

# TROUBLES BIPOLAIRES

Les troubles bipolaires, s'intégrant dans le groupe des troubles de l'humeur, sont un ensemble de pathologies caractérisées par des mouvements de l'humeur entre ses deux pôles : la dépression à une extrémité et l'accès maniaque à l'autre. Quelles sont les différentes formes de la maladie bipolaire ? Quelle évolution et quels risques ? Quelles sont les causes de cette maladie ? Quels traitements adopter ? Autant de questions auxquelles des experts apportent dans ce site des réponses sûres et validées scientifiquement.

## Sommaire du site :

### La maladie bipolaire

- Nature des troubles bipolaires
- Les différentes formes de maladie
- Les causes de la maladie bipolaire
- Evolution et risques
- Comorbidités : maladies associées

### Prise en charge du patient bipolaire

- Les traitements médicamenteux
- Autres traitements
- Aspects médico-sociaux

### Vivre avec la maladie

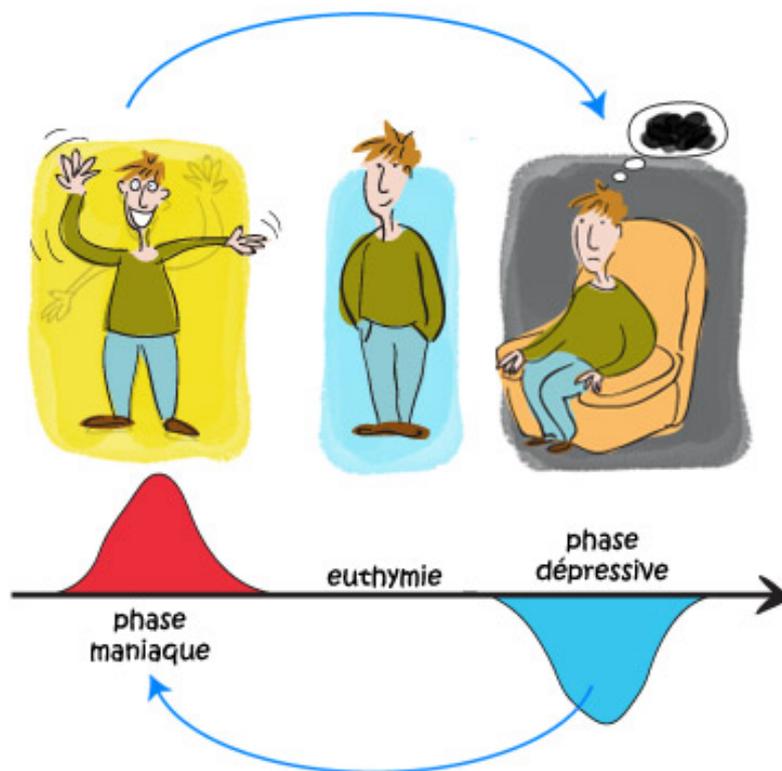
- Vivre avec la maladie ou un malade
- Quelques situations particulières
- Bipolarité et travail
- Aspects légaux

## Nature des troubles bipolaires

- Définition de la maladie bipolaire
- La dépression
- La manie
- Ne pas confondre avec la dépression
- Ne pas confondre avec la manie
- Un peu d'histoire
- Epidémiologie
- Bipolarité et création

### La maladie bipolaire : qu'est-ce que c'est ?

- ☞ Autrefois appelé psychose maniaco-dépressive, le trouble bipolaire fait partie des troubles de l'humeur auxquels appartient également la dépression récurrente (ou trouble unipolaire).
- ☞ C'est une maladie qui dans sa forme la plus typique comporte deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive. Entre les deux pôles, la personne qui souffre de maladie bipolaire, retrouve un état normal que l'on appelle « euthymie » ou « normothymie ».
- ☞ La phase maniaque se définit comme un épisode d'excitation pathologique : le sujet qui en souffre est hyperactif et euphorique, inhabituellement volubile et fait de multiples projets. Il peut présenter divers troubles comportementaux, perdre toute inhibition ou engager des dépenses inconsidérées.
- ☞ La phase dépressive est en quelque sorte le miroir de la phase maniaque : le sujet présente des signes de grande tristesse, il est ralenti et n'a goût à rien, parfois il veut mourir ; les formes les plus sévères sont qualifiées de « mélancoliques ». Le danger principal de cette maladie est le risque de suicide.
- ☞ En France, le trouble bipolaire est sous-diagnostiqué. Il faut en moyenne 10 à 12 ans et quatre à cinq médecins différents avant qu'il ne soit nommé. De même, on estime que 40 % des dépressifs sont en réalité des bipolaires qui s'ignorent.
- ☞ Aujourd'hui, on préfère le terme de trouble bipolaire à celui de psychose maniaco-dépressive. D'une part, parce que les formes cliniques sont en fait très diverses, alors que le terme de psychose maniaco-dépressive laisse penser que seules les formes où alternent des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs sont prises en compte. D'autre part, parce que le terme de psychose renvoie à certaines théories explicatives mais correspond mal à l'observation purement descriptive de la maladie : entre les accès, le patient dans la plupart des cas a une vie psychique et sociale tout à fait normale, ce qui est inhabituel dans les cas de maladies psychotiques chroniques.



## La dépression

- « Déprimer », étymologiquement, signifie « rabaisser ». La dépression est l'abaissement de l'humeur. Un épisode de **dépression** est caractérisé principalement par une **grande tristesse de l'humeur**, une **perte de l'élan vital** et un **ralentissement psychique et moteur** pendant une durée d'au moins 15 jours.
- Les symptômes nécessaires au diagnostic sont les suivants :
  - **L'état psychique** est nettement modifié par rapport au fonctionnement habituel, s'accompagnant d'une **souffrance** et d'une gêne importante dans la vie quotidienne.
  - **L'humeur est triste** et dépressive (« cafard », démoralisation, douleur morale...).
  - On constate une **perte d'intérêt** et de plaisir (anhédonie) pour les activités habituelles.
  - On observe le plus souvent un important **ralentissement** se traduisant par une grande lenteur, signe du manque d'énergie et d'entrain, qui rend insurmontables les tâches du quotidien. Parfois, au contraire, l'anxiété entraîne **agitation** fébrile et incapacité à rester en place.
  - Au plan intellectuel on observe des **troubles de la concentration et de la mémoire**, les patients se plaignant de ne plus trouver leurs mots, d'une grande fatigabilité pour des efforts minimes comme lire ou soutenir une conversation.
  - Très fréquentes sont les idées péjoratives sur soi même : **auto-critiques et auto-accusations**, alimentant une grande **culpabilité** vis-à-vis de l'entourage dont on se sent indigne.
  - Les **idées suicidaires** sont fréquentes.
  - Corps et esprit s'unissent dans la douleur : le **sommeil** et l'**appétit** sont troublés alors que la **libido** s'effondre...
- D'autres symptômes peuvent être présents chez certains patients :
  - **anxiété** plus ou moins intense et permanente souvent présente dès le réveil, et s'atténuant au cours de la journée, notamment dans la soirée,
  - symptômes dits « fonctionnels » : **maux de tête, douleurs** diffuses ou localisées, **troubles digestifs**,
  - troubles du caractère : **irritabilité, agressivité**, crises de colère, susceptibilité exacerbée, hypersensibilité au rejet
  - **repli** sur soi, **évitement** des autres et des contacts,
  - conduites d'**alcoolisation** ou autres **prises de toxiques**.

- En dehors de toute prise en charge, l'évolution d'un épisode dépressif est variable, mais une amélioration spontanée survient classiquement en 6 à 9 mois.
- La **mélancolie** est une forme particulière de dépression, caractérisée par l'**intensité** de la tristesse et de la douleur morale du patient qui éprouve un malaise permanent. Le patient se sent indigne de vivre, refuse de s'alimenter. Parfois, la mélancolie s'accompagne de **signes délirants** avec des **idées de culpabilité, de ruine, d'incurabilité** (« cela n'ira jamais mieux ») jusqu'aux **hallucinations** qui font entendre au patient des voix l'insultant, le couvrant d'insanités ou qui lui font respirer des odeurs désagréables. Les **idées suicidaires** souvent dissimulées et déterminées sont fréquentes avec parfois des passages à l'acte grave. La mélancolie est une **urgence thérapeutique** nécessitant des soins appropriés dans un milieu protégé.
- Au maximum on observe une forme **stuporeuse** de mélancolie : le **syndrome catatonique**, le patient se figeant alors telle une statue. Le traitement par **sismothérapie** en urgence est alors indiqué en première intention.



## La manie

- En grec la « manie » est synonyme de « folie ». En français, dans la langue de tous les jours la manie souligne l'excès : mélomane qui aime la musique à l'excès, **maniaque** qui se fixe sur les détails...  
Au sens psychiatrique l'accès maniaque se caractérise par un **état d'excitation psychique et motrice** avec **exaltation de l'humeur** et **mégalomanie**.  
L'accès maniaque survient de manière **brusque** mais peut être précédé d'une phase d'intensité modérée qu'on appelle « **hypomanie** ».
- On n'identifie pas toujours de facteurs favorisant l'éclosion d'un tel accès. Si l'on retrouve parfois des **éléments stressants** comme des chocs émotionnels, des conflits affectifs, des affections somatiques ou des deuils dans les jours ou les semaines précédant son apparition, ces éléments peuvent n'être considérés en fait que comme de simples catalyseurs chez des individus présentant déjà une certaine vulnérabilité.
  - Classiquement le premier symptôme est l'**insomnie**, diminution du besoin de sommeil sans

fatigue.

- **L'humeur** est rapidement changeante, une jovialité ludique, expansive et **euphorique** alterne avec des moments d'**irritabilité** où le patient donne l'impression de se fâcher ou peut éclater en sanglots. On dit qu'il passe du rire aux larmes, signe de **labilité émotionnelle**.

- **L'excitation psychique** se traduit par une accélération de la pensée (tachypsychie), du flux de paroles (logorrhée). Les idées fusent, les projets sont multiples, grandioses et inadaptes, rarement menés à leur terme. Le discours passe du coq à l'âne.

- Le contact avec les autres est facile et familier, se traduisant par une grande communicabilité et une capacité étonnante à détecter et à réagir aux attitudes d'autrui (**hypersyntonie**).

- Désinhibé, le patient chante au milieu de ses phrases, fait des plaisanteries caustiques, osées, des jeux de mots faciles, des calembours.

- **L'agitation motrice** est marquée, le patient ne tient pas en place, se lève brutalement, déambule. L'hyperactivité est stérile, désordonnée.

- La **tenu**e est débraillée, fantaisiste, parfois extravagante. Le visage est hyper-expressif, sans cesse agité de mouvements, empreint de théâtralisme.

- Les accès maniaques typiques comportent toujours une certaine **mégalomanie**, avec idées de grandeur et surestimation par le sujet de ses propres capacités et de son importance, à l'origine notamment de projets grandioses.

- Le corps vit cet état d'excitation intense : l'**insomnie** est à peu près totale, sans que le patient n'éprouve la moindre fatigue ; la **faim** et la **soif** sont souvent intenses, sans prise de poids. Parfois, au contraire, par manque de temps ou désintérêt le sujet ne s'alimente plus, entraînant perte de poids voire déshydratation...

- L'euphorie et la désinhibition conduisent le sujet à se lancer dans des **activités à risque** par ludisme, ou par méconnaissance du danger : conduites sexuelles désordonnées et à risque, conduite automobile à pleine vitesse, voyage imprévu, dépenses inconsidérées, agitation sur la voie publique.

- Dans la manie délirante la mégalomanie atteint le niveau de **conviction délirante**, aucun raisonnement ni aucune argumentation ne peut l'ébranler. Le patient éprouve des sentiments de **grandeur**, de **toute-puissance** ou de **mission** à accomplir, les thèmes érotiques sont fréquents, ainsi que les intuitions prophétiques.

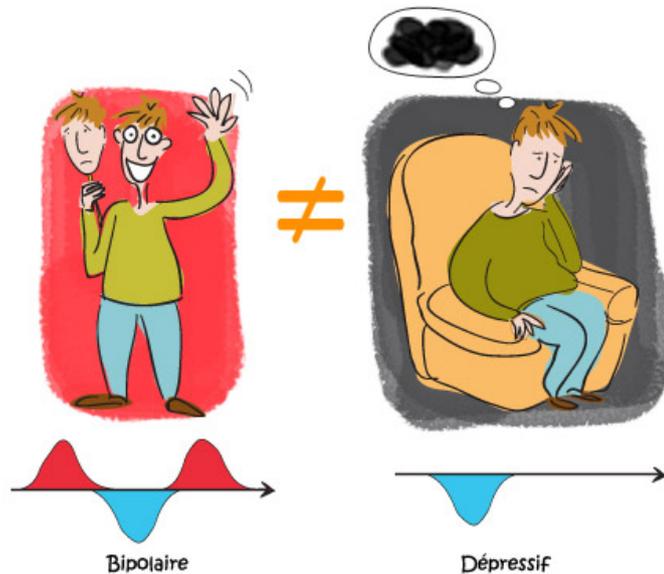


## A ne pas confondre avec la dépression

☞ Certains états de souffrance psychique peuvent évoquer la dépression sans pour autant constituer un état dépressif au sens médical du terme.

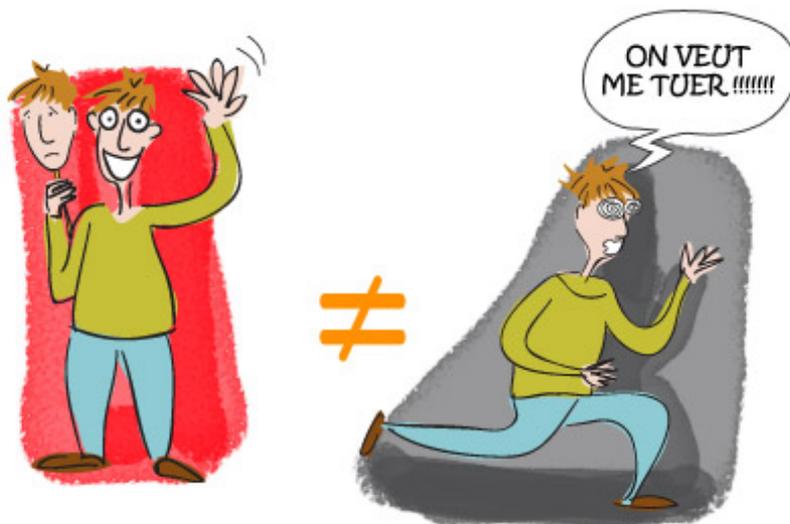
Ainsi peuvent évoquer un syndrome dépressif :

- **Un état de tristesse normale**, isolé, non durable, adapté en réaction à un contexte douloureux, déplaisant, menaçant ou de frustration, par exemple à la suite d'un deuil.
- **Certaines affections médicales** qui peuvent être à l'origine de symptômes d'allure dépressive :
  - certaines maladies neurologiques comme la démence, la maladie de Parkinson, l'épilepsie, les accidents vasculaires cérébraux
  - certaines maladies hormonales au premier rang desquelles l'hypothyroïdie mais aussi certaines maladies des glandes surrénales
  - certains cancers
  - certaines maladies infectieuses comme la grippe, l'hépatite, la mononucléose infectieuse...
- **L'alcool-dépendance, la toxicomanie et la prise abusive de certains médicaments**. Elles peuvent provoquer un syndrome d'allure dépressive qui régresse lors du sevrage. Mais il faut garder à l'esprit que ces formes de dépendance toxicomaniaques ou médicamenteuses sont aussi très souvent concomitantes de la dépression et du trouble bipolaire (voir « comorbidités »).
- **Certaines autres maladies psychiatriques** :
  - les troubles anxieux sévères, qui peuvent comporter un repli sur soi, une insomnie (plutôt d'endormissement) et une démoralisation liée au handicap et à la chronicité du trouble,
  - les troubles psychotiques, notamment schizophréniques.



## A ne pas confondre avec l'état maniaque

- De nombreuses affections peuvent être associées à un état d'excitation :
  - **intoxications médicamenteuses** (corticoïdes) ou **toxicomaniaques** (alcool, cocaïne, haschisch, produits hallucinogènes)
  - **affections cérébrales organiques** comme certaines tumeurs cérébrales ou l'épilepsie
  - **hyperthyroïdie** ou d'autres maladies hormonales
  - **autres affections psychiatriques** qui peuvent comporter une importante excitation psychique et motrice mais au cours desquelles les comportements ludiques et l'euphorie sont souvent plus discrets que dans la manie typique :
    - certaines formes de schizophrénies,
    - la bouffée délirante aiguë,
    - certaines manifestations rencontrées dans des troubles de la personnalité notamment de type hystérique.
- Dans les suites d'un deuil certaines personnes vont développer une excitation psychomotrice appelée **manie de deuil** qui peut atteindre une intensité pathologique.

