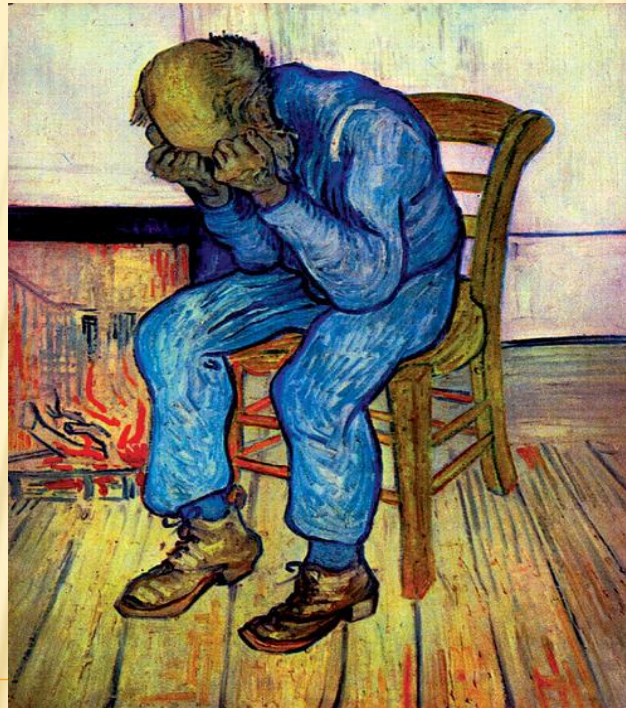


TROUBLES DE L'HUMEUR ET APTITUDE CLASSE 2



Pr Marie-Dominique COLAS

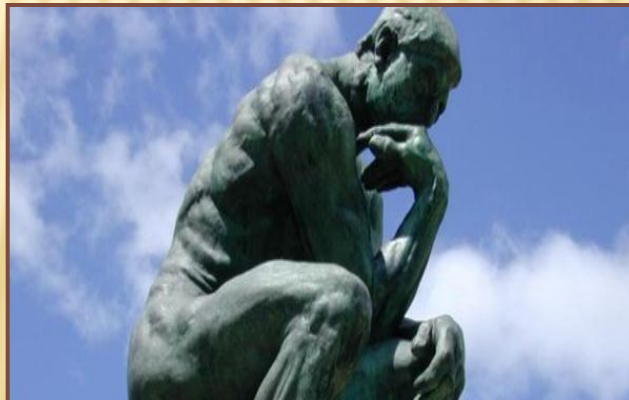
SMPCAA / DEA-CPEMPN / HIA Percy (Clamart)

13 mars 2015 - DGAC

L'HUMEUR

« Cette disposition affective de base, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur »

(Jean Delay)



HUMEUR NORMALE ET HUMEUR PATHOLOGIQUE

× L'humeur normale

- + Varie en fonction des événements de vie
- + Tension psychique réactive et adaptée
 - × La tristesse par elle-même n'est pas une maladie
 - × ex « coup de blues », réaction de deuil

× L'humeur est pathologique

- + Lorsque son intensité est anormale
 - × Idée de mort, de ruine, de culpabilité accompagnée d'une douleur intense
- + Lorsque sa durée est anormale (sup à deux semaines)
- + Lorsqu'elle n'est pas corrélée aux événements de vie



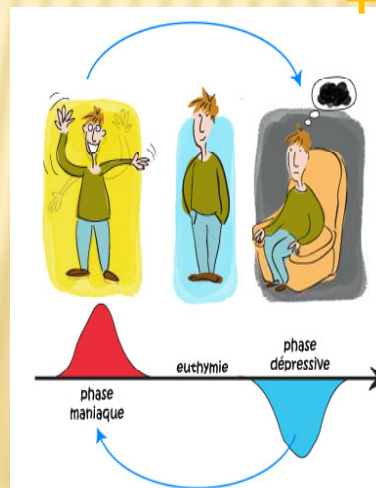
LES TROUBLES DE L'HUMEUR (CIM10, OMS)

- × **Episodes dépressifs** distingués selon
 - + leur intensité,
 - + leur récurrence
 - + ou l'association à des troubles psychotiques (idées délirantes ou hallucinations).

