

LES TROUBLES BIPOLAIRES

Rôle infirmier dans leur prise en charge

I/ Rappel théorique:

1-1°/ Historique:

- Dès l'antiquité : Hippocrate / théorie humorale avec l'introduction du terme de mélancolie
- Début 19^{ème} avec Pinel et Esquirol : la folie est considérée comme une maladie unique => « aliénation mentale » dont sont décrites plusieurs espèces : *manie, mélancolie, démence et idiotisme*
- Falret, 1854, évoque la folie circulaire
- Baillarger, 1854, parle de folie à double forme :
« *chacun d'eux fonde le diagnostic de la nouvelle entité sur l'aspect longitudinal, diachronique des troubles évoluant par accès dont la symptomatologie, bien qu'opposée, relève d'une même maladie* »
- En passant par la folie maniaque-dépressive (Kraepelin, 1899)
 - « Dépression endogène »
 - Alternance d'accès
 - Composante héréditaire
 - Introduction du terme de maniacodépression
- Entre 1957 et 1969 : différenciation entre dépressions unipolaires et troubles bipolaires
- Puis aux troubles bipolaires (type I, II, III du DSM IV, 1980/ F31- CIM 10 1993, actuellement DSM V : 5 types)

1-2°/ Définitions

Les troubles bipolaires → affection caractérisée par la survenue, en alternance, d'épisodes maniaques et dépressifs dont l'expression varie en fonction de l'intensité, la durée et les caractéristiques cliniques.

L'accès maniaque → état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par une humeur euphorique et/ou irritable, associé à une hyperactivité physique. Cet état doit être présent depuis plus d'une semaine pour établir le diagnostic.

L'accès dépressif → état psychique présentant une perturbation de l'humeur dans le versant négatif, celui de la tristesse. Cet état doit être présent depuis au moins 2 semaines pour établir le diagnostic.

1-3°/ Facteurs favorisants

- Risque 4 à 6 fois plus élevé si parents présentant des troubles bipolaires
- Événements précoces de vie : deuil parents, carence affective, agressions sexuelles dans l'enfance
- Stress répétés
- Expression d'émotions élevée dans la famille (ex : emportement pour événements mineurs...)
- Age de début précoce : vers fin adolescence, début âge adulte

1-4°/ Accès maniaque

1-4-1°/ Présentation

- visage animé, traits mobiles, hyperexpressif
- sujet enjoué
- expression verbale théâtrale, maniérée
- provocant, voire agressif et délirant
- tenue extravagante, débraillée et colorée
- contact facile mais familier, voir caustique et ironique

1-4-2°/ Symptomatologie

- **L'exaltation de l'humeur:** euphorie, optimisme, enthousiasme permanent, labilité de l'humeur, hyperesthésie affective (augmentation des émotions, hyperréactivité et capacité exagérée mais syntone à ressentir des émotions), hypersensorialité, pense pouvoir tout entreprendre (projets irréalistes et démesurés..), sthénique (plein de vitalité, d'énergie)...
- **Accélération des processus idéiques : L'excitation psychique** avec tachypsychie (accélération du cours de la pensée, fuite des idées): abolisation de l'attention,

association des idées superficielles (pas de construction logique), graphorrhée, mémoire troublée mais pas déficitaire, imagination exaltée...

- **Hyperactivité physique** : agitation psychomotrice avec va et vient, absence du sentiment de fatigue, amaigrissement, diminution du sommeil, dépenses excessives...

1-5°/ Épisode dépressif majeur

1-5-1°/ Présentation

- patient silencieux, prostré
- front plissé, sourcils froncés, larmes
- indifférence
- sentiment d'isolement
- tenue négligée

1-5-2°/ Symptomatologie

- **Tristesse**, perte d'espoir, irritabilité
- **Anhédonie** (incapacité à éprouver du plaisir et perte des intérêts pour activités investies antérieurement)
- **Ralentissement psychomoteur**: difficultés de concentration, troubles mnésiques
- **Troubles de l'affect**: sensation de ne plus rien ressentir « anesthésie affective »
- **Troubles cognitifs** : idéation dépressive (dévalorisation, dépréciation de soi), idées de mort et de suicide
- **Asthénie dépressive** : de la simple fatigabilité à un sentiment d'épuisement intense

Associés: incurie, apragmatisme, clinophilie, retrait social

ATTENTION si forme mélancolique: risque suicidaire majeur et symptômes majorés

1-6°/ Stratégies thérapeutiques

- PEC globale (Médecin Traitant en lien avec psychiatre si possible)
- Dépistage et Traitement précoce
- Dépistage et PEC précoce des comorbidités (troubles anxieux, conduites addictives, troubles de la personnalité...)
- Protection de la personne et de ses biens si besoin (curatelle, tutelle)
- Relation de confiance pour une bonne alliance thérapeutique
=> afin de favoriser l'observance
- Gestion des effets indésirables liés au TTT (prise de poids), repérer les signes précurseurs et adapter le traitement
- Psycho-éducation : adaptation du mode de vie +++, respect d'une bonne hygiène de vie :
 - Rythme régulier de sommeil
 - Apprentissage / gestion du stress
 - Limiter conso. tabac, drogues
 - Activité physique régulière
- Proposition Groupe d'Entraide Mutuelle/GEM, association de patients