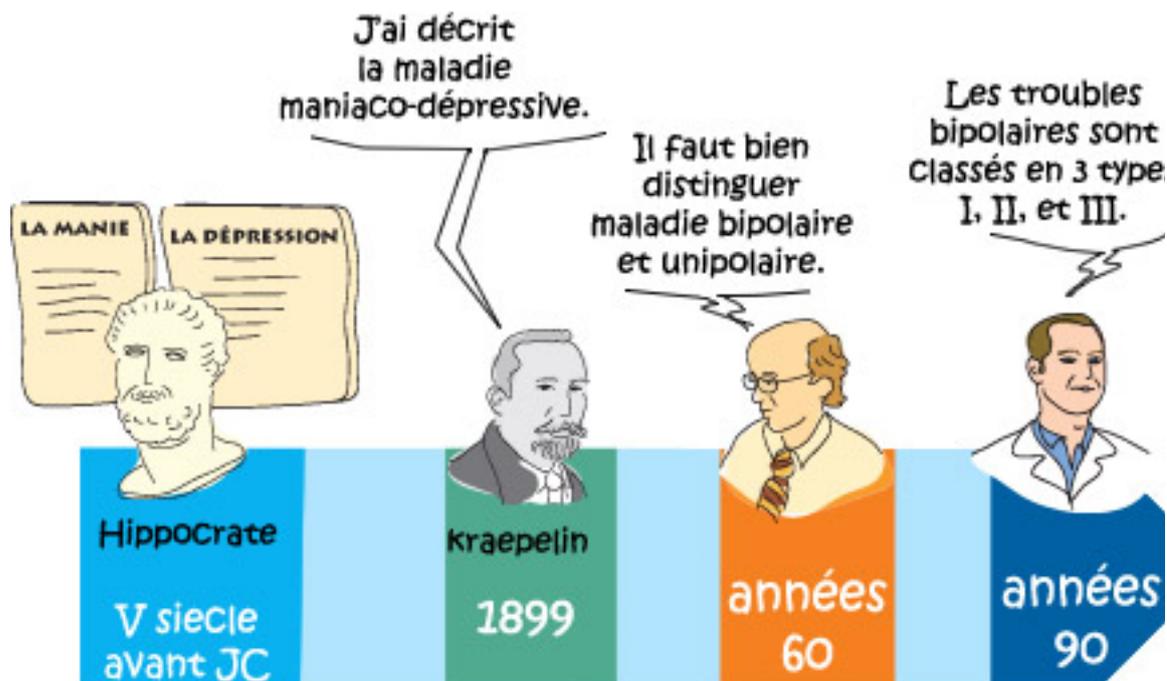


Dernière mise à jour : 09/01/2008

## Un peu d'histoire

- On retrouve les premières traces de la manie et de la dépression au Vème siècle avant JC à l'époque d'Hippocrate, premier à en établir une description qui soit parvenue jusqu'à nous : la transformation de la mélancolie (du grec « melas kholé » ou bile noire) en folie (« mania » en grec).
- C'est seulement en 1854 que deux psychiatres français, Falret et Baillarger, indépendamment l'un de l'autre, regroupent ces deux états en une même maladie : « folie circulaire » pour le premier, « folie à double forme » pour le second.
- Il faudra attendre 1899 pour qu'un médecin allemand, Kraepelin, décrive la conception moderne et actuelle de la maladie maniaco-dépressive (ou « folie maniaco-dépressive ») dont le nom sera véritablement énoncé pour la première fois en 1907 par Dely et Camus.

- Dans les années 1960, on établit la distinction entre maladie bipolaire et maladie unipolaire dans laquelle ne surviennent que des épisodes dépressifs.
- Au cours des deux dernières décennies les travaux de recherche se sont multipliés aboutissant à de nouvelles classifications internationales notamment la « classification internationale des maladies » (CIM ou ICD) et le « diagnostic and statistical manual of mental disorders » (DSM) aux Etats-Unis, et à de nouvelles dénominations (troubles bipolaires I, II, III). L'une des classifications les plus utilisées est le DSM IV qui figure en annexe.

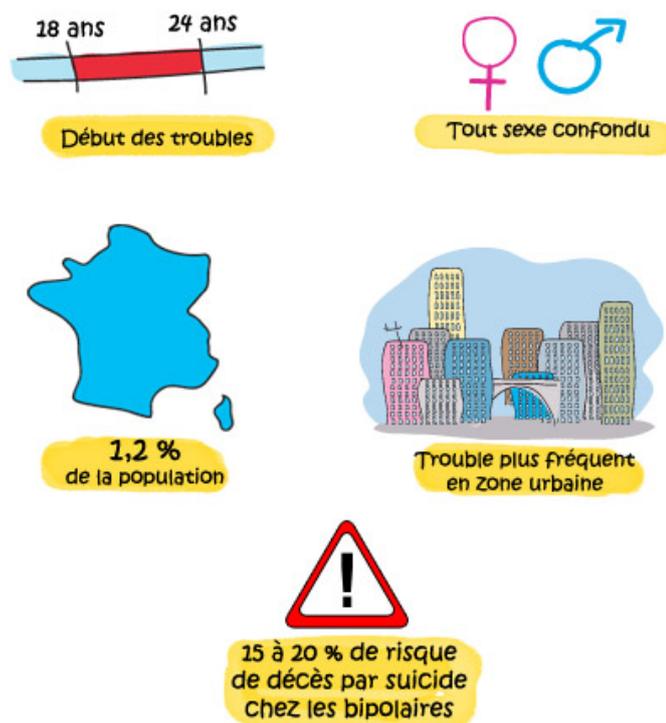


Dernière mise à jour : 09/01/2008

## Epidémiologie : quelques données chiffrées

- Le trouble bipolaire se révèle le plus souvent au début de l'âge adulte, en moyenne entre 18 et 24 ans, mais il peut parfois survenir dès l'enfance ou, à l'inverse, nettement plus tard dans la vie.
- Le trouble bipolaire classique touche environ 1,2 % (0,4% à 1,6%) de la population adulte soit plus de 1 000 000 cas en France. En incluant les types II ou III on obtient des chiffres nettement plus élevés, pouvant aller jusqu'à 5 voire 7% de la population en incluant tout le « spectre » bipolaire, c'est-à-dire tous les troubles apparentés.
- Les hommes et les femmes sont touchés dans des proportions équivalentes.
- Le trouble serait plus fréquent en zone urbaine sans que le niveau socioéconomique n'explique cette différence.
- Il n'existe pas de différences ethniques de répartition, cependant il est admis que les aspects transculturels peuvent teinter les épisodes de différentes manières. Ces aspects sont à prendre en compte dans l'approche diagnostique et psychothérapeutique.
- 60% des bipolaires sont concernés par un abus de substance notamment l'alcool.

- À l'instar de nombreuses maladies psychiatriques, le trouble bipolaire se présente sous différentes formes et à divers degrés. En l'absence de traitement, la fréquence et la durée spontanées des accès maniaques ou dépressifs sont très variables. Les périodes « normothymiques » peuvent durer plusieurs années, parfois la maladie bipolaire peut se résumer à un épisode unique au cours de la vie, sans récurrence.
- Le risque de décès par suicide est de 10 à 15% pour les bipolaires de type I et de 15 à 20% toutes formes confondues, ce risque étant fortement diminué par une prise en charge adaptée.
- Le trouble bipolaire occupe le 6ème rang parmi les maladies génératrices de handicap en termes de coût social et économique.



## Bipolarité et création

- « Il n'est pas indispensable d'être atteint de troubles de l'humeur pour accomplir une œuvre de génie, et la plupart des maniaco-dépressifs ne sont pas particulièrement au-dessus du lot. Mais le fait est que les individus doués de créativité sont plus souvent atteints par ce type d'affection que la moyenne ».
- Cette affirmation du psychiatre Kay R. Jamison ne doit pas cacher une vérité médicale : le trouble bipolaire est une maladie sévère, aux conséquences personnelles, familiales et sociales douloureuses et parfois dramatiques. Elle est source de souffrance, et non de création, pour le patient et pour son entourage. Si certains artistes sont ou ont été atteints de maladie bipolaire, c'est malgré celle-ci et non grâce à celle-ci qu'ils ont pu nous transmettre leur œuvre. Parmi eux on cite parfois :
  - des **musiciens** comme Robert Schumann (1810 - 1856), Hector Berlioz (1803 - 1869), Hugo Wolf (1860 - 1903), Anton Bruckner (1824 - 1896) ou Georg Friedrich Haendel (1685 - 1759);
  - des **peintres** tels Vincent Van Gogh (1853 - 1890) ou Amedeo Clemente Modigliani (1884 - 1920);
  - de nombreux **écrivains** comme Gérard de Nerval (1808 - 1855), Honoré de Balzac (1799 - 1850), Virginia Woolf (1882 - 1941), Ernest Hemingway (1899 - 1961), Friedrich Nietzsche (1844 - 1900) ou Charles Baudelaire (1821 - 1867);
  - des **hommes d'état** comme Abraham Lincoln (1809-1865), Theodore Roosevelt (1858 1919) ou Sir Winston Churchill (1874 - 1965).
- Bien sûr on ne peut affirmer avec certitude la bipolarité pour aucun des grands hommes cités ici, mais leur

histoire est à certains égards très évocatrice de ce diagnostic !



Vincent VAN GOGH



Friedrich NIETZSCHE



Hector BERLIOZ



Virginia WOOLF



Winston CHURCHILL

### Formes de la maladie bipolaire

- Classification des troubles bipolaires
- Hypomanie
- Etat mixte
- Dysthymie et cyclothymie
- Les cycles rapides
- Les troubles affectifs saisonniers
- Le trouble schizo-affectif

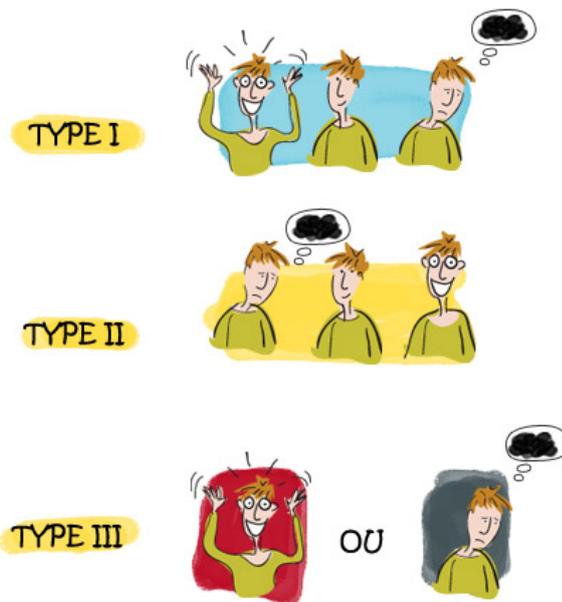
## Classification des troubles bipolaires

Il existe plusieurs classifications des troubles bipolaires, la plus communément utilisée est la suivante :

- **Type I** : Alternance de phases maniaques et dépressives entrecoupées d'intervalles libres. C'est la forme typique.
- **Type II** : Alternance de phases dépressives et hypomaniaques entrecoupées d'intervalles libres.
- **Type III** : Regroupe en fait 2 sous types : les sujets ne présentant que des épisodes maniaques ou hypomaniaques induits par des traitements anti-dépresseurs d'une part ; et d'autre part ceux ne présentant que des épisodes dépressifs mais associés à des antécédents familiaux de trouble bipolaire.

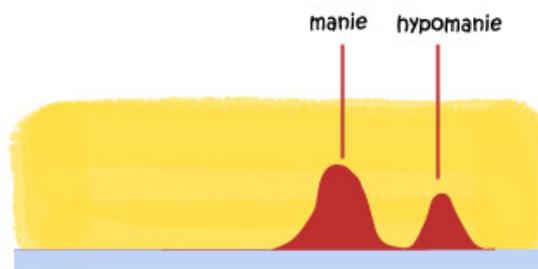
Les phases peuvent s'enchaîner de différentes façons :

- **(Hypo-)manie - dépression - intervalle libre** : Séquence classique dans les troubles bipolaires dits de type I et II.
- **Dépression - (hypo)manie - intervalle libre** : Séquence favorisée par la prise d'antidépresseurs provoquant un virage de l'humeur (passage brutal de la dépression à la manie).
- **Circulaire** : Les phases s'enchaînent sans intervalle libre.
- **Indéterminée** : La périodicité est indéterminée, les enchaînements imprévisibles.



## Hypomanie

- L'hypomanie correspond à une forme atténuée de la manie et échappe souvent à toute prise en charge, les symptômes se limitant à une hyperactivité physique et intellectuelle et à des troubles du sommeil. Ces états hypomaniaques peuvent survenir spontanément ou sous l'effet des antidépresseurs, mais peuvent aussi correspondre à des accès maniaques atténués par l'existence d'un traitement thymorégulateur (régulateur de l'humeur).

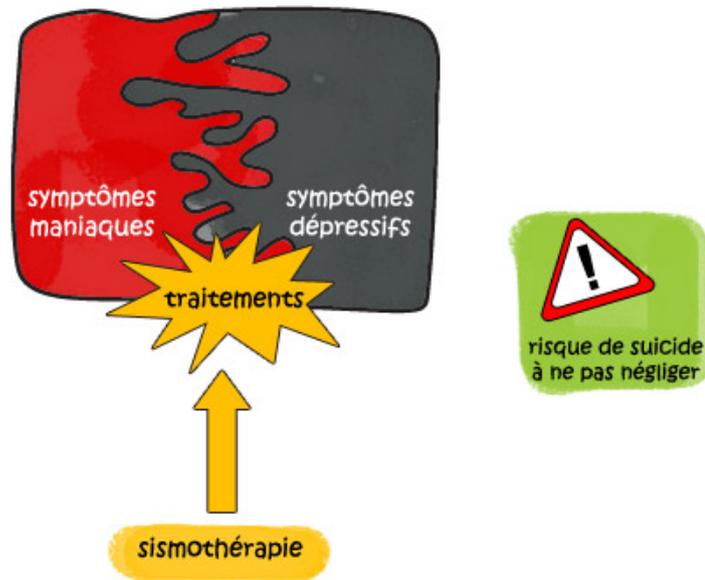


Dernière mise à jour : 09/01/2008

## État mixte

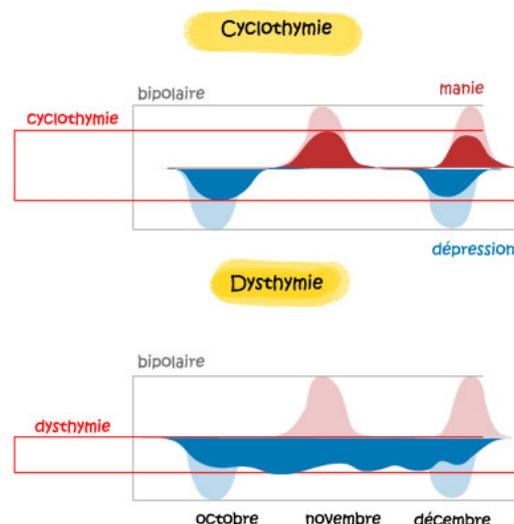
- Au cours de l'état mixte des symptômes maniaques et des symptômes dépressifs sont intriqués. L'humeur est variable, tous les cas de figure s'observent : tristesse avec excitation psychique et motrice, euphorie avec ralentissement, tristesse avec excitation psychique mais ralentissement moteur...
- On appelle **manie dysphorique** des épisodes associant un état maniaque classique à au moins trois symptômes dépressifs, notamment la tristesse de l'humeur qui est souvent masquée par l'agitation, l'hostilité et l'anxiété du patient. C'est une forme fréquente et grave d'épisode mixte.
- Ces épisodes représenteraient 20% des épisodes et le risque suicidaire ne doit pas être négligé.

- Les antidépresseurs doivent être maniés avec prudence, le traitement d'un état mixte se rapproche en fait de celui d'un accès maniaque. Un traitement par sismothérapie peut être indiqué dans ces épisodes.



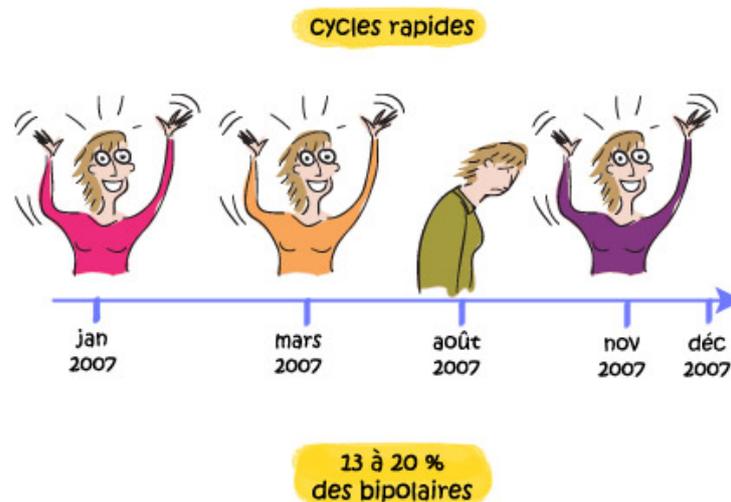
## Dysthymie et cyclothymie

- La **cyclothymie** (on parle aussi de « personnalité cyclothymique ») correspond à l'alternance de dépression modérée et d'hypomanie. Il s'agit d'une forme atténuée de trouble bipolaire dont bien souvent ni le sujet ni son entourage ne reconnaissent le caractère pathologique, mais que sa chronicité rend pourtant tout aussi invalidante qu'un trouble bipolaire plus franc.
- La **dysthymie** est caractérisée par une tristesse de l'humeur ou une perte de l'élan vital d'intensité moyenne. Les symptômes dépressifs sont moindres que dans un épisode dépressif avéré mais présents de manière très durable, au moins deux mois de suite sans période d'amélioration. Comme dans la cyclothymie, le caractère pathologique n'en est pas souvent reconnu pourtant des conséquences sévères ne sont pas rares (souffrance familiale pouvant entraîner des séparations, dépression, voire risque suicidaire).



