïdie
- E. Trouble de stress post-traumatique

La patiente affirme qu'il n'y avait pas de facteurs déclenchant durant le mois précédant ses troubles du sommeil. Par ailleurs, la patiente est sous traitement hormonal thyroïdien de synthèse, et son bilan thyroïdien a été toujours normal.

2. A ce stade, quelle (quelles) hypothèse(s) diagnostique(s) est (sont) à écarter ?

- A. Episode dépressif caractérisé
- B. Troubles panique

- C. Etat de stress aigu
- D. Manifestations psychiques d'une dysthyroïdie
- E. Trouble de stress post-traumatique.

La patiente rapporte également que depuis 14 mois, elle ne conduit plus sa voiture, et qu'à chaque fois qu'elle prend la route, elle panique, et a peur de mourir.

3. Quels sont les syndromes ou les signes cliniques que vous relevez uniquement à partir de cette dernière phrase ?

- A. Syndrome délirant
- B. Syndrome dépressif
- C. Syndrome hallucinatoire
- D. Attaque de panique
- E. Evitement

Sachant que ce problème lié à la conduite de voiture est survenu après un accident de la voie publique où la patiente avait percuté un passant il y a un 14 mois, et que depuis, elle revit la même scène à chaque fois qu'elle prend la route.

4. Quel est le diagnostic que vous évoquez en premier lieu ? (Une seule réponse juste) :

- A. Trouble phobique
- B. Etat de stress aigu
- C. Trouble anxiété généralisé
- D. Trouble de stress post-traumatique
- E. Trouble panique.

5. Quelles sont les moyens thérapeutiques indiqués dans la prise en charge de ce trouble ?

- A. Régulateurs de l'humeur
- B. EMDR : Eye Movement Desensitization Reprocessing.
- C. Psychanalyse.
- D. Antidépresseurs.
- E. TCC : thérapie cognitivo-comportementale.

❖ CAS N°7 :

Marouane est un jeune Ingénieur en informatique de 26 ans, au chômage depuis deux mois, qui consulte pour une fatigue inexplicée, avec tendance à l'isolement. Tous les bilans biologiques dont il a bénéficié se sont révélés sans particularité.

L'entretien avec Marouane, révèle que le début de cette symptomatologie remonte à trois mois, par une perte de toute envie d'aller au travail ou de rencontrer des gens, des difficultés de concentration, une perte d'appétit et de poids, et que depuis ses symptômes se sont aggravés progressivement.

1. A ce stade de l'entretien, quel diagnostic peut être évoqué en premier lieu ?

- A. Trouble anxiété sociale
- B. Schizophrénie
- C. Trouble anxiété généralisé
- D. Trouble obsessionnel compulsif
- E. Episode dépressif caractérisé

L'analyse des antécédents de Marouane montre qu'il souffre depuis six ans de crises d'angoisse aiguës, déclenchées par des idées selon lesquelles il serait capable de tuer ses parents. Ces idées s'imposent à lui malgré ses efforts pour ne pas y penser.

2. Selon vous, ces idées sont des :

- A. Idées dépressives
- B. Idées délirantes
- C. Idées obsessionnelles
- D. Idées phobiques

E. Idées pessimistes

Le patient n'a jamais consulté pour prendre en charge ce trouble qui dure depuis six ans, et ces idées se sont aggravées pour donner lieu au tableau clinique ayant motivé la consultation.

3. Quel diagnostic retenez-vous devant tous ces éléments ?

- A. Trouble anxiété généralisé compliqué d'un trouble obsessionnel compulsif
- B. Trouble anxiété sociale compliqué d'un épisode dépressif caractérisé
- C. Trouble obsessionnel compulsif compliqué d'un épisode dépressif caractérisé
- D. Trouble obsessionnel compulsif compliqué d'une schizophrénie
- E. Schizophrénie compliquée d'un épisode dépressif caractérisé

4. Quelles sont les autres complications fréquentes observées avec ce diagnostic?

- A. Les troubles addictifs
- B. La réalisation de l'acte redouté (dans ce cas : tuer ses parents)
- C. L'anorexie mentale
- D. L'évitement et l'isolement social
- E. La désinsertion professionnelle

5. La prise en charge de ce trouble repose sur l'association :

- A. Antipsychotiques et régulateurs de l'humeur
- B. Antidépresseurs tricycliques et antipsychotiques
- C. Antidépresseurs (ISRS) et thérapie cognitivo-comportementale
- D. Stimulation cérébrale profonde et électroconvulsivothérapie

E. Anxiolytiques et hypnotiques

4. Troubles neurodéveloppementaux :

Les troubles neurodéveloppementaux sont un **ensemble de conditions** qui apparaissent **dès l'enfance**, caractérisées par des **altérations du développement neurologique** qui **affectent** diverses compétences telles que la **communication**, la **socialisation**, le **mouvement** et l'**apprentissage**.

Parmi les troubles les plus courants, on trouve **le trouble du spectre de l'autisme (TSA)**, **le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)**, et **les troubles spécifiques des apprentissages** (comme la dyslexie).

Ces conditions peuvent avoir un impact significatif sur la vie quotidienne et nécessitent souvent une prise en charge spécialisée pour optimiser le développement et l'intégration sociale des individus concernés.

4.1. Résumés :

a. Troubles spécifiques des apprentissages :

Les troubles spécifiques des apprentissages (TDA) sont des troubles neurodéveloppementaux, qui apparaissent à **l'enfance**, caractérisés par la **difficulté persistante à apprendre des compétences scolaires fondamentales** comme la lecture, l'écriture ou le calcul.

La prévalence de ces troubles chez les enfants d'âge scolaire varie entre 5 et 15 %. Chez les adultes, cette prévalence semble être approximativement de 4 %. [3]

Les troubles spécifiques des apprentissages comprennent Selon le DSM5 :

- **Le trouble avec déficit en lecture ou dyslexie** : est une perturbation spécifique et durable de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture,

induisant un handicap (scolaire et social) notable.

Il y a plusieurs formes cliniques : la dyslexie phonologique, la dyslexie visuo-attentionnelle et la dyslexie mixte.

- **Le trouble avec déficit de l'expression écrite ou dysorthographe** : est un trouble caractérisé par un défaut d'assimilation important des règles orthographiques. On distingue 3 types : La dysorthographe phonologique, visuo-spatiale (lexique), ou mixte.
- **Le trouble avec déficit du calcul ou dyscalculie** : touche de façon durable la sphère de calcul ; comprendre, utiliser, interpréter ou communiquer à l'aide des nombres. Il existe 2 types : la dyscalculie linguistique et visuo-spatiale.

a.1. Diagnostic positif :

Les difficultés d'apprentissage sont rapidement manifestes dès les premières années scolaires chez la plupart des individus.

Le diagnostic repose sur une évaluation clinique complète, et implique une collaboration de différents professionnels : pédopsychiatre ou pédiatres, ORL, ophtalmo, psychologue et/ou neuropsychologue, orthophoniste, orthoptiste...

Il est important d'écartier d'autres causes possibles des difficultés (problèmes de vision, d'audition, troubles émotionnels, etc.).

Cette évaluation peut inclure :

- **Un bilan orthophonique** : évaluer le niveau du langage oral et du langage écrit.
- **Un bilan neuropsychologique** : évaluer le quotient Intellectuel (QI), les capacités attentionnelles et de mémorisation.

- **Un bilan ORL** : rechercher des troubles de l'audition.
- **Un bilan ophtalmologique** : évaluer la vision de l'enfant et proposer une correction appropriée. Il peut orienter vers un orthoptiste.
- **Un bilan orthoptique** : en cas de difficultés motrices des yeux.

a.2. Evolution :

En général, les troubles des apprentissages sont des troubles chroniques qui persistent tout au long de la vie, mais avec une prise en charge précoce et adaptée, et un environnement scolaire et familial stimulant et bienveillant, il est possible de réduire considérablement leur impact sur la vie quotidienne et les apprentissages.

a.3. Prise en charge :

La prise en charge est **multidisciplinaire**, impliquant enseignants, psychologue, orthophonistes et parents. Elle repose principalement sur des interventions éducatives spécialisées et individualisées, telles que :

❖ **Mesures générales** :

- Attribution d'une auxiliaire de vie scolaire.
- Demande de classe spécialisée dans les cas les plus sévères.
- Instauration d'un aménagement de la scolarité.
- Recours à une aide : utilisation d'un ordinateur, logiciels de lecture, correcteurs orthographiques.
- Collaboration avec la famille : pour renforcer les compétences acquises à l'école et offrir un environnement de soutien à la maison.

❖ **Rééducation orthophonique** :

- Contourner les difficultés, en s'appuyant sur les compétences de l'enfant.

- Chercher à utiliser et développer au mieux la voie la moins atteinte.
- ❖ **Autres mesures** (selon le contexte et les résultats des différents bilans): une **psychothérapie** (pour traiter les problèmes comportementaux et émotionnels associés), une rééducation psychomotrice, orthoptique...

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles spécifiques des apprentissages : **fréquents**, à l'origine **d'échec scolaire et professionnel et d'un retentissement social et psychologique**.
- ✓ Le **diagnostic** nécessite la **collaboration de plusieurs professionnels**.
- ✓ Ils sont hétérogènes, handicapants, durables et persistants en absence de traitement.
- ✓ Une collaboration étroite entre les différents professionnels et les parents est essentielle pour favoriser le développement et le bien-être de l'enfant.
- ✓ La PEC des TDA est **multidisciplinaire** et implique différents professionnels pour assurer une prise en charge complète et adaptée.

b. Troubles du développement du langage :

Le trouble du développement du langage est un **trouble neurodéveloppemental** qui se caractérise par des **difficultés persistantes** et significatives **d'acquisition et d'utilisation du langage** dans ses différentes modalités (langage parlé, écrit, langage de signe ou autre forme) dues à un manque de compréhension ou de production. Ces difficultés ne sont pas liées à des problèmes sensoriels (comme une perte d'audition), à des troubles intellectuels ou à des troubles envahissants du développement (comme l'autisme). C'est un motif fréquent de consultation en pédopsychiatrie et en pédiatrie.

Troubles du langage oral:

- Retard simple de langage
- Retard de parole
- Trouble de l'articulation
- Bégaiement
- Dysphasie
- Mutisme et surdimutité

Troubles du langage écrit:

- Dysgraphie
- Dysorthographe
- Dyslexie

Figure 8. Les différents types des troubles du développement du langage.

Troubles du langage oral :

- **Le retard simple de langage :** atteinte isolée des composantes syntaxiques et linguistiques du langage.
- **Le retard de parole :** trouble de l'acquisition caractérisé par la persistance au-delà de l'âge de 4 ans de difficultés ou d'altérations phonétiques et phonologiques qui devraient être résolues.
- **Le trouble de l'articulation :** est une altération systématique d'un ou de quelques phonèmes, elle porte préférentiellement sur certaines consonnes dites "constrictives" (s, ch, z, j).
- **Le bégaiement :** est un trouble de la fluidité de la parole caractérisé par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes, se manifestant de façon très fréquente.
- **La dysphasie :** est un trouble structurel, spécifique et sévère du développement du langage oral. Il se caractérise par une absence de langage, puis l'apparition d'un langage simplifié, et enfin le développement d'un champ lexical restreint, et touche

essentiellement les performances verbales : l'expression ou la compréhension, et entraîne un handicap scolaire et social.

➤ **Surdimutité et mutisme :**

- **Surdimutité** : L'absence totale de langage (mutité), et une régression du langage ou des troubles phonétiques majeurs, qui doivent faire systématiquement évoquer une surdité.
- **Mutisme** : Une suspension ou disparition de la parole chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement. Il peut être total ou sélectif.

Troubles du langage écrit :

- **Dysgraphie** : Ecriture particulièrement maladroite, illisible ou très lente).
- **Dysorthographe** (voire la rubrique précédente : troubles des apprentissage)
- **Dyslexie** (voire la rubrique précédente : troubles des apprentissage)

b.1. Diagnostic positif :

Le diagnostic d'un trouble du langage repose sur une évaluation approfondie du développement langagier de l'enfant, qui comprend :

- **Un entretien avec les parents** : pour recueillir des informations sur l'histoire du développement de l'enfant et sur les difficultés qu'il rencontre.
- **Une évaluation du langage** : pour évaluer les compétences de l'enfant en compréhension et en expression.
- **Des tests standardisés** : Pour comparer les compétences langagières de l'enfant à celles d'autres enfants du même âge.

- **Un bilan orthophonique**, réalisé avec des tests standardisés, est indispensable pour une analyse approfondie de ces troubles.
- **Évaluation de l'audition** : pour exclure toute perte auditive pouvant expliquer les difficultés langagières.
- **Bilan neuropsychologique** : évaluation des fonctions cognitives : tests pour mesurer l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, et exclure un trouble du développement global.

b.2. Evolution et pronostic :

- En général, le pronostic du trouble est influencé par l'existence d'autres troubles associés.
- La rapidité et le degré de récupération dépendent de la sévérité du trouble, de la motivation de l'enfant dans sa participation aux rééducations, et de l'adéquation du moment de mise en place de la rééducation orthophonique et des autres interventions thérapeutiques.

b.3. Prise en charge :

La prise en charge des troubles du développement du langage doit être globale, précoce et adaptée aux besoins spécifiques de l'enfant, elle repose sur :

- **Rééducation orthophonique** généralement indiquée vers l'âge de 3-5ans.
- Elle peut être complétée par une **rééducation psychomotrice** : du geste graphique.
- **Une psychothérapie** peut être proposée si des facteurs psychoaffectifs ou relationnels apparaissent prédominants.

- **Guidance parentale.**
- Favoriser la **socialisation**.
- Traiter les comorbidités.



- ✓ Les troubles du développement du langage sont des **difficultés spécifiques** et **persistantes** dans l'acquisition et l'utilisation du langage, tant l'oral qu'à l'écrit.
- ✓ Le diagnostic repose sur un bilan multidisciplinaire.
- ✓ **Tout trouble du langage doit faire rechercher un trouble de l'audition.**
- ✓ Le diagnostic et la **prise en charge précoce** des troubles du développement du langage, permet de **prévenir leur impact** sur la scolarité et la vie sociale de l'enfant.
- ✓ La **rééducation orthophonique** est essentielle pour améliorer les compétences langagières et favoriser l'autonomie.

c. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité :

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurobiologique, où prédomine une **perturbation de l'attention**, une **hyperactivité motrice** et une **tendance à l'impulsivité**, altérant le fonctionnement scolaire, familial ou relationnel de l'enfant.

Le TDAH touche environ 5 % des enfants en âge scolaire, avec un sex-ratio de 3 garçons pour 1 fille. [3]

c.1. Diagnostic positif :

Le diagnostic du TDAH est posé par un professionnel de la santé mentale, souvent un pédopsychiatre ou un neurologue. Il s'appuie sur :

- **Une évaluation clinique détaillée** : recueillir des informations sur les symptômes, leur fréquence et leur impact sur la vie quotidienne de l'enfant ou de l'adolescent.

- **Des entretiens avec les parents et les enseignants** : Pour obtenir des informations complémentaires sur le comportement de l'enfant dans différents environnements.
- **Des tests neuropsychologiques** : (test d'attention, d'impulsivité...), ces tests permettent d'évaluer les fonctions cognitives et d'éliminer d'autres troubles pouvant expliquer les symptômes.

Le diagnostic du TDAH repose sur une « **triade symptomatique** » :

- Un déficit attentionnel,
- Une hyperactivité,
- Une impulsivité, et d'autres signes associés.

➤ **Déficit attentionnel** :

- Difficultés ou incapacité de concentration.
- Distractibilité : se laisse souvent distraire par des stimuli externes
- Difficultés à mener à terme des tâches scolaires, professionnelles ou domestiques.
- Evitement des tâches nécessitant un effort mental soutenu.
- Oublis ou pertes fréquentes.

➤ **Hyperactivité** :

- Instabilité motrice, incapacité de tenir en place.
- Agitation et mouvements permanents.
- Parler excessivement.
- Hyperactivité motrice persistante parfois pendant le sommeil.
- Blessure et prise de risque fréquentes

➤ **Impulsivité :**

- Difficultés à freiner ses actions.
- Agir sans réfléchir aux conséquences.
- Gestes brusques et maladroits, précipitation.
- Interruptions fréquentes lors de conversations ou d'activités.
- Difficultés à attendre son tour ou à respecter les règles.
- Enfant qui n'apprend pas de ses erreurs.

➤ **Signes associés :**

- Une labilité émotionnelle.
- Problèmes relationnels avec son entourage.
- Irritabilité.
- Troubles des apprentissages et échecs scolaires.
- Troubles du langage.

On distingue trois sous types de TDAH, selon les symptômes prédominants :

- Inattention prédominante.
- Hyperactivité/impulsivité prédominante.
- Présentation combinée : mixte.

Les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM 5 sont :

- Durée minimum de 6 mois.
- Symptômes observés au moins dans deux contextes différents (école, maison...)
- Symptômes ne correspondent pas au degré du développement de l'enfant.
- Présence de certains symptômes avant l'âge de 12 ans.

- Présence d'un retentissement ou souffrance attribuable aux symptômes.
- Absence d'autres troubles mentaux ou organiques expliquant les symptômes.

c.2. Evolution :

Le plus souvent, le trouble disparaît spontanément à la fin de l'adolescence.

Le TDAH peut affecter les performances scolaires, les relations sociales et professionnelles, et le bien-être émotionnel. Toutefois, avec un traitement approprié et un soutien, les personnes atteintes de TDAH peuvent mener une vie épanouissante et productive.

c.3. Prise en charge :

La prise en charge du TDAH est **multidisciplinaire**. Il s'agit d'une triple intervention : psycho-sociale, éducative et médicamenteuse, qui sera adaptée à chaque enfant selon ses besoins et ses moyens. Afin de contrôler les symptômes et d'améliorer les performances scolaires et les relations sociales, et peut inclure :

❖ Interventions psycho-éducatives et sociales :

- Psychothérapie type TCC avec des techniques de renforcement (récompenses, sanctions...).
- Support éducatif : Mise en place de mesures d'aménagements scolaires pour aider les élèves atteints de TDAH à mieux gérer leurs difficultés.
- Guidance et soutien parental.

❖ Traitement médical :

- Psychostimulants en 1^{ère} intention : Méthylphénidate, **non commercialisée au Maroc.**
- ISRSNa : Atomoxétine

❖ Rééducation : orthophonique, psychomotrice.**❖ Traitement des comorbidités.**

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le TDAH est un trouble **fréquent** et **sous diagnostiqué**.
- ✓ Triade symptomatique : **Inattention–Hyperactivité–Impulsivité**.
- ✓ Il faut toujours éliminer une origine psychique ou organique.
- ✓ **Complications** : psychiatriques (troubles du sommeil, dépression, addiction), sociales (échec scolaire ou professionnel, rejet, conflits familiaux et scolaires).
- ✓ Un diagnostic et une prise en charge précoces sont essentiels pour améliorer les résultats à long terme et la qualité de vie.
- ✓ La **prise en charge est multidisciplinaire** et permet d'éviter des complications sérieuses.

d. Trouble du spectre de l'autisme :

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un **trouble neurodéveloppemental complexe**, caractérisé par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi qu'un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

La prévalence des TSA est estimée à 1 % avec un sex-ratio de 4 garçons pour 1 fille, les garçons étant plus fréquemment affectés que les filles. [3]

d.1. Diagnostic positif :

Le début de la symptomatologie peut être soit progressif (dès les premiers mois de la vie), tardif (entre 1 et 2 ans) ou très tardif (à l'âge de 3 ans).

Le **tableau clinique de l'autisme** est très variable, il est dominé par une altération des interactions sociales et de la communication, et est généralement constitué vers l'âge de 2-3 ans, toutefois il existe des signes précoces qui peuvent être observés dès la petite enfance et sont considérés comme des signes d'appel pour un risque d'autisme. Ces signes peuvent inclure, en fonction de l'âge :

AGE	Signes d'alertes
Avant 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Distorsions précoces des interactions : hypotonie, insomnie calme, absence de sourire « bébé trop sage ». - Troubles de l'alimentation.
De 6 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Anomalies du tonus. - Absence de bras tendus. - Absence d'angoisse de l'étranger ou à la séparation. - Aréactivité au bruit. - Absence d'intérêt pour le monde environnant. - Absence de babillage (premier stade du développement du langage chez les bébés : les sons et les syllabes simples répétés).
1 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de langage et des précurseurs du langage. - Début des comportements stéréotypés et bizarres. - Retard global dans les acquisitions. - Evitement actif du regard de la mère. - Intérêt marqué pour l'environnement non social (objets...)

Tableau 8. Signes précoces de l'autisme en fonction de l'âge.

La phase d'état est généralement atteinte après l'âge de 3ans et est constituée par la triade autistique « typique » :

❖ **Troubles de la socialisation :**

- Manque d'intérêt pour les autres.
- Pauvreté des interactions sociales et affectives : retrait autistique.
- Evitement du contact et du regard.
- Angoisse, inquiétude ou colère quand il est sollicité.

❖ **Troubles de la communication :**

- Langage verbal absent ou retardé.
- Stéréotypies verbales, écholalies.
- Altération de la communication non verbale : mimique pauvre, peu de gestes à valeur communicante.
- Expressions faciales pauvres, sourires rares et pas d'imitation de l'adulte.
- Difficultés à répondre aux questions, conversation souvent impossible.

❖ **Troubles du comportement :**

- Activités motrices ou gestuelles stéréotypées, inadéquates : balancements, tournoiements...
- Absence de jeux ou jeux répétitifs et sans imagination.
- Attachement inhabituel à un objet.
- Adhésion inflexible à des routines.
- Autostimulation sensorielle.

❖ Troubles émotionnels :

- Emotions absentes ou inadéquates.
- Enfant explosif et tyrannique.
- Intolérance à la frustration et aux changements, besoin d'immuabilité.

❖ Autres :

- Troubles du tonus (hypotonie ou hypertonie) majorés par l'angoisse.
- Troubles du sommeil.
- Troubles de l'alimentation (sélectivité alimentaire précoce).
- Phobies spécifiques et inhabituelles intenses.

❖ Spécificités cognitives :

- Perception d'un monde incohérent.
- Grandes difficultés de synthèse, de généralisation et de transposition.
- Raisonnement analogique difficile : ne comprend pas la métaphore, double sens...

Le diagnostic de l'autisme nécessite une **démarche multidisciplinaire**, impliquant plusieurs bilans afin de déterminer un profil individuel qui guidera la prise en charge thérapeutique. La grande variabilité du tableau autistique impose un bilan personnalisé pour chaque enfant.

Le bilan initial doit rechercher des diagnostics différentiels et une étiologie éventuelle :

- Le diagnostic est fondé sur un entretien orienté avec les parents et une observation directe de l'enfant, afin de caractériser le profil

clinique. Des outils validés peuvent être utilisés comme :

- L'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)
- L'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).
- Questionnaire de dépistage utilisé : Modified Check-list for autism in Toddlers (M-CHAT), utilisé pour le dépistage précoce de l'autisme.
- Examens complémentaires systématiques : Bilan ORL, ophtalmologique, EEG, caryotype, bilan endocrino-métabolique, TDM ou IRM cérébrale. A compléter selon l'orientation.
- Bilan psychologique : évaluation des capacités cognitives, relationnelles et sociales.
- Bilan orthophonique.
- Bilan psychomoteur.
- Vidéo : permet d'observer et réévaluer les interactions et comportement de l'enfant.

d.2. Evolution :

L'évolution est très variable, en fonction de la sévérité initiale de l'atteinte et du délai de prise en charge.

- Dans les cas les plus favorables, les sujets peuvent suivre une scolarité aménagée et acquérir une relative autonomie à l'âge adulte.
- Les cas les plus sévères sont caractérisés par un retard profond des acquisitions et des interactions sociales.

d.3. Prise en charge :

La PEC de l'autisme est une démarche **pluridisciplinaire** et individualisée, centrée sur une approche éducative, pédagogique et thérapeutique, avec des évaluations régulières pour ajuster les interventions.

- ❖ **Structures d'accueil spécialisées** : avec programmes pédagogiques adaptés.
- ❖ **Structures de soins** (Hôpitaux de jour) : Séances de psychothérapie, de thérapie comportementale et cognitive, guidance parentale : Pour développer les compétences sociales, la communication et l'autonomie.
- ❖ **Programmes et interventions structurés** :
 - **ABA** (Applied Behavioral Analysis) : analyse appliquée du comportement.
 - **TEACCH**: Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children.
- ❖ **Guidance familiale** : donner des informations pertinentes aux parents pour réaliser à la maison un environnement organisé et prédictible.
- ❖ **Un soutien scolaire** : pour adapter les apprentissages aux besoins spécifiques de l'enfant.
- ❖ **PEC des troubles du développement** :
 - **Rééducation orthophonique** : pour améliorer les compétences langagières et la communication.
 - **Rééducation psychomotrice** : pour améliorer la coordination, l'équilibre et la motricité globale.

❖ Traitement médicamenteux :

- Il n'existe pas de traitement curatif, sa place est secondaire, à visée symptomatique.
- En cas d'agitation incontrôlée : antipsychotiques à faible posologie (Risperidone 0,5 à 1 mg, une à 2 fois/j).

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental complexe, qui se manifeste par une triade symptomatique :
 - Troubles des interactions sociales.
 - Troubles de la communication.
 - Troubles du comportement.
- ✓ Pour pouvoir parler d'autisme, il faut que les troubles débutent avant 3 ans.
- ✓ Le diagnostic est basé sur l'observation des comportements de l'enfant, ainsi que sur des entretiens avec les parents et d'autres professionnels de la santé. Il peut inclure des outils spécifiques comme des questionnaires ou des échelles d'évaluation.
- ✓ Le polymorphisme clinique est responsable de difficultés diagnostiques.
- ✓ Avec une intervention précoce et appropriée, de nombreux enfants peuvent améliorer leurs compétences sociales, leur communication, et leur capacité à fonctionner dans différents environnements.
- ✓ Les mesures thérapeutiques et rééducatives du TSA doivent être précoces, intensives, multidisciplinaires et adaptées au profil clinique de chaque individu.

4.2. Questions directes :

Question 1 : Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du trouble du spectre de l'autisme ?

Question 2 : Quels outils de dépistage utilisez-vous pour poser un diagnostic de TSA chez un enfant ?

Question 3 : Quel est le traitement de première intention pour un enfant diagnostiqué avec le TDAH ?

4.3. Questions à choix unique ou multiple :

Q 1 : Dans le Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) :

- A. L'enfant est souvent distrait
- B. L'hyperactivité est uniquement motrice, alors que la pensée reste intacte
- C. Le diagnostic peut être fait avant l'âge de trois ans
- D. L'impulsivité est le premier signe qui disparaît avec l'âge
- E. Les psychostimulants constituent le traitement médical de première intention

Q 2 : Le Trouble du spectre de l'autisme :

- A. Se caractérise par une altération quantitative des interactions sociales
- B. Touche plus les garçons que les filles
- C. Débute souvent à l'âge de trois ans
- D. L'évitement actif du regard de la mère est un signe d'alerte
- E. Le traitement médicamenteux occupe une place centrale dans la prise en charge

4.4. Cas cliniques :

❖ CAS N°1 :

Amina est une petite fille de 6 ans et demi, amenée par sa maman en consultation à la demande de l'école où elle vient d'être inscrite depuis 4 mois en CP (première année du primaire). Selon ses enseignants, Amina n'arrive pas à suivre les activités en classe, ses performances scolaires sont faibles et elle a des difficultés de communications. Elle paraît parfois isolée et distraite, et sa maman affirme que cela est aussi le cas à la maison. Mais que cela ne les a pas inquiétés car elle « ne fait pas de problème ».

1. Selon vous, quelles sont les hypothèses diagnostiques à évoquer ?

- A. Trouble du spectre autistique
- B. Trouble sensoriel (auditif et/ou visuel)
- C. Trouble spécifique des apprentissages
- D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité
- E. Trouble du développement intellectuel (déficit intellectuel)

2. Quels sont les bilans à demander devant ce tableau ?

- A. Bilan ORL
- B. Bilan rénal
- C. Bilan orthophonique
- D. Bilan ophtalmologique
- E. Quotient intellectuel

Les bilans cités précédemment se sont révélés sans particularité, et l'entretien avec la maman révèle que Amina arrive à finir ses devoirs sans difficulté quand elle travaille seule à son rythme à la maison.

3. Quels sont les deux diagnostics à évoquer ?

- A. Trouble du spectre autistique
- B. Trouble sensoriel (auditif et/ou visuel)
- C. Trouble spécifiques des apprentissages
- D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité
- E. Trouble du développement intellectuel (déficit intellectuel)

Après un entretien orienté avec les deux parents et une observation directe de Amina, vous avez demandé les bilans suivants : ADI-R, échelle de Conners et un test d'attention.

4. Quel(s) est (sont) le(s) trouble(s) pour lequel (lesquels) ces bilans sont indiqués?

- A. Trouble du spectre autistique
- B. Trouble du langage
- C. Trouble spécifiques des apprentissages
- D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité
- E. Trouble du développement intellectuel (déficit intellectuel)

5. Sachant que l'ADI-R s'est révélé normal, alors que l'échelle de Conners montre des scores élevés, quel diagnostic retenez-vous au final ?

- A. Trouble du spectre autistique
- B. Trouble du langage
- C. Trouble spécifiques des apprentissages
- D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité
- E. Trouble du développement intellectuel (déficit intellectuel)

6. Quelles sont les mesures thérapeutiques indiquées pour ce trouble ?

- A. Interventions psychoéducatives, en lien avec l'école et les enseignants
- B. ABA: Applied Behavioral Analysis
- C. Psychostimulants: Méthylphénidate
- D. Inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline :
Atomoxétine
- E. Eviter l'école et préférer des classes spécialisées.

5. Autres :

5.1. Résumés :

a. Troubles psychiatriques de la grossesse et du postpartum :

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à **tous les troubles psychiatriques liés à la période périnatale**. Il peut s'agir d'une décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant à la grossesse ou d'un épisode inaugural qui pourra ou non signer l'entrée dans un trouble psychiatrique chronique.

La grossesse et l'arrivée d'un enfant entraînent de **profonds changements tant physiologiques que psychologiques et sociaux** qui sont à considérer comme stress majeur. La période périnatale est donc une **période de vulnérabilité particulière pour les troubles psychiatriques**.

La **prise en charge en périnatalité** nécessite la bonne articulation d'un réseau de soins s'attachant à la santé de la mère, mais également à celle de l'enfant, et à l'évaluation des interactions précoces. Elle est également marquée par les **difficultés de prescription** de chimiothérapie en cas de grossesse et d'allaitement qui nécessite une **évaluation de la balance bénéfice/risque**.

a.1. Diagnostic positif :

Les troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum incluent un ensemble de conditions psychopathologiques qui **apparaissent pendant la période gravido-puerpérale, s'étendant de la conception à la première année de vie de l'enfant**. Ils peuvent se manifester sous des formes variées, allant des réactions psychologiques mineures aux psychoses aiguës confuso-oniriques, en passant par des états dépressifs. Ces troubles peuvent avoir des

répercussions importantes non seulement sur la santé mentale et physique de la mère, mais aussi sur le développement du bébé et la dynamique familiale.

Avant de poser le diagnostic de trouble psychiatrique de la grossesse ou du post-partum et devant le tableau pseudo-confusionnel, **il faudra éliminer les diagnostics différentiels non psychiatriques** : la thrombophlébite cérébrale, la rétention placentaire, les infections, l'intoxication par une substance psychoactive (incluant les médicaments), par un examen physique rigoureux, complété éventuellement par des examens paracliniques selon les points d'appel.

Le diagnostic de ces troubles repose sur une évaluation clinique approfondie. Il est essentiel de prendre en compte les antécédents psychiatriques, les facteurs de risque (tels qu'une histoire familiale de troubles psychiatriques) et les symptômes actuels. Les principaux types de troubles psychiatriques pendant la grossesse et le post-partum sont:

❖ **Troubles psychiatriques au cours de la grossesse :**

1. Réactions psychologiques mineures :

- Labilité émotionnelle, irritabilité, inquiétude.
- Troubles du sommeil.
- Modifications des conduites alimentaires : grignotage, envies alimentaires diverses...
- Souvent transitoires, l'anxiété décroît au 2^{ème} trimestre.

2. Manifestations psychosomatiques : Nausées et vomissement présents chez 50% des femmes lors du 1^{er} trimestre.

3. Troubles anxieux :

- Fréquents au cours du 1^{er} et 3^{ème} trimestre.

- Crises d'angoisse, craintes permanentes et des manifestations phobiques se rapportant directement à la grossesse.
- Le TOC s'aggrave pendant la grossesse, et parfois débute pendant celle-ci : crainte de tuer le fœtus.

4. Episodes dépressifs :

- Symptômes d'anxiété, plaintes somatiques.
- Souvent d'intensité légère à modérée.
- Constituent un terrain propice à une dépression post-natale, d'où l'importance du dépistage.
- Formes graves surtout en fin de grossesse.

5. **Episodes psychotiques** : La grossesse aurait un rôle plutôt protecteur vis-à-vis des troubles psychotiques en améliorant les psychoses évolutives. La survenue d'un 1^{er} épisode psychotique pendant la grossesse est très rare, néanmoins, on peut noter :

- Accès psychotiques aigus : rares.
- Tableau de BDA.
- Possibilité d'un mode d'entrée dans une schizophrénie.

❖ **Troubles psychiatriques du post-partum :**

1. **Le post-partum blues, « Baby Blues », ou « syndrome du 3^{ème} jour » :**

C'est un syndrome fréquent et sans gravité qui survient dans les suites immédiates de l'accouchement, en général entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour après l'accouchement, avec un pic au 3^{ème} jour, regroupant des signes anxieux et dépressifs légers (labilité de l'humeur, crises de larmes, asthénie, irritabilité, anxiété, plaintes somatiques diverses et insomnie), souvent associé à la montée laiteuse. Ces symptômes sont transitoires et se résolvent

spontanément, mais il existe des formes prolongées (au-delà de 15 jours) qui peuvent évoluer vers une dépression.

2. Les dépressions post natales :

Elles surviennent généralement entre le 2^{ème} mois et la fin de la première année suivant l'accouchement, souvent après une période normo thymique ou à la suite d'un baby blues. Le début est souvent insidieux, et l'épisode se manifeste par un tableau classique de syndrome dépressif, généralement d'intensité modérée, accompagné de labilité émotionnelle, de troubles du sommeil, d'une perte d'estime du maternage, d'une anxiété centrée sur le bébé, d'un sentiment de culpabilité, d'une impression d'incapacité à s'occuper de l'enfant, et parfois une phobie d'impulsion (peur de faire mal au bébé).

Ces troubles peuvent avoir des répercussions significatives sur la maternité, les relations mère-bébé et le développement psycho-affectif du bébé.

Parfois, la dépression peut réaliser un tableau de mélancolie franche avec une thématique délirante, focalisée sur le nourrisson, un sentiment d'incapacité, de culpabilité et d'indignité d'être une mauvaise mère, Ces situations sont vécues avec angoisse et possibilité de gestes suicidaires ou d'infanticide.

3. Les psychoses du post-partum :

La psychose du post-partum ou psychose puerpérale est un état délirant aigu associé à des troubles thymiques et des éléments confusionnels, elle débute le plus souvent de façon brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10^{ème} jour. C'est une urgence psychiatrique nécessitant une intervention immédiate en raison du risque

majeur de suicide ou d'infanticide.

3.1. Etats psychotiques aigus confuso-délirants :

- **Phase prodromale** : brève associe des pleurs, des ruminations anxieuses, des plaintes somatiques, agitation, insomnie, cauchemars, avec des doutes sur la naissance et l'intégrité corporelle.
- **Phase d'état** :
 - Un syndrome délirant : riche, intense, mal structuré, de type oniroïde.
 - Hallucinations auditives et visuelles.
 - Thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint (déli de la maternité, idée de substitution de bébé, conviction que le bébé a changé de sexe, crainte injustifié que le bébé est malade ou va mourir, ou malformé).
 - Fluctuation de l'humeur : présence de moments dépressifs intenses avec risque auto ou hétéroagressif, alternant des périodes d'exaltation thymique.
 - Fluctuation de la conscience : présence de trouble de vigilance, à recrudescence vespérale (augmentation à l'heure du soir ou du crépuscule).
 - Risque d'infanticide et/ou suicide très important.

3.2. Troubles thymiques majeurs :

- **Accès mélancolique** : survient 15 jours après l'accouchement, et se caractérise par une symptomatologie confusionnelle, d'éléments délirants centrées sur la culpabilité et l'indignité, ainsi qu'un

détachement émotionnel vis à vis du bébé.

Le risque suicidaire ou d'infanticide est élevé dans ce contexte.

- **Accès maniaque** : survient brutalement dans les 2 semaines suivant l'accouchement. Il se manifeste par une agitation intense associée à un délire souvent avec des hallucinations, à thématiques mégalomaniacale, érotomaniacale ou de persécution.

a.2. Evolution :

L'évolution des troubles psychiatriques pendant la grossesse et le post-partum peut varier. Certains troubles, comme la dépression post-partum, peuvent persister pendant plusieurs mois ou plus si non traités. La psychose post-partum, bien que rare, peut évoluer rapidement et nécessite une prise en charge urgente.

En général, un traitement précoce améliore le pronostic, mais certains troubles peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé mentale de la mère.

a.3. Prise en charge :

Il est important d'évaluer l'impact du trouble maternel sur les interactions précoces mère-enfant qui sont souvent perturbées mais également sur le comportement et développement de l'enfant. Les manifestations devant alerter sur une possible souffrance du bébé sont des troubles du comportement (agitation, apathie), un retard du développement psychomoteur, des troubles psychophysiologiques (sommeil, alimentation) et des pathologies médicales non psychiatriques (coliques, eczéma).

La prise en charge en périnatalité nécessite la bonne articulation d'un réseau de soins s'attachant à la santé de la mère, mais également à celle de

l'enfant, et à l'évaluation des interactions précoces. Elle est également marquée par les difficultés de prescription de chimiothérapie en cas de grossesse et d'allaitement qui nécessite une évaluation de la balance bénéfice-risque.

La prise en charge des troubles psychiatriques périnataux repose sur une **approche multidisciplinaire** qui est variable selon la période de leur survenue :

❖ **PEC pendant la grossesse :**

- La prise en charge thérapeutique doit prendre en compte les risques des psychotropes pour le fœtus et l'exacerbation des troubles psychiatriques de la mère.
- **Les psychothérapies** : avec techniques de relaxation.
- **Electroconvulsivothérapie** : n'est pas contre indiquée pendant la grossesse.
- **Psychotropes** : si un traitement médicamenteux est indiqué, il faut respecter les règles de prescription suivantes :

Règles de prescription des psychotropes pendant la grossesse

- Eviter le 1^{er} trimestre (risque tératogène).
- Eviter la fin de grossesse (risque sevrage, dépression respiratoire pour le nouveau-né)
- Eviter le traitement par voie injectable.
- Si prescription indispensable, il faut :
 - Choisir une monothérapie
 - Choisir un médicament bien connu,
 - Médicament à demi vie courte.
 - Diminuer les doses avant l'accouchement.
 - Prévenir le pédiatre pour l'accueil du nouveau-né.

Tableau 9. Règles de prescription des psychotropes pendant la grossesse

❖ PEC en post-partum :

➤ Post-partum Blues :

- Créer un climat affectif rassurant autour de la mère et son bébé.
- Rassurer la mère sur le caractère transitoire des symptômes.
- Favoriser la présence de l'entourage, surtout le père.
- L'équipe doit avoir une attitude de soutien des capacités maternelles, en évitant de la culpabiliser.
- L'hospitalisation en suites de couches doit pouvoir être prolongée si nécessaire ou si la patiente le demande.

➤ Dépressions post natale :

- PEC ambulatoire possible, si le tableau clinique est modéré sans gravité pour éviter la séparation mère-enfant.
- L'hospitalisation est envisagée s'il y a un risque suicidaire.
- Association d'un traitement antidépresseurs associé à une psychothérapie.
- Les antidépresseurs autorisés pendant l'allaitement sont : Paroxétine, Sertraline.

➤ Psychose puerpérale = urgence psychiatrique :

- **L'hospitalisation** est préférable en unité mère-bébé avec séparation initiale de la maman et son bébé (puis rapprochement dès que la maman retrouve la capacité à assumer la fonction maternelle), mais si l'état clinique maternel le permet, une hospitalisation en milieu psychiatrique est possible.
- **Traitement médicamenteux :**
 - Association antipsychotique et un anxiolytique +/- un

antidépresseur et un thymorégulateur, selon le tableau clinique.

- Arrêt de l'allaitement.
- Poursuivre le traitement au minimum 1 an.
- **Psychothérapies associées.**
- **Electroconvulsivothérapie** : indiquée dans les tableaux sévères avec risque de suicide et d'infanticide importants.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à **tous les troubles psychiatriques liés à la période périnatale** qui s'étend de la conception à la première année de l'enfant.
- ✓ Ces troubles peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé de la mère, du bébé, et de la dynamique familiale.
- ✓ **Devant le tableau pseudo-confusionnel il faudra éliminer les diagnostics différentiels non psychiatriques.**
- ✓ Il faut rechercher et prévenir **un risque de suicide et/ou d'infanticide+++**
- ✓ Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse.
- ✓ Cette pathologie nécessite une **prise en charge urgente et pluridisciplinaire**, en raison de ses implications potentielles graves pour la mère et l'enfant.
- ✓ Les traitements psychotropes doivent être prescrits avec prudence, en prenant toujours en compte la balance bénéfice-risque, tant pendant la grossesse que pendant l'allaitement.

b. Troubles psychiatriques du sujet âgé :

La psychiatrie de la personne âgée (ou gérontopsychiatrie) est une surspécialisation relativement récente de la psychiatrie, dont la définition proposée par l'OMS en 1996 indique qu'elle « est une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les

types de troubles psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences ». Ces troubles ont des présentations cliniques différentes et sont associés à une morbidité et une mortalité élevées.

b.1. Diagnostic positif :

Une approche globale est essentielle pour prendre en charge un patient âgé. **L'entretien clinique** doit permettre d'évaluer :

- Les symptômes psychiatriques et la personnalité prémorbide.
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et les traitements en cours.
- Le mode de vie, les conditions de logement et le soutien social.
- La présence d'événements de vie stressants récents.

Parallèlement, un **examen clinique complet** est nécessaire, avec une attention particulière portée aux fonctions cognitives et sensorielles. En fonction des résultats, des examens complémentaires pourront être réalisés.

Plusieurs troubles psychiatriques peuvent apparaître ou s'aggraver avec l'âge. Parmi les plus fréquents, on retrouve :

b.2. Dépression du sujet âgé :

b.2.1. Tableau clinique :

La dépression chez le sujet âgé est un trouble courant mais souvent sous-diagnostiqué et traité de manière inappropriée. Elle peut avoir des répercussions significatives sur la qualité de vie, l'indépendance, et la santé physique des personnes âgées.

Plusieurs facteurs de risque des troubles dépressifs sont particulièrement présents chez les personnes âgées, notamment :

Facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social, conflit interpersonnel. - Retraite, perte de proche, perte du conjoint. - Problème financiers, changement de domicile. - Perte d'autonomie liée aux pathologies somatiques. - Niveau intellectuel bas, carence relationnelle. - Traitement médicamenteux potentiellement dépressiogène.
Facteurs organiques	Accident vasculaire cérébral, maladie de parkinson, démence, insuffisance cardiaque, dysthyroïdie, douleurs chroniques, cancer, déficits sensoriels.
Facteurs internes	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnérabilité dépressive, antécédents thymiques. - Sexe féminin (chez les moins de 85ans).
Facteurs biologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des neurotransmetteurs au niveau cérébral (sérotonine, noradrénaline et dopamine). - Vulnérabilité génétique.

Tableau 10. Facteurs de risque de la dépression chez le sujet âgé. [21]

Les critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé sont les mêmes que pour le sujet jeune. Il existe néanmoins certaines spécificités chez la personne âgée :

- L'humeur dépressive est moins souvent verbalisée, laissant souvent la place à des troubles du comportement de type irritabilité, voire hostilité, agressivité ou colère. [21]
- Prédominance d'un ralentissement psychomoteur, l'apragmatisme et le repli.
- Les plaintes somatiques souvent au 1^{er} plan.
- Grande valeur diagnostique de l'altération des conduites instinctuelles : insomnie, anorexie...
- Paradoxalement, bien que le suicide chez les personnes âgées soit fréquent, les idées suicidaires sont souvent moins mises en évidence.

b.2.2. Formes cliniques :

TYPES	CARACTERISTIQUES
DEPRESSION MASQUEE	<ul style="list-style-type: none"> - Douleurs multiples mises en avant (articulaires, musculaires, céphalée). - Plaintes diverses. - Difficultés d'attribuer la douleur au syndrome dépressif avec l'avancée en âge.
DEPRESSION DELIRANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Les idées délirantes les plus fréquentes sont les idées d'incurabilité, de désespoir ou de ruine. - Le vécu délirant est souvent persécutif, de tonalité triste, congruente à l'humeur.
DEPRESSION AVEC SYMPTOMES D'ALTERATIONS COGNITIVES	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles cognitifs au premier plan (trouble de mémoire, de l'attention et de la concentration). - L'amélioration de la symptomatologie sous antidépresseurs permet de confirmer le diagnostic.
DEPRESSION HOSTILE	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles du comportement de type caractériel. - Agressivité et agitation hostile.
DEPRESSION SECONDAIRE AUX PATHOLOGIES SOMATIQUES	<p>La dépression peut inaugurer et révéler des affections somatiques, notamment douloureuses et invalidantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maladies neurologiques dégénératives (troubles neurocognitifs majeurs, Parkinson, sclérose en plaque). - Accidents vasculaires cérébraux : AVC (encéphalopathie sous-corticale, artériosclérotique, AVC frontal). - Carence en vitamine B12, en folates. - Maladies thyroïdiennes, parathyroïdiennes et surrénaliennes (hypothyroïdies, hyperparathyroïdie, Syndrome de cushing). - Certaines infections virales (encéphalite herpétique, Neurosida) - Cancer.

Tableau 11. Formes cliniques de la dépression chez le sujet âgé.

b.2.3. Prise en charge :

❖ **L'hospitalisation** est envisagée en cas de dépression sévère, de risque suicidaire, de troubles du comportement, d'environnement familial ou social défavorable, ou pour réaliser un bilan médical approfondi.

❖ **Traitement médicamenteux :**

- **ISRS (ex. : Sertraline) :** en 1^{ère} intention
- Indiqués pour toutes les dépressions moyennes et sévères, et envisageable pour les dépressions légères.
- Prescription à demi dose, puis augmenter progressivement avec adaptation posologique en fonction de la tolérance.
- Surveillance stricte de la tolérance clinique et biologique et de l'efficacité.
- Eviter les benzodiazépines et les antihistaminiques, vu les effets secondaires.
- **Antipsychotiques** en cas de dépression délirante : à dose faible et avec une surveillance stricte.
- **Un suivi et une réévaluation régulière** sont nécessaires.
- **Traitement des pathologies médicales associées.**

❖ **Traitement non médicamenteux :**

- **Psychothérapies de soutien et cognitivo-comportementale +++**
- Électroconvulsivothérapie.
- **Prise en charge sociale et accompagnement familial.**

b.3. Troubles psychotiques du sujet âgé :

Les troubles psychotiques chez le sujet âgé sont des **affections mentales graves** qui impliquent des **perturbations de la pensée, des perceptions et du comportement**. Chez les personnes âgées, ces troubles présentent des caractéristiques particulières et nécessitent une approche diagnostique et thérapeutique adaptée. Ils peuvent apparaître pour la première fois à un âge avancé ou être le prolongement de troubles préexistants et sont souvent associés à des affections médicales ou neurodégénératives comme la démence.

Il existe plusieurs types de troubles psychotiques chez les personnes âgées, notamment :

- **Trouble psychotiques secondaires** : Ils sont liés à une autre maladie, comme la confusion ou la démence.
- **Troubles psychotiques primaires** : Ces troubles apparaissent en l'absence d'une autre maladie identifiable et peuvent inclure la schizophrénie (schizophrénie vieillie, schizophrénie à début tardif), le trouble délirant, le syndrome de Charles Bonnet ou la paranoïa des sourds.

b.3.1. Troubles psychotiques secondaires :

❖ Confusion :

Le syndrome confusionnel est un trouble fréquent et sévère de la vigilance, il est fréquent chez le sujet âgé. Le début est souvent brutal (quelques heures), ou rapidement progressif (quelques jours).

Le syndrome confusionnel du sujet âgé est souvent typique, associant :

- **Une désorientation temporo-spatiale (DTS) avec déficit attentionnel** : constants mais typiquement fluctuants, avec des périodes d'amélioration.
- **Des troubles mnésiques** : très fréquents, souvent mixtes avec atteinte de la mémoire antérograde et rétrograde, associés à de fausses reconnaissances.
- **Un onirisme** (Délire aigu constitué de représentations concrètes, mobiles comme celles du rêve et vécues intensément) : fréquent avec participation affective intense.
- **Troubles moteurs et comportementaux** : forme apathique avec ralentissement globale, ou plutôt forme agitée avec déambulations exposant au risque de chute.
- **Troubles du sommeil** (insomnie, inversion du cycle, somnolence).
- **Anorexie fréquente, perte soudaine du contrôle sphinctérien** ou au contraire oligurie et constipation
- **Troubles somatiques** : ils sont majeurs avec une altération de l'état général et une déshydratation.

❖ **Démence :**

C'est une pathologie fréquente du sujet âgé, résultant d'une **lésion cérébrale acquise** et entraînant une **détérioration progressive et irréversible des fonctions cognitives**, affectant la mémoire, le raisonnement, le langage, et la capacité à réaliser des activités quotidiennes. Elles résultent de diverses maladies neurodégénératives, dont la plus courante est la maladie d'Alzheimer. Les démences peuvent également être causées par des accidents

vasculaires cérébraux, des infections cérébrales, ou des traumatismes crâniens.

Le **diagnostic positif** de démence repose sur :

- Une atteinte d'au moins deux fonctions supérieures, dont une atteinte mnésique.
- Entraînant un handicap significatif.
- D'évolution chronique.
- Une orientation étiologique précise : Alzheimer, vasculaire, due à une affection médicale général...
- En dehors d'un épisode confusionnel

En dehors d'un syndrome aphaso-apraxo-agnosique d'installation progressive générant un handicap croissant, environ un tiers des patients atteints de la maladie d'Alzheimer présentent des symptômes délirants au cours de l'évolution de la maladie. Ces états délirants peuvent inclure :

- Les idées délirantes liées aux pertes de mémoire (à type de jalousie, de vol, de spoliation) surviennent à un stade initial, voire très précoce et génèrent de l'agitation.
- Les hallucinations surviennent plus tard, leur présence à un stade de début doit faire évoquer une démence à corps de Lewy. Elles sont surtout visuelles, habituellement stéréotypées, peu critiquées. Leur allure est complexe : à type de voix, de musiques, de scènes bizarres, de visions de monstres.
- Des phénomènes d'ecmnésies avec vécu hallucinatoire d'une situation du passé et mélange du passé et du présent, du fantasme et du réel.

