

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Ce que vous devez savoir

Brochure d'information destinée aux patients et à leurs proches



Introduction

Le trouble bipolaire, également appelé maladie mania-co-dépressive, est relativement fréquent. Il n'est pas toujours facile à diagnostiquer car ses symptômes sont divers et son évolution variable.

Il faut souvent des années pour que la maladie soit identifiée et pour que les patients reçoivent un traitement optimal.

Cette brochure a essentiellement pour objectif d'expliquer aux patients et à leurs proches les causes, les symptômes, les formes et l'évolution du trouble bipolaire et de leur présenter les traitements modernes.

Les médicaments jouent un rôle important, aussi bien pour le traitement des épisodes aigus de la maladie que pour la prévention des rechutes. Il est particulièrement important de choisir le médicament adéquat, car le traitement dure souvent des années. D'autre part, pour stabiliser l'équilibre psychique du patient, il est souvent recommandé d'associer une psychothérapie.

En annexe à cette brochure vous trouverez les adresses de groupes d'entraide et d'associations ainsi qu'une bibliographie sur le thème «troubles bipolaires».

Sommaire

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Qu'est-ce qui distingue une fluctuation normale de l'humeur d'un trouble bipolaire?	4
Quand le trouble bipolaire débute-t-il?	6
Quelles sont les causes du trouble bipolaire?	7
Quelles sont les formes existantes?	8
Que signifient les termes «trouble bipolaire de type I» et «trouble bipolaire de type II»?	10
Quels sont les signes et symptômes d'un épisode maniaque?	12
Quels sont les signes et symptômes d'un épisode dépressif?	16
Quelle est la différence entre hypomanie et manie?	21
Les «états mixtes» : de quoi s'agit-il?	22
Qu'entend-on par «rapid cycling»?	23

LE DIAGNOSTIC

Comment pose-t-on le diagnostic de trouble bipolaire?	24
Qu'entend-on par «signes bipolaires légers»?	26

LE TRAITEMENT

Comment traite-t-on le trouble bipolaire?	28
Traitement aigu	28
Traitement d'entretien	29
Prévention des rechutes	30

LES MEDICAMENTS

Que sont les stabilisants de l'humeur?	33
Pourquoi utilise-t-on aujourd'hui des antipsychotiques pour le traitement de la manie?	36
Antipsychotiques classiques et atypiques – Quelle est la différence?	36
Comment traite-t-on une dépression bipolaire?	38
Pendant combien de temps faut-il prendre un médicament?	38
Quels sont les médicaments utilisés pour la prévention des rechutes?	39

PEUT-ON VIVRE «TOUT A FAIT NORMALEMENT» AVEC UN TROUBLE BIPOLAIRE?

Que puis-je faire?	41
Calendrier de l'humeur	42
Personnes de confiance	43
Adresses importantes	44
Bibliographie destinée aux patients et à leurs proches	45

LE TROUBLE BIPOLAIRE

Les intenses fluctuations de l'humeur sont un symptôme important du trouble bipolaire. Elles perturbent gravement le patient et son entourage.

Qu'est-ce qui distingue une fluctuation normale de l'humeur d'un trouble bipolaire ?

Les fluctuations de l'humeur, aussi bien heureuses que tristes, font partie de la vie humaine, au même titre que la respiration ou les battements cardiaques. Elles font partie de notre personnalité et surviennent souvent comme réaction à un événement de la vie.

En cas de trouble bipolaire, les fluctuations de l'humeur sont plus marquées que chez les personnes en bonne santé. Ces fluctuations surviennent souvent indépendamment des événements de la vie, elles durent plus longtemps et perturbent sérieusement l'équilibre physique et psychique.

Beaucoup de patients signalent une relation entre la survenue d'un épisode de la maladie et un événement majeur de la vie. Ces événements de la vie peuvent être aussi bien positifs que négatifs. Leur point commun, c'est de pouvoir provoquer un stress psychique chez les



personnes prédisposées ; ce stress, de son côté, peut favoriser la survenue d'un trouble bipolaire.

Plus les épisodes de la maladie sont fréquents, plus le processus pathologique «s'automatise». Les récidives (rechutes) sont de plus en plus fréquentes et finalement elles surviennent même indépendamment de tout événement traumatisant de la vie.

Quand le trouble bipolaire débute-t-il ?

Le trouble bipolaire débute souvent entre 20 et 30 ans. Il est rare que la maladie débute après l'âge de 40 ans.

Pendant la jeunesse

Dans la majorité des cas, la maladie apparaît entre 20 et 30 ans. Cependant, on constate parfois les premiers signes et symptômes chez les adolescents. Ces signes/symptômes sont appelés prodromes (signes avant-coureurs).

Il n'est souvent pas facile de faire la distinction entre la sensation d'épuisement et les fluctuations de l'humeur survenant pendant l'adolescence, d'une part, et les symptômes d'un trouble maniaco-dépressif, d'autre part. La nette dégradation des performances scolaires, le repli social ou des troubles du sommeil tenaces peuvent être des indices de début d'un trouble bipolaire, tout comme l'irritabilité continuelle et les conflits permanents avec les autres. De tels signes peuvent et doivent motiver un bilan par un spécialiste.