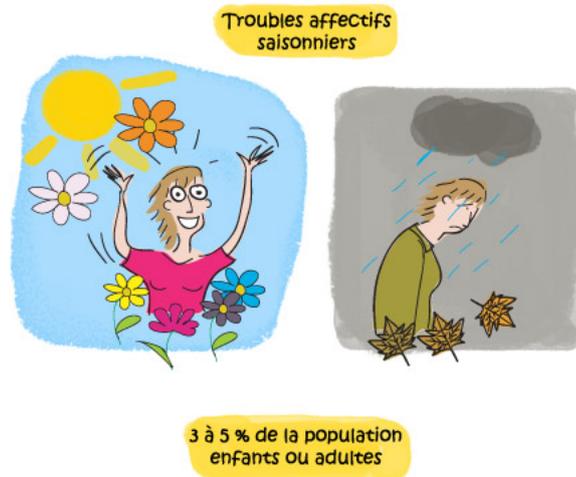
## Les cycles rapides

- On parle de « cycles rapides » lorsque surviennent au moins **quatre épisodes**, soit dépressifs, soit maniaques, au cours de **l'année**.  
13 à 20% des patients bipolaires souffriraient de cette forme dont 20% dès le début de la maladie, surtout des femmes.  
Dans certains cas les antidépresseurs pourraient favoriser l'accélération des phases.
- Différents facteurs de risque de passage à une forme à cycles rapides ont été étudiés :
  - Sexe féminin
  - Niveau social élevé
  - Absence d'antécédents familiaux de maladie bipolaire
  - Maladie thyroïdienne
  - Personnalité cyclothymique
  - Trouble bipolaire de type I
  - Prise d'antidépresseurs (le risque augmente avec le nombre d'épisodes traités par antidépresseurs).



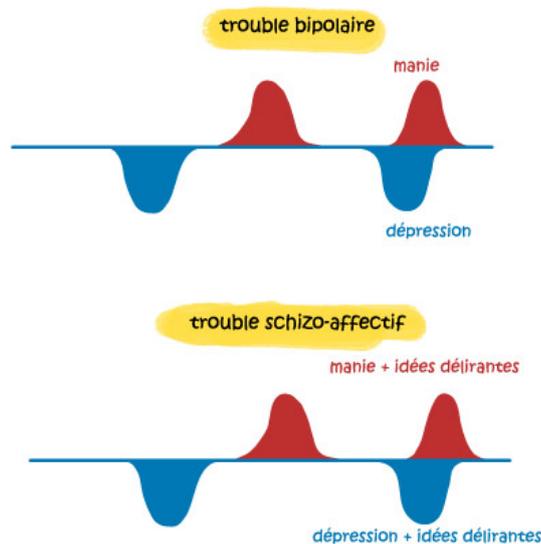
## Les troubles affectifs saisonniers

- Ces troubles concerneraient 3 à 5 % de la population, enfants comme adultes.
- Les troubles se répètent à une période précise de l'année avec typiquement des épisodes dépressifs à l'automne lorsque les jours diminuent et des périodes d'hypomanie au printemps.
- Les phases dépressives se caractérisent par une grande fatigue, une augmentation du temps de sommeil et une appétence particulière pour le sucre.
- Faute d'une exposition au soleil suffisante, la lumbinothérapie, traitement par l'exposition à une lumière à spectre complet a été proposée et permettrait d'améliorer ces symptômes et surtout de les prévenir (de nombreux modèles de lampes sont maintenant en vente dans le commerce).



## Le trouble schizo-affectif


 Dans certaines formes appelées « trouble schizo-affectif » ou « schizophrénie dysthymique », les épisodes dépressifs ou maniaques sont fréquemment associés à des éléments délirants. De plus entre les phases aigües le sujet ne retrouve pas un état parfaitement stable et conserve au contraire des signes évocateurs de maladie schizophrénique chronique. Le trouble schizo-affectif n'est donc pas véritablement une forme de trouble bipolaire, même s'il en partage certains symptômes.

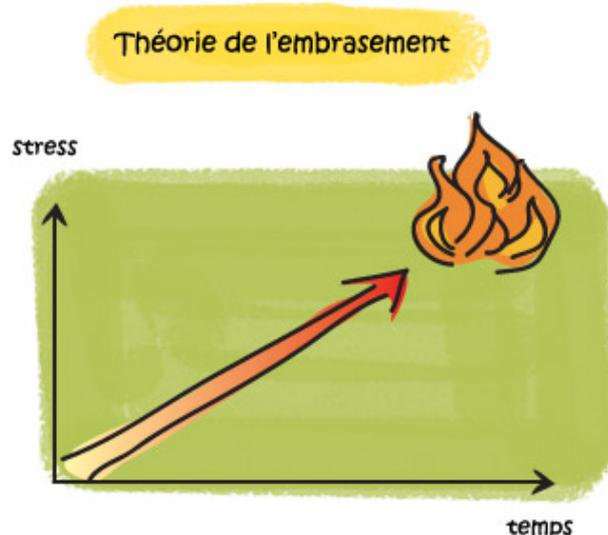


## Les causes de la maladie bipolaire

- Rôle des évènements de vie stressants
- Hypothèse cognitivo-comportementale
- Hypothèse neuro-développementale
- Hypothèse neurobiologique
- Hypothèse neuro-endocrinienne
- Hypothèse génétique
- Hypothèse psychanalytique

### Rôle des évènements de vie stressants

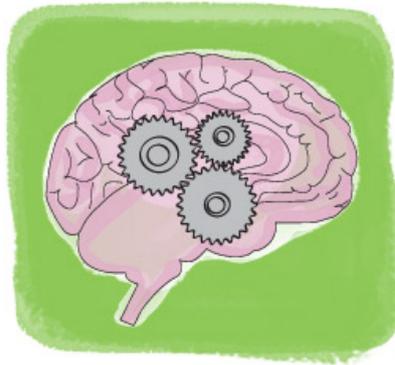
- 📖 C'est souvent rétrospectivement qu'on met en relation le déclenchement initial de la maladie bipolaire ou celui des récurrences avec des évènements de vie stressants : perte d'un proche, déménagement, changement d'emploi, décalages horaires... Les consommations d'alcool et de toxiques, notamment le cannabis, seraient aussi des catalyseurs mais il faut rester prudent et ne pas confondre coïncidence dans le temps (d'autant plus sujette à caution qu'elle est relevée rétrospectivement) et relation de cause à effet. Tout se passe comme si ces évènements de vie interagissaient avec un « terrain » particulier, c'est-à-dire sur des individus fragiles ou vulnérables. En outre, les évènements de vie stressants pourraient avoir un impact croissant au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, c'est ce qu'on appelle la **théorie de l'embrèvement** empruntée à l'épilepsie : au fil du temps des évènements de moindre importance déclencheraient les épisodes de plus en plus facilement jusqu'à ce que ces épisodes se déclenchent spontanément.



### Hypothèse cognitivo-comportementale

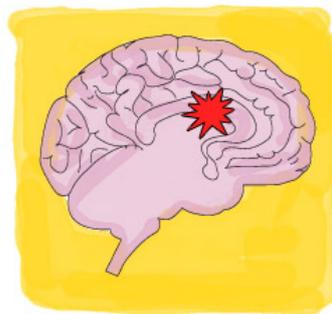
- 📖 Issu des travaux de Skinner dans les années 1940, le comportementalisme (Behaviorisme pour les anglo-saxons) a pour objet d'étude les comportements. Il étudie les processus d'apprentissage et de développement via les mécanismes de gratifications et de punitions en distinguant d'une part les comportements et d'autre part les « états internes » insuffisamment observables pour être étudiés scientifiquement.

- 
 La psychologie cognitive qui lui succède trouve, elle, ses origines dans les travaux de John Von Neumann dans les années 50. Elle étudie le cerveau humain comme un processeur (ou un ensemble de processeurs), et s'intéresse donc aux processus mentaux, c'est-à-dire aux mécanismes de mémorisation, de raisonnement, etc... Le cognitivisme succède donc au behaviorisme en réintégrant l'étude des « états internes ».
  
- 
 Ces théories ont permis d'identifier un certain nombre de « dysfonctionnements du traitement des pensées » par les sujets, à l'origine de diverses difficultés psychiques. Ainsi, dans les troubles anxieux notamment, cette approche a ouvert le champ des thérapies comportementales et cognitives (TCC).
  
- 
 Dans l'approche cognitiviste, les événements de vie peuvent être lus comme une menace dépressive chez les sujets présentant une faible estime de soi, menant aux idées de mégalomanie et finalement à la manie qui serait une forme de défense face à la dépression. Manie et dépression seraient donc deux états cognitivement proches. Dans la maladie bipolaire, si ces théories ne permettent pas d'expliquer l'ensemble des troubles, elles ont tout de même permis de mettre en évidence un certain nombre de « dysfonctionnements » cognitifs, à l'origine d'une mauvaise observance médicamenteuse, de difficultés à reconnaître précocement les fluctuations de l'humeur et à gérer stress personnels et environnementaux... Les TCC se révèlent donc une approche complémentaire intéressante de la prise en charge des patients atteints de troubles bipolaires.



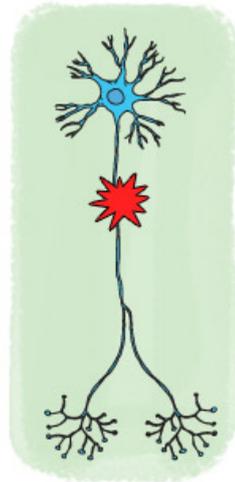
## Hypothèse neuro-développementale

- 
 La découverte de très discrètes perturbations neurologiques chez certains patients (mises en évidence rétrospectivement dès l'enfance), celle d'anomalies cérébrales minimes lors d'examens d'imagerie cérébrale et d'autres anomalies électrophysiologiques ont conduit à développer l'hypothèse d'une vulnérabilité neurologique qui existerait dès les phases précoces du développement, fruit de l'hérédité ou d'anomalies du développement neurologique (imputables, par exemple, à des incidents minimes survenus pendant la grossesse). Cette vulnérabilité ne suffirait pas à causer la maladie bipolaire elle-même, mais pourrait fragiliser le sujet concerné et le rendre ultérieurement plus sensible à d'autres facteurs de risque.



## Hypothèse neurobiologique

- L'efficacité du lithium et des autres thérapeutiques médicamenteuses dans la maladie bipolaire laisse penser que des anomalies chimiques au niveau des neurotransmetteurs intracérébraux pourraient être associées au trouble, ce qui est corroboré par un certain nombre d'études effectuées chez l'animal et chez l'homme.



## Hypothèse neuro-endocrinienne

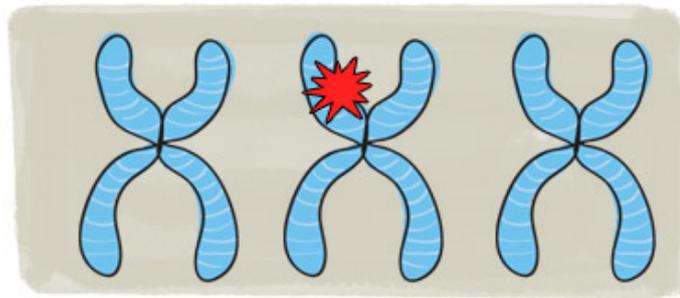
- Une augmentation de la sécrétion de cortisol a été évoquée dans certaines dépressions périodiques. Par ailleurs on décrit des troubles psychiques d'allure soit maniaque soit dépressive lors des corticothérapies (traitement par cortisol et autres produits proches proposé par exemple dans certaines maladies allergiques). Ces anomalies non spécifiques ne sont pas présentes chez tous les patients mais pourraient dans certains cas participer au développement de cette maladie.



## Hypothèse génétique

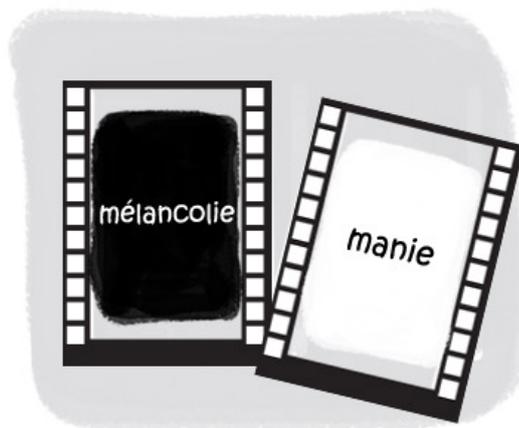
- Tous les travaux scientifiques concordent pour constater que certaines familles sont plus marquées par la bipolarité que d'autres, et que cette fragilité particulière ne peut pas entièrement s'expliquer par les conditions partagées en termes d'éducation, de culture ou d'histoire familiale. Il existe bel et bien des **facteurs génétiques** associés à la maladie bipolaire.

- Ainsi le risque de développer une maladie bipolaire chez une personne donnée est multiplié par 5 à 10 lorsqu'un parent du 1er degré est atteint. De même, le risque est plus élevé pour des jumeaux identiques (40 à 70% de concordance) que pour des « faux jumeaux ». Ces constatations vont dans le sens d'une transmission au moins partiellement génétique du trouble. Cependant, entre deux jumeaux identiques la concordance n'est pas de 100%, qu'ils soient élevés ensemble ou non : si l'un est atteint l'autre ne l'est pas toujours, infirmant ainsi la thèse d'un gène unique de transmission simple. Il est admis que plusieurs gènes de vulnérabilité interviennent et l'on parle de maladie « à hérabilité complexe ».
- Posséder les gènes de vulnérabilité ne détermine pas que l'on développera la maladie. Ainsi que dans l'hypothèse neuro-développementale, les conditions induites par la présence de ces gènes de vulnérabilité ne constituent qu'un état de fragilité, dans lequel le sujet est plus à risque de développer la maladie bipolaire que celui qui ne présente pas ces conditions.
- Des études génétiques ont permis d'identifier certaines régions pouvant contenir des gènes de vulnérabilité, notamment sur les chromosomes 9, 10, 14, 13, 22. Bien sûr d'autres pistes sont en voie d'exploration.



## Hypothèse psychanalytique

- Il serait bien ardu et terriblement réducteur de résumer en quelques lignes les théories psychanalytiques des troubles bipolaires.
- Freud le premier les a énoncées et formalisées dans « Deuil et mélancolie » en 1915, comparant les mécanismes de la mélancolie à ceux du deuil et considérant la manie comme le négatif de la mélancolie. Plus tard Karl Abraham (« Les états maniaco-dépressifs », 1924), Mélanie Klein (« Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », 1934), Paul Claude Racamier ("Dépression, deuil et alentour", 1985) et bien d'autres encore ont contribué à développer ces théories.
- Celles-ci ne s'opposent pas aux hypothèses d'inspiration « biologique » : elles abordent des questions similaires mais à un niveau différent d'observation et d'explication. Du reste Freud lui-même, neurologue de formation, est toujours resté dans l'espoir que l'on mettrait un jour en évidence les fondements « biologiques » de ses propres théories.



### Evolution et risques

- Evolution
- Le risque de suicide
- Prévention du risque suicidaire
- Autres risques

## Évolution

- Le début de la maladie bipolaire est souvent brusque, pour les premiers épisodes on identifie souvent des « facteurs déclenchants », évènements de vie qui coïncident avec l'apparition des symptômes et qui semblent les favoriser.
- Un épisode maniaque inaugure le plus souvent les formes typiques de trouble bipolaire : il annonce dans plus de 80% des cas un trouble bipolaire.
- L'évolution d'un état maniaque comme celle d'un épisode dépressif non traité est en général de 4 à 8 mois. Le traitement permet de réduire la durée de ces accès.
- L'évolution est irrégulière, la cyclicité tend à s'aggraver au cours du temps, les épisodes se rapprochant.
- La durée des épisodes varie en fonction de la rapidité à l'instauration du traitement.
- Cette évolution plutôt péjorative peut être enrayée par un traitement adapté instauré le plus précocement possible.
- Une personne bipolaire non traitée aurait en moyenne une espérance de vie inférieure de 20 ans à l'espérance de vie dans la population générale, liée à différents risques. Certains de ces facteurs défavorables ne sont pas accessibles à la prise en charge. Mais un traitement précoce, la prise en compte des comorbidités, un suivi régulier et une bonne relation thérapeutique entre médecin et malade sont autant de moyens de réduire les complications liées à la maladie bipolaire, et d'en améliorer le pronostic spontané. Il est donc très important de consulter dès le début des troubles et de maintenir le suivi au fil du temps.