1-7°/ Prise en charge thérapeutique

- Bilan clinique complet au départ
=> éliminer une pathologie somatique
- Bilan biologique (toxiques, préthérapeutique)
 - Thymorégulateur permet de réduire la fréquence, la durée et l'intensité des crises et d'améliorer la qualité des intervalles libres
prescrit au long cours pour le traitement des épisodes aigus et en prévention des rechutes/récidives
- Lors d'un épisode dépressif majeur : évaluation clinique et du risque suicidaire +++, thymorégulateur + ATD
- Lors d'un accès maniaque : urgence psy. => Hospitalisation nécessaire, surveillance intensive +/- CI si besoin, TTT sédatif (souvent en IM), mise en place d'un thymorégulateur + Antipsychotiques atypiques en TTT de fond

- Mesures psycho-éducatives
- psychothérapie de soutien, TCC, thérapie familiale...

II/ Le rôle infirmier dans la prise en charge des troubles bipolaires:

2-1°/ Rôle infirmier auprès d'un patient présentant un accès maniaque

2-1-1°/ Objectifs de soins

L'hospitalisation d'un patient présentant un accès maniaque est nécessaire pour sa prise en charge.

Plusieurs objectifs sont attendus à l'issue de cette hospitalisation:

- favoriser l'acceptation de sa maladie par le patient
- retrouver des conduites sociales équilibrées
- retrouver un équilibre affectif dans ses relations familiales

2-1-2°/ L'accueil

- Assurer l'accueil du patient en lui présentant l'équipe, le règlement et le fonctionnement de l'unité.
- L'installer dans sa chambre, de préférence en chambre seule pour éviter de déranger les autres patients (si nécessaire en chambre d'isolement)
- Procéder à son inventaire en écartant tout objet dangereux (rasoirs, cordons, couteaux, ciseaux...)
- Si l'état psychique le permet, effectuer une visite de l'unité.

2-1-3°/ Diagnostics prévalents

Pour tout patient admis, recueillir les informations nécessaires à sa prise en charge afin de cibler les besoins perturbés, de déterminer des objectifs de soins et de mettre des actions en adéquation avec son état de santé.

Le projet de soin individualisé va permettre à l'équipe soignante de réfléchir et de mettre en place des activités, des démarches,....qui vont viser à l'amélioration de l'état de santé du patient. Ceci se fait en collaboration avec les médecins, les psychologues, les CESF et les ergothérapeutes. Le but est d'amener le patient vers un projet de sortie adapté à ses capacités et à son autonomie.

- **déficit dans les soins personnels** (incapacité partielle de s'alimenter, à effectuer ses soins d'hygiène, à soigner son apparence)
lié à l'hyperactivité et au comportement
se manifestant par :
 - une incapacité à se concentrer sur ses besoins (hygiène et alimentation)objectifs:
 - le patient exécutera ses soins personnels dans la mesure de ses capacités
 - le patient adoptera de nouvelles habitudes afin de satisfaire ses besoins dans les soins personnels

- **risque d'accident**
lié à des déficits cognitifs et à une hyperactivité ,verbale et motrice
se manifestant par :
 - une incapacité à identifier les dangersobjectifs:
 - le patient acceptera que son environnement et lui-même soient maîtrisés.
 - le patient rendra son environnement plus sûr.
 - le patient contrôlera mieux ses comportements sur les plans moteur et verbal.

Autres diagnostics infirmiers associés : agressivité, risque de violence envers les autres, perturbation de la sexualité, perturbations des relations sociales, stratégies d'adaptation individuelle inefficaces

2-1-4 ° / Actions infirmières

- Entretien infirmier pour l'évaluation de l'état psychique et son suivi
- La surveillance psychique:
 - administrer le traitement et en surveiller l'efficacité sur l'humeur, l'état d'agitation, le sommeil...
 - expliquer le traitement et les éventuels effets secondaires
 - canaliser l'activité psychomotrice afin de préserver l'unité et les autres patients d'un risque de conflit ou d'agressivité:
 - × canaliser l'hyperactivité en proposant un cadre strict (toilette, repas, coucher...) et des activités diurnes
 - × surveiller son sommeil ,et notamment sa quantité et qualité
 - × prévenir les risques de fugue par une observation accrue des dires et des gestes du patient
 - × surveiller l'apparition d'un délire
 - × surveiller l'activité sexuelle afin de préserver les autres patients de certaines sollicitations
 - × veiller au maintien de l'ordre dans sa chambre et dans l'unité
 - × favoriser les liens avec la famille, l'entourage proche

- × surveiller sa courbe de poids en veillant à son alimentation et à son hydratation
- × veiller notamment à la surveillance d'un virage de l'humeur vers un versant dépressif
- **L'éducation du patient et de sa famille:**
 - Faire prendre conscience au patient de la nécessité de poursuivre son traitement après son hospitalisation et de se rendre à son suivi CMP.
 - informer la famille des signes d'un risque de récurrence
 - apporter les connaissances concernant les structures extra-hospitalières pouvant apporter leur aide en cas de récurrence.

