

Trouble bipolaire avec épisode maniaque

Situation abordant les sujets suivants

- épisode maniaque aigu
- rupture thérapeutique
- signes cardinaux du trouble bipolaire
- prise en charge urgente
- traitement et surveillance : administration de thymorégulateurs et d'antipsychotiques, avec suivi biologique rigoureux
- posture infirmière : communication brève, stable et non confrontante

Compétences : 1, 2, 3, 6, 9 et 11.
(Voir détail des compétences dans la [fiche 6.](#))

Présentation du cas clinique

Femme de 35 ans hospitalisée pour agitation psychomotrice et idées délirantes.

DOSSIER PATIENT

Contexte et antécédents

Madame L., 35 ans, est admise en urgence en unité de psychiatrie à la suite d'un épisode aigu caractérisé par une agitation psychomotrice marquée, associée à un discours à tonalité mégalomane et un comportement désorganisé. Mariée et mère de deux jeunes enfants, elle exerce en tant que cadre commerciale dans une grande entreprise. Son conjoint rapporte une nette rupture avec son fonctionnement habituel depuis une dizaine de jours : insomnie persistante, irritabilité, logorrhée incohérente, conduites impulsives (achats compulsifs, prises de risque routier), le tout évoluant vers une perte de contrôle manifeste. Compte tenu de l'intensité des troubles et du refus de soins, une mesure d'hospitalisation sous contrainte a été décidée.

Le diagnostic de trouble bipolaire est posé de longue date. La patiente a connu plusieurs épisodes dépressifs majeurs ayant nécessité des arrêts prolongés et une prise en charge pharmacologique. Un antécédent d'épisode maniaque franc, survenu 5 ans auparavant, présente des similitudes cliniques avec la situation actuelle. À cette époque, un traitement thymorégulateur avait permis une stabilisation durable, soutenue par un suivi régulier en consultation. Cependant, depuis environ 1 an, Madame L. a cessé progressivement son traitement et mis fin au suivi psychiatrique, se percevant guérie et en équilibre. Cette interruption thérapeutique constitue un facteur déclenchant probable de la rechute actuelle.

Dans les antécédents familiaux, on note que la mère de Madame L. a souffert de troubles anxieux chroniques. Madame L. a également des antécédents personnels de consommation excessive ponctuelle d'alcool et de cannabis durant sa jeunesse, mais pas d'abus avéré récent.

Éléments de la situation actuelle

À son arrivée dans l'unité, Madame L. présente une agitation psychomotrice intense, se déplaçant sans but précis, incapable de rester en place plus de quelques instants. Le discours est rapide, difficile à canaliser avec des changements de sujet fréquents et une absence de fil conducteur. Des thématiques mégalomaniaques sont omniprésentes : elle décrit des projets professionnels démesurés, se perçoit investie d'une mission exceptionnelle et affiche une confiance en elle disproportionnée, parfois teintée de condescendance.

Les soignants relèvent une logorrhée marquée, une distractibilité constante au moindre stimulus, et une hyperactivité désorganisée. Le comportement est désinhibé : familiarité excessive, prise de parole inadaptée, transgression des limites relationnelles. Sur le plan somatique, une altération modérée de l'hygiène est constatée : vêtements inadaptés à la saison, ongles encrassés, odeur corporelle marquée, cheveux négligés.

Synthèse de la prise en charge d'un épisode maniaque aigu

La situation de Madame L. est emblématique de la rupture brutale avec le fonctionnement habituel que provoque un épisode maniaque. Ce cas démontre que l'arrêt d'un traitement thymorégulateur constitue le principal facteur de risque de rechute dans le trouble bipolaire. La prise en charge infirmière doit ici concilier l'urgence de la mise en sécurité et la construction d'un cadre thérapeutique structurant pour contenir l'exaltation de la patiente.

➤ Gestion de la crise et sécurité environnementale

L'agitation psychomotrice et la désorganisation comportementale imposent une réduction immédiate des stimuli sensoriels. L'infirmier aménage un environnement calme en limitant le bruit et les interactions multiples qui exacerbent l'excitation de la patiente. La surveillance des constantes vitales reste une priorité pour détecter un éventuel épuisement physique masqué par l'hyperactivité ou une complication médicalemente. Le traitement repose sur les thymorégulateurs, notamment le lithium, dont la marge thérapeutique étroite exige une surveillance biologique rigoureuse. L'ajout d'antipsychotiques atypiques comme l'olanzapine permet de cibler les symptômes mégalomaniaques et l'insomnie massive.