- Le délire du compagnon tardif est typique de la démence. Le sujet reconstruit une nouvelle réalité où des personnes du passé ou fantasmatisques viennent lui tenir compagnie.
- Un stade modérément sévère, on observe des délires d'identification avec des perceptions de modifications d'aspect ou de forme des personnes ou des objets, conséquences des troubles gnosiques, mnésiques et du jugement.
- Les hallucinations, de même que les troubles de l'identification, sont fréquemment intégrées à un contexte délirant interprétatif. Elles suscitent de l'anxiété, voire de l'agitation ou un comportement moteur inapproprié (errance).

b.3.2. Troubles psychotiques primaires :

❖ Schizophrénie :

➤ Schizophrénie vieillie :

Les **critères diagnostiques** et les symptômes de la schizophrénie vieillissante (du sujet âgé ayant déclenché sa schizophrénie au début de l'âge adulte) sont sensiblement les mêmes que ceux du sujet jeune (voir chapitre de schizophrénie), néanmoins, on note une hétérogénéité des évolutions :

- Réduction de la symptomatologie positive.
- Majoration des symptômes négatifs.
- Persistance des troubles de la pensée.
- Dimension dépressive fréquente.

➤ Schizophrénie à début tardif :

Les schizophrénies tardive (début après 40 ans) et très tardive (début après 60 ans) se caractérisent par les éléments suivants :

- Une prédominance féminine.
- Les symptômes positifs, tels que les hallucinations et les délires, sont généralement moins intenses et moins variés. Les délires, lorsqu'ils sont présents, sont souvent à thèmes persécutoires.
- Des symptômes négatifs moins prononcés, avec un affect moins inapproprié.
- Les difficultés émotionnelles et comportementales peuvent être accentuées par des déficits cognitifs associés.
- Une insertion sociale moins perturbée.

❖ **Troubles délirants :**

Les troubles délirants sont fréquents chez le sujet âgé et se distinguent de la schizophrénie par la présence isolée d'idées délirantes, sans désorganisation de la pensée ni symptômes négatifs. Ces troubles chez le sujet âgé présentent plusieurs particularités distinctes :

- Peu de modification des troubles avec l'avancée en âge.
- Absence d'atteinte cognitive.
- Préservation de la plupart des capacités intellectuelles et d'un fonctionnement normal en dehors des délires.
- Altération du fonctionnement social.

❖ **Autres troubles psychotiques :**

- **Syndrome de Charles Bonnet :** est un trouble neurologique dans lequel des personnes, généralement âgées et atteintes d'une perte significative de la vision (due à des conditions telles que la dégénérescence maculaire, le glaucome, ou la cataracte), éprouvent des hallucinations visuelles complexes. Ces hallucinations peuvent

inclure des formes géométriques, des personnes, des animaux, ou des scènes détaillées, mais les patients restent conscients que ces visions ne sont pas réelles.

- **La paranoïa des sourds :** est un trouble psychologique qui affecte souvent les personnes âgées ayant une perte auditive significative ou une surdité. Ce trouble se manifeste par des délires paranoïaques, généralement exacerbés par des difficultés de communication et l'isolement social associé. Les individus concernés peuvent présenter une personnalité caractérisée par la méfiance, la revendication et le repli sur soi. Le délire persécutoire dans ce contexte est souvent composé d'interprétations erronées et d'hallucinations auditives.

b.3.3. Prise en charge :

La prise en charge des troubles psychotiques chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique majeur, nécessitant **une approche multidisciplinaire et personnalisée**, tenant compte des spécificités liées à l'âge, des comorbidités, et de la sensibilité accrue aux traitements. Les traitements peuvent varier en fonction du type de trouble, de sa sévérité et des caractéristiques individuelles du patient.

La prise en charge doit être **globale, adaptée et rapide**. Elle intéresse à la fois le patient, son environnement et les interactions avec ses proches et vise à diminuer autant que possible de la symptomatologie psychotique, de traiter les comorbidités somatiques et psychiatriques trop souvent négligées, de minimiser les troubles cognitifs et fonctionnels et de favoriser l'intégration sociale de ces patients afin d'atteindre une qualité de vie optimale.

❖ Traitement médicamenteux :

- Il repose, en première intention, sur l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération :
 - Risperidone 0,25 à 1,5 mg/jour.
 - Olanzapine 2,5 à 10 mg/jour.
 - Quétiapine 12,5 à 200 mg/jour.
 - Aripiprazole 2,5 à 12,5 mg/jour
- Du fait d'un risque accru d'effets indésirables, le rapport bénéfice/risque doit être évalué avec précision avant la prescription et tout au long du traitement.
- Les antipsychotiques devront être initiés à faible posologie et l'augmentation devra être progressive.
- Surveillance.

❖ Traitement non médicamenteux :

- Approches psychothérapeutiques :
- Approches psychosociales : formation en compétences sociales, l'emploi assisté et la réadaptation au travail.

b.4. Autres troubles psychiatriques :

b.4.1. Trouble anxieux :

- L'apparition dans l'âge avancé d'un trouble anxieux de novo est donc relativement rare.
- Il existe peu de spécificités cliniques liées à l'âge. Les troubles anxieux répondent aux mêmes critères diagnostiques chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune.

- La prise en charge des troubles anxieux chez le sujet âgé est comparable à celle de l'adulte, combinant psychothérapie et antidépresseurs, avec toutefois des ajustements spécifiques dans la prescription, vu les risques accrus d'interactions médicamenteuses et les comorbidités.

b.4.2. Trouble du sommeil :

La prévalence des troubles du sommeil augmente avec l'âge. Ils sont souvent liés à une comorbidité médicale et psychosociale.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles psychiatriques du sujet âgé sont souvent sous-diagnostiqués et font l'objet de prescriptions médicamenteuses parfois inappropriées.
- ✓ **L'approche du patient âgé doit être globale**, comprenant un **entretien** approfondi avec le patient et sa famille, un **examen clinique complet**, et, si nécessaire, des **examens complémentaires**.
- ✓ Chez la personne âgée, le recours à la plainte somatique comme expression de la souffrance psychologique est très habituel.
- ✓ Le sujet âgé présente un terrain fragile chez qui le traitement de la maladie mentale doit être **global, adapté et rapide**, comportant des **interventions psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociales**, en favorisant les moyens psychothérapeutiques et évitant au maximum l'hospitalisation, et faisant participer la famille.
- ✓ Les personnes âgées étant souvent sujettes à une polymédication, elles sont exposées à un risque accru d'interactions médicamenteuses, d'où l'importance de **suivre rigoureusement les règles de prescription suivantes** :
 - Débuter à une posologie faible (demi dose).
 - Augmentation posologique progressive, si nécessaire.
 - Prescrire un seul psychotrope et éviter les associations.
 - Evaluation régulière du rapport bénéfice/risque du traitement.

c. Hystérie :

L'hystérie est un terme qui a connu une longue et complexe histoire en psychiatrie. Autrefois utilisé pour décrire un large éventail de symptômes variés, souvent attribués aux femmes, le concept d'hystérie a évolué au fil du temps et est aujourd'hui largement dépassé. **Aujourd'hui, le terme "hystérie" n'est plus utilisé dans les classifications internationales des maladies mentales** (comme le DSM-5 ou la CIM-11). C'est une névrose où les conflits psychologiques sont exprimés symboliquement par des symptômes avec hyper expressivité : physiques ou psychiques, paroxystiques ou durables.

Les symptômes autrefois associés à l'hystérie sont désormais compris dans le cadre de troubles spécifiques. En effet, l'hystérie est répartie actuellement (dans le DSM 5) en deux groupes :

- **Troubles dissociatifs** : trouble dissociatif de l'identité, amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative, trouble de dépersonnalisation/déréalisation.
- **Troubles de symptôme somatique et connexes** : Troubles de symptôme somatique, crainte excessive d'avoir une maladie (hypochondrie), trouble de symptôme neurologique fonctionnel (conversion), facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales, trouble factice (pathomimie).

c.1. Diagnostic positif :

L'hystérie se prête mal au regroupement syndromique habituel de la démarche médicale classique. Les signes sont très variables, inconstants, labiles. De façon schématique, on distingue :

1. Symptômes d'expression physique : Conversions et somatisation

C'est la perte ou l'altération de certaines fonctions physiques, sans substratum organique, liée à des conflits psychiques.

- Prédominant au niveau des organes de relation : phonatoire, sensoriels, membres.
- Pas de support organique ni de systématisation anatomo-physiologique.
- Variabilité de l'évolution, souvent réversible.
- Retentissement fonctionnel disproportionné.

➤ Manifestations aiguës :

- Grande crise hystérique : spectaculaire, le patient se livrant au regard des autres.
- Crise d'agitation (de nerfs).
- Crises motrices : de spasmophilie ou tétaniforme, gros ventre...
- Crises syncopales : pertes de conscience avec chute, occlusion forcée des paupières, en général dans un endroit public.
- Autres : hoquets, éternuements, rires ou pleurs, tremblements...

➤ Manifestations durables :

- Atteintes fonctionnelles partielles ou totales des organes de la vie de relation.
- Troubles de la motricité : astasie (impossibilité de tenir debout sans aucune atteinte du système sensori-moteur) / abasie (impossibilité de marcher sans aucune atteinte du système sensori-moteur), paralysies et contractures, mouvements anormaux.
- Atteinte sensitive : anesthésies, hypoesthésie, algies, hyperesthésies.

- Atteinte sensorielle : troubles visuels, surdité, troubles de la phonation.

2. Symptômes d'expression psychique (Troubles dissociatifs) :

La dissociation est une altération qualitative de la conscience.

➤ Troubles de l'identité :

- Personnalité multiple : coexistence chez un même individu de 2 ou plusieurs personnalités distinctes.
- Fugue psychogène : départ soudain avec impossibilité de se souvenir du passé. Dure quelques heures voire quelques jours.

➤ Amnésie dissociative : Incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels importants. Elle peut être :

- Lacunaire : généralement à la suite d'un événement particulièrement traumatisant.
- Sélective : Concernant seulement un domaine précis de la vie du sujet.
- Généralisée ou continue : rare

➤ Troubles de perceptions :

- Les états seconds : avec production oniroïde (Onirisme hallucinatoire sans confusion mentale ; état de rêve qui se greffe sur la pensée vigile et consciente du sujet).
- Déréalisation, dépersonnalisation.

➤ Troubles de la conscience :

- Regroupent les états de transe, certains états d'exaltation mystique.
- Pseudo-sommeil : apparence d'un sommeil calme.

➤ **Troubles de la pensée : pseudo délire hystérique :**

- Apparaît de manière brutale, et généralement transitoire.
- Les thèmes sont en rapport avec les croyances mystico religieuses ou avec la sexualité...

3. La personnalité histrionique : Caractérisée par :

- Dramatisation, théâtralisme, hyper expressivité émotionnelle.
- Affectivité superficielle et labile.
- Suggestibilité.
- Besoin excessif de séduire.
- Souvent une indulgence excessive envers soi-même.

Le diagnostic de l'hystérie nécessite un bilan clinique et paraclinique complet. Les critères diagnostic sont précis pour les troubles actuels (DSM 5), alors que pour l'hystérie, il s'agit d'un **faisceau d'arguments** :

- Pas de lésions anatomiques ou de perturbations biologiques.
- Trouble sensible à la suggestion ou aggravé par les émotions.
- Traits marqués de personnalité histrionique.
- Indifférence aux symptômes.
- Souvent, troubles sexuels associés.
- Relation temporelle entre le symptôme et des difficultés vécues par le patient.

c.2. Evolution :

- Intermittence Crises / Rémissions
- Facteurs de maintien : bénéfiques secondaires, grande tolérance ou complicité de l'entourage.

- **Complications** : Épisodes dépressifs, risque suicidaire, conduites addictives (alcool, tabac), complications iatrogènes, handicap chronique : affectif, familial, social et professionnel.

c.3. Prise en charge :

La prise en charge de l'hystérie est souvent laborieuse, nécessitant des interventions à plusieurs niveaux.

❖ Traitement des crises paroxystiques :

- Dédramatisation : réassurance et écoute.
- Isolement transitoire : limitation des bénéfices secondaires (si hospitalisation, la plus courte possible).
- Si angoisse importante : anxiolytique de façon ponctuelle : Alprazolam ou Lorazépam : 1cp/voie orale, ou (si besoin) Diazépam 1amp/IM.

❖ Traitement des manifestations durables :

- Alliance thérapeutique avec le patient, guidance familiale.
- Eviter : sur-médication ou escalade des investigations paracliniques.
- Approche psychothérapique essentielle et centrale :
 - **Psychothérapie de soutien** : empathique, favorisant la verbalisation des ressentis.
 - **Psychothérapie d'inspiration psychanalytique** : expression des conflits intrapsychiques.

❖ Traitement des complications : notamment dépressives.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ L'hystérie constitue toujours un défi à la psychiatrie et à la médecine en général.
- ✓ **Hystérie # Simulation.**
- ✓ Symptômes physiques, sensoriels, cognitifs non expliqués par une étiologie organique.
- ✓ Symptômes souvent réactionnels, symboliques, avec bénéfices secondaires.
- ✓ En pratique médicale : **considérée comme un diagnostic d'élimination, mais doit être évoquée++**

d. Troubles de la personnalité :

On parle de **trouble de la personnalité** ou de **personnalité pathologique** lorsque les traits de personnalité sont particulièrement marqués, rigides, entraînant une **souffrance psychique** et/ou une **altération du fonctionnement social**.

Les troubles de la personnalité concernent environ 10 % de la population générale. Chacun des troubles de personnalité concerne entre 1 et 3 % de la population générale. Le trouble de personnalité borderline est le plus fréquent (6 %). Les troubles de personnalité ne sont pas exclusifs les uns des autres : environ 50 % des patients concernés combinent au moins deux troubles de la personnalité. [3]

d.1. Diagnostic positif :

Les **critères généraux de diagnostic** d'un trouble de personnalité selon le DSM-5 sont les suivants :

- Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu.
- Ces modalités sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

- Ce mode entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Ce mode est stable et prolongé, décelable au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- Ce tableau n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental,
- Ce mode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une pathologie non psychiatrique.

Ils sont divisés en 3 groupes ou « clusters », ayant des caractères communs :

Cluster	Caractéristiques	Personnalités
Cluster A	Sujets excentriques, étranges.	<ul style="list-style-type: none"> - Personnalité paranoïaque. - Personnalité schizoïde. - Personnalité schizotypique.
Cluster B	Sujets émotifs, théâtraux et capricieux.	<ul style="list-style-type: none"> - Personnalité antisociale. - Personnalité borderline. - Personnalité histrionique. - Personnalité narcissique.
Cluster C	Sujets craintifs, anxieux.	<ul style="list-style-type: none"> - Personnalité évitante. - Personnalité dépendante. - Personnalité obsessionnelle.

Tableau 12. Clusters des troubles de personnalité définis par le DSM 5.

Le DSM 5 décrit plusieurs catégories de personnalité, définies par l'association d'un certain nombre de traits de personnalité. Ils sont au nombre de 10 :

PERSONNALITE	TRAITS PRINCIPAUX
PARANOIAQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Surestimation de soi, orgueil, égocentrisme. - Méfiance, suspicion. - Psychorigidité, absence d'autocritique. - Rancune.
SCHIZOIDE	<ul style="list-style-type: none"> - Indifférence aux relations sociales, relatif isolement social. - Préférence pour des activités solitaires, indifférence à la critique. - Froideur, expression émotionnelle restreinte, incapacité d'éprouver des émotions fortes. - Préoccupation excessive par l'imaginaire.
SCHIZOTYPIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Croyances bizarres, négligence vestimentaire, langage flou. - Comportement excentrique. - Difficultés sociales (sujets distants et anxieux). - Vie affective pauvre.
ANTISOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité, Incapacité à prévoir les conséquences de ses actes ou « à tirer des leçons » de ses expériences passées. - Intolérance à la frustration. - Agressivité. - Mépris des normes et des contraintes sociales. - Tendance à la manipulation d'autrui, à la mythomanie. - Incapacité d'empathie, absence de remords.
BORDERLINE	<ul style="list-style-type: none"> - Angoisse diffuse et permanente, peur de l'abandon. - Instabilité affective, ambivalence des relations sociales et de l'image de soi. - Sentiment de vide intérieur. - Trouble de l'identité sexuelle. - Incapacité à contrôler sa colère. - Impulsivité, automutilations, tentatives de suicides.

HISTRIONIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Théâtralisme. - Egocentrisme, comportement manipulateur. - Labilité émotionnelle. - Tentatives de suicides. - Superficialité des affects, inauthenticité. - Comportement de séduction inappropriée, érotisation des rapports. - Intolérance à la frustration. - Suggestibilité.
NARCISSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Surestimation de soi et de ses capacités. - Sentiment d'être spécial, d'être envié. - Utilisation des autres à des fins personnelles. - Besoin d'être admiré, d'attirer l'attention. - Tolère mal la critique. - Manque d'empathie. - Arrogance, comportement hautain, prétentieux.
EVITANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibition sociale. - Evitement des relations intimes. - Sentiment de dévalorisation, de ne pas être à la hauteur. - Crainte d'être critiqué, rejeté ou juger négativement.
DEPEDANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance d'une personne de l'entourage, recherche permanente du support d'autrui. - Sentiment d'impuissance quand le sujet est seul. - Incapacité à prendre des décisions sans être rassuré. - Incapacité à exprimer son désaccord par peur d'être abandonné.
OBSSESSIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> - Perfectionnisme, souci exagéré par les détails, les règles, l'ordre, la propreté et l'organisation. - Scrupulosité et méticulosité extrême. - Rigidité morale et entêtement. - Sens de l'économie pouvant aller jusqu'à l'avarie.

Tableau 13. Les différents types de personnalité pathologique et leurs traits principaux. [22] [5]

d.2. Evolution :

Les troubles de la personnalité ont un impact marqué sur la qualité de vie des patients et leur insertion socio-professionnelle. Leur évolution dépend du type de personnalité, ainsi que des troubles psychiatriques associés. Elle peut être stable au cours du temps, peut s'aggraver ou au contraire s'améliorer avec l'âge.

d.3. Prise en charge :

La prise en charge des troubles de personnalité peut être délicate et complexe. Le traitement reposera à la fois sur **celui des pathologies associées** (dépression, addiction...) et sur **celui de la personnalité pathologique**. Pour ce dernier, **La psychothérapie** est **centrale**. Le type de psychothérapie (TCC, thérapies psychanalytiques) dépendra du trouble de personnalité ainsi que des caractéristiques individuelles du patient.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les personnalités pathologiques sont **fréquentes** en pratique clinique psychiatrique.
- ✓ Les troubles de personnalité **coexistent** fréquemment avec d'autres pathologies psychiatriques dont la prise en charge est primordiale.
- ✓ L'existence d'une personnalité pathologique est un facteur de mauvais pronostic pour la pathologie psychiatrique.
- ✓ Il existe plusieurs **catégories de personnalité**, définies par l'association d'un certain nombre de **traits de personnalité**.
- ✓ **Le traitement** reposera à la fois sur celui **des pathologies associées** (traitements biologiques et psychothérapiques) et sur celui de la personnalité pathologique.

e. Pathologies psychosomatiques :

Les troubles psychosomatiques sont des **troubles somatiques dont la survenue et l'évolution sont en grande partie influencées par des facteurs psychologiques.**

La prévalence des troubles psychosomatiques est difficile à cerner. Elle dépend des outils diagnostiques et du contexte et se situe probablement dans une fourchette de 5 à 10 % pour l'ensemble des troubles en population générale adulte. Le ratio selon le sexe est de 2/1 avec une présence plus fréquente chez les femmes. [3]

e.1. Diagnostic positif :

Les troubles psychosomatiques se caractérisent par **l'apparition de symptômes physiques qui semblent liés à des facteurs émotionnels, mentaux ou psychologiques.** Le stress, l'anxiété, la dépression ou d'autres troubles mentaux peuvent déclencher ou aggraver des douleurs ou des dysfonctionnements physiques, sans qu'il y ait de cause organique détectable.

Les principales pathologies à composantes psychosomatique :

- **L'appareil digestif :** l'ulcère gastroduodéal, la rectocolite hémorragique...
- **L'appareil respiratoire :** l'asthme, l'allergie.
- **L'appareil cardio-vasculaire :** l'infarctus du myocarde (IDM), l'hypertension artérielle (HTA)...
- **L'appareil locomoteur :** la polyarthrite rhumatoïde, la périarthrite scapulo-humérale.
- **Peau et phanère :** les eczémas, le psoriasis, le lichen plan ou la pelade décalvante.

- **Les fonctions endocrines** : le diabète, la thyroïdite de Hashimoto...
- **L'appareil génito-urinaire** : énurésie, polyurie, aménorrhée, avortement spontanée.
- **Neurologiques** : migraines, torticolis...

Le diagnostic d'un trouble psychosomatique est un processus complexe, car il nécessite d'exclure toute cause organique pouvant expliquer les symptômes. Il implique :

- **Anamnèse complète** : Il est important de recueillir des informations détaillées sur l'historique médical et les antécédents psychologiques du patient.
- **Un examen médical approfondi** pour éliminer toute cause organique.
- **Une évaluation psychologique** pour identifier les facteurs psychologiques sous-jacents (stress, anxiété, dépression, traumatismes ou d'autres troubles psychologiques).
- **L'exclusion d'autres troubles médicaux** qui pourraient présenter des symptômes similaires.
- **Observation de la relation entre l'état psychologique et les symptômes** : On note si les symptômes physiques s'aggravent ou s'améliorent en fonction de l'état émotionnel du patient.

Il est important de noter que le diagnostic de troubles psychosomatiques est souvent un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire qu'il est posé après avoir écarté toutes les autres causes possibles.

e.2. Évolution et complication :

L'évolution des troubles psychosomatiques se manifeste par plusieurs aspects:

- Des complications somatiques associées à la maladie,
- Un retentissement socioprofessionnel et affectif fréquemment excessif,
- Dans certains cas, l'apparition de véritables troubles psychiatriques : anxio-dépressifs, des conduites addictives et des risques de suicide.

e.3. Prise en charge :

La PEC associe une approche psychologique au traitement classique de la pathologie. L'objectif est double : traiter les symptômes physiques et comprendre les facteurs psychologiques sous-jacents.

❖ **La Psychoéducation :** il s'agit d'expliquer la notion de psychose somatique et d'aider le patient à situer le symptôme dans son histoire personnelle.

❖ **Psychothérapies :**

- Thérapies de relaxation pour réduire l'impact du stress.
- Le bio feedback (autocontrôle) : traitement psychosomatique typique, car il fait appel au contrôle volontaire des fonctions physiologiques.
- L'hypnose peut être utilisée dans certaines douleurs organiques chroniques.

❖ **Importance de la relation médecin-patient :**

- Le patient doit se sentir compris et soutenu.
- L'écoute empathique : donner aussi de l'importance aux aspects

psychiques.

- ❖ **Traitement des comorbidités psychiatriques** : les troubles psychiatriques constituent également une source de stress significative qu'il est important de prendre en compte.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles psychosomatiques sont des **pathologies médicales non psychiatriques** (avec une lésion identifiable) pour lesquels des **facteurs psychologiques** (en particulier facteurs de stress) jouent **un rôle prépondérant comme facteur déclenchant** ou entretenant.
- ✓ Parmi les principales pathologies à composante psychosomatique, on retrouve : l'HTA, l'asthme, les colopathies fonctionnelles, l'eczéma...
- ✓ La **prise en charge nécessite une approche globale**, intégrant à la fois des traitements psychologiques et des soins somatiques adaptés pour améliorer la qualité de vie des patients.
- ✓ Les aspects psychologiques doivent donc être **inclus** dans l'approche thérapeutique de toute pathologie somatique.

f. Pathologies psychiatriques liées à une cause organique :

Les pathologies psychiatriques liées à une cause organique, également appelées « **Troubles mentaux dus à une affection médicale générale** » et sont caractérisées par la présence de symptômes psychiques considérés comme une **conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale**.

Environ 10 % des patients admis en unité d'hospitalisation psychiatrique présentent des troubles organiques responsables des manifestations psychiatriques observées.

f.1. Diagnostic positif :

Un trouble psychiatrique lié à une cause organique doit être évoqué en cas de traitement inefficace, d'absence d'antécédents familiaux ou personnels, d'absence de facteurs de risque de pathologie psychiatrique, et devant des caractéristiques cliniques atypiques (âge de survenue, présentation clinique atypique, signes physiques discrets).

Le diagnostic de ces troubles est complexe et nécessite une **approche multidisciplinaire**. Il repose sur plusieurs étapes :

- **Évaluation clinique** : Une anamnèse détaillée est cruciale pour identifier les antécédents médicaux, l'âge d'apparition des symptômes, les symptômes spécifiques, ainsi que les manifestations psychiatriques. Cette évaluation doit être complétée par un examen clinique minutieux pour détecter d'éventuels signes physiques ou neurologiques associés à la pathologie sous-jacente.
- **Examens biologiques** en fonction des symptômes : De première intention : NFS, ionogramme, CRP, bilan thyroïdien, fonction rénale, fonction hépatique, sérologies hépatite B et C, VIH, sérologie syphilitique.
- Selon l'orientation : imagerie cérébrale (TDM, IRM+++), ECG, Polysomnographie, EEG, Ponction Lombaire, Recherche d'auto Anticorps...

f.2. Étiologies :

Il existe plusieurs pathologies organiques pouvant entraîner des symptômes psychiatriques, parmi lesquelles on peut citer :

- **Pathologies endocriniennes :** hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypercalcémie, maladie d'Addison (insuffisance cortico-surrénalienne), maladie de Cushing (hypercortisolisme), et troubles parathyroïdiens.
- **Pathologies infectieuses :** méningo-encéphalite herpétique, infection par le VIH, Neurosyphilis, maladie de Lyme, tuberculose, paludisme, hépatites...
- **Pathologies métaboliques et génétiques :** maladie de Wilson, syndrome de Di George, syndrome de Prader-Willi.
- **Maladies systémiques :** lupus érythémateux systémique, syndrome de Gougerot-Sjögren.
- **Pathologies neurologiques :** maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence à corps de Lewy, un déficit fonctionnel permanent, sclérose en plaque, AVC, encéphalite à anticorps anti NMDA, épilepsie.
- **Autres causes :** tumeurs cérébrales, traumatismes crâniens, causes toxiques ou sevrage.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles psychiatriques d'origine organique sont des **troubles provoqués par une altération physique ou biologique du cerveau**, souvent **liés à une maladie sous-jacente** (neurologique, métabolique, endocrinienne, etc.)
- ✓ **On ne pose pas le diagnostic d'un trouble psychiatrique si on a pas éliminé une cause organique.**
- ✓ **Un bilan systématique est nécessaire lors d'un premier épisode psychiatrique, en présence d'atypies cliniques ou de signes évocateurs, afin d'exclure une cause organique sous-jacente.**
- ✓ La diversité de pathologies organiques pouvant se manifester par des symptômes psychiatriques, souligne l'importance d'une **évaluation minutieuse** pour identifier la cause sous-jacente de ces symptômes.
- ✓ Le diagnostic de ces troubles est complexe et nécessite une **approche multidisciplinaire.**

g. Les addictions :

L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives. Elle peut être une consommation de substances psychoactives (**les substances reconnues par le DSM 5** sont : Alcool, caféine, cannabis et drogues apparentées, hallucinogènes, inhalants, opioïdes, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants, et tabac). On parle alors **d'addiction à une substance** (ou trouble addictif à une substance), ou bien des « **addictions sans substance** » ou « **addictions comportementales** », tels que :

- **Jeu pathologique** : pratique de jeu inadaptée, persistante et répétée de jeu d'argent. Il implique des tentatives de gagner de l'argent en pariant sur des événements incertains.

- **Achats compulsifs** : comportement d'achats incontrôlés et tendance répétitives aux dépenses.
- **Addiction au travail** : engagement excessif dans le travail qui ne répond pas à des impératifs extérieurs.
- **Addiction à Internet** : usage excessif et inapproprié de l'outil informatique et d'Internet.
- **Addiction sexuelle** : comportements sexuels normaux ou déviants fréquents, polarisant l'existence du sujet et suscitant une dépendance.
- **Addiction à l'exercice physique** : besoin impérieux d'une activité physique qui conduit à une intensité extrême et génère des symptômes physiologiques et psychologiques.

g.1. Définitions :

- ❖ L'addiction, ou trouble addictif, a été définie en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par **l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives** ». [3]
- ❖ **L'usage nocif** et la **dépendance** constituent les deux types de troubles liés à l'usage de substance. Un usage nocif n'est donc pas une addiction, mais ses répercussions en font tout de même un « trouble ». L'usage à risque quant à lui ne constitue pas un « trouble » médical mais plutôt un facteur de risque qu'il est très important de repérer : il est défini par l'OMS comme état prémorbide avant

l'apparition des premières conséquences.

- ❖ **Le syndrome de dépendance définit l'addiction à une substance** et consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'usage d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.
- ❖ **La toxicomanie** désigne l'usage habituel et excessif, nuisible pour l'individu ou pour la société, de substances toxiques, ce qui engendre un état de dépendance psychique et/ ou physique.
- ❖ **Le sevrage** : est un ensemble de signes de retrait accompagnant le manque. Ils peuvent être bénins, parfois sévères, tels que : sueurs, tachycardie, tremblement, insomnie, nausée ou vomissement, anxiété, tristesse, irritabilité, voir même hallucinations visuelles, agitation psychomotrice, crise d'épilepsie.
- ❖ **Le phénomène de tolérance** :
 - Tolérance « innée » : certaines personnes arrivent à tolérer des fortes doses de substances psychoactives d'emblée.
 - Tolérance acquise : +++++
 - Utilisation de doses grandissantes pour avoir un même effet recherché.
 - Utilisation des mêmes doses sans pour autant avoir des effets recherchés.
- ❖ **Le craving** : est une envie pressante incontrôlable, un désir ardent, une compulsion difficilement répressible. C'est un facteur important de rechute.

g.2. Diagnostic :

Les caractéristiques cliniques de l'addiction sont: la dépendance, la répétition, la contrainte, l'impulsivité, la compulsion, l'envahissement de la pensée par la drogue et ses représentations, la perte de contrôle, la focalisation, la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives, la perte de temps, l'abandon des activités, la perte d'argent, l'impact et le retentissement important sur toute la vie du patient.

Il est possible d'avoir une consommation de substance psychoactive ou un comportement de jeu qui ne répond pas aux critères de l'addiction (c'est-à-dire d'un « trouble »).

Les 11 Critères diagnostics du DSM 5 sont :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer une substance psychoactive ou de jouer (Craving).
 - Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu.
 - Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu.
 - Augmentation de la tolérance au produit addictif.
 - Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation d'une substance ou du jeu.
 - Incapacité de remplir des obligations importantes.
 - Usage même lorsqu'il y a un risque physique.
 - Problèmes personnels ou sociaux (isolement, marginalisation, stigmatisation, perte d'emploi, séparation, difficultés financières...).
 - Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité.
 - Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu.
 - Poursuite de la consommation de la substance malgré les dégâts physiques ou psychologiques.
- ➔ [Présence de 2 à 3 critères : **addiction faible.**
Présence de 4 à 5 critères : **addiction modérée.**
Présence de 6 critères ou plus : **addiction sévère.**

Figure 9. Critères diagnostiques de l'addiction selon le DSM 5.

g.3.Facteurs de vulnérabilité :

▪ Les facteurs individuels de vulnérabilité :

- Facteurs neurobiologiques : rôle du stress et activation de l'axe corticotrope.
- Variabilité inter individuelle de sensibilité au stress.
- Interactions gènes /environnement.
- Traits de personnalité : Timidité, introversion...
- Tempérament : niveau élevé de recherche de sensations et de nouveauté, réactivité émotionnelle, faible évitement du danger.
- Événements de vie : deuil, maltraitance, ...
- Comorbidités psychiatriques et personnalité...

▪ Facteurs environnementaux :

- Facteurs d'exposition.
- Facteurs culturels, sociaux et familiaux.
- Le rôle des pairs à l'adolescence par imitation ou par représentation qu'ont les jeunes sur l'usage de drogues comme c'est le cas du cannabis et du tabac.
- L'information reçue sur la dangerosité de la drogue.
- Facteurs familiaux : la tolérance familiale, style d'éducation parentale : type négligeant permissif, ou rejetant.
- Perte de repères sociaux, précarité, chômage, famille éclatée, absence de valeurs morales, délinquance.

▪ Facteurs liés aux produits : caractère addictogène, statut social du produit, voie d'administration et cinétique...

g.4. Addiction au tabac :

- L'âge moyen de consommation de la première cigarette est d'environ 14 ans.
- 80 % des décès par cancers broncho-pulmonaires sont liés à l'intoxication tabagique.
- La principale substance induisant cette dépendance est la nicotine.
- Le tabac est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaires.
- La surmortalité due au tabac augmente avec la précocité du tabagisme et avec la consommation cumulée (évaluée en Paquets-Année).
- La durée de l'intoxication tabagique est le facteur de risque le plus important de complications liées au tabac.
- Il n'existe pas de signes cliniques de dépendance au tabac. Les signes et symptômes visibles témoignent de complications somatiques qui sont souvent graves et insidieuses.
- **Les moyens de prise en charge de l'addiction au tabac existants** sont : les psychothérapies, les substituts nicotiques, la Varéniciline et le Bupropion.
- **Moyens médicamenteux :**
 - Substituts nicotiques : sous forme de patch par exemple.
 - Traitement pour diminuer l'envie de fumer : Bupropion 150-300 mg /jours pendant 3 mois, et Varéniciline 1 mg/jours.
- **Psychothérapies :** La TCC et l'entretien motivationnel sont les plus indiqués. En effet, la modification des comportements de dépendance passe par différents **stades** : Précontemplation,

contemplation, préparation, action et maintenance. Les individus passent généralement à travers ces étapes plusieurs fois avant la fin de la dépendance.

- La PEC à long terme permet un maintien de l'arrêt de l'usage, une adaptation du traitement médicamenteux et une surveillance régulière du patient.
- **Les symptômes de sevrage tabagique** apparaissent rapidement, après un arrêt brutal ou une diminution significative de quantité consommée. On note : une irritabilité, colère, agressivité, anxiété, agitation, troubles de l'humeur, diminution du rythme cardiaque, gain de poids, insomnie, céphalées, difficultés de concentration, diminution des performances intellectuelles.

g.5. Addiction à l'alcool :

- L'alcoolisme désigne à la fois un usage excessif et /ou toxicomane des boissons alcooliques et l'ensemble des conséquences somatiques, psychiques, sociales de ce comportement. L'alcoolisme est une maladie chronique, primaire, dont des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux favorisent le développement des manifestations.
- La prise en charge de l'alcoolisme impose un **dépistage** précoce des conduites d'alcoolisation pathologiques et la réalisation en cas d'alcoolodépendance, d'un sevrage, en ambulatoire ou à l'hôpital.
- **Le repérage systématique de la consommation d'alcool** en population générale est **fondamental**, quel que soit le motif d'hospitalisation ou de consultation. Il peut parfois être initié du fait d'un contexte

médical particulier (HTA, plaintes psychiques ou du sommeil...). Il repose principalement sur l'interrogatoire qui comportera en premier lieu une évaluation de la fréquence et de la quantité consommée et une évaluation de perte de contrôle de la consommation.

- **La mise en évidence d'une addiction à l'alcool** doit être associée à un bilan addictologique complet. On retrouve principalement :
 - Alcoolémie ;
 - Gamma GT : est un marqueur de consommation régulière d'alcool et de souffrance hépatique liée à l'alcool ;
 - VGM : qui est le marqueur le moins sensible ;
 - La CDT (Transferrine désialylée) : elle reflète la consommation d'alcool des 2 dernières semaines, utile pour évaluer l'alcoolisme ou surveiller l'abstinence) ;
 - Uricémie.

Ces examens biologiques ne servent pas à établir le diagnostic de dépendance, mais sont utiles pour objectiver un mésusage et en dépister des complications, mais aussi dans le cadre du suivi de la pathologie addictive.

- **L'intoxication alcoolique aiguë** est une urgence vitale lorsqu'il existe des troubles du comportement ou de conscience. Elle peut aller d'une ivresse simple ou pathologique jusqu'au coma alcoolique (coma calme, avec une hypotension artérielle, hypoglycémie sévère 0,2 g/l, hypothermie, déshydratation, acidose).
- **Le syndrome de sevrage alcoolique** apparaît quelques heures après un sevrage d'alcool chez un patient alcoolo-dépendant. Il se manifeste par une anxiété, irritabilité, insomnie, cauchemars,

céphalées, tremblements, sueurs, nausées, vomissement. Une régression totale sous traitement est possible. Cependant, sans traitement, une évolution vers un « Délirium tremens » est possible.

- **Le délirium tremens** est un trouble neurologique sévère lié au syndrome de sevrage alcoolique. Il s'agit d'une apparition brutale ou rapidement progressive (environ 48h après un sevrage d'alcool), d'un état d'agitation avec fièvre, tremblements, hallucinations, délire onirique et troubles de la conscience. Il engage le pronostic vital+++.
- **La prise en charge** des troubles liés à l'usage d'alcool doit être globale, médico-psycho-sociale et pluridisciplinaire. Les objectifs généraux peuvent être : un arrêt complet des consommations ou abstinence, le retour à un usage à faible risque, voire une réduction des consommations dans un objectif de réduction des risques.
- **Le sevrage encadré** est proposé aux patient alcoolo-dépendants qui souhaitent arrêter leur consommation d'alcool sans souffrir des symptômes de sevrage. Il est dans l'idéal planifié et intégré dans une prise en charge globale de l'addiction. Il comprend :
 - Le sevrage, parfois réalisé en ambulatoire, mais il est facilement obtenu lors d'une courte hospitalisation ;
 - Réhydratation, correction des troubles hydro électrolytiques ;
 - Supplémentation orale systématique en vitamine B1 ;
 - Prescription d'une Benzodiazépine, per os, Diazépan 30 à 60 mg/jours, à dose progressivement décroissante sur une durée maximale de 7 à 10jours ;
 - Traitements des comorbidités.

- Surveillance des signes du sevrage.
- Psychothérapie : Entretien motivationnel, TCC. Elle est essentielle dès le début de cure.
- L'information et l'implication de l'entourage familial sont également nécessaires dès les premiers stades du traitement.
- Maintien d'une abstinence totale et prolongée.

g.6. Addiction au cannabis :

- Le cannabis est issu d'une plante, également appelée chanvre indien, contenant des substances psychotropes. Il se présente principalement sous les formes suivantes :
 - Herbe (marijuana),
 - Résine de cannabis (haschich).
- Le principe psychoactif essentiellement responsable des effets psychotropes du cannabis est le delta-9-tétra-hydro-cannabinol (THC).
- La consommation de cannabis est un problème majeur de santé publique. Il est principalement consommé par les adolescents et les adultes jeunes.
- Les effets du cannabis apparaissent en général de 15 à 20 minutes après inhalation et entre 4 à 6 heures en cas de prise orale. Chez les consommateurs réguliers, ces effets apparaissent de façon plus retard. Les effets durent entre 3 et 6 heures.
- **Les effets psychotropes du cannabis** dépendent de la dose consommée, de la voie d'administration et de facteurs individuels (psychologiques, tolérance...). Il s'agit premièrement de signes

adrénergiques (tachycardie, sécheresse buccale, angoisse, nausées), suivie d'un sentiment de bien-être, d'euphorie, avec accès de rire pouvant être suivis d'une somnolence ou sédation. Il existe des troubles du jugement, un retrait social temporaire, une anxiété possible. Une sensation subjective de ralentissement du temps, des modifications des perceptions sensorielles pouvant aller jusqu'aux hallucinations peuvent être présentes. On peut également retrouver une altération de la coordination motrice, des troubles de l'équilibre, des troubles cognitifs (mémoire, attention). Sur le plan physiologique, il existe une hyperhémie conjonctivale, une augmentation de l'appétit, une sensation de bouche sèche, une tachycardie.

- **L'usage chronique de cannabis** peut entraîner une altération des performances cognitives avec notamment des troubles de la mémoire, des fonctions exécutives (prise de décision, inhibition de réponse) et des difficultés attentionnelles.
- Lorsqu'il entraîne par ailleurs une indifférence affective, un désinvestissement des relations sociales, une baisse des performances au travail ou à l'école, des troubles cognitifs, l'ensemble de ce tableau clinique est qualifié de « syndrome amotivationnel ».
- **Les signes de sevrage du cannabis** sont inconstants. Ils apparaissent quelques heures après l'arrêt des consommations et persistent parfois plusieurs semaines. Le syndrome de sevrage peut associer : une irritabilité, anxiété, agressivité, impatience, agitation, insomnie,

cauchemars, tremblement, sueurs, céphalées, nausées, vomissements...

- Il existe une relation évidente entre troubles psychiatriques (troubles anxieux, schizophrénie, trouble dépressif...) et consommation de cannabis. On distingue des troubles pouvant être directement induits par l'usage de cannabis, et d'autres pour lesquels la consommation de cannabis est un facteur d'aggravation.
- La prise en charge est double centrée sur le produit et sur les facteurs sociaux et environnementaux. La connaissance des facteurs de risque permet de construire une politique de prévention.
- Les axes principaux de prise en charge reposent sur l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, une PEC psychothérapeutique (entretien motivationnel, TCC, thérapies familiales multidimensionnelles), un traitement médicamenteux symptomatique du sevrage, ainsi qu'une prise en charge des complications et des comorbidités psychiatriques, non psychiatriques et des éventuelles co-addictions.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les addictions sont des comportements de consommation de substances psychoactives assortis de conséquences négatives et face auxquels le sujet perd une partie de sa liberté.
- ✓ Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives ont un impact sur l'ensemble de la vie du patient.
- ✓ Devant une addiction identifiée, il faut rechercher systématiquement la consommation d'autres produits, du fait de la fréquence des poly-addiction.
- ✓ Le but du traitement est de réduire les risques et le traitement de la conduite.
- ✓ La combinaison entre la thérapie comportementale et le traitement médicamenteux est nécessaire pour le succès du traitement d'une addiction.
- ✓ Les approches de traitement doivent être adaptées pour répondre aux caractéristiques de l'abus de la drogue par chaque patient, et les troubles problèmes médicaux, psychiatriques et sociaux liés à la drogue.

h. Troubles des conduites alimentaires :

h.1. Définition et types :

On appelle troubles de conduites alimentaires (TCA), les comportements alimentaires différents de ceux habituellement adoptés par des individus placés dans un même environnement nutritionnel et socioculturel, et induisant une souffrance somatiques et psychologiques significative, dont les principaux sont : **La boulimie, l'anorexie mentale ou les conduites alimentaires aberrantes.**

h.2. L'anorexie mentale :

h.2.1. Diagnostic positif :

L'anorexie mentale est une **conduite de restriction alimentaire volontaire** sous-tendue par **un trouble profond de l'image du corps** (une peur de grossir, alors que le poids est bas).

La prévalence de l'anorexie mentale au cours de la vie est estimée à 1,4% chez les femmes et à 0,2 % chez les hommes, avec un sex-ratio de 1 homme pour 8 femmes. [3]

Il y a 3 caractéristiques essentielles dans l'anorexie mentale : une restriction prolongée des apports énergétiques, une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ou un comportement persistant pour empêcher la prise de poids, et une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps.

La présentation clinique est dominée par une **Triade symptomatique** appelée les « **3 A** » :

- **Anorexie** : il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire, motivée par un désir intense de maigrir et répondant à de graves perturbations de l'image du corps. Cette restriction s'accompagne de conduites aberrantes visant à perdre du poids, telles que des vomissements provoqués, l'abus de diurétiques ou de laxatifs, pratique intensive de sport...
- **Amaigrissement** : il est considérable et secondaire au trouble, souvent banalisé par la patiente et rationalisé, atteignant 15 à 20 Kg en quelques mois (soit plus de 15% en dessous du poids normal pour l'âge et la taille). Cet amaigrissement entraîne des signes physiques évocateurs d'une carence nutritionnelle.
- **Aménorrhée** : elle est fréquente et souvent secondaire au trouble, résultant d'un dysfonctionnement hypophysaire provoqué par l'hypo-alimentation. Parfois absente au début du trouble et de résolution parfois tardive, sa présence est un facteur de gravité.

- **Troubles psychologiques spécifiques :**
 - Trouble de la perception de l'image du corps : méconnaissance ou un déni de la maigreur accompagnée d'une peur permanente de grossir.
 - Stratégies de contrôle du poids : hyperactivité intellectuelle et physique, vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques...
 - Volonté d'ascète : recherche des situations épouvantes, poussant à l'épuisement corporel sans s'accorder ni repos ni détente.
 - Sexualité massivement refoulée.
 - Attitudes d'opposition et problèmes familiaux.
 - Déficit de flexibilité cognitive, et des difficultés à voir la situation d'ensemble plutôt que des détails. Ces caractéristiques entraînent des difficultés dans la résolution de problèmes.
- **Retentissement somatique : Signes de dénutrition :** aspect de corps cadavérique, fonte musculaire très importante, altération des phanères, œdème de carence, acrocyanose (extrémités froides et bleutées), tension artérielle basse, pouls ralenti, et une constipation chronique résistante au traitement...
- **Retentissement biologique :** il reflète les altérations secondaires à la restriction alimentaire, à la dénutrition, et parfois aux effets propres des vomissements et de la prise de laxatifs et de diurétiques. On observe :
 - Signes de dénutrition (anémie carencielle, hypoglycémie modérée, troubles hydro électrolytiques tels que l'hyponatrémie,

l'hypokaliémie ou l'hypocalcémie) ;

- Perturbations thyroïdiennes avec une diminution de T3 et T4 et une TSH normal ;
- Altérations ovariennes, notamment un bas niveau plasmatique des hormones ovariennes, et des taux de FSH et LH effondrés ;
- Baisse des hormones de croissance.

h.2.2. Évolution et pronostic :

L'évolution spontanée de l'anorexie mentale va vers la chronicisation et l'enkystement du trouble. Il existe de rares cas de rémission spontanée, mais l'intervention médicales est souvent indispensable. Les complications sont alors fréquentes et peuvent inclure : retard de croissance, infertilité, boulimie, toxicomanie, alcoolisme, dépression, désinsertion socioprofessionnelle, et un risque élevé de décès (suicide, dénutrition, cachexie, chronicisation, troubles hydroélectriques) ...

Les facteurs de mauvais pronostic :

- Âge tardif de survenue des troubles.
- Perte de poids importante.
- Durée de l'évolution avant un traitement spécialisé.
- Existence du couple boulimie-vomissements.
- Mauvaise adhésion au traitement proposé.
- Persistance d'attitudes anorexiques au cours du traitement.
- Existence de troubles de l'humeur ou de troubles de la personnalité.

h.2.3. Prise en charge :

L'anorexie mentale est une **urgence médico-psychiatrique** nécessitant une prise en charge **multidisciplinaire** et une **approche globale** qui prend en

compte les aspects **somatiques, psychologiques et familiaux**.

❖ **Bilan de retentissement :**

- **Bilan clinique :** examen clinique complet à la recherche de complications (mesurer le poids, taille et mesure de l'IMC (indice de masse corporelle), avec mesure de la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la température, et recherche des signes de déshydratation). Ainsi qu'un examen clinique psychiatrique pour évaluer le risque suicidaire, les comorbidités et l'environnement social et familial.
- **Bilan paraclinique :** NFS, ionogramme complet, glycémie, bilan rénal, calcémie, phosphorémie, bilan hépatique complet, albumine et préalbumine, CRP, TSH, ECG, ostéodensitométrie, imagerie cérébrale à discuter.

❖ **Hospitalisation :** est systématique en cas de signes de gravité, tels qu'un IMC inférieur à 13 kg/m², d'une dénutrition extrême et de désordre hydro électrolytiques sévère mettant en jeu le pronostic vital.

❖ **Rééducation nutritionnelle et diététique :** pour apprendre à adopter des habitudes alimentaires saines (Etablissement d'un contrat de poids et réalimentation progressive).

❖ **Traitement non médicamenteux :** La prise en charge psychothérapeutique doit être adaptée à l'état médical général, aux capacités et aux souhaits du patient. Les psychothérapies envisageables (seules ou en association) sont :

- La **thérapie familiale**, approche validée surtout chez l'enfant et l'adolescent ;
 - La **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** qui a fait la preuve de son efficacité par des études randomisées ;
 - Les autres approches comme les **entretiens motivationnels**, la **psychothérapie de soutien**, les **thérapies d'inspiration psychanalytique** et, en association, les approches à **médiation corporelle** (sophrologie, relaxation, psychomotricité, art-thérapie...).
- ❖ **Traitement médicamenteux** : Ils sont surtout utilisés pour traiter les comorbidités (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques atypiques, Olanzapine).

h.3. La boulimie :

h.3.1. Diagnostic positif :

La boulimie se caractérise essentiellement par :

- La **survenue récurrente d'accès hyperphagiques** (crise de glotonnerie) : **épisodes d'ingestion impulsive et incoercible de grande quantité de nourriture**, avec culpabilité et un **sentiment de perte de contrôle** sur le comportement alimentaire pendant la crise.
- Des **comportements compensatoires** inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, exercice excessif, jeûne).
- L'**estime de soi** est perturbée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

La prévalence de la boulimie au cours de la vie est estimée à 1,9 % chez les femmes et à 0,6 % avec un sex-ratio de 1 homme pour 3 femmes. [3]

L'accès boulimique survient souvent en réponse à des situations évoquant la séparation ou un manque affectif, et se déroule en trois étapes :

- **Phase d'excitation** : se manifeste par un sentiment d'angoisse, une tension interne et une excitation.
- **L'accès** : épisode de surconsommation alimentaire de survenue brutale, incontrôlable, impérieuse et irrépressible. La patiente est généralement seule, la nuit, elle ingère de façon rapide des quantités énormes d'aliments hypercaloriques, sans mastication.
- **Fin de l'accès** : après 1 ou 2 h (plus rien à manger ou arriver d'une personne) sentiment de réplétion, douleur abdominale excessive, parfois vécu de dépersonnalisation.
- **Après la crise** : sentiment de remord, de honte, et de culpabilisation induisant la personne à trouver refuge dans le sommeil, l'alcoolisation, les vomissements, voire des conduites suicidaires.

Les troubles associés à la boulimie comprennent souvent l'anorexie, des comportements addictifs (comme l'abus d'alcool, de drogues ou de médicaments) et des troubles psychiatriques, tels que l'anxiété, la dépression, les troubles bipolaires, les tentatives de suicide et les traits de personnalité borderline.

h.3.2. Évolution et pronostic :

L'évolution est le plus souvent chronique (parfois intermittente) en l'absence de prise en charge.

Les complications font toute la gravité de la maladie :

- **Somatiques :**

- Liées aux vomissements : troubles hydro-électrolytiques, Œsophagite peptique, lésions dentaires.
- Liées à l'excès alimentaire : obésité, diabète, hyperlipidémie...

- **Psychiatriques :** dépression, conduites suicidaires, addictions...

h.3.3. Prise en charge :

❖ **L'hospitalisation** n'est généralement nécessaire qu'en cas de dépression sévère, d'alcoolisme, de risque suicidaire élevé ou de désordre hydro-électrolytique majeur.

❖ **Traitement des comorbidités :** dépression, anxiété, phobie sociale, troubles de la personnalité.

❖ **Rééducation nutritionnelle :** l'objectif est d'acquérir de nouvelles habitudes alimentaires.

❖ **Psychothérapies :**

- Psychoéducation et auto enregistrement.
- Développement d'un contrôle progressif sur les crises et les vomissements (réduction en fréquence et en intensité).
- Gestion de l'impulsivité et des émotions négatives.
- Travail pour développer l'estime de soi.
- Travail sur l'image du corps pour diminuer l'insatisfaction corporelle,
- Mise en place de stratégies de résolution de problèmes pour réduire les facteurs de stress.

