

# LES TROUBLES DE L'HUMEUR dans les suites d'un AVC

## LA PEC des victimes d'AVC en EHPAD, FAM, MAS, CAJ

P. BRUGUIERE

8 juin 2017

Service MPR, GH Pitié Salpêtrière – Charles Foix, Paris  
[pascale.bruguiere@aphp.fr](mailto:pascale.bruguiere@aphp.fr)



# EPIDEMIOLOGIE des AVC

---

- 1<sup>ère</sup> cause de handicap acquis (pb de santé publique)
- 2<sup>ème</sup> cause de démence ; 3<sup>ème</sup> cause de mortalité
- Nouveaux cas : 130 000 par an (AVC hémorragique : 17%.  
AVC ischémique : 83%, càd 360 personnes /J en France
- 30 000 personnes garderont des séquelles lourdes à un an.
- 30% en SSR, 90% RAD mais 54% aide au déplacement, 60% à l'habillage, 35% à l'alimentation, 50% à la continence
- La fréquence augmente avec l'âge, mais il existe aussi des AVC chez des sujets jeunes (25% de moins de 65 ans)

HAS. La 1<sup>ère</sup> année après l'AVC. Bilan 2010

# L'AVC : la violence de « l'attaque »

## L'AVC comme traumatisme

- La survenue soudaine et brutale de la maladie  
*« Un accident vasculaire cérébral, AVC, ça peut arriver à n'importe qui, d'un coup, d'une minute à l'autre, un bombardement, une catastrophe, on peut craindre le pire, le temps et l'espace, chambardement, tête à l'envers »*  
Annie Cohen. La dure-mère, Gallimard. p. 33
- Un risque vital ou du moins vécu comme tel : *« j'étais à moitié mort », « miraculé », « mort et ressuscité », « un pied dans la tombe »*
  - Nouveaux cas par an dans le monde : 16 millions de 1<sup>er</sup> AVC avec 5-7 millions de décès et 5 millions qui gardent des séquelles (Hackett et al. Lancet neurol. 2014)
  - Une urgence thérapeutique (Zuber M. Neurologies. 2016)



# La violence de l'attaque et les angoisses de mort

---

- L'expérience étrange du réveil de coma. Mr T : « *je me suis réveillé ici, tout était faux, on voulait me garder pour le transfert des piqûres, on m'utilisait comme une machine. C'était horrible. J'ai grossi, je ne pouvais plus bouger. On m'a pris pour mort, on m'a utilisé* »
- L'AVC, une expérience extrême dont l'éventuelle répétition peut être redoutée alors que les personnes avaient vécu jusque là comme tout un chacun, insouciant, comme si ils étaient immortels..
- Le risque épileptique : réactivation éventuelle des angoisses de mort



# L' AVC : le vécu de perte

---

- Différentes et multiples conséquences de la lésion cérébrale :
    - troubles sensori-moteurs,
    - troubles vésico-sphinctériens,
    - troubles cognitifs (troubles du langage, troubles spatiaux, hémiparésie, troubles mnésiques, attentionnels, exécutifs...)
- qui entraînent une souffrance psychique
- La massivité des pertes actuelles vs l' idéalisation de l' avant
  - La récupération progressive partielle spontanée et liée à la rééducation : l' espoir d' une récupération toujours plus complète

# Les spécificités du bouleversement psychique

*Toute maladie somatique grave est un moment de crise qui met à l'épreuve le sujet, les relations, les choix de vie, l'inscription dans la vie familiale...*

## ■ Mise à mal sur l'axe narcissique (image de soi)

- identité : dimension psychique et corporelle / temporelle et spatiale. Intégrité et permanence
- investissement de l'image de soi
- registre identificatoire : inscription dans une identité sexuée

## ■ Mise à mal sur l'axe objectal (relations avec autrui)

- les relations familiales « *il n'est plus le roc sur lequel je m'appuyais* », « *elle n'est plus la femme séduisante que j'ai épousée* »
- l'identité sociale « *Je m'étais constitué un réseau amical de longue date... Maintenant la moitié d'entre eux a disparu de la circulation. C'est effrayant. En y réfléchissant bien, le cumul de mon accident et de mon divorce a fait boule de neige, tout a explosé* » D. Faure, Salto. AVC... comment rebondir ? 2016