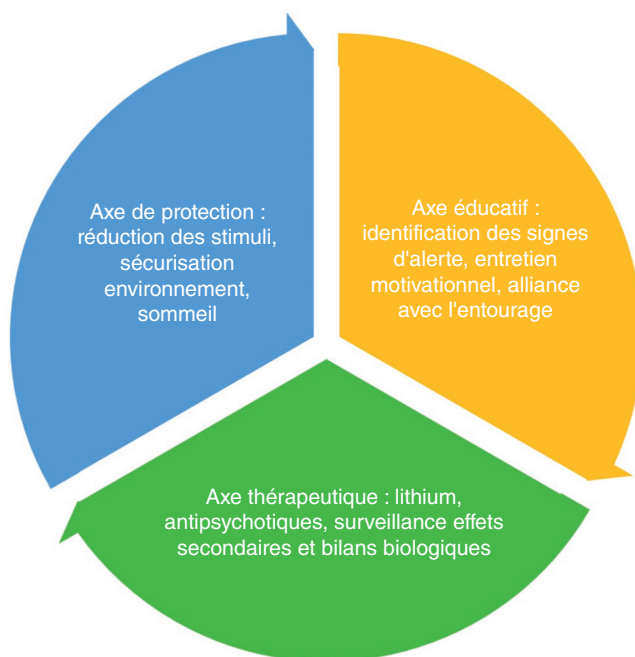
➤ Posture relationnelle et cadre thérapeutique

Face à la logorrhée et à la distractibilité de Madame L., la communication doit être brève, stable et non confrontante. L'infirmier évite de s'opposer frontalement au contenu du délire mégalomaniaque pour ne pas majorer l'irritabilité. Il utilise un ton de voix posé et des consignes simples pour aider la patiente à canaliser sa pensée. L'alliance thérapeutique se construit dans cette stabilité relationnelle qui offre un point d'ancrage face à la fuite des idées. Le recours à la contention mécanique demeure une mesure d'exception, strictement encadrée légalement et limitée au danger immédiat.

➤ Éducation thérapeutique et rétablissement durable

Le succès du suivi au long terme dépend de la qualité de l'éducation thérapeutique (ETP) engagée dès la stabilisation. L'infirmier accompagne la patiente dans l'identification de ses propres signes prodromiques, comme la réduction du besoin de sommeil ou l'irritabilité naissante. L'objectif est de renforcer l'*insight* et l'adhésion au traitement pour éviter une nouvelle rupture thérapeutique. L'implication des proches est cruciale pour créer un réseau de soutien capable d'alerter précocement en cas de modification de l'humeur.

Synthèse : le triptyque du soin en phase maniaque.



➤ Limites et hypothèses de la prise en charge

L'efficacité de ce protocole suppose une absence de comorbidité addictive aiguë, comme une intoxication aux stimulants, qui pourrait mimer ou aggraver l'épisode. La réponse au lithium est variable et peut nécessiter plusieurs semaines avant une stabilisation complète. La prise en charge est également conditionnée par la qualité de l'alliance avec le conjoint, souvent épuisé par la phase de crise pré-hospitalière.

Identification des signes cliniques : diagnostic différentiel et caractéristiques de l'épisode maniaque

Un épisode maniaque se caractérise par une élévation inhabituelle et persistante de l'humeur, souvent euphorique mais parfois irritable, associée à une augmentation significative de l'énergie. Cliniquement, la personne concernée manifeste un besoin de sommeil réduit, parfois seulement de 2 à 3 heures par nuit, sans ressentir de fatigue ni présenter d'épuisement physique apparent. Le débit verbal est accéléré, la parole est abondante et parfois difficile à interrompre (logorrhée). L'activité psychomotrice est nettement accrue, se traduisant par une agitation physique, un engagement dans de nombreux projets, souvent irréalistes, et des comportements impulsifs.

CAS CLINIQUE

Madame L. présente une agitation sévère accompagnée d'idées délirantes de grandeur, affirmant détenir une mission spéciale ou un rôle exceptionnel dans la société. Elle exprime une irritabilité prononcée lors de ses interactions sociales et son jugement apparaît altéré, se manifestant notamment par des conduites à risque, telles que des dépenses financières incontrôlées et des prises de risque routier.