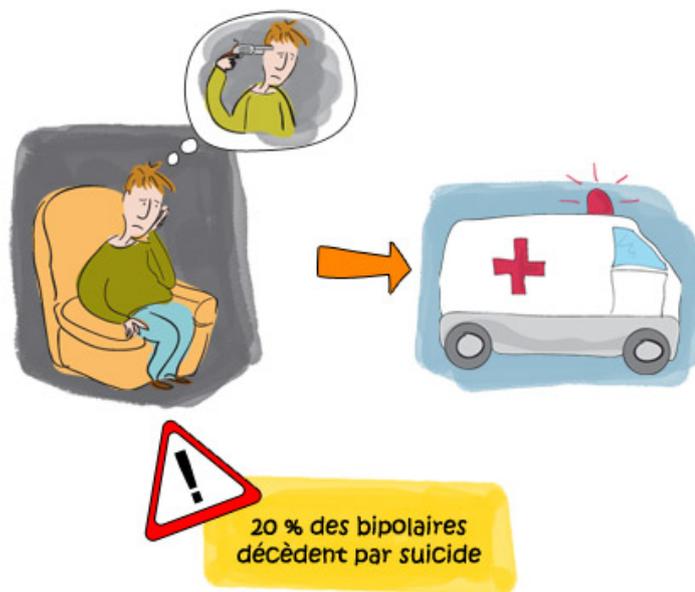
**l'espérance de vie  
chez un bipolaire non traité  
est < 20 ans à l'espérance de vie  
de la population générale**

## **Le risque de suicide**

- ■ Le risque principal de la maladie bipolaire est le suicide.
- ■ On estime que 20% des bipolaires décèdent par suicide. Ce risque est 30 fois supérieur à celui de la population générale, il est donc considérable. Il est équivalent entre les sexes alors que dans la population générale il est 3 fois supérieur chez les hommes. On observe un pic de fréquence des suicides en mai et en octobre.
- ■ Le risque de décès par suicide est plus élevé pour les bipolaires de type II qui présentent souvent des comorbidités (alcool, trouble de la personnalité...) qui contribuent elles aussi au risque de geste suicidaire.
- ■ Le risque de tentative de suicide est quant à lui supérieur pour les bipolaires de type I (26% contre 18% pour les bipolaires de type II et 11% pour les unipolaires).

Il est fréquent dans les états mixtes.

- Ce risque existe pendant les phases dépressives, de nombreux malades déclarant alors des pensées suicidaires. Présent au début de l'épisode, il peut se manifester au moment où le traitement antidépresseur commence à agir, diminuant le ralentissement initial sans pour autant être encore complètement efficace sur la tristesse ni sur la douleur morale.
- Le risque existe aussi pendant les phases maniaques, sous la forme d'un geste impulsif, et est à craindre tout particulièrement au cours des épisodes mixtes. Il est parfois présent au cours des phases de rémission.
- Il semble que ce risque soit plus important pendant les premières années de la maladie.

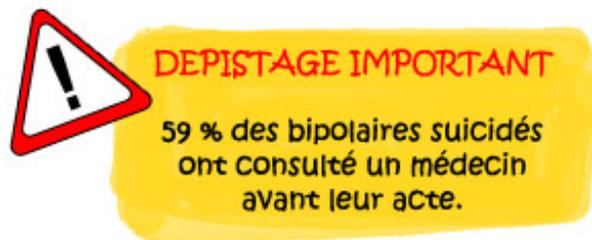


Pour en savoir plus :  [www.conduites-suicidaires.com](http://www.conduites-suicidaires.com)

#### Prévention du risque suicidaire

- Une prévention de ce risque de suicide doit donc être mise en place pour tout malade bipolaire au moyen d'un traitement médicamenteux et d'un suivi psychothérapeutique étroit dans « l'alliance » thérapeutique avec le médecin. L'éducation du patient et de son entourage à dépister ce risque et les différentes manifestations de la maladie est également un enjeu très important.
- Outre son rôle thymorégulateur le lithium aurait un rôle préventif spécifique des conduites suicidaires.

- 📌 Selon certains travaux 59% des bipolaires décédés par suicide ont rencontré un médecin psychiatre ou généraliste avant leur geste suicidaire. La prévention n'est donc pas un problème d'accès aux soins mais pose la question du dépistage de troubles de l'humeur.
- 📌 Dans certains cas de risque immédiat, une hospitalisation doit être discutée. Les antécédents de tentative de suicide doivent rendre vigilants médecins et entourage.



Pour en savoir plus :  [www.conduites-suicidaires.com](http://www.conduites-suicidaires.com)

### Autres risques

- 📌 En dehors du suicide, un autre risque majeur est celui des abus de substances : la consommation excessive d'alcool et de toxiques est fréquente (voir « comorbidités ») et diminue l'espérance de vie.
- 📌 Les comportements à risque (conduite automobile à vitesse excessive, défis dangereux, comportements sexuels à risques, actes médicolégaux...) sont fréquents surtout en phase maniaque ou mixte, et peuvent eux aussi engager le pronostic vital.
- 📌 Les complications dites psychosociales sont fréquentes. La maladie expose à :
  - des difficultés professionnelles (licenciement, démissions impulsives, conflits professionnels),
  - des difficultés familiales et sociales, les symptômes entraînant conflits conjugaux, séparation,

divorce, perte des amis aboutissant parfois à un véritable isolement social.

-  Les facteurs de risque associés à ces complications psychosociales sont :
- Un début précoce de la maladie
  - Le sexe masculin
  - Le nombre élevé d'épisodes
  - La présence de symptômes délirants pendant les épisodes
  - Les consommations d'alcool et de toxiques
  - Une personnalité instable



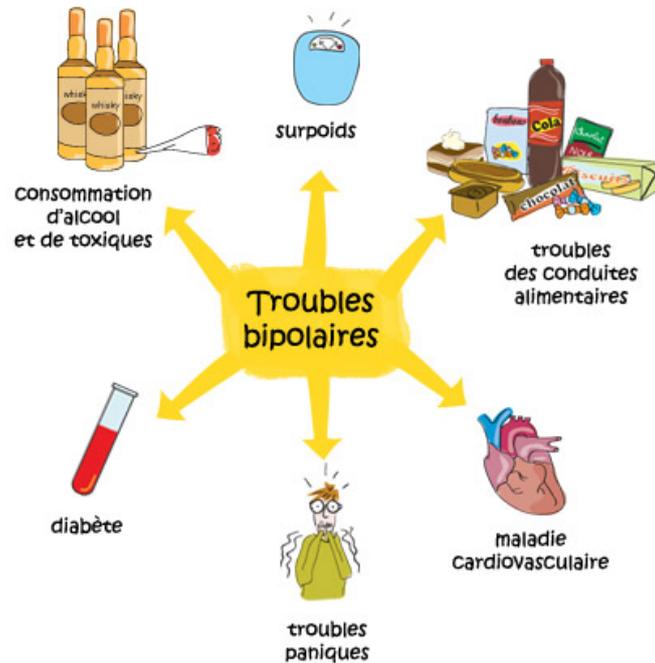
#### Comorbidités : maladies associées

- Généralités
- Consommation d'alcool et toxiques
- Les troubles paniques
- Le trouble obsessionnel compulsif
- Troubles des conduites alimentaires
- Les troubles de la personnalité
- Le surpoids et l'obésité
- Le diabète
- Les maladies cardiovasculaires

### Généralités

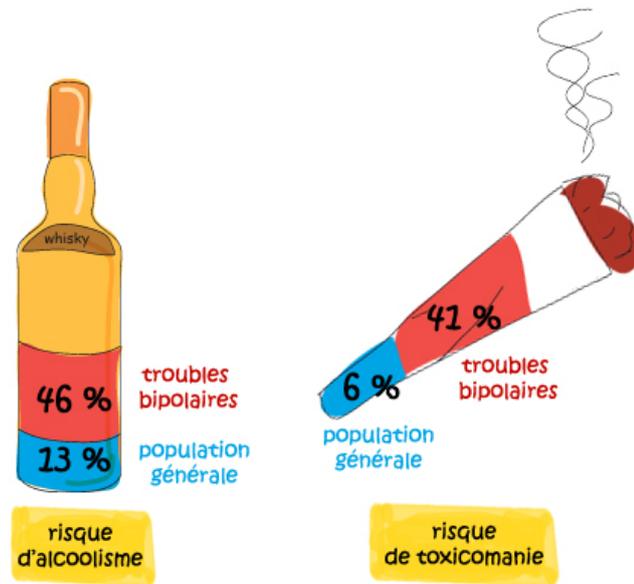
-  La maladie bipolaire s'accompagne d'une importante comorbidité, c'est-à-dire qu'elle est souvent associée à d'autres troubles. Cette association modifie souvent l'expression de la maladie et peut affecter son pronostic et la réponse au traitement. Il est donc primordial de dépister cette comorbidité et de la traiter conjointement au trouble bipolaire. Elle concerne essentiellement :
- la consommation d'alcool et de toxiques
  - les troubles paniques
  - le trouble obsessionnel compulsif ou TOC
  - les troubles des conduites alimentaires
  - les troubles de la personnalité

- le surpoids et l'obésité
- le diabète
- les maladies cardiovasculaires



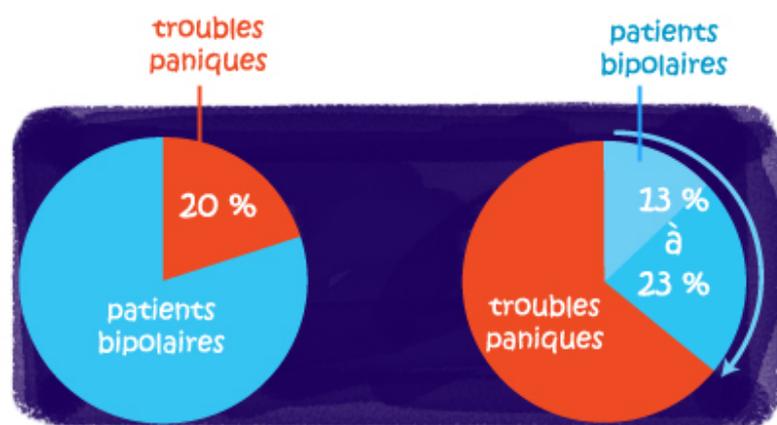
## La consommation d'alcool et de toxiques

- Selon certaines études, le risque d'alcoolisme est de 46% chez les personnes souffrant de trouble bipolaire contre 13% dans la population générale et celui de toxicomanie de 41% contre 6%.
- Ce risque est plus important pour les sujets qui souffrent de trouble bipolaire de type II et il est relativement plus considérable encore chez les femmes que chez les hommes. Ces données conduisent devant tout problème d'alcoolisme chez une femme à rechercher un possible diagnostic de bipolarité.
- Lorsque bipolarité et alcoolisme sont associés le pronostic est affecté : il y a alors davantage d'épisodes aigus et davantage de résistance aux traitements.
- Les relations entre l'alcoolisme et la bipolarité sont complexes : l'alcoolisme est-il secondaire au trouble bipolaire ? ou bien en est-il au contraire le déclencheur ? ou bien encore s'agit-t-il de la simple association de deux troubles qui partageraient peut-être des facteurs explicatifs communs ?
- D'un point de vue thérapeutique cette intrication est primordiale à prendre en considération, et la prise en charge doit tenir compte du fait que l'évaluation de l'état thymique (c'est-à-dire de l'humeur) se fait au mieux après sevrage et au terme d'une abstinence prolongée.
- Le trouble bipolaire peut aussi être associé à la consommation ou à la dépendance à d'autres toxiques (notamment cannabis) et de la même façon les soins doivent alors intégrer traitement du trouble de l'humeur et prise en charge de la toxicomanie.



## Les troubles paniques

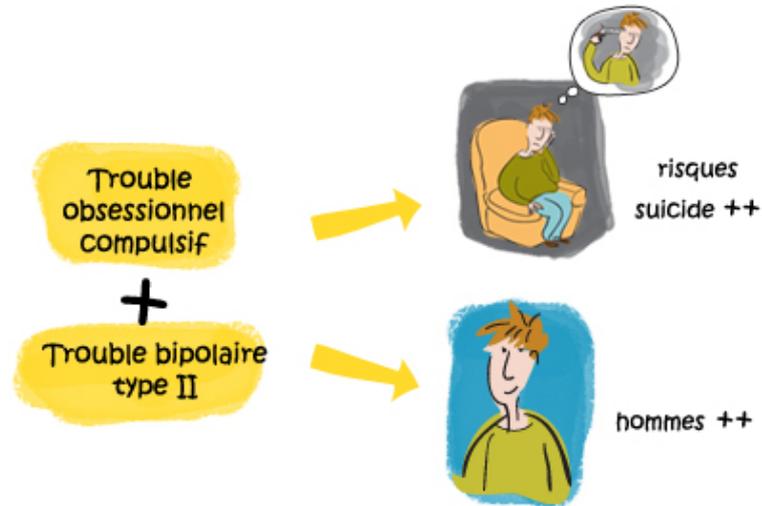
- 20 % des patients bipolaires présentent au cours de leur vie une forme de trouble anxieux appelée « trouble panique ».
- À l'inverse, 13 à 23 % des patients présentant un trouble panique sont bipolaires.
- Les patients bipolaires qui présentent aussi un trouble panique sont plus anxieux et présentent des symptômes plus sévères, des formes plus précoces, davantage d'épisodes dépressifs qui nécessitent plus de temps pour atteindre la rémission clinique et ont une réponse moins favorable au traitement. Ces sujets présentent un risque plus élevé de faire des tentatives de suicide.



En savoir + avec [www.anxiete.fr](http://www.anxiete.fr)

## Le trouble obsessionnel compulsif ou TOC

- Il est fréquent chez les patients souffrant de troubles bipolaires.
- Cette association est plus souvent observée avec le trouble bipolaire de type II, elle concerne plus souvent des hommes et semble liée à un risque suicidaire plus élevé.



En savoir + avec [www.troubles-obsessionnels-compulsifs.com](http://www.troubles-obsessionnels-compulsifs.com)

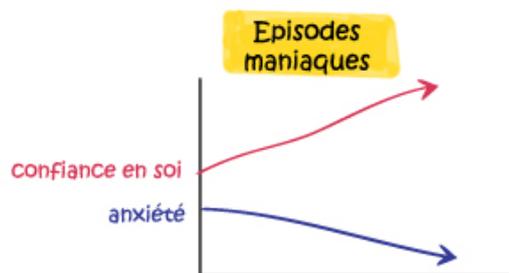
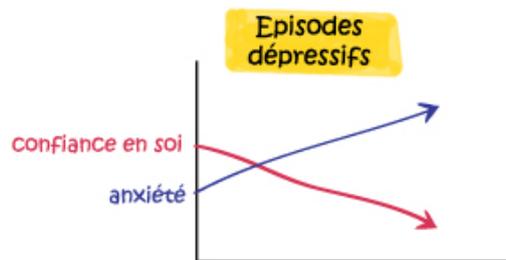
## Les troubles des conduites alimentaires

- Boulimie et trouble bipolaire peuvent être associés dans certains cas, en outre certains accès maniaques sont marqués par une augmentation exagérée de l'appétit.



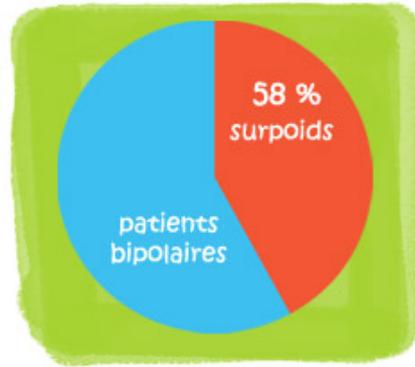
## Les troubles de la personnalité

- Les relations entre maladie bipolaire et personnalité sont complexes. Schématiquement on peut dire que :
  - soit les caractéristiques de personnalité prédisposent au développement de la maladie comme la personnalité dite « hyperthymique » (caractère jovial, expansif...)
  - soit elles expriment en elles-mêmes la maladie dans certaines formes atténuées, par exemple la personnalité dite « cyclothymique »
  - soit certaines caractéristiques de la personnalité sont les conséquences de la maladie (on observe ainsi qu'en l'absence de soutien et dans les cas où les épisodes se répètent, peuvent parfois s'installer manque de confiance en soi, dépendance aux autres, sentiment d'insécurité...)
  - soit elles influencent le cours évolutif de la maladie, favorisant par exemple l'exposition à certains événements de vie stressants ou aux consommations d'alcool et de toxiques.
- Pendant les épisodes dépressifs, certains traits de personnalité comme l'anxiété ou le manque de confiance en soi se majorent, pour diminuer pendant les épisodes maniaques.