- ❖ **Traitement médicamenteux** : Un seul médicament a l'AMM spécifiquement pour le trouble : la **Fluoxétine**, à une dose plus élevée que dans l'épisode dépressif caractérisé. Les comorbidités psychiatriques peuvent justifier une prise en charge médicamenteuse.

h.4. Autres troubles alimentaires :

- **Accès hyperphagique ou hyperphagie boulimique « Binge eating disorder »** : se caractérise par des épisodes de suralimentation incontrôlée sans comportements compensatoires (comme les vomissements).
- **« Night eating syndrome »** : associe une anorexie matinale, une hyperphagie nocturne et insomnie.
- **La restriction ou l'évitement de l'ingestion d'aliments** : Se manifeste par une incapacité cliniquement significative à atteindre les besoins nutritionnels ou par une insuffisance des apports énergétiques par voie orale.
- **Mérycisme** : Régurgitations répétées de nourritures après le repas en l'absence de nausées. Les aliments peuvent être remastiqués, ré-avalés ou recrachés pendant plusieurs minutes, voire 1 ou 2 heures. Ce trouble touche principalement les enfants de 3 mois à 1 an, plus rarement les adultes.
- **Pica** : Ingestion répétée de substances non nutritives (terre, plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique, plantes non comestibles...). Ce trouble survient principalement chez le jeune enfant présentant un trouble de l'attachement ou un trouble

neurodéveloppemental sévère.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les TCA sont définis par l'existence de **perturbations significatives et durables de la prise alimentaire**. Ils sont des **maladies mentales complexes** caractérisées par une **relation perturbée à la nourriture, au poids et à l'image corporelle**.
- ✓ Trois troubles principaux : **anorexie mentale, boulimie et hyperphagie boulimique**.
- ✓ Il est important d'éliminer, en premier, les causes médicales non psychiatriques.
- ✓ La triade symptomatique « **3A** » : est nécessaire au diagnostic de l'**anorexie mentale** : **anorexie, amaigrissement et aménorrhée**.
- ✓ Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et doivent être recherchées.
- ✓ **Le risque suicidaire doit être systématiquement évalué**.
- ✓ La prise en charge des TCA repose sur **l'alliance thérapeutique et la psychothérapie**.
- ✓ Les critères d'hospitalisation doivent être connus.
- ✓ Les répercussions nombreuses des TCA doivent être systématiquement évaluées et prises en charge.
- ✓ **Le dépistage et la prise en charge précoces** sont des éléments-clés du succès de la prise en charge.

i. Les troubles sexuels :

i.1. Introduction et classification :

L'activité sexuelle humaine est une activité instinctive, source de plaisir (récréative), qui permet la reproduction (procréative) et ainsi la préservation de l'espèce.

La relation sexuelle se déroule en quatre phases, que ce soit chez l'homme ou chez la femme :

- **Phase de désir** : expression du désir et développement des fantasmes sexuels.
- **Phase d'excitation** : caractérisée chez l'homme par l'établissement

de l'érection, et chez la femme par la lubrification vaginale et la tumescence de la vulve et de la muqueuse vaginale.

- **Phase de l'orgasme** : vécue généralement comme un plaisir intense. Chez l'homme orgasme et éjaculation coïncident généralement.
- **Phase de résolution** : pendant laquelle les phénomènes d'excitation diminuent rapidement ; chez l'homme seulement, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire, pendant laquelle toute stimulation sexuelle est inefficace.

Les troubles sexuels sont des **affections psychiatriques courantes**, provoquant souvent **une souffrance** personnelle et/ou pour l'entourage, ainsi qu'une perturbation dans le fonctionnement conjugal et/ou social.

Le DSM 5 définit 3 types de troubles sexuels classés dans 03 chapitres différents :

- **Les Dysfonctions sexuelles** : perturbation dans une des phases de l'acte sexuel normal.
- **Les troubles paraphiliques** ou « **paraphilies** » : déviation de l'objet du désir sexuel.
- **La dysphorie de genre** ou « **troubles de l'identité sexuelle** » ou « **transsexualisme** » : conviction et désir d'appartenir au sexe opposé.

i.2. Dysfonctions sexuelles :

i.2.1. Diagnostic clinique :

On parle de **dysfonction sexuelle** lorsqu'il existe une **perturbation au cours de l'une des phases de déroulement normal d'un acte sexuel**. Elles sont très **fréquentes** en population générale et peuvent entraîner une **souffrance personnelle** marquée, ou de **difficultés intraconjugales** (souffrance, conflits

voire divorce).

Les facteurs psychologiques jouent souvent un rôle majeur dans ces troubles, qui sont perçus comme une atteinte à l'image de soi : à la virilité chez l'homme et à la capacité de procréation chez la femme.

Les dysfonctions sexuelles regroupent 08 types de troubles. Elles sont considérées comme pathologiques lorsqu'elles persistent pendant au moins 6 mois. Ces troubles peuvent être **primaires ou acquises** (après une période de fonctionnement normal). Ils peuvent également être **généralisés ou sélectives** d'un type de stimulation, de situation ou de partenaire.

- **Trouble de l'érection** : Incapacité d'atteindre ou de maintenir une érection adéquate jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel. Il est souvent acquis, d'origine psychologique (difficultés financières, conflits conjugaux, problèmes sociaux...). Confirmée par la persistance d'érections de bonne qualité, en dehors des rapports sexuels (érections nocturnes spontanées et érections matinales reflexes).
- **Ejaculation prématurée (précoce)** : est une éjaculation qui survient dans la minute suivant la pénétration vaginale et avant que la personne ne souhaite éjaculer.
- **Ejaculation retardée** : c'est un retard marqué de l'éjaculation et/ou une diminution de la fréquence de l'éjaculation.
- **Diminution du désir sexuel chez l'homme** : Absence ou diminution, persistante ou répétée, des pensées sexuelles et du désir d'activité sexuelle. L'évaluation du déficit doit prendre en compte l'âge et le contexte socioculturel du sujet.

- **Trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle chez la femme :** autrefois appelée frigidité, est une **diminution voire absence** de l'intérêt, du **désir**, de l'**excitation** et des **sensations sexuelles**. Le défaut de l'excitation sexuelle se manifeste par un défaut de lubrification et de tumescence de la muqueuse vaginale.
- **Trouble de l'orgasme chez la femme :** **Absence** persistante ou répétée de l'**orgasme**, et/ou **retard marqué** à l'obtention de l'orgasme, et/ou **diminution de l'intensité des sensations orgasmiques**, après une phase d'excitation normale.
- **Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration :** Sources de **difficultés lors de la pénétration vaginale**.
 - **Vaginisme :** en cas de tentative de pénétration vaginale, il se manifeste par des symptômes psychiques (peur ou anxiété marquée et anticipée), et des symptômes physiques (tension ou crispation marquée de la musculature du plancher pelvien).
 - **Dyspareunie :** Douleurs vulvo-vaginale ou pelvienne lors des tentatives de pénétration ou pendant le rapport sexuel, souvent de cause organique.
- **Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament :**

Apparition d'une dysfonction sexuelle pendant ou juste après la prise d'une substance ou d'un médicament connu pour ses effets secondaires sur l'activité sexuelle surtout à type de dysfonction érectile, de diminution du désir sexuel, et de retard d'éjaculation (psychotropes (Paroxétine, antipsychotiques), antihormonaux, antihypertenseurs, prise de toxiques (alcool, opiacés...)).

i.2.2. Traitement :

- ❖ Il est préférable de **prendre en charge le couple** plutôt que de traiter uniquement le patient.
- ❖ Effectuer un **examen somatique complet**, un **entretien détaillé** et éventuellement un **bilan biologique et endocrinien**, à la recherche de :
 - Troubles psychiatriques : dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité.
 - Affection organique : affections endocriniens, cardiaques...
 - Substance ou médicament : arrêt de l'usage d'une substance, réajustement voire changement d'un éventuel traitement.
- ❖ **Sexothérapie** : est une forme de psychothérapie qui s'appuie sur des **techniques cognitives et comportementales**, et vise à informer, éduquer et guider le patient. Elle montre de bons résultats, notamment pour le traitement de l'éjaculation précoce et du vaginisme.

Plusieurs techniques sont employées, parmi lesquelles : **techniques de relaxation, apprentissage d'une position de contrôle éjaculatoire, éveil sensoriel** (utilisé pour les troubles du désir et de l'orgasme), **restructuration cognitive, désensibilisation systématique** en imagination puis dans la réalité (utile dans le traitement du vaginisme), **apprentissage par imitation** de modèle, livres ou films éducatives. Chaque technique est choisie et adaptée en fonction des besoins spécifiques du patient, afin de maximiser les bénéfices thérapeutiques.

- ❖ **Traitement médicamenteux** : dans les troubles de l'excitation à type de dysfonction érectile, des traitements pharmacologiques comme les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type (PDE 5), tels que Sildénafil, peuvent être prescrits.

i.3. Paraphilies :

i.3.1. Diagnostic clinique :

Les paraphilies sont une forme de troubles sexuels caractérisé par des **fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, des impulsions ou des comportements sexuels qui sortent des normes habituelles** et qui impliquent des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation (de soi-même ou du partenaire), ou des enfants ou des personnes non consentantes.

Un comportement paraphilique est considéré comme pathologiques lorsqu'il entraîne une souffrance personnelle ou interfère avec le fonctionnement social, professionnel ou relationnel. Le diagnostic repose sur **la persistance** de ces comportements pendant **au moins 6 mois** et leur caractère intrusif dans la vie quotidienne. Certaines paraphilies sont condamnées par la loi.

Le DSM 5 rapporte les types les plus fréquents, qui sont définis par l'objet sexuel déviant. On distingue :

Paraphilie	L'objet de l'excitation sexuelle
Voyeurisme	L'observation de personnes dans leurs activités intimes (nues ou en rapport sexuel).
Exhibitionnisme	Exposition des organes génitaux à des personnes étrangères, dans des lieux publics.
Frotteurisme	Le frottement à une personne non consentante.
Masochisme sexuel	Humiliation ou souffrance infligé par autrui.
Sadisme sexuel	Humiliation ou souffrance infligé à autrui.
Pédophilie	Un enfant.
Fétichisme	Un objet : lingerie, chaussures.
Transvestisme	Le port de vêtements de l'autre sexe.

Tableau 14. Différents types de paraphilies.

i.3.2. Traitement :

- ❖ La prise en charge repose essentiellement sur **la psychothérapie**, bien que celle-ci soit souvent compliquée par un manque de motivation chez le patient.
- ❖ Pour certains types de paraphilies (surtout la pédophilie), la « **castration chimique** » par les **anti-androgènes**, freine le désir et l'activité sexuelle sans en modifier l'orientation. La prescription doit reposer sur un consentement libre et écrit du patient.
- ❖ **Les antidépresseurs sérotoninergiques** peuvent avoir une efficacité relative dans la réduction des fantasmes obsessionnels de certains pédophiles.

i.4. Dysphorie de genre :

i.4.1. Diagnostic clinique :

La dysphorie de genre ou le transsexualisme est un trouble caractérisé par un profond inconfort ou une détresse ressentie en raison d'une incongruence marquée entre le genre porté par la personne et le genre désiré, qui se manifeste selon l'âge par :

La souffrance induite par le trouble peut se compliquer de dépressions, conduites suicidaires ou addictives.

i.4.2. Traitement :

La prise en charge doit être **pluridisciplinaire** (psychiatrique, endocrinologue, chirurgicale (urologue, gynécologue, plasticien...)).

- ❖ **Thérapie comportementale :** permet parfois un retour à la congruence entre identité de genre et conformation anatomique.
- ❖ **Traitement des complications.**
- ❖ **Traitement hormono-chirurgical :** une réassignation chirurgicale du **sexe** ne doit se faire qu'après un long temps d'observation (2 ans minimum), pour des sujets stables dans leur désir de traitement radical et en souffrance de leur trouble.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les troubles sexuels constituent un sujet tabou que les soignants doivent aborder avec tact et neutralité.
- ✓ Le DSM 5 distingue 3 entités : les **dysfonctions sexuelles**, les **troubles paraphiliques** et les **dysphories de genre**.
- ✓ Les dysfonctions sexuelles constituent les troubles les plus fréquentes, et devant lesquels il faut rechercher systématiquement une origine organique.
- ✓ La **prise en charge** des troubles sexuels est **multidisciplinaire** : psychiatre, urologue, gynécologue, endocrinologue...

j. Les troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont des **altérations quantitative et/ou qualitative du sommeil ou de l'éveil d'un individu** qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus physiologiques, psychologiques ou développementaux de la régulation veille-sommeil. Il s'agit d'une plainte extrêmement fréquente, subjective, et pouvant englober de multiples étiologies.

j.1. Diagnostic positif :

En pratique clinique, le diagnostic des troubles du sommeil repose sur :

- **Un entretien** minutieux et détaillé, qui précise :
 - **L'ancienneté** (aigue ou chronique) et le **mode d'installation** du trouble.
 - L'existence d'un **facteur déclenchant**.
 - **Le type de plainte** : durée du sommeil, satisfaction, sommeil perturbé par des cauchemars...
 - **Les habitudes de sommeil** : horaires détaillés de lever, de coucher et de sieste, en semaine, week-end et vacances...
 - **Préciser le problème** : difficultés d'endormissement, réveils multiples au cours de la nuit, réveil précoce.
 - **Les répercussions diurnes** : asthénie, somnolence diurne, céphalées, irritabilité, dysphorie, troubles de la concentration...
 - **Les symptômes associés** : ronflements, pauses respiratoires au cours du sommeil (d'où l'importance d'interroger le conjoint), mouvements des jambes, pollakiurie...

- **La prise de substances psychoactives** : thé, café, voir psychotropes, hypnotiques...
- Enfin, **Un examen clinique complet** devra rechercher une pathologie somatique ou psychiatrique associée.
- **L'Agenda du sommeil** : souvent utile pour objectiver les données de l'entretien, se remplit au réveil. Le patient y indique tous les jours :
 - L'heure du coucher et du lever,
 - L'estimation du temps d'endormissement,
 - La fréquence et la durée d'éventuels réveils nocturnes,
 - Une estimation de la qualité du sommeil,
 - Les prises d'hypnotiques.

Dans une grande majorité des cas, l'examen clinique suffit au diagnostic étiologique du trouble. Cependant, dans les cas contraires, il peut être utile d'avoir recours à :

- **La polysomnographie** : est un enregistrement du sommeil qui enregistre simultanément, selon les indications, plusieurs paramètres : électroencéphalogramme (EEG), l'électromyogramme du menton, l'électro-oculogramme, l'électrocardiogramme (ECG), la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène.
- **L'actimétrie** : est un petit appareil de la taille d'une montre qui se porte au poignet non dominant, pendant plusieurs jours et nuits consécutifs, et qui enregistre tous les mouvements du sommeil. Il enregistre les horaires de coucher et de lever, le temps passé au lit, le temps de sommeil nocturne sur 24 heures, le nombre et la durée des éventuels réveils nocturnes.

- **Mesure de la latence d'endormissement à l'EEG.**
- **Test de maintien de l'éveil.**

Les troubles du sommeil sont classés en 02 catégories :

- **Les dyssomnies** : altération de la qualité, de la quantité ou de l'horaire du sommeil.
- **Les parasomnies** : comportements anormaux ou phénomènes physiologiques survenant au cours du sommeil.

Dyssomnies	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnies. - Hypersomnies. - Trouble du rythme circadien.
Parasomnies	<ul style="list-style-type: none"> - Somnambulisme. - Terreurs nocturnes. - Cauchemars. - Troubles du comportement en sommeil paradoxal.

Tableau 15. Les différents types des troubles du sommeil.

j.2. Insomnies :

Les insomnies sont définies par une **difficulté à initier ou à maintenir le sommeil**. C'est une plainte fréquente, souvent subjective et pouvant englober de multiples étiologies.

La plainte d'insomnie est extrêmement fréquente en population générale: 30 % des adultes ont présenté durant leur vie une insomnie transitoire et 10 % un trouble insomnie chronique. La prévalence est plus élevée chez les femmes et augmente avec l'âge. [3]

On décrit plusieurs types :

- **Selon l'horaire** :
 - Insomnie d'endormissement : endormissement supérieure à 30 minutes.

- Insomnie du milieu de la nuit : un réveil au cours de la nuit \geq 30 minutes ou deux réveils par nuit avec difficultés pour se rendormir.
- Réveil matinale précoce : réveil \geq une heure avant l'heure souhaitée.
- **Selon la durée** : insomnie totale ou partielle.
- **Selon l'évolution** : insomnie transitoire ou chronique.

j.2.1. Insomnies transitoires :

- **Clinique :**

C'est une forme très fréquente d'insomnies, qui durent quelques nuits et disparaissent spontanément à l'arrêt du facteur causal. Elles peuvent être des **difficultés d'endormissement**, **plusieurs éveils au milieu de la nuit** (avec difficultés pour se rendormir) ou **réveil matinale précoce** (avec incapacité de se rendormir).

- **Etiologies :**

- **Réactionnelles à une situation de stress** : événements stressants, difficultés financières, conflits professionnels, problème conjugaux...
- **Conséquence d'une mauvaise hygiène de vie** : lit inconfortable, bruit, lumière, température inadéquate, surutilisation des écrans, siestes prolongées, horaires de sommeil anarchiques, décalage de l'horloge biologique (travail posté ou de nuit) ...
- **Suite à une prise de toxiques ou de stimulants** : substances stimulantes (café, tabac, amphétamines, cocaïne, psychotropes stimulants), l'alcool (l'abus d'alcool est à l'origine d'un

endormissement facilité mais le réveil est précoce avec un sommeil non réparateur).

- **Traitement :**

- ❖ **Règles d'hygiène du sommeil +++:** elles sont recommandées pour tous les types d'insomnie et peuvent être suffisantes pour les insomnies légères :

- Adopter des horaires réguliers et fixes de coucher et de lever, avec des siestes de courte durée.
- Pratiquer une activité physique régulière dans la journée (idéalement le matin), mais éviter les exercices après 17h.
- Maintenir un environnement propice au sommeil : frais (température adéquate), obscur et silencieux dans la chambre à coucher.
- Eviter les repas copieux le soir, ainsi que la consommation tardive de stimulants (café, thé, alcool...).
- Eviter les activités excitantes en fin de soirée : le sport, les écrans (internet, smartphone), une ambiance lumineuse forte, éviter de regarder la télé au lit.

- ❖ **Traitement médicamenteux :** La prescription d'un traitement hypnotique est envisageable sur **une courte durée** et à **dose minimale efficace**.

- Antihistaminiques (Hydroxyzine 25mg le soir).
- Antidépresseurs sédatifs (Amitriptyline).
- Apparentés des benzodiazépines et (Zolpidem 10mg, Zopiclone 7.5mg).

- Phytothérapie (tisanes relaxantes...), Magnésium...
- ❖ **Psychothérapie : les thérapies cognitives** (identifier les pensées dysfonctionnelles et les préoccupations anxieuses excessives vis-à-vis du sommeil) **et comportementales** (relaxation, restriction de sommeil).
- ❖ **Arrêt voire sevrage des toxiques.**

j.2.2. Insomnies secondaires :

- **Insomnies liées à une affection psychiatrique :** Elles représentent 30 à 60% des causes d'insomnie.
 - **Dépression :** insomnie matinale (réveil précoce) avec impossibilité de rendormissement,
 - **Troubles anxieux :** insomnie d'endormissement, ou troubles de maintien du sommeil,
 - **Psychoses, accès maniaque :** insomnie totale.
- **Insomnies liées à une affection organique :**
 - Les affections douloureuses et dyspnéisantes : coronaropathies, asthme, BPCO, ulcère...
 - Les troubles endocriniens, en particulier hyperthyroïdie et hypercortisolémie, les troubles prostatiques, les maladies neurologiques (Parkinson, démences, accidents vasculaires cérébraux), les troubles du rythme cardiaque...
- **Traitement :**
 - ❖ **Traitement de l'étiologie :** traiter l'affection psychiatrique et/ou somatique.
 - ❖ **Traitement de l'insomnie, si nécessaire :**

- Règles d'hygiène du sommeil.
- Thérapies cognitivo-comportementales.
- Hypnotiques, anxiolytiques.
- Antipsychotiques sédatifs.
- Antalgiques : paracétamol.

j.2.3. Insomnies chroniques primaire :

Ce sont des insomnies isolées et chroniques pour lesquelles aucune cause n'est retrouvée.

- **Insomnie idiopathique** : c'est une insomnie **début**e à l'**enfance** et persiste toute la vie, avec souvent des répercussions diurnes.
- **Insomnie psychophysiologique** : C'est une insomnie **acquise**, dépendante de facteurs psychologiques (peur de s'endormir, anxiété anticipatoire de l'insomnie).
- **Traitement** : La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est le traitement de référence du trouble insomnie chronique.

j.3. Hypersomnies et trouble de l'éveil :

❖ **Clinique :**

L'hypersomnolence représente un enjeu de santé publique du fait du risque majeur de survenu d'accident (AVP, machines...) dont elle peut être responsable.

La plainte d'hypersomnolence est extrêmement fréquente en population générale : 15 % de la population présentant une hypersomnolence modérée et 4-5 % une hypersomnolence sévère. [3]

L'hypersomnolence se définit par l'association d'un allongement excessif du temps de sommeil de nuit ou de jour, d'une difficulté à se réveiller

le matin et d'une mauvaise qualité d'éveil durant la journée (somnolence diurne excessive).

❖ **Etiologies :**

- **Hypersomnies induites :** par des psychotropes (antipsychotiques, anxiolytiques), réversible après l'arrêt du traitement.
- **Hypersomnies liées à des troubles mentaux :** dépression.
- **Hypersomnies organiques :**
 - **Syndrome d'apnées obstructives du sommeil :** est une forme fréquente, qui se caractérise par des arrêts répétés de l'échange aérien au niveau des voies aériennes supérieures d'au moins 10 secondes, survenant plus de 5 fois/heure de sommeil. Ces épisodes entraînent souvent des ronflements, des pauses respiratoires, une somnolence diurne excessive et des céphalées matinales...

Ce syndrome augmente significativement le risque d'avoir une hypertension artérielle, des accidents ischémiques cérébraux ou cardiaques, un diabète, ou une dépression.

Il existe plusieurs traitements, on peut citer :

- **Traitement par pression positive continue :** est le traitement de référence. Il consiste à insuffler de l'air dans les voies aériennes supérieures à l'aide d'un masque nasal ou facial.
- **L'Orthèse d'avancement mandibulaire :** est un dispositif intrabuccal, fait sur mesure, à porter la nuit, qui agrandit la filière aérienne pharyngée rétro linguale.
- **Traitement chirurgical :** chirurgie ORL, peut être envisagée dans certains cas.

- **La narcolepsie** : est une somnolence sévère caractérisée par des accès de sommeil diurnes multiples et courts, incoercibles, incontrôlables, qui peuvent survenir à tout moment de la journée, même en pleine activité. Associées à des cataplexies (perte brutale du tonus musculaires, généralisées ou partielles, sans altération de la conscience, déclenchées par une émotion le plus souvent positive) et d'autres symptômes inconstants, tels que des hallucinations hypnagogiques (hallucinations visuelles ou auditives survenant à l'endormissement, correspondant souvent à des événements vécus dans la journée et s'accompagnant de sensation de chute libre ou de flottement), paralysies angoissantes du réveil et d'un mauvais sommeil de nuit.

Au Maroc, le traitement de la narcolepsie repose essentiellement sur l'hygiène de vie en raison de l'indisponibilité du Modafinil.

- **Hypersomnie idiopathique** : est associée à des accès de sommeil diurnes longs (plusieurs heures) et non restaurateurs de vigilance normale. Le sommeil de nuit est très souvent prolongé (supérieur à 10 heures) et d'excellente qualité. Le réveil reste cependant très difficile, définissant l'inertie du réveil, pouvant aller jusqu'à une ivresse du réveil avec confusion.

j.4. Troubles du rythme circadien :

Ils comprennent deux entités syndromiques :

- **Syndrome de retard de phase** : retard de l'endormissement, pas avant 2 heures du matin, avec par la suite un sommeil de bonne qualité et un réveil tardif. Il est fréquent en cas de sédentarité ou de

chômage.

- **Syndrome d'avance de phase** : l'endormissement survient plus précocement, avec un sommeil de bonne qualité et un réveil très précoce vers 3 heures du matin. On l'observe surtout chez les personnes âgées.

j.5. Les parasomnies :

Les parasomnies regroupent un ensemble de manifestations psychomotrices survenant au cours du sommeil. Ils comprennent :

j.5.1. Le somnambulisme :

Le somnambulisme survient principalement chez l'enfant, pendant le sommeil lent profond, généralement au cours du premier tiers de la nuit. Il se caractérise par des comportements moteurs complexes et stéréotypés, tels que la déambulation, la soliloque (parler seul), ou la prise de nourriture, et s'accompagne d'une amnésie de l'épisode. Aucun contact avec l'enfant n'est possible pendant l'épisode.

Après avoir éliminé une origine organique ou toxique, aucun traitement n'est nécessaire, à l'exception de mesures de prévention pour éviter d'éventuels accidents : barrières sur les escaliers, grillages pour les fenêtres...

j.5.2. Les terreurs nocturnes :

Elles surviennent surtout chez l'enfant, pendant le premier tiers de la nuit, et se manifeste par la survenue brutale d'un état de terreur intense (cris, pleurs, sueurs, agitation). Durant cet état de terreur, aucun contact avec l'enfant n'est possible. Ces épisodes sont souvent spectaculaires pour l'entourage, et sont associés à une amnésie totale de l'épisode au réveil, des sueurs profuses, des palpitations, un tremblement...

En l'absence de cause organique ou toxique, le traitement repose essentiellement sur la psychothérapie, sans oublier de rassurer et guider la famille pour une gestion quotidienne des symptômes.

j.5.3. Troubles de comportement en sommeil paradoxal :

Il s'agit de mouvements nocturnes liés à la mise en acte des rêves du sujet. Ils se manifestent par des comportements moteurs plus ou moins élaborés, avec des mouvements brusques, parfois violents et dangereux pour le sujet et son entourage. Ces troubles touchent préférentiellement les hommes d'âge moyen et avancé, et sont dus à la perte de l'atonie musculaire physiologique, normalement présente pendant le sommeil paradoxal.

j.5.4. Autres :

D'autres parasomnies, fréquentes et peu invalidantes, existent :

- **Sursauts du sommeil** : myoclonies partielles ou générales, survenant à l'endormissement.
- **Bruxisme** : pincement des dents survenant pendant le sommeil. Ce trouble peut causer des lésions dentaires.
- **Somniloquie** : trouble du sommeil qui se caractérise par le fait de parler pendant son sommeil (Rires, pleurs, chuchotements, cris, phrases complètes...).
- **Cauchemars** : rêves à caractère effrayant, angoissant, survenant au cours du sommeil.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le sommeil est un **besoin instinctuel** et a une fonction physiologique vitale et adaptative. Il occupe le tiers de l'existence de l'être humain.
- ✓ Les troubles du sommeil sont des **altérations quantitatives et qualitatives du sommeil**.
- ✓ Il s'agit d'une **plainte fréquente**, subjective et pouvant engendrer de multiples étiologies.
- ✓ Dans la majorité des cas, le **diagnostic** des troubles du sommeil repose essentiellement sur un **entretien minutieux et détaillé** avec un **examen clinique complet**.
- ✓ Il peut être utile de recourir à la polysomnographie.
- ✓ La **prise en charge** des troubles du sommeil passe avant tout par l'application des **règles d'hygiène du sommeil**.

k. Troubles du contrôle sphinctérien :

K.1. Définition :

Le trouble du contrôle sphinctérien, souvent appelé **énurésie** (trouble du contrôle sphinctérien urinaire) ou **encoprésie** (trouble du contrôle sphinctérien fécale) en fonction du type de sphincter concerné, est un **trouble fréquent chez l'enfant** qui se manifeste par l'incapacité à contrôler la miction (émission d'urine) ou la défécation de manière volontaire après l'âge où le contrôle sphinctérien est habituellement acquis.

L'apprentissage de la propreté est une étape du développement qui permet à l'enfant d'acquérir une autonomie sociale nécessaire.

k.2. L'énurésie :

k.2.1. Diagnostic positif :

L'énurésie se caractérise par des **mictions répétées involontaires ou délibérées** (au lit ou dans les vêtements), survenant de jour et/ou de nuit **chez un enfant de plus de 5 ans**.

L'énurésie touche 5 à 10 % des enfants de 5 ans, 3 à 5 % des enfants de 10 ans et environ 1 % des adolescents de plus de 15 ans. Elle est deux fois plus fréquente chez les garçons.

Pour poser le diagnostic, ces troubles doivent survenir **au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois consécutifs**, ou **entraîner une souffrance ou une altération du fonctionnement social ou scolaire**, sans être causés par les effets physiologiques d'une substance ou par une affection médicale.

k.2.2. Fromes cliniques :

L'énurésie est un symptôme très polymorphe avec de nombreuses variantes cliniques :

- **Primaire** : non précédée d'une période de continence d'au moins un an.
- **Secondaire** : se manifeste généralement entre 5 et 7 ans, après une période d'au moins un an de continence. Cette forme d'énurésie peut être liée à des perturbations émotionnelles, des traumatismes affectifs (séparation parentale, milieux défavorisés), ou à des attitudes parentales susceptibles de perturber l'acquisition du contrôle mictionnel, telles qu'une carence affective, des exigences excessives, ou des comportements sévères et rigides.
- **Diurne** : mictions survenant pendant les heures de veille.
- **Nocturne** : mictions survenant pendant les heures de sommeil.
- **Nocturne et diurne.**

k.2.3. Prise en charge :

La prise en charge de l'énurésie est **pluridisciplinaire** et **adaptée** à chaque enfant. Elle peut inclure :

- **Prévention :**

- Éducation à l'apprentissage du contrôle sphinctérien adapté au développement.
- Suppression des couches vers l'âge de 3 ans, et éviter un excès de liquide le soir.
- Climat affectif de gratification et de récompense, sans répression.

- **Mesures hygiéno-diététiques et abord comportemental :**

- Impliquer l'enfant et ses parents, avec une attitude rassurante et déculpabilisante.
- Utilisation de Calendriers Mictionnels : pour permettre à l'enfant de suivre ses progrès, noter les épisodes d'énurésie et l'encourager à utiliser les toilettes régulièrement.
- Limiter les boissons le soir.
- Encourager la miction avant le coucher.
- Éviter les facteurs d'excitation et d'anxiété.
- Bannir les mesures éducatives rigides, les menaces et les humiliations.

- **Education sphinctérienne :** entraînement à la rétention et miction à intervalles réguliers, après échec des mesures générale pendant 3mois.

- **Traitement médicamenteux :** après l'échec des mesures précédentes chez un enfant de plus de 6 ans, traitement par les antidépresseurs

tricycliques (Clomipramine) ou, en dernier recours, Desmopressine en pulvérisateur nasal.

K.3. L'encoprésie :

k.3.1. Diagnostic positif :

L'encoprésie est une **émission fécale répétée dans des endroits inappropriés, de façon involontaire ou délibérée, chez un enfant de plus de 4 ans, et survient au moins une fois par mois pendant au moins 3 mois.** Le comportement n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ni à une affection médicale si ce n'est pas un mécanisme entraînant une constipation.

L'encoprésie a une prévalence d'environ 1 % chez les enfants de 5 ans, avec un sex-ratio de 4 garçons pour 1 fille. Elle est associée à de l'énurésie dans 20 à 50 % des cas.

Le diagnostic de l'encoprésie se fait à l'interrogatoire et l'examen clinique et les éventuels examens complémentaires cherchent à éliminer des diagnostics différentiels (incontinence anal, diarrhées aiguës ou chronique).

k.3.2. Formes cliniques :

- **Primaire** : si pas d'acquisition antérieure de la propreté,
- **Secondaire** : la plus fréquente, précédée d'une période de continence d'au moins 1an, quasi exclusivement diurne. Elle est due à un événement anxigène, traumatisant (problème familiaux, séparation, deuil, nouvelle naissance, une maltraitance, abus sexuel...).
- **Avec ou sans constipation.**

k.3.3. Prise en charge :

- Traitement symptomatique insuffisant.
- Abord global des conflits psychiques sous-jacents.
- Psychothérapie de l'enfant : l'amener à penser qu'il peut avoir la maîtrise.
- Prise en charge des parents : soutien individuelle ou en couple.
- Thérapie familiale systémique : réduire les tensions familiales liées au symptôme et instaurer un climat non punitif.
- Éviter les manipulations locales.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le trouble du contrôle sphinctérien est un **problème fréquent chez l'enfant**, caractérisé par **l'émission de fèces ou d'urines en des endroits inappropriés** par un enfant dont le niveau de développement permet normalement le contrôle sphinctérien.
- ✓ On distingue les deux types les plus fréquents : **l'énurésie** (trouble du contrôle sphinctérien urinaire) ou **l'encoprésie** (trouble du contrôle sphinctérien fécale).
- ✓ **Le diagnostic** est posé lorsque les **épisodes d'incontinence** sont **répétés et involontaires**, et ne sont pas dus à une maladie physique sous-jacente.
- ✓ **Il faut toujours éliminer l'origine organique.**
- ✓ Ces troubles peuvent entraîner des répercussions émotionnelles, comme une baisse de l'estime de soi, de l'anxiété, ou des difficultés sociales.
- ✓ Ils nécessitent une approche individualisée pour le diagnostic et la prise en charge, avec une collaboration étroite entre l'enfant, les parents et les professionnels de santé.
- ✓ Une intervention précoce et appropriée peut améliorer considérablement les résultats à long terme.

5.2. Questions directes :

Question 1 : Citez les principaux retentissements somatiques des troubles de conduites alimentaires (Anorexie mentale et boulimie).

Question 2 : Quels sont les risques et effets indésirables associés à l'utilisation prolongée de benzodiazépines dans le traitement des troubles liés à l'usage de substances ?

Question 3 : Décrivez le syndrome de sevrage et le craving en expliquant la différence entre ces deux phénomènes.

Question 4 : Quels sont les principaux facteurs de risque de la dépression post-partum ?

Question 5 : Décrivez les symptômes cliniques de la psychose puerpérale et ses critères diagnostiques.

Question 6 : Dans quelle mesure la notion d'hystérie a-t-elle évolué au cours du temps, et quel est son statut dans les classifications modernes des troubles psychiatriques ?

Question 7 : Quelles sont les principales caractéristiques du trouble de la personnalité borderline ?

Questions 8 : Décrivez les symptômes cliniques typiques de l'anorexie mentale.

5.3. Questions à choix unique ou multiple :

Q 1 : Le « post-partum blues » :

- A. Est un signe de psychose
- B. Survient chez plus de 50% des accouchées
- C. Se produit au début de la grossesse
- D. Est une indication d'antidépresseurs
- E. Evolue spontanément de façon bénigne

Q 2 : La dépression du post-partum :

- A. Touche 10% des accouchées
- B. Complique un trouble bipolaire
- C. Doit être traitée par antidépresseurs
- D. Doit être traitée par psychothérapie
- E. Est une forme de phobie d'impulsion

Q 3 : Au cours de la grossesse les symptômes de la schizophrénie :

- A. S'aggravent régulièrement
- B. S'estompent au cours du deuxième trimestre
- C. Sont plus marqués au cours du troisième trimestre
- D. Disparaissent au moment du travail
- E. En contraindiquent le déroulement

Q 4 : Le « post-partum blues » :

- A. Survient un mois après l'accouchement
- B. Survient chez plus de 50% des accouchées
- C. Marque le début d'une dépression
- D. Est une indication de psychothérapie
- E. Est d'une évolution bénigne

Q 5 : La dépression du post-partum :

- A. Touche 80% des accouchées
- B. Est d'une évolution bénigne
- C. Doit être traitée par antidépresseurs
- D. Doit être traitée pas psychothérapie
- E. Survient dans les 2 à 8 semaines après l'accouchement

Q 6 : Le diagnostic positif d'une névrose hystérique (correspondant en partie au trouble somatoforme des classifications internationales) repose sur l'existence d'un faisceau d'arguments cliniques parmi lesquels :

- A. L'aspect involontaire de l'apparition du trouble
- B. L'absence de lésions organiques
- C. L'existence de conflits affectifs passés ou actuels
- D. L'absence de systématisation anatomophysiologique
- E. Le caractère symbolique du trouble

Q 7 : Une malade maniaco-dépressive en période de rémission est enceinte d'un mois. Il faut :

- A. Arrêter la lithiothérapie
- B. Prescrire une benzodiazépine
- C. Exercer une surveillance rapprochée
- D. Prescrire un neuroleptique
- E. Prescrire un anti-comitial

Q 8 : Chez la personnalité antisociale (psychopathique) :

- A. On retrouve l'impulsivité et l'agressivité et les conduites de délinquance

- B. On retrouve une « Patho-biographie » à début précoce.
- C. On ne retrouve pas l'impulsivité, ni l'agressivité, ni les conduites de délinquance
- D. A l'âge adulte, la personnalité antisociale opte généralement pour un de ces deux modes de vie ; la transgression des lois ou la dépendance par « vie de parasite »
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 9 : Chez la personnalité borderline (limite) :

- A. La personnalité borderline (limite) n'est pas une personnalité pathologique
- B. La décompensation survient s'il y a rupture ou menace de rupture relationnelle
- C. On ne retrouve pas de troubles de caractère ou de comportement.
- D. Les symptômes sont polymorphes et fluctuants, mais sont dominés par l'instabilité et l'impulsivité.
- E. L'angoisse est « abandonnique » et la dépression est « anaclitique»

Q 10 : Parmi ces propositions, cochez celles qui sont justes :

- A. La personnalité pathologique est un facteur de mauvais pronostic pour la pathologie psychiatrique.
- B. Les états dépressifs associés à un trouble de personnalité ne sont jamais résistants aux traitements.
- C. Les états dépressifs associés à un trouble de personnalité sont souvent résistants aux traitements.

D. La personnalité anxio-phobique est en état d'alerte permanent et produit souvent des conduites d'évitement

E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 11 : L'hystérie :

A. C'est une névrose où les conflits psychologiques ne sont pas exprimés symboliquement par des symptômes avec une hyper expressivité.

B. C'est une névrose où les conflits psychologiques sont exprimés symboliquement par des symptômes avec une hyper expressivité

C. Les symptômes exprimés avec hyper expressivité sont physiques ou psychiques.

D. Les symptômes exprimés avec hyper expressivité sont paroxystiques ou durables.

E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 12 : Dans la clinique de l'hystérie, on retrouve :

A. Les conversions somatiques, qui sont des symptômes d'expression physique

B. La « belle indifférence » vis-à-vis du symptôme (bénéfice primaire).

C. Les conflits sont des facteurs déclenchants

D. Des douleurs et des manifestations neurovégétatives (spasmes, cyanoses des téguments)

E. Des atteintes motrices ne respectant pas la systématisation neurologique.

Q 13 : Parmi les symptômes d'expression psychique de l'hystérie (troubles dissociatifs) :

- A. On retrouve l'inhibition intellectuelle
- B. On ne retrouve pas les fugues amnésiques.
- C. On ne retrouve pas les états crépusculaires
- D. On retrouve les troubles de la mémoire.
- E. On retrouve les états seconds.

Q 14 : Parmi ces propositions concernant l'hystérie ; cochez les propositions justes :

- A. La négligence des symptômes est un élément de pronostic défavorable.
- B. Il faut éviter une médicalisation excessive lors du traitement des manifestations durables.
- C. Le traitement des crises paroxystiques passe par la dédramatisation et l'écoute.
- D. Certaines pathologies neurologiques sont des diagnostics différentiels à éliminer avant de retenir le diagnostic de l'hystérie
- E. Le principal objectif de la prise en charge ; c'est l'établissement d'une relation thérapeutique rassurante avec reconnaissance de la souffrance et une écoute neutre et bienveillante.

Q 15 : La substance la plus addictogène parmi ces substances est :

- A. Le tabac
- B. L'alcool
- C. Le cannabis
- D. Les amphétamines

E. Les solvants

Q 16 : Les troubles addictifs comprennent :

A. Le tabac

B. La caféine

C. Le cannabis

D. La cocaïne

E. Les solvants

Q 17 : Concernant les manifestations de l'hystérie :

A. Les symptômes d'expression physiques (conversions) sont accompagnés de « la belle indifférence »

B. Les pseudo-paralysies font parties des manifestations durables.

C. Les états seconds font partie des symptômes d'expression psychiques (troubles dissociatifs).

D. Le diagnostic positif est clinique

E. Le pronostic ne dépend pas de la qualité de la relation avec le thérapeute

Q 18 : Concernant les troubles de conduites alimentaires (TCA) des adolescents :

A. Les facteurs étiopathogéniques de maintien peuvent être interactionnels.

B. L'hypertrophie des parotides n'est pas un retentissement de la boulimie.

C. Les conduites suicidaires peuvent être une complication des troubles de conduites alimentaires(TCA)

D. Un index de masse corporel (IMC) supérieur à 16 ; est un critère

d'hospitalisation.

E. Une hypothermie n'est pas un critère d'hospitalisation

Q 19 : Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) qui est (sont) juste(s) ?

A. Dans l'anorexie mentale, on retrouve un poids normal

B. Dans l'anorexie mentale, on retrouve un déni du trouble.

C. Dans la boulimie, on retrouve une conscience douloureuse du trouble.

D. La tuberculose n'est pas un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale

E. Aucune de ces propositions n'est juste

Q 20 : Concernant la boulimie :

A. La crise boulimique dure de 2 à 8 heures.

B. Lors de la pré-crise ; on distingue un sentiment de honte et de culpabilité.

C. Lors de la crise boulimique ; on retrouve un sentiment de « déplaisir »

D. La post-crise s'accompagne souvent de vomissements provoqués

E. En dehors de la crise ; on distingue une préoccupation exagérée concernant l'image corporelle.

Q 21 : La personnalité sensitive est caractérisée par :

A. A l'existence des scrupules

B. La rétention douloureuse des affects

C. Des frustrations

D. L'absence de scrupules

E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 22 : Parmi ces propositions concernant l'hystérie ; cochez les propositions justes:

A. La négligence des symptômes par le patient ou la patiente est un élément de pronostic défavorable.

B. Il faut éviter une médicalisation excessive lors du traitement des manifestations durables.

C. Le traitement des crises paroxystiques passe par la dédramatisation et l'écoute

D. Certaines pathologies neurologiques sont des diagnostics différentiels à éliminer avant de retenir le diagnostic de l'hystérie

E. Le principal objectif de la prise en charge; c'est l'établissement d'une relation thérapeutique rassurante avec reconnaissance de la souffrance et écoute neutre et bienveillante.

Q 23 : Concernant les personnalités pathologiques :

A. Le groupe B inclut la personnalité antisociale, la personnalité borderline, la personnalité histrionique et la personnalité narcissique

B. La personnalité pathologique représente une souffrance avec un style de vie marqué par la rigidité et l'inadaptation

C. La personnalité pathologique est toujours adaptée et n'altère jamais le fonctionnement social.

D. Chez la personnalité paranoïaque, on retrouve une rigidité. Une méfiance et une fausseté du jugement

E. Chez la personnalité paranoïaque, on ne retrouve jamais de

rigidité, ni de méfiance et ni de fausseté du jugement.

Q 24 : Chez la personnalité antisociale psychopathique :

- A. On ne retrouve pas l'impulsivité, ni l'agressivité, ni les conduites de délinquance
- B. On retrouve l'impulsivité et l'agressivité et les conduites de délinquance
- C. On ne retrouve jamais une « Patho-biographie » à début précoce
- D. A l'âge adulte, la personnalité antisociale opte généralement pour un de ces deux modes de vie : la transgression des lois ou la dépendance par « vie de parasite »
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 25 : Chez la personnalité borderline (limite) :

- A. L'angoisse est « abandonnique » et la dépression est « anaclitique ».
- B. La personnalité borderline (limite) n'est pas une personnalité pathologique.
- C. La décompensation survient s'il y a rupture ou menace de rupture relationnelle
- D. On ne retrouve pas de troubles de caractère et de comportement.
- E. Les symptômes sont polymorphes et fluctuants, mais sont dominés par l'instabilité et l'impulsivité.

Q 26 : Parmi ces propositions, cochez celles qui sont justes :

- A. La personnalité pathologique n'est pas un facteur de mauvais pronostic pour la pathologie psychiatrique.
- B. Les états dépressifs associés à un trouble de personnalité ne sont

jamais résistants aux traitements.

- C. Les états dépressifs associés à un trouble de personnalité sont souvent résistants aux traitements.
- D. La personnalité anxio-phobique n'est jamais en état d'alerte permanent et ne produit jamais des conduites d'évitement.
- E. La personnalité anxio-phobique est en état d'alerte permanent et produit souvent des conduites d'évitement.

Q 27 : L'hystérie (définitions) :

- A. C'est une névrose où les conflits psychologiques sont exprimés symboliquement par des symptômes avec hyper expressivité
- B. C'est une névrose où les conflits psychologiques ne sont pas exprimés symboliquement par des symptômes avec hyper expressivité
- C. Les symptômes exprimés avec hyper expressivité sont toujours durables
- D. Les symptômes exprimés avec hyper expressivité sont physiques ou psychiques
- E. Les symptômes exprimés avec hyper expressivité sont paroxystiques ou durables.

Q 28 : Dans la clinique de L'hystérie, on retrouve :

- A. Les conversions somatiques, qui sont des symptômes d'expression physique.
- B. La « belle indifférence » vis-à-vis du symptôme, qui représente le bénéfice primaire.
- C. La présence des facteurs déclenchants.

- D. Des douleurs et des manifestations neurovégétatives (spasmes, cyanoses des téguments).
- E. Des atteintes motrices ne respectant pas la systématisation neurologique.

Q 29 : Parmi les symptômes d'expression psychique dans l'hystérie (troubles dissociatifs) :

- A. On ne retrouve pas les fugues amnésiques.
- B. On retrouve l'inhibition intellectuelle.
- C. On retrouve les états seconds.
- D. On ne retrouve pas les états crépusculaires.
- E. On retrouve les troubles de la mémoire.

Q 30 : L'anorexie mentale est :

- A. Un trouble des conduites alimentaires
- B. Age de prédilection 15–24 ans
- C. Prédominance masculine
- D. Conséquences somatiques graves
- E. Diagnostic différentiel avec pathologie infectieuse.

Q 31 : Parmi ces propositions, lesquelles font partie du tableau clinique de l'anorexie mentale ?

- A. Aménorrhée
- B. Amaigrissement
- C. Reconnaissance de la maigreur
- D. Surinvestissement intellectuel
- E. Perception altérée de l'image du corps

Q 32 : Les complications des conduites boulimiques sont :

- A. Vomissements.
- B. Troubles hydro-électrolytiques.
- C. Dépression.
- D. Usage de substance.
- E. Tentatives de suicide.

Q 33 : Concernant L'anorexie mentale, cochez les propositions justes :

- A. Pathologie à prédominance féminine.
- B. Age de prédilection de 15 à 24 ans.
- C. C'est une conduite de restriction alimentaire involontaire.
- D. 5 à 9% de décès.
- E. Aucune réponse n'est juste.

Q 34 : Les signes psychologiques spécifiques de l'anorexie mentale :

- A. Relation fascination / répulsion par rapport à la nourriture.
- B. Reconnaissance de la maigreur.
- C. Surinvestissement intellectuel, scolarité brillante.
- D. Recherche de tout désir et plaisir.
- E. L'image du corps altérée.

Q 35 : Concernant l'anorexie mentale, Cochez les réponses justes :

- A. La forme clinique chez le garçon se caractérise par trouble de l'érection.
- B. La forme pré pubertaire est de meilleur pronostic.
- C. Les formes associant anorexie et boulimie de pronostic moins bon par rapport aux formes anorexie isolées.
- D. L'hospitalisation en réanimation est indiquée si dénutrition

grave.

E. Aucune réponse n'est juste.

Q 36 : La personnalité hystérique est caractérisée par :

A. La mythomanie.

B. La méfiance.

C. Le retrait.

D. L'immaturation.

E. Le désir de paraître.

Q 37 : Le symptôme de conversion dans l'hystérie est habituellement :

A. Intentionnel et volontaire.

B. Expliqué par une affection organique.

C. Accompagné d'une forte charge anxieuse.

D. Secondaire à un facteur de stress déclenchant.

E. Irréversible.

Q 38 : Parmi les caractéristiques de la personnalité histrionique, on retrouve :

A. Un théâtralisme.

B. Une labilité émotionnelle.

C. Une dramatisation.

D. Une méfiance.

E. Une avidité affective.

Q 39 : Le syndrome de sevrage :

A. Traduit les signes de retrait accompagnant le manque.

B. N'est pas un critère de dépendance à une substance.

C. Ne concerne pas l'addiction au tabac.

- D. Est une cible importante dans la prise en charge des patients.
- E. Il peut être très sévère.

Q 40 : Le phénomène de tolérance en addictologie :

- A. Désigne un usage de plus en plus important pour avoir les mêmes effets.
- B. Les mêmes doses donnent moins d'effets recherchés avec le temps.
- C. Explique l'augmentation des doses utilisées.
- D. Est un critère de diagnostic d'un trouble de l'usage d'une substance.
- E. Il peut être acquis ou inné.

Q 41 : Le Craving :

- A. Disparaît rapidement après l'arrêt d'une substance.
- B. Est un facteur de rechute important.
- C. Est un phénomène subjectif ressenti par le patient comme une envie pressante de consommer le produit.
- D. Est une entité objective et mesurable.
- E. Est une cible importante dans la prise en charge.

Q 42 : Le potentiel addictogène propre à une substance :

- A. Dépend de la nature de la substance.
- B. Dépend de la voie d'administration.
- C. Dépend du statut social de la substance.
- D. Est plus prononcé pour le cannabis que pour le tabac.
- E. Est plus prononcé pour l'alcool que pour la cocaïne.

Q 43 : Parmi les éléments suivants, lesquels jouent un rôle protecteur contre les addictions ?

- A. Avoir tendance à la recherche de sensations nouvelles.
- B. La capacité de résoudre les problèmes.
- C. Avoir de bonnes compétences professionnelles.
- D. Avoir de bonnes compétences sociales.
- E. Avoir une bonne estime de soi.

Q 44 : Le perfectionnisme et la rigueur hors du commun, sont des traits observés dans quel trouble de personnalité :

- A. Trouble de la personnalité narcissique.
- B. Trouble de la personnalité paranoïaque.
- C. Trouble de la personnalité obsessionnelle.
- D. Trouble de la personnalité évitante.
- E. Trouble de la personnalité dépendante.

Q 45 : L'éjaculation prématurée :

- A. Survient dans les deux minutes suivant la pénétration.
- B. Survient avant que la personne ne le souhaite.
- C. Peut être traitée par anxiolytiques.
- D. Peut être traitée par sexothérapie.
- E. Est un trouble de la troisième phase de l'acte sexuel.

Q 46 : Votre conduite à tenir devant une dysfonction érectile induite par un antidépresseur :

- A. Ajouter un anxiolytique.
- B. Changer de traitement.
- C. Diminuer les doses.

D. Prescrire un inhibiteur de la PDE5.

E. Hospitalisation.

Q 47 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des caractéristiques cliniques de l'addiction ?