Pour toute prise en charge d'un patient en accès maniaque, certaines attitudes soignantes sont primordiales:

- le contrôle de sa distance relationnelle afin de ne pas provoquer de familiarité ou agressivité du patient (attention donc à son langage et à ses attitudes)
- le port de blouse est un moyen de se situer en tant que professionnel de soin

2-2°/ Rôle infirmier auprès d'un patient présentant un épisode dépressif

2-2-1°/ Objectifs de soins

L'hospitalisation d'un patient présentant un accès dépressif est nécessaire à sa prise en charge. Plusieurs objectifs sont attendus à l'issue de cette hospitalisation:

- retrouver un équilibre dans ses relations familiales et sociales
- prévenir le risque suicidaire

2-2-2°/ L'accueil

- assurer l'accueil du patient en lui présentant l'équipe, le règlement et le fonctionnement de l'unité.
- L'installer dans sa chambre, de préférence en chambre à plusieurs lits et à proximité de la salle de soins ou en zone de surveillance rapprochée pour optimiser la surveillance
- Procéder à son inventaire en écartant tout objet dangereux (rasoirs, cordons, couteaux, ciseaux...)

2-2-3°/ Diagnostics prévalents

- **stratégie d'adaptation individuelle inefficace**

lié à une perte récente ou un échec

se manifestant par :

- une incapacité de résoudre ses problèmes

- des sentiments de désespoir

objectifs :

- le patient exprimera ses sentiments en rapport avec le problème rencontré.

- le patient trouvera des ressources individuelles afin de résoudre ses problèmes..

- **perturbation de l'estime de soi**

lié à une dépréciation de ses capacités

se manifestant par :

- des sentiments négatifs face à lui-même, sentiments d'incapacité, de difficultés à prendre des décisions

objectifs:

- le patient exprimera les facteurs déclenchants (de son état actuel)

- le patient améliorera son estime de soi

- **isolement social**

lié à un repli sur soi, à un manque de communication

se manifestant par :

- un état de tristesse

- une absence de soutien

- la solitude

- objectifs:

- le patient essayera d'entrer en contact avec autrui.

- le patient exprimera les facteurs liés à son isolement

- le patient participera à des activités.

- **risque de violence envers soi**

lié à l'humeur triste.

se manifestant par :

- des idées morbides et/ou suicidaires.

- une incapacité à verbaliser ses sentiments.

objectifs:

- le patient trouvera des ressources et des réseaux de soutien pour faire face à la situation.

- le patient verbalisera ses ressentis.

Autres diagnostics infirmiers associés : deuil dysfonctionnel, fatigue, perte d'espoir, perturbation de la dynamique familiale, risque de violence envers soi-même, sentiment d'impuissance, perturbations dans l'exercice du rôle

2-2-4°/ Actions infirmières

- **Entretien infirmier pour l'évaluation de l'état psychique et son suivi**
- **La surveillance psychique:**
 - observer et établir un recueil des informations suivantes:
 - × la qualité de l'appétit, du sommeil, du discours verbal et non verbal
 - × l'importance du niveau d'anxiété, de la composante affective dans la relation à autrui
 - × la motivation et l'implication dans les activités à visée sociothérapeutique
 - Le revaloriser pour éviter le repli sur soi et l'isolement en le stimulant, en lui proposant des activités axées sur ses centres d'intérêts
 - favoriser sa resocialisation (participation à la vie de l'unité, se sentir utile...)
 - surveiller la possibilité d'un virage de l'humeur vers un versant maniaque
 - être attentif au risque suicidaire:
 - × observer les périodes de la journée durant lesquelles le patient se montre plus anxieux (le matin et tombée de la nuit)
 - × surveiller la prise du traitement de façon à ce que le patient ne le dissimule pas afin d'accumuler les comprimés
 - × être à l'écoute des paroles
 - × surveiller la levée d'inhibition liée à la prise d'anti-dépresseurs, vers le 7ème jour de TTT (énergie physique permettant de tenter de passer à l'acte)
 - × être vigilant au contenu de sa chambre (possibilité de se procurer un objet dangereux...)
- **La surveillance physique:**
 - aider le patient à retrouver le plaisir de s'alimenter et de soigner son apparence physique
 - surveiller son alimentation et son hydratation
 - noter la qualité et la quantité du sommeil
- **L'éducation du patient et de sa famille:**
 - cela consiste à faire admettre au patient la nécessité de poursuivre son traitement auprès son hospitalisation durant plusieurs mois et de se rendre à son suivi CMP

- l'informer du risque de rechute lié à l'arrêt du TTT
- informer la famille des signes éventuels d'un risque de rechute et/ou d'un risque suicidaire
- apporter les connaissances concernant les structures extra-hospitalières pouvant apporter leur aide.

Pour toute prise en charge d'un patient en accès dépressif, certaines attitudes soignantes sont primordiales:

- être ferme, rassurant et attentif
- laisser au patient la possibilité de verbaliser sa douleur, de pleurer
- valoriser le patient et lui faire prendre conscience des progrès