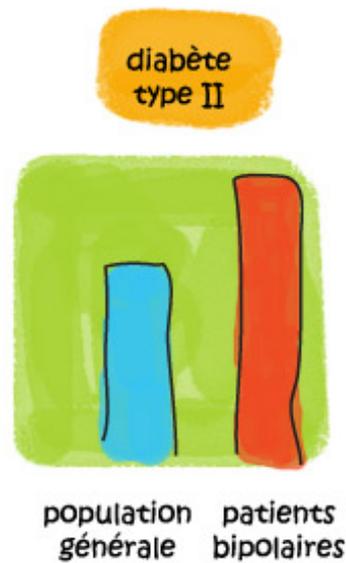
## Le surpoids et l'obésité

- Le surpoids (déterminé par un indice de masse corporelle, IMC, supérieur à 25) touche 58% des patients bipolaires. L'IMC est défini par le rapport du poids exprimé en kg et de la taille exprimée en mètres et portée au carré :  $IMC = P(kg) / T^2(m)$ .
- Certains médicaments nécessaires à la prise en charge du trouble bipolaire peuvent favoriser la prise de poids.



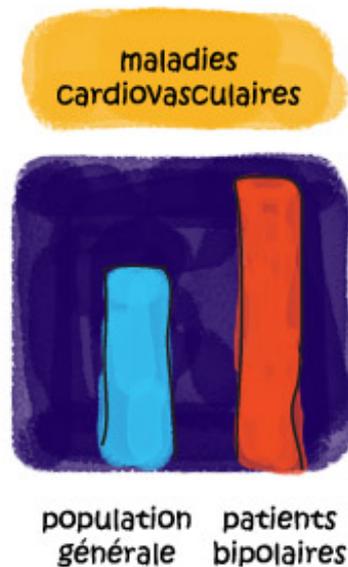
## Le diabète

- Le diabète de type II ou diabète gras est plus fréquent chez les patients bipolaires que dans la population générale.



## Les maladies cardiovasculaires

- Les maladies cardiovasculaires sont elles aussi plus fréquentes chez les bipolaires et cela peut être mis en relation avec le risque relativement plus élevé chez ces patients de développer diabète et surpoids, de présenter un trouble anxieux ou de mal respecter les règles d'hygiène de vie (consommation d'alcool notamment).



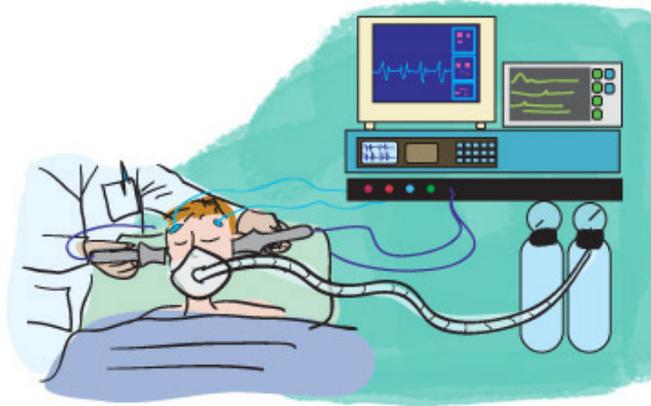
- Autres traitements**
- La sismothérapie
- Approches psychothérapiques**
- Principe
  - Psychothérapie de soutien
  - TCC : Thérapies comportementales et cognitives
  - Psychanalyse
  - Thérapies familiales
  - Mesures psycho-éducatives
- Règles hygiéno-diététiques (RHD)

## La sismothérapie

- 
 La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT) souffre de sa réputation taillée par des films comme « Vol au-dessus d'un nid de coucou » et par les courants antipsychiatriques, sur des arguments plus idéologiques que scientifiques.
- 
 Loin des idées reçues, ce traitement consiste à provoquer en milieu médicalisé, sous haute surveillance et sous anesthésie générale, une crise convulsive généralisée par la diffusion d'un courant électrique de faible intensité au niveau cérébral. Souvent indiquée lors de résistance ou de contre-indications aux traitements médicamenteux, ses propres contre-indications se limitent à celles de l'anesthésie générale et à certaines affections cérébrales (hypertension intra-crânienne). Les effets indésirables possibles sont ceux de l'anesthésie générale, des maux de têtes et des « trous de mémoires » en général modérés et temporaires.
- 
 Dans le trouble bipolaire l'indication des ECT peut se discuter d'emblée en cas d'épisode mélancolique et/ou catatonique, en cas de « fureur maniaque » ou en cas de résistance aux traitements usuels. On réalise 2 à 3 séances par semaine et la rémission parfois spectaculaire est

obtenue selon les cas en 2 ou 3 à une quinzaine de séances.

### sismothérapie



2 à 3 séances/ semaine

## Approches psychothérapeutiques : principe

- L'expérience clinique et les données scientifiques démontrent que la psychothérapie utilisée isolément ne donne pas les meilleurs résultats dans la maladie bipolaire. La mortalité, le risque suicidaire, les conduites dangereuses peuvent bénéficier de traitements médicamenteux qu'il faut savoir proposer. A l'inverse, l'approche « biologique » c'est-à-dire médicamenteuse pure peut être utilement complétée par une approche psychothérapeutique.
- Le relation entre le patient et le médecin prescripteur est en soi psychothérapeutique et comprend une forme de soutien nécessaire à la prise en charge de cette maladie chronique.
- Dans certains cas une thérapie plus formalisée peut être proposée : TCC, psychanalyse...
- En fait, il faut retenir que bien loin de s'opposer, l'approche médicamenteuse et l'approche psychologique se complètent et se renforcent mutuellement.



## Approches psychothérapeutiques : psychothérapie de soutien

- Toute relation entre un médecin et son patient comporte une part de psychothérapie de soutien. Elle repose sur la qualité de l'empathie\*, l'optimisme, la bonne transmission de l'information de façon bilatérale. Le médecin explique, rassure, s'adapte à la situation. La prise en charge psychiatrique au long cours comporte

une information et une éducation du patient sur sa maladie qui permet d'améliorer la compliance\*\* au traitement au long cours, surtout en cas d'effets secondaires, de faire prendre conscience au patient de l'importance de règles « hygiéniques » de vie permettant de réduire les risques de rechute, de lui apprendre à reconnaître rapidement les symptômes précurseurs des rechutes et enfin de travailler sur les problèmes sociaux, familiaux ou de couple engendrés par la répétition des épisodes thymiques.

\* *Empathie : Compréhension active, objective et rationnelle de son interlocuteur.*

\*\* *Compliance : Adhésion du patient au traitement.*



## Approches psychothérapeutiques : mesures psycho-éducatives

La **psychoéducation** est la formation théorique et pratique adressée aux patients et à leur famille. Elle est axée sur la compréhension du trouble et de ses différents traitements afin de favoriser une bonne réinsertion du sujet. La psychoéducation aborde les causes et les conséquences de la maladie, le contrôle des facteurs déclenchants et les principaux aspects psychopathologiques du trouble ainsi que la qualité de la relation médecin-famille-patient.

Ses objectifs sont les suivants :

### Objectifs principaux :

- Optimiser le traitement médicamenteux
- Prévenir les récurrences et diminuer le nombre et la durée des hospitalisations
- Améliorer la qualité de vie du sujet dans toutes ses dimensions (personnelle, familiale, professionnelle, sociale)
- Favoriser, entretenir et consolider l'alliance thérapeutique.

### Objectifs intermédiaires :

- Favoriser l'acceptation du trouble (au sens d'une reconnaissance et non d'une résignation) et lutter contre la stigmatisation de la notion de maladie mentale qui s'y rattache par l'information et le soutien du patient et de son entourage.
- Améliorer la qualité de l'observance et lutter contre les abus de substances
- Faciliter l'identification des symptômes annonciateurs d'une récurrence, permettre de contrôler les situations de stress et aider à respecter les règles d'hygiène de vie
- Améliorer les relations interpersonnelles et le fonctionnement social dans les périodes inter-critiques

Ces mesures éducatives peuvent être délivrées en **séances individuelle ou de groupe** incluant ou non les **familles** selon les cas. Le nombre de séances varie de **5 à 20** selon les protocoles. Elles sont animées par un personnel entraîné aux thérapies de groupe (psychiatre, psychologue, infirmiers), de préférence **en dehors des épisodes aigus**.

Les différents protocoles appliquent un certain nombre de points identiques :

- Information générale sur le trouble bipolaire et ses traitements
- Reconnaissance précoce des symptômes annonciateurs d'une rechute ou d'une récurrence
- Respect des règles d'hygiène de vie, des rythmes sociaux
- Amélioration des modes de fonctionnement avec les autres et de la qualité de vie
- Entraînement à une auto-évaluation de son humeur



## Règles hygiéno-diététiques (RHD)

- Les RHD permettent de se prémunir des stress du quotidien.
- En complément des traitements médicamenteux et des psychothérapies, l'hygiène de vie est un point fondamental de la prise en charge à long terme des troubles bipolaires. Elle est essentielle pour limiter les effets négatifs des crises.
  - Avoir un sommeil régulier, respectant les heures de coucher et la durée du sommeil (éviter les décalages horaires)
  - Eviter la prise de certains médicaments
  - Eviter ou limiter l'alcool et toutes les autres drogues
  - Pratiquer des activités régulières, sport et détente
  - Eviter l'inactivité excessive
  - Apprendre à gérer les risques de stress (être attentif aux engagements passionnels, aux succès et aux échecs qui peuvent être des facteurs de risque de rechute).

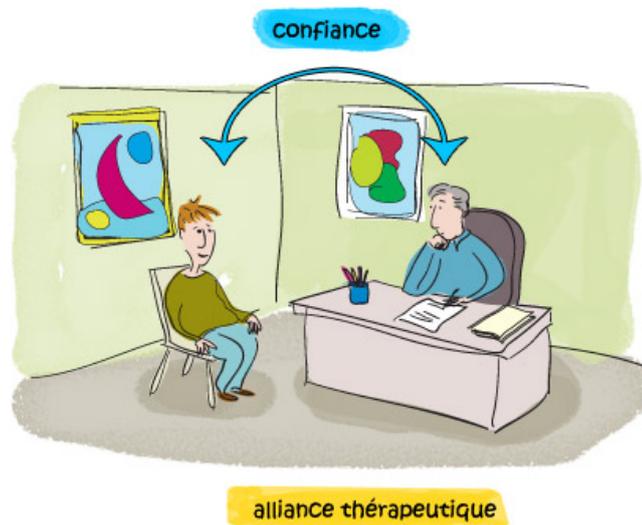


### Aspects médico-sociaux : réseau de soins et prise en charge

- La place du psychiatre
- La place du médecin généraliste
- La place de l'hôpital
- Modalités d'hospitalisation
- La place du service de secteur
- Que faire en phase aiguë ?
- Prise en charge financière

## La place du psychiatre

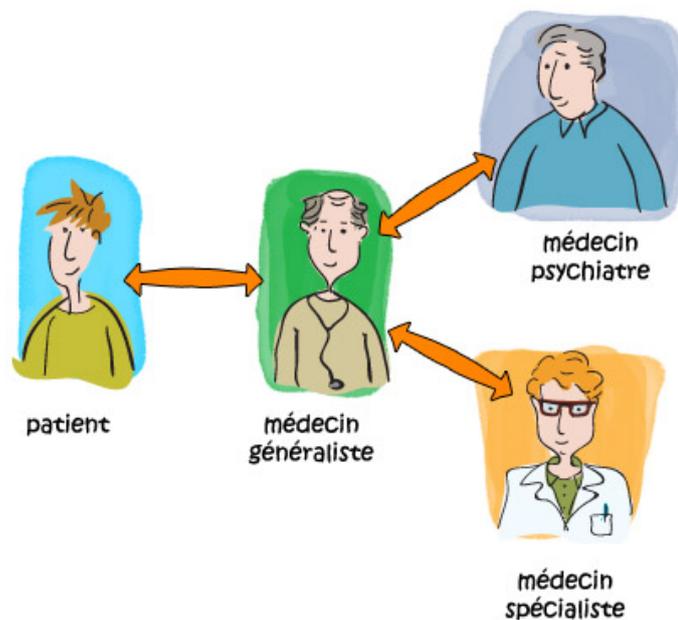
- Le recours au psychiatre est difficilement contournable. Il est important d'établir une relation de confiance durable patient-médecin, « l'alliance thérapeutique » reposant sur une confiance mutuelle.
- Le projet thérapeutique est élaboré en commun, en gardant à l'esprit que la route à parcourir ensemble est souvent longue et qu'il faut parfois plusieurs mois ou années de traitement médicamenteux quelquefois médiocrement toléré pour recueillir le bénéfice de celui-ci. La confiance mutuelle, l'échange d'informations sont donc des données fondamentales.
- Il est important de communiquer sur les effets secondaires, les difficultés rencontrées, les réticences par rapport à tel ou tel type de traitement, l'absence apparente de résultats. Le patient ne doit pas hésiter à poser toutes ses questions à son psychiatre qui, lui, a le devoir de se montrer disponible.



## La place du médecin généraliste

- Bien que la gravité potentielle de la maladie maniaco-dépressive justifie le recours à un spécialiste capable d'assurer le maniement des thymorégulateurs, cela n'empêche pas que le médecin généraliste prenne une part active au traitement et ait un rôle primordial dans la prise en charge du patient. Outre le rôle qui lui est maintenant conféré par les nouvelles réglementations de la sécurité sociale, il est un maillon essentiel de la chaîne thérapeutique, à l'interface entre le patient, le psychiatre et d'autres médecins spécialistes, qu'il informe des modifications de traitement et du risque d'interactions médicamenteuses. Son rôle de proximité est central.

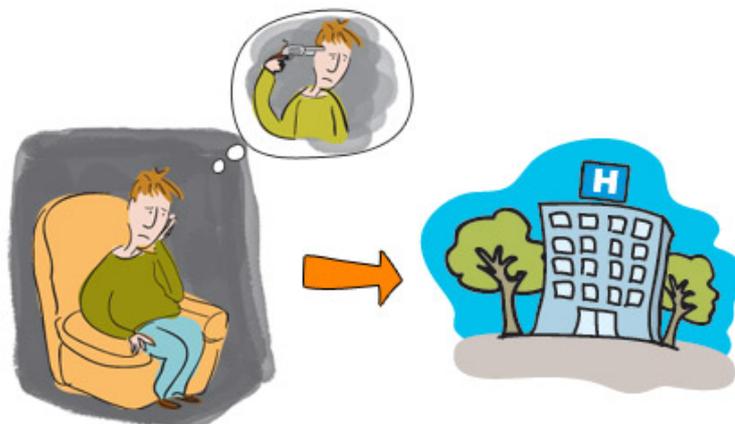
- Le médecin généraliste peut assurer le suivi du traitement médicamenteux, surveiller l'observance aussi bien que les effets secondaires éventuels et pourra être amené en collaboration avec le psychiatre à prescrire certains des traitements d'appoint.
- Dans l'urgence, particulièrement dans les zones rurales, c'est souvent le généraliste qui est au premier rang, et qui a la tâche d'apprécier l'état du patient et le degré d'urgence qui lui est lié, surtout en cas de menace suicidaire. A l'inverse, c'est lui aussi qui se retrouve le premier dans le système de soins, confronté au patient en phase maniaque avec lequel le dialogue est souvent difficile. Dès le retour à l'euthymie, la qualité de la relation médecin-malade se réinstaura.
- La bonne connaissance du milieu familial et du patient par le médecin généraliste lui confère un rôle essentiel auprès des proches : il sait conseiller le conjoint qui a besoin d'un soutien, parler aux enfants pour leur expliquer la situation...



## La place de l'hôpital

- Les épisodes maniaques et les épisodes dépressifs sévères avec idées suicidaires et/ou délirantes, nécessitent souvent une hospitalisation en milieu psychiatrique permettant de protéger le patient et de commencer un traitement.
- La très grande majorité des hospitalisations se font comme dans tout service de médecine ou de chirurgie, en « hospitalisation libre ». Dans certains cas, rares mais toujours douloureux, le patient est incapable, du fait même de la maladie, de consentir aux soins dont il a pourtant besoin, et il faut recourir à une hospitalisation sous contrainte.
- La loi du 27 juin 1990 prévoit en effet trois modes d'hospitalisation en psychiatrie, et ces trois modalités peuvent s'appliquer au patient qui souffre de trouble bipolaire :
  - Hospitalisation libre (H.L.)
  - Hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T)
  - Hospitalisation d'office (H.O)
- En cas d'hospitalisation libre, plusieurs structures peuvent accueillir les patients :
  - L'hôpital de secteur
  - Les services de psychiatrie générale des centres hospitaliers généraux et hospitalo-universitaires qui ne dépendent pas des secteurs
  - Les cliniques privées.
- Les hospitalisations sous contrainte se font le plus souvent dans l'hôpital de secteur dont dépend l'adresse du patient. Certains établissements privés ont un agrément pour accepter ces

modes d'hospitalisation : ils sont rares.



Dernière mise à jour : 09/01/2008

## Modalités d'hospitalisation

### Hospitalisation libre (H.L.)

C'est le régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics. C'est, hors exception, le seul régime d'hospitalisation dans les cliniques privées psychiatriques.

L'état du malade nécessite des soins en milieu hospitalier et il est d'accord pour être hospitalisé. Le malade sort sur avis médical ou à sa demande. Si le médecin pense que celui-ci court un risque en demandant sa sortie mais qu'il est capable de le faire en toute connaissance de cause, il lui demande de signer une décharge (« sortie contre avis médical »).

Dans le cas du trouble bipolaire les HL peuvent être nécessaires en cas d'épisode dépressif, lors d'épisodes hypomaniaques modérés, ou pour ajustement thérapeutique.

### Hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T)

La demande est présentée par un membre de la famille ou par l'entourage. Elle est accompagnée de 2 certificats médicaux attestant que les troubles rendent impossible le consentement de la personne et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Ces 2 certificats sont circonstanciés (description des troubles actuels justifiant le placement et non simple énoncé d'un diagnostic : ce n'est pas le fait de souffrir d'un trouble bipolaire qui justifie à lui seul l'hospitalisation à la demande d'un tiers mais la situation de danger induite par la maladie). Le premier certificat doit être établi par un médecin n'ayant aucun lien juridique avec l'établissement d'accueil. Le 2ème certificat doit être établi par un autre médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil sans être nécessairement psychiatre. Si les deux certificats ne sont pas concordants le directeur de l'établissement d'accueil ne peut prononcer l'admission.

Dans les 24 heures de l'admission puis à intervalles réguliers (15 jours puis 1 mois) un certificat médical est délivré par un psychiatre de l'établissement d'accueil après examen de la personne hospitalisée, et statue sur la nécessité de maintenir ou non la mesure.

La fin d'HDT peut se faire sur décision médicale à tout moment du séjour (certificat de levée d'HDT) ou à la demande du tiers ayant demandé l'hospitalisation. Bien sûr, il existe des voies de recours pour la personne hospitalisée contre son gré.

Dans le cas du trouble bipolaire, l'HDT peut être nécessaire lors d'épisodes dépressifs sévères avec idées suicidaires, ou lors de phases maniaques au cours desquelles le patient n'a pas conscience de la nécessité des soins.

Pour l'entourage, se trouver en position de demander une hospitalisation contre le gré de la personne est souvent très douloureux et très culpabilisant. Mais en pratique, une fois passée la phase aiguë, on observe souvent que le patient perçoit le bénéfice de cette mesure et accepte les soins qui peuvent se prolonger en ambulatoire ou en HL selon l'état. A toutes les phases de cette procédure un grand

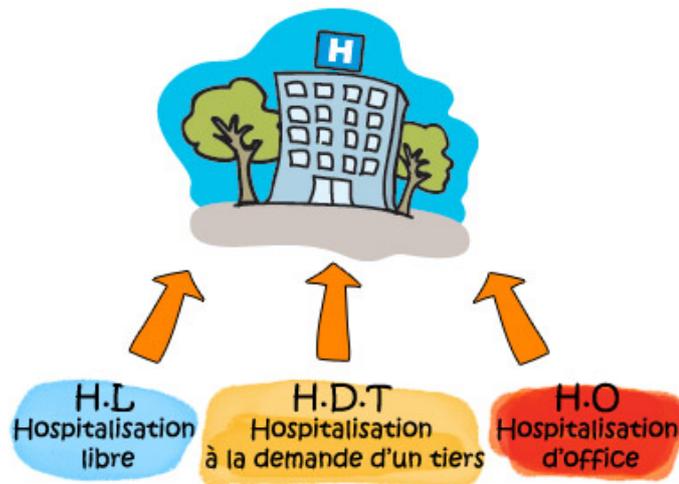
travail explicatif est nécessaire de la part de l'équipe médicale à destination du patient et de son entourage.

### **Hospitalisation d'office (H.O)**

Les Préfets (à Paris, le Préfet de Police) peuvent prononcer par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office de personnes compromettant l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Comme dans l'HDT, des certificats circonstanciés décrivant l'état du patient doivent être rédigés à 24 heures puis à intervalles réguliers (15 jours puis 1 mois) et se prononcer sur l'opportunité ou non de maintenir ou, au contraire, d'abroger la mesure d'HO.

Dans le cas du trouble bipolaire, l'HO peut être motivée à différentes phases de la maladie, et notamment pendant les phases maniaques, au cours desquelles il n'est pas exceptionnel de constater des troubles des conduites majeurs pouvant même se compliquer de gestes hétéro-agressifs.



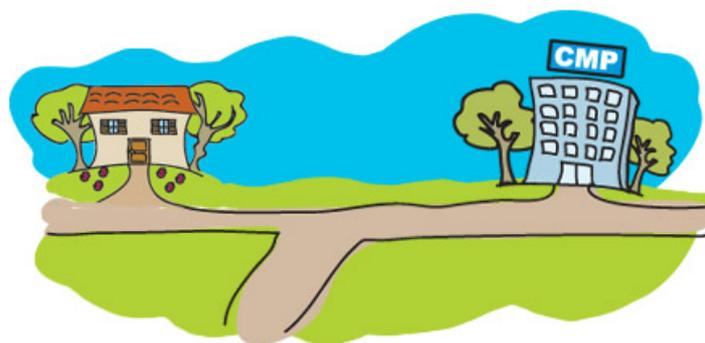
## **La place du service de secteur**

 En France, des aires géo-démographiques précises ont été délimitées, définissant des territoires appelés « secteurs psychiatriques ». Chaque adresse en France dépend donc d'un « Secteur ». L'idée du Secteur est contemporaine de l'apparition des médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs puis régulateurs de l'humeur) qui dans les années 50 et 60 ont révolutionné la prise en charge des malades souffrant de troubles mentaux. En bouleversant le pronostic de ces maladies, les nouveaux traitements changeaient du tout au tout la mission de l'hôpital qui petit à petit a perdu sa mission d'accueil au long cours (bien décrit par le terme « d'asile ») pour se recentrer sur la prise en charge des phases aiguës de la maladie mentale. Des malades jusque-là hébergés à l'hôpital ont pu, ont dû aussi, en sortir, et les médecins avec leurs autorités de tutelle ont dû imaginer des solutions alternatives : c'est ce qu'on a appelé la « desinstitutionalisation ».

 Les soins de traitement et de prévention des maladies psychiatriques se sont donc organisés au plus proche du domicile des malades dans les centres médico-psychologiques (CMP). Chaque secteur peut disposer de surcroît d'un certain nombre de structures extra-hospitalières en plus du CMP : hôpitaux de jour, centres de crise, appartements thérapeutiques, consultations spécialisées... Toutes les activités des CMP sont entièrement gratuites.

 Chaque secteur psychiatrique est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire est composée de psychologues, d'infirmiers, d'assistantes sociales auxquels peuvent s'adjoindre des éducateurs spécialisés, ou des paramédicaux tels que des ergothérapeutes ou des psychomotriciens. C'est à la même équipe qu'il incombe d'assurer les prises en charge intra- et extra-hospitalières, garantie de la continuité des soins. L'esprit du secteur est d'organiser en outre un travail en réseau avec l'ensemble des autres structures médico-sociales et associatives : hôpital de secteur où se trouvent des lits d'hospitalisation, hôpitaux généraux, médecins généralistes ou spécialistes, services de la mairie, centres de prise en charge de l'alcoolisme...

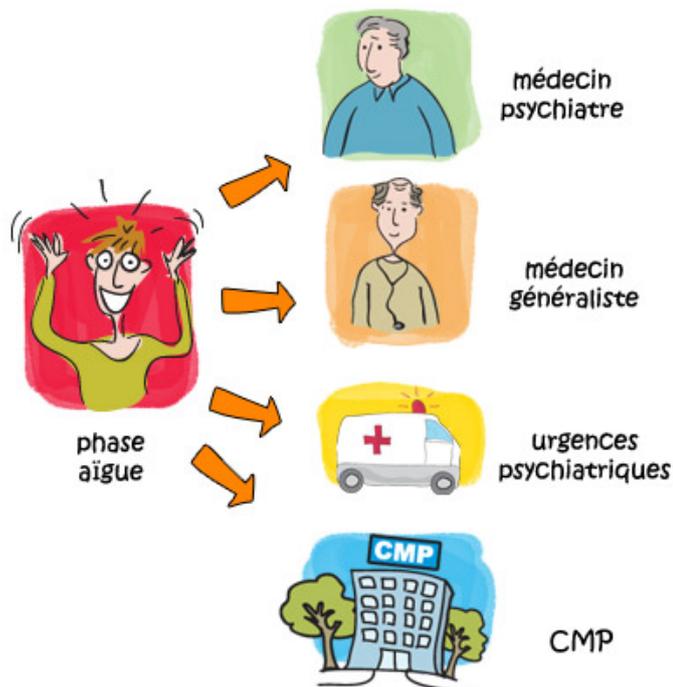
- On comprend que dans le cas du trouble bipolaire, maladie sujette à récurrences et parfois invalidante, le service de secteur, garant de la continuité des soins, puisse apporter une aide très précieuse : cohérence des soins médicaux tout au long de l'évolution et des rechutes éventuelles, soutien de l'équipe infirmière, visites à domicile, mise en place d'un projet médico-social adapté... Dans d'autres cas en revanche, lorsque la maladie est plus épisodique, en fonction aussi, bien sûr, du choix du patient et de l'offre de soins disponibles localement, le service de secteur n'a pas à intervenir et la prise en charge est délivrée par d'autres structures : médecine libérale ou associative par exemple.



proximité  
domicile / centres médico-psychologiques

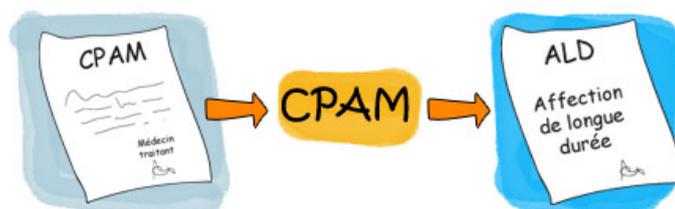
## Que faire en phase aiguë ?

- Dans la grande majorité des cas lors des phases aiguës de la maladie bipolaire, le patient lui-même est capable de demander de l'aide. Plus rarement mais cela est alors toujours douloureux, c'est l'entourage qui se trouve en position de demander des soins pour la personne qui souffre.
- Plusieurs intervenants peuvent alors aider les familles lors d'une phase aiguë :
- le médecin psychiatre qui suit le patient ;
  - le médecin généraliste ;
  - un service d'urgences psychiatriques : dans la plupart des hôpitaux généraux se trouve un service d'accueil d'urgence psychiatrique où 24 heures sur 24 un psychiatre peut recevoir un patient, évaluer son état et l'orienter vers un suivi ambulatoire ou vers une hospitalisation si cela s'avère nécessaire ;
  - dans certaines grandes villes il existe en outre des services spécialisés d'urgence psychiatrique (par exemple à Paris, le CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil).
  - certains services de secteur ont leur propre centre d'accueil et de crise (CAC) où les patients du secteur peuvent être évalués et parfois rester quelques jours le temps de juguler le moment aigu ;
  - dans les cas où le patient refuse ou est dans l'impossibilité de se rendre aux urgences on peut faire appel à des services médicaux privés. Un médecin se déplace au domicile du patient et peut alors évaluer la situation et prendre la décision qui s'impose ;
  - le centre médico-psychologique (CMP) peut aussi organiser des visites à domicile permettant d'examiner et d'évaluer l'état du patient ;
  - dans certains cas extrêmes et très rares, notamment lors d'agitation intense ou d'agressivité ou au contraire de complications physiques de la maladie (dénutrition grave par exemple), la police, les pompiers ou bien encore le SAMU peuvent être sollicités.



### Prise en charge financière

- Le trouble bipolaire fait partie d'une liste de 30 pathologies considérées comme nécessitant un traitement prolongé et coûteux ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur. C'est la caisse primaire d'assurance maladie qui accorde le droit à bénéficier de l'**ALD** (affection de longue durée) sur demande du médecin traitant.



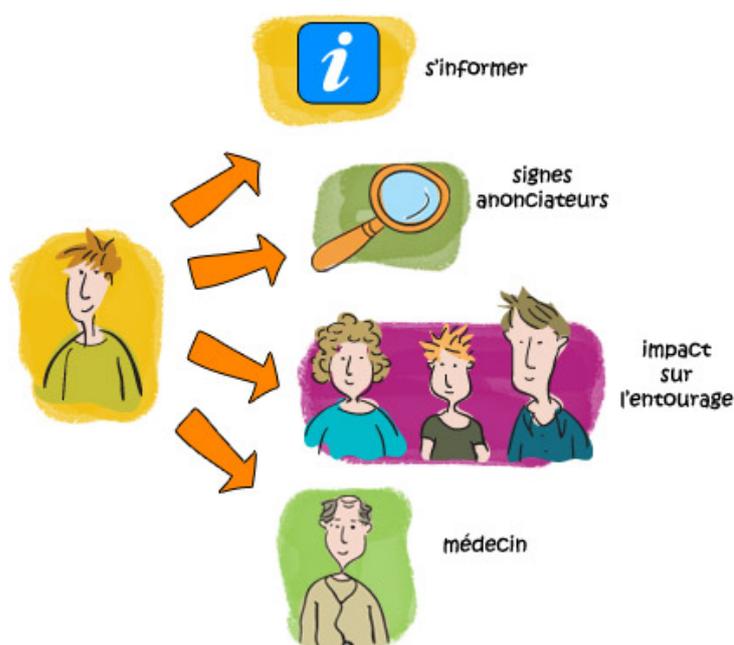
#### Vivre avec la maladie

- Vivre avec la maladie ou un malade
- Quelques situations particulières
- Bipolarité et travail
- Aspects légaux

### Vivre avec la maladie

- Vivre avec sa maladie c'est tout d'abord l'accepter et pour cela la connaître. Accepter sa maladie ne veut pas dire s'y résigner, mais au contraire en prendre acte et y faire face. Le patient et ses proches peuvent se documenter auprès du psychiatre référent, mais aussi de groupes de patients, groupes de familles, ouvrages destinés aux patients...

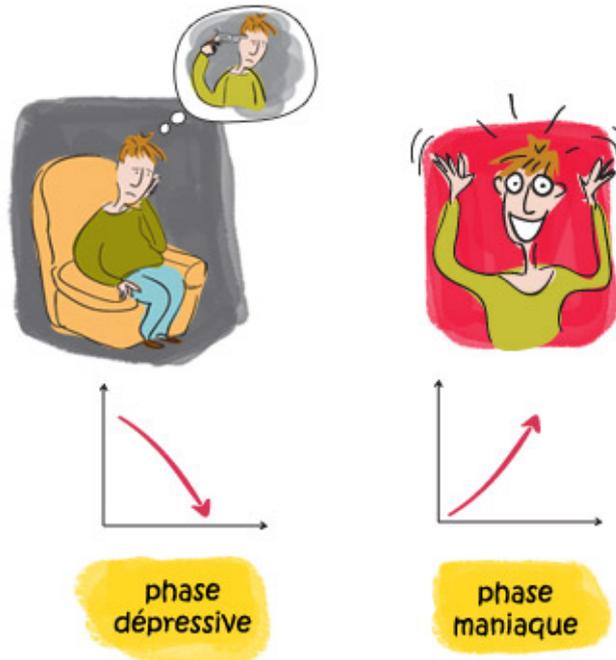
- Les épisodes, s'ils viennent à se répéter, permettent au patient de détecter les signaux annonciateurs de ses rechutes, souvent les mêmes, véritables signaux d'alerte et les éléments les favorisant. Il peut alors lui-même attirer l'attention de son médecin et discuter avec lui de la réponse qu'il faut apporter : repos, arrêt de travail, ajustement du traitement médicamenteux, hospitalisation, etc... Il prend aussi conscience de l'importance de respecter les conseils d'hygiène de vie : sommeil, rythme, stress...
- Vivre avec, c'est aussi prendre conscience de l'impact parfois sévère de la maladie et de ses conséquences sur l'entourage. En parler avec ses proches, démêler les situations, les interpréter ensemble avec le filtre de la maladie permet souvent de désamorcer les conflits en les comprenant mieux.
- C'est aussi réaliser que la « nostalgie » de la manie ou de l'hypomanie ressentie par certains patients n'est qu'un leurre bien dangereux. Le caractère agréable de l'hypomanie ou de la manie débutante ne persiste jamais très longtemps, et laisse au contraire la place, en l'absence de prise en charge adaptée, à toutes les conséquences parfois délétères de l'accès maniaque, ou bien au contraire au vécu si douloureux d'un nouvel épisode dépressif.
- Vivre avec sa maladie c'est enfin savoir solliciter l'aide de son entourage et de son médecin en cas de difficultés ou de suspicion de la moindre rechute plutôt que d'en attendre l'instauration.



## Troubles de la libido

- En phase maniaque on peut constater une exacerbation de la libido, véritable desinhibition sexuelle, les pulsions se libérant, et les fantasmes habituellement contrôlés s'exprimant soudain. Ces situations mènent parfois à des comportements sexuels à risques dont les conséquences peuvent être graves.
- En revanche dans la dépression la libido s'éteint, le désir disparaît.
- Entre les épisodes, les médicaments sont parfois à l'origine de difficultés sexuelles avec perte de plaisir. Une adaptation du traitement voire un changement de celui-ci et le recours pour les hommes à des traitements médicamenteux favorisant les érections peuvent permettre de très largement améliorer cette situation souvent difficile à supporter et à l'origine de nombreux arrêts de traitement intempestifs.