A. L'envahissement de la pensée par la drogue et ses représentations.

B. La poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives.

C. Les hallucinations auditives.

D. La recherche compulsive du produit.

E. La perte de temps et l'abandon des activités.

Q 48 : On compte parmi les symptômes de sevrage du tabac :

A. Le delirium tremens.

B. Les convulsions.

C. Les céphalées.

D. La colère.

E. L'irritabilité.

Q 49 : L'utilisation de doses grandissantes d'une drogue pour avoir les mêmes effets recherchés désigne :

A. Le craving.

B. Le sevrage.

C. La dépendance.

D. Le phénomène de tolérance.

E. Le syndrome amotivationnel.

Q 50 : Les facteurs individuels de vulnérabilité aux addictions comportent (3 réponses justes) :

- A. Les facteurs génétiques.
- B. Les traits de la personnalité.
- C. Les événements de vie.
- D. Le pouvoir addictogène du produit.
- E. Les facteurs sociaux.

Q 51 : Parmi les substances suivantes, lesquelles sont reconnues par le DSM 5 comme addictogène ?

- A. La caféine.
- B. Les opioïdes.
- C. Le cannabis.
- D. Les stimulants.
- E. L'internet.

Q 52 : La personnalité antisociale est caractérisée par :

- A. L'impulsivité.
- B. L'intolérance à la frustration.
- C. La tendance à la manipulation.
- D. La peur de l'abandon.
- E. Le perfectionnisme.

Q 53 : Parmi les traits des personnalités pathologiques du cluster B, on trouve :

- A. L'évitement.
- B. L'émotivité.
- C. Le théâtralisme.

- D. L'étrangeté.
- E. Les caprices.

Q 54 : Dans les troubles sexuels :

- A. Les symptômes sont considérés comme pathologiques à partir d'un mois d'évolution.
- B. Les dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs sont une source fréquente de mauvaise observance du traitement.
- C. L'éjaculation prématurée est un trouble de la première phase de l'acte sexuel.
- D. La sexothérapie est une psychothérapie basée sur des techniques cognitives et comportementales.
- E. La dysphorie du genre est un trouble sexuel fréquent.

Q 55 : Les inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5 sont utilisés comme :

- A. Traitement de fond de l'éjaculation prématurée.
- B. Traitement adjuvant de la sexothérapie.
- C. Traitement ponctuel du trouble de l'érection.
- D. Traitement de longue durée pour un trouble de l'érection induit par un médicament.
- E. Traitement adjuvant de la diminution du désir sexuel chez l'homme.

Q 56 : Parmi les complications des troubles de la personnalité :

- A. La dépression
- B. Les tentatives de suicide
- C. L'alcoolisme

- D. Les épisodes psychotiques transitoires
- E. Le trouble panique

Q 57 : Dans les troubles du sommeil :

- A. Le diagnostic repose sur un entretien minutieux et détaillé
- B. Les insomnies transitoires sont souvent réactionnelles à une situation de stress
- C. Les hypersomnies sont plus fréquentes chez les femmes
- D. La durée du sommeil dans le syndrome de retard de phase est normale
- E. Le somnambulisme est un comportement stéréotypé complexe survenant durant le dernier tiers de la nuit

5.4. Cas cliniques :

❖ CAS N°1 :

Madame S, 32 ans, amenée par sa mère aux urgences psychiatriques. Elle a accouché il y a 10 jours. Elle ne comprend pas pourquoi cette femme l'a amenée ici. « C'est sûrement parce qu'elle veut du mal à mon enfant ». « Elle fait partie de cette bande de chasseurs masqués qui vient le soir dans ma chambre pour me voler mon enfant. D'ailleurs, ce n'est pas ma fille. J'avais un garçon mais ils m'en ont donné un autre.»

Sa mère est très inquiète. Lorsque sa fille est rentrée de la maternité, elle semblait fatiguée mais heureuse et puis brutalement, son comportement a changé. « Je ne sais plus quoi faire. Parfois, elle s'agite dans tous les sens et à certains moments, elle reste assise des heures entières dans sa chambre comme si plus rien ne l'intéressait. Elle me raconte des choses bizarres et le soir elle hurle comme si elle avait des cauchemars sans dormir. »

1. Quels sont les éléments sémiologiques de cette observation ?

- A. Hallucinations visuelles
- B. Automatisme mental
- C. Syndrome confusionnel
- D. Délire onirique
- E. Hallucinations auditives

2. Quel est le diagnostic le plus probable à évoquer chez cette patiente?

- A. Dépression du post-partum
- B. Trouble schizo-affectif
- C. Psychose puerpérale
- D. Manie puerpérale

- E. Schizophrénie paranoïde
- 3. Quels sont les trois principaux diagnostics différentiels à évoquer chez cette patiente ?**
- A. Schizophrénie
B. Thrombophlébite cérébrale
C. Septicémie
D. Rétention placentaire
E. Psychose hallucinatoire chronique
- 4. Quelles sont les modalités évolutives chez cette patiente ?**
- A. Evolution vers une schizophrénie
B. Evolution vers un trouble bipolaire
C. Guérison
D. Récidive du trouble
E. Evolution vers une psychose paranoïaque
- 5. Quels sont les trois éléments de bon pronostic chez cette patiente ?**
- A. C'est le premier épisode psychiatrique chez elle
B. L'accouchement qui a eu lieu 10 jours avant
C. Les cauchemars
D. L'agitation
E. Le début aigu
- 6. Quelles sont les modalités thérapeutiques immédiates ?**
- A. Hospitalisation
B. Antidépresseurs par voie parentérale
C. Neuroleptiques injectables
D. Antidépresseurs associés aux thymorégulateurs

E. Antidépresseurs associés aux anxiolytiques

7. Le traitement au long cours chez cette patiente repose sur :

A. Les antidépresseurs

B. Les antipsychotiques

C. Les thymorégulateurs

D. Les benzodiazépines

E. Les hypnotiques

8. Cette pathologie est :

A. Classiquement sensible aux antidépresseurs

B. Habituellement résistante aux antidépresseurs

C. Classiquement sensible aux neuroleptiques

D. Habituellement résistante aux neuroleptiques

E. Aucune de ces propositions

9. La durée minimale du traitement de cette patiente est :

A. 3 mois

B. 6 mois

C. Un an

D. 3 ans

E. 5 ans

10. Parmi ces molécules quelles sont celles qui ne font pas partie des antipsychotiques classiques ?

- A. La Pipotiazine (Piportil)
- B. La lévomépromazine (Nozinan)
- C. L'halopéridol (Haldol)
- D. L'Olanzapine (Zyprexa)
- E. La Rispéridone (Risperdal)

❖ CAS N°2 :

Patiente âgée de 28 ans, admise aux urgences psychiatriques pour troubles du comportement, ramenée par sa famille. Elle est à J10 du post-partum. Il s'agit de sa première grossesse, elle a accouché d'un garçon, sa grossesse était bien suivie, par ailleurs, l'accouchement était par césarienne suite à une rupture prématurée des membranes. La mère rapporte que depuis 3 jours, elle était anxieuse, s'inquiète beaucoup par rapport à la santé du bébé, avec insomnie, ensuite, le tableau clinique s'est aggravé par des propos étranges et agitation psychomotrice. A l'entretien, contact difficile, angoissée, semble désorientée dans le temps et l'espace, elle disait « mon fils a été volé », « je vois des monstres qui veulent agresser mon fils », « mon mari est complice avec eux ».

A noter que la patiente n'a pas d'antécédents psychiatriques, mais elle est passée par des moments difficiles suite au décès du père au 7^{ème} mois de grossesse.

1. Quels sont les symptômes rapportés dans l'observation ?

- A. Désorganisation de la pensée
- B. Symptômes confusionnels
- C. Symptômes dépressifs
- D. Délire de persécution
- E. Hallucinations visuelles

2. Quel est le premier diagnostic à évoquer ?

- A. Dépression majeure
- B. Trouble panique
- C. Psychose puerpérale

- D. Hystérie
 - E. Schizophrénie
- 3. Citer les trois principaux diagnostics différentiels sur le plan organique :**
- A. Accident vasculaire cérébral
 - B. Thrombophlébite cérébrale
 - C. Méningo-encéphalite
 - D. Décompensation acidocétosique
 - E. Rétention placentaire
- 4. Citer trois bilans à faire en urgence :**
- A. Echographie pelvienne
 - B. Imagerie cérébrale
 - C. Bilan hépatique
 - D. Bilan infectieux
 - E. Bilan glycémique
- 5. La prise en charge immédiate de cette patiente repose sur :**
- A. Hospitalisation
 - B. Suivi ambulatoire
 - C. Antidépresseurs par voie parentérale
 - D. Neuroleptiques injectables
 - E. Thymorégulateurs et anxiolytiques
- 6. Le traitement au long cours chez cette patiente repose sur :**
- A. Antidépresseurs
 - B. Antipsychotiques
 - C. Benzodiazépines

- D. Hypnotiques
 - E. Thymorégulateurs
- 7. Quels sont les facteurs de risque rapportés dans l'observation ?**
- A. Age de la patiente
 - B. Primiparité
 - C. Deuil périnatal
 - D. Complications obstétricales
 - E. Situation sociale précaire
- 8. Deux risques à redouter chez cette patiente :**
- A. Usage de substance.
 - B. Conduite suicidaire
 - C. Infanticide
 - D. Hétéroagressivité
 - E. Fugue.
- 9. Les modalités évolutives à discuter chez cette patiente :**
- A. Rémission complète, épisode unique
 - B. Récidive
 - C. Evolution vers la schizophrénie
 - D. Evolution vers trouble bipolaire
 - E. Aucune réponse n'est juste

10. Concernant le pronostic, cette pathologie est :

- A. Habituellement sensible aux antidépresseurs
- B. Habituellement résistante aux antidépresseurs
- C. Habituellement sensible aux neuroleptiques
- D. Habituellement résistante aux neuroleptiques
- E. Aucune réponse n'est juste

❖ CAS N°3 :

Vous êtes appelé au chevet d'une patiente de 16 ans hospitalisée pour diagnostic étiologique et prise en charge d'un amaigrissement important (15 kg en 3 mois) et d'une bradycardie. L'exploration n'identifie pas de cause organique mais objective une hypokaliémie, une hypoglycémie et une anémie carencielle.

- 1. Quels autres éléments de la triade de diagnostic d'une anorexie mentale doit-on chercher ?**
 - A. L'usage de laxatifs
 - B. L'ascétisme
 - C. L'aménorrhée
 - D. La boulimie
 - E. L'anorexie

- 2. Le diagnostic d'anorexie mentale est posé, devant la restriction alimentaire active et la distorsion de l'image du corps. L'anamnèse objective des accès d'hyperphagie suivis d'usage de laxatifs et des vomissements provoqués. Devant ces éléments laquelle des propositions suivantes est juste ?**
 - A. Il s'agit d'une comorbidité anorexie boulimie
 - B. Il s'agit d'une anorexie mentale type accès hyperphagiques/purgatifs
 - C. Il s'agit d'une dysmorphophobie
 - D. Il s'agit du de syndrome de Kleine-Levin
 - E. Il s'agit d'un mérycisme

3. Devant l'urgence vitale, lequel des examens suivants demanderez-vous immédiatement ?

- A. Un bilan nutritionnel
- B. Une imagerie cérébrale
- C. Un électrocardiogramme
- D. Une ostéodensitométrie
- E. Un dosage des hormones thyroïdiennes

6. Urgences psychiatriques :

6.1. Résumés :

L'urgence psychiatrique se compose d'un **vaste ensemble de situations et de pathologies ayant en commun la nécessité d'une réponse urgente, rapide et adéquate** de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique.

L'urgence psychiatrique se répartit ainsi en trois groupes : [23] [24]

- **Urgences psychiatriques pures** : Ce sont une décompensation aiguë d'une affection psychiatrique (épisode dépressif majeur, bouffée délirante aiguë, schizophrénie délirante et hallucinatoire...).
- **Urgences intriquées, médico-psychiatriques** : Comme l'intoxication éthylique aiguë, gestion d'une tentative d'autolyse, encéphalopathie alcoolique...
- **Situations de crise ou de détresse psychosociale** : pouvant se manifester sous forme de :
 - Crises aigus transitoires à expression émotionnelle intense ;
 - Troubles de l'adaptation liés à une situation de crise ou de détresse psychosociale ;
 - D'ordre réactionnel : deuil, pertes diverses, chômage, problèmes financiers, professionnels ou judiciaires...
 - D'ordre relationnel : conflit conjugal, sentimental ou familial...

La prise en charge initiale s'appuie sur un examen clinique et paraclinique minutieux pour rechercher une cause organique et éliminer les diagnostics différentiels. Une fois l'urgence psychiatrique est confirmée, une démarche clinique rigoureuse et structurée, ainsi qu'une prise de décision

rapide sont nécessaires, afin d'assurer une intervention adaptée et efficace.

Elle repose sur un tri somatique initial visant à éliminer ou stabiliser une urgence vitale, soulager la crise et identifier les critères de gravité (idées suicidaires, stupeur, traumatisme sévère, syndrome dépressif). Enfin, une vigilance particulière est requise face aux inhibitions psychomotrices, qui peuvent masquer un risque vital.

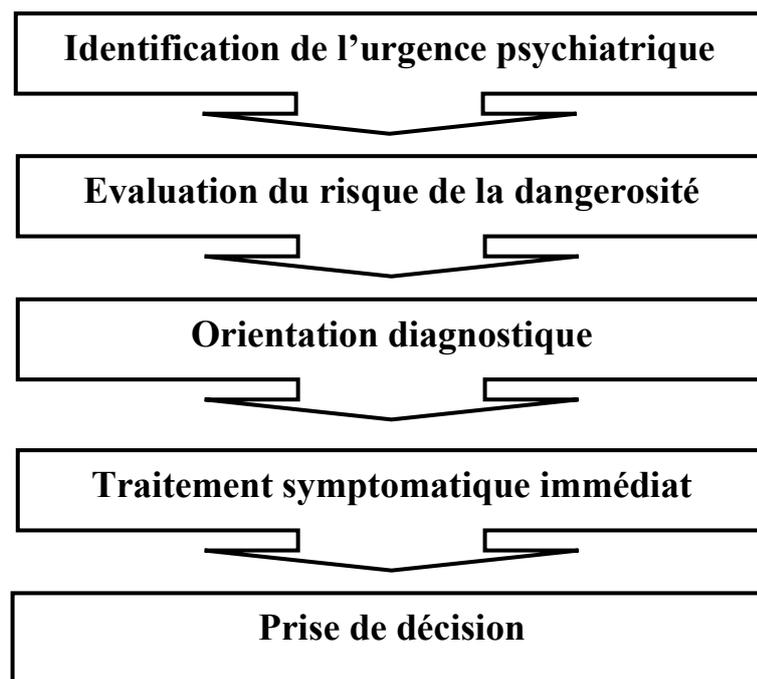


Figure 10. Etapes d'évaluation et de prise en charge d'une urgence psychiatrique.

Parmi les principales urgences psychiatriques, on peut citer :

- L'état d'agitation.
- Les tentatives de suicide.
- L'état de stupeur.
- La confusion mentale.
- Le syndrome malin des neuroleptiques.
- La crise d'agitation aigue.

a. État d'agitation :

L'agitation psychomotrice est un **trouble du comportement psychomoteur** caractérisé par une **hyperactivité motrice** associée à une **perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée**. Elle peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto ou hétéroagressivité.

❖ Conduite à tenir diagnostique :

- **Isoler** le patient dans une pièce calme et tenter de **rétablir le contact et la communication**, pour rompre la spirale peur-agressivité tout en adoptant une **attitude neutre**, ferme et décidée face au patient.
- **Rassurer** sans porter de jugement, **dédramatiser** la situation.
- En cas d'impossibilité de communiquer, une sédation peut s'avérer nécessaire.
- **Interrogatoire** du patient et de son entourage, à la recherche des circonstances de survenue, des facteurs déclenchants, des antécédents psychiatriques et médicaux...
- **Examen clinique** : doit être particulièrement minutieux lorsque l'anamnèse relève des éléments en faveur d'une étiologie organique. Il doit aussi préciser : les caractéristiques de l'agitation (intensité, permanence, récurrence, qualité du contact), l'état de conscience (désorientation temporelle et spatiale, obnubilation), l'existence d'altération de l'humeur et la présence de phénomènes hallucinatoires et délirants.
- **Examens paracliniques** : en fonction de l'orientation clinique.
 - Glycémie capillaire, Ionogramme, calcémie, NFS, CRP, bilan hépatique, VS.

- Saturation artérielle en oxygène (SpO2).
- Alcoolémie, recherche qualitative de médicaments dans le sang.
- ECG, Imagerie cérébrale ; PL, EEG.

❖ **Etiologies :** Il est impératif de rechercher prioritairement les étiologies les plus fréquentes et/ou les plus graves en fonction du contexte clinique. C'est pourquoi une étiologie non psychiatrique est systématiquement recherchée dans un premier temps. Elles sont multiples, organiques et psychiatriques.

Toxique et Médicamenteuse	Neurologique	Métabolique et Endocrinienne	Psychiatrique	Autres
<ul style="list-style-type: none"> • Alcool, Autres toxicomanies • Intoxication (CO, plomb) • Médicaments (corticoïdes, psychotropes (benzodiazépines, lithium)) • sevrages 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme crânien, HSD, HTIC • Tumeur cérébrale (frontale) • Epilepsie • Démence 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoglycémie • Acidocétose diabétique • Dysnatrémie, dyscalcémie • Hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie • Syndrome de Cushing 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles de l'humeur: état maniaque, mélancolie anxieuse • Troubles anxieux: Attaque de panique • Psychose aiguë: BDA • Psychoses chroniques: SCZ, paranoïa 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectieuse: toute infection systémique sévère avec fièvre élevée (encéphalite, méningite, sepsis) • Toute douleur aiguë (Colique néphrétique ou hépatique, occlusion intestinale, abcès) • Chez le sujet âgé, dans le cadre d'une démence. Il faut rechercher: un fécalome, RAU, déshydratation.

Tableau 16. Les différentes étiologies à évoquer devant un état d'agitation.

❖ Conduite à tenir thérapeutique :

- **Hospitalisation** non systématique. Elle dépend de la gravité de l'étiologie suspectée et permet de poursuivre le bilan étiologique, ainsi qu'une prise en charge adaptée selon la pathologie. La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.
- **Traitement médicamenteux** en monothérapie. C'est un traitement curatif immédiat, souvent nécessaire du fait de l'intensité de l'agitation, par voie orale ou intramusculaire.
- **Les benzodiazépines (BZD)**, dans les formes anxieuses ou liées à l'alcool : Diazépam 10mg/ Clorzébate 50mg.
- **Les antipsychotiques sédatifs**, en cas d'agitation sévère ou échec des BZD : Association de Lévomépromazine / Halopéridol.
- **Surveillance** de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
 - **Contention physique** : en cas d'échec du traitement médical avec risque d'auto ou hétéroagressivité ou risque de fugue. Elle doit s'accompagner d'une sédation médicamenteuse pour limiter le risque de fractures et de luxations avec surveillance régulière de l'état de conscience et des constantes cliniques.
 - **Traitement étiologique** : C'est le traitement de fond. Il diffère selon l'étiologie de l'agitation. Une fois l'agitation canalisée, la mise en place d'un traitement adapté au trouble doit se faire de manière différée, afin de permettre une évaluation sémiologique correcte, à distance de la situation d'urgence, et après un bilan pré-thérapeutique.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ L'agitation est un état d'**hyperactivité motrice** avec **perte du contrôle des actes et de la pensée.**
- ✓ Il faut systématiquement **rechercher et évaluer le risque suicidaire ou d'hétéroagressivité.**
- ✓ **Urgence thérapeutique et diagnostique.**
- ✓ Jusqu'à preuve du contraire, **tout état d'agitation est de cause toxique ou organique.**
- ✓ Les **causes psychiatriques** sont à évoquer en second temps.
- ✓ En cas d'étiologie non psychiatrique, la prise en charge thérapeutique en urgence est celle de la pathologie sous-jacente.
- ✓ En cas de trouble psychiatrique, la prise en charge en urgence repose sur la sédation et l'anxiolyse.

b. Tentatives de suicide :

Une tentative de suicide (TS) : c'est un **acte conscient d'autodestruction** qui traduit le mal être d'un sujet, confronté à une situation où cet acte apparaît comme la seule issue.

Selon le Baromètre santé 2020, 4,2 % des personnes âgées de 18 à 85 ans ont déclaré avoir envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois. En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et la première chez les 25-34 ans. On observe également une surmortalité masculine marquée, avec un sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme. [3]

Les **conduites suicidaires** comprennent :

- Le suicide : acte intentionnel de mettre fin à sa propre vie.
- Les tentatives de suicide : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.
- Les idées suicidaires : correspondent aux pensées concernant le souhait de mourir.

- Les équivalents suicidaires : conduites à risque ne résultant pas d'un raisonnement conscient, mais mettant systématiquement la vie en danger (usage de stupéfiants dangereux, automutilations).
- ❖ Repérer la crise suicidaire : Il ne faut jamais hésiter à questionner le patient sur l'existence d'idées de suicide. **Interroger sur les idées de suicide ne les fait pas émerger et permet de favoriser leur expression et de mettre en place des mesures de prévention du suicide.**

Le repérage de la crise suicidaire s'articule autour de trois axes : l'expression d'idées suicidaires, les manifestations d'une situation de **crise suicidaire** et le contexte de **vulnérabilité**.

❖ Evaluation du risque suicidaire : Facteurs de risque

FACTEURS PERSONNELS	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents suicidaires de l'individu. - Diagnostic de trouble psychiatrique (troubles de l'humeur, de la conduite alimentaire, de la personnalité, SCZ, trouble lié à l'usage de substances, etc.). - Traits de personnalité : faible estime de soi, impulsivité, agressivité, rigidité de la pensée, colère. - Expression d'idées suicidaires. - Présence de troubles de santé physique (handicap, maladie...).
FACTEURS FAMILIAUX	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents familiaux de TS et de suicide. - Problème de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents.
FACTEURS PSYCHOSOCIAUX	<ul style="list-style-type: none"> - ATCDs de maltraitance dans l'enfance (violences, abus physique, émotionnel ou sexuel) et pertes d'un parent pendant l'enfance. - Élément déclencheur : récent entraînant un état de crise chez un sujet. - Situation socio-économique: Difficultés économiques ou professionnelles. - Isolement social, séparation ou perte récente, difficultés avec la loi, échecs ou événements humiliants. - Difficultés scolaires, placement dans un foyer d'accueil ou en détention. - Imitation à la suite d'un suicide d'un proche.

Tableau 17. Les facteurs de risque du suicide. [3] [23]

❖ Prise en charge :

- **Eliminer et traiter une urgence organique +++**
- **Abord du patient :**
 - L'entretien doit se faire dans un endroit calme, sécurisé, en toute confidentialité. Il a pour but de travailler l'alliance thérapeutique.
 - Laisser le patient exprimer ses émotions.
 - Aborder les idées suicidaires en posant des questions simples.
 - L'examen médical est indispensable. Il permet d'apaiser le sujet suicidaire et de renforcer la relation avec le suicidaire.
 - Dépistage des symptômes évidents d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.
 - Repérer des soutiens possibles dans l'entourage, et lui expliquer la situation.
- **Evaluer l'urgence du projet suicidaire :** par l'existence d'un scénario suicidaire et d'un délai de mise en œuvre de ce projet.
- **Evaluer la dangerosité :** liée aux moyens envisagés pour le passage à l'acte et à leur létalité potentielle.

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

Tableau 18. Degré d'urgence suicidaire selon les éléments d'évaluation.

○ **Evaluer La gravité du geste suicidaire :**

Facteur	Haut risque	Risque faible
<u>Démographique et social</u>	Plus de 45ans	Moins de 45ans
Âge	Masculin	Féminin
Sexe	Divorcé ou veuf	Marié
Statut marital	Chômage	Employé
Emploi	Conflictuelles	Stables
Relations interpersonnelles	Chaotique, conflictuel	Stable
Milieu familial		
<u>Santé</u>		
Physique	Maladie chronique Hypochondriaque Prise excessive de médicaments	Bonne santé Se sent en forme Faible prise de substance
Mentale	Dépression sévère Psychose Trouble grave de la personnalité Abus de Substance Désespoir	Dépression modérée Névrose Personnalité normale Alcoolisme social Optimisme
<u>Activité suicidaire</u>		
Idées suicidaires	Fréquentes, intenses et prolongées Nombreuses	Rares, faibles et transitoires Première fois
Tentatives de suicides	Préméditées Secours improbable Désir clair de mourir Communication intérieur (Reproche) Méthode létale accessible	Impulsives Secours évident Souhait de changement Extériorisée (colère) Méthode peu létale et difficilement accessible

<u>Ressources</u>		
Personnelles	Faible réussite	Bonne réussite
	Insight pauvre	Bon insight
	Pauvreté ou mauvais contrôle des affects	Affects présents et contrôlés normalement
Sociales	Peu de relations	Bonnes relations
	Socialement isolé	Socialement intégré
	Famille insensible	Famille préoccupée

Tableau 19. Facteurs de gravité du geste suicidaire

- **Apprécier le contexte socio familial.**
- **Hospitalisation** à envisager en cas de :
 - Risque suicidaire imminent ou projet suicidaire.
 - Antécédents de tentatives de suicide.
 - Mélancolie.
 - Schizophrénie.
 - Idées délirantes.
 - Episode dépressif majeur.
 - Absence de critique du geste et refus de prise en charge en ambulatoire.
 - Sujet âgé.
 - Isolement affectif et environnement défavorable.
 - Refus de traitement, ou automédication.
 - Difficultés sociales ou événements de vie douloureux de survenue récente.
 - Impulsivité.

- **Traitement pharmacologique** sera en fonction de la pathologie sous-jacente :
 - Une anxiolyse efficace voire une sédation, est souvent nécessaire en début de traitement permettant de diminuer l'angoisse et d'éviter un nouveau passage à l'acte avant la diminution des symptômes ou avant la régression d'une situation de crise.
 - Tenir compte de la levée d'inhibition en début de traitement antidépresseur, imposant une surveillance de l'entourage voire une association avec un traitement sédatif.
 - Eviter les tricycliques chez les patients déprimés ayant un haut risque.
- **Attitudes psychothérapeutiques** : Une psychothérapie sera associée à la prise en charge du patient, le plus précocement possible.
- **Suivi au long cours** dont l'objectif est de prévenir la récurrence.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ La TS est l'urgence psychiatrique la plus fréquente.
- ✓ L'évaluation du risque suicidaire est un réflexe à avoir systématiquement en psychiatrie. Il est évalué selon un plan en 3 parties : **Risque-Urgence-Dangerosité**.
 - Risque → recherche de facteurs de risque et de protection
 - Urgence → niveau de souffrance et degré d'intentionnalité
 - Dangerosité → létalité du moyen considéré et facilité d'accès à ce moyen.
- ✓ La prise en charge est pluridisciplinaire.

c. État de stupeur :

L'état de stupeur est défini comme un **état d'inhibition totale**, de **suspension ou ralentissement extrême des mouvements volontaires**, et plus particulièrement des activités motrices de l'expression : **mimique, gestes, langage et attitude**.

L'état stuporeux c'est aussi un état de sidération de toutes les fonctions de la personnalité : intellectuelle, affective et thymique, accompagné d'une aboulie totale (manque voire disparition de la volonté).

Les sujets stuporeux peuvent, dans certains cas, être extraits de cet état par des stimuli extéroceptifs simples comme l'appel du nom, une stimulation auditive, ou une stimulation nociceptive vigoureuse et répétée, avant de sombrer dans leurs états de torpeur à nouveau, dès l'arrêt de celles-ci.

En pratique, il s'agit d'un patient :

- Immobile, qui ne répond pas aux sollicitations extérieures, mais qui semble complètement conscient. Les réflexes sont normaux et le patient maintient une attitude posturale de repli.
- Le visage n'exprimant rien (amimie) avec absence de contact visuel.
- Aspect « statufié ».
- Ne répondant pas aux questions, parfois totalement mutique.
- Refusant de s'alimenter et de boire.
- Présentant un certain degré de catalepsie (conservation des attitudes imposées). [25] [26]

❖ Conduite à tenir diagnostic :

- **Interrogatoire** : âge du patient, ses antécédents psychiatriques et somatiques, le contexte de survenue de l'état de stupeur, la date de début et l'évolution.
- **Examen clinique** : Il permet d'évaluer le retentissement sur l'état somatique et rechercher les symptômes orientant vers une étiologie organique. Ainsi, il faut :
 - Apprécier l'état de déshydratation (soif, pli cutané, oligurie, hyperthermie), et le degré d'amaigrissement et de cachexie.
 - Rechercher d'une hyperthermie et d'une oligurie.
 - Évaluer l'état cardiovasculaire (pouls, tension artérielle).
 - Examen neurologique : à la recherche de signes de localisation, d'un syndrome méningé, de paralysie des nerfs crâniens...
 - Rechercher des complications infectieuses, tendineuses et de décubitus : phlébite, embolie pulmonaire.
 - Examen psychiatrique minutieux.
- **Examens paracliniques** : dans le cadre d'un bilan de retentissement et pour la recherche des affections médicales pouvant être à l'origine de symptômes catatoniques, le bilan dépend des signes d'appel neurologique ou métabolique. On peut demander :
 - NFS, Ionogramme sanguin, glycémie, calcémie.
 - Fonction rénale et hépatique, bilan d'hémostase.
 - Recherche de toxiques dans le sang et les urines.

- Des **hémocultures** seront systématiquement prélevées en cas de fièvre et une ponction lombaire effectuée devant toute suspicion de méningite.
- ECG, radiographie de thorax.
- Un **scanner cérébral** sera réalisé en urgence en l'absence de cause évidente, même en l'absence de signes de focalisation.

❖ **Etiologies :**

Neurologiques	Métaboliques	Toxiques	Psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Hématome extra-dural (HED), Hématome sous-dural (HSD). • Epilepsie. • Tumeur cérébrale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysthyroïdie. • Hypoglycémie. • Encéphalites métaboliques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxications. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mélancolie: douleur morale. • Schizophrénie: dissociation. • Hystérie: théatralisme. • Confusion: alternance d'épisodes stuporeux et d'agitation. • Réactionnelle: facteur de stress important

Tableau 20. Etiologies d'un état de stupeur.

❖ Conduite à tenir thérapeutique :

- **Mise en observation et/ou hospitalisation+++ :** Indispensable en raison des urgences que constituent les étiologies d'un état stuporeux.
- **Mesures thérapeutiques générales :**
 - Réhydratation (perfusion de sérum glucosé).
 - Renutrition si nécessaire.
 - **Surveillance attentive :** pouls, tension artérielle, température, vigilance, examen neurologique, ionogramme et diurèse.
- **Prévention des complications.**
- **Mesures thérapeutiques spécifiques :** [27]
- **Stupeur mélancolique :**
 - Traitement par antidépresseur tricycliques en IV après élimination des contre-indications absolues.
 - Electroconvulsivothérapie après bilan pré thérapeutique et en dehors des contre-indications.
 - Le traitement par la suite est celui d'un état dépressif majeur.
- **Stupeur catatonique :**
 - L'électroconvulsivothérapie est le traitement de choix, en l'absence de contre-indication.
 - Les antipsychotiques peuvent être prescrits en faibles doses.
- **État de stress post traumatique avec stupeur :**
 - Isolement dans un milieu rassurant.
 - Importance du soutien et de la psychothérapie.

- Traitement de l'anxiété et des comorbidités associées.
- **Stupeur confusionnelle :**
 - Isolement du patient dans une chambre calme, bien éclairé, sécurisée, sans contention.
 - Mise en condition, sédation et traitement de fond de l'étiologie.
- **Stupeur de ressort neurochirurgical :** HED ou HSD dans les suites d'un traumatisme crânien (rechercher des signes de localisation, pratiquer un fond d'œil, demander un scanner cérébral en urgence). Recherche d'une néoformation intracrânienne (en particulier frontale).

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ L'état de stupeur est caractérisé par la **suspension complète de toute activité mentale et extérieure**, se traduisant cliniquement par une **rareté des mouvements**, un **mutisme**, une indifférence apparente aux stimulations, et s'accompagnant d'une baisse de la vigilance.
- ✓ L'état de stupeur est une **urgence vitale**, nécessitant une **exploration organique en priorité+++**.
- ✓ Il nécessite une mise en **observation et/ou une hospitalisation** en vue d'établir un diagnostic et de mettre en route un **traitement urgent**.
- ✓ Plusieurs étiologies peuvent être incriminées.

d. Confusion mentale :

Le syndrome confusionnel ou « confusion mentale » est une **urgence** diagnostique et thérapeutique. C'est un **syndrome neuropsychiatrique aigu**, qui traduit l'existence d'une souffrance cérébrale, d'étiologie organique en premier lieu.

La confusion mentale concerne 0,4 % de la population générale âgée de 18 ans et plus, et 1,1 % chez les personnes de plus de 55 ans.

- **Le mode de début** est souvent brutal, rapidement progressif. Les prodromes sont à recrudescences vespérale et nocturne :
 - Insomnie, Anorexie
 - Irritabilité, Anxiété croissante
 - Céphalées intenses à siège diffus
 - Altérations de l'humeur, souvent sous forme de symptômes dépressifs.
 - Des troubles de comportement à type de fugue, errance et parfois actes médico-légaux.
- **La phase d'état** : Les signes présents à cette phase sont caractérisés par une importante fluctuation. La présentation du malade est particulière : faciès figé, regard hagard, mimique hébétée, égarée et inadaptée aux émotions exprimées. Le tableau clinique est constitué par :
 - **Une désorientation temporo-spatiale** : Signe caractéristique du syndrome confusionnel.
 - **Des troubles de la vigilance** : entre sommeil et hypervigilance suspicieuse.

- **Des troubles de la conscience** : allant de l'obscureissement à la stupeur ou au coma.
- **Troubles de l'attention** (aprosexie) : baisse des capacités d'attention aux stimuli externes (inattention, distractibilité).
- **Troubles de la mémoire** : Atteinte de la mémoire antérograde avec impossibilité de mémoriser les événements récents. Un trouble de la mémoire rétrograde est également possible, du fait des difficultés de concentration.
- **La perplexité anxieuse.**
- **Troubles de la pensée** : désorganisation de la pensée, discours décousu, flou, imprécis, propos incohérents, compréhension défailante.
- **Onirisme** : état de rêve pathologique vécu et agi. Inconstant mais très caractéristique : syndrome confuso-onirique (delirium)
- **Trouble du comportement** : Agitation fréquente, Parfois apathie voire stupeur et mutisme.
- **Signes généraux** : le retentissement sur l'état général est habituel.
- **Signes neurovégétatifs** : tachycardie, sueurs, tremblements, hypotension artérielle...
- **Signes neurologiques non spécifique** : céphalées, tremblements, hypertonie musculaire, hyper réflexivité ostéo-tendineuse
- **Les symptômes de la maladie causale.**
- **Etiologies du syndrome confusionnel** : multiples, il faut toujours rechercher une cause organique.

Toxique et Médicamenteuse	Métabolique	Neurologique	Infectieuse	Psychiatrique
<ul style="list-style-type: none"> • Toxique: alcoolisme, Toxicomanies par intoxication aiguë, toxiques domestiques ou professionnels ou alimentaires • Médicamenteuse: intentionnel ou accidentel. • Sevrages 	<ul style="list-style-type: none"> • hypoglycémie • Dysthyroïdie • Troubles hydro-électrolytiques • Insuffisance rénale, hépatique et respiratoire • déshydratation 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme crânien • AVC • Encéphalopathie • Epilepsie • Tumeur cérébrale • HTIC • Maladies neuro-dégénératives 	<ul style="list-style-type: none"> • Toute fièvre élevée ou sepsis sévère • Neurosyphilis • Méningo-encéphalite • Typhoïde 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion psychogène : accès confusonoïrique des pathologies psychiatriques : Manies et dépressions confuses • BDA • mode de début de la SCZ • Psychose puerpérale

Tableau 21. Les étiologies du syndrome confusionnel.

❖ **Conduite à tenir diagnostique :**

- **Interrogatoire :** antécédents, début, signes cliniques, traitements en cours
- **Examen clinique complet,** principalement neurologique
- **Examens complémentaires :** En fonction du contexte clinique :
 - NFS, VS, ionogramme sanguin, Glycémie, Calcémie
 - TP, TCK, Groupe Rhésus
 - Urée, Créatinine
 - Bilan hépatique (ALAT, ASAT, PAL, Bilirubine total et conjuguée, γ GT)
 - Hémocultures, ECBU, ponction lombaire.

- Alcoolémie, Amylasémie, Gaz du sang
- Recherche de toxiques (Sang + urines)
- ECG, EEG
- Radiographie du thorax, Scanner cérébral (Si doutes sur un signe d'appel).

❖ **Conduite à tenir thérapeutique :**

- **Hospitalisation** en urgence
- **Isolement** dans une pièce calme éclairée et surveillée avec des mesures de protection (retrait des objets dangereux, verrouillage des issues).
- **Evaluation des fonctions vitales :** mesure des constantes hémodynamiques, de la température et de la glycémie capillaire. Selon la profondeur des troubles de la vigilance et de la présence d'une détresse cardiorespiratoire, le conditionnement du malade est nécessaire avant toute démarche diagnostique à visée étiologique.
- **Sédation de l'agitation** par une benzodiazépine injectable par voie intramusculaire (exemple : 10mg de Diazépam, 50mg de Clorazépate).
- **Correction des troubles hydro électrolytiques :** réhydratation par voie orale lorsque cela est possible (3-6l), si besoin pose d'une VVP avec surveillance biologique et de la diurèse.
- **Traitement étiologique :**
 - Antibiothérapie dans le cadre d'une origine infectieuse
 - Arrêt de la prise du toxique responsable de la confusion mentale
 - Diurèse osmotique lors d'une intoxication volontaire

- Correction d'un trouble métabolique selon le résultat de l'ionogramme.
- Traitement neurologique ou neurochirurgical

➡ Orientation éventuelle vers des services spécialisés : réanimation, infectiologie, neurochirurgie...

○ **Prévention :**

- Eviter de prescrire les doses élevées au sujet âgé.
- Eviter la polymédication chez le sujet âgé.
- Le sevrage ne doit pas être brutal.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Syndrome confusionnel : **altération fréquente** (surtout chez le sujet âgé), **sévère** et **réversible** de la vigilance, traduisant une **souffrance cérébrale diffuse**.
- ✓ **Origine organique ou toxique** le plus souvent.
- ✓ **Mode évolutif** : début brutal, importantes fluctuations du tableau clinique
- ✓ **Urgence diagnostique et thérapeutique** +++
- ✓ **Etiologies psychiatriques** à évoquer **en second temps** après avoir éliminé une cause **organique** ++
- ✓ **Pronostic** dépend de la rapidité de la prise en charge et de l'étiologie.

e. Syndrome malin des neuroleptiques :

Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) est l'**effet indésirable le plus redouté** des antipsychotiques et des médicaments altérant la neurotransmission dopaminergique (lithium, lévodopa...). C'est un effet **rare** mais **grave**, et dont la physiopathologie reste mal connue, impliquant principalement le blocage des récepteurs dopaminergiques.

L'incidence du syndrome malin des neuroleptiques (SMN) chez les patients traités varie entre 0,07 % et 0,15 %.

Le syndrome malin des neuroleptiques se développe généralement dans les deux premières semaines suivant l'instauration d'un traitement antipsychotique ou après un changement de posologie.

❖ Conduite à tenir diagnostique :

- **Interrogatoire :** Age, antécédents psychiatriques et neurologiques, nature des symptômes et mode d'installation, notion de prise médicamenteuse récente, ou d'augmentation de la posologie, ou une nouvelle voie d'administration.

Rechercher les facteurs de risque :

- Sexe masculin.
- Age jeune < 40 ans.
- Recevant un antipsychotique pour la première fois.
- L'utilisation d'antipsychotiques de 1^{ère} génération (neuroleptiques classiques « incisifs »).
- Voie parentérale d'administration de l'ATP.
- Association de psychotropes.
- L'existence d'une maladie neurologique sous-jacente.

- La présence de troubles psychiatriques (en particulier des troubles de l'humeur).
- La déshydratation.
- L'agitation.
- **Examen clinique :** Le tableau clinique s'installe dans 48 heures en moyenne (24h–72h). Il associe, sur un mode de début rapidement progressif :
 - Une hyperthermie (>38.5 voire 40–41°C), sueurs profuses, signes de déshydratation.
 - Une rigidité musculaire extrapyramidale : rigidité en « tuyau de plomb » avec phénomène de « la roue dentée », trismus.
 - Une atteinte du système neuro-végétatif : tachycardie, hypo ou hypertension artérielle, tachypnée, hypersiallorhée.
 - Au final, une altération de la conscience : de l'obnubilation au coma.
 - L'évolution peut être mortelle en 5 à 10 jours par un collapsus cardiovasculaire.
- **Examens complémentaires :**
 - Signes de rhabdomyolyse : augmentation des taux de Créatine Phosphokinase (CPK), élévation de LDH, élévation des transaminases, myoglobinurie.
 - Troubles hydro électrolytiques : hypernatrémie, hypocalcémie, hyperphosphorémie, acidose métabolique, hyperuricémie.
 - NFS : hyperleucocytose avec polynucléose, thrombopénie.
 - Gazométrie : hypoxie.

- **Critères Diagnostiques** : Selon les critères DSM 5, le diagnostic du SMN est retenu chez un patient après introduction d'un traitement dopaminergique si présence des critères suivants :
 - Développement d'une rigidité musculaire sévère et d'une température élevée (>38°C) à la suite d'une prise d'un ATP dans les 72 heures précédant la survenue des symptômes.
 - Associée à deux (ou plus) des symptômes suivants : sueurs profuses, dysphagie, tremblements, Incontinence urinaire, troubles de la conscience (allant de la confusion au coma), mutisme, tachycardie, tension artérielle labile ou élevée, leucocytose, Signes biologiques d'atteinte musculaire (une élévation des CPK supérieur à 04 fois la normale).
 - Absence de causes infectieuses, toxiques, métaboliques, neurologique.
 - Les symptômes précédents ne doivent pas pouvoir s'expliquer par une maladie mentale sous-jacente.
- ❖ **Conduite à tenir thérapeutique** :
 - **Mesures thérapeutiques immédiates** :
 - **Arrêt** immédiat et impératif du traitement neuroleptique +++
 - Hospitalisation dans un milieu de réanimation, avec mise en condition : VVP et monitoring (température, pression artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire).
 - Explorations en Urgence (NFS, Ionogramme, Fonction rénale et hépatique, dosage des CPK...)

- **Traitement non spécifique** (symptomatique) :
 - Réhydratation intraveineuse généreuse.
 - Lutter contre l'hyperthermie (limiter à 38°C pour éviter l'hypothermie secondaire) : refroidissement externe, déshabiller, vessie de glace, ventilation, chambre climatisée (l'utilisation du paracétamol n'est pas recommandée en raison de la possible atteinte hépatique durant le SMN)
 - Correction des troubles hydro-électrolytiques.
 - Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale aiguë.
 - Assistance respiratoire en cas de complications pulmonaires.
 - Sédation : Diazépam 10mg/ 4h.
 - La prévention des thromboses veineuses par les héparinothérapie.
 - Le traitement des complications infectieuses, cardiaques et respiratoires (stase veineuse).
- **Traitement spécifique** :
 - Le **Dantrolène sodique** : effet myorelaxant, administré par VO ou IV à des doses de 0,8 à 2,5 mg/Kg toutes les 6 heures. Il agit sur la fièvre et l'élévation de la CPK (mais pas sur les troubles de conscience ni sur le syndrome extrapyramidal avec risque d'hépatotoxicité).
 - **Bromocriptine** : agoniste dopaminergiques
 - Il permet de raccourcir la durée de la phase critique.
 - La posologie de la bromocriptine varie de 7.5 à 60 mg/jour, par voie orale ou sonde nasogastrique, avec augmentation

progressive des doses tant que la décontraction est non atteinte.

- Le syndrome peut durer encore 5–10 jours après l'arrêt des neuroleptiques en raison de la demi-vie de ces médicaments.
- **Surveillance clinique** (Température, TA, FC, FR, SaO₂, état de conscience) **et biologique** (dosage des CPK répété jusqu'à normalisation).
- **Réintroduction des antipsychotiques** : certaines règles doivent être respectées :
 - Utiliser un ATP de classe chimique différente et de faible pouvoir incisif, en évitant les formes retard.
 - Réintroduire après guérison du SMN (au moins 2 semaines).
 - Instaurer à la plus faible dose possible au début.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Le SMN représente **une réaction rare aux antipsychotiques**, associée à une **morbidity et une mortalité élevées**
- ✓ Le SMN est une **urgence médicale diagnostique et thérapeutique**.
- ✓ Toute **Hyperthermie** sous antipsychotique est un SMN jusqu'à preuve du contraire +++, et doit faire **interrompre le TRT** qui ne doit être repris qu'après la mise en évidence d'une **étiologie**.
- ✓ Un **antécédent de SMN** est une **contre-indication absolue** à la classe du neuroleptique **incriminé**.
- ✓ Un ATP d'une autre classe peut être administré, mais avec prudence.
- ✓ La prévention demeure cruciale pour minimiser l'incidence du SMN et améliorer la prise en charge de cette réaction potentiellement grave, elle passe par le respect des règles de prescription des ATP.

f. Crise d'angoisse aiguë :

La crise d'angoisse aiguë ou **attaque de panique (AP)** est un état critique où l'**angoisse** se manifeste de **façon brutale, intense et limitée dans le temps**. Il s'agit d'une « **peur sans objet apparent légitime, avec sentiment pénible d'attente** ». Elle associe des manifestations somatiques, (neurovégétatives), psychiques et comportementales.

Les crises de panique (AP) concernent 3 à 5 % de la population au cours de leur vie, avec une prédominance chez les adultes jeunes et les femmes (sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme). Elles sont rares chez les enfants (moins de 1 %) et atteignent un pic à l'adolescence, avec 2,5 % chez les filles et 2 % chez les garçons. [3]

❖ Diagnostic positif :

Le début est brutal, survenant souvent sans cause déclenchante apparente, rapidement progressif, ressenti comme un malaise généralisé, atteignant son acmé en moins de 10 min, tandis que la première crise sera précédée le plus souvent par un facteur déclenchant (toxique, médicamenteux ou sevrage).

Le tableau clinique est dominé par des signes somatiques, expliquant le recours aux urgences somatiques en première intention.

La durée de la crise est généralement courte pouvant durer quelques heures chez certains patients. L'intensité des symptômes décroît ensuite progressivement avec une sensation de soulagement et souvent associée à une asthénie.

On distingue 3 ordres de manifestations cliniques durant la crise :

▪ **Manifestations somatiques** : Elles sont souvent au 1^{er} plan.

- **Cardiovasculaires** : Tachycardie, palpitations, oppression thoracique, sensations de chaud et froid, précordialgies, lipothymie...
- **Respiratoires** : Dyspnée, sensation d'étouffement, de manque d'air, d'étranglement, polypnée.
- **Digestives** : Sensations de spasmes pharyngés, « boule dans la gorge », barre épigastrique, nausée, douleurs abdominales, diarrhée motrice.
- **Neuromusculaires et sensorielles** : Tremblement des extrémités, tensions musculaires, céphalée, paresthésies, vertiges essentiellement rotatoires avec instabilité, flou visuel, bourdonnement d'oreille.
- **Génito-urinaires** : Douleurs abdomino-pelviennes, crise polyurique, cystalgies.
- **Autres manifestations neurovégétatives** : Sueurs, mains moites, sécheresse buccale.

▪ **Manifestations comportementales** :

Il s'agit le plus souvent d'une **agitation motrice** (crispation, impossibilité de tenir en place, jusqu'à la crise clastique), et rarement une **inhibition motrice** (engourdissement de l'activité voire sidération stuporeuse). Ces manifestations peuvent être associées à une fuite vers les zones de sécurité, voir même un raptus anxieux avec risque majeur de passage à l'acte auto-agressif, notamment suicidaire

▪ **Signes psychiques :**

- Impression de malaise intense,
- Sentiment d'insécurité, de catastrophe et de mort imminents.
- Peur de mourir, de s'évanouir, de devenir fou, de perdre le contrôle de son comportement, de commettre des actes incongrus, de ne pouvoir être secouru, d'avoir une maladie grave.
- Ces pensées peuvent s'associer à un sentiment de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

❖ **Diagnostic étiologique :**

Crise d'angoisse spontanée	Crise d'angoisse secondaire à une pathologie somatique	Crise d'angoisse secondaire à une substance ou médicament	Crise d'angoisse dans le cadre d'affection psychiatrique.
<ul style="list-style-type: none"> • Crise imprévisible. • Sans facteurs déclenchant. • Elle peut inaugurer un trouble panique. • Elle peut être isolée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies endocriniennes: Hypoglycémie, dysthyroïdie. • Pathologies cardiovasculaires: trouble du rythme, IDM. • Pathologies respiratoires: Asthme, embolie pulmonaire. • Pathologies neurologiques: AVC, épilepsie. • Pancréatite. • Hémorragie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de substances: Alcool, cannabis, sevrage d'opiacés, BZD... • Prise de médicaments: corticoïdes, hormones thyroïdiennes... 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble anxieux: trouble panique, trouble phobique, TOC, ESPT. • Dépression anxieuse. • SCZ. • BDA.

Tableau 22. Etiologies d'une crise d'angoisse aigue.

❖ Prise en charge :**○ Prise en charge en urgence :**

- Il faut **éliminer une pathologie organique+++**, ou une **prise de toxiques**, par un **interrogatoire minutieux** (ATCD médicaux, toxiques et psychiatriques), et un **examen somatique complet** qui diminue d'ailleurs l'angoisse du patient ;
- **Examens complémentaires** en urgence au moindre doute : ECG, troponine, NFS, CRP, glycémie, recherche de toxiques dans le sang et les urines, bilan thyroïdien...

○ Traitement non pharmacologique :

- **Mise en condition** : installation au calme, éloigner le patient des éléments anxiogènes, isolement, attitude empathique ;
- **Réassurance du patient** : délivrer un diagnostic positif (« il s'agit d'une attaque de panique »), informer sur l'absence de danger de mort, sur le caractère spontanément résolutif de l'AP.
- Inviter le patient à **respirer lentement et profondément**.

○ Traitement pharmacologique :**➤ Hospitalisation :**

- Traitement de la crise : ambulatoire +++
- Hospitalisation en service médical si suspicion d'une cause médicale.
- Hospitalisation en milieu psychiatrique en cas de présence d'un risque suicidaire ou d'une pathologie psychiatrique associée.

- **Traitement immédiat des crises aiguës :**
 - Administration d'**anxiolytiques** par VO ou IM : Diazépam 10 à 20mg, Alprazolam 0,5 à 1mg, en une prise à renouveler si nécessaire.
 - Il s'agit d'un traitement ponctuel pour l'AP dans le contexte de l'urgence avec respect des règles de prescription.
 - Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.
- **Traitement de fond :**
 - **Antidépresseurs (ISRS)** : en cas d'une crise d'anxiété dans le cadre d'un trouble panique ou d'un trouble dépressif par exemple.
 - **Antipsychotiques** : en cas d'une crise d'anxiété dans le cadre d'une psychose.
 - Traitement en fonction de l'étiologie en cas d'une origine organique.
- **Education** : apprendre au patient à reconnaître une AP et prévenir les récurrences en respectant les règles hygiéno-diététiques.
- **Psychothérapies** : TCC avec techniques de relaxation respiratoire.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ L'AP est un **état d'anxiété extrêmement intense, de durée brève.**
- ✓ L'AP peut survenir de manière isolée ou dans le cadre d'un trouble psychiatrique.
- ✓ **C'est une urgence médicale.**
- ✓ L'AP est un **diagnostic d'élimination.**
- ✓ Il faut rechercher et éliminer une **urgence d'origine organique ou toxique+++.**
- ✓ **Une prise en charge précoce** basée sur des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques est **indispensable.**

6.2. Questions directes :

Question 1 : Quelles sont les premières étapes pour évaluer un patient présentant un risque suicidaire élevé ?