➔ léger, moyen, sévère

- × **Troubles bipolaires:**

- + **Maladie chronique** évoluant par accès successifs de manie/hypomanie et de dépression.
- + Un seul épisode maniaque = diagnostic de trouble bipolaire
- + **Vulnérabilité génétique / facteurs déclenchants**



LA DÉPRESSION: UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

- ✗ Affection fréquente: 10 à 20 % de la population peut présenter un syndrome dépressif majeur à un moment ou l'autre de la vie.
- ✗ Multiplie par 30 le risque de suicide : 1ère cause de **suicide**
- ✗ 50 % des sujets ayant présenté un état dépressif majeur rechuteront dans une période de 15 ans.
- ✗ 50 à 60% des dépressifs sont mal pris en charge ou ne sont pas traités du tout.
- ✗ 3 périodes de la vie de potentielle fragilité: ado-jeunes adultes / post-partum / sénior
- ✗ Impact social++



RECHERCHER LES SIGNES D'ALERTE : PLACE DE L'ENTRETIEN EN EXPERTISE

➤ **Circonstances de la rencontre:**
admission / révisionnelle / après
incident – accident aérien

➤ **Une anamnèse dirigée**
/questionnaire

- **L'examen du dossier**, carnet de
santé, lettre de l'instructeur, avis des
pairs (aéroclub...):

- **ATCD personnels et familiaux**
déclarés : TDA/H, troubles du
sommeil, épisode dépressif, tr bipol...

- **FDR?**: précocité de la rencontre avec
les substances psycho-actives

- **Style d'existence**: parcours
biographique, scolaire, professionnel...:
ruptures?, conflits? les événements de
vie... / accidents... / les troubles de
l'adaptation...

- **Vie affective, relationnelle**:
perception et vision de soi-même,
d'autrui et des événements

- **Prise de psychotropes**:
automédication?

- **Arrêts maladie répétés /**
hospitalisation (compte-rendu)



UN EXAMEN CLINIQUE RIGoureux



UNE CLINIQUE SPÉCIFIQUE

Le trépied de la dépression

- ✗ **L'humeur dépressive :** tristesse, anhédonie, pessimisme, anesthésie affective, culpabilité...
- ✗ **L'inhibition psychique /cognitive :** bradypsychie, aboulie, « perte de l'élan vital »
- ✗ **Le ralentissement moteur ;** adynamie, apragmatisme, inertie, amimie

La manie / hypomanie

- ✗ **L'humeur euphorique:** élation, optimisme ++
- ✗ **L'exitation psychique:** tachypsychie, distractibilité, idées délirantes...
- ✗ **La désinhibition comportementale:** familiarité, ludisme, troubles des conduites...

