

## Critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire de l'humeur

F. BELLIVIER

### Points essentiels

- Les critères principaux à prendre en compte pour poser l'indication d'une hospitalisation :
  - phases d'état de la pathologie bipolaire : épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode mixte ;
  - l'existence d'un risque suicidaire qui ne se limite pas aux épisodes majeurs : les patients bipolaires conservent un risque de décès par suicide en dehors des épisodes majeurs ;
  - la décompensation de tare associée (pathologie cardio-vasculaire, en particulier), souvent méconnue ;
  - les complications médico-légales d'un épisode thymique majeur actuel ou récent.
- Les autres éléments pouvant constituer une indication d'hospitalisation :
  - doute diagnostique sur un trouble bipolaire en présence d'un épisode thymique ;
  - isolement social et familial ;
  - l'existence d'une comorbidité addictive ;
  - l'existence d'une comorbidité somatique ;
  - doute sur l'adhésion au traitement, retentissement systémique (épuisement, incompréhension des proches), patient non éduqué.

Correspondance : Frank Bellivier, Pôle de psychiatrie, CHU Henri Mondor, 94010 Créteil cedex.  
Tél. : 01 49 81 23 13. Fax : 01 49 81 43 10. E-mail : frank.bellivier@inserm.fr

Le trouble bipolaire est une pathologie fréquente, touchant entre 1 et 2 % de la population, (plus de 650 000 français), chronique et invalidante. L'importance du lien entre troubles de l'humeur et conduites suicidaires impose au clinicien la recherche systématique des facteurs de risque de conduite suicidaire chez tout patient présentant un trouble de l'humeur. Ceci est particulièrement vrai dans les troubles bipolaires, puisque cette pathologie est parmi le plus suicidogène : 20 % de décès par suicide.

Cette pathologie débute habituellement chez le jeune adulte, mais les formes de l'adolescent ne sont pas rares et des débuts dans l'enfance sont également décrites. Une des particularités de ces formes à début précoce est qu'elles sont de diagnostic difficile car de présentation atypique. Les troubles bipolaires souffrent d'un retard diagnostique important puisqu'il s'écoule en moyenne plus de 10 ans entre le premier épisode thymique et le diagnostic de trouble bipolaire et donc un traitement correct. Certaines formes (début précoce, formes comorbides...) souffrent d'un retard diagnostique encore plus important. Enfin, une autre caractéristique importante du trouble bipolaire, c'est le haut niveau de comorbidités qui grèvent le pronostic : comorbidité anxieuse (50 %), comorbidités somatiques (syndrome métabolique, pathologies cardio-vasculaires).

## 1. Les indications d'hospitalisation dans les troubles bipolaires

### 1.1. Phases d'état de la pathologie bipolaire

#### 1.1.1. *Épisode dépressif majeur*

Un épisode dépressif majeur (EDM) est défini par l'existence d'une tétrade symptomatique : trouble de l'humeur (tristesse pathologique), psychologie dépressive (vision négative du moi, des autres, de l'avenir), ralentissement psychomoteur et symptômes physiques (anorexie, insomnie, trouble de la libido). Il faut en outre 2 critères pour poser un diagnostic d'EDM : 1) la symptomatologie est stable dans le temps (les critères DSM exigent 2 semaines, 2) le tableau symptomatique met le sujet en rupture par rapport à son fonctionnement important

#### 1.1.2. *Épisode maniaque*

Un épisode maniaque (EM) est défini par l'existence d'une tétrade symptomatique : trouble de l'humeur (gaieté pathologique), psychologie maniaque (surestime de soi, mégalomanie, vision positive de l'avenir, projets grandiose), accélération psychomotrice (agitation, excitation, tachypsychie, fuite des idées) et symptômes physiques (anorexie, insomnie sans fatigue, augmentation de la libido, conduites de prise de risque). Il faut en outre 2 critères pour poser un diagnostic d'EM : 1) la symptomatologie est stable dans le temps (les critères DSM exigent 2 semaines), 2) le tableau symptomatique met le sujet en rupture par rapport à son fonctionnement important. Lorsque le nombre de

symptômes ou si la durée des symptômes ne satisfont pas les critères diagnostiques d'épisode maniaque, on parle d'épisode hypomaniaque.

### 1.1.3. *Épisode mixte*

Il n'existe pas de consensus clair sur la définition d'un épisode mixte. Or, il s'agit d'une phénoménologie qu'il est très important de repérer, car la conduite à tenir qui en découle est très spécifique. Pour la pratique clinique, il faut évoquer un épisode mixte dès lors que coexistent des symptômes dépressifs et maniaques (par exemple contenu idéique de type dépressif mais coexistant avec une agitation et une tachypsychie). L'anxiété générée par ces états est souvent au premier plan. Pour la conduite à tenir, deux notions importantes : 1) les antidépresseurs sont formellement contre-indiqués, 2) des mesures spécifiques doivent être prises pour la prévention du risque suicidaire.