A l'âge adulte

Il est rare que la maladie débute au delà de l'âge de 40 ans. Dans ces cas, il s'agit souvent de fluctuations de l'humeur qui étaient peu marquées précédemment ou qui n'avaient pas été correctement interprétées. Chez les personnes âgées, une modification des capacités

fonctionnelles du cerveau peut être responsable de la survenue de la maladie.

Si le trouble bipolaire survient à l'occasion d'une grossesse ou pendant les suites de couches, il se traduit le plus souvent par des symptômes dépressifs et rarement par des symptômes maniaques.

Quelles sont les causes du trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire résulte d'une perturbation métabolique dans le cerveau. Des facteurs psychosociaux supplémentaires peuvent conduire à l'écllosion de la maladie.

Le trouble bipolaire résulte d'une perturbation du métabolisme cérébral. Cette perturbation est essentiellement imputable à des facteurs génétiques, neurochimiques ou hormonaux.

Les chercheurs étudient actuellement s'il existe une relation entre des facteurs génétiques et la survenue de troubles maniaco-dépressifs. Bien que jusqu'ici il n'ait pas été formellement prouvé qu'il s'agisse d'une maladie héréditaire classique, la maladie survient à une fréquence élevée dans certaines familles. Le risque est maximal chez les personnes apparentées au premier degré : dans ce cas, la probabilité est de 10 à 20%.

Des données indiquent que des modifications génétiques du métabolisme cérébral peuvent augmenter ou diminuer l'activité de certaines substances qui jouent le rôle de messagers (neurotransmetteurs), par exemple la dopamine et la sérotonine. Ces phénomènes, associés à des facteurs psychosociaux de l'environnement, peuvent déclencher un épisode maniaque ou dépressif. Parmi les événements susceptibles de déclencher un épisode, citons par exemple le stress, les naissances ou les décès et la perte d'emploi.

Quelles sont les formes de trouble bipolaire existantes et quelle est leur fréquence ?

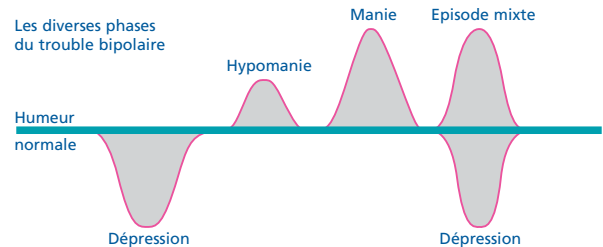
Ces maladies sont caractérisées par des modifications de l'humeur normale, soit vers le haut (manie) soit vers le bas (dépression).

Comme nous l'avons vu plus haut, le trouble bipolaire s'accompagne d'intenses fluctuations de l'humeur. Leur survenue est désignée par le terme «épisode» ou «phase».

On distingue deux grands types de phases :

- **Phases de «haut» (manie), pendant lesquelles le patient «pousse des cris d'allégresse jus qu'au ciel»**
- **Phases de «bas» (dépression), pendant lesquelles le patient se sent «triste à mourir»**

Typiquement, le trouble bipolaire commence par un épisode dépressif. Par la suite, les épisodes pathologiques vont et viennent à un rythme irrégulier. Entre ces épisodes, les patients se sentent souvent en bonne santé, mais de légères fluctuations de l'humeur sont possibles.



Fluctuations anormales de l'humeur, vers le haut (manie) et vers le bas (dépression).

La classification du trouble bipolaire en épisodes maniaques et dépressifs est importante pour l'efficacité du traitement. En l'absence de traitement, une phase dépressive dure en moyenne quelques mois. Les épisodes maniaques non traités sont habituellement plus courts. Après la disparition de la phase maniaque, il apparaît souvent un épisode dépressif.

Que signifient les termes «trouble bipolaire de type I» et «trouble bipolaire de type II» ?

On distingue deux types de trouble bipolaire, selon l'ICD-10 : le trouble bipolaire classique de type I et le trouble bipolaire de type II, plus fréquent mais moins intense.*

On distingue deux types de trouble bipolaire :

- **Trouble bipolaire de type I : dépression et manie**
- **Trouble bipolaire de type II : dépression et hypomanie (manie moins marquée)**

* ICD-10 . L'ICD est un système de classification de toutes les maladies, élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et qui est appliqué dans le monde entier. L'acronyme «ICD» signifie **I**nternational **C**lassification of **D**iseases et «10» signifie qu'il s'agit de la dixième version, en vigueur actuellement. Les maladies psychiatriques sont décrites et classées dans le **chapitre V (F)**.



Le trouble bipolaire de type I

Ce terme désigne la maladie maniaco-dépressive «classique» avec des hauts et des bas intenses. Le trouble touche environ 1 à 2% de la population ; sa fréquence est identique dans les deux sexes.

Le trouble bipolaire de type II

Cette forme touche environ 4% de la population. Elle se caractérise par la survenue de dépressions bipolaires et de phases maniaques moins marquées (hypomanies).

Quels sont les symptômes d'un épisode maniaque?

Les patients maniaques sont «remontés» et enthousiastes, mais aussi agressifs et irritables.