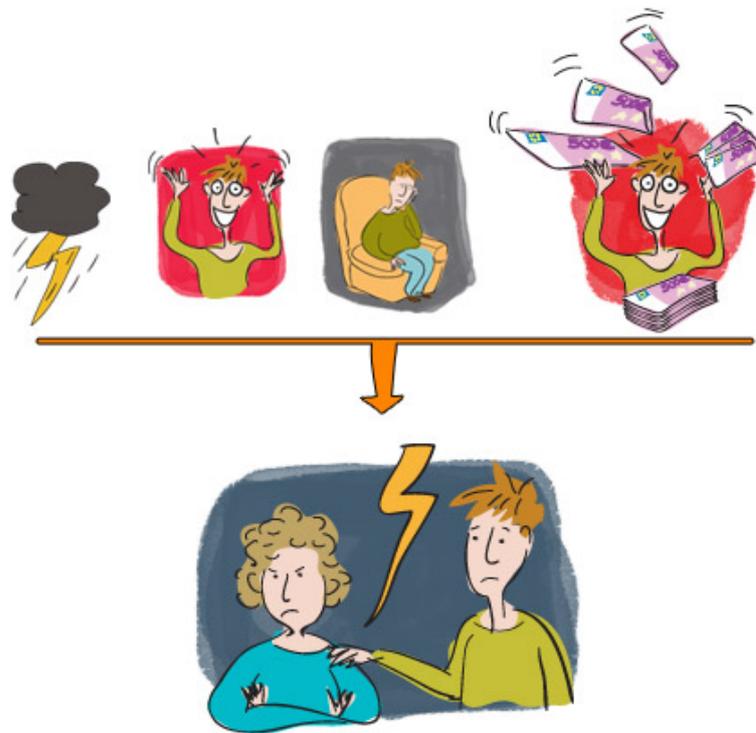
## Libido



## Vivre avec un bipolaire

- La maladie bipolaire dans les accès aigus est souvent à l'origine de conflits ou d'affrontements qui peuvent aller jusqu'à la désorganisation de la vie familiale. L'entourage vit souvent dans l'anticipation anxieuse des rechutes, supportant mieux les dépressions que l'excitation. La vie de famille suit les ressacs de l'humeur du patient. Les patients ont souvent conscience qu'ils font souffrir leur entourage : pendant les phases dépressives les proches se sentent démunis, impuissants voire même culpabilisés face à cette grande souffrance qui semble impossible à soulager. Les tâches de la vie courante leur incombent. A l'inverse pendant les phases maniaques ou hypomaniaques, les proches sont souvent des empêcheurs de tourner en rond aux yeux du patient, obstacles aux projets grandioses contemporains de l'accès d'excitation. Le maniaque impose le tempo, son ancien rythme lui apparaît morne, il est difficile de suivre sa cadence et d'en supporter les conséquences (achats, provocations publiques, familiarité, adultère...). Le conjoint, dans la crainte d'aggraver les conflits, supporte plus ou moins sereinement ces comportements dont il a souvent à assumer les conséquences.
- Outre les aspects financiers ou professionnels, ce sont les ruptures affectives qui marquent le plus profondément les biographies des bipolaires qui sont parfois, dans les cas sévères insuffisamment pris en charge ou résistant aux traitements, émaillées de séparations entraînant solitude et isolement. Pourtant une situation affective stable serait un facteur protecteur des rechutes. Le psychiatre par sa position de tiers peut aider à désamorcer les conflits, à supporter ces difficultés en explicitant le contexte pathologique. Dans les situations extrêmes il doit savoir rappeler aux patients et à leur conjoint qu'aucune décision définitive engageant la vie familiale ne doit être prise en période aiguë maniaque ou dépressive.
- Bien sûr le sujet bipolaire n'apporte pas que souffrance à son entourage, loin de là. Les personnalités des bipolaires sont souvent généreuses, créatives, sensibles. Les états hypomaniaques légers sont souvent bien perçus par l'entourage. La vie avec un « bipolaire » peut s'apparenter à une aventure affective mouvementée, avec ses peines et ses joies, plus qu'à un pénible accompagnement dans la maladie.
- C'est grâce au soutien des proches et à leur présence chaleureuse et soutenante, résistant aux tempêtes, que le bipolaire va pouvoir comprendre et analyser sa maladie, apprendre à en

décélérer les signes annonciateurs et à se fixer des objectifs utiles et raisonnables.



### Quelques situations particulières

- Bipolarité et maternité
- Bipolarité et grossesse
- Bipolarité et post-partum
- Bipolarité et allaitement
- Bipolarité et transmission génétique
- Diagnostic prénatal
- Formes à début précoce
- Symptômes spécifiques chez l'enfant
- Bipolarité et vieillissement

## Bipolarité et maternité

- Pour la plupart des femmes, grossesse et maternité constituent des étapes désirées, vécues dans la plénitude et la sérénité. Pour certaines, la grossesse est même une période de fonctionnement mental amélioré (exaltation modérée), tandis que le post-partum, période suivant la naissance, est parfois une période de vulnérabilité à la dépression.



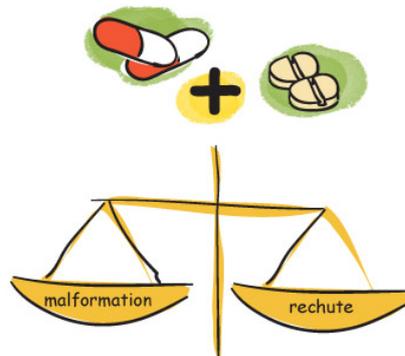
## Bipolarité et grossesse

- Il est rare qu'un trouble bipolaire se révèle pour la première fois pendant une grossesse.
- En revanche à cette période de la vie, les femmes déjà suivies pour une maladie bipolaire doivent être informées d'un certain nombre de paramètres.
- Les risques tératogènes (c'est-à-dire malformatifs) liés aux thymorégulateurs ont probablement longtemps été sous- puis surestimés, et aujourd'hui l'état de grossesse ne conduit plus systématiquement à l'interruption de tout traitement thymorégulateur. En réalité (dans cette circonstance en particulier mais aussi dans toute situation de prescription de médicaments) il faut mesurer le bénéfice attendu du traitement et le comparer aux risques induits par ce même traitement, et mener la même réflexion à propos de l'abstention thérapeutique (le fait de s'abstenir de prescrire) : c'est ce qu'on appelle la « balance bénéfice/risque ». Pendant la grossesse, le risque malformatif est certes augmenté par certains traitements (et de façon en fait très modérée pour certaines molécules, plus élevée pour d'autres), mais ceci doit être balancé avec le risque de rechute dépressive ou maniaque favorisé par l'arrêt de ce traitement, rechute

qui à son tour serait préjudiciable pour la mère comme pour l'enfant. C'est en gardant ce dilemme à l'esprit et en tenant compte de l'histoire médicale de la patiente que l'on peut prendre une décision thérapeutique sereine et réfléchie.

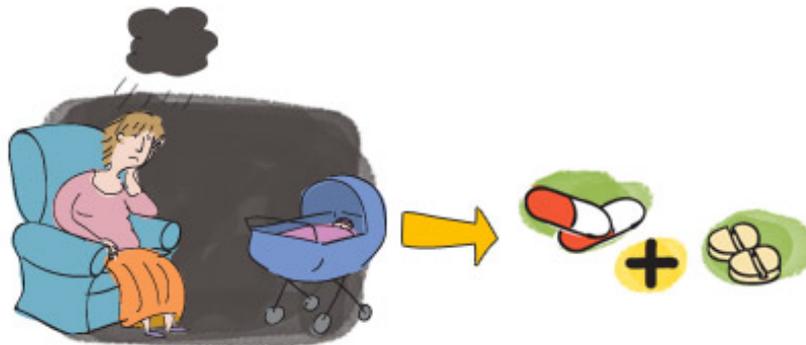
Les avancées de la recherche tendent à montrer que les risques inhérents au lithium (malformations cardiaques) seraient moins élevés que ce que l'on pensait il y a quelques années ; les plus graves sont décelables échographiquement assez tôt dans la grossesse, permettant aux parents de prendre une décision éventuelle d'interruption de grossesse ou d'intervention périnatale après la délivrance.

- Ces grossesses sont donc préparées, surveillées et l'occasion d'une étroite collaboration entre la patiente, son psychiatre et son gynécologue obstétricien.



## Bipolarité et post-partum

- La période du post-partum est chez certaines une période de grande vulnérabilité à la dépression. On préférera alors réintroduire un traitement thymorégulateur permettant de protéger d'une récurrence la jeune maman atteinte de trouble bipolaire. Cette période doit faire l'objet d'une surveillance toute particulière de ces femmes par leur psychiatre et leur entourage.



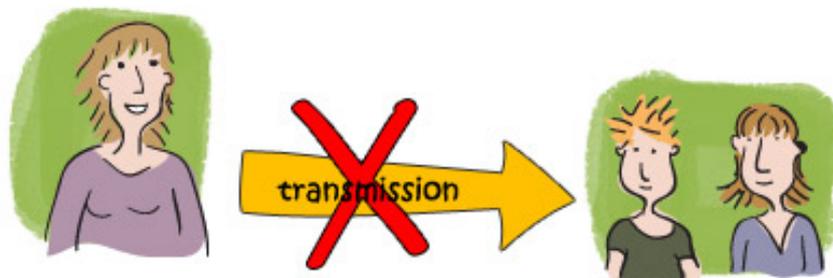
## Bipolarité et allaitement

- Bien que certaines études tendent à prouver que l'exposition au lithium des enfants allaités par une mère prenant du lithium est bien tolérée, l'allaitement maternel n'est pas recommandé par les consensus médicaux actuels.



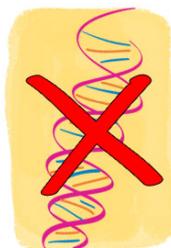
## Bipolarité et transmission génétique

- On sait que le risque de développer une maladie bipolaire est plus important lorsqu'un parent est lui-même atteint de trouble bipolaire, mais aucun facteur causal n'est identifié précisément : rôle de l'hérédité, de l'environnement... ?
- Il n'est donc pas possible de parler de « transmission » de la maladie et encore moins de prédire un risque de transmission à des enfants de sujets souffrant de trouble bipolaire. Mais l'apparition d'un trouble de l'humeur chez une personne qui aurait des antécédents familiaux maniaco-dépressifs doit rendre particulièrement vigilant, et faire rechercher des signes de maladie bipolaire.
- Beaucoup de femmes atteintes de trouble bipolaire s'interrogent sur leur capacité à être de bonne mères : il est indispensable de les rassurer, de leur donner confiance en leur capacités maternelles et de leur apprendre à connaître au mieux leur maladie grâce à l'aide de mesures psycho-éducatives. Prendre régulièrement ses traitements, connaître les signes annonciateurs de récurrences et apprendre à éviter les stress de la vie permettent à l'immense majorité de ces patientes de mener une vie « normale », avec ses joies et ses peines, en étant de bonnes mères. Soulignons l'importance de l'entourage qui dans certains moments de fragilité pourra épauler ces mamans.



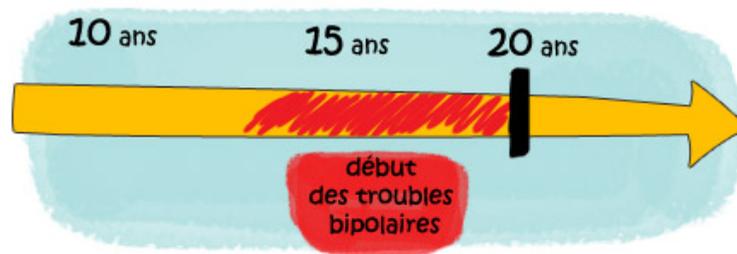
## Diagnostic prénatal

- Bien que l'on parle d'une vulnérabilité génétique à la maladie bipolaire, aucun gène n'est jusqu'ici suffisamment clairement impliqué dans le déterminisme de la maladie pour qu'un diagnostic prénatal puisse être envisagé. Il n'existe pas de diagnostic prénatal de la maladie bipolaire.



## Formes à début précoce

- 20% des troubles bipolaires apparaissent avant 20 ans. Toutefois les formes prépubères sont exceptionnelles (moins de 0,5% des troubles bipolaires apparaissent avant l'âge de 10 ans). Dans 20% des cas la dépression de l'enfant va évoluer vers un trouble bipolaire. Il existerait dans ces formes à début précoce davantage d'antécédents familiaux de trouble bipolaire.
- Ces troubles sont difficiles à détecter : le tristesse est souvent absente des manifestations dépressives de l'adolescent, et l'on attribue parfois à une « crise d'adolescence » ce qui est en fait un syndrome dépressif authentique. Quant à l'excitation et à la jovialité, elles sont l'apanage de l'enfance et difficiles à identifier en tant que maladie chez le jeune.
- Le risque suicidaire est particulièrement important en cas de dépression caractérisée chez l'adolescent puisqu'il atteint le chiffre de 20% dans le cas d'un trouble bipolaire, aggravé d'ailleurs par les abus de substances (alcool et toxiques) souvent surajoutés.



## Enfants et adolescents : spécificité des symptômes

- Les épisodes thymiques des enfants et adolescents présentent certaines spécificités qui les distinguent des manifestations observées chez l'adulte :

### Spécificité des symptômes de dépression

- Tristesse moindre voire absente
- Augmentation du temps de sommeil
- Prise de poids
- Repli social
- Irritabilité, vols, provocations, bagarres, insultes, fugues, conduites antisociales
- Anxiété
- Plaintes physiques : maux de ventre, de tête...
- Sentiment de vide et d'ennui

### Spécificité des symptômes hypomaniaques ou maniaques

- Colères brutales, imprévisibles
- Familiarité excessive, langage grossier ou sexualisé contrastant avec la personnalité habituelle de l'enfant
- Mythomanie
- Conduites d'hyper-sexualisation
- A l'école problèmes de discipline, l'enfant est familier avec les enseignants dont il coupe volontiers la parole
- Difficultés d'attention, hyperactivité souvent stérile avec passage d'une activité à une autre sans les terminer

- Anxiété
- Sentiment d'être tout-puissant pouvant entraîner des conduites dangereuses
- Vols, provocations, bagarres, insultes, fugues ; le jeune s'estime au-dessus des lois

Le trouble appelé « hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHD) » et parfois diagnostiqué chez l'enfant, a en commun avec l'accès maniaque l'excitation psychique et motrice et l'insomnie. C'est la note d'euphorie qui orientera le diagnostic vers la manie.

L'histoire des patients bipolaires retrouve souvent à posteriori l'existence de symptômes présents dès l'adolescence sans que le diagnostic ait été posé. On observe chez ces sujets adultes dont le début de la maladie est précoce plus d'éléments délirants lors des épisodes aigus et souvent plus d'associations à d'autres difficultés (alcoolisme, toxiques, troubles paniques).

#### symptômes de dépression



#### symptômes maniaques / hypomaniaques



## Bipolarité et vieillissement

Les épisodes maniaques du sujet âgé sont souvent dépourvus d'euphorie, remplacée par des manifestations agressives et caractérielles qui peuvent être au premier plan. Les états mixtes sont plus fréquents. Le risque suicidaire existe. Un premier épisode d'allure maniaque survenant après 50 ans doit systématiquement faire rechercher une autre cause, notamment médicale.

La dépression des personnes âgées est fréquente et favorisée par des conditions existentielles douloureuses : la solitude, le décès des proches, la dégradation physique... Elle est souvent marquée par des difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace, à reconnaître des familiers, à effectuer des gestes du quotidien, à trouver ses mots, ... faisant évoquer à tort une démence. Le risque suicidaire est, là encore, à ne pas négliger.

Chez les personnes âgées les traitements doivent être l'objet d'une attention toute particulière prenant en compte les intrications avec d'autres maladies et les interactions avec les autres médicaments qui peuvent être nécessaires. La psychiatrie du sujet âgé ou gérontopsychiatrie est dorénavant une sur-spécialisation possible pour les psychiatres.



## Bipolarité et travail

- Adaptation
- Diminution / arrêt

### Adaptation

- Il est important que les sujets atteints de trouble bipolaire apprennent au travail à éviter les situations de stress, les « à-coup », à travailler dans la sérénité. Autant de conseils difficiles à suivre, et pourtant très importants car le stress professionnel apparaît souvent comme un facteur fragilisant qui peut favoriser les rechutes de la maladie.
- Dépister les signaux d'alarme le plus précocement possible permet au patient dès qu'il sent l'épisode se profiler, d'appuyer sur la pédale de frein... mais cela n'est pas toujours possible, ni bien vu par l'employeur.
- Chez les jeunes, les périodes d'examens, sources de stress intense, peuvent aussi se révéler comme des situations à risque.
- Un ajustement de la situation professionnelle est parfois nécessaire. Dans certains cas un reclassement semble préférable (hôtesse de l'air subissant des décalages horaires en permanence, par exemple). Le psychiatre traitant peut être amené à collaborer avec le médecin du travail, dans l'intérêt du patient et en accord avec celui-ci.