Dans un épisode maniaque, la désinhibition et l'altération du jugement peuvent aussi s'exprimer sur le plan sexuel, même si cela n'a pas été observé chez Madame L. à ce stade. Elles peuvent se traduire par une augmentation inhabituelle des sollicitations, une baisse des limites et des prises de risque (partenaires multiples, rapports non protégés, propos sexualisés), parfois non repérées ou non rapportées lors de l'évaluation.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel d'un épisode maniaque est une étape indispensable qui doit être soigneusement réalisée par l'équipe infirmière en collaboration avec les médecins. Il est crucial de distinguer l'épisode maniaque d'autres troubles psychiatriques ou somatiques qui peuvent présenter des signes cliniques similaires. Parmi ces troubles, l'intoxication aiguë par des substances stimulantes comme les amphétamines ou la cocaïne peut induire une agitation, une hyperactivité et des idées délirantes semblables à celles observées dans l'épisode maniaque. De même, les troubles psychotiques tels que la schizophrénie peuvent aussi comporter des délires structurés mais généralement sans la composante d'humeur élevée caractéristique de la manie. Les troubles de la personnalité, notamment *borderline*, sont associés à des émotions très intenses mais de courte durée, sans la stabilité prolongée de l'épisode maniaque. Par ailleurs, des affections somatiques comme l'hyperthyroïdie sévère peuvent aussi être à l'origine d'agitation et d'insomnie mais elles s'accompagnent habituellement de symptômes physiques caractéristiques tels qu'une tachycardie ou une perte de poids

marquée. Ainsi, une évaluation détaillée de l'histoire clinique du patient, incluant la recherche de prises récentes de substances, d'antécédents psychiatriques et d'éventuelles pathologies somatiques, est indispensable pour un diagnostic précis.

Caractéristiques spécifiques de l'épisode maniaque

L'épisode maniaque est caractérisé par une élévation pathologique de l'humeur associée à des troubles majeurs du comportement. Pour être posé, le diagnostic repose sur une durée minimale d'une semaine, avec des symptômes présents de manière continue ou quasi permanente. Le changement d'attitude est net, entraînant une désorganisation marquée de la vie sociale, professionnelle et familiale.

Les idées délirantes fréquemment associées à l'état maniaque sont dites congruentes à l'humeur. Elles s'articulent autour de thématiques de toute-puissance, de richesse, d'influence ou de capacités exceptionnelles.

Les croyances délirantes de Madame L. alimentent des conduites impulsives et un comportement désorganisé qui compromettent sa sécurité et justifient une prise en charge hospitalière sans délai.

Sur le plan infirmier, la phase initiale exige une vigilance clinique constante. L'observation doit être structurée : fréquence des propos exaltés, degré de désinhibition, rythme d'activité, stabilité du sommeil. L'environnement est aménagé pour réduire les stimulations et contenir l'agitation : espace sécurisant, repères clairs, interactions cadrées. La posture soignante combine fermeté et bienveillance, avec une communication simple, stable, évitant les confrontations.

Le tableau clinique peut se présenter de manière atypique ou progressive, notamment lors de formes mixtes ou d'accès hypomaniaques. Le diagnostic différentiel doit alors s'appuyer sur une évaluation pluridisciplinaire rigoureuse, incluant l'analyse de l'évolution temporelle des symptômes, des antécédents psychiatriques et du retentissement fonctionnel.

Tableau synthétique : cas d'un épisode maniaque

Aspect clinique	Caractéristiques
Humeur	Élevée, expansive, euphorique ou irritable de façon persistante
Activité psychomotrice	Augmentation marquée, agitation physique, engagement dans des projets nombreux et irréalistes
Sommeil	Réduction significative du besoin de sommeil sans sensation de fatigue
Langage	Logorrhée, débit verbal accéléré, difficultés à être interrompu
Jugement	Altération du discernement, comportements à risque : dépenses excessives, sexualité désinhibée

Aspect clinique	Caractéristiques
Idées délirantes	Thèmes congruents à l'humeur : mégalomanie, richesse, pouvoir, mission exceptionnelle
Diagnostic différentiel	Intoxication aux stimulants, schizophrénie, troubles de la personnalité (<i>borderline</i>), hyperthyroïdie
Durée des symptômes	Présence continue d'au moins une semaine, avec retentissement sur la vie sociale et professionnelle
Rôle infirmier	Observation rigoureuse, création d'un environnement apaisant, collaboration avec l'équipe médicale pour ajuster les soins
Limites	Variabilité des symptômes, diagnostic différentiel parfois complexe, nécessité d'une évaluation multidisciplinaire

Gestion de la crise : médication adaptée, mise en sécurité du patient

La gestion d'un épisode maniaque sévère requiert une réponse rapide, coordonnée et spécifique de l'équipe soignante. Cette crise constitue un moment critique, où la sécurité du patient et celle de son entourage doivent être prioritaires.

CAS CLINIQUE

Madame L. présente une agitation psychomotrice et des idées délirantes relevant de la gestion d'un épisode maniaque sévère.