# Lésion neurologique et mise à mal sur l'axe narcissique

- **Identité : perte de l'appartenance, de l'intégrité et de la familiarité**
  - Mme V, parlant de son bras : « Quand je fais un exercice, je ne le regarde pas. Il ne me satisfait pas, je le punis. Je le laisse dans un coin, et qu'il fasse son truc ».
  - Mr A : « le bras gauche, il est endormi, il n'arrive pas à faire sa part de travail »
  - Mme S : « je me rappelle avoir demandé à ma sœur d'enlever le coussin qui me gêne dans mon lit et qui était en fait ma jambe gauche... il m'arrive encore de penser que j'ai oublié mon bras gauche à la maison.... »

« Le corps est une unité constituée d'actions, si bien que lorsqu'une partie du corps est coupée de l'action, elle devient « étrangère », et n'est plus perçue comme une partie du corps »  
(Louriia, lettre à Sacks, sur une jambe, 1987)
- **Blessure narcissique :**
  - « à moitié mort », « vieux », « décati », « je ne sers plus à rien »...

# D'un regard à l'autre : des échanges en vases communicants

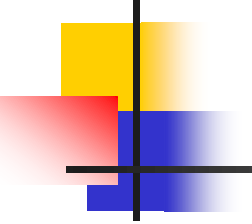
*« Tu as l'air plombée, autrement dit, tu ne réagis plus à rien, tu n'es plus là, est-ce plombée comme une momie, ou plombée comme une idiote, une pauvre fille-légume, ça lui mettra du plomb dans la tête, dans l'estomac, j'avais peur, une fois de plus, j'avais honte, ça commence à me gonfler passablement cette honte et ces manières »*

A. Cohen, *la dure-mère*, Gallimard, 2001, p. 42





# Avant l'AVC : Une personne singulière, une histoire de vie particulière



---

- **Personnalité antérieure** (pas de personnalité pathologique dans la littérature, difficile à repérer en rétrospectif)
- **Histoire personnelle et familiale**
- **Connaissance et préjugés sur la pathologie**

Campagne : VITE (Visage paralysé, Inertie d' un membre, Trouble de la parole, En urgence, tel au 15)
- **ATCD psychiatriques éventuels**

Recensement des besoins en structure psychiatrique dans le cadre du CRFTC (alcoolisme, tabagisme, épisodes dépressifs...)



# Psychopathologie

---

- Syndromes dépressifs (EDM, symptômes dépressifs, troubles dysthymiques...)
  - **De la dépression à l'Episode Dépressif Majeur** : réaction normale face à la perte / profondeur et permanence pathologique de la tristesse et du désespoir
- Syndromes anxieux
  - Souvent associés aux troubles dépressifs
  - Des troubles d'allure phobique : liés aux difficultés de représentation spatiale, aux troubles de la marche et de l'équilibre
- Labilité émotionnelle (humeur changeante, instable) quelle que soit la localisation : ne renvoie pas nécessairement à la dépression

# Diagnostic psychiatrique le plus fréquent : la dépression



---

- Synthèse des travaux : Environ 30% des AVC présentent une dépression dans l'année qui suit l'AVC (Ayerbe, 2013. Hackett, 2014).
- L'étiologie : organique ou réactionnelle (svt facteur déclenchant (pathologie des neurotransmetteurs et/ou pathologie du narcissisme ?))
- Indication de ttt antidépresseur (IRS, tricycliques..)
- L'humeur : tristesse, irritabilité, émoussement affectif...

# Critères d' un Episode Dépressif Majeur (DSM-IV)



---

- Humeur dépressive (*irritabilité* ou *émoussement affectif*)
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
- Perte ou gain de poids significatif
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- **Fatigue** ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inadaptée
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
- Pensées de mort récurrentes



# Difficultés rencontrées

---

- **Le problème du diagnostic différentiel.**  
aspects neuropsychologiques et neurologiques  
et/ou Episode Dépressif Majeur ?
- La perte de l'image et le regret de ne pas être mort  
Distinguer le regret de ne pas être mort,  
l'idéation dépressive, le projet suicidaire
- Le problème des aphasiques

# Une difficulté majeure :

la dépression chez les aphasies globales sévères

ADRS (Aphasic Depression Rating Scale, Benaim, 2004)