**Idées suicidaires?
Risque de passage
à l'acte?**

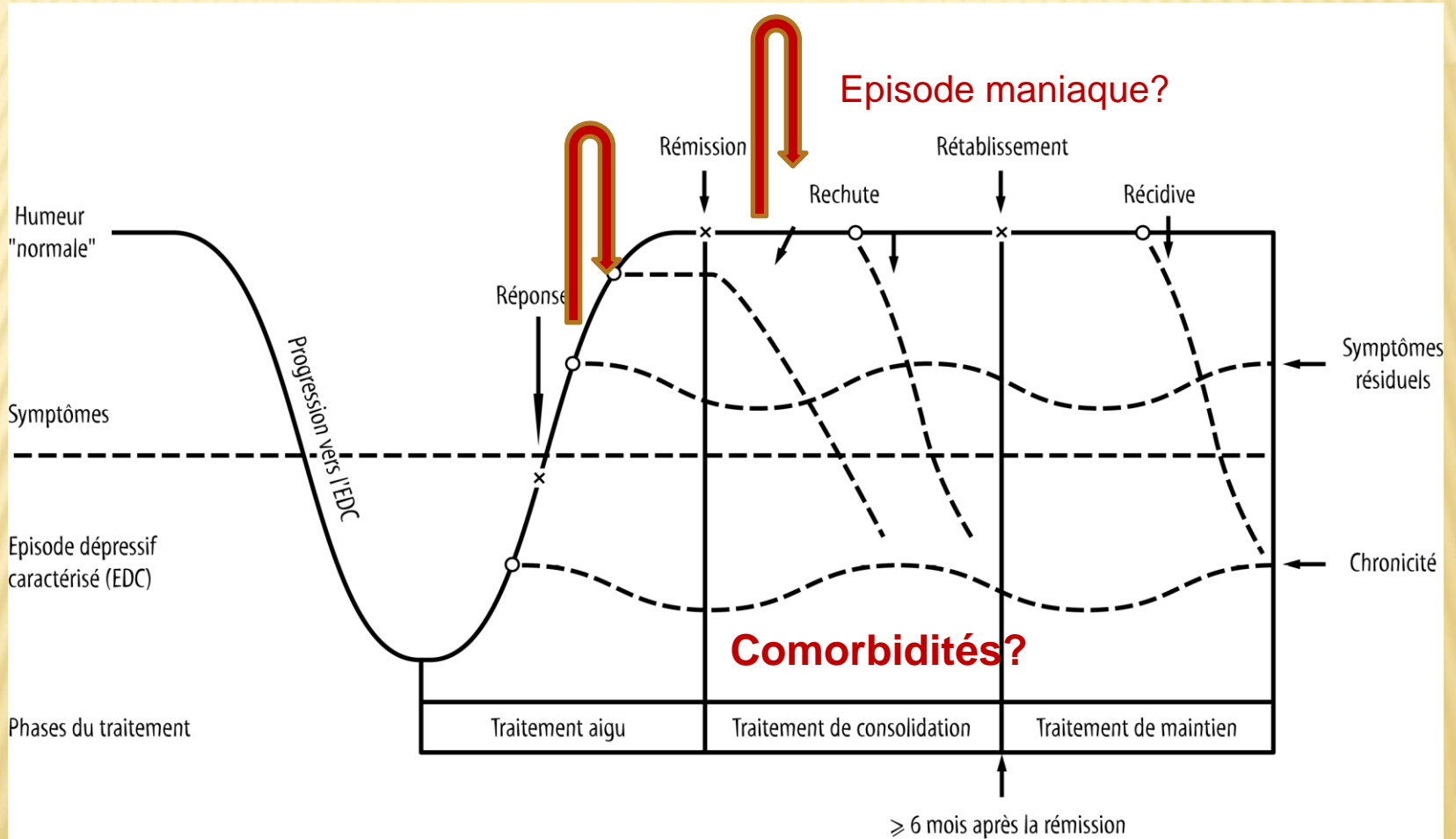
Les symptômes associés: angoisse, **insomnie**, perte de poids, anorexie, troubles de la libido, troubles du caractère

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL? COMORBIDITÉS?

- Certains **troubles organiques** : peuvent se manifester initialement sous forme de troubles d'allure dépressive: Il s'agit notamment **d'affections néoplasiques**, avec perte de poids, ou de **troubles thyroïdiens**.
- **Prise de substances psycho-actives**: alcool, « syndrome a-motivationnel » et THC, sevrage de la cocaïne ou des amphétamines
- ESPT?

Et le burn-out?...

PROFIL EVOLUTIF?