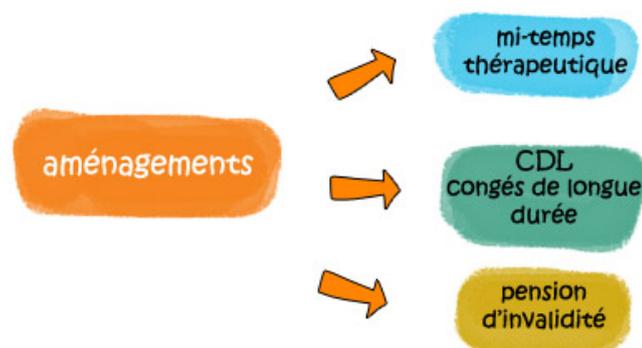
### Diminution / arrêt

- Les troubles bipolaires peuvent engendrer des périodes de cessation d'activité et/ou d'hospitalisation, c'est pourquoi certains aménagements peuvent être mis en place :
  - **Mi-temps thérapeutique** : le médecin peut proposer la reprise du travail sous forme de mi-temps thérapeutique, où le salarié perçoit également des indemnités journalières. C'est la sécurité sociale qui donne son accord sur le mi-temps, le montant et la durée des indemnités journalières.
  - **Congé de longue durée (CLD)** : il permet de bénéficier dans certains cas d'un salaire complet pendant 3 à 5 ans puis d'un demi-salaire pendant 2 à 3 ans. Cette disposition concerne certains fonctionnaires.
  - **Pension d'invalidité** : la sécurité sociale met le malade en invalidité lorsque l'arrêt maladie se prolonge plus de 3 ans : elle verse alors une pension calculée en fonction de l'ancien salaire.

Cela n'empêche pas de retravailler mais l'addition de la pension et du nouveau salaire ne doit pas être supérieure au salaire de référence.

■ En outre la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) qui reprend les attributions de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) examine la demande assortie d'un certificat du médecin traitant, en vue de l'attribution du statut de travailleur handicapé. Celui-ci donne, en principe, priorité à l'accès à certains types de formation, à des emplois protégés en milieu ordinaire (il existe un quota obligatoire de travailleurs handicapés dans toute entreprise au-delà d'une certaine taille), ou à l'emploi en milieu protégé : ateliers protégés, centres d'aide par le travail (CAT). C'est également la MDPH qui attribue l'AAH (allocation adulte handicapé) qui compense financièrement l'incapacité de travailler induite par la maladie. L'AAH fait partie des minima sociaux.

■ Ces mesures, qui n'ont rien de spécifique à un type de particulier de pathologies, peuvent être utiles dans le cadre de leur travail à certaines personnes souffrant de trouble bipolaire.



#### Aspects légaux

- Régime de protection juridique des majeurs
- La responsabilité pénale
- Droit des patients hospitalisés

## Régime de protection juridique des majeurs

■ La loi du 3 janvier 1968 encadre la protection des « incapables majeurs ». Différents régimes de protection ont pour but de pourvoir aux intérêts de toute personne majeure dont les facultés mentales sont altérées ou souffrant d'une atteinte corporelle l'empêchant d'exprimer sa volonté. On distingue trois régimes de protection : la Sauvegarde de Justice, la Curatelle, et la Tutelle qui peuvent être nécessaires à différents stades d'évolution de la maladie bipolaire. Bien sûr la mesure doit être argumentée et expliquée au malade et à ses proches, du reste la décision n'incombe pas au médecin, lequel ne fait qu'émettre un avis.

### ■ Sauvegarde de justice

Il s'agit d'une procédure simple qui s'applique en urgence, elle est limitée dans ses effets et provisoire.

Elle s'adresse à un sujet majeur qui présente une altération transitoire des facultés de jugement. Elle n'a pas de caractère rétroactif.

Le médecin traitant fait une simple déclaration au Procureur de la République accompagnée de

l'avis d'un psychiatre. Valable deux mois et renouvelable pour une période de 6 mois, cette mesure peut également être décidée par le Juge des Tutelles dans l'attente d'un jugement de curatelle ou de tutelle. Le majeur protégé conserve tous ses droits civils et civiques. La Sauvegarde de Justice prend fin par non-renouvellement ou par mise sous Curatelle ou Tutelle. Dans la maladie bipolaire, elle est typiquement utilisée dans le cas d'un épisode maniaque au cours duquel on redoute souvent des dépenses inconsidérées, inadaptées aux besoins et aux ressources du patient. Elle ouvre la possibilité d'action en nullité ou en réduction pour excès d'un acte civil, mais l'absence de validité rétroactive de cette mesure rend nécessaire de la décider très vite au cours de l'épisode.

### **Curatelle**

Elle a pour but de conseiller, contrôler et assister une personne dans les actes de la vie civile : il s'agit d'un régime d'incapacité partielle. Le majeur sous curatelle peut percevoir et utiliser seul ses revenus, conclure un bail d'habitation, établir un testament, voter. En revanche, il est assisté de son curateur pour les ventes de biens immobiliers, les donations et le mariage.

Cette mesure demandée par l'intéressé, son conjoint, ses frères et sœurs, ses ascendants et descendants ou par le Procureur de la République, donne lieu à un jugement du Juge des Tutelles, décision susceptible de recours. Le Juge des Tutelles prend la décision après une instruction qui comprend l'audition des intéressés, l'avis du médecin traitant et un certificat médical rédigé par un psychiatre figurant sur une liste spéciale dressée par le Procureur de la République.

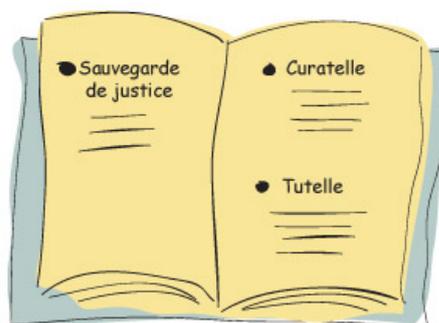
On distingue la curatelle simple (où le majeur protégé effectue seul les actes de la vie courante et a besoin de l'accord de son curateur pour les actes importants) de la curatelle renforcée (dans laquelle le rôle du curateur est plus étendu).

### **Tutelle**

La mise en place, l'exercice et la fin de la Tutelle sont identiques à ceux de la curatelle. Dans la Tutelle, le majeur protégé est représenté par son tuteur dans tous les actes de la vie civile (et non pas assisté comme dans la curatelle).

Le tuteur effectue seul les actes courants mais a besoin de l'autorisation du juge pour les actes importants de nature patrimoniale. Dans le jugement initial ou dans un jugement postérieur le juge peut aménager la tutelle en autorisant le majeur à effectuer seul un certain nombre d'actes.

-  Curatelle et moins fréquemment tutelle peuvent être rendues nécessaires par la maladie bipolaire, dans certains cas d'incapacité, par exemple en cas de répétition itérative d'accès aigus au cours desquels le sujet est incapable de pourvoir à ses propres intérêts.



## **La responsabilité pénale**

-  Lors des épisodes aigus maniaques ou dépressifs les personnes souffrant de trouble bipolaire peuvent être amenées enfreindre la loi et à commettre délits (Tribunal Correctionnel) ou crimes (Cour d'Assises). Il est alors indispensable que le sujet qui souffre d'un trouble bipolaire soit assisté d'un avocat et fasse entendre, pour sa défense, une évaluation psychiatrique (l'expertise psychiatrique est facultative devant le Tribunal Correctionnel, obligatoire devant la Cour d'Assises). Bien sûr le simple

fait de souffrir de trouble bipolaire n'autorise pas à enfreindre la loi, mais le législateur reconnaît que dans certains cas la responsabilité puisse être atténuée ou abolie par la maladie.



## **Droit des patients hospitalisés**

- En hospitalisation libre, le patient bipolaire dispose de tous ses droits et libertés individuels comme dans le cas de toute hospitalisation en service médicochirurgical.
- En cas d'H.D.T. ou d'H.O, les restrictions à la liberté individuelle doivent être limitées à la nécessité du traitement. Les droits sont garantis : droit de vote, liberté de correspondance, communication avec un médecin ou un avocat de son choix.
- En début d'hospitalisation, il est remis un livret d'accueil contenant la charte du patient hospitalisé.
- Il existe une commission de conciliation chargée d'assister les patients s'estimant victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'hôpital.
- Par ailleurs, des associations d'usagers siègent dans les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et aux conseils d'administrations des établissements de santé.
- Un texte récent (Loi du 4 mars 2002) a autorisé la communication directe du dossier médical au patient.
- Il faut bien comprendre que la première des restrictions à la liberté dans le trouble bipolaire est souvent représentée par la maladie elle-même et par la perte du libre arbitre qu'elle peut induire dans certains cas, heureusement les plus rares.
- La défaillance transitoire de jugement, contemporaine de certaines phases dépressives ou maniaques, peut conduire à un refus de soins et finalement à une perte de chances. Le législateur a donc prévu, dans le respect de la liberté individuelle, certaines modalités particulières d'accès aux soins aux cours desquelles l'entourage ou l'autorité administrative se substituent en quelque sorte au patient, temporairement incapable de le faire lui-même, pour demander les soins appropriés.

## CHARTRE DU PATIENT

- Droit de vote
- Liberté de correspondance
- Médecin librement choisi
- etc.

# LEXIQUE



## **Affectif**

Terme utilisé en psychiatrie pour désigner ce qui se rapporte au moral ou à l'humeur.



## **Antidépresseurs**

Médicaments prescrits principalement dans le traitement de certaines dépressions et de certains troubles anxieux. Il existe différentes classes d'antidépresseurs à l'efficacité équivalente mais les produits les plus récents semblent présenter moins d'effets secondaires.



## **Anhédonie**

Perte de la capacité de ressentir du plaisir, même dans une situation plaisante. Symptôme de dépression.



## **Antipsychotiques**

Terme proche de « neuroleptiques ». Utilisé pour décrire les médicaments traitant les psychoses dont d'autres propriétés ont été mises plus récemment à jour notamment thymorégulatrices. Contrairement aux anciens neuroleptiques les antipsychotiques dits atypiques n'entraînent pas d'effets secondaires neurologiques (raideur, tremblements).



## **Anxiété**

Etat émotionnel pénible caractérisé par un sentiment d'alarme, de danger, voire de sensation de mort imminente et par des manifestations psychiques et physiques diverses.



## **Anxiolytiques**

Synonyme de tranquillisants. Médicaments qui traitent l'anxiété. Les benzodiazépines en sont la principale classe.



## **Automédication**

Action de prendre un médicament sans avis médical. La gravité des troubles bipolaires et la possibilité d'interactions médicamenteuses avec d'autres traitements imposent l'avis d'un médecin avant toute prise médicamenteuse ou toute modification de prescription.



## **Bouffée délirante**

Survenue brutale d'un état pathologique caractérisé principalement par un délire fait de perceptions sans objets (hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques) ou déformées (illusions) ou par défaillance du jugement (intuition, interprétations), pouvant entraîner des mouvements émotionnels violents, une grande agitation et des réactions impulsives. Certains troubles bipolaires sont révélés par une bouffée délirante.



## **Boulimie**

Trouble du comportement alimentaire caractérisé par des envies incontrôlables d'absorber des aliments. Ces troubles sont suivis le plus souvent de vomissements provoqués.



## **Conduites addictives**

Utilisation abusive et dépendance à l'égard d'un produit toxique (alcool, drogues,

médicaments détournés de leur bon usage).

### **Délire**

Trouble du contenu de la pensée caractérisé par la permanence d'idées manifestement en désaccord avec les faits observés et les croyances habituellement partagées dans un contexte culturel donné. Ces idées emportent l'adhésion du patient.

### **Dépendance**

Situation au cours de laquelle l'organisme ne peut plus se passer d'une substance (médicament ou drogue). En cas d'arrêt brutal il réagit par des manifestations de sevrage. La dépendance peut être physique et/ou psychique.

### **Dépression récurrente**

Synonyme de dépression unipolaire. Le patient souffre d'épisodes dépressifs à répétition séparés par des périodes de retour à la normale.

### **Euthymie (=normothymie)**

Etat de l'humeur lorsqu'elle est stable, à égale distance entre manie et dépression. Ce terme est synonyme de normothymie.

### **Hérédité**

L'hérédité est la transmission de caractéristiques des ancêtres à leurs descendants, quel que soit le mode de cette transmission. Nombre de nos caractères dépendent de nos gènes et sont transmis par nos parents par l'intermédiaire des chromosomes contenus dans le noyau des cellules. Dans le cas du trouble bipolaire on parle de vulnérabilité familiale génétique mais la survenue de la maladie dépend sans doute - outre cette fragilité, de l'exposition à certains facteurs déclenchants... et de bien d'autres facteurs inconnus à ce jour.

### **Humeur**

En psychologie l'humeur régit les émotions et l'affectif. Thymie est un synonyme d'humeur, l'étymologie de ce mot vient du grec « thumos » qui signifie « siège des passions ». Dans le langage courant l'humeur a plutôt pour synonyme le « tempérament ». Le terme « humeur » est utilisé dans le langage quotidien pour évoquer une disposition affective ou émotionnelle comme la tristesse ou la joie.

### **Hypersomnie**

Augmentation anormale de la durée de sommeil.

### **Hypnotiques**

Aussi appelés somnifères. Classe de médicaments utilisés pour traiter les insomnies. Ils appartiennent le plus souvent à la classe des benzodiazépines ou y sont apparentés et peuvent être à l'origine d'une dépendance.

### **Iatrogène**

Caractère des symptômes, effets secondaires ou maladies induits par le traitement médical sans préjuger du caractère adapté ou non de la prescription initiale. Insomnie: Diminution anormale du temps de sommeil.

### **Neuroleptique**

Terme proche « d'antipsychotiques ». Médicaments à effet neurobiologique, utilisés dans le traitement de certaines affections pour traiter l'excitation, les hallucinations, les délires, l'angoisse. Connus avant tout comme traitement de certains troubles psychotiques comme la schizophrénie, certains ont aussi un rôle thymorégulateur.

Autrefois de maniement parfois malaisé en raison de leurs effets secondaires neurologiques (raideur, tremblements...), les nouvelles molécules semblent plus faciles d'emploi à cet égard.

### **Neurotransmetteurs**

Synonyme de « neuromédiateur ». Substance chimique qui transmet l'information d'un neurone à l'autre, en traversant l'espace situé entre deux neurones consécutifs (la synapse). Des dérèglements de cette libération peuvent être associés à certains troubles notamment psychiatriques (par exemple, diminution de la sérotonine associée à la dépression).

### **Observance**

Bonne prise des traitements prescrits en respectant la répartition des prises et la durée du traitement. Dans le langage médical on parle aussi de compliance.

### **Psychose**

Ensemble de maladies mentales, de durée variable, caractérisées par une rupture avec la réalité, en l'absence de conscience de l'état pathologique. La maladie psychotique chronique la plus connue est la schizophrénie.

### **Psychotrope**

Désigne l'ensemble des médicaments exerçant une action sur le fonctionnement psychique : antidépresseurs, neuroleptiques, thymorégulateurs, tranquillisants, somnifères...

### **Rechute**

La rechute d'une maladie survient lorsque ses symptômes réapparaissent après une période de rémission sous traitement. La rechute coïncide souvent avec la diminution voire l'arrêt du traitement. Voir « récurrence ».

### **Récurrence**

La récurrence survient après une guérison prolongée. Il s'agit d'un nouvel accès indépendant du précédent. Voir « rechute ».

### **Résistance**

On dit qu'il y a résistance totale ou partielle à un traitement lorsque ce traitement n'a pas entraîné d'amélioration satisfaisante malgré des doses efficaces et une durée suffisamment prolongée.

### **Schizophrénie**

Maladie mentale chronique qui appartient au groupe des psychoses chroniques. Ces maladies ont pour conséquences des altérations de la perception de la réalité, des troubles cognitifs, et des dysfonctionnements sociaux et comportementaux plus ou moins importants. Les traitements neuroleptiques ou antipsychotiques constituent le socle de leur prise en charge médicamenteuse.

### **Sérotonine**

Substance présente dans l'organisme et le cerveau qui joue un rôle dans la dépression, le sommeil, la douleur. Certains médicaments antidépresseurs augmentent sa concentration intracérébrale.

### **Sevrage**

Arrêt d'une substance entraînant une dépendance de l'organisme. Une réaction de sevrage correspond à la survenue de manifestations somatiques et/ou psychiques liées à cet arrêt.

### **Stress**

Ensemble de réactions physiques et psychiques déclenchées par une stimulation quelle qu'elle soit. Le terme « stress » désigne aussi cette stimulation elle-même.

### **Thymie**

Synonyme « d'humeur ».

### **Thymorégulateurs**

Famille de médicaments qui régulent l'humeur. Ils protègent contre la survenue ou la récurrence d'épisodes maniaques ou dépressifs. Le chef de file en est le lithium. Tolérance: Phénomène qui concerne certains médicaments auxquels l'organisme peut s'habituer et qui rend nécessaire l'augmentation progressive des doses pour maintenir l'effet

### **Trouble obsessionnel compulsif**

Connu sous le nom de TOC, se manifeste par des obsessions (crainte d'être contaminé, d'être malade, de la saleté...) et des compulsions (lavage de main, vérifications excessives...) survenant de façon durable et entraînant une gêne.

### **Trouble panique**

Trouble anxieux qui se caractérise par une répétition de crises d'angoisse (attaques de panique) et une anxiété d'anticipation (peur d'avoir peur).