Question 2 : Quels sont les principaux facteurs de risque de suicide que vous devez rechercher ?

Question 3 : Quels examens complémentaires doivent être réalisés devant un tableau psychotique aigu ?

Questions 4 : Décrivez la prise en charge initiale d'un patient agité en milieu psychiatrique ?

Question 5 : Quels sont les signes cliniques évocateurs du syndrome malin des neuroleptiques et quelle est la prise en charge thérapeutique initiale ?

6.3. Questions à Choix Unique ou Multiple :

Q 1 : Les crises d'agitation peuvent se produire dans le cadre :

- A. De la névrose obsessionnelle
- B. De la schizophrénie
- C. De l'anorexie mentale
- D. De l'accès maniaque
- E. De la névrose hystérique

Q 2 : Les crises d'agitation peuvent se produire dans le cadre :

- A. De la névrose hystérique
- B. De l'alcoolisme
- C. De la schizophrénie
- D. De l'accès maniaque
- E. De la névrose obsessionnelle

Q 3 : Quelles sont les propositions vraies concernant la confusion mentale :

- A. On la définit comme une désorientation temporo-spatiale
- B. L'obtusion en est le degré mineur
- C. Le malade peut y être stuporeux
- D. On y observe d'une amnésie antérograde
- E. On y observe un état de perplexité anxieuse

Q 4 : La suspension de toute activité physique sans atteinte de l'activité psychique s'appelle :

- A. Mélancolie
- B. Délire
- C. Obsession
- D. Stupeur
- E. Parésie

Q 5 : Le syndrome malin des neuroleptiques :

- A. Est un effet indésirable des neuroleptiques
- B. Est une complication qui ne met pas en jeu le pronostic vital du malade sous neuroleptiques.
- C. Se caractérise généralement à la phase d'état par une hyperthermie, des contractures, des troubles de la conscience et l'augmentation des CPK
- D. Devant toute suspicion de syndrome malin des neuroleptiques ; administrer du DANTROLENE* et transférer le malade en réanimation
- E. Aucune de ces propositions n'est juste.

Q 6 : Le syndrome malin des neuroleptiques :

- A. Est un effet indésirable
- B. Est un effet secondaire
- C. Est une complication qui met en jeu le pronostic vital du patient sous neuroleptiques et antipsychotiques
- D. Se caractérise par une hypothermie, des contractures, des troubles de la conscience et une diminution des enzymes Créatinines-Phospho- Kinases (CPK)
- E. Aucune proposition n'est juste

Q 7 : En cas d'agitation il faut :

- A. Décrire les caractéristiques de l'agitation.
- B. Evaluer la pensée.
- C. Chercher une désorientation temporo-spatiale.
- D. Proposer d'avance une contention physique.
- E. Chercher une cause psychiatrique en premier.

Q 8 : L'accueil d'un malade suicidant est basé sur :

- A. Confidentialité.
- B. Empathie.
- C. Dramatisation de l'acte suicidaire.
- D. Dépistage d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.
- E. Ecoute avec jugement.

Q 9 : Les principales étiologies de l'état de stupeur :

- A. Mélancolie.
- B. Schizophrénie.
- C. Accès maniaque.
- D. Addiction.
- E. Confusion.

6.4. Cas cliniques :

❖ CAS N°1 :

Monsieur K, 45 ans, est amené aux urgences par sa famille pour un état d'excitation psychomotrice et errance, d'apparition depuis une semaine. La famille rapporte l'accentuation des troubles du comportement le soir, avec notion d'une insomnie, des visions terrifiantes que le patient cherche à fuir, survenant dans un cadre d'anxiété importante. Il a tenté de se jeter de la fenêtre.

L'examen trouve un malade qui a le regard flou et Lointain, désorienté dans le temps et l'espace, ne reconnaît pas sa famille, et très anxieux.

1. Quels sont les éléments sémiologiques de cette observation ?

- A. Automatisme mental
- B. Hallucinations visuelles
- C. Fausses reconnaissances
- D. Stéréotypies gestuelles
- E. Désorientation temporo-spatiale

2. Parmi les éléments sémiologiques de l'observation, on note un :

- A. Délire paranoïde
- B. Délire onirique
- C. Délire paranoïaque
- D. Délire à mécanisme interprétatif
- E. Délire vécu avec une froideur

3. Quel est le diagnostic à évoquer ?

- A. Etat de stupeur
- B. Confusion mentale

- C. Syndrome maniaque
 - D. Catatonie
 - E. Attaque de panique
- 4. Quels sont les éléments à rechercher dans l'interrogatoire ?**
- A. Antécédents somatiques
 - B. Dépendance/ abus d'alcool
 - C. Prise médicamenteuse
 - D. Antécédents psychiatriques
 - E. Traumatisme crânien récent
- 5. Quels sont les éléments à rechercher dans l'examen physique ?**
- A. Fièvre
 - B. Déshydratation
 - C. Hypotension
 - D. Tremblements
 - E. Déficit neurologique
- 6. Parmi ces propositions, trois étiologies peuvent expliquer les troubles présentes par le patient :**
- A. Pathologie neurologique
 - B. Pathologie endocrinienne
 - C. Psychose hallucinatoire chronique
 - D. Schizophrénie
 - E. Pathologie infectieuse

7. Quelle est le traitement sédatif de première intention chez ce patient ?

- A. Neuroleptiques
- B. Antidépresseurs
- C. Benzodiazépines
- D. Thymorégulateurs
- E. Association d'antidépresseurs et anxiolytiques

❖ CAS N°2 :

Mr S, âgé de 30ans, amené aux urgences pour tentative de suicide par défenestration, après prise en charge somatique, adressé aux urgences psychiatriques. Il disait qu'il entendait des voix dans sa tête, lui donnant des ordres et lui imposant de faire son acte suicidaire ; il disait également qu'il est surveillé et menacé tout le temps ; il parle avec froideur. Selon sa famille, il a un suivi psychiatrique depuis 6 ans avec plusieurs hospitalisations, mauvaise observance thérapeutique, et depuis quelques jours il a présenté des troubles du comportement et sommeil perturbé.

- 1. Quels sont les éléments sémiologiques rapportés dans cette observation ?**
 - A. Hallucinations auditives
 - B. Automatisme mental
 - C. Délire de persécution
 - D. Euphorie
 - E. Tristesse de l'humeur
- 2. La tentative de suicide est faite dans un cadre :**
 - A. Délirant
 - B. Hallucinatoire
 - C. Dépressif
 - D. Trouble du jugement
 - E. Confusionnel
- 3. Quel est le diagnostic retenu ?**
 - A. Dépression à caractère psychotique
 - B. Schizophrénie

- C. Bouffée délirante aiguë
 - D. Accès maniaque
 - E. Confusion mentale
- 4. Quel est le traitement de choix dans ce cas ?**
- A. Les antidépresseurs
 - B. Les antipsychotiques
 - C. Les thymorégulateurs
 - D. Les benzodiazépines
 - E. Les hypnotiques
- 5. Quelle est l'attitude à adopter face à la tentative de suicide chez ce patient ?**
- A. Evaluer le risque de récurrence
 - B. Suivi ambulatoire
 - C. Evaluer la gravité du geste suicidaire
 - D. Evaluer l'insight
 - E. Evaluer les paramètres socio-environnementaux

❖ CAS N°3 :

Mr MS ; âgé de 25 ans, admis aux urgences psychiatriques pour agitation psychomotrice, sur réquisition de police, accompagné de ses parents. Selon ces derniers, son comportement a complètement changé, il est devenu insomniaque, refuse de partager les repas familiaux, agressif envers ses parents et ses frères, en disant qu'ils veulent l'empoisonner.

À l'examen ; il est instable, irritable, contact difficile avec fluctuations de l'humeur, par moment il s'angoisse et devient coléreux voire exalté, par moment il devient figé, immobile sans rien dire.

Il a des propos étranges « il disait qu'il a une mission divine à accomplir, « c'est la voix du Dieu qui me parle, me donne des ordres, me montre le chemin à suivre, je dois obéir ». Il a des attitudes d'écoute, il disait qu'il y a des caméras qu'ils le surveillent partout ». Il adhère fortement à ses propos et refuse les soins.

1. Quels sont les éléments sémiologiques rapportés dans L'observation?

- A. Automatisme mental
- B. Délire de persécution
- C. Hallucinations auditives
- D. Tristesse de l'humeur
- E. Syndrome dissociatif

2. Quels sont les diagnostics à évoquer devant ce tableau clinique ?

- A. Schizophrénie
- B. Hystérie
- C. Bouffée délirante aigue

- D. Dépression à caractéristiques psychotiques
 - E. Manie délirante
- 3. Les éléments importants qui manquent dans l'observation sont :**
- A. Antécédents psychiatriques et organiques
 - B. Usage de substances
 - C. Mode de début
 - D. Facteur déclenchant
 - E. Prise de traitement
- 4. L'agitation psychomotrice dans ce contexte est :**
- A. Secondaire au syndrome délirant
 - B. Secondaire aux troubles perceptifs
 - C. Liée à la confusion mentale
 - D. Liée aux troubles caractériels
 - E. De nature fluctuante et imprévisible
- 5. Selon les parents, le début remonte à 4 jours, le patient n'avait pas d'antécédents psychiatriques, quel est le diagnostic à retenir ?**
- A. Schizophrénie
 - B. Bouffée délirante aiguë
 - C. Dépression à caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur
 - D. Manie délirante
 - E. Trouble délirant
- 6. Devant ce tableau d'agitation aiguë, il faut faire :**
- A. Examen neurologique
 - B. Recherche de toxiques dans les urines

- C. Imagerie cérébrale
- D. Contention physique en première intention
- E. Traitement injectable en première intention

7. La prise en charge est basée sur les éléments suivants :

- A. Hospitalisation
- B. Les antidépresseurs
- C. Suivi ambulatoire
- D. Les thymorégulateurs
- E. Les neuroleptiques

8. Dans ce contexte :

- A. L'hospitalisation peut être libre
- B. L'hospitalisation est sans consentement
- C. L'hospitalisation est à la demande d'un tiers
- D. L'insight négatif impose le recours à cette modalité d'hospitalisation
- E. Les troubles du comportement imposent le recours à cette modalité d'hospitalisation

9. La durée de traitement chez ce patient :

- A. 3 mois
- B. 6 mois
- C. 12 mois
- D. 2 ans
- E. Au long cours (à vie)

10. Le patient a reçu l'halopéridol (Haldol) et Chlorpromazine (Largactil) par voie injectable. Après 24H, il a présenté, torticolis, extension de la tête, avec crise oculo-céphalogyre, sans fièvre. Ces symptômes sont en rapport avec :

- A. Syndrome malin des neuroleptiques
- B. Crise d'hystérie
- C. Crise épileptique
- D. Confusion mentale
- E. Dyskinésie aiguë

11. Deux traitements peuvent être prescrits en urgence :

- A. Trihexyphénidyle (Artane*)
- B. Clomipramine (Anafranil*)
- C. Acide valproïque (Dépakine*)
- D. Amitriptyline (Laroxyl*)
- E. Diazépam (Valium*)

12. Deux facteurs de mauvais pronostic à évaluer :

- A. Symptômes de désorganisation
- B. Antécédents familiaux de schizophrénie
- C. Bonne réponse initiale aux traitements
- D. Absence de trouble de personnalité
- E. Présence de facteur déclenchant

❖ CAS N°4 :

Monsieur F.A âgé de 70 ans, admis aux urgences psychiatriques pour troubles du comportement d'installation récente, il est devenu agressif envers son entourage, et par moment il devient mutique, immobile.

Il rapporte qu'il voit des serpents dans sa chambre, surtout le soir. Il est anxieux perplexe, désorienté dans le temps et dans l'espace, ne fait confiance à personne.

1. Quels sont les symptômes rapportés dans l'observation ?

- A. Désorientation temporo-spatiale
- B. Tristesse de l'humeur
- C. Onirisme
- D. Amnésie
- E. Barrage

2. Quel est le diagnostic à évoquer ?

- A. Trouble dépressif majeur
- B. Catatonie
- C. Confusion mentale
- D. Bouffée délirante aiguë
- E. Schizophrénie

3. Les données qui manquent dans l'observation :

- A. Antécédents somatiques
- B. Usage de substances
- C. Médicaments pris
- D. Antécédents psychiatriques
- E. Traumatisme crânien

4. Deux données cliniques à chercher en urgence :

- A. Fièvre
- B. Sensibilité abdominale
- C. Déficit neurologique
- D. Fréquence cardiaque
- E. Lésion dermatologique

La prise en charge initiale repose sur :

- A. Suivi ambulatoire
- B. Hospitalisation
- C. Sécurisation de l'environnement
- D. Anxiolytiques injectables
- E. Aucune réponse

7. Thérapeutique :

Les principales classes de psychotropes utilisées en psychiatrie sont les antipsychotiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs, les anxiolytiques, les hypnotiques et les psychostimulants.

Les psychotropes sont régis par des règles de prescription. Une information claire et une éducation thérapeutique sont indispensables dès leur mise en place.

7.1. Résumés :

a. Les antipsychotiques :

a.1. Définition et principales molécules :

Autrefois appelés **neuroleptiques**, les antipsychotiques (ATP), sont des médicaments réducteurs des symptômes psychotiques, ayant une action antagoniste sur la transmission dopaminergique. Les ATP sont régis par des règles de prescription. Une information claire et une éducation thérapeutique sont indispensables dès leur mise en place. On distingue deux grandes classes d'antipsychotiques :

- **Les antipsychotiques de 1^{ère} génération** ou Neuroleptiques classiques,
- **Les antipsychotiques de 2^{ème} génération** ou Neuroleptiques atypiques : qui ont une bonne tolérance neurologique n'induisent pas (ou peu) d'effets extrapyramidaux, grâce à leur action antagoniste dopaminergique et sérotoninergique.

	Famille	DCI	Posologies et présentations
Antipsychotiques de 1 ^{ère} génération	Phénothiazines	chlorpromazine	25mg,100mg, Solution Injectable
		Lévomépromazine	25mg,100mg, Solution Injectable
		Pipotiazine	Ampoule 25/100mg
	Butyrophénones	Halopéridol	2‰ gouttes
	Benzamides	Amisulpride	50/100/200/400mg, solution
Antipsychotiques de 2 ^{ème} Génération	Dibenzo-oxazépines	Olanzapine	5,10mg
	Dibenzodiazépines	Clozapine	100 mg
		Risperidone	0,5/1/2/3/4mg, solution
	Benzisoxazoles	Aripiprazole	5, 10 et 15 mg
		Quétiapine	25, 100 et 300mg

Tableau 23. Classification des antipsychotiques et différentes molécules.

a.2. Indications :

➤ **Traitement aigu :**

- Troubles psychotiques aigus,
- Episode maniaque,
- Etat d'agitation aigu.

➤ **Traitement au long cour :**

- Schizophrénie : l'indication de choix,
- Trouble délirant,
- Prévention des rechutes du trouble bipolaire, pour certains antipsychotiques.

➤ **Autres :**

- **Traitement adjuvant aux autres psychotropes** : TOC, troubles anxieux,
- **Manifestations psychiatriques de certaines affections neurologiques** : démences, maladie de parkinson, gille de la Tourette,
- **Indications non psychiatriques** : Nausées, vomissements, hoquet persistant et algies intense et rebelles, mouvements anormaux (chorée de Huntington, chorée de Sydenham, dystonies...), préparation à l'anesthésie et analgésie obstétricale.

a.3. Contre-indications (CI) :

Pas de CI absolues, toutes les CI sont relatives et à discuter, exception du Phéochromocytome pour les Benzamides.

- **Maladies neurologiques** : Myasthénie, Epilepsie, SEP, maladie de parkinson.
- **Porphyrie** : CI discutée, préférer la Chlorpromazine.
- **Antécédent de Glaucome** à angle fermé.
- Antécédent ou risque de **rétention aiguë d'urine** (adénome, cancer) : éviter les Phénothiazines et la Clozapine.
- **Hypersensibilité** connue aux antipsychotiques
- Proscrire la Clozapine en cas de : Neutropénie, antécédents d'agranulocytose toxique, d'hépatopathie toxique.
- **États physiologiques nécessitant une surveillance particulière** :
 - Insuffisance hépatocellulaire : réduire la posologie ou espacer les prises

- L'enfant : prises fractionnées.
- Sujet âgé : éviter les molécules trop sédatives, trop incisives ou trop anticholinergiques.
- Femme enceinte : CI des Phénothiazines aliphatiques, réduire au maximum la posologie durant la grossesse et renoncer à l'allaitement au à l'allaitement maternel.

a.4. Effets secondaires :

Nombreux, sources de mauvaise observance du traitement, doivent être corrigés :

Endocriniens et métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperprolactinémie (réversible), - Prise de poids +++. - Diabète, hyperglycémie, dyslipidémie, Syndrome métabolique +++, - Troubles de la libido +++.
Cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> - Hypotension orthostatique. - Allongement de l'espace QT.
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Passivité, somnolence, indifférence affective, dépression.
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Dyskinésies aigue. - Syndrome extrapyramidal. - Dyskinésies tardive. - Crise comitiales. - Confusion.
Neurovégétatifs anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> - Sécheresse buccale. - Dysurie, constipation. - Glaucome, trouble de l'accommodation.
Toxiques (rare)	<ul style="list-style-type: none"> - Ictère, hépatite cytolitique, dépôts pigmentaires (rétine, cornée), hyperpigmentation, photosensibilisation, leucopénie, agranulocytose (Clozapine).

Tableau 24. Effets indésirables des antipsychotiques.

➤ **Prévention et traitements correcteurs :**

- Prise de poids et désordres métaboliques : règles hygiéno-diététique ; activité physique régulière,
- Syndrome parkinsonien et dyskinésie aigue : anticholinergique.
- Sècheresse buccale : petites gorgées d'eaux.
- Hypotension orthostatique : analeptiques cardiaque type Heptaminol.
- Constipation : hydratation, activité physique, voir laxatif osmotique,
- Dysurie : avis urologique, α -bloquant.

➤ **Incidents réversibles :**

- **Accidents cutanés et vasculaires :** photosensibilisation aigue et parfois sérieuses,
- **Accidents hématologiques :** L'agranulocytose (une leucopénie est beaucoup plus fréquente), observée des patients traités par Clozapine. Généralement réversible à l'arrêt du traitement.
- **Accidents digestifs :**
 - Nausées et vomissements : fréquents.
 - Occlusions intestinales : par atonie. Accident redoutable chez le sujet âgé.
 - Hépatites cholestatiques de la chlorpromazine : Rares, souvent infraclinique et réversible,
 - **Accidents cardiaques :** TDR,
 - **Syndrome malin des neuroleptiques :**

Tableau clinique :

C'est une complication rare mais grave qui met en jeu le pronostic vital (risque élevé avec les ATP anti productifs type Halopéridol et les ATP d'action prolongée).

Il se manifeste cliniquement par :

- Une hyperthermie maligne (supérieure à 40 °C), sueurs profuses,
- Rigidité extrapyramidale,
- Collapsus cardiovasculaire : baisse de la tension artérielle et augmentation du pouls,
- Au final : troubles de la conscience et coma.

Tableau biologique : Elévation des CPK, cytolysé hépatique, hyperleucocytose.

Prise en charge : Urgente, en service de réanimation.

- Arrêt total et définitif du traitement neuroleptique,
- Traitement antipyrétique (physique et chimique),
- Mesures de réanimation : monitoring...
- Traitement : Dantrolène et/ou Bromocriptine.

a.5. Modalités de prescription :

❖ Mise en route du traitement :

- **Choix de la molécule :** elle est choisie de préférence parmi les ATP de 2^{ème} génération en fonction de :
 - **La Pathologie :**
 - Visée sédatrice : Lévomépromazine.
 - Visée anti hallucinatoire : Olanzapine, Risperidone, Halopéridol...
 - Visée symptômes négatifs : Amisulpride, Aripiprazole.

- **Terrain :**
 - Les antécédents de traitement par l'ATP : efficacité et/ou échec.
 - Les préférences du patient.
- **Inform**er le patient de la nature du traitement, du bénéfice attendu et des effets indésirables pouvant survenir. Il doit être informé qu'il s'agit d'un traitement qui doit être pris tous les jours et qui ne peut être arrêté brutalement.
- Privilégier la **monothérapie**.
- Faire un **bilan pré-thérapeutique** :
 - Examen clinique complet,
 - ECG, si âge > 40 ans ou facteurs de risque cardiaque,
 - Bilan sanguin initial : NFS, Ionogramme sanguin, glycémie et bilan lipidique, β -hCG chez la femme au moindre doute.
- Rechercher la **posologie minimale efficace** avec une augmentation progressive de la posologie.
- ❖ **Pendant le traitement :**
 - **Surveillance :**
 - **L'efficacité** : surveillance de la régression des symptômes au début du traitement, et de l'absence de nouvel épisode lors du traitement.
 - **La tolérance :**
 - **Clinique** : température, pouls, Tension artérielle, ECG, poids, examen neurologique, transit et diurèse,
 - **Réévaluer** régulièrement la posologie.

❖ **En fin de traitement :**

- Diminuer progressivement les doses sur plusieurs semaines.
- Surveiller régulièrement après l'arrêt du traitement.

❖ **Cas particulier de la Clozapine :**

- Antipsychotique des schizophrénies résistantes.
- Toxicité hématologique importante.
- Nécessite une surveillance hématologique (NFS) régulière, avant l'instauration du traitement et jusqu'à un mois après l'arrêt de celui-ci. Une NFS doit être effectuée en cas de signes d'infection.
- Une diminution des GB ou des PNN doit conduire soit à une surveillance accrue jusqu'à leur normalisation ; soit à une interruption immédiate du traitement.

b. Les anxiolytiques :

b.1. Définition et principales molécules :

Les anxiolytiques (AXL) sont des médicaments destinés à diminuer ou à supprimer l'anxiété et la tension émotionnelle, qu'elle qu'en soit l'origine.

On distingue plusieurs classes de molécules :

- Les **benzodiazépines** (BZD) : constituent la classe principale des ATP ;
 - Les **anxiolytiques non benzodiazépiniques**.
- **Benzodiazépines** : sont des agonistes des récepteurs GABA (Acide gamma-Amino-Butyrique), dont l'effet principal est l'anxiolyse. Elles sont classées selon leur demi-vie :
- Demi-vie courte : inférieure à 12 h.
 - Demi-vie intermédiaire : comprise entre 20 et 30 h.

- Demi-vie longue : supérieure à 30 h.

DCI	Demi-vie	Présentation
Lorazépam	12 h	Cp de 1 et 2,5mg
Alprazolam	10-15 h	Cp de 0,50 et 1mg
Bromazépam	20 h	Cp de 6mg
Diazépam	32 h	Cp de 5 et 10mg Ampoules de 10mg
Clorazépate	40 h	Gélule de 5 et 10mg
Prazépam	65 h	Cp de 10-40mg Gouttes de 15mg/ml

Tableau 25. Les principaux anxiolytiques benzodiazépiniques.

Toutes les BZD possèdent les mêmes propriétés pharmacologiques et aucun d'entre eux n'a une activité anxiolytique sélective :

- **Propriété anxiolytique (somatique et psychique) :** effet tranquillisant qui atténue les réactions émotionnelles exagérées du stress induit,
- **Propriété sédatrice et hypnotique :** Par la réduction du temps de latence du sommeil et en augmentant aussi la durée totale du sommeil.
- **Propriété anticonvulsivante :**
 - Traitement des crises épileptiques par voie intraveineuse : le Clonazépam et le Diazépam.
 - Traitement de fond de certaines épilepsies, per os : le Clobazam et le Clonazépam.
- **Propriété myorelaxante :** C'est un effet indésirable,

➤ Non benzodiazépines :

1. Les antihistaminiques : Hydroxyzine

- C'est un antihistaminique H1 possédant des propriétés anxiolytiques et sédatives.
- **Indication : manifestations mineurs de l'anxiété.**
- Il présente l'avantage de **ne pas induire de dépendance.**
- **Limites d'utilisation :** effets anticholinergiques, notamment chez le sujet âgé (effets anticholinergiques, notamment chez le sujet âgé (risque de rétention aigue d'urine, glaucome par fermeture de l'angle...), et des effets sédatifs marqué.

2. Les bêtabloquants : Le Propranolol

- **Indication :** action sur les **manifestations végétatives et somatiques de l'anxiété**, telles que les sueurs, les palpitations, les tremblements, la diarrhée motrice de stress...),
- Il est principalement utilisé **en cas d'anxiété de performance** (1 heure avant la situation anxiogène),
- **Limites :** contres indications classiques des bêtabloquants (asthme, syndrome de Reynaud, BPCO, insuffisance cardiaque).

3. Les antagonistes 5-HT1A : La Buspirone

- **Indications :** anxiolytique sans effet sédatif, myorelaxant ou anticonvulsivant, sans risque de dépendance.
- **Limites :** délai d'action de 3 semaines.

4. Etifoxine :

- **Indications** : manifestations psychosomatiques de l'anxiété surtout cardiovasculaires.
- **Limites** : légère somnolence en début de traitement.

5. Autres :

- **Antidépresseurs** : Certains constituent le traitement de fond du trouble panique et du trouble de l'Anxiété Généralisée.
- **Antipsychotiques** : à faible dose, pour la prise en charge de l'angoisse psychotique.

b.2. Indications :

➤ Troubles anxieux :

- Traitement ponctuel des attaques de panique.
- Troubles de l'adaptation.
- Traitement symptomatique en cas d'exacerbations anxieuses ou d'anxiété invalidante dans tous les troubles anxieux.

➤ Troubles dépressifs :

- En association avec les antidépresseurs en début de traitement, non systématique.
- Dans les dépressions où l'anxiété est particulièrement présente.
- En prévention de la levée de l'inhibition.

➤ Psychoses :

- Potentialisation de l'effet des antipsychotiques.
- Traitement de l'akathisie (Incapacité de garder une position, due à une sensation angoissante d'impatience dans les membres inférieurs), secondaire à une prise d'antipsychotiques.

➤ **Autres indications :**

▪ **En psychiatrie :**

- Sevrage alcoolique : notamment le delirium tremens, les BZD sont utilisées en association à l'hydratation et à la vitaminothérapie.
- Parfois utilisé dans le sevrage d'opiacés.
- Troubles du sommeil : traitement ponctuel.

▪ **Ailleurs :**

- Manifestations anxieuses dans des pathologies aiguës ou chroniques.
- L'épilepsie.
- Prémédication opératoire.

b.3. Contre-indications :

➤ **Contre-indications absolues :**

- Insuffisance respiratoire sévère.
- Insuffisance hépatique sévère.
- Syndrome d'apnées du sommeil.
- Myasthénie.
- Hypersensibilité connue aux benzodiazépines.

➤ **Précautions d'emploi :**

▪ **Grossesse :**

- Action tératogène improbable, mais il est préférable d'éviter leur utilisation aux cours du premier trimestre de la grossesse.
- Risques néonataux en cas de traitement au dernier trimestre de la grossesse (éviter l'usage des doses élevées) : hypotonie, hypothermie et/ou une détresse respiratoire, voir un syndrome

sevrage néonatale.

- **Allaitement** : Risque de sédation excessive chez le nourrisson.
- **Sujet âgé** : l'effet sédatif augmente le risque de chute.
- **Chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines** : à cause de la baisse de la vigilance, mais aussi de l'effet myorelaxant.

b.4. Effets secondaires :

Les accidents graves provoqués par les BZD sont exceptionnels (la dose toxique est très supérieure aux doses thérapeutiques), mais les troubles mineurs sont les plus fréquents.

Effets sédatifs	<ul style="list-style-type: none"> - Effet à rechercher surtout en début de traitement. - Ralentissement, somnolence diurne, asthénie. - Les enfants et les sujets âgés : sont les personnes à risque. - C'est un effet dose dépendant, prescrire la plus petite dose anxiolytique non sédativ.
Effets cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles mnésiques : fréquentes en cas de doses élevées, plus invalidants chez les sujets âgés. - Troubles de l'attention et de la vigilance, jusqu'à la confusion.
Effet désinhibiteur ou réactions paradoxales (rare)	<ul style="list-style-type: none"> - Il s'observe principalement : <ul style="list-style-type: none"> • Chez les sujets âgés et les enfants. • Chez certains sujets impulsifs. • En cas de prise concomitante d'alcool. - Il se manifeste par : <ul style="list-style-type: none"> • Agitation, excitation, désinhibition comportementale. • Auto ou hétéro agressivité. • Parfois délire oniroïde.
Effets addictifs ou syndrome de sevrage	<ul style="list-style-type: none"> - Ils se voient avec les BZD, et survient entre 2 et 10 jours après l'arrêt du traitement, selon la demi vie du produit. - Il régresse spontanément en 2 à 4 semaines. - Signes cliniques de sevrage : <ul style="list-style-type: none"> • Anxiété, irritabilité.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tremblements. • Sueurs, céphalées. • Nausées, douleurs abdominales. • Troubles du sommeil. • Tension musculaire, myalgies. • Plus rarement : convulsion, hallucinations, confusion. <p>- Les facteurs favorisant l'apparition du syndrome de sevrage sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une longue durée du traitement. • Les posologies élevées. • L'arrêt brutal ou la diminution trop rapide des doses. • Les BZD à demi-vie courte.
Autres	<p>Il peut s'agir de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tremblements des extrémités. - Trouble de la vision (Hydroxyzine). - Troubles de l'appétit. - Troubles de la déglutition. - Troubles du transit intestinal. - Troubles de la libido. - Possibles réactions allergiques.

Tableau 26. Effets indésirables des benzodiazépines.

b.5. Modalités de prescription :

Les principes essentiels sont :

- Une prescription à dose minimale efficace,
- Sur la durée la plus courte possible.
- Éviter d'associer deux benzodiazépines.
- Chez le sujet âgé et l'enfant, la posologie doit être réduite de moitié, en fractionnant les prises.
- Informer le patient sur le traitement, le risque de somnolence et les précautions à prendre en cas de conduite, le risque d'effets

indésirables majoré en cas de consommation d'alcool, l'importance de respecter les règles d'arrêt du traitement et le risque de sevrage en cas d'arrêt brutal.

- Un bilan pré-thérapeutique doit être effectué pour éliminer toute contre-indication.

❖ **Choix de la molécule :**

- Théoriquement tous les BZD sont semblables.
- **Le choix tient surtout compte de la demi demi-vie :** les molécules à demi-vie courte ont moins d'effet de somnolence diurne mais ont plus de risque de survenu d'un rebond d'anxiété entre les prises et sont d'avantage addictogène que les molécules à demi-vie longues.

❖ **Voie d'administration :**

- L'administration per os et à privilégier.
- **La voie intramusculaire présente peu d'intérêt**, en dehors de la connotation « psychologique » de l'injection, indiquée si la prise par voie orale est impossible (angoisse importante, instabilité, trouble de la déglutition...).

❖ **Surveillance :** régulière de :

- **L'efficacité :** disparition des symptômes d'anxiété.
- **La tolérance :** l'apparition d'effets secondaires invalidants doit mener à une diminution de la posologie voir à un changement de molécule.
- **La toxicité :** surveiller les signes de surdosage.

❖ Arrêt du traitement :

- Durée du traitement ne doit pas excéder 4 à 12 semaines.
- L'arrêt doit être progressif : en cas de traitement de longue durée et/ou à posologie élevée.
- En pratique : diminution de la posologie puis une utilisation discontinuée (1 jour sur 2 ou sur 3).

c. Les thymorégulateurs :

c.1. Définition et principales molécules :

Un thymorégulateur (TMR), ou régulateur de l'humeur, est une molécule ayant une efficacité curative et/ou préventive des épisodes dépressifs et/ou maniaques survenant chez un patient souffrant de trouble bipolaire (TBP).

Les TMR comprennent trois grandes classes hétérogènes de traitements psychotropes :

- Les sels de lithium.
- Certains anticonvulsivants.
- Et certains antipsychotiques (ATP).

c.2. Les sels de lithium :

Le lithium est le premier thymorégulateur découvert, il reste le traitement de référence des accès maniaques et de la prévention des rechutes dans le trouble bipolaire (TBP).

Il existe 2 formes de sels de lithium :

- Carbonate de lithium à libération immédiate, Cp dosé à 250mg.
- Carbonate de lithium à libération prolongée, Cp dosé à 400mg.

c.2.1. Indications :

- **Traitement de première intention de l'accès maniaque et hypomaniaque.**
- **Prévention des rechutes dans le TBP :**
 - Le lithium est le **traitement de première intention.**
 - Il permet :
 - Un allongement de la durée des intervalles libres entre 2 épisodes.
 - Une diminution de l'intensité des symptômes si rechute.
 - Une diminution du risque suicidaire +++.
- **Traitement du trouble Schizo-Affectif :** en association aux antipsychotiques.

c.2.2. Contre-indications :

- Non collaboration du patient.
- Milieu ambulatoire avec antécédent de tentative de suicide.
- Trouble du rythme cardiaque, altération de la fonction ventriculaire, insuffisance cardiaque avancée.
- Insuffisance rénale, régime hypo ou désodé.
- Hypothyroïdie.
- Premier trimestre de grossesse.
- Allaitement.
- Hypersensibilité au produit.
- Association aux :
 - AINS, diurétiques, IEC, inhibiteurs de l'angiotensine : Risque de surdosage par interaction avec la pharmacocinétique du lithium.

- Carbamazépine : Risque de neurotoxicité.

c.2.3. Effets secondaires :

➤ **Effets secondaires** :

- **Neurologiques** : Tremblements, dysarthrie, vertiges, malaise, asthénie.
- **Rénaux et hydro électrolytiques** : Syndrome polyuro-polydipsique, hyponatrémie, déshydratation.
- **Psychiques** : Perturbations cognitives.
- **Digestifs** : Gastralgies, nausée, vomissement, diarrhée.
- **Endocriniens** : Goitre isolé ou associé à une hypothyroïdie, prise de poids.
- **Cardio-Vasculaires** : Troubles du rythme et de conduction, myocardite, hypotension.
- **Hématologiques** : Hyperleucocytose.
- **Sexuels** : Baisse de la libido.
- **Cutanés** : Acné ou éruptions acnéiformes, aggravation d'un Psoriasis.

➤ **Surdosage** : Toxicité cérébelleuse importante+++

- **Si Lithiémie entre 1,2 et 2 mEq/l** : Tremblements, troubles de l'équilibre, vertiges, somnolence, dysarthrie, troubles digestifs et visuels.
- **Si Lithiémie ≥ 2 mEq/l** : Crise convulsive, confusion, coma, risque de séquelles cérébelleuses voire décès.

c.2.4. Modalités de prescription :

❖ **Informer le patient, et sa famille, d'une façon claire sur :**

- Les modalités du traitement,
- La surveillance à mettre en place + + +,
- Les signes de surdosage,
- Les associations médicamenteuses contre-indiquées.

❖ **Toute patiente sous lithium, doit avoir une contraception efficace + + +.**

❖ **Bilan pré thérapeutique :**

- **Anamnèse et examen clinique complet + + +**
- **ECG.**
- **Bilan biologique, à la recherche de contre-indications éventuelles :**
 - NFS.
 - Ionogramme sanguin avec calcémie.
 - Créatinine et clairance de la créatinine,
 - Bandelette urinaire et, au besoin, dosage de la protéinurie,
 - Glycémie à jeun.
 - TSHus.
 - β -hCG chez la femme.
- EEG en cas d'antécédents neurologiques.

❖ **Posologie :**

- Carbonate de lithium à libération immédiate 250mg :
 - 1 cp x 2 / j, de préférence au cours des repas.
 - Posologie augmentée par paliers de 125mg ($\frac{1}{2}$ Cp) tous les 5 jours.

- Carbonate de lithium à libération prolongée 400 : 1cp/j, pris le soir au cours du dîner.

❖ **Surveillance :**

▪ Clinique :

- **Efficacité** : Disparition des symptômes, diminution de l'intensité et de la fréquence des épisodes.
- **Tolérance** : Effets secondaires.
- **Signes de surdosage** +++

▪ Lithiémie :

- **Prélèvement le matin, 12 h après la dernière prise vespérale.**
 - 5 jours après l'instauration du traitement et après chaque modification posologique.
 - Hebdomadaire le premier mois.
 - Puis dosages 1 fois/mois pdt 3 mois.
 - Puis 1fois tous les 3 mois, sauf si suspicion d'intoxication.
- **Fourchette thérapeutique :**
 - Carbonate de lithium à libération immédiate 250 mg : 0,5–0,8 mEq/l
 - Carbonate de lithium à libération prolongée 400mg : 0,8 – 1,2 mEq/l.

▪ Biologique :

- **Rénale** : **Créatininémie**, une fois tous les 6 mois.
- **Thyroïdienne** : **TSHus**, une fois par an.

c.3. Anticonvulsivants

c.3.1. Valproate de sodium :

➤ **Indications :**

- **En première intention :**
 - Etats mixtes.
 - TBP à cycles rapide.
- **En deuxième intention, si inefficacité, contre-indication ou mauvaise tolérance au lithium:**
 - Accès maniaque.
 - Prévention des rechutes dans le TBP, si efficacité curative.

➤ **Contre-indications :**

- **Hépatiques** : Hépatite, porphyrie hépatique et antécédents (personnel ou familiaux) d'hépatite médicamenteuse.
- **Grossesse, Allaitement.**
- Hypersensibilité connue au produit.

➤ **Interactions médicamenteuses :**

- L'association à la **Carbamazépine** doit être prudente car il augmente les taux plasmatiques de la carbamazépine.
- **Lamotrigine** : risque d'allergie cutanée grave.

➤ **Modalités de prescription :**

❖ **Bilan pré thérapeutique :**

- Examen clinique complet.
- Bilan biologique :
 - NFS.
 - Bilan hépatique complet.

- β -HCG chez la femme en âge de procréation.

❖ **Initiation du traitement :**

- **Présentations :**
 - Valproate de sodium : 500mg
 - Valproate de sodium à libération prolongée : 500mg.
- **Posologie :** 1 à 2 g/j en 2 prises, atteinte en quelques jours.

❖ **Surveillance du traitement :**

- **Clinique :**
 - **Efficacité** : amélioration des symptômes.
 - **Tolérance** :
 - **Troubles digestifs** en particulier en début du traitement : diarrhée, nausées.
 - **Prise de poids** (en cas de traitement au long cours).
 - **Tremblements** : dose-dépendants.
- **Biologique :** contrôle régulier du bilan hépatique et de la NFS.

c.3.2. Carbamazépine :

➤ **Indications :**

- **En deuxième intention**, après le Valproate de sodium :
 - Etats mixtes.
 - TBP à cycles rapide.
- **Si inefficacité, contre-indication ou mauvaise tolérance** au lithium et au Valproate de sodium :
 - Accès maniaque et hypomaniaque.
 - Prévention des rechutes dans le TBP.

➤ **Contre-indications :**

- **Grossesse, Allaitement.**
- Hypersensibilité connue au produit.
- Trouble du rythme cardiaque (BAV).
- Antécédents d'hypoplasie médullaire.
- Antécédents de porphyrie hépatique.

➤ **Interactions médicamenteuses :**

La carbamazépine est un **inducteur enzymatique**, responsable de nombreuses interactions médicamenteuses :

- **Abaissement du taux sérique des molécules à métabolisme hépatique :**
 - Benzodiazépines, ATP, antidépresseurs tricycliques.
 - Anticoagulants.
 - Hormones thyroïdiennes.
 - Pilules œstroprogestatives.
- **Augmentation du taux sérique de Carbamazépine par :**
 - Acide valproïque, ISRS.
 - Dextropropoxyphène.

➤ **Modalités de prescription :**

❖ **Bilan pré thérapeutique :**

- Examen clinique complet.
- ECG.
- Bilan biologique :
 - NFS.
 - Ionogramme sanguin.

- Créatinémie.
- Bilan hépatique.
- β -hCG chez la femme.

❖ **Initiation du traitement :**

- Le traitement est introduit à **doses progressivement croissantes**.
- **Présentations** : Carbamazépine à libération immédiate 200mg, à libération prolongée 200 et 400mg.
- 1 à 2cp / j, augmentation tous les 2 à 5 jours.
- Posologie est de :
 - 600–1200 mg/j, si traitement curatif (phase aigüe).
 - 400–800 mg/j, si traitement préventif.

❖ **Surveillance :**

- **Clinique** :
 - **Efficacité** : amélioration des symptômes cliniques.
 - **Tolérance** :
 - Troubles transitoires, en début de traitement : diarrhée, nausées, somnolence, vertiges.
 - Prise de poids.
 - Allergies cutanées.
- **Biologique** : hémogramme, fonction hépatique et taux plasmatique de carbamazépine.

c.3.3. Lamotrigine :

➤ **Indications :**

- Traitement préventif des épisodes dépressifs du TBP.
- Prescription possible chez la femme enceinte.

➤ **Présentations :**

- Comprimés dosés à 25mg, 50mg et 100mg.

➤ **Modalités de prescription :**

- Instauration et augmentation posologique progressive du fait du risque de toxidermie (syndrome de Stevens–Johnson et syndrome de Lyell).

c.4. Antipsychotiques :

Certains ATP ont l'AMM dans le traitement de l'accès maniaque, particulièrement les ATP 2^{ème} génération :

- **Olanzapine, Rispéridone, Aripiprazole, Quétiapine :**
 - Accès maniaque, hypomaniaque (Quétiapine).
 - Prévention des rechutes du TBP, si efficacité curative.
- **Clozapine :**
 - TBP résistant aux traitements classiques.
 - Trouble schizo–affectif.

d. Les antidépresseurs :

d.1. Définition et principales molécules :

Les antidépresseurs sont des psychotropes agissant sur l'humeur, ayant pour cible les symptômes dépressifs. Certains d'entre eux possèdent également d'autres propriétés, notamment anxiolytiques et antalgiques.

Les antidépresseurs peuvent être classés en fonction de leur structure chimique, de leur mécanisme d'action ou de leurs effets cliniques (psychotonique, intermédiaire ou sédatif).

La classification des antidépresseurs distingue, selon leurs mécanismes d'action :

- **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :** antidépresseurs de nouvelle génération ;
- **Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) :** antidépresseurs de nouvelle génération ;
- **Les imipraminiques ou tricycliques :** appelés antidépresseurs classiques ;
- **Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :** retirés du commerce au Maroc, en raison de leurs interactions alimentaire et médicamenteuses très gênantes.
- **Les « autres antidépresseurs »** (de mécanismes pharmacologiques différents).

Classe	DCI
ISRS	Fluoxétine
	Sertraline
	Paroxétine
	Citalopram
	Escitalopram
	Trazodone
IRSNa	Venlafaxine
	Duloxétine
Imipraminiques Ou Tricycliques	Imipramine
	Clomipramine
	Amitriptyline
	Maprotiline
IMAO	Iproniazide
	Moclobémide
AUTRES	Tianeptine
	Miansérine

Tableau 27. Classification des antidépresseurs et principales molécules.

d.2. Indications :

- **Troubles de l'humeur :**
 - Épisode dépressif caractérisé : initiation et phase de consolidation.
 - Trouble dépressif récurrent : phase de maintenance avec pour but la prévention des récurrences.
- **Troubles anxieux :**
 - Trouble anxieux généralisé, trouble panique et agoraphobie, trouble anxiété sociale (phobies sociales), trouble stress post-traumatique et trouble obsessionnel compulsif (TOC).
- **Autres indications :**
 - Douleurs neuropathiques (Imipraminiques et IRSNA).
 - Céphalées rebelles et migraines (Imipraminiques et IMAO).
 - Certains troubles du sommeil (narcolepsie avec cataplexie, énurésie).
 - Trouble des conduites alimentaires.
 - Maladies psychosomatiques.
 - Alcoolisme, toxicomanie.
 - Ejaculation précoce.

d.3. Contre-indications :

Classe	ISRS/IRSNa	Imipraminiques	IMAO	Autres
Contre-indications absolues	<ul style="list-style-type: none"> - Association aux IMAO. -Hypersensibilité connue. 	<ul style="list-style-type: none"> - Glaucome à angle fermé. - Adénome de prostate. - Infarctus récent et coronaropathie non stabilisée. - Insuffisance cardiaque décompensée. - Trouble du rythme cardiaque. - Association aux IMAO. - Hypersensibilité connue. 	<ul style="list-style-type: none"> - HTA. -Phéochromocytome. - AVC. -Hypersensibilité connue. - Polynévrites. 	<ul style="list-style-type: none"> - Association aux IMAO. -Hypersensibilité connue.
Contre-indications relatives	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice/risque). - Insuffisance hépatique et rénale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice/risque). Crise épileptique. - Insuffisance hépatique et rénale. - Age supérieur à 75ans. - Trouble démentiel 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse et allaitement. - Alimentation riche en tryptophane et tyramine (fromage fermenté, sauce soja, vin, bière...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse et allaitement (usage possible en fonction du rapport bénéfice/risque). - Insuffisance hépatique et rénale.

Tableau 28. Contre-indications des différents types d'antidépresseurs. [3]

d.4. Effets secondaires :

Classe thérapeutique	Effets indésirables
Antidépresseurs tricycliques ou imipraminiques	<p>Ils sont nombreux et fréquents.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticholinergiques : sécheresse buccale, rétention urinaire, dysurie, constipation, troubles de l'accommodation. - Cardiovasculaires : hypotension orthostatique, tachycardie, troubles du rythme, troubles de conduction. - Psychiques : Des réactivations anxieuses ou délirantes sont possibles, ainsi qu'une inversion trop rapide de l'humeur pouvant conduire à un état maniaque. - Neurologiques : tremblements, dysarthrie, troubles mnésiques, confusion, somnolence, sédation. - Troubles sexuels : baisse de la libido, troubles d'érection. - Prise de poids, galactorrhée.
ISRS et IRSNa	<p>La plupart bénins et transitoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles digestifs : nausées, vomissements, gastralgies. - Céphalées, tremblements. - Troubles du sommeil. - Troubles de la libido. - Anorexie/perte du poids. <p>Syndrome sérotoninergique.</p>
IMAO	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertension artérielle. - Hépatite cytolytique. - Insomnie, agitation, anxiété, vertiges, nausées céphalées. - Troubles gastro-intestinaux.
Autres	<p>Molécules récentes, mieux tolérés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tianeptine : troubles digestifs (douleurs abdominales, anorexie, nausées, vomissement), troubles cardiovasculaires (tachycardie), vertiges, tremblements.

Tableau 29. Effets secondaires des antidépresseurs selon leur classe thérapeutique.

Effets secondaires communs des antidépresseurs :

- **Le syndrome Sérotoninergique :** est un effet indésirable grave à rechercher avec l'ensemble des antidépresseurs. Il survient lors de l'association de plusieurs médicaments augmentant la transmission sérotoninergique (ISRS, tricycliques, IMAO sélectifs) ou en cas de surdosage en ISRS. Il apparaît en quelques heures ou quelques jours après l'introduction du traitement.

Il associe à divers degrés de gravité :

- Des symptômes digestifs (nausées, diarrhées) ;
- Des signes neurologiques (agitation, confusion, tremblements, myoclonies, incoordination, rigidité musculaire) ;
- Des signes neuro-végétatifs (tachycardie, dyspnée, fièvre, frissons, hypersudation).

Le traitement consiste en une interruption du traitement concerné. Dans les cas les plus sévères, des mesures de réanimation peuvent être nécessaires.

- **Levée de l'inhibition et augmentation du risque suicidaire** en début du traitement.
- **Virage maniaque.**
- **Troubles sexuels :** diminution de la libido, troubles de l'orgasme.
- **Risque hémorragique :** rare, majoré par la prise concomitante d'aspirine, AINS, anticoagulants.

d.5. Modalités de prescription :

- ❖ **Bilan pré thérapeutique :** est guidé par la recherche de contre-indications.
 - ISRS et IRSNA : pas de bilan paraclinique systématique.
 - Imipraminiques et IMAO : ECG, bilan rénal, bilan hépatique, EEG si antécédent d'épilepsie. Un bilan ophtalmologique est également réalisé en cas de risque de glaucome à anse fermé.
- ❖ **Initiation du traitement :**
 - Après avoir vérifié l'absence de contre-indications, l'aspect sémiologique de la dépression, sa sévérité, l'efficacité des médications antérieurement utilisées orientent le **choix de l'antidépresseur**.
 - La prise unique est toujours préférable lorsqu'elle est possible.
 - Il est recommandé en première intention de prescrire un ISRS ou un IRSNa.
 - Débuter à **faible posologie**, et **augmenter progressivement** jusqu'à la **dose efficace**.
 - Chez le sujet âgé, la posologie initiale doit être la moitié de celle utilisée chez l'adulte et les doses progressivement augmentées.
- ❖ **Au cours du traitement :**
 - La **monothérapie** est privilégiée.
 - L'**effet antidépresseurs** n'est attendu qu'après **2 à 3 semaines**.
 - Attendre 6 semaines avant de remettre en cause l'efficacité.
- ❖ **Durée du traitement :** La durée du traitement est d'au moins 6 à 8 mois après la rémission d'un épisode dépressif caractérisé.

En cas de trouble dépressif récurrent et/ou de trouble anxieux, le traitement est indiqué pour une durée plus longue.

Les posologies seront diminuées progressivement pour éviter la survenue d'un syndrome d'arrêt aux antidépresseurs qui se manifeste généralement dans la semaine suivant l'arrêt et dure moins d'une semaine. Ce syndrome associe une anxiété, une irritabilité, des perturbations du sommeil, des sensations vertigineuses, des troubles neurosensoriels comme des troubles de l'équilibre ou un syndrome pseudo-grippal.

- ❖ **Surveillance de l'efficacité et de la tolérance** : Elle a pour but de suivre l'évolution des symptômes dépressifs, la recherche des effets secondaires qui lorsqu'ils se maintiennent peut amener à reconsidérer la prescription.
- ❖ **Information et éducation du patient** : est primordiale, elle a pour but l'amélioration de l'observance.

Les points essentiels sont :

- Les effets attendus du traitement.
- Le délai d'action : 2 à 3 semaines.
- Les effets indésirables du traitement et la conduite à tenir : informer le psychiatre traitant rapidement, ne pas interrompre le traitement.
- La nécessité de poursuivre le traitement au-delà de la rémission des symptômes.
- La nécessité d'un suivi régulier.

Ce qu'il faut



retenir

- ✓ Les principales classes de psychotropes utilisées en psychiatrie sont les antipsychotiques, les antidépresseurs, les thymorégulateurs, les anxiolytiques, les hypnotiques et les psychostimulants.
- ✓ Les psychotropes sont régis par des **règles de prescription**.
- ✓ Une **information claire** et une **éducation thérapeutique** sont indispensables dès leur mise en place.
- ✓ **Toute hyperthermie inexplicquée** chez un patient sous antipsychotiques doit faire **interrompre le traitement** qui ne doit être repris qu'après la mise en évidence d'une étiologie.
- ✓ La toxicité très faible des **anxiolytiques**, leur efficacité ne doit pas faire négliger pour autant des règles de prescription bien précise, vu le risque de **pharmacodépendance** +++.
- ✓ **Les antidépresseurs** tricycliques sont les molécules de référence, mais leur utilisation est limitée par leurs effets secondaires. Les nouveaux antidépresseurs ont une efficacité équivalente et moins d'effets indésirables.