STRATEGIES THERAPEUTIQUES: DU CAS PAR CAS

× Episode dépressif:

+ Intensité légère :
alternative entre un
traitement psychothérapique
et un traitement par les
antidépresseurs

+ Intensité moyenne et
sévère : **antidépresseurs** les
mieux tolérés, en
monothérapie, notamment
les ISRS + psychothérapie

Troubles bipolaires:

Les thymorégulateurs (lithium,
divalproate...) au long cours



DURÉE / TRAITEMENT D'ENTRETIEN

- ✘ Si arrêt du tt après 2 mois : 60% de rechute dans l'année
- ✘ Un épisode isolé : 6 à 9 mois
- ✘ Toutes les recommandations internationales suggèrent de prolonger à la posologie efficace (même dose) **au moins 6 mois le traitement après rémission symptomatique** lors d'un premier épisode pour éviter le risque de rechute, risque accru par la persistance de symptômes dépressifs résiduels après plusieurs semaines de traitement.
- ✘ **Décroissance progressive (sd de discontinuation) + suivi dans la durée bien** après l'arrêt de l'AD car risque max de récurrence dans l'année

LA PRÉVENTION DES RECHUTES: UNE AFFAIRE DE SPÉCIALISTE!

- ✘ **Objectif du tt à long terme** : prévention des épisodes dépressifs récidivants, éviter les conséquences négatives liées à la survenue de ces EDM
- ✘ **Indications** :
 - 3 épisodes dépressifs ou plus;
 - 2 épisodes avec rechute rapide, âge avancé, caractéristiques psychotiques, EDM sévère, ATCD familiaux, comorbidités psy (addiction, troubles anxieux)...
 - Durée : au cas par cas avec l'avis du spécialiste

QUE DISENT LES NORMES RÉGLEMENTAIRES?

Règlement européen N° 1178/2011 de la commission du 3
nov 2011 « Aircrew »

Classe 2 et LAPL:

« Acceptable Means of Compliance and Guidance Material to Part-MED1 » (15
décembre 2011) appliqués depuis le **8 avril 2013**

Spécificité française:

Brevet de base, planeurs et ballons libres en France : arrêté du 02/12/1988
(modifié par l'arrêté du 19/05/2008)

RÈGLEMENT EUROPÉEN N° 1178/2011

ANNEXE IV – PART-MED: MED.B.055 PSYCHIATRIE

a) Le demandeur ne **doit pas avoir d'antécédents médicaux avérés** ou de diagnostic clinique d'une quelconque maladie ou déficience, **état ou désordre psychiatriques, aigus ou chroniques**, congénitaux ou acquis, susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la ou des licences en question.

c) Le demandeur présentant un état psychiatrique tel que:

1) **troubles thymiques;**

2) troubles névrotiques; 3) troubles de la personnalité; 4) troubles mentaux et comportementaux;

doit se soumettre à un **examen psychiatrique** dont le résultat est satisfaisant avant qu'une évaluation de l'aptitude puisse être envisagée.

d) Le demandeur ayant des **antécédents d'actes isolés ou répétés d'automutilation délibérée** est déclaré **inapte**. Ce demandeur doit se soumettre à un **examen psychiatrique** dont le résultat est satisfaisant avant qu'une évaluation de l'aptitude puisse être envisagée.

L'aptitude du demandeur d'un certificat médical de classe 2 présentant l'un des états énoncés au point b), c) ou d) ci-dessus est **évaluée en concertation avec l'autorité de délivrance des licences**.

LES NORMES EUROPÉENNES :

« Acceptable Means of Compliance and Guidance Material to Part-MED1 » (15 décembre 2011) :

- ✘ (a) A history, or the occurrence, of a functional psychotic disorder is **disqualifying** unless a cause can be unequivocally identified as one which is transient, has ceased and will not recur.
- ✘ (c) Use or abuse of psychotropic substances likely to affect flight safety is **disqualifying**.
- ✘ e) **An established mood disorder is disqualifying.** After full recovery and after full consideration of an individual case a fit assessment may be considered, depending on the characteristics and gravity of the mood disorder. **If a stable maintenance psychotropic medication is confirmed, a fit assessment should require a multi-pilot limitation.**
- ✘ A single self-destructive action or repeated acts of deliberate self-harm are **disqualifying**. A fit assessment may be considered after full consideration of an individual case and may require psychiatric or psychological review.