Conduite infirmière

Dès l'admission, l'infirmier met en place un cadre thérapeutique structuré visant à sécuriser l'environnement immédiat et à contenir l'agitation. La priorité est de réduire les stimulations sensorielles : bruit, lumière excessive, interactions multiples, qui peuvent majorer l'excitation psychomotrice et accentuer la désorganisation. La présence infirmière se veut stable, prévisible, centrée sur l'apaisement et la régulation émotionnelle. La contenance relationnelle passe par une posture calme, non confrontante et une cohérence d'équipe.

Communication adaptée

La communication est adaptée à l'état psychique du patient : langage simple, rythme lent, consignes brèves répétées si nécessaire. Cette stabilité langagière vise à limiter les malentendus, à structurer la pensée et à prévenir les débordements anxieux ou confusionnels. Chaque interaction vise à restaurer un lien avec la réalité, sans provoquer.

Traitement pharmacologique

Sur le plan pharmacologique, le traitement s'appuie en première intention sur un thymo-régulateur, avec le lithium comme molécule de référence dans la prévention des rechutes. Sa mise en place impose une surveillance biologique étroite en raison de sa marge thérapeutique étroite et de ses risques de toxicité. En cas d'agitation intense ou de symptômes psychotiques associés, des antipsychotiques atypiques (tels que l'olanzapine ou la quétiapine) sont introduits sous prescription médicale. Leur effet sédatif rapide peut être un levier de stabilisation. Une vigilance particulière est exercée sur les effets indésirables : prise de poids, troubles métaboliques, effets extrapyramidaux. Les benzodiazépines peuvent compléter temporairement la prise en charge médicalemente pour atténuer les symptômes anxieux aigus ou améliorer le sommeil. Leur usage doit toutefois être limité dans la durée, compte tenu des risques d'accoutumance et de dépendance associés à ces substances.

Conduite infirmière

La surveillance infirmière comprend également l'observation attentive de tout signe évocateur d'effets indésirables graves tels que le syndrome malin des neuroleptiques, caractérisé par une hyperthermie, une rigidité musculaire intense et des troubles autonomiques potentiellement mortels. Toute suspicion d'effet secondaire significatif doit immédiatement être communiquée à l'équipe médicale afin de permettre une adaptation rapide du traitement.

La mise en sécurité physique peut parfois nécessiter des interventions exceptionnelles telles que l'isolement ou la contention mécanique. Ces mesures, toujours envisagées en dernier recours, doivent être encadrées par la réglementation en vigueur. Leur application doit rester proportionnée à la situation clinique, strictement temporaire, et constamment réévaluée pour être levée dès que l'état clinique le permet. Durant cette période, l'accompagnement infirmier doit être intensifié afin de préserver la dignité, la sécurité et l'intégrité psychique de la patiente, tout en maintenant un lien thérapeutique rassurant et empathique.

Objectif

La gestion efficace d'une crise maniaque s'appuie sur une collaboration interdisciplinaire renforcée, mobilisant activement les psychiatres, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux. L'objectif commun consiste à stabiliser rapidement la crise et à préparer dans les meilleures conditions possibles la réintégration progressive du patient dans son environnement quotidien, tout en mettant en place des stratégies thérapeutiques de prévention des rechutes.

Focus sur la contention

La contention mécanique constitue une mesure de dernier recours, strictement encadrée par le Code de la santé publique (articles L. 3222-5-1 et suivants). Elle vise à prévenir un danger immédiat pour le patient ou son entourage lorsque toutes les alternatives thérapeutiques non contraignantes ont échoué. Cette restriction temporaire de la liberté de mouvement doit être justifiée de façon claire, proportionnée à la situation, limitée dans le temps, et réévaluée en continu. Toute mise en œuvre doit être tracée avec précision dans le dossier, incluant le motif, l'horaire de début, les conditions d'exécution, les réévaluations et les critères de levée.

L'accompagnement infirmier durant cette période revêt une importance centrale. Il ne s'agit pas uniquement d'une mesure de sécurité mais d'un acte de soin qui engage la responsabilité relationnelle du soignant. Maintenir un lien verbal, expliquer les raisons de la mesure, nommer les étapes et recueillir les ressentis du patient sont autant d'éléments qui participent au maintien de sa dignité. La surveillance est renforcée : contrôle des paramètres vitaux, intégrité cutanée, confort postural, accès à l'hydratation, élimination et besoins physiologiques.

Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (2023), l'usage de la contention doit s'inscrire dans une réflexion éthique active et partagée. Une analyse collégiale est menée *a posteriori* pour interroger les circonstances, repérer les alternatives possibles, et éviter les reconductions systématiques. La levée de la contention est anticipée dès sa mise en place et doit intervenir dès que les conditions de sécurité le permettent.