7.2. Questions directes :

Question 1 : Citez les contre-indications des antidépresseurs tricycliques.

Question 2 : Quels sont les effets secondaires les plus fréquents des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) ?

Question 3 : Quelles sont les indications et les risques des antipsychotiques de deuxième génération par rapport aux antipsychotiques de première génération ?

Question 4 : Quels sont les effets secondaires des benzodiazépines et leurs risques à long terme ?

7.3. Questions à choix unique ou multiple :

Q 1 : Les neuroleptiques produisent l'un ou plusieurs des effets caractéristiques suivants qui entrent dans leur définition :

- A. Sédatifs
- B. Extrapiramidaux
- C. Dysthymiques
- D. Hypertenseurs
- E. Antipsychotiques

Q 2 : La principale différence entre les médicaments neuroleptiques de première et deuxième génération concerne :

- A. La dépendance
- B. Les dyskinésies
- C. Leur efficacité
- D. Leur acceptabilité
- E. Leurs indications

Q 3 : On classe parmi les neuroleptiques d'action prolongée :

- A. La chlorpromazine (Largactil)
- B. L'Halopéridol (Haldol Décanoate)
- C. La Fluphénazine (Modécate)
- D. La Lévomépromazine (Nozinan)
- E. Les Benzamides

Q 4 : Entrent dans la définition classique d'un neuroleptique :

- A. La réduction des états d'agitation
- B. L'apparition d'une réaction fébrile
- C. La création d'un état d'indifférence psychomotrice
- D. La production d'effets anticholinergiques
- E. La réduction des symptômes psychotiques

Q 5 : Les principales indications des médicaments neuroleptiques concernent :

- A. Les toxicomanies
- B. Les psychoses
- C. L'accès maniaque
- D. Le délirium tremens
- E. Les phobies

Q 6 : On classe parmi les neuroleptiques :

- A. Les Benzodiazépines
- B. Les Phénothiazines
- C. Les Butyrophénones.
- D. Les sels de lithium
- E. Les Benzamides

Q 7 : Au cours d'un traitement par les neuroleptiques on peut observer

l'apparition:

- A. De dyskinésies
- B. D'une constipation
- C. De troubles immunitaires
- D. D'hypotension artérielle
- E. De troubles de la thermorégulation

Q 8 : Parmi ces neuroleptiques quels sont ceux qui ont une forme d'action prolongée (incorrectement appelés <retard >) :

- A. Chlorpromazine
- B. Lévomépromazine
- C. Haldol
- D. Amisulpride
- E. Rispéridone

Q 9 : Parmi les antipsychotiques classiques, on peut citer :

- A. Olanzapine (Zyprexa)
- B. Chlorpromazine (Largactil)
- C. Halopéridol (Haldol)
- D. Amisulpride (Solian)
- E. Rispéridone (Risperdal)

Q 10 : Les antipsychotiques atypiques :

- A. Sont mieux tolérés que les antipsychotiques classiques.
- B. Engendrent beaucoup plus d'effets dyskinétiques
- C. Engendrent beaucoup moins d'effets métaboliques
- D. Sont plus sédatifs que les antipsychotiques classiques

E. N'ont aucun effet secondaire.

Q 11 : Les deux antipsychotiques les plus sédatifs sont :

A. Nozinan (Lévomépromazine)

B. Largactil (Chlorpromazine)

C. Haldol (Halopéridol)

D. Zyprexa (Olanzapine)

E. Risperdal (Rispéridone)

Q 12 : L'antipsychotique qui engendre beaucoup plus de dyskinésie aiguë est :

A. Largactil (Chlorpromazine)

B. Zyprexa (Olanzapine)

C. Nozinan (Lévomépromazine)

D. Haldol (Halopéridol)

E. Solian (Amisulpride)

Q 13 : Quel est le principal risque des benzodiazépines ?

A. Sédation

B. Troubles du transit

C. Dépendance

D. Sécheresse buccale

E. Hyperthermie

Q 14 : Trois molécules font partie des benzodiazépines :

A. Diazépam (Valium)

B. Paroxétine (Deroxat)

C. Bromazépam (Lexomil)

D. Alprazolam (Xanax)

E. Clomipramine (Anafranil)

Q 15 : Quelles sont les bonnes règles de prescription des benzodiazépines ?

A. Respecter les indications et les contre-indications

B. Associer plusieurs benzodiazépines

C. Réduction progressive de doses

D. Prescription illimitée de traitement

E. Information du patient des effets secondaires

Q 16 : Quelles sont les propriétés pharmacologiques des benzodiazépines ?

A. Hypnotique

B. Antidépresseur

C. Myorelaxante

D. Anticonvulsivante

E. Thymorégulatrice

Q 17 : Parmi ces propositions, lesquelles sont des indications des benzodiazépines ?

A. Anxiété réactionnelle

B. Troubles du sommeil

C. Sevrage d'alcool

D. Trouble bipolaire

E. Psychoses chroniques

Q 18 : Concernant Le syndrome de sevrage des benzodiazépines, cocher les propositions justes :

- A. Apparaît dès les premiers jours suivant l'arrêt
- B. Se manifeste principalement par une insomnie, anxiété et irritabilité
- C. Apparaît si usage prolongé et/ou doses élevées des benzodiazépines
- D. La prévention est possible en respectant les modalités de prescription
- E. Aucune réponse n'est juste

Q 19 : Les antipsychotiques atypiques :

- A. Agissent sur les récepteurs dopaminergiques
- B. Agissent sur les récepteurs sérotoninergiques
- C. Ont plus d'effets secondaires extrapyramidaux
- D. Améliorent les performances cognitives dans la schizophrénie
- E. Coût plus élevé que les neuroleptiques classiques

Q 20 : Concernant les anxiolytiques :

- A. Psychotropes de la famille des psycholeptiques
- B. Les anxiolytiques benzodiazépiniques constituent la principale famille
- C. La forme injectable est le traitement de choix si agitation psychomotrice
- D. Usage recommandé ne doit pas dépasser 6 mois
- E. Les benzodiazépines chez la personne âgée peuvent causer des chutes

Q 21 : Quels sont les effets secondaires des benzodiazépines :

- A. Sédation
- B. Dépendance
- C. Réaction paradoxale
- D. Hyperthermie
- E. Trouble du transit

Q 22 : Deux molécules ne font pas partie des benzodiazépines :

- A. Diazépam (Valium)
- B. Fluoxétine (Prozac)
- C. Alprazolam (Xanax)
- D. Hydroxyzine (Atarax)
- E. Nordazépam (Nordaz)

Q 23 : Parmi les principes de la prescription des anxiolytiques :

- A. La durée totale du traitement ne doit pas excéder 12 semaines
- B. Les benzodiazépines à demi-vie longue ont le plus de risque de survenue d'un rebond d'anxiété entre les prises
- C. La voie intramusculaire est privilégiée
- D. L'arrêt brutal est possible si la prescription est de courte durée
- E. L'administration per os et à privilégier

Q 24 : Les antipsychotiques sont indiqués dans :

- A. La schizophrénie
- B. Le trouble délirant
- C. L'accès maniaque
- D. Comme traitement adjuvant aux autres psychotropes
- E. Les vomissements persistants

Q 25 : Le Valproate de sodium est indiqué en première intention dans :

- A. États mixtes
- B. Trouble bipolaire à cycles rapide
- C. Accès maniaque
- D. Prévention des rechutes dans le trouble bipolaire
- E. Traitement des épisodes dépressifs du trouble bipolaire

Q 26 : Les benzodiazépines :

- A. Possèdent quatre actions thérapeutiques
- B. Sont nombreuses à avoir le Nordazépam comme métabolite
- C. Le risque de pharmacodépendance est élevé
- D. La survenue du syndrome de sevrage est favorisée par la diminution trop rapide des doses
- E. La survenue du syndrome de sevrage est plus précoce si la demi-vie est longue

Q 27 : Parmi les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, on peut citer (une réponse Juste) :

- A. Olanzapine
- B. La Clomipramine
- C. La Sertraline
- D. L'Alprazolam
- E. Aucune réponse n'est juste

8. Préparation aux examens cliniques de 7ème année : questions d'examen :

❖ CAS CLINIQUE 1 :

Hassan, 32 ans, célibataire, vient vous consulter parce qu'il n'en peut plus. Il explique : « Je me sens indigne, je ne peux plus travailler comme cadre comptable. Je me sens indigne, J'ai toujours l'impression d'avoir fait une erreur dans mes comptes, alors je refais les opérations plusieurs fois de suite. En plus, j'ai toujours peur de mal agir avec les collègues ».

Il y a trois Jours, j'ai oublié de dire bonjour à ma secrétaire. Je suis sûr qu'elle m'en a voulu, mais je ne savais pas comment me rattraper et j'y ai pensé toute la journée et toute la nuit. J'ai toujours l'impression d'oublier quelque chose ; quand je sors de chez moi, je me sens souvent obligé de remonter les escaliers pour vérifier que la porte est fermée. Je sais que c'est bête, mais je ne peux pas m'en empêcher. »

En parlant, il déplace sa Malette pour mieux l'aligner avec les pieds de la chaise. Il explique en rougissant : « Je ne peux pas supporter les objets mal rangés ».

Il finit par dire : « je suis épuisé, je dors mal, je ne vois plus personne, et je n'ai plus envie à rien, et je me décourage facilement. ».

1. Deux –syndromes psychiatriques sont évidents dans ce tableau clinique, lesquels ?
2. Quel est le diagnostic chez ce patient ?
3. Quelle est la personnalité pathologique sous-jacente chez ce patient ?

4. Quels sont les traits pathologiques caractéristiques de cette personnalité ?
5. Quels sont les risques à moyen et à long terme ?
6. Quel est le traitement médicamenteux le plus adapté ?
7. Quels sont les autres moyens thérapeutiques à votre disposition ?

❖ CAS CLINIQUE 2 :

Madame H, âgée de 35 ans, mariée avec 2 enfants, a déjà été hospitalisée plusieurs fois en service de psychiatrie.

- A l'âge de 29 ans pour un épisode dépressif, rapidement régressif ;
- A l'âge de 31 ans pour un état d'exaltation euphorique de l'humeur avec logorrhée et tachypsychie ;
- Enfin à l'âge de 33 ans, à la suite d'une tentative de suicide par défenestration, au retour d'un pèlerinage.

Madame H ; qui est une personne très croyante, déclarait qu'elle était damnée, qu'elle se trouvait en enfer, qu'elle subissait le châtement éternel de ses fautes. Entre ces périodes d'hospitalisation, son état était redevenu strictement normal. Actuellement, elle est réhospitalisée après l'apparition d'une nouvelle phase d'hyperactivité, d'humeur euphorique et expansive.

Elle parle sans arrêt à vive allure, sans qu'on puisse l'interrompre. Elle fait des plaisanteries d'un goût douteux qui contrastent avec sa réserve habituelle. Elle a fait récemment des dépenses disproportionnées par rapport à ses revenus. Elle voulait acheter un très grand lot de terrain pour construire une grande mosquée. Son père est connu pour avoir présenté plusieurs épisodes dépressifs.

Son examen clinique ne révèle par ailleurs aucune anomalie.

- 1. Quel était le syndrome constaté lors de sa troisième hospitalisation à l'âge de 33 ans ?**
- 2. Décrivez la sémiologie de l'état clinique actuel, en décrivant les symptômes présents chez elle.**

3. Vu l'état clinique actuel et compte tenu de l'évolution de cette malade, quel diagnostic positif doit on poser en premier ?
4. Quel doit être le traitement médicamenteux à prescrire dans l'immédiat ?
5. Quel est le traitement de fond chez cette patiente ?

❖ CAS CLINIQUE 3 :

Mlle B, 24 ans, célibataire, étudiante, bon parcours universitaire, sans facteur de stress environnant, consulte aux urgences pour une crise d'angoisse aiguë.

« Je suis rentrée tout à l'heure dans l'amphithéâtre et je me suis sentie le souffle coupé. J'avais des palpitations, le cœur serré et je me suis mise à trembler. J'ai eu l'impression que j'allais mourir. Je suis vite sortie et tout est rentré dans l'ordre en quelques minutes, mais j'ai peur que ça recommence. »

A l'examen, la patiente est pâle et agitée.

1. Si vous pensez à une hypothèse psychiatrique, Quel(s) diagnostic(s) évoqueriez-vous ?
2. Quels éléments cherchez-vous à l'entretien ?
3. Quels éléments cherchez-vous à l'examen physique ?
4. Si l'examen clinique est entièrement normal, demandez-vous des examens complémentaires ? Si oui, détaillez. Si non, justifiez.
5. Si vous ne trouvez aucune pathologie organique, quel serez votre traitement en urgence ?
6. En fait, c'est le cinquième épisode de ce type depuis 6 mois. Quel est finalement votre diagnostic ? et quel serait le traitement médicamenteux de fond ?

❖ CAS CLINIQUE 4 :

Mr F, 24 ans, sans aucun antécédent psychiatrique, vient consulter pour la première fois un psychiatre pour une symptomatologie aigue qui s'est installée il y a juste deux mois. Mr F rapporte qu'il se souvient bien du début et du jour exact lorsqu'il était chez lui, et soudainement il a senti des palpitations, et que sa respiration est devenue difficile à tel point qu'il a cru qu'il va mourir, et ce n'est qu'après une demi-heure qu'il a senti un soulagement. Il a rapporté que durant cette demi-heure, il a perçu que le monde a changé autour de lui, et qu'il va sans doute perdre la raison. Il a consulté chez des pneumologues et des cardiologues et rien n'a été décelé. Le bilan biologique est tout à fait normal, et malgré ça, cette symptomatologie a continué à récidiver au moins deux fois par semaine. L'examen du psychiatre n'a pas révélé une tristesse de l'humeur, ni d'idées délirantes ni de troubles perceptifs et sans traits de personnalité pathologique.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
2. Citez les éléments sémiologiques du contenu de l'énoncé
3. Quelles seraient les complications à craindre chez ce patient ?
4. Quel sera le traitement médicamenteux de fond (molécule, dose et durée) à proposer ?
5. Quel est le type de psychothérapie que vous pouvez lui proposer ?

❖ CAS CLINIQUE 5 :

Une jeune fille de 18 ans, étudiante en maths sup, et ayant obtenu son bac avec mention, a commencé à s'absenter des cours depuis 6 mois sans raison apparente. Elle a commencé dernièrement à parler de la non utilité de ses études, et qu'elle pense plutôt à faire des études de philosophie. Elle a commencé à se renfermer sur elle à tel point qu'elle ne s'associe plus à sa famille aux repas. Sa famille a remarqué qu'elle parle très peu depuis une semaine, et elle est devenue insomniaque et anorexique et ne s'intéresse plus à sa coiffure et à ses habits comme elle le faisait avant.

1. **Quels sont les deux diagnostics à évoquer en premier ?**
2. **Etayez les symptômes cités dans l'énoncé pour chaque diagnostic que vous évoquez**
3. **Décidez-vous une hospitalisation pour cette patiente ? Argumentez votre choix**
4. **Quel traitement médicamenteux vous proposez pour cette patiente en citant les molécules et posologies pour chaque diagnostic évoqué?**

❖ CAS CLINIQUE 6 :

Mr M, âgé de 24 ans, amené par ses parents pour des troubles de comportements d'installation brutale il y a quatre jours. Selon les parents, il est devenu agressif, il ne fait plus confiance à personne, refuse de partager les repas de la famille avec insomnie totale. Mr M, décrit comme un garçon sans problèmes, il a fait des études supérieures en économie, actuellement il travaille dans une société d'électroménagers. Pas d'ATCD personnels ou familiaux particuliers. Pas d'usage de substances.

Durant l'entretien, le patient se présente en tenue adaptée, était instable, il a des écorchures au niveau des mains et du visage lié à ses altercations avec la famille parce qu'il refusait de consulter à l'hôpital psychiatrique. Mr M crie, récite des versets coraniques, spontanément il disait « le dieu parle avec moi, j'ai une mission à réaliser... », « On me surveille, on veut me tuer, on parle de moi à la télé... ». Le patient se met en colère, devient menaçant lorsque on essaie de le mettre en doute par rapport à ses dires.

- 1. Décrire les éléments sémiologiques de cette observation**
- 2. Quel diagnostic à évoquer ?**
- 3. Quelle attitude thérapeutique à envisager à court et à moyen terme ?**

❖ CAS CLINIQUE 7 :

Mme F, âgée de 30 ans, célibataire sans profession, sans antécédents pathologiques notables.

L'histoire de la maladie remonte à trois ans, sans facteur déclenchant où la patiente a commencé à présenter un besoin excessif de se laver les mains, le tout évoluant dans un contexte d'anxiété.

L'examen trouve une patiente bien orientée dans le temps et l'espace, contact facile, bonne hygiène corporelle, discours cohérent, affect adapté.

La patiente rapporte : « je suis très soucieuse, J'ai le souci de la propreté. Je lave et relave mes mains jusqu'à trente fois avec le savon et parfois l'eau de javel, on dirait que quelqu'un vient me faire la pression et me dit tu dois répéter, même le ménage je le fais plusieurs fois, je répète la prière à chaque fois, je ne supporte plus. Je ne sais pas si c'est un problème de mémoire ou de concentration, je ne dors plus la nuit, je suis tout le temps dérangée.

1. Quel est l'élément séméiologique présent dans ce cas clinique ?

- A. Idées délirantes
- B. Rituels de lavage
- C. Dissociation affective
- D. Hallucinations visuelles
- E. Hallucinations auditives

2. Quel est votre diagnostic ?

- A. Un trouble panique
- B. Un état de stress post traumatique
- C. Un trouble d'anxiété généralisée avec une dépression
- D. Un trouble obsessionnel compulsif

- E. Un trouble de phobie spécifique
- 3. Quel sont les complications à craindre chez cette patiente ?**
- A. Trouble dépressif
 - B. Conduites suicidaires
 - C. Complications dermatologiques
 - D. Evolution vers un trouble bipolaire
 - E. Evolution vers une schizophrénie
- 4. Quels sont les deux antidépresseurs à prescrire chez cette patiente?**
- A. La Clomipramine (Anafranil)
 - B. La Miansérine (Athymil)
 - C. L'Amitriptyline (Laroxyl)
 - D. La Maprotiline (Ludiomil)
 - E. La Sertraline (Zoloft)
- 5. Quel est la durée du traitement ?**
- A. Trois mois
 - B. Six mois
 - C. Neufs mois
 - D. 18 mois
 - E. Un mois

❖ CAS CLINIQUE 8 :**QUESTION 1 : Le trouble d'anxiété généralisée se caractérise par :**

- A. Sentiment d'insécurité
- B. Préoccupation du malheur
- C. Inquiétudes permanentes
- D. Ruminations interminables
- E. Troubles de concentration

QUESTION 2 : Le diagnostic positif de la paranoïa se fait devant :

- A. La psychorigidité
- B. Des idées délirantes concernant des évènements réels de la vie
- C. L'altération profonde de l'adaptation sociale
- D. Un délire mal systématisé
- E. La présence d'un comportement bizarre

QUESTION 3 : Concernant les manifestations de l'hystérie :

- A. Les symptômes d'expression physiques (conversions) sont accompagnés de « la belle indifférence ».
- B. Les pseudo-paralysies font parties des manifestations les plus fréquentes
- C. Les états seconds font partie des symptômes d'expression psychiques (troubles dissociatifs).
- D. Le pronostic dépend de la qualité de la relation avec l'entourage.
- E. Le diagnostic positif est clinique.

QUESTION 4 : Quels sont les traitements préconisés dans la prévention des rechutes du trouble bipolaire type I ?

- A. Carbamazépine
- B. Valproate de sodium
- C. Lithium
- D. Antidépresseurs tricycliques
- E. Anxiolytiques

QUESTION 5 : Dans la dépression endogène, on retrouve :

- A. Un syndrome de Cotard
- B. Une absence de stupeur
- C. Un facteur héréditaire.
- D. Un risque suicidaire important.
- E. Une insomnie matinale.

❖ CAS CLINIQUE 9 :

Mme F, âgée de 49 ans, sans antécédents pathologiques notables. L'histoire de la maladie remonte 3 ans, sans facteur déclenchant, la patiente a présenté un besoin excessif de se laver les mains, le tout évoluant dans un contexte d'insomnie et d'anxiété.

À l'examen : patiente calme, bonne hygiène corporelle, discours cohérent, affect adapté. Elle rapporte « je suis très soucieuse, je ne cesse pas de laver mes mains toute la journée, parfois avec l'eau de javel. Je répète la prière plusieurs fois, je ne supporte plus. Je suis tout le temps dérangée ».

QUESTION 1 : Quels sont les éléments sémiologiques présents dans Ce cas clinique ?

- A. Idées délirantes
- B. Compulsions
- C. Dissociation affective
- D. Dépersonnalisation
- E. Insight positif

QUESTION 2 : Quel est votre diagnostic ?

- A. Trouble panique
- B. Agoraphobie
- C. Trouble d'anxiété généralisée avec une dépression
- D. Trouble obsessionnel compulsif
- E. Trouble de phobie spécifique

QUESTION3 : Quelles sont les complications à craindre chez cette patiente ?

- A. Trouble dépressif
- B. Conduites suicidaires
- C. Complications dermatologiques
- D. Evolution vers un trouble délirant
- E. Evolution vers une schizophrénie

QUESTION 4 : Quels sont les traitements à prescrire en premier chez cette patiente ?

- A. Clomipramine (Anafranil)
- B. Rispéridone (Risperdal)
- C. Carbamazépine (Tegretol)
- D. Olanzapine (Zyprexa)
- E. Sertraline (Zoloft)

❖ CAS CLINIQUE 10 :

Il S'agit de Mme L âgée de 30 ans, sans antécédents pathologiques notables.

L'histoire de la maladie remonte à deux mois, où la patiente a refusé de se nourrir. Forcée par ses parents à manger, elle rapportait qu'elle n'avait pas d'organes digestifs pour manger. Ce qui a motivé donc ses parents à la ramener en consultation. Le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement chiffre à 11 kg et une altération de l'état général.

A l'examen patient asthénique, conjonctives décolorées, hypomimique, contact difficile, paraît très réticente.

La patiente rapporte « Je suis morte. Pourquoi vais-je manger, je n'ai ni d'intestin ni d'estomac, aucun organe digestif. Je suis déjà morte. Je n'ai personne, je ne comprends pas pourquoi on m'a ramenée ici, vous ne pouvez rien faire pour moi, je suis morte... laissez-moi avec mes semblables, vous ne pouvez rien pour moi...rien n'est utile dans mon cas, je suis morte, il vous est impossible de m'aider, inutile de perdre votre temps »

Question 1 : Les propos de la patiente « je n'ai pas de foie, ni d'estomac...», entrent dans le cadre de :

- A. Dépersonnalisation
- B. Déréalisation
- C. Syndrome de Cotard
- D. Délire de filiation
- E. Syndrome dissociatif

Question 2 : Quels sont les deux syndromes présents dans ce cas clinique ?

- A. Syndrome maniaque et syndrome dépressif
- B. Syndrome dissociatif et syndrome dépressif
- C. Syndrome dépressif et syndrome délirant
- D. Syndrome délirant et syndrome dissociatif
- E. Syndrome dépressif et syndrome hallucinatoire

Question 3 : Quel est le diagnostic à évoquer ?

- A. Mélancolie délirante
- B. Bouffée délirante aiguë
- C. Dépression stuporeuse
- D. Dépression anxieuse
- E. Dépression masquée

Question 4 : Quel est votre prise en charge ?

- A. Traitement antidépresseur tricyclique par voie parentérale en association avec un anxiolytique
- B. Traiter en ambulatoire
- C. Les neuroleptiques sont contre-indiqués chez cette patiente
- D. Les Tricycliques par voie veineuse sont contre-indiqués chez cette patiente
- E. Les anxiolytiques sont déconseillés du fait de la levée d'inhibition psychomotrice au début du traitement.

VI. 2^{ème} CHAPITRE : préparation aux examens d'internat et de résidanat : rédaction d'exemplaires de questions d'examens :

1. Rôle physiologique des neuromédiateurs :

Plan :

- A. Introduction.**
 - B. Rappel neurochimique**
 - C. Critères de définition d'un neuromédiateur**
 - D. Types de neuromédiateurs**
 - E. Principes de neurotransmission chimique**
 - F. Action des neuromédiateurs**
 - G. Conclusion.**
-

A. Introduction :

Plusieurs années de recherche, consacrées à l'étude du support biologique des maladies mentales, ont permis de faire des progrès considérables dans la connaissance du fonctionnement du cerveau et de soulever des hypothèses concernant la physiopathologie de ces maladies. Le développement de la psychiatrie biologique et la connaissance des bases biochimiques ont eu des retombées sur la compréhension des maladies mentales et sur la thérapeutique.

B. Rappel neurochimique :

La transmission synaptique est un ensemble de phénomènes électriques et chimiques aboutissant au transfert de l'information d'un neurone à une autre cellule. On distingue les synapses centrales et périphériques.

La synapse se présente sous la forme d'une cellule présynaptique contenant de nombreuses vésicules, séparée d'une cellule post synaptique par

une fente synaptique qui est l'espace de communication entre les deux éléments.

Il existe des synapses électriques et biochimiques.

Dans les synapses biochimiques, l'arrivée de l'influx nerveux à l'extrémité présynaptique provoque la libération de médiateur qui traverse la fente synaptique, se fixe sur la cellule post synaptique pour transmettre l'information.

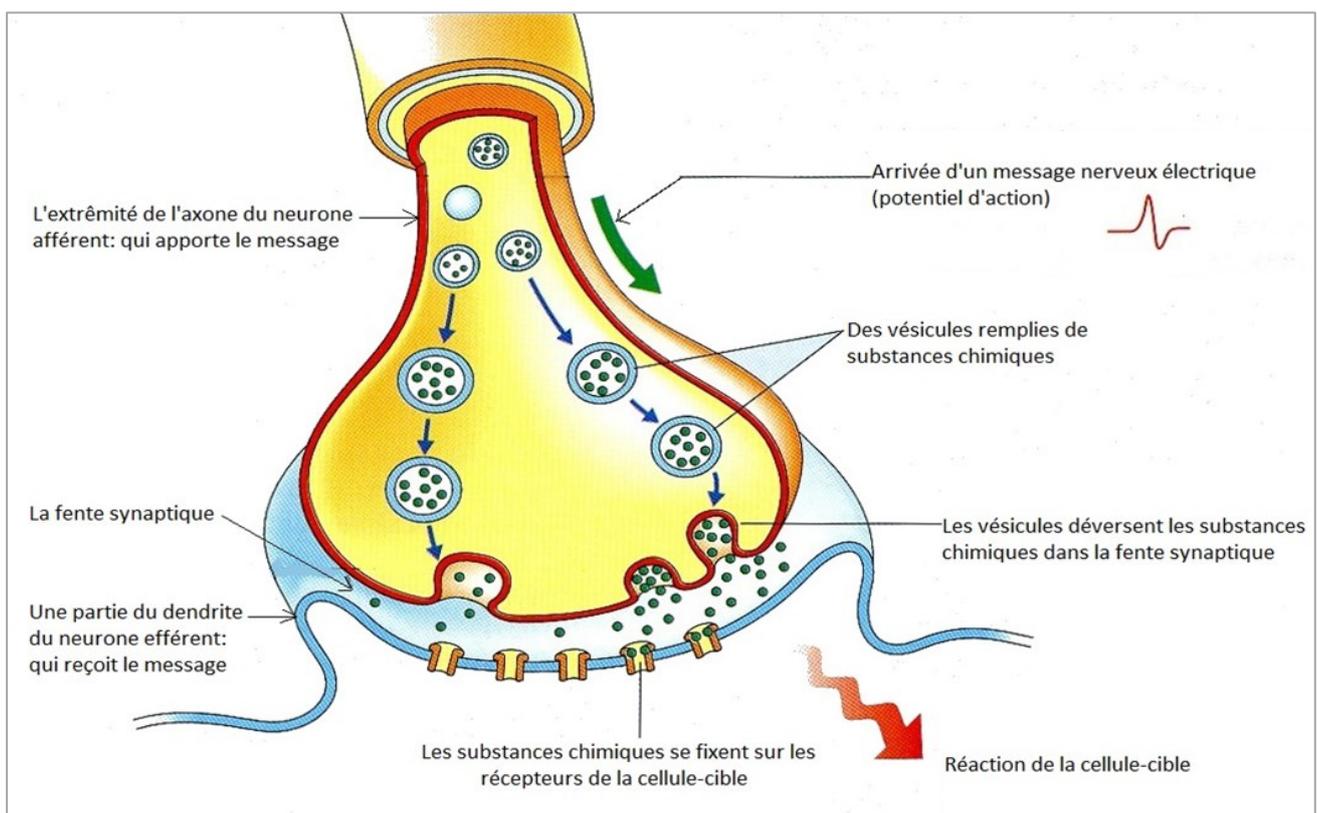


Figure 11. Schéma fonctionnel d'une synapse : la transmission d'un message nerveux d'un neurone à sa cellule-cible.

Un neuromédiateur est une substance chimique libérée par un neurone au niveau d'une synapse, qui **assure la transmission synaptique de l'influx nerveux** (les messages entre les neurones ou entre un neurone et une autre variété de cellules de l'organisme (muscles, glandes)).

Les neuromédiateurs **jouent un rôle central dans la communication entre les cellules nerveuses** et dans la régulation des fonctions physiologiques de l'organisme. Ils permettent le transfert de signaux électriques en signaux chimiques, facilitant ainsi la transmission d'informations dans le système nerveux central et périphérique. Leur rôle est essentiel dans les processus cognitifs, émotionnels, moteurs et hormonaux, rendant leur étude fondamentale pour comprendre le fonctionnement normal et pathologique du corps humain.

C. Critères de définition d'un neuromédiateur :

Pour qu'une molécule soit considérée comme un neuromédiateur, **elle doit répondre à un certain nombre de critères :**

- Biosynthèse in situ par le neurone.
- Localisation intra-neuronale (dans la terminaison présynaptique).
- Libération présynaptique en quantité suffisante lors de la survenue d'un potentiel d'action, pour exercer une action sur l'élément postsynaptique.
- Liaison ou fixation avec des récepteurs spécifiques.
- Inactivation par recapture ou dégradation enzymatique.
- Reproductibilité des effets physiologiques de la stimulation nerveuse lors de l'application locale de la substance.

D. Les types de neuromédiateurs :

Les neuromédiateurs peuvent être classés en plusieurs catégories selon leur structure chimique et leur rôle. On distingue 3 groupes :

- **Les amines et notamment les monoamines** : Noradrénaline (NA), Dopamine (DA), Sérotonine (5HT) et Acétylcholine (Ach).
- **Les acides aminés (A.A)** : quantitativement les aminoacides sont les neuromédiateurs les plus importants du système nerveux central. Il existe :
 - A.A excitateurs : Glutamate et l'aspartate.
 - A.A inhibiteurs : GABA et la glycine.
- **Les neuropeptides** : peptides opioïdes et non opioïdes.

E. Principes de neurotransmission chimique :

1. Médiateurs chimiques inotropes : Acétylcholine, Noradrénaline et GABA ouvrent les canaux ioniques et provoquent des réponses rapides dans les cellules post-synaptiques.

2. Médiateurs chimiques métabotropes : amines biogènes, peptides.

- Leur liaison au récepteur active l'Adényl-cyclase (catalyse la conversion de l'ATP en AMPc).
- L'AMPc : second messenger, active divers enzymes.
 - Certaines modifient la perméabilité membranaire => effets inotropes.
 - D'autres activent certains gènes => synthèse de protéines dans la cellule cible.

F. Action des neuromédiateurs :

1. Dans les mécanismes de commande : jonction neurone–organe effecteur :

a. **Jonction neuromusculaire** : (motoneurone- α , et fibre musculaire squelettique) : l'acétylcholine constitue le médiateur de la plaque motrice (PM), il a un effet sur les récepteurs nicotiniques (toujours stimulant).

b. **Système neuro-végétatif** :

- **Ach** : libérée par tous les axones pré ganglionnaires du système sympathique et du système parasympathique, ainsi que par tous les axones postganglionnaires parasympathiques.
- **NA** : libérée par les axones postganglionnaires sympathiques.
 - Deux types de récepteurs :
 - Cholinergiques :
 - Nicotiniques : neurones pré ganglionnaires sympathiques et parasympathiques et cellules de la médullosurrénale et PM. Ils sont toujours stimulants.
 - Muscariniques : tous les organes cibles du parasympathique et quelques cibles du sympathique.
 - Effet stimulant (œil, intestin, salive, bronches), ou inhibant (cœur, vaisseaux, sphincters).
 - Adrénnergiques :
 - **Alpha (α)** :
 - $\alpha 2$: modulation de la NA par les terminaisons adrénnergiques.
 - $\alpha 1$: Activation, constriction des vaisseaux sanguins des viscères

(sauf cœur) et des sphincters.

- **Béta (β) :**

- β_1 : excitation (augmente la FC, la contractilité et la lipolyse).
- β_2 : effets surtout inhibiteurs (sauf stimulation de sécrétion de rénine).

2. Dans les mécanismes de « transmission » : neurone–neurone :

a. Ganglions du système nerveux végétatif (SNV) :

Axones pré ganglionnaires du sympathique ou parasympathique.

Le médiateur chimique est l'Ach qui agit sur les récepteurs nicotiques= effet stimulant.

b. Système nerveux central :

- **L'acétylcholine** : Noyaux gris centraux (NGC) et certains neurones de l'encéphale.
- **La noradrénaline** : Tronc cérébral (TC), système limbique, certaines aires du cortex.
⇒ Sensation de bien-être, les amphétamines favorisent sa libération, et la cocaïne empêche son retrait de la synapse.
- **La dopamine** : locus Niger et hypothalamus.
⇒ Sensation de bien-être.
- **La sérotonine** : TC, hypothalamus, système limbique, épiphyse, cervelet, moelle épinière (ME).
⇒ Sommeil et régulation de l'humeur.
- **L'histamine** : Hypothalamus.
- **GABA** : Cellule de Purkinje du cervelet, ME. C'est un inhibiteur en général (le BZD augmente ses effets).

⇒ Inhibition présynaptique (synapse axo-axonale).

- **La glycine** : ME et rétine.
- **Le glutamate**.
- **Endorphines, enképhalines** : Agissent comme des opiacés ou des euphorisants naturels et diminuent la douleur en inhibant la substance-P.
- **Substance-P** : Excitatrice, neurotransmetteur des messages nociceptifs.
- **Somatostatine** : Hypothalamus, pancréas. Elle inhibe la libération de GH (Hormone de croissance).
- **Cholecystokinine (CCK)** : Cortex, intestins Il pourrait être associé aux comportements alimentaires.

G. Conclusion :

- Les neuromédiateurs constituent des acteurs clés dans la communication neuronale et la régulation des fonctions corporelles. Leur diversité et leur spécificité permettent de contrôler des processus variés, allant de la contraction musculaire aux émotions complexes.
- Comprendre leur rôle physiologique est essentiel non seulement pour expliquer les mécanismes de base de la vie mais aussi pour développer des traitements contre des troubles neurologiques et psychiatriques.
- Application pharmacologique dans plusieurs domaines :
 - Traitement des psychoses (neuroleptiques).
 - Maladie de parkinson (dopamine).

- Anesthésiologie (curarisants).
- Myasthénie (néostigmine= anticholinestérasique).
- Guerre (utilisation péjorative des anticholinestérasiques).

2. Signes cliniques et diagnostic des troubles dépressifs :

Plan :

- A. Introduction.
- B. Diagnostic.
 - 1. Diagnostic positif.
 - a. Signes cliniques.
 - b. Critères diagnostiques.
 - 2. Formes cliniques.
 - 3. Diagnostic différentiel.
- C. Conclusion.

A. Introduction :

La dépression est un **trouble de l'humeur** défini comme une **tristesse pathologique persistante**, sans motif et **non expliquée**, **durable**, **incontrôlable** et **inconsolable**, souvent accompagnée de symptômes somatiques et psychomoteurs.

Le terme « dépression » correspond dans la classification actuelle du DSM-5 à l'**épisode dépressif caractérisé** (anciennement « épisode dépressif majeur »).

Il s'agit d'un **trouble très fréquent**, avec une prévalence en population générale de 10-20%, et une prévalence au Maroc d'environ 26%.

Le diagnostic des troubles dépressifs est clinique et l'interrogatoire est **fondamental+++**.

La dépression est une **urgence vitale** en raison du **risque suicidaire** (15% des dépressions ➡ un suicide).

B. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

a. Signes cliniques :

Le syndrome dépressif réalise l'association clinique, à des degrés variables, les symptômes émanant des **perturbations émotionnelles, comportementales, somatiques et cognitives** caractéristiques.

Le diagnostic de la dépression repose sur une « **TRIADE Clinique** » :

➤ **Humeur dépressive :**

- Elle s'exprime par une **tristesse pathologique** qui constitue la composante principale de l'humeur dépressive. Elle est sans motifs ou apparaît disproportionnée avec les causes invoquées.
- La tristesse dépressive s'accompagne typiquement de nombreux signes évocateurs, tels que :
 - Une **irritabilité**, une **labilité émotionnelle**, hyperthymie douloureuse avec crise de larmes parfois inexplicables par le patient.
 - Une **anxiété** de façon diverse.
 - Une **asthénie**.
 - Des **représentations négatives** : le sujet porte sur lui-même un regard négatif qui se fonde sur un sentiment d'impuissance à agir, d'incapacité, et se traduit par une **perte de confiance et d'estime de soi** avec parfois un sentiment de **culpabilité**.
 - La vision de l'avenir est occultée par le **pessimisme** et la **perte d'espoir**.
 - L'affectivité du sujet se traduit par une **anhédonie** (perte de la

sensation de plaisir), une **aboulie** (perte d'initiative, absence d'envie), voire une **athymhormie** (perte de l'élan vital).

- A un stade avancé, le patient va être envahit par des **idées suicidaires** qui font toute la gravité du syndrome dépressif. Le désir de mort est **fréquent** et doit faire l'objet d'une **évaluation systématique**.

➤ **Ralentissement psychomoteur :**

Il représente un véritable **syndrome déficitaire global** d'intensité très variable selon le type clinique et la gravité de la dépression. Ce ralentissement se constate objectivement, à l'examen de la présentation et de l'état mental du sujet, comme elle se traduit subjectivement par un ensemble de plaintes caractéristiques.

- **Ralentissement psychique :**

- Sur le plan cognitif : ce ralentissement se traduit par une incapacité à penser de façon claire et efficace. On définit une bradypsychie avec **monoïdéisme**, des **difficultés d'attention et de concentration**, ainsi que des **troubles mnésiques**.
- Sur le plan affectif : il se traduit par un sentiment d'**indifférence** ou d'**anesthésie affectif**, voir même capacité à éprouver des sentiments d'amour, de joie, de peur ou de colère.
- Sur le plan conatif : le ralentissement se traduit par une **inhibition de la volonté**, une **perte de motivation**. Au bout du compte toute l'activité du sujet est dégradée : **hésitant, indécis**, il **agit moins**, avec beaucoup de difficultés à se mettre en route

- **Ralentissement moteur et comportemental** qui se traduit par :
 - Une **réduction des mouvements**, qui sont rares, lents et de faible amplitude,
 - Une **bradykinésie** (lenteur des mouvements),
 - Une **hypomimie** (diminution des expressions du visage) voire **amimie**,
 - Une **bradyphémie** (lenteur du discours),
 - Une **voix monocorde** (aprosodie),
 - Une **clinophilie** (confinement au lit),
 - Une **incurie** (diminution des conduites élémentaires d'hygiène et d'alimentation),
 - Une **aboulie** (incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés et une grande difficulté à prendre des décisions),
 - Un **apragmatisme** (difficultés à entreprendre des actions par incapacité à planifier les activités).

➤ **Symptômes somatiques :**

- Perturbations du sommeil : une **insomnie** le plus souvent, mais aussi parfois une **hypersomnie**.
- Perturbations des conduites alimentaires : une **anorexie** le plus souvent, mais parfois une **hyperphagie**.
- Troubles sexuels : une **diminution de la libido** et parfois dysfonction érectile, qui renforce l'auto-culpabilité.
- Plaintes somatiques : Ce sont des plaintes vagues, sans substratum anatomique :
 - Une **asthénie** ou une **perte d'énergie** : symptôme quasi constant,

défini par une fatigabilité importante, permanente et persistante, typiquement majorée en début de journée.

- **Troubles neurovégétatifs** : sont plus fréquents lorsque le niveau d'anxiété est élevé.
- **Troubles digestifs** (état saburral, constipation, nausées voir diarrhée en cas d'anxiété sévère).
- **Troubles urinaires** (pollakiurie anxieuse).
- **Troubles cardio-vasculaires** (hypotension et bradycardie, parfois hypertension, tachycardie et bouffées vasomotrices en cas d'anxiété associée).
- **Troubles neuromusculaires** (tremblements ou crampes musculaires, paresthésies, troubles cénesthésiques, céphalées, douleurs erratiques).

b. Critères diagnostiques :

Au cours de l'évaluation diagnostique, le risque suicidaire doit être systématiquement évalué chez l'ensemble des patients présentant un épisode dépressif caractérisé.

Les critères DSM-5 pour poser le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants** doivent avoir été présents pendant une même période d'une **durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
1. Humeur dépressive.
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités.
 3. Perte ou gain de poids significatif, ou diminution ou augmentation de l'appétit.
 4. Insomnie ou hypersomnie.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur.
 6. Fatigue ou perte d'énergie.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision.
 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement** social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.**
- D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou une autre trouble psychotique.**

Sévérité :

- Léger : 2 symptômes ; l'intensité est importante mais gérable, l'altération du fonctionnement social ou professionnel est mineure.
- Moyen : 3 symptômes.
- Sévère : 4 ou 5 symptômes ; l'intensité est importante et impossible à gérer, les symptômes interfèrent avec le fonctionnement.

Figure 12. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM 5.

2. Formes cliniques :

L'épisode dépressif majeur, s'il représente l'unité syndromique de la dépression, peut se décliner selon de nombreux modes en fonction :

- **Selon l'évolution dans le temps** : Un épisode dépressif majeur peut être isolé, ou entrer dans le cadre d'un trouble bipolaire, trouble schizo-affectif, trouble dépressif majeur récurrent, dépression chronique ou trouble saisonnier de l'humeur.
- **Selon l'âge** : le syndrome dépressif varie peu en fonction de l'âge (enfants, adolescents, sujets âgés). Certaines particularités peuvent cependant être relevées aux âges extrêmes.
- **Selon le sexe** : chez la femme le diagnostic de dépression est à apprécier en fonction des étapes de la vie hormonale qui peuvent altérer l'humeur de façon physiologique (ménarche, cycles menstruels, grossesse et ménopause).
- **Selon la symptomatologie** : l'épisode dépressif majeur (EDM) est le plus souvent typique, cependant la symptomatologie peut présenter dans certains cas, des caractéristiques remarquables, tels que : la mélancolie ou l'EDM atypique.

3. Diagnostic différentiel :

- **Tristesse** : La tristesse normale se rapporte généralement à un contexte, un objet précis, auxquels elle demeure circonscrite alors que la tristesse pathologique accompagne tous les actes et envahit toutes les pensées possibles de l'individu.
- **Deuil** : Le deuil réalise un modèle de dépression réactionnelle à la perte d'un être cher, il faut attendre 6 mois pour juger. Mais il se

différencie d'un état dépressif par :

- La notion de perte déclenchante qui justifie une tristesse normale ;
 - Les sentiments d'injustice, de révolte et de colère, qui interrompent la tristesse face à l'événement ;
 - La rareté de l'idéation suicidaire ;
 - L'absence de ralentissement psychomoteur ;
 - L'absence de sentiments de culpabilité ;
 - L'atténuation spontanée avec le temps.
- **Anxiété** : Le ralentissement psychomoteur, le désintérêt généralisé et l'anhédonie, la perte de l'estime de soi, l'idéation suicidaire, ne sont pas retrouvés dans un tableau anxieux. Leur présence évoque la présence d'un syndrome dépressif, dont l'anxiété constitue un fréquent symptôme d'accompagnement.
 - **L'émoussement affectif des états schizophréniques chroniques** : L'humeur dépressive s'en distingue par la richesse des affects mobilisés, à la différence de l'hébéphrène habituellement peu concerné par ses symptômes, dont la réactivité émotionnelle paraît très amoindrie.
 - **Démence**.
 - **Dépression délirante avec paranoïa sensitive**.

C. Conclusion :

- La dépression est une pathologie fréquente dans la population générale.
- Le diagnostic clinique repose sur la triade : humeur dépressive, ralentissement psychomoteur et symptômes somatiques.
- Unité syndromique : épisode dépressif caractérisée.
- La complication la plus redoutée : conduites suicidaires, d'où l'intérêt d'évaluer le risque suicidaire chez tout dépressif.
- Une prise en charge adéquate doit être instaurer, basée sur les antidépresseurs qui doivent être utilisés pendant une durée suffisante et à dose efficace, associé le plus souvent à des séances de psychothérapie : TCC et/ou psychothérapie de soutien.

3. Modes de début des syndromes schizophréniques :

Plan :

- A. Introduction.
 - B. Modes de début.
 - a) Forme à début aigu.
 - b) Formes à début progressif.
 - C. Conclusion.
-

A. Introduction :

La schizophrénie est un trouble psychotique chronique, qui se caractérise par une altération du contact avec la réalité.

C'est un trouble **fréquent** qui touche environ 1% de la population générale.

Le diagnostic clinique de la schizophrénie repose sur trois grands syndromes : le **syndrome positif** (idées délirantes et hallucinations), le **syndrome de désorganisation** et le **syndrome négatif**, auxquels s'ajoutent des **altérations cognitives** (attention, mémoire, fonctions exécutives, etc.).

L'âge de début de la schizophrénie se situe vers la fin de l'adolescence : pic de fréquence entre 15 et 35 ans.

On distingue les **formes à début brutal** (quelques jours à quelques semaines) et les **formes à début progressif** (quelques mois).

La prise en charge repose sur un traitement pharmacologique antipsychotique, le traitement des comorbidités et la réhabilitation psychosociale.

B. Mode de début :

La schizophrénie débute souvent très **lentement** et avec des signes peu spécifiques, généralement avant l'âge de 25 ans, mais elle peut apparaître de façon **aiguë** dans certains cas.

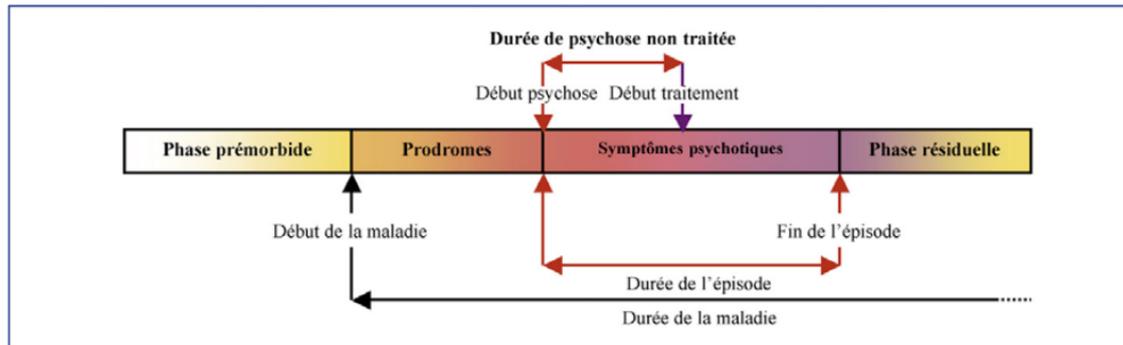


Figure 13. Schéma représentant l'évolution des symptômes dans la schizophrénie, adapté de Keshavan & Schooler 1992 [28]

a. Forme à début aigu :

On retrouve souvent, quelques jours voir quelques semaines avant l'épisode, des signes peu spécifiques comme : sentiment de malaise, fatigue, difficultés de concentration, angoisses, sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires. Des événements stressants peuvent précéder l'épisode : rupture sentimentale, examen, problème de santé, etc. Des consommations de substances psychoactives, comme le cannabis, constituent également des facteurs de risque et des facteurs précipitant la maladie.

- **Trouble psychotique bref (ou Bouffée délirante aiguë):** C'est la forme la plus commune des débuts aigus. Elle correspond à l'éclosion brutale d'un délire polymorphe dans ses thèmes et mécanismes, non systématisé, intense, pleinement vécu et comportant une fluctuation thymique et une angoisse importante avec parfois un passage à l'acte

médico-légal, un vécu de dépersonnalisation et de déréalisation.

- **Episode thymique atypique** : Parfois, le début peut s'exprimer par un épisode maniaque, dépressif ou mixte atypique et incomplet, non caractéristique dans sa phase d'état ni dans son évolution sous traitement, associé à des éléments dissociatifs : réticence, bizarreries, froideur affective, délire non congruent à l'humeur, détachement, incohérence, angoisse massive, étrangeté du délire, automutilations, geste suicidaire obscures et bizarres...
- **Troubles du caractère et du comportement** :
 - Gestes auto ou hétéro-agressifs impulsifs, bizarres et sans explications.
 - Fugue, voyage pathologique.
 - Excentricité alimentaire, sexuelle, vestimentaire.
- **Etats confusionnels (rare)** : Les éléments suivants caractérisent un épisode schizophrénique d'allure confusionnelle :
 - Absence d'une pathologie organique, pas de désorientation temporo-spatiale.
 - Vigilance variable, états oniriques (états de rêves éveillés).
 - Délire peu organisé, incohérence idéo-verbale et discordance : au 1^{er} plan.
- **Episode catatonique (rare)** : correspond à un syndrome rassemblant un ensemble de syndromes psychomoteurs (moteurs, mentaux, comportementaux et neurovégétatifs).

b. Forme à début progressif :

Elles constituent les formes les plus fréquemment rencontrées et les plus difficiles à reconnaître. Elles sont peu spécifiques (symptômes divers, polymorphes avec des formes pauci symptomatiques ou même trompeuses) :

▪ Accentuation des traits de personnalité schizoïde :

- Froideur, réserve, absence de sentiments tendres envers les autres.
- Insensibilités aux éloges, à la critique, et aux sentiments d'autrui.
- Amis intimes limités à une ou deux personnes y compris les membres de la famille.

▪ Modifications de l'affectivité :

- Indifférence, désintérêt, froideur, détachement.
- L'affectivité devient mystérieuse, énigmatique, ambivalente.
- Méfiance, hostilité inexplicée avec tendance à l'agressivité.

▪ Modifications des croyances :

- Engouement mystique excessif, métaphysique ou encore pour des sujets scientifiques complexes, pour des activités ésotériques (magie, sciences occultes) pouvant s'accompagner de l'adhésion à une secte, et la croyance à des phénomènes surnaturels.

▪ Troubles du comportement : caractérisés par la rupture avec un état antérieur et le caractère bizarre, imprévu et absurde.