---

- Insomnie du milieu de la nuit
- Anxiété somatique chronique
- Symptômes somatiques gastro-intestinaux
- Perte de poids
- Tristesse apparente
- Lenteur et rareté des mouvements de la tête et du cou, peu d'expression faciale
- Anxiété psychique
- Hypochondrie
- Fatigabilité



# Facteurs favorisant la dépression

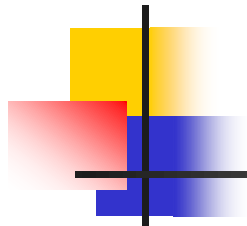
---

- **Facteurs socio-démographiques** : âge, sexe, NSC, isolement social
- **Facteurs liés aux déficiences et incapacités** : gravité de la dépendance physique, troubles de la marche, héminégligence, incontinence urinaire
- **Douleurs chroniques**
- **ATCD psychiatriques** : EDM, ESPT...
- *ATCD neurologiques : AVC antérieurs avec bonne récupération*
- *Autres troubles somatiques en aval*

**Du difficile renoncement au possible investissement**

**Ressources psychiques mobilisables et désir**

# La question de l'apathie



**Apathie neurologique** (symptôme très hétérogène cliniquement : de la perte d'affectivité, d'énergie, ralentissement psychomoteur... jusqu'à l'aboulie)

- apathie motrice (auto-activation, perte d'initiative)
- apathie cognitive (perte des intérêts, perte de curiosité intellectuelle)
- apathie émotionnelle (indifférence émotionnelle)

Origine psychiatrique ou neurologique ?

Apathie : entre 19 et 54% des post-AVC

Augmentation du risque de dépression



# Facteurs de risque de l'anxiété à 6 mois après AVC



---

- Étude effectuée sur le GH Saint Joseph
- 26 patients AVC qui n'ont que peu voire pas de séquelles, rentrés au domicile
- Vus à 3 et à 6 mois après leur AVC
- Premiers résultats : Composantes psychiques de l'anxiété et style de coping « dépendant-passif » sont des facteurs de risque d'anxiété post-AVC

# Les troubles de l'humeur : que faire ?



---

- Face à l'apparition d'un trouble de l'humeur, repérer si le patient peut ou non éprouver des moments d'apaisement si ce n'est de plaisir
- PEC pluriel : de l'importance des échanges
- Face à la permanence et à la profondeur du trouble de l'humeur, faire appel au médecin traitant, au neurologue ou au médecin MPR car le patient déprimé ne demande généralement pas d'aide



# La PEC dans le médico-social : une PEC singulière

---

- Le respect de la personne et de la personnalité de chacun
- L'utilisation des fonctions préservées du résident, ce qui suppose une connaissance des troubles et des compétences de l'accueilli
- Les difficultés motrices et cognitives : d'une place de patient « désigné », réduit à des déficiences, à une place de sujet à construire
- La chronicité : une relation qui s'inscrit dans la temporalité (l'habitude, l'ennui, l'usure mais également la question de l'intime)
- Accueillir, donner du sens au projet de vie



# Le projet médico-social dans la tourmente du handicap neurologique

---

- La bonne distance : ne pas nier et ne pas être débordé
- Perte d'autonomie -> dépendance : mouvements transférentiels et contre-transférentiels
- Vécu de perte et son cortège de renoncement / désirs / investissements antérieurs / aspirations / Soi ant.
- Pulsions de vie, pulsions de mort : activité / passivité
  - Un évènement subi - un vécu d'impuissance
  - Une alliance à créer - un nouveau projet de vie



# Quand fait-on appel au médecin?

---

- Diagnostic / Thérapeutique
- Devant la gravité ou l'intensité du tableau
  - Symptomatologie d'allure dépressive
  - Troubles du comportement
  - Vécu persécutif
- Devant la perplexité du soignant
- Devant la souffrance du patient



# Quelques références

---

- Morin C. et al, le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral, guide pour le patient et sa famille. Guides pratiques de l'aidant, John Libbey Eurotext, 2009
- Oppenheim H., la pensée naufragée, clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés, Anthropos, 2000
- Zuber M., Dépression et accidents vasculaires cérébraux, une prise en charge balbutiante. Neurologies, février 2012, vol 15, n° 145