LA DÉTERMINATION DE L'APTITUDE: QUELLES SONT LES QUESTIONS À SE POSER ?

- ✘ Le sujet est-il capable de piloter selon les privilèges de sa licence, en toute sécurité, dans des conditions normales et dégradées?
- ✘ Existe-t-il un risque d'incapacité subite ou subtile en vol?
- ✘ L'état de santé peut-il être aggravé par le vol?

EVALUER LE PRONOSTIC D'ADAPTATION AÉRONAUTIQUE EN FONCTION DE:

- **la pathologie sous-jacente** : intensité, risque suicidaire, comorbidités, retentissement social, évolution (rechutes, récurrences, chronicité...), contexte (événements de vie), sensibilité exacerbée au stress, au décalage horaire, contrôle des émotions, connaissance de la maladie...
- **traitement nécessaire** au long cours et à horaires réguliers **qui ne doit pas comporter d'effets secondaires** de nature à influencer sur la sécurité des vols (incapacité subite...), observance,...
- **la motivation aéronautique**, de l'expérience (heures de vol...), du type d'activité aérienne (type d'appareil, monoplace, voltige, compétitions...)
- **Déterminer un risque acceptable pour la santé du pilote, des passagers et la sécurité des vols**



CRITÈRES DE BON PRONOSTIC

JONES DR, IRELAND RR.

AEROMEDICAL REGULATION OF AVIATORS USING SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS FOR DEPRESSIVE DISORDERS. AVIAT SPACE ENVIRON MED 2004; 75: 461-70.

- Diagnostic des troubles et suivi par un praticien expérimenté
- Absence de tentative de suicide ou de trouble comorbide
- Absence d'antécédent dépressif avec caractéristiques psychotiques
- Absence de traitements responsables d'interactions médicamenteuses
- Résolution des facteurs précipitant la dépression
- Réalisation d'une psychothérapie
- Stabilité thymique sous un seul antidépresseur

- Absence de troubles cognitifs (tests neuropsychologiques et en simulateur de vol)
- Détermination du temps de traitement en fonction des récurrences
- Suivi tous les 6 mois avec un psychiatre expert en aéronautique
- Aucun changement de traitement ou des doses sans contrôle par un expert
- Surveillance toutes les 2 à 4 semaines si le traitement est progressivement arrêté avec reprise des vols

EN PRATIQUE

↳ **A l'admission** : troubles bipolaires, dépressions récurrentes= **inaptitude**

↳ **En visite révisionnelle:**

- Episode dépressif aigu en cours de traitement ↳ Inaptitude au vol temporaire, puis évaluation spécialisée pour une reprise en double commande + surveillance semestrielle + réexamen du dossier au Pôle médical

- Pour les formes stables nécessitant un traitement prophylactique des récurrences dépressives (sujet asymptotique)

↳ **Aptitude avec restrictions** : double commande, présence d'un pilote confirmé à bord (multi-pilot limitation) et suivi rapproché (surveillance semestrielle au CEMPN avec expertise spécialisée et réexamen du dossier par le pôle médical)

EN CONCLUSION

Repérage des troubles de l'humeur / souffrance / risques pour la SV : priorité aux soins

Un pilote dépressif peut se soutenir longtemps de son activité aéronautique très investie, source d'un étayage narcissique certain

Accompagner le pilote dans une approche globale et participative dans un moment de souffrance psychique plutôt que de renforcer des positions de défiance et de dissimulation préjudiciables pour la sécurité des vols.

APTITUDE / RETOUR A L'EQUILIBRE