### 1.1.4. *Caractéristiques et contexte qui rendent une hospitalisation nécessaire*

Bien que les choses doivent être évaluées au cas par cas, une décompensation thymique chez un patient bipolaire est une indication à une hospitalisation en milieu spécialisé, si nécessaire en placement. Sous surveillance constante de proches impliqués dans la prise en charge, chez des patients qui identifient bien le caractère morbide de leur état et grâce à un suivi très rapproché (consultations quotidiennes si nécessaire), certains patients peuvent être pris en charge en ambulatoire, mais ce n'est pas la règle. Plusieurs facteurs guident le clinicien pour poser l'indication d'une hospitalisation face à une décompensation thymique chez un patient bipolaire :

- isolement social et familial ;
- retentissement physique de l'épisode thymique majeur : déshydratation/dénutrition au cours d'un EDM, stigmates d'errance pathologique au cours d'un EM avec risque de contamination sexuelle, de prise de toxique, de complications médico-légales ;
- méconnaissance du caractère pathologique de l'état, rationalisme morbide, faible insight, coexistence de symptômes psychotiques ;
- risque suicidaire qui devra être évalué spécifiquement (cf. infra) ;
- caractère mixte de la symptomatologie thymique ;
- notion dans les antécédents de mauvaise adhérence au traitement, de rupture de traitement ;
- notion dans les antécédents de mauvaise tolérance des traitements psychotropes ;
- risque de décompensation de tare (arrêt intempestif d'un traitement anticoagulant ou antidiabétique par exemple).

## 1.2. Évaluation du risque suicidaire

L'existence d'un risque suicidaire qui ne se limite pas aux épisodes majeurs et les patients bipolaires conservent un risque de décès par suicide en dehors des épisodes majeurs. Tout patient bipolaire devra faire l'objet d'une évaluation active des facteurs de risque de conduite suicidaire (CS). Ces facteurs sont développés dans la présentation du P<sup>r</sup> M. Walter et concernent les patients bipolaires. Pour rappel, devront être activement recherchés :

- l'existence d'idées suicidaires dont il faudra décrire le cours évolutif, le caractère clandestin ou pas et l'existence de projet suicidaire plus ou moins élaboré ;
- antécédent personnel de CS ;
- antécédent familial de CS ;
- épisode actuel mixte ou antécédent d'épisode mixte ;
- addiction comorbide ;
- âge de début précoce du trouble bipolaire ;
- contexte stressant.

## 1.3. Complications médico-légale

Le cours évolutif d'un trouble bipolaire peut être émaillé de complications médico-légales. Ainsi, dépenses inconsidérées, rixes, agressions sexuelles (etc.) au cours d'un épisode maniaque, suicide altruiste au cours d'un épisode dépressif. L'hospitalisation est souvent utile pour 1) protéger le patient de contre-attitudes policières et éventuellement carcérales, 2) une évaluation clinique et anamnétique précise qui seront utiles à l'expert qui sera chargé d'évaluer le niveau de responsabilité du sujet dans les faits qui lui sont reprochés, 3) dépister des allégations ou accusations erronées, 4) mettre en place une sauvegarde de justice, le cas échéant.

### 1.3.1. Décompensation de tare physique

La santé physique des patients bipolaires est globalement mauvaise du fait d'une vulnérabilité accrue à différentes pathologies et du fait d'un moins bon accès aux soins somatiques. Il s'agit en particulier des pathologies thyroïdiennes, les dyslipidémies, les pathologies cardio-vasculaires et l'obésité sont beaucoup plus fréquemment observés chez les patients bipolaires. Il s'agit d'un ensemble de problèmes qu'il est important de prendre en compte car il s'agit de pathologies qui peuvent être prévenues. Des progrès importants sont donc attendus à la fois dans le repérage de ces comorbidités pour une prise en charge plus précoce mais également dans la surveillance des traitements au long cours (1, 2). À titre d'exemple, après contrôle pour l'ethnie, l'âge, le sexe, les comorbidités anxieuses, le tabac et l'obésité, l'odd ratio associé au trouble bipolaire pour toute pathologie cardio-vasculaire est de 4,95 (enquête sur 43 000 personnes en population générale) (3). Les patients bipolaires développent une pathologie CV en moyenne 14 ans plus tôt que la population générale (3). Le diabète de type 2 est retrouvé

chez 50 % des patients porteurs d'un trouble schizo-affectif et chez 26 % des patients bipolaires de type I (4).

Même si les critères d'hospitalisation liés à la pathologie bipolaire ne sont pas réunis, un contexte somatique peut justifier une hospitalisation pour prévenir l'aggravation ou la décompensation d'une pathologie somatique comorbide que le patient a négligé ou qu'il ne sera pas en mesure de gérer seul. Cette hospitalisation permettra un bilan des complications, une rééquilibration de la pathologie et un complément d'éducation qui sera adapté à la situation de chaque patient.

## Bibliographies

1. Ng F., Mammen O.K., Wilting I., Sachs G.S., Ferrier I.N., Cassidy F., Beaulieu S., Yatham L.N., Berk M. International Society for Bipolar Disorders. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) consensus guidelines for the safety monitoring of bipolar disorder treatments. *Bipolar Disord.* 2009 Sep ; 11(6) : 559-95.
2. Kupfer D.J. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA.* 2005 May 25 ; 293(20) : 2528-30.
3. Goldstein B.I., Fagiolini A., Houck P., Kupfer D.J. Cardiovascular disease and hypertension among adults with bipolar I disorder in the United States. *Bipolar Disord.* 2009 Sep ; 11(6) : 657-62.
4. Regenold W.T., Thapar R.K., Marano C., Gavirneni S., Kondapavuluru P.V. Increased prevalence of type 2 diabetes mellitus among psychiatric inpatients with bipolar I affective and schizoaffective disorders independent of psychotropic drug use. *J Affect Disord.* 2002 Jun ; 70(1) : 19-26.