- Abandon des activités de loisir, tendance au retrait et à l'isolement.
- Activités religieuses excessives.
- Trouble des conduites alimentaires : anorexie mentale, régimes bizarres et excentriques.
- Conduites toxicomaniaques : alcool, cannabis, amphétamines,

- ecstasy, cocaïne (pour lutter contre l'angoisse envahissante et pallier au déficit intellectuel).
- Anomalies du comportement sexuel : exhibitionnisme, conduites incestueuses, rêverie masturbatoires, apragmatisme sexuel, etc.
 - **Fléchissement scolaire et/ou socioprofessionnel :**
 - Baisse du rendement intellectuel sans facteur explicatif, difficulté de concentration, désintérêt, ennui, aboulie, apathie, apragmatisme, clinophilie.
 - Échec scolaire et/ou désadaptation socioprofessionnelle.
 - Cassure avec l'état antérieur qui inquiète souvent l'entourage.
 - **Apparition progressive d'idées délirantes :**
 - Elles sont fréquentes, d'apparition insidieuse, négligées ou méconnues par l'entourage avec une conviction délirante variable et une grande perplexité.
 - Les thèmes délirants les plus fréquents sont : l'hypochondrie, la dépersonnalisation, les thèmes mystiques, métaphysiques, d'influence, de persécution et d'empoisonnement.
 - **Apparition progressive d'hallucinations ou de symptômes dépressifs atypiques.**
 - **Hypochondrie et dysmorphophobie :**
 - Plaintes et inquiétudes changeantes, désorganisées, peu précises, bizarres rationalisées, paralysant parfois toute l'activité intellectuelle avec sentiment d'étrangeté voire de dépersonnalisation.
 - Impressions de modifications corporelles (signe du miroir).

- Le sujet s'occupe sans cesse de l'intégrité de son corps : la fonction digestive (impression de dérèglement, d'intoxication) ; la fonction sexuelle (conviction d'atrophie de la verge, sentiment de non différenciation sexuelle, problème d'identité sexuelle) ; impression de dégager des odeurs nauséabondes ; préoccupations dysmorphophobiques concernant le nez, les oreilles, les yeux.

- **Manifestations d'allure névrotique :**

- Symptômes névrotiques incomplets et non caractéristiques dans leur évolution sous traitement avec présence d'éléments dissociatifs.
- Symptômes pseudo-obsessionnels : Obsessions bizarres, abstraites, stéréotypées, quasi délirantes, centrées sur le corps. Elles sont froidement rationalisées, non critiquées et sans lutte anxieuse.
- Symptômes pseudo-phobiques : thèmes multiples, avec absence d'évitement et de réassurance.
- Symptômes pseudo-hystériques : Crises de nerfs, symptômes de conversion caractérisées par la bizarrerie du contact et de la pensée, la froideur affective et l'asyntonie (# séduction), le caractère gratuit de la conversion (# bénéfices secondaires), et de maniérisme (# théâtralisme).
- Symptômes pseudo-psychopathiques : comportement agressif inexplicable.

- **Crises d'angoisse :**

Elles sont sans facteur déclenchant, de caractère flou et extensif, sollicitées par des raisons abstraites et peu vraisemblables, profondes et surtout désorganisatrices en rapport avec la perception d'une modification

vague et angoissante des rapports du sujet avec l'extérieur et soi-même.

C. Conclusion :

- La schizophrénie est souvent diagnostiquée avec retard à cause de son début souvent insidieux et de la méconnaissance des symptômes de la maladie de la part de la famille.
- Les formes de début de la schizophrénie posent un problème diagnostique du fait de leur hétérogénéité clinique.
- Il est important de les connaître afin d'instaurer rapidement le traitement antipsychotique puisque la précocité de la prise en charge améliore considérablement le pronostic de la maladie.

4. Neuroleptiques : effets indésirables et indications :

Plan :

- A. Introduction.
- B. Classification.
- C. Indications.
- D. Contre-indications.
- E. Effets indésirables.
- F. Conclusion.

A. Introduction :

Les neuroleptiques, actuellement appelés « **Antipsychotiques** », représentent une catégorie des psychotropes ayant des propriétés pharmacologiques diverses.

Sur le plan pharmacologique, la caractéristique commune de tous les antipsychotiques est d'être antagoniste des récepteurs dopaminergiques de type D2.

Ce sont des médicaments psychotropes **réducteurs des symptômes psychotiques**, agissant au niveau de la transmission dopaminergique.

On distingue deux grandes classes (différence clinique et biochimique):

- **Les neuroleptiques classiques ou antipsychotique de 1^{ère} génération**, définis par Delay et Deniker en 1957, sur 5 critères psychophysiologiques :
 - Création d'un état d'indifférence psychomotrice.
 - Efficacité sur l'excitation et l'agitation.
 - Réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques.
 - Induction de symptômes extrapyramidaux et végétatifs anticholinergiques.

- Effets sous corticaux prédominants.
- **Les neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques de 2^{ème} génération** : ne répondent plus à ces critères en raison de la forte réduction des effets secondaires neurologiques. Ils constituent une nouvelle catégorie de psychotropes définis par leur action sur les récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques avec une bonne tolérance.

Les neuroleptiques présentent des effets indésirables multiples, dont le plus grave est le Syndrome malin des neuroleptiques (SMNL).

B. Classification :

On classe les neuroleptiques selon plusieurs critères : effets cliniques ou structure chimique.

Les classifications, selon la structure chimique, divisent les neuroleptiques en 2 classes :

- **Les antipsychotiques de 1^{ère} génération ou neuroleptiques classiques:**
 - Effets secondaires extrapyramidaux,
 - Hyperprolactinémie,
 - Action antagoniste dopaminergique.
- **Les antipsychotiques de 2^{ème} génération ou neuroleptiques atypiques :**
 - Bonne tolérance neurologique, as (ou peu) d'effets extrapyramidaux,
 - Action antagoniste dopaminergique et sérotoninergique.

	Famille	DCI	Posologies et présentations
Antipsychotiques de 1 ^{ère} génération	Phénothiazines	Chlorpromazine	25mg, 100mg, Solution Injectable
		Lévomépromazine	25mg, 100mg, Solution Injectable
		Pipotiazine	Ampoule 25/100mg
	Butyrophénones	Halopéridol	2‰ gouttes
	Benzamides	Amisulpride	50/100/200/400mg, solution
Antipsychotiques de 2 ^{ème} Génération	Dibenzo-oxazépines	Olanzapine	5, 10mg
	Dibenzodiazépines	Clozapine	100 mg
	Benzisoxazoles	Rispéridone	0,5/1/2/3/4mg, solution
		Aripiprazole	5, 10 et 15 mg
		Quétiapine	25, 100 et 300mg

Classifications des antipsychotiques et différentes molécules.

Antipsychotiques de 1 ^{ère} génération d'action prolongée ou NAP		Antipsychotiques de 2 ^{ème} génération d'action prolongée ou APAP	
Pipotiazine	25mg et 100mg/ml	Paliperidone	75, 100, 150mg/ml
Fluphénazine	25mg/ml	Rispéridone	25mg, 37,5mg, 50mg/ml
Halopéridol	50mg/ml		

Tableau 30. Les antipsychotiques à action prolongée

C. Indications :

- Etats psychotiques aigus : formes injectables+++.
- Troubles psychotiques chroniques : schizophrénie, paranoïa, paraphrénie.
- Troubles du comportement (agitation, agressivité) chez éthylique, au cours des psychoses aiguës et chroniques.
- Troubles de l'humeur : accès maniaque, mélancolie délirante (Olanzapine) ; trouble bipolaire.
- Sevrage des troubles addictifs.
- Troubles psychotiques et agitation dans les démences : Risperidone, Olanzapine.
- Troubles psycho-comportementaux chez le parkinsonien.
- Manifestations comportementales des troubles de personnalité (antisociale, borderline...).
- Troubles anxieux : stress aigu post traumatique, ESPT, TOC : inefficacité des traitements habituels.
- Gilles de la Tourette : Tiapride, Sulpiride et Pimozide.
- Troubles psychiatriques de l'enfant : autisme, retard mental avec troubles de comportement.
- Gastroentérologiques : hoquet rebelle ; nausées ; vomissement.
- Algies intenses et rebelles.

D. Contre-indications :

• Contre-indications absolues :

- Hypersensibilité connue aux NL.
- Glaucome à angle fermé.

- Adénome de la prostate.
- Grossesse premier trimestre.
- **Contre-indications relatives :**
 - Epilepsie.
 - Maladie de parkinson.
 - Myasthénie.
 - Insuffisance rénale, hépatique, cardiaque.
 - Personne âgée, enfant moins de 6ans.
 - Troubles hématologiques.

E. Effets indésirables :

Ils sont nombreux, sources de mauvaise observance du traitement, d'où l'intérêt d'instaurer une surveillance appropriée, afin de prévenir d'éventuelles complications.

a. Effets neurologiques :

- Dyskinésies aiguës.
- Syndrome extrapyramidal.
- Dyskinésie tardive.
- Crise comitiales.
- Confusion.

b. Effets métaboliques et endocriniens :

- Prise de poids.
- Diabète, hyperlipidémie.
- Hyperprolactinémie.
- Dysfonctions sexuelles.

c. Effets neurovégétatifs anticholinergiques :

- Sécheresse buccale.
- Dysurie, constipation.
- Glaucome, troubles de l'accommodation.

d. Effets psychiatriques : Passivité, somnolence, indifférence affective, dépression.

e. Effets cardiaques : Hypotension orthostatique, allongement de l'intervalle QT.

f. Syndrome malin des neuroleptiques : complication rare et grave des antipsychotiques. Il se manifeste par une hyperthermie, une rigidité extrapyramidale, un collapsus cardiovasculaire, et des troubles de conscience, avec un taux de CPK élevé, une cytolysse et une hyperleucocytose à l'examen paraclinique. C'est une urgence thérapeutique qui nécessite l'arrêt définitif et immédiat de l'ATP incriminé et l'instauration des mesures de réanimation.

g. Autres : ictère, hépatite cytolytique, photosensibilisation, hyperpigmentation, agranulocytose, dépôts pigmentaires (rétine, cornée).

F. Conclusion :

- Les traitements antipsychotiques sont indiqués dans le traitement des troubles psychotiques (schizophrénie et troubles délirants persistants).
- Les indications des antipsychotiques sont de plus en plus larges, mais leur utilisation doit être mesurée et surveillée en raison de leurs effets métaboliques, neurologiques et cognitifs.
- Effets indésirables multiples.
- Une information claire et une éducation thérapeutique sont indispensables dès leur mise en place.
- Chez un patient sous antipsychotique, une hyperthermie avec un syndrome confusionnel doit faire évoquer un syndrome malin et doit faire suspendre immédiatement le traitement.
- Syndrome malin des neuroleptiques est une urgence diagnostic et thérapeutique+++

5. Diagnostic et traitement de la conversion hystérique :

Plan :

- A. Introduction.
- B. Conduite à tenir diagnostique.
- C. Conduite à tenir thérapeutique.
- D. Conclusion.

A. Introduction :

Les syndromes conversifs font partie, dans les classifications anciennes, des névroses (névrose hystérique). On sait aujourd'hui que des conversions peuvent survenir dans l'absence de structure ou de personnalité « hystérique », et qu'il s'agit d'accidents qui peuvent rester isolés ou entrer dans le cadre de pathologies plus complexes.

Actuellement, on parle de trouble somatoforme lorsque les symptômes de la conversion sont corporels, et de troubles dissociatifs lorsqu'ils sont psychiques.

Le trouble de conversion, anciennement appelé **hystérie de conversion**, se manifeste par des **symptômes neurologiques sans cause médicale identifiable**, souvent déclenchés par des facteurs psychologiques. Ces symptômes peuvent inclure des paralysies, des troubles sensoriels ou des crises ressemblant à l'épilepsie.

Dans la classification moderne (DSM-5, CIM-11), le terme "hystérie" est obsolète. Il a été remplacé par des diagnostics spécifiques, comme le **trouble de conversion** (ou trouble neurologique fonctionnel) ou les troubles dissociatifs.

B. Conduite à tenir diagnostique :

Les conversions sont définies par l'existence de symptômes évoquant une affection, somatique en général, mais sans en avoir ni tous les éléments de l'examen objectif, ni l'évolution typiques dans le temps (fluctuation et mobilité des symptômes), ni les facteurs étiologiques habituels. Il s'agit d'une pathologie d'origine psychologique basée probablement sur des mécanismes de défense particuliers, « protégeant » la conscience de l'individu de conflits inconscients ou d'angoisse trop importante. Les conversions peuvent concerner tous les organes du corps et « mimer » quasiment toutes les pathologies. On en connaît cependant des présentations plus communes et classiques :

- Les paralysies (paraplégie, tétraplégies, monoplégies...), ou d'autres troubles moteurs ou de l'équilibre (troubles de la marche, astasie-abasie, blépharospasmes...);
- Les déficits sensoriels (cécité uni- ou bilatérale, surdité, anosmie, anesthésie);
- Les troubles mnésiques (amnésie partielle ou totale);
- Les troubles de l'expression (aphasie, aphonie, mutisme);
- Les crises d'allure convulsive;
- Les troubles de la vigilance (états seconds, états somnambuliques, états crépusculaires, pertes de connaissance, coma);
- Les douleurs, plus ou moins localisées.

Des symptômes de type psychiatrique peuvent également être retrouvés :

- Des crises d'agitation ou d'angoisse, des états de transe ;
- Les illusions de la mémoire et les fabulations ;
- Des troubles du comportement comme des fugues inexplicables.

L'évolution des troubles conversifs peut être très variable, allant d'accidents très aigus de résolution rapide à des tableaux chroniques pouvant durer des années.

Le diagnostic d'une conversion hystérique nécessite :

- D'éliminer toutes les étiologies organiques possibles, en s'appuyant sur le maximum d'arguments cliniques et paracliniques nécessaires. La présence d'arguments psychopathologiques en faveur d'un mécanisme conversif ne doit pas conduire à négliger d'autres causes possibles, dont certaines peuvent coexister ;
- De rechercher les éléments psychopathologiques en faveur d'un mécanisme conversif :
 - L'existence d'antécédents similaires dans la vie du patient ;
 - L'existence de facteurs favorisants récents (stress émotionnels ou affectifs, deuil...) ;
 - Une difficulté à faire restituer par le patient l'évolution des symptômes et les éléments de son histoire (flou biographique, amnésies sélectives, faux souvenirs...) ;
 - La valeur éventuellement symbolique du symptôme présenté par rapport à l'histoire et à la problématique psychologique du patient (douleur dans la région du cœur, trouble de l'expression dans un

moment où celle-ci est importante, amnésie après un événement douloureux...);

- Une apparente indifférence aux troubles présentés (déli, absence d'anxiété), associée à un théâtralisme apparemment paradoxal ;
- Une grande sensibilité de la symptomatologie à des facteurs psychologiques et à la suggestion ;
- L'existence de « bénéfiques secondaires », notamment sociaux et affectifs, à la symptomatologie présentée (attention des médecins et des proches, statut de « malade », échappement à certains facteurs de stress...);
- L'existence d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité sous-jacent de type histrionique ou quasi-dépendant (voir les critères spécifiques, auxquels s'ajoutent classiquement les troubles de la vie sexuelle et certains troubles alimentaires).

C. Conduite à tenir thérapeutique :

Après l'établissement du diagnostic, la prise en charge d'une conversion doit rester globale, médico-psychologique. L'éventualité d'une cause organique se révélant par la suite doit être gardée en mémoire, tout en évitant la répétition d'examens complémentaires dont on sait qu'ils sont négatifs. L'intervention de spécialistes, psychiatres ou psychologues, est toujours nécessaire, et une hospitalisation peut être utile pour préciser le diagnostic, mettre en place des soins, et éloigner le patient de certains facteurs favorisants (isolement).

L'intervention thérapeutique doit être mise en place rapidement, car la réversibilité de certains symptômes conversifs diminue avec leur ancienneté.

Elle vise principalement à :

- Créer une alliance thérapeutique avec le patient (relation de confiance mais sans dépendance ni manipulation ou séduction réciproque) ;
- Prendre en compte le symptôme convertif, avec les soins qu'il peut nécessiter, mais en expliquant au patient que la cause est probablement plus psychologique qu'organique ;
- Traiter les éventuels troubles psychiatriques associés, qui peuvent aggraver ou entretenir les symptômes convertifs (dépression, anxiété, addiction...) ;
- Réduire ou supprimer les facteurs environnementaux entretenant le trouble (relations conflictuelles, facteurs de stress...) ;
- Permettre au patient de s'exprimer progressivement sur sa problématique psychologique, en se fondant ou non au départ sur les symptômes présentés.

Dans certains cas, à visée diagnostique ou thérapeutique, il peut être utile de tenter d'agir de manière assez directe sur les symptômes, au travers de la suggestion et de la persuasion ou de procédés intermédiaires (hypnose), permettant d'explorer des problèmes non abordables en état de conscience normale, ou de donner des injonctions parfois très efficaces. Les symptômes aigus et récents répondent beaucoup mieux à ces injonctions que les conversions anciennes.

D. Conclusion :

- L'hystérie constitue toujours un défi à la psychiatrie et à la médecine en général.
- Les troubles conversifs : symptômes physiques, sensoriels ou cognitifs non expliqués par une étiologie organique, souvent réactionnels, symboliques, avec bénéfices secondaires, obligation d'explorer toutes les étiologies possibles, psychothérapies et traitement antidépresseur.
- Le diagnostic du trouble de conversion est principalement un diagnostic d'exclusion.
- Il est essentiel d'éliminer toute cause organique potentielle.
- Il est également important de rechercher des comorbidités psychiatriques (anxiété, dépression), qui peuvent influencer la présentation clinique.
- La prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire.
- Il est crucial d'établir une relation thérapeutique et confiance et de fournir une explication claire et empathique du trouble au patient, en soulignant que les symptômes sont réels et non simulés.
- Une collaboration étroite entre les professionnels de la santé mentale et physique est essentielle pour assurer une prise en charge globale et efficace du patient.

6. Diagnostic et traitement d'un syndrome malin des neuroleptiques :

Plan :

- A. Introduction.
 - B. Conduite à tenir diagnostique.
 - 1) Examen clinique.
 - 2) Examens paracliniques.
 - C. Conduite à tenir thérapeutique.
 - D. Conclusion.
-

A. Introduction :

Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) est une réaction de type idiosyncrasique, **rare** et **potentiellement fatale**, caractérisée par le développement de troubles de la conscience, d'hyperthermie, de dysfonctionnement du système nerveux autonome et de rigidité musculaire. Le tableau **survient à la suite de la prise d'un médicament antipsychotique** (dans les deux premières semaines suivant l'instauration d'un traitement antipsychotique ou après un changement de posologie).

Son incidence est de 0,07 à 0,15% chez les patients traités par antipsychotiques, et sa physiopathologie reste mal connue, mais le blocage des récepteurs dopaminergiques semble être le mécanisme central.

Le SMN est une **urgence médicale, mettant en jeu le pronostic vital** (mortalité possible en 5 à 10j par collapsus cardiovasculaire), avec une **mortalité** estimée à **10%**.

B. Conduite à tenir diagnostique :

1. Examen clinique :

- **Interrogatoire** : sujet jeune (<40 ans), de sexe masculin, ayant reçu des ATP pour la première fois, ou augmentation de la posologie ou instauration d'une nouvelle voie d'administration, ATCD psychiatriques et neurologiques, nature et mode d'installation des symptômes.
- **Signes cliniques** : Le SMN associe, sur un mode de début rapidement progressif (en 48h en moyenne), quatre signes cardinaux :
 - **Une hyperthermie** : (>38.5 voire 40–41°C), sueurs profuse, signes de déshydratation.
 - **Une rigidité extrapyramidale** : Rigidité musculaire généralisée en « tuyau de plomb », avec phénomène de « roue dentée », trismus.
 - **Signes neurovégétatifs** : tachycardie, hypotension artérielle ou HTA, tachypnée, hypersiallorhée.
 - **Trouble de conscience** : de l'obnubilation au coma.

L'évolution peut être mortelle en 5 à 10 jours par un collapsus cardiovasculaire.

2. Examens paracliniques : on retrouve :

- NFS : une hyperleucocytose supérieure à 15 000 leucocytes par mm³, avec augmentation des PNN,
- Des perturbations variées de l'ionogramme : hypernatrémie, hyperkaliémie, hypocalcémie, hyperphosphorémie, acidose métabolique, hyperuricémie.
- Signes de rhabdomyolyse : une augmentation des taux de Créatine

Phosphokinase (CPK) ++, augmentation LDH, ALAT et ASAT.

3. Critères diagnostiques :

Les critères diagnostiques du SMN selon le DSM5 sont :

- A.** Développement d'une rigidité musculaire sévère et d'une température élevée à la suite de l'utilisation d'un médicament neuroleptique.
- B.** Deux (ou plus) des symptômes suivants :
 - Sueurs.
 - Tremblement.
 - Trouble de la conscience (allant de la confusion au coma).
 - Tachycardie.
 - Tension artérielle élevée ou labile.
 - Dysphagie.
 - Incontinence.
 - Mutisme.
 - Leucocytose.
 - Signes biologiques d'atteinte musculaire (élévation des CPK).
- C.** Les symptômes ne doivent pas pouvoir s'expliquer par la prise d'une autre substance, une maladie neurologique ou une autre affection médicale générale (encéphalite virale...).
- D.** Les symptômes ne doivent pas pouvoir s'expliquer par une maladie mentale sous-jacente (troubles de l'humeur avec tableau de catatonie).

Figure 14. Critères diagnostiques du SMN selon le DSM 5.

C. Conduite à tenir thérapeutique :

❖ Mesures thérapeutiques immédiates :

- **Arrêt immédiat et impératif du traitement antipsychotique. +++**
- **Hospitalisation dans un milieu de réanimation**, avec mise en condition : VVP et monitoring (température, pression artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire).
- Explorations en Urgence (NFS, Ionogramme, Fonction rénale et hépatique, dosage des CPK...)

❖ Traitement non spécifique :

- Réhydratation intraveineuse généreuse.
- Lutter contre l'hyperthermie (arrêt du refroidissement à 38°C pour éviter l'hypothermie secondaire) : refroidir le corps (par des compresses de froid sec (« Cold packs » refroidis, non congelés, et enveloppés dans un tissu), draps froids, chambre climatisée, déshabiller...
- Éviter la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, particulièrement néphrotoxiques.
- Éviter la prescription de paracétamol en raison de son inefficacité et d'une possible aggravation de l'atteinte hépatique souvent présente.
- Corriger les troubles électrolytiques,
- Maintien d'une stabilité cardiovasculaire-ventilation mécanique et traitements anti-arythmiques si nécessaire.
- Sédation : Diazépam 10mg/4h.
- Prévenir les thromboses veineuses profondes par héparinothérapie.

❖ Traitement spécifique :

- **Les formes légères à modérées :** Lorazépam : 1-2 mg en IV toutes les 4-6 heures jusqu'à régression des symptômes.
- **Les formes modérées à sévères :**
 - **Dantrolène :** Bolus initial 1-2,5mg/kg en IV. La dose d'entretien 3-5mg/kg/24h continue pendant 1-3 jours en fonction de la régression des symptômes.

- **Bromocriptine** : 2,5mg/j par voie orale ou sonde nasogastrique jusqu'à régression des symptômes.
- Le syndrome peut durer encore 5-10 jours après l'arrêt des ATP en raison de la demi-vie de ces médicaments.
- ❖ **Surveillance** : **clinique** (Température, TA, FC, FR, SaO₂, état de conscience) **et biologique** (dosage des CPK répété jusqu'à normalisation).
- ❖ **Réintroduction des antipsychotiques** : Certaines règles doivent être respectées : utilisation des ATP de faible activité, en évitant les formes retard, réintroduction retardée jusqu'à guérison du SMN (au moins 2 semaines) à la plus faible dose possible au début.
- ❖ **Prévention** :
 - Limiter la prescription des ATP, en particulier chez le sujet âgé, ou les sujets aux antécédents neurologiques.
 - Respecter les règles de prescription
 - Tester la tolérance d'un ATP retard par la prescription préalable de sa forme orale.
 - Surveillance clinique attentive de l'apparition des premiers symptômes.

D. Conclusion :

- Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) représente une réaction rare aux antipsychotiques, associée à une morbidité et une mortalité élevées.
- C'est une urgence médicale diagnostique et thérapeutique+++
- Toute hyperthermie inexplicée chez un patient traite par neuroleptiques doit faire penser au SMN et faire suspendre immédiatement le traitement+++
- La prévention demeure cruciale pour minimiser l'incidence du SMN et améliorer la prise en charge des patients.

7. Conduite à tenir devant une crise d'angoisse aigue :

Plan :

- A. Introduction.**
 - B. Conduite à tenir diagnostique.**
 - 1) Diagnostic positif.**
 - a. Interrogatoire.**
 - b. Examen clinique**
 - c. Examen Paraclinique.**
 - 2) Critères diagnostiques.**
 - 3) Diagnostic étiologique.**
 - C. Conduite à tenir thérapeutique.**
 - D. Conclusion.**
-

A. Introduction :

La crise d'angoisse ou attaque de panique (AP) est un motif **fréquent** de consultation aux **urgences** somatiques, avec une prévalence vie-entière de 3 à 5%.

Il s'agit d'une « **peur sans objet apparent légitime, avec sentiment pénible d'attente** », qui se manifeste essentiellement par trois types de **symptômes : physique, psychique et comportemental.**

Elle peut survenir de manière **isolée** ou s'inscrire dans le **cadre d'un trouble psychiatrique** déterminé, comme elle peut **masquer une urgence médicale** mettant en jeu le pronostic vital.

Une **prise en charge précoce** basée sur des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques est indispensable pour contrôler ces attaques et assurer au patient une meilleure qualité de vie.

B. Conduite à tenir diagnostique :

1. Diagnostic positif :

a. Interrogatoire :

La crise d'angoisse aiguë dénommée aussi attaque de panique, se définit par la **survenue brutale**, sans **facteur déclenchant** apparent, d'une peur intense et sans objet, avec souvent un sentiment de mort imminente ou l'impression de "devenir fou" ou encore la certitude de l'imminence d'une catastrophe.

La **chronologie** de l'attaque de panique est marquée par :

- Le début brutal ;
- Une intensité maximale des symptômes rapidement atteinte, généralement en quelques minutes voire quelques secondes après le début de la crise ;
- Des symptômes qui sont généralement limités dans le temps, avec une durée courte de 20 à 30 minutes ;
- Une décroissance progressive des symptômes de la crise, suivie de soulagement et parfois d'une asthénie post-crise.

b. Examen clinique :

Les symptômes de l'attaque de panique se divisent en symptômes physiques, psychologiques et comportementaux. Ces symptômes peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Parmi les manifestations les plus fréquentes :

- **Manifestations somatiques** : Elles sont souvent au 1^{er} plan, les symptômes thoraciques étant parmi les plus fréquents.
- **Respiratoires** : Dyspnée, sensation d'étouffement, de manque d'air, d'étranglement, polypnée.

- **Cardiovasculaires** : Tachycardie, palpitations, oppression thoracique, sensations de chaud et froid, précordialgies, lipothymie...
- **Digestives** : Sensations de spasmes pharyngés, « boule dans la gorge », barre épigastrique, nausée, douleurs abdominales, diarrhée motrice.
- **Neuromusculaires et sensorielles** : Tremblement des extrémités, tensions musculaires, céphalée, paresthésies, vertiges essentiellement rotatoires avec instabilité, flou visuel, bourdonnement d'oreille.
- **Génito-urinaires** : Douleurs abdomino-pelviennes, crise polyurique, cystalgies.
- **Autres manifestations neurovégétatives** : Sueurs, mains moites, sécheresse buccale.

➤ **Manifestations psychiques :**

Il s'agit d'un ensemble de « pensées catastrophistes » : une impression de malaise intense, de catastrophe imminente, une peur de mourir, de s'évanouir, de devenir fou, d'avoir une maladie grave, de perdre le contrôle de son comportement, de commettre des actes incongrus, de ne pouvoir être secouru.

Ils peuvent s'associer également de :

- Symptômes de dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté et de n'être plus soi-même et d'être détaché de sa propre identité physique (Désincarnation), psychique (Désamination).
- Symptômes de déréalisation : sentiment que le monde autour de soi est irréel, étrange.

➤ **Symptômes comportementaux :**

Il s'agit le plus souvent d'agitation motrice (crispation, impossibilité de tenir en place, jusqu'à la crise clastique), et rarement une inhibition motrice (engourdissement de l'activité voire sidération stuporeuse). Ces manifestations peuvent être associées à une fuite vers les zones de sécurité.

Même s'il reste exceptionnel, le raptus anxieux est la principale complication, et qui peut aboutir à un acte auto-agressif voir même à un suicide.

c. Examen paraclinique :

En urgence si signes d'appel : ECG et troponine, NFS, CRP, glycémie, recherche de toxiques dans le sang et dans l'urine, bilan thyroïdien...

2. Critères diagnostiques :

Le diagnostic de l'attaque de panique est un diagnostic clinique.

L'interrogatoire de l'entourage peut-être très informatif. Le diagnostic est établi selon les critères diagnostiques du DSM-5 :

A. Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent:

Remarque : La montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses.
4. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoraciques.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
9. Frissons ou sensations de chaleur.
10. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

Des symptômes spécifiques à la culture (par exemple, acouphènes, douleur au cou, maux de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être présents. Ces symptômes ne doivent pas compter comme l'un des quatre symptômes nécessaires au diagnostic.

B. Au moins une des attaques a été suivie d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre de ce qui suit :

1. Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique et leurs conséquences (peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).
2. Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques (comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre condition médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

Figure 15. Critères diagnostiques d'une attaque de panique selon le DSM 5.

3. Diagnostic étiologique :

➤ Pathologies psychiatriques :

- Troubles anxieux : trouble panique, trouble phobique, TOC, ESPT.
- Trouble de l'humeur : dépression.
- Troubles psychotiques : schizophrénie, bouffée délirante aigue.
- Anxiété réactionnelle au décours d'une situation conflictuelle.

➤ Pathologies somatiques :

- Toxiques : Alcool, cannabis, cocaïne, sevrage des BZD...
- Médicamenteuses : corticoïdes, hormones thyroïdiennes...
- Endocriniennes : Hypoglycémie, dysthyroïdie, insuffisance surrénalienne aigue...
- Cardiovasculaires : trouble du rythme, infarctus du myocarde...
- Respiratoires : embolie pulmonaire, asthme...
- Neurologiques : AVC, épilepsie...
- Autres : pancréatite, hémorragie.

C. Conduite à tenir thérapeutique :

La prise en charge a pour but de soulager la souffrance du patient par un traitement symptomatique et de déterminer le cadre nosologique dans lequel s'inscrit la crise d'angoisse afin de mettre en place un traitement étiologique adapté.

❖ Prise en charge en urgence :

Il faut impérativement éliminer en premier une urgence non psychiatrique ou une intoxication par une substance psychoactive +++, par un examen somatique avec des examens complémentaires selon les signes d'orientation voire des mesures de réanimation (si une pathologie organique

est suspectée, il faut orienter le malade en milieu spécialisé). Ensuite, une fois le diagnostic d'AP est établi, un certain nombre de mesures (pharmacologiques et non pharmacologiques) s'imposent.

➤ **Traitement non pharmacologique :**

- **Mise en condition :** Installation au calme (suppression des éléments en anxiogènes, isolement), attitude empathique ;
- **Réassurance du patient :** Informer sur l'absence de danger de mort, sur le critère spontanément résolutif de l'AP. Il s'agit ici de reconnaître la souffrance subjective du patient. Les symptômes sont réels et particulièrement désagréable, mais pas grave dans le sens d'un danger de mort.
- **Mesures de contrôle respiratoire :** Permettent de focaliser l'attention du patient et de limiter l'hyperventilation.

➤ **Traitement pharmacologique :**

Un traitement pharmacologique anxiolytique doit aussi être utilisé si l'AP se prolonge. Le traitement de référence est la prescription d'une benzodiazépine par VO ou IM : Diazépam 10 à 20mg, Alprazolam 0,5 à 1 mg, per os en une prise à renouveler si nécessaire.

Il s'agit d'un traitement ponctuel pour l'AP dans le contexte de l'urgence. Celui-ci ne doit pas être prescrit au long cours (risque de dépendance), avec respect des règles de prescription et une surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

➤ **Hospitalisation :**

La prise en charge de la crise se fait en général en ambulatoire.

L'hospitalisation est rare et s'impose :

- En milieu médical : si la recherche d'une étiologie organique doit être approfondie.
- En milieu psychiatrique : si risque suicidaire, répétition de crises et s'il existe une pathologie associée : abus d'alcool ou de toxiques, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur et troubles psychotiques ou risque imminent de raptus suicidaire.

❖ **Prise en charge à distance :**

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

- **Attaque de panique isolée :** L'information et l'éducation thérapeutique sont fondamentales avec deux objectifs :
 - Apprendre aux patients à reconnaître une crise d'angoisse en cas de récurrence.
 - Prévenir une éventuelle récurrence grâce à des règles hygiéno-diététiques simple (diminution des consommations de psychostimulant, règles hygiéno-diététiques de sommeil) ...
- **Attaque de panique dans le cadre d'une pathologie psychiatrique :** Dans ce cas, la prise en charge de la pathologie psychiatrique sous-jacente est indispensable. En cas de répétition des attaques de panique par exemple, une prise en charge spécifique du trouble panique peut être mise en place. Elle combine en général un suivi psychiatrique régulier, une psychothérapie, en particulier une thérapie comportementale et cognitive, et un traitement médicamenteux préventif, le plus souvent un antidépresseur de nouvelle génération.

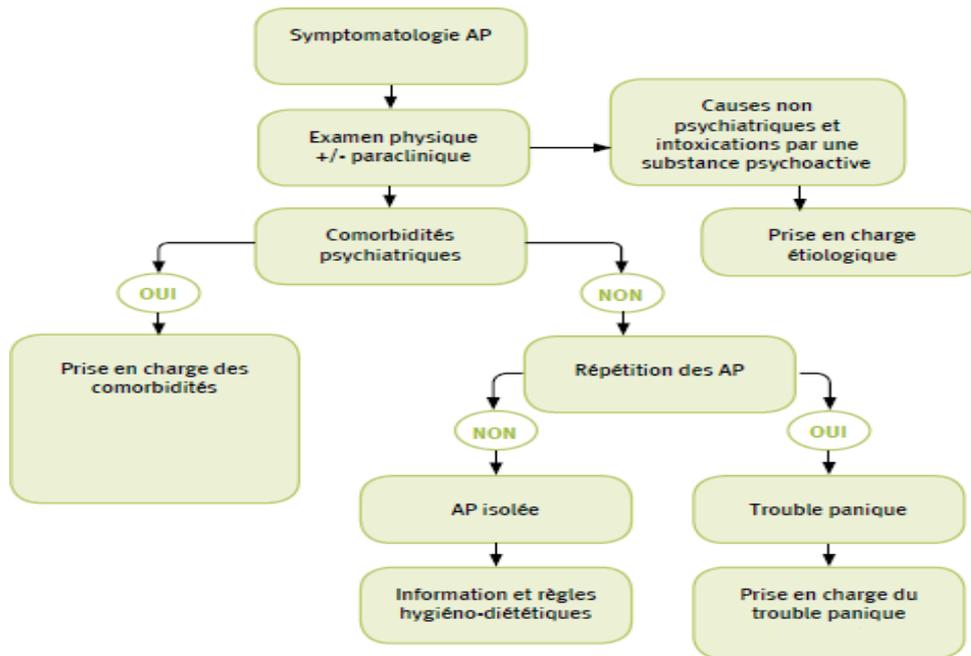


Figure 16. Conduite à tenir devant une attaque de panique. [29] [30]

D. Conclusion :

- La crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique est un épisode d'anxiété aiguë, limité dans le temps.
- L'attaque de panique est une urgence fréquente.
- Elle peut survenir de manière isolée ou s'inscrire dans une pathologie psychiatrique.
- Les causes non psychiatriques, les intoxications par une substance psychoactive et les sevrages doivent être éliminés par un interrogatoire et un examen physique rigoureux, complété éventuellement par des examens paracliniques.
- La prise en charge en urgence de la crise d'angoisse repose sur des mesures non pharmacologiques (mise en condition, réassurance, contrôle respiratoire) et pharmacologiques (anxiolytique type benzodiazépine, ponctuellement, par voie orale).

- Un traitement de fond est indispensable si un trouble psychiatrique est diagnostiqué.
- La TCC joue un rôle important dans la prévention des rechutes à côté du traitement médicamenteux.

8. Conduite à tenir devant un état d'agitation :

Plan :

- A. Introduction.
 - B. Conduite à tenir diagnostique.
 - 1) Diagnostic positif.
 - a. Interrogatoire.
 - b. Examen clinique.
 - c. Examens paracliniques.
 - 2) Diagnostic étiologique.
 - C. Conduite à tenir thérapeutique.
 - D. Conclusion.
-

A. Introduction :

L'agitation correspond à un **trouble du comportement psychomoteur**, caractérisé par une **hyperactivité motrice** associée à une **perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée**.

Un état d'agitation se définit selon le DSM-5 comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, se tirailler les vêtements, l'incapacité de rester assis ». Il s'agit donc d'un état de tension et d'hyperactivité improductive physique et psychique.

Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto- ou hétéro agressivité.

L'état d'agitation est **une urgence thérapeutique et diagnostique**.

C'est un **motif de consultation fréquent**, il représente 10 à 15 % des consultations psychiatriques aux urgences.

Les objectifs de la prise en charge sont :

- Une maîtrise rapide pour réduire rapidement l'agitation.
- Détecter une éventuelle cause organique sous-jacente, psychiatrique ou toxique.
- Un diagnostic étiologique pour un traitement bien adapté.

B. Conduite à tenir diagnostique :

1. Diagnostic positif :

a. Interrogatoire :

L'interrogatoire du patient ou de son entourage doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge :

- L'âge, les **antécédents** psychiatriques et non psychiatriques du patient.
- Les **circonstances de survenue** de l'état d'agitation : la date de début, les modalités d'apparition, l'existence d'un facteur déclenchant, ou d'une prise de substance psychoactive.

b. Examen clinique :

L'examen clinique est réalisé de manière systématique. Il englobe :

- Un examen somatique complet : est effectué après un traitement médicamenteux sédatif si nécessaire. Il est indispensable pour la **recherche de signes orientant vers une pathologie organique**. La priorité est la **recherche de signes et symptômes de gravité** mettant en jeu le pronostic vital : troubles de conscience et de l'orientation temporo-spatiale, signes neurologiques localisés ou diffus, syndrome méningé, signes de déshydratation sévère, troubles hydro-électrolytiques...
- Un examen psychiatrique minutieux, permettant :

- L'observation précise du patient : la tenue corporo-vestimentaire, la mimique, la mobilité.
- L'identification des caractéristiques de l'agitation : intensité, permanence, récurrence, qualité de contact.
- L'évaluation de l'état de conscience : désorientation temporelle et spatiale, obnubilation.
- La recherche de symptômes d'altération de l'humeur, de l'orientation, de l'attention et de l'affectivité, ainsi que les phénomènes hallucinatoires et délirants.
- L'évaluation de la dangerosité par la recherche de :
 - Facteurs de risque : violences antérieures, impulsivité/hostilité, comportements de provocation, admission non volontaire).
 - Signes de dangerosité : comportements auto ou hétéro-agressifs, comportements de fugue ou d'errance ou un risque suicidaire élevé.

c. Examens paracliniques :

Un bilan minimal est systématique et doit permettre d'éliminer les étiologies mettant en jeu le pronostic vital, et servira d'un bilan pré-thérapeutique (glycémie, ionogramme, calcémie, hémogramme, CRP, bilan d'hémostase et ECG).

Les autres examens sont à déterminer en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique complet : alcoolémie, recherche de toxiques urinaires, bilan hépatique, fonction rénale, TSH, sérologies, ponction lombaire, imagerie cérébrale, EEG...

2. Diagnostic étiologique :

Il est impératif de rechercher prioritairement les étiologies les plus fréquentes et/ou les plus graves en fonction du contexte clinique. C'est pourquoi **une étiologie organique est systématiquement recherchée dans un premier temps+++**. On peut citer :

a. Causes organiques :

- Hypoglycémie, dysnatrémies.
- AVC, épilepsie, hémorragie méningée, tumeur cérébrale, méningo-encéphalite, traumatisme crânien.
- IDM, états de choc.
- Insuffisance respiratoire aigüe, hypoxémie, hypercapnie.
- Globe vésical, fécalome.
- La douleur.

b. Causes toxiques et médicamenteuses :

- Prise de toxiques (alcool, cocaïne, cannabis, ecstasy...), syndrome de sevrage, intoxication au CO.
- Médicaments (antidépresseurs tricycliques, corticoïdes, lithium...)

c. Causes psychiatriques :

Accès maniaque, bouffée délirante aigue, schizophrénie, délires chroniques paranoïaques, trouble de personnalité antisociale, attaque de panique, agitation hystérique, ...

C. Conduite à tenir thérapeutique :

1. Approche relationnelle du patient agité :

La prise en charge du patient agité est immédiate. Elle est initialement relationnelle afin de prévenir le risque de passage à l'acte auto- ou hétéroagressif, et établir un lien de confiance pour commencer le traitement. L'abord du médecin est calme mais ferme, dans un endroit calme et sécurisé.

Le principe est de :

- Se présenter, rassurer, séparer le patient de ce qui semble contribuer à son état d'agitation, en gardant une distance de sécurité et les portes ouvertes.
- Assurer une écoute neutre ;
- Rétablir le contact et le dialogue, ce qui favorise souvent l'apaisement émotionnel ;
- Rassurer sans porter de jugement ;
- Dédramatiser la situation.

2. Contention :

En cas d'échec de l'approche relationnelle et persistance de l'état d'agitation avec un risque d'auto- ou d'hétéroagressivité, l'équipe médicale est amenée à recourir à une **contention physique transitoire**, à laquelle il est souvent nécessaire d'associer une sédation médicamenteuse afin de limiter le risque de complications (fractures et de luxations par exemple).

La contention nécessite une **surveillance régulière** psychiatrique (pour notamment lever la mesure dès qu'elle n'est plus nécessaire), et non psychiatrique afin de surveiller les constantes vitales et prévenir les complications potentielles (complications de décubitus : maladies

thromboemboliques, risque de fausse route, escarres, encombrement bronchique...).

3. Hospitalisation :

La PEC d'un état d'agitation est généralement réalisée aux urgences. L'hospitalisation en psychiatrie sera indiquée principalement en fonction de l'étiologie et de la gravité de l'agitation.

La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.

4. Traitement médicamenteux :

Le traitement médicamenteux, anxiolytique et sédatif, est à visée étiologique et symptomatique. Son objectif principal est d'apaiser rapidement le patient sans le sédativer de façon trop importante pour permettre un examen clinique et limiter la durée de la contention physique.

Différents traitements peuvent être prescrits :

- **Les antipsychotiques sédatifs** : sont le traitement de référence du fait de leurs effets sédatifs rapides. Leur utilisation nécessite une surveillance rapprochée.
 - Lévomépromazine 25 mg, Chlorpromazine 25 mg en IM
 - Halopéridol 5-10 mg en IM : son délai d'action est de 60 à 90 minutes et sa demi-vie est de 19 heures.
- **Les benzodiazépines** : pour leurs propriétés anxiolytique et hypnotique.
 - Diazépam.
 - Midazolam (voie IM, intra nasale) : rapidité d'action (15 minutes), et demi-vie courte (2 à 3h).

La prescription médicamenteuse répondra à certaines règles :

- Les traitements per os doivent être systématiquement proposés et privilégiés aux traitements intramusculaires.
- Les doses de traitements anxiolytiques doivent être les plus faibles possible, en particulier chez la personne âgée.
- Il faut privilégier la monothérapie, évaluer l'effet du premier traitement prescrit et éviter l'escalade des doses avec des effets cumulatifs différés sur la vigilance.

Cependant, cas d'agitation majeure, on a recours à l'utilisation des antipsychotiques antiproductifs, voire à l'association antipsychotique + benzodiazépine.

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

Le traitement étiologique se fera en milieu spécialisé (hôpital général ou psychiatrique) en fonction de l'étiologie. Lorsqu'un trouble psychiatrique est à l'origine de l'état d'agitation, un traitement adapté (thymorégulateur, antidépresseur, antipsychotique) doit se faire de manière différée, après une évaluation correcte à distance de la situation d'urgence.

D. Conclusion :

- La gestion d'un patient agité et agressif est un défi pour le personnel soignant.
- Les états d'agitation sont généralement complexes et d'origine multifactorielle.
- Tout état d'agitation, surtout chez un sujet sans antécédents psychopathologiques connus, peut masquer une urgence médicale pouvant engager le pronostic vital+++ , d'où l'intérêt d'évoquer les causes non psychiatriques en premier.
- La démarche diagnostic repose sur un bon interrogatoire, un examen clinique complet notamment psychiatrique ainsi que des examens complémentaires, qui permettront de mettre en place une prise en charge adaptée et efficace.

9. Diagnostic et traitement d'une bouffée délirante aiguë :

Plan :

- A. Introduction.
- B. Diagnostic.
 - 1. Diagnostic positif
 - 2. Critères diagnostiques.
 - 3. Diagnostic différentiel.
- C. Prise en charge.
- D. Conclusion.

A. Introduction :

La bouffée délirante aiguë est une **psychose délirante aiguë**, caractérisée par l'**apparition brutale** d'un **délire non systématisé**, dont les **thèmes et les mécanismes sont riches et polymorphes**. Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidents médico-légaux ou des troubles de comportement majeurs. C'est une entité nosographique traditionnelle de la psychiatrie française.

La BDA est une appellation ancienne, actuellement elle figure dans les classifications tel que :

- La classification de l'OMS (CIM 11) distingue une catégorie « Troubles psychotiques aigus et transitoires » :
 - Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique.
 - Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptôme schizophrénique.
 - Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique.
 - Autre trouble psychotique aigu essentiellement délirant.
 - Psychose réactionnelle brève.

- **Dans le DSM 5 (nosographie américaine) :** on distingue deux catégories de troubles psychotiques **aiguës et transitoires**, différenciés par leur durée :
 - Le trouble psychotique bref : moins de 1 mois d'apparition.
 - Le trouble schizophréniforme lorsque l'évolution est entre 01 à 06 mois.

Les données épidémiologiques montrent que la bouffée délirante aiguë est une pathologie de l'adulte jeune (de 20 à 35 ans), cependant, des épisodes similaires sont décrits à l'adolescence.

Ce trouble représente 5 à 8 % des admissions en service de psychiatrie.

C'est une **urgence psychiatrique**, avec un risque médico-légal et de suicide, d'où l'importance d'un **diagnostic rapide** car la **prise en charge rapide** augmente les chances de guérison.

L'évolution est généralement favorable, mais peut être associée à un risque de rechute ou d'entrée dans un trouble psychiatrique chronique (schizophrénie, trouble bipolaire...).

B. Diagnostic :

1. Diagnostic positif :

Le diagnostic est facile devant un tableau sémiologique associant :

- **Le terrain :** qui est souvent celui du sujet jeune, adolescent ou jeune adulte, généralement entre 18–25 ans, apparemment sain ou présentant des antécédents psychiatriques familiaux ou personnels (troubles de la personnalité, immaturité, difficultés d'adaptation ou d'identification...),
- **Le début :** La survenue est brutale, parfois en quelques heures,

MAGNAN le décrivait comme "un coup de tonnerre dans un ciel serein". Souvent, sans cause déterminante appréciable. Il peut être précédé d'une phase prodromique marquée par: une insomnie, anxiété inhabituelle, variabilité de l'humeur, modification du caractère, changement du comportement (voyage précipité ou fugue, conflits relationnels, isolement social brusque...). On peut parfois retrouver des facteurs déclenchants (stress, décès, choc affectif, échec professionnel, post-partum, prise de toxiques...).

➤ **La phase d'état :**

- **Le délire :** Brutal, véritable signe d'alarme de la psychose. Les idées délirantes sont polymorphes dans leurs mécanismes et leurs thèmes, et variables d'un moment à l'autre. Elles sont mal structurées et non systématisées, sans cohérence, avec une forte conviction et adhésion.
- **Thèmes :** Tous les thèmes peuvent être retrouvés, ils sont multiples, diversifiés et variables et changent rapidement. Les plus fréquents sont d'ordre mystique, mégalomane, filiation, érotique, mais aussi d'influence ou de possession, persécution.
- **Mécanismes :** Ils sont multiples : hallucinations acoustico-verbales, visuelles, cénesthésiques, intuitions, imaginations, interprétations, les hallucinations intrapsychiques avec parfois un syndrome d'automatisme mental.
- **Adhésion totale au délire :** absence de critique.
- **Absence d'organisation du délire :** délire paranoïde non systématisé.
- **Participation affective :** Le délire est intensément vécu, provoquant

- un bouleversement irrépressible de la perception de soi et du monde extérieur (dépersonnalisation, déréalisation).
- **Evolution** par « vagues délirantes » : fluctuation d'intensité du délire dans la journée.
 - **Altérations thymiques** : elles sont fréquentes, l'humeur est très labile, elle subit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation, parfois en quelques minutes. L'angoisse est toujours présente.
 - **Troubles de la conscience** : Ils consistent en « une grisaille confusionnelle » : une perte de lucidité, une altération de la capacité de communiquer et de percevoir de façon adéquate la réalité extérieure. Ils sont proportionnels à l'intensité des délires ou de l'humeur. En revanche, la **vigilance et l'orientation temporo-spatiale** sont **préservées**, ce qui est important pour le diagnostic différentiel avec la confusion mentale.
 - **Troubles de comportement** : en rapport avec les fluctuations thymiques et délirantes avec apparition d'une excitation motrice ou stupeur catatoniques, agitation anxieuse, conduites pathologiques (fugues, voyages pathologiques, bagarres...), et un risque majeur de passage à l'acte agressif et suicidaire et d'actes médico-légaux.
 - **Signes somatiques** : insomnie quasi constante, anorexie avec parfois des signes de déshydratation et d'épuisement.
 - **L'examen clinique** : est indispensable, il est le plus souvent normal.
 - **Un bilan biologique** : est pratiqué dès que possible, il est en règle normal en dehors d'une déshydratation fréquente si l'agitation est

importante.

- **Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour établir un diagnostic.**

2. Critères diagnostiques :

Les critères diagnostiques du trouble psychotique bref dans le DSM 5 sont :

- A.** Un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. déraillements fréquents ou incohérence).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. N.B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.
- B.** Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 01j mais moins 01 mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.
- C.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Figure 17. Critères diagnostiques du trouble psychotique bref selon le DSM 5.

3. Diagnostic différentiel :

- **Psychose aiguë d'origine organique :**

- Concomitante à une pathologie infectieuse ou traumatique (état confusionnel post-traumatique) ;
- Epilepsie ;
- Psychoses toxiques ; amphétamines, LSD... ;
- Ivresse pathologique ;

- Infection VIH (encéphalite subaiguë).
- **Mode d'entrée dans la schizophrénie.**
- **Forme de manie délirante dans le cadre de la psychose maniacodépressive.**
- **Troubles pseudo-psychotiques** : états délirants aigus oniroïdes vécus dans un état de conscience crépusculaire et états seconds. [26]

C. Conduite à tenir thérapeutique :

La BDA est une **urgence psychiatrique** qui nécessite :

- **Accueil du patient :**
 - Accueil calme, séparation avec l'entourage voir isolement, écoute attentive, établir les conditions d'une alliance thérapeutique, ne pas apporter de contradiction ou de critique.
 - Accompagnement indispensable du patient : le médecin doit être un point de réassurance dans la traversée de l'épreuve délirante.
 - Information du patient sur la démarche thérapeutique.
 - **L'hospitalisation en service de psychiatrie est systématique**, libre ou sans consentement. Elle permet de contenir l'agitation psychomotrice, d'apprécier le risque suicidaire ou les pulsions hétéro agressives, l'angoisse et l'importance des éléments confusionnels.
 - Interrogatoire du patient et de l'entourage : antécédents médicaux et psychiatriques, antécédents familiaux, mode d'installation
 - Un bilan somatique clinique et para clinique (ionique et hydrique), recherchant une étiologie organique nécessitant un traitement

spécifique, ou une prise de toxiques.

