

Tableaux cliniques et prise en charge de quelques troubles psychiatriques.

Soirée FMC

Jeudi 13 Novembre 2025

Dr Guillaume Fruleux

Praticien Hospitalier chef de Pôle

EPSM Lille Métropole Secteur 59G18

Plan

Intoduction

I. Les troubles psychotiques

II. Les troubles bipolaires de l'humeur

III. Les troubles de la personnalité

IV. Modalités de prise en charge: le secteur de psychiatrie

V. Enjeux en médecine générale et collaboration MG/secteur de psychiatrie

Conclusion

Introduction

- Enjeu de Santé publique: 30% de la population sur la vie entière
- Prévalence de 1% environ pour les troubles psychotiques, 1 à 3% pour les troubles bipolaires, 10 à 15% pour les troubles dépressifs et anxieux, 2% pour les troubles de personnalité
- Des enjeux psychiques mais pas que (comorbidités somatiques, défaut d'accès aux soins...)
- Une collaboration essentielle entre médecine générale et secteur de psychiatrie

I. Les troubles psychotiques: présentation clinique

- La Schizophrénie en première ligne
- Ado et adulte jeune
- Symptômes positifs : syndrome délirant (Thèmes, Organisation, Mécanismes, Adhésion, Temporalité , Emotions/participation affective) : polymorphe, non systématisé, adhésion souvent forte, chronique, à participation affective variable ; agitation psychomotrice...
- Symptômes négatifs : retrait social, repli autistique, émoussement affectif
- Désorganisation (intellectuelle, affective, comportementale)
- Troubles cognitifs

I. Les troubles psychotiques: présentation clinique

- Une expression clinique particulière : la catatonie.
- Autres troubles psychotiques, essentiellement dans la nosographie française
- Classification par mécanismes du syndrome délirant
- Délire hallucinatoire (PHC)
- Délire interprétatif (passionnel, Serieux et Capgras, délire de relation des sensitifs...)
- Délire imaginatifs (paraphrénie)

I. Les troubles psychotiques: prise en charge

- Ecarter un diagnostic différentiel (clinique, bio, IRM cérébrale, toxiques...)
- Bilan pré thérapeutique
- Traitement antipsychotiques: atypiques vs neuroleptiques
- Traitement sédatif au moins initialement (BZD ou neuroleptiques sédatifs)
- Rôle de l'alliance thérapeutique + psycho éducation
- Possible en ambulatoire selon niveau d'adhésion et retentissement
- Hospitalisation SB en soins libres ou sous contrainte
- Réhabilitation psycho sociale : insertion sociale et pro

II. Troubles bipolaires: présentation clinique

- Diagnostic souvent tardif, rétrospectivement adolescence, début âge adulte
- Type 1: 1 épisode maniaque ou mixte (+/- associé à des épisodes dépressifs)
- Type 2: au moins 1 épisode dépressif ET 1 épisode hypomane
- La manie: exaltation de l'humeur, désinhibition, agitation psychomotrice, trouble des fonctions instinctuelles (insomnie +++), possibles symptômes délirant congruents à l'humeur, troubles du comportement (désinhibition, hypersexualité, achats inconsidérés...)
- L'hypomanie: manie en nettement moins intense et invalidant. Peut être inaugural d'un état maniaque ou précéder un épisode dépressif.

II. Troubles bipolaires: présentation clinique

	Hypomanie	Manie
Durée minimale	4 jours minimum	7 jours (sauf en cas d'hospitalisation, où l'intensité des symptômes suffit à poser le diagnostic)
Intensité des symptômes	Atténuée	Élevée
Symptômes psychotiques	Absents	Possibles
Fonctionnement psychosocial	Intensité trop faible pour entraîner une altération marquée du fonctionnement	Altération marquée du fonctionnement
Hospitalisation	Relative, indiquée selon le contexte	Indiquée

- Attention iatrogénie/virage maniaque parfois inattendu et pouvant signer le diagnostic (antidépresseurs, opiacés, corticoïdes...)

II. Troubles bipolaires: présentation clinique

- La dépression : Tristesse **pathologique** de l'humeur, ralentissement psychomoteur, anhédonie, troubles des fonctions instinctuelles, très semblable à dépression unipolaire
- Risque suicidaire plus élevé
- A l'extrême : la mélancolie, forme délirante (sd de Cotard), risque suicidaire majeur, urgence psychiatrique nécessitant hospitalisation
- Importance d'identifier des antécédents familiaux (TB, schizophrénie, suicide)

II. Troubles bipolaires: prise en charge

- Dénier des troubles +++
- Psycho éducation et alliance thérapeutique fondamentales
- Après bilan pré thérapeutique: Lithium, antipsychotiques atypiques (olanzapine, aripiprazole, quetiapine...), anticonvulsivant (Valproate, Lamotrigine)
- Place des antidépresseurs avec précaution
- Surveillance des traitements notamment lithium mais pas que (ECG, bio...)

III. Troubles de la personnalité: aspects cliniques

- Frontière normal/pathologique, continuum.
- Traits de personnalité pathologique vs personnalité pathologique
- Mode durable des conduites et de l'expérience vécue, rigide et inadapté, entraînant une souffrance et/ou une altération du fonctionnement.
- Classification du DSM:
 - groupe A: schizoïde, schizotypique, paranoïaque
 - groupe B: histrionique, narcissique, limite (borderline), antisociale
 - groupe C: évitante, dépendante, obsessionnelle
- Enjeux: plus grande vulnérabilité aux comorbidités psychiatriques

III. Troubles de la personnalité: prise en charge

- Prise en charge des comorbidités
- Pas de traitement médicamenteux spécifique
- Psychothérapie, cadre/alliance thérapeutique pour assouplir le fonctionnement
- Poser un cadre de soins à la fois ferme et souple
- Focus trouble de personnalité borderline : un des plus fréquents, instabilité thymique et affective, impulsivité, sentiment de vide, auto agressivité,
- souvent construite sur trouble de l'attachement / carence/ maltraitance / trauma

IV. Modalités de prise en charge: le secteur de psychiatrie publique

- Priorité ambulatoire: le CSM/CMP/CATTP
- Equipe pluridisciplinaire
- Les équipes mobiles
- Hospitalisation, complète/de jour
- Interventions aux urgences et psychiatrie de liaison
- Particularité psychiatrique: les soins sans consentement (hospitaliers ou ambulatoires)

V. Enjeux en médecine générale et articulations avec le secteur de psychiatrie

- Repérage précoce et orientation
- Diagnostic différentiel
- Accès aux soins
- Déstigmatisation
- Suivi somatique +++: bilans pré thérapeutiques et suivi clinique et paraclinique des traitements psychotropes (ECG, syndrome métabolique...)
- Prévention et prise en charge des facteurs de risques cardio vasculaires (tabac, surpoids/obésité...)
- Comorbidités addictologiques : alcool, tabac, cannabis...
- Intérêt primordial à des espaces d'échanges et communication

Conclusion

- Santé Mentale= enjeu essentiel dans la prise en charge de la population dans une approche holistique
- Troubles fréquents au cabinet de médecine générale
- MG acteur central dans le repérage, l'orientation et la prise en charge
- Rôle dans l'alliance thérapeutique, place facilitante dans l'orientation vers le secteur de psychiatrie
- Collaboration bidirectionnelle indispensable avec les secteurs de psychiatrie et notamment les CMP

MERCI DE VOTRE ATTENTION