▪ **Traitement médicamenteux en phase aigüe :**

- **En urgence**, pour réussir à maîtriser le patient et organiser l'hospitalisation et les examens complémentaires et mieux affiner le diagnostic, une sédation rapide est parfois nécessaire. On peut utiliser, au début, un traitement anxiolytique et sédatif par une benzodiazépine (Diazépam per os). Le recours aux antipsychotiques à visée sédatrice, sera le plus souvent nécessaire surtout en cas de troubles de comportements majeurs.

Par exemple : Risperidone 2mg per os ou Amisulpride 400mg, si refus de la VO, Halopéridol 5mg Amp, 1 à 2 ampoules en IM 3fois/jours, en monothérapie ou associée à un autre antipsychotique en cas d'agitation sévère, puis relais à la VO au bout de 3-5jours.

- Surveillance et évaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance hémodynamique et neurologique.
- Le traitement de la BDA repose surtout sur **les antipsychotiques**.
- La voie orale sera préférée, mais la voie d'administration est classiquement parentérale (IM) dans les premiers jours.
- Commencer par une faible dose et augmenter progressivement jusqu'à la dose minimale efficace.
- La poursuite du traitement médicamenteux, se fait après une semaine, par la mise en route d'un traitement d'entretien à base de neuroleptique pendant environ 1an (en fonction de la symptomatologie psychiatrique).

- **Surveillance :** du risque suicidaire, des éléments confusionnels,

délirants, des constantes et de l'état d'hydratation.

- **Traitement non médicamenteux** : la psychothérapie (TCC ou thérapie familiale) peut être proposée.

D. Conclusion :

- La BDA est un état psychotique d'installation brutale, caractérisé par le polymorphisme des thèmes et des mécanismes délirants, et par la brièveté de l'épisode.
- Une cause non psychiatrique doit être systématiquement recherchée.
- Lorsqu'une étiologie non psychiatrique a été éliminée, il faut rechercher les symptômes psychiatriques associés.
- C'est une affection psychiatrique sévère qui nécessite une prise en charge urgente et adaptée, en milieu hospitalier. La réduction rapide des troubles du comportement est nécessaire, mais doit s'intégrer dans une gestion de crise où l'entourage du patient est associé à la démarche diagnostique et aux premières décisions thérapeutiques.
- En cas d'étiologie non psychiatrique, la prise en charge thérapeutique en urgence est celle de la pathologie sous-jacente.
- Il faut systématiquement rechercher et évaluer le risque suicidaire ou d'hétéroagressivité.

10. Conduite à tenir en situation d'urgence devant des idées ou conduites suicidaires :

Plan :

- A. Introduction.
- B. Définitions.
- C. Accueil et entretien psychiatrique.
- D. Signes évocateurs.
- E. Evaluation du risque immédiat.
- F. Prise en charge.
- G. Conclusion.

A. Introduction :

Les comportements suicidaires (CS) vont de la simple pensée de mettre fin à ses jours, à la préparation d'un plan, à l'obtention des moyens nécessaires pour le mettre à exécution, et à la tentative de suicide elle-même par le passage à l'acte.

Le suicide est, selon l'OMS, la treizième cause de mortalité dans le monde, tout âge compris. Au Maroc, selon le rapport de l'OMS en 2019, 2617 suicides ont été enregistrés, ce qui situe la prévalence du suicide autour de 7,2 pour 100 000.

Les CS constituent un problème et une priorité de santé publique. C'est une **urgence psychiatrique fréquente, mettant en jeu le pronostic vital**. En effet, parmi les urgences psychiatriques, la tentative de suicide (TS) représente un motif fréquent de consultation. Ainsi, on estime que 9 % de la population mondiale avait eu au moins une fois dans leur vie des idées suicidaires et qu'au moins 3 % ont réalisé une tentative de suicide. [31] [32] [33]

La fréquence du suicide et des tentatives de suicide ne cesse d'augmenter dans le monde. Une meilleure connaissance des facteurs

prédictifs du suicide permettrait d'intervenir en amont et de prendre en charge les sujets à risque.

B. Définitions :

Les **conduites suicidaires** sont l'ensemble nosographique regroupant :

- Les **idées suicidaires (IDS)** : pensées concernant le souhait de mourir. Elles peuvent comprendre des idées suicidaires passives (le souhait de ne pas se réveiller ou d'avoir un accident) ou des idées suicidaires actives (la personne pense à des actions). Les IDS peuvent varier en termes d'intensité, de fréquence et de degré de planification.
- La **tentative de suicide (TS)** : comportement auto-infligé avec intention de mourir sans issue fatale.
- Le **suicide** : acte intentionnel de mettre fin à sa propre vie.
- Et les **équivalents suicidaires** : Conduites à risque ne résultant pas d'un raisonnement conscient, mais mettant la vie en danger.
- La **crise suicidaire** est un état temporaire et réversible de déséquilibre psychique avec émergence d'idées suicidaires dont le risque majeur est le suicide.

C. Accueil et entretien psychiatrique :

L'**accueil et l'entretien initial** sont la **clef** de l'identification et de l'évaluation initiale d'une crise suicidaire. Ils doivent se dérouler dans un endroit calme, sécurisé en toute confidentialité. Ce moment vise à établir une alliance thérapeutique tout en contribuant à rassurer et à sécuriser le patient.

Dans un premier temps, il est essentiel de permettre au patient d'exprimer librement ses émotions et d'aborder la question des idées suicidaires. Cela se fait en posant des questions simples et directes, telles que :

« Avez-vous envie de mourir ? » ou « Avez-vous des idées de suicide ? ». L'objectif est d'explorer les facteurs de risque, les facteurs de vulnérabilité psychosocial, les facteurs précipitants (qui sont le déclencheur de la crise suicidaire), ainsi que les facteurs protecteurs (tels qu'un entourage familial et/ou amical de qualité).

L'examen médical est une étape incontournable. Il permet non seulement d'apaiser l'individu en détresse, mais aussi de consolider la relation thérapeutique en instaurant un climat de confiance et d'éliminer une urgence organique en cas de TS.

Lorsque la souffrance est tolérable, elle doit être écoutée avec attention. En revanche, si celle-ci est intolérable (agitation, perplexité anxieuse), un traitement médicamenteux adapté peut être nécessaire pour soulager le patient.

Enfin, Il est important d'avoir un contact avec la famille et l'entourage pour expliquer la situation tout en respectant le secret médical.

D. Signes évocateurs :

Cliniquement, la crise suicidaire peut se manifester initialement par :

- Des symptômes non spécifiques du registre dépressif ou anxieux ;
- Une consommation de substances psychoactives (alcool, substances illicites, tabac) ;
- Des prises de risque inconsidérées ;
- Un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique ;
- Un isolement.

Puis cette crise peut se manifester par certaines idées et comportements

préoccupants :

- Un sentiment de désespoir ;
- Une souffrance psychique intense ;
- Une réduction du sens des valeurs ;
- Un cynisme ;
- Un goût pour le morbide ;
- Une recherche soudaine de moyens létaux (ex : armes à feu).

La crise suicidaire peut apparaître dans le contexte d'un facteur déclenchant comme une expérience de vie douloureuse récente ou de son rappel (date d'anniversaire).

Au cours de l'évolution, une accalmie peut faire craindre un syndrome pré-suicidaire de Ringel (qui est caractérisé par un calme apparent, une attitude de retrait, une diminution de la réactivité émotionnelle, de la réactivité affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels). Les comportements préparatoires (stockage de médicaments, achat d'une arme à feu, rédaction de lettres, dispositions testamentaires, dons, etc.) sont des signes devant faire évoquer un risque de passage à l'acte suicidaire imminent.

E. Évaluation du risque immédiat :

Le risque suicidaire immédiat peut être apprécié selon 3 facteurs :

- **Le risque théorique**, s'appuyant sur les **facteurs de risque et de protection**.
- **L'urgence**, liée au cas particulier du patient et à l'intensité de la crise.
- **La dangerosité**, liée aux moyens envisagés pour le passage à l'acte et à leur létalité potentielle.

➤ Le risque théorique :

Les facteurs de risque : Les éléments suivants et leur intrication permettent l'évaluation du risque suicidaire :

• Facteurs personnels :

- Antécédents personnels de TS ;
- Diagnostic de trouble psychiatrique (troubles de l'humeur, troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, schizophrénie, trouble lié à l'usage de substances, troubles anxieux, etc.) ;
- Traits de personnalité : faible estime de soi, impulsivité-agressivité, rigidité de la pensée, colère, propension au désespoir ;
- Expression d'idées suicidaires ;
- Santé générale : pathologie affectant la qualité de vie.

• Facteurs familiaux :

- Antécédents familiaux de TS et de suicide.

• Événements de vie et facteurs psychosociaux :

- Antécédents de maltraitance dans l'enfance (violences, abus physique, émotionnel ou sexuel) et perte d'un parent pendant l'enfance ;
- Situation socio-économique : difficultés économiques ou professionnelles,
- Isolement social (réseau social inexistant ou pauvre, problèmes d'intégration), séparation ou perte récente, difficultés avec la loi (infractions, délits), échecs ou événements humiliants, appartenance à une minorité ;

- Difficultés dans le développement : difficultés scolaires, placement durant l'enfance/adolescence en foyer d'accueil ou en détention, perte parentale précoce ;
- Phénomène de « contagion » suite à un suicide : exposition directe ou indirecte à un suicide, soit qu'il s'agisse d'un proche, soit via les médias ou les fictions, que la personne soit célèbre ou non (avec un risque accru en cas de célébrité) ;
- Élément déclencheur : élément récent entraînant un état de crise chez un sujet.

Les facteurs protecteurs : sont aussi à envisager comme autant d'éléments préservant du passage à l'acte. On peut citer :

- **Du point de vue individuel**, la résilience qui peut se définir comme la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation d'adversité.
- **Du point de vue psychosocial**, le soutien socio-familial perçu et le fait d'avoir des enfants.
- **La croyance religieuse.**
- **L'urgence et la dangerosité** : doivent être appréciées sur 6 points clés :
 - **Niveau de souffrance** : désarroi ou désespoir, repli sur soi, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
 - **Degré d'intentionnalité**, précisant notamment l'existence d'un scénario construit mettant en scène la mort fantasmée :
 - Idées envahissantes, rumination.

- Réponse à l'aide et aux soins proposés.
- Existence d'un scénario suicidaire établi.
- **Degré d'impulsivité** : tension psychique, agitation, antécédents de passage à l'acte, fugues ou d'actes violents, usage de substance...
- **Éventuel événement précipitant** : conflit, échec, rupture, perte...
- **Moyens létaux à disposition** : armes à feu, médicaments....
- **Qualité de l'entourage** : protecteur, ou au contraire générateur de stress.

F. Prise en charge :

Après **évaluation de l'urgence vitale et stabilisation du patient** (moyen de réanimation adaptée selon l'état du patient), un avis psychiatrique et/ou une hospitalisation brève en unité spécialisée est recommandé.

La prise en charge en psychiatrie consiste à :

- Eviter le passage à l'acte suicidaire.
- Permettre une résolution de la crise en milieu protégé.
- Instaurer un lien et une relation de confiance avec le milieu hospitalier.
- Mettre en route un traitement spécifique si une pathologie psychiatrique est retrouvée.
- Il faut retirer tout objet dangereux, assurer une surveillance constante et une présence rassurante auprès du patient.

➤ **Moyens et indications :**

- **L'hospitalisation** doit être indiquée :
 - Pour stabiliser un patient au pronostic vital engagé du fait des complications non psychiatriques de sa TS.
 - Devant un risque suicidaire imminent.
 - Devant un risque suicidaire avec un degré d'urgence faible ou moyenne associé à des troubles psychiatriques décompensés.

Lorsqu'une hospitalisation est indiquée, elle peut être réalisée en soins libres ou en soins à la demande d'un tiers. Elle a pour objectif :

- Protéger la personne en limitant le risque de passage à l'acte suicidaire;
 - Traiter le trouble psychiatrique associé ;
 - Faciliter la résolution de la crise (alternatives) en mettant en place une psychothérapie de soutien (relation de confiance, verbalisation de la souffrance, travail de l'alliance thérapeutique, etc.) ;
 - Organiser le suivi ambulatoire ultérieur si nécessaire ;
 - Compléter l'évaluation psychiatrique.
 - **Mesures de prévention en cadre hospitalier** : ouverture limitée des fenêtres et suppression des moyens de pendaison, inventaire en présence du patient de ses effets personnels et retrait des tout objet dangereux ou toxique, passages réguliers et fréquents des équipes soignantes, et prise des médicaments devant l'infirmière.
- **Un traitement médicamenteux symptomatique** : sédatif ou anxiolytique peut être prescrit en urgence en cas d'agitation ou

d'anxiété importante ;

- En cas d'anxiété prédominante (sans agitation) : Antihistaminique (ex : Hydroxyzine), ou Benzodiazépine (ex : Diazépam, Prazépam, Alprazolam).
- En cas d'agitation prédominante : Neuroleptique sédatif (ex : Lévomépromazine, Chlorpromazine), Per OS ou IM, si besoin.
- **Un traitement non médicamenteux :** La prise en charge thérapeutique repose aussi sur un suivi psychologique et la prise en charge des facteurs de risque.
- **Règles de prise en charge**
 - La prise en charge doit être adaptée à la situation du patient, par exemple en cas de trouble psychiatrique sous-jacent, d'isolement social, d'entourage potentiellement délétère, de refus d'aide médicale (refus d'un entretien de réévaluation).
 - **L'information du patient** sur les modalités de prise en charge (lieu, durée d'hospitalisation, fonctionnement de l'équipe) doit être systématique.
 - Mise en place d'un **suivi immédiat** adapté à la situation dont l'objectif est de prévenir la récurrence (réévaluation du traitement en cas de pathologie psychiatrique connue, mise en route d'un traitement avec un suivi en cas de découverte d'une pathologie psychiatrique sous-jacente).
 - Informer le patient sur la conduite à tenir en cas de nouvelle crise : ne pas rester seul, encourager la verbalisation, consultation rapide auprès d'un professionnel de santé.

- Mise en place d'un réseau de soins vers lequel le patient doit pouvoir se tourner en cas de crise.

G. Conclusion :

- Les CS sont une cause fréquente de consultation en urgence psychiatrique.
- Devant toute TS, il faut toujours rechercher une pathologie psychiatrique associée.
- L'entretien psychiatrique initial est essentiel. Il permet d'évaluer la crise suicidaire (risque/urgence/dangerosité), d'évaluer les troubles psychiatriques associés et d'orienter la prise en charge.
- La prise en charge est pluridisciplinaire
- L'évaluation du risque suicidaire et de la récurrence doivent être un réflexe systématique en psychiatrie.

VII. PRÉSENTATION DES QUESTIONS CORRIGÉES :

A. 1^{er} CHAPITRE : préparation aux examens des étudiants en 5^{ème} année de médecine :

1. Troubles psychotiques :

1.1. Correction des Questions à choix Unique ou multiple :

N°	Réponses correctes
Q 1	A.B.C.D
Q 2	B.C.E
Q 3	C.D.E
Q 4	A.B.D.E
Q 5	B.D
Q 6	D.E
Q 7	A.B.C
Q 8	D
Q 9	A.B.D
Q 10	B.C.D
Q 11	A.B.C.D
Q 12	A.B.E
Q 13	B.C
Q 14	A.B.C.D
Q 15	A.B.C
Q 16	A.C.D
Q 17	A.B.C.D
Q 18	A.C.D
Q 19	D.E
Q 20	A.B.C.D.E
Q 21	B.C
Q 22	A.C
Q 23	A
Q 24	A.B

Q 25	A.B.C
Q 26	B
Q 27	A
Q 28	A.B.D.E
Q 29	A.D
Q 30	A.B.C.D
Q 31	A.B.C.D
Q 32	C.D.E
Q 33	B.C.D
Q 34	A.C.D
Q 35	B.C.D
Q 36	A.B.D.E
Q 37	D.E
Q 38	A.B.D
Q 39	A.B.C.D
Q 40	A.B.C.E
Q 41	D
Q 42	B.D
Q 43	A.B.D.E
Q 44	B.C.D.E
Q 45	B.C.D.E
Q 46	B.D
Q 47	C.D.E
Q 48	A.B.C.D
Q 49	C.D.E
Q 50	C.D.E
Q 51	A.C.D.E
Q 52	B.C.D.E
Q 53	B.C.E
Q 54	A.B.D
Q 55	A.B.C.D
Q 56	A.B.C.E
Q 57	A.B.C.D.E

Q 58	A.C.E
Q 59	A.B.D
Q 60	A.B.C
Q 61	A.D
Q 62	C.D
Q 63	A.B.D
Q 64	D.E
Q 65	C.D.E
Q 66	C
Q 67	B
Q 68	B.C.D
Q 69	C
Q 70	A.B
Q 71	A.C.D.E
Q 72	B
Q 73	A.B.C.D

1.2. Correction des cas cliniques :

❖ Cas N°1:

Question N°	Réponses correctes
1	B.C.D.E
2	A.D
3	C.D
4	B.E
5	C
6	A
7	B
8	A.C.D.E
9	D
10	A.C
11	C

❖ Cas N°2:

Question N°	Réponses correctes
1	B
2	A.B
3	A.B
4	A.B.C.D.E
5	A.C
6	C
7	C
8	A
9	C
10	A.D.E

❖ **Cas N°3:**

Question N°	Réponses correctes
1	C
2	A.C.E
3	C.D.E

❖ **Cas N°4:**

Question N°	Réponses correctes
1	D
2	A.C.D.E

❖ **Cas N°5 : Réponses :**

1. Le diagnostic le plus probable est la bouffée délirante aiguë (BDA), qui correspond actuellement, dans le DSM 5, au trouble psychotique bref. On justifie le diagnostic par l'installation aiguë, depuis 10 jours, d'un syndrome délirant (religieux et de persécution), hallucinatoire avec un automatisme mental, de comportement désorganisé, avec des fluctuations thymiques et une altération des fonctions cognitives (la subconfusion).
 2. Les examens complémentaires à demander sont : une NFS, un bilan rénal et hépatique, un ionogramme sanguin, une glycémie à jeun, un bilan toxique, et une TDM cérébrale.
 3. L'évolution à court terme est généralement favorable sous traitement, et la guérison se fait en quelques jours à quelques semaines. Parfois, on assiste à une dépression secondaire.
- L'évolution à long terme se fait vers : la guérison complète dans 25% des cas ; des récurrences dans 25% des cas, et un trouble chronique dans

50% des cas (1/3 vers la schizophrénie, /3 vers les psychoses chroniques non schizophréniques et 1/3 vers le trouble bipolaire).

4. Les facteurs de bon pronostic chez ce patient sont :

- L'absence d'antécédent.
- Le bon fonctionnement prémorbide.
- L'absence de personnalité pathologique antérieure et d'addiction.
- Le début brutal.
- La présence de symptômes thymiques.

5. Le traitement médicamenteux à proposer est un antipsychotique de deuxième génération comme la Rispéridone à la dose de 4mg par jour pendant 12 mois.

2. Troubles de l'humeur :

2.1. Correction des questions à choix unique ou multiple :

Question N°	Réponses correctes
Q 1	A.B.C
Q 2	A.C
Q 3	B.C.D
Q 4	A.B.D
Q 5	A.B.C
Q 6	B.C
Q 7	B.C
Q 8	A.B
Q 9	A.E
Q 10	A.B.D
Q 11	C
Q 12	A.B.C.D.E
Q 13	A.B.C.E
Q 14	C.D

Q 15	A.D.E
Q 16	A.B.E
Q 17	C
Q 18	E
Q 19	A.B.C
Q 20	A.B.C.D.E
Q 21	A.C.D
Q 22	A.D.E
Q 23	E

2.2. Correction des cas cliniques :

❖ Cas N°1 :

Question N°	Réponses correctes
1	C
2	A.D
3	A.B.D
4	B.C
5	A.D
6	C

❖ Cas N°2 :

Question N°	Réponses correctes
1	B.C.E
2	A.B
3	A
4	A.D.E
5	C
6	A.B.C
7	B
8	C
9	B.C.E
10	B.C.D.E
11	D
12	A.B.C.D

❖ Cas N°3 :

Question N°	Réponses correctes
1	B.E
2	C
3	A
4	A.B.C.D.E
5	A.B.C.D.E
6	A
7	A.B.C.D.E
8	A.B.D.E
9	B.C
10	A.C.D

❖ Cas N°4 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.E
2	C
3	B
4	A.B
5	D
6	B
7	A.B.C.E

❖ Cas N°5 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.E
2	B
3	A
4	B.C.E
5	C
6	A
7	A.C

❖ **Cas N°6 :**

Question N°	Réponses correctes
1	C.D
2	B.C
3	A

3. Troubles Anxieux :**3.1. Correction des Questions à choix unique ou multiple:**

N°	Réponses correctes
Q 1	A.B.C.D
Q 2	B.C
Q 3	E
Q 4	B
Q 5	B
Q 6	A.D.E
Q 7	D
Q 8	A.B
Q 9	B.C
Q 10	A.B.C.D.E
Q 11	A.C
Q 12	C.E
Q 13	A.B
Q 14	A.B.C.D.E
Q 15	D.E
Q 16	A.B.D
Q 17	A.B
Q 18	D.E
Q 19	A.B.D
Q 20	A.B.C
Q 21	C.D.E
Q 22	A.B.C.D
Q 23	C.D

Q 24	A.B.C.D.E
Q 25	B.C.D
Q 26	B.C.E
Q 27	A.B.C
Q 28	A.B.C.D
Q 29	A.B.C.D.E
Q 30	C.E
Q 31	A.B.C
Q 32	A.B.C.D
Q 33	A.B.D
Q 34	A.C.D.E
Q 35	A.C.E
Q 36	B.C
Q 37	A.B.D.E
Q 38	A.C.E
Q 39	B.C.D
Q 40	A.D.E
Q 41	B.C
Q 42	A.B.C.D.E
Q 43	A.B.C.D.E
Q 44	A.B.C.D.E
Q 45	A.B.C.D
Q 46	A.D.E
Q 47	C

3.2. Correction des cas cliniques :

❖ **Cas N°1 : Réponses.**

1. Le diagnostic le plus probable est le trouble panique.
2. Les éléments sémiologiques en faveur du diagnostic de trouble panique, on cite les attaques de paniques décrites par l'association de manifestations somatiques : vertiges, tachycardie, symptômes respiratoires (sensation d'étouffement ou de manque d'air) ; et de manifestations psychiques : peur de mourir, ayant un caractère brusque et récurrent ; avec absence d'une origine organique ou d'autres symptômes psychiatriques pouvant orienter vers un autre trouble mental.
3. Les complications possibles chez cette patiente sont : le trouble dépressif, le suicide, les addictions, les pathologies psychosomatiques et le retentissement familial, social et professionnel.
4. Le traitement médicamenteux de fond à proposer est un antidépresseur de la classe des Inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) : la Paroxétine 20 mg par jour pendant une durée de 6 à 12 mois après l'amélioration.
5. Le type de psychothérapie à proposer est la thérapie cognitivo-comportementale.

❖ Cas N°2 : Réponses.

1. Le diagnostic est le trouble de stress post-traumatique.
2. Les éléments sémiologiques en faveur de ce diagnostic sont :
 - L'exposition à un événement traumatisant (la menace de mort du patient et la mort effective de son frère).
 - La reviviscence.
 - L'altération de l'humeur.
 - La durée de plus d'un mois.
 - La perturbation du sommeil.
3. La complication est le trouble dépressif qu'on retient sur les critères suivants : l'humeur dépressive, l'insomnie, pensées de mort, et le retentissement.
4. Le traitement médicamenteux est un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) : la Paroxétine 20 mg par jour.

❖ Cas N°3 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.B.C
2	C
3	C.E
4	C
5	C.D
6	B
7	A
8	B
9	A
10	E
11	B.C
12	B
13	B.C

❖ Cas N°4 :

Question N°	Réponses correctes
1	C.E
2	D.E
3	B.C
4	B
5	C
6	A.C.E
7	D.E

❖ **Cas N°5 :**

Question N°	Réponses correctes
1	A.B.D
2	C
3	A.C

❖ **Cas N°6 :**

Question N°	Réponses correctes
1	A.D.E
2	E
3	D.E
4	D
5	B.D.E

❖ **Cas N°7 :**

Question N°	Réponses correctes
1	A.D.E
2	C
3	C
4	A.D.E
5	C

4. Troubles neurodéveloppementaux :**4.1. Correction des Questions à choix unique ou multiple:**

N°	Réponses correctes
Q 1	A.D.E
Q 2	A.B.C.D

4.2. Correction des cas cliniques :

❖ Cas N°1 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.B.C.D.E
2	A.C.D.E
3	A.D
4	A.D
5	D
6	A.C.D

5. Autres :

5.1. Correction des Questions à choix unique ou multiple :

N°	Réponses correctes
Q 1	B.E
Q 2	A.C.D
Q 3	B
Q 4	B.E
Q 5	C.D.E
Q 6	A.B.C.D.E
Q 7	A.C
Q 8	A.B.D
Q 9	B.D.E
Q 10	A.C.D
Q 11	B.C.D
Q 12	A.B.C.E
Q 13	D.E
Q 14	A.B.C.D.E
Q 15	A
Q 16	A.C.D.E
Q 17	A.B.C.D
Q 18	A.C.D
Q 19	B.C

Q 20	C.D.E
Q 21	A.B.C
Q 22	A.B.C.D.E
Q 23	A.B.D
Q 24	B.D
Q 25	A.C.E
Q 26	C.E
Q 27	A.D.E
Q 28	A.B.C.D.E
Q 29	B.C.E
Q 30	A.B.D.E
Q 31	A.B.D.E
Q 32	A.B.C.D.E
Q 33	A.B.D
Q 34	A.C.D.E
Q 35	A.C.D
Q 36	A.D.E
Q 37	C.D
Q 38	A.B.C.E
Q 39	D.E
Q 40	A.B.C.D
Q 41	B.C.E
Q 42	A.B.C
Q 43	B.C.D.E
Q 44	C
Q 45	B.D.E
Q 46	B.C.D
Q 47	A.B.D.E
Q 48	C.D.E
Q 49	C
Q 50	A.B.D
Q 51	A.B.C.D
Q 52	A.B
Q 53	B.C.E
Q 54	B.D

Q 55	B.C
Q 56	A.B.C.D.E
Q 57	A.B.C.D

5.2. Correction des cas cliniques :

❖ Cas N°1 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.C.D
2	C
3	B.C.D
4	A.B.C.D
5	A.B.E
6	A.C
7	B
8	C
9	C
10	A.B.C

❖ Cas N°2 :

Question N°	Réponses correctes
1	D.E
2	C
3	B.C.E
4	A.B.D
5	A.D
6	B
7	B.C.D
8	B.C
9	A.B.C.D
10	C

❖ **Cas N°3 :**

Question N°	Réponses correctes
1	A.C.E
2	B
3	C

6. Urgences Psychiatriques :**6.1. Correction des Questions à choix unique ou multiple:**

N°	Réponses correctes
Q 1	B.D.E
Q 2	A.B.C.D
Q 3	A.B.C.D.E
Q 4	D
Q 5	A.C.D
Q 6	A.B.C.D
Q 7	A.B.C
Q 8	A.B.D
Q 9	A.B.E

6.2. Correction des cas cliniques :❖ **Cas N°1 :**

Question N°	Réponses correctes
1	B.E
2	B
3	B
4	A.B.C.D.E
5	A.B.C.D.E
6	A.B.E
7	C

❖ Cas N°2 :

Question N°	Réponses correctes
1	B.C
2	B
3	B
4	B
5	A.C.D.E

❖ Cas N°3 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.B.C
2	A
3	A.B.C.D.E
4	A.B.E
5	B
6	A.B.C.E
7	A.E
8	B.C.D.E
9	C
10	E
11	A.E
12	A.B

❖ Cas N°4 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.C
2	C
3	A.B.C.D.E
4	A.C
5	A.C.D

7. Thérapeutique :

7.1. Correction des Questions à choix unique ou multiple:

N°	Réponses correctes
Q 1	A.B.E
Q 2	B
Q 3	B.C
Q 4	A.C.D.E
Q 5	B.C
Q 6	B.C.E
Q 7	A.B.D.E
Q 8	C.E
Q 9	B.C
Q 10	A
Q 11	A.B
Q 12	D
Q 13	C
Q 14	A.C.D
Q 15	A.C.E
Q 16	A.C.D
Q 17	A.B.C
Q 18	A.B.C.D
Q 19	A.B.D.E
Q 20	A.B.C.E
Q 21	A.B.C
Q 22	B.D
Q 23	A.D.E
Q 24	A.B.C.D
Q 25	A.B.C.D
Q 26	A.B.C.D
Q 27	C

8. Correction des questions des examens cliniques de 7^{ème} année:

❖ Cas N°1 : Réponses.

1. Les deux syndromes évidents dans ce tableau cliniques sont : les obsessions et les compulsions.
2. Le diagnostic chez ce patient est le trouble obsessionnel compulsif.
3. La personnalité pathologique sous-jacente chez ce patient est la personnalité obsessionnelle compulsive, évoquée devant l'attention portée par le patient sur l'ordre.
4. Les traits pathologiques caractéristiques de cette personnalité sont : le perfectionnisme, la rigidité, l'avarice, la préoccupation par l'ordre, et l'obstination.
5. Les risques à moyen et à long terme sont l'aggravation du trouble, les complications dépressives, addictives et la désinsertion socioprofessionnelle et le risque suicidaire.
6. Le traitement médicamenteux le plus adapté est un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine, comme la Sertraline ou la Paroxétine à double dose, c.-à-d. 100 mg ou 40 mg respectivement.
7. Les autres moyens thérapeutiques à disposition sont la thérapie cognitivo-comportementale.

❖ Cas N°2 : Réponses.

1. Le syndrome constaté lors de sa troisième hospitalisation est le syndrome dépressif.
2. L'état clinique actuel de la patiente est un syndrome maniaque, caractérisé par : l'humeur euphorique et expansive, la logorrhée (elle parle sans arrêt), le ludisme (elle fait des plaisanteries qui contrastent avec sa réserve habituelle), les dépenses et les achats inconsidérés.
3. Un trouble bipolaire de type 1.
4. Un traitement à visée sédatrice à base d'anxiolytique (diazépam 10 mg) et/ou antipsychotique (lévomépromazine ou chlorpromazine) pour agir sur l'agitation et l'instabilité psychomotrice.
5. Le traitement de fond chez cette patiente est un thymorégulateur, par exemple le lithium.

❖ Cas N°3 : Réponses.

1. Si nous retenons l'origine psychiatrique, nous sommes devant une attaque de panique et le diagnostic évoqué est le trouble panique.
2. Les éléments à chercher à l'entretien sont : les antécédents personnels et familiaux médico-chirurgicaux et psychiatriques, d'autres symptômes somatiques, d'autres cognitions catastrophistes (la peur de s'évanouir, de devenir fou, de perdre le contrôle ; etc...), des symptômes de dépersonnalisation ou de déréalisation, des comportements d'évitement, la répétition des attaques de paniques et la durée d'évolution des symptômes, la présence de symptômes dépressifs ou d'idéations suicidaires.
3. Les éléments à chercher à l'examen physique, afin d'éliminer une organicité, sont : la tension artérielle, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la température, l'examen clinique complet afin d'éliminer une cause cardiaque ou pulmonaire par exemple.
4. Oui, des examens complémentaires standards sont à demander bien que l'examen clinique soit normal, on cite : un ECG, une NFS, une glycémie à jeun, un ionogramme sanguin, un bilan rénal et hépatique, et un bilan toxique.
5. Le traitement en urgence sera un anxiolytique, à visée symptomatique. On cite par exemple une benzodiazépine : l'Alprazolam 0.25 à 0.5 mg par voie orale.
6. Le diagnostic retenu est le trouble panique. Le traitement médicamenteux de fond est un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme la Paroxétine à 20 mg par jour.

❖ Cas N°4 : Réponses.

1. Le diagnostic le plus probable est le trouble panique.
2. Les éléments sémiologiques du contenu de l'énoncé sont :
 - Les symptômes physiologiques : palpitation, difficultés respiratoires.
 - Les symptômes psychiques : la peur de mourir, la peur de perdre la raison, la déréalisation (il a perçu que le monde a changé autour de lui).
3. Les complications à craindre chez ce patient sont : le trouble dépressif, le suicide, les addictions, les conséquences familiales, sociales et professionnelles.
4. Le traitement médicamenteux de fond est un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine comme la Paroxétine à la dose de 20 mg par jour.
5. Le type de psychothérapie à proposer est la thérapie cognitivo-comportementale.

❖ Cas N°5 : Réponses.

1. Les diagnostics à évoquer en premier sont : la schizophrénie et le trouble dépressif majeur.
2. –Pour la schizophrénie on cite : la durée d'évolution des symptômes, l'intérêt nouveau à la philosophie, l'isolement, la négligence corporel-vestimentaire et l'insomnie.
–Pour le trouble dépressif majeur on cite : l'isolement, l'alogie (elle parle très peu) les troubles instinctuels (insomnie et anorexie), le désintérêt (à ses études, ses habits et sa coiffure).
3. L'hospitalisation n'est pas d'indication systématique chez cette patiente en l'absence d'agitation, d'auto et d'hétéroagressivité, et en l'absence de refus de traitement.
4. –Pour la schizophrénie, le traitement médicamenteux à proposer est un antipsychotique de deuxième génération comme la Risperidone à une dose de 4 mg par jour, ou l'Aripiprazole à la dose de 15 mg par jour.
–Pour le trouble dépressif majeur, le traitement médicamenteux proposé est un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine comme l'Escitalopram à la dose de 10 mg par jour, ou la Sertraline à la dose de 50 mg par jour.

❖ Cas N°6 : Réponses.

1. Les éléments sémiologiques de cette observation sont :
 - La méfiance (il ne fait plus confiance à personne, refuse de partager les repas de la famille).
 - Le délire mystico-religieux (récite des versets coraniques, il a une mission de Dieu à réaliser).
 - Le délire de persécution (On me surveille, on veut me tuer).
 - Le délire de référence (on parle de moi à la télé).
 - Le mécanisme hallucinatoire du délire (le dieu parle avec moi).
 - La participation affective au délire, l'agressivité.
2. Devant ces symptômes psychotiques d'installation aigue depuis 4 jours, avec l'absence d'antécédents, on évoque une bouffée délirante aigue BDA (trouble psychotique bref selon le DSM 5).
3. A court terme, une hospitalisation est à envisager devant l'agressivité et le refus des soins, associée à un traitement sédatif à base d'anxiolytique injectable intramusculaire comme le diazépam ampoule de 10 mg. En cas de non suffisance ou d'inefficacité on peut mettre un antipsychotique injectable en intramusculaire comme la chlorpromazine ou la lévomépromazine ampoule de 25 mg.

A moyen terme, on envisage de mettre un antipsychotique de deuxième génération comme la Risperidone à une dose de 4 mg par jour, ou l'Aripiprazole à la dose de 15 mg par jour.

❖ Cas N°7 :

Question N°	Réponses correctes
1	B
2	D
3	A.B.C
4	A.E
5	D

❖ Cas N°8 :

Question N°	Réponses correctes
1	A.B.C.D.E
2	A.B.C
3	A.B.C.D.E
4	A.B.C
5	A.C.D.E

❖ Cas N°9 :

Question N°	Réponses correctes
1	B.E
2	D
3	A.B.C
4	A.E

❖ Cas N°10 :

Question N°	Réponses correctes
1	C
2	C
3	A
4	A

VIII. DISCUSSION :

1. Argumentaire du travail :

Au Maroc, les troubles mentaux ainsi que la formation des professionnels en santé mentale ne commencent que récemment à figurer parmi les priorités du système de santé. Les préoccupations du Ministère de la santé étaient surtout orientées vers d'autres priorités sanitaires (protection mère-enfant, planification familiale, maladies épidémiques, lutte antituberculeuse, vaccinations...), et la psychiatrie demeurait le parent pauvre de la médecine. Ce n'est que depuis peu que la psychiatrie et la formation des professionnels de la santé mentale émergent parmi les principaux objectifs de santé au Maroc. Ainsi, le Ministère de la santé, a fait de la santé mentale une priorité dans les programmes de soins en santé publique. En outre, un effort important a été déployé pour la formation de professionnels en santé mentale.

Quant à l'enseignement de la psychiatrie, il a sans doute connu une évolution notable, mais reste toujours considéré comme étant une discipline particulière, nouvelle et non familière pour les étudiants du fait de leurs croyances et leurs préjugés envers la psychiatrie ; d'où la nécessité d'utilisation des moyens pédagogiques accessibles et adaptés.

Cet ouvrage est le fruit d'un long travail, Il est venu pour répondre aux nombreux enjeux et écueils de la formation contemporaine en psychiatrie. L'objectif pour l'étudiant en médecine est d'abord la préparation efficace aux examens, et ensuite l'acquisition des fondements essentiels à sa future pratique.

2. Comparaison avec les travaux similaires :

L'enseignement de la psychiatrie au Maroc a connu une évolution importante ces dernières années. Des applications statiques, dynamiques et même smartphone qui montrent des vidéos de simulation de pathologies psychiatriques à visée démonstrative en termes de sémiologie et même en terme de psychiatrie de liaison ont été élaborées auparavant [34] [35] [36], ainsi qu'un support audio rapportant l'expression des troubles dépressifs et anxieux dans le contexte marocain, accompagné de cas cliniques corrigés comportant un paragraphe élaboré en arabe dialectal. [37] Plus récemment, une application smartphone des urgences psychiatriques était le sujet d'une thèse à la faculté de médecine de Fès. [25] Une autre thèse dans la même année a consisté à soulever les particularités culturelles de la pathologie de l'urgence psychiatrique dans le contexte marocain, à travers des cas cliniques de patients recrutés des consultations des urgences psychiatriques à l'hôpital Ibn Al Hassan de Fès. [31]

Notre travail reste donc une première ébauche d'un tel support à visée pédagogique réalisé dans le domaine de la psychiatrie, rejoignant ainsi l'ensemble des travaux visant à promouvoir l'enseignement de la psychiatrie au Maroc.

3. Apport et limites du travail :

Nous avons tenté, à travers ce manuel qui se conforme aux objectifs pédagogiques établis par nos enseignants, de fournir une approche claire et pédagogique facilitant la préparation des épreuves du module de psychiatrie.

Les apports de ce travail peuvent être regroupés autour de trois axes :

- Elaboration d'un support d'enseignement en psychiatrie, qui se base sur les programmes enseignés à la faculté.
- Enrichissement des outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie au sein des services hospitaliers et dans les cours magistraux de la psychiatrie des Facultés de Médecine.
- Evaluation des prérequis des étudiants grâce à la rubrique d'auto-évaluation.

Dans les limites de notre travail, on cite qu'il manque un chapitre de sémiologie, enseigné à la deuxième année de médecine ; que le support de préparation aux examens n'a pas été évalué auprès des étudiants ; et que nous n'avons pas réalisé une application Smartphone aidant les étudiants dans l'évaluation de leurs connaissances.

4. Recommandations et perspectives :

La prévalence de plus en plus importante des affections psychiatriques en médecine générale et le nombre réduit des médecins psychiatres au Maroc, imposent une formation de qualité des étudiants en médecine en matière de sémiologie comme étant la base de la pathologie psychiatrique pour faire face à ce problème de santé publique.

Il faut dire que, rare sont les facultés qui fournissent aux étudiants une documentation complète permettant l'apprentissage et la préparation aux examens.

Le corps enseignant de psychiatrie des Facultés de Médecine marocaines, assure non seulement la formation des étudiants et spécialistes en psychiatrie, mais participe également à de nombreuses autres activités. Par ailleurs, ce corps hélas encore très réduit, doit faire face à de lourdes tâches de prévention et de soins en matière de santé mentale. Si l'enseignement de la psychiatrie au Maroc a fait un grand pas en avant, il lui faudrait certainement dans l'avenir proche, des moyens humains et matériels plus appropriés et conséquents pour continuer à se développer et s'épanouir.

L'espoir est que cette thèse puisse contribuer à l'amélioration du système pédagogique de l'enseignement de la psychiatrie, mais aussi des autres disciplines, pas seulement à Fès mais aussi au Maroc.

IX. CONCLUSION :

Notre travail de thèse est un support complet d'apprentissage et d'évaluation du module de psychiatrie. Il s'agit d'un outil pédagogique dédié spécifiquement aux étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, visant à faciliter l'accès à l'information en psychiatrie en regroupant l'ensemble des cours en un seul document multisupport (sur papier et en ligne) accessible aux médecins, professeurs de psychiatrie et étudiants en médecine.

RÉSUMÉ

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales, incluant les divers troubles cognitifs, comportementaux et affectifs. Elle utilise une approche bio-psycho-sociale, qui combine une compréhension de la neurobiologie, de la psychologie de l'individu et de l'impact des évènements de vie.

Notre sujet de thèse est sous forme d'un support, destiné aux étudiants de médecine. C'est un outil pédagogique qui permettra de mieux assimiler et mettre en avant l'enseignement du module de psychiatrie, il a pour objectif principal d'enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie au sein de la Faculté de Médecine de Fès.

Notre support est divisé en deux rubriques principales : une destinée aux étudiants de 5^{ème} et 7^{ème} année de médecine, et une autre consacrée aux candidats aux examens d'internat et de résidanat. Chaque rubrique est accompagnée de textes courts, brefs, et essentiels, permettant aux étudiants d'acquérir un mode de raisonnement clinique. Il contient aussi, dans chaque chapitre, une rubrique d'auto évaluation contenant des questions directes, des QCM et des cas cliniques, et qui permettra aux étudiants d'évaluer les connaissances acquises.

Notre travail a consisté à recenser l'ensemble des cours de psychiatrie enseignés, les classer, les résumer, puis les enrichir de supports pédagogiques. Cela nous a permis d'élaborer tant un document de référence qu'un manuel pratique, qui pourrait être d'une aide précieuse pour les étudiants. Notre support sera aussi d'un ample intérêt pédagogique pour les professeurs de l'enseignement supérieur en psychiatrie ainsi que pour les

étudiants en médecine leur permettant de mieux assimiler la spécificité de la psychiatrie et d'appréhender la subtilité de sa prise en charge.

ABSTRACT

Psychiatry is a medical specialty dedicated to the diagnosis, prevention, and treatment of mental illnesses, including various cognitive, behavioral, and emotional disorders. It adopts a bio-psycho-social approach, combining an understanding of neurobiology, individual psychology, and the impact of life events.

Our thesis subject is presented in the form of a resource designed for medical students. It is a pedagogical tool aimed at improving the assimilation and enhancement of psychiatric module instruction. Its primary objective is to enrich the teaching tools used in the psychiatry curriculum at the Faculty of Medicine in Fes.

Our support is divided into two main sections: one dedicated to 5th and 7th-year medical students, and the other to candidates for the internship and residency exams. Each section includes short, concise, and essential texts to help students develop clinical reasoning skills. Each chapter also includes a self-evaluation section with direct questions, multiple-choice questions (MCQs), and clinical cases, allowing students to assess their acquired knowledge.

Our work involved compiling all the psychiatry courses taught, organizing and summarizing them, and enriching them with pedagogical materials. This allowed us to create both a reference document and a practical manual, which could be of great assistance to students. Our resource will also be of significant pedagogical value to professors of higher education in psychiatry, as well as to medical students, helping them better understand the psychiatry specialty and grasp the nuances of its management.

ملخص

الطب النفسي هو تخصص طبي يركز على تشخيص، وقاية، وعلاج الأمراض النفسية، بما في ذلك الاضطرابات المعرفية، والسلوكية، والعاطفية. ويعتمد على مقاربة بيولوجية-نفسية-اجتماعية، تجمع بين فهم علم الأعصاب، وعلم نفس الفرد، وتأثير الأحداث الحياتية.

موضوع أطروحتنا هو عبارة عن مادة موجهة لطلاب الطب. وهي أداة تعليمية تهدف إلى تحسين استيعاب وتعزيز تدريس وحدة الطب النفسي، وهدفها الرئيسي هو إثراء أدوات التدريس في مجال الطب النفسي ضمن كلية الطب في فاس. الاطروحة مقسمة الى قسمين رئيسيين أحدهما مخصص لطلاب السنة الخامسة والسابعة من الطب والآخر مخصص للمرشحين لامتحانات الإقامة والتخصص. يرافق كل قسم نصوص قصيرة ومختصرة تحتوي على المعلومات الأساسية لتمكين الطلاب من اكتساب أسلوب التفكير السريري. كما يتضمن كل فصل قسمًا للتقييم الذاتي يحتوي على أسئلة مباشرة، واختبارات متعددة الخيارات وحالات سريرية، مما يساعد الطلاب في تقييم معرفتهم المكتسبة.

تمثل عملنا في جمع كافة الدروس التي يتم تدريسها في مجال الطب النفسي، وتصنيفها، وتلخيصها، ثم إثرائها بالمواد التعليمية. وقد أتاح لنا ذلك إعداد مستند مرجعي ودليل عملي يمكن أن يكون مفيدًا جدًا للطلاب. ستكون هذه المادة أيضًا ذات قيمة تعليمية كبيرة للأساتذة في مجال التعليم العالي في الطب النفسي وكذلك لطلاب الطب، مما سيساعدهم على فهم خصوصية الطب النفسي والتعامل مع تعقيداته بشكل أفضل.

REFERENCES

- [1] AARAB, H. *Guide pratique des urgences psychiatriques. Thèse de doctorat en médecine, N° TM 05/24, Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger, 2024.*
- [2] S. Pasquier de Franclieu. *Urgences psychiatriques – EM consulte 2012.* <https://www.em-consulte.com/article/762674/urgences-psychiatriques> (accessed February 8, 2024).
- [3] Collection « L'Officiel EDN ». *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie : Psychiatrie de l'adulte, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Addictologie. 4^{ème} édition. 2024.*
- [4] O. CHATILLON–F. GALVAO ; *Médecine KB : PSYCHIATRIE–PEDOPSYCHIATRIE 2^{ème} édition. 2011.*
- [5] American Psychiatric Association, *DSM–5 : MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX. 5^{ème} EDITION. Arlington : APA ; 2013. Traduction française sous la direction de Crocq MA, Guelfi JD, et al. Paris : Elsevier–Masson ; 2015.*
- [6] Benmahfoud Sami. *Comprendre et Apprendre la Psychiatrie. CAM. Psychiatrie, Page 4.*
- [7] Delignère A–L, et al. *Schizophrénie et addictions : Etude exploratoire chez 106 patients suivis en consultation. Annales Médico–Psychologiques, Revue Psychiatrique (Paris) (2019).*

- [8] Krebs M-O. Schizophrénie. Inserm. 2014 [Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>].
- [9] Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de PSYCHIATRIE et ADDICTOLOGIE : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie ; 2^{ème} édition. 2016.
- [10] Braun A, et al. Entendre des voix sans être schizophrène : impact diagnostique de l'évolution des critères du DSMIV-R au DSM-5, à partir de deux cas. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique (Paris). 2019.
- [11] Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. Mini DSM-5 : critères diagnostiques. American Psychiatric Association. 2016.
- [12] Pull CB. DSM-5 et CIM-11. Annales Médico-Psychologiques. 2014; 172, 677-680.
- [13] Fekih-Romdhane F, et al. La schizophrénie dans le DSM-5. Annales Médico-Psychologiques, (Paris). 2015.
- [14] Référentiel de psychiatrie et addictologie 3^{ème} édition. ECN 2020.
- [15] Benkhadra R. Application smartphone pour le diagnostic et la prise en charge de la dépression. 2017. Thèse N°189-17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

- [16] Vidal Recos. (2019). *Trouble bipolaire*. Récupéré le 21 décembre 2024, de <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/trouble-bipolaire-1568.html#prise-en-charge>.
- [17] Haute Autorité de Santé ; *Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves ; Juin 2007*.
- [18] Dr PIERRE LALONDE, Dr GEORGES-F. OINARD et collaborateurs. *PSYCHIATRIE CLINIQUE, Approche bio-psycho-sociale 4^{ème} édition. TOME I : Introduction à la psychiatrie, déterminants bio-psycho-sociaux, syndromes cliniques et organisation des soins*. 2016. Page 437.
- [19] Simard, C. *L'anxiété : La reconnaître, la comprendre et y faire face*. Saint-Norbert, Québec : Les productions dans la vraie vie. 2013.
- [20] Pelissolo A. *Troubles anxieux et névrotiques*. EMC – *Traité de Médecine Akos* 2012; 7(3): 1-11 [Article 7-0150].
- [21] Valter Lleshi, Tosca Bizzozzero. *La dépression du sujet âgé*. *Revue médicale suisse*. 2009.
- [22] Féline A., Guelfi J.D., Hardy P. *Les troubles de la personnalité*. Flammarion *Médecine-Sciences éd, Paris, 2002*.
- [23] EL MRINI Mouaffak-Eddine. *GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES*. Janvier 2019. Thèse N°004/19. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [24] Rapport A. Steg, 1989.

- [25] MAHYAOUI Z. *Application smartphone d'aide au diagnostic et prise en charge des urgences psychiatriques. Thèse N°155/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.*
- [26] Tribolet. S, *Guide pratique de psychiatrie, 5eme édition, revue collection reflexe. 2000.*
- [27] *Thèse du Dr Vincent DOUZON. SYNDROME STUPEUREUX RECURRENT IDIOPATHIQUE, octobre 2010.*
- [28] Keshavan, M.S., & Schooler, N.R. *First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization. Schizophrenia Bull. 1992. 18(3), 491-513.*
- [29] Guedj-Bourdiau MJ et al. *Urgences psychiatriques. Paris: Elsevier Masson. 2011.*
- [30] S. BENZAHRA, F. LABOUDI, A. OUANASS. *Conduite à tenir devant un patient angoissé, Revue de Médecine Générale et de Famille / N°13. Mars 2020.*
- [31] RYAD R. *Enseignement des urgences psychiatriques à travers des cas cliniques dans le contexte Marocain. Thèse N°191/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.*
- [32] KUO WH, GALLO JJ, TIEN AY. *Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13 year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychol Med 2001;31(7):1181-91.*
- [33] NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, ALONSO J, ANGERMEYER M, BEAUTRAIS A, et al. *Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008;192(2):98-105.*

[34] HALOUANI S. *Application smartphone en psychiatrie de liaison. Thèse N°202/16. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.*

[35] RHANDOUR W. *Support audio-visuel d'apprentissage en pathologie psychiatrique. Thèse N°203/16. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.*

[36] BENHAMMOUCHE H. *Élaboration d'un système d'aide à l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Thèse N° 013/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.*

[37] ZAIMI L. *Système d'aide à l'enseignement des troubles dépressifs et anxieux. Thèse N°138/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.*



أطروحة رقم 25/038

سنة 2025

دليل إعداد امتحانات الطب النفسي

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2025/01/16

من طرف

السيدة هدى حمدي

المزودة في 02 دجنبر 1989 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

دليل - الطب النفسي - طلبة - امتحانات

اللجنة

الرئيس	السيد محمد فوزي بلحسن
	أستاذ في علم الأمراض العصبية
المشرف	السيد رشيد اعنوان
	أستاذ في الطب النفسي
أعضاء	السيدة سناء أبورزاق
	أستاذة في طب الأطفال
	السيد أمين بوت
	أستاذ مبرز في الطب النفسي
عضو مشارك	السيدة فردوس قاسمي
	أستاذة مساعدة في الطب النفسي