Les gens qui présentent un épisode maniaque ne sont pas toujours heureux. Les patients sont généralement «remontés» et enthousiastes, mais ils sont également souvent excités et ils ont tendance à avoir un comportement agressif.

Les patients n'ont pas conscience de leur maladie et ils prétendent que l'on veut leur «coller» une maladie.

Pour pouvoir parler d'épisode maniaque*, il faut qu'au moins trois des symptômes suivants soient présents:

- **Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur**
- **Diminution du besoin de sommeil**
- **Besoin impérieux de parler**
- **Fuite des idées ou sensation que les pensées défilent**
- **Symptômes psychotiques (par exemple idées délirantes et hallucinations)**
- **Augmentation de l'activité, sentiment d'omnipotence**
- **Perturbation du jugement**

* (d'après l'ICD-10)



Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
 Les patients ont une confiance en eux excessive et ils se sentent formidables, riches ou invincibles et admirés par les autres. Ils croient avoir des capacités particulières qui leur permettraient par exemple de sauver le monde. Bon nombre de patients sont convaincus qu'ils savent ce que les autres pensent et éprouvent. D'autres croient avoir une relation spéciale avec Dieu. Ces convictions s'accompagnent souvent d'inquiétude et d'agitation continue.

Diminution du besoin de sommeil

Même après une longue insomnie, les patients ne se sentent pas fatigués. Ils se sentent reposés après quelques heures de sommeil (2-3 heures) ou bien ils ne dorment presque pas pendant plusieurs jours.

Besoin impérieux de parler

Les patients parlent très vite et trop fort. Ils changent en permanence de sujet, tiennent des propos versatiles et coupent la parole aux autres. Il arrive qu'ils s'expriment de façon particulière, très humoristique, en plaisantant, mais aussi de façon blessante.

Sensation que les pensées défilent ou fuite des idées

Les patients ont sans arrêt de nouvelles idées qui leur passent par la tête. Ils ont du mal à se concentrer sur un sujet et ils ne cessent de perdre le fil directeur. Si les autres ne réussissent pas à les suivre suffisamment vite, ils deviennent impatients, voire agressifs. La fuite des idées peut aboutir à des modifications permanentes du comportement des patients, parce qu'ils essayent d'appliquer leurs idées sans cesse nouvelles.

Symptômes psychotiques

Dans le cadre d'un épisode maniaque, bon nombre de patients présentent des idées délirantes. Il s'agit souvent d'idées délirantes de grandeur, par exemple quand un patient se prend pour un millionnaire. Bien que les idées

délirantes ne correspondent pas à la réalité, les patients n'en démordent pas. Les manies graves s'accompagnent parfois aussi d'hallucinations sensorielles. Il s'agit souvent d'hallucinations acoustiques (voix ou bruits) et plus rarement d'hallucinations optiques (visuelles).

Augmentation de l'activité

Les patients souffrant de manie donnent l'impression d'être en permanence agités et affairés. Ils ont une soif de vivre inextinguible et veulent sans cesse entreprendre quelque chose. Leur besoin de contact est également frappant.

Perturbation du jugement

Pendant un épisode maniaque, il arrive souvent que les patients ne mesurent pas suffisamment les conséquences de leur comportement. Par légèreté ou par avidité de plaisirs, ils se livrent à des activités inhabituelles ou illégales, ce qui peut les mener jusqu'à la délinquance. Citons par exemple des dépenses exagérées, des décisions professionnelles néfastes ou un comportement sexuel désinhibé.

Quels sont les signes et symptômes d'un épisode bipolaire dépressif ?

Les patients dépressifs sont tristes, épuisés et insensibles. Les idées suicidaires constituent un symptôme particulièrement menaçant. Elles exigent une intervention médicale immédiate.

Les symptômes de la dépression bipolaire sont identiques à ceux d'une dépression récidivante : les patients se sentent tristes, épuisés et insensibles. Beaucoup d'entre eux sont en proie au désespoir et au découragement.

Le patient lui-même et ses proches remarquent qu'il ne parvient pas à exprimer ses sentiments, par exemple par l'expression du visage, les gestes ou le ton de la voix.

Les symptômes les plus dangereux de la dépression sont les idées ou pulsions suicidaires (suicidalité). Il faut toujours prendre au sérieux les signes de risque suicidaire et immédiatement faire appel à un médecin.

Les principaux symptômes dépressifs sont * :

- **Sentiments d'anxiété, humeur anxieuse**
- **Perte d'intérêt, manque d'initiative, absence de plaisir**
- **Perte de poids ou prise de poids**

* (d'après l'ICD-10)

- **Troubles du sommeil, réveil trop matinal et malaise matinal**
- **Ralentissement, inhibition ou agitation**
- **Perte d'énergie, perte de force, malaise physique**
- **Dévalorisation de soi et sentiments de culpabilité et d'infériorité**
- **Difficultés de concentration et incapacité à prendre des décisions**
- **Idées suicidaires (suicidalité)**
- **Symptômes psychotiques**

Sentiments d'anxiété, humeur anxieuse

L'humeur des patients dépressifs se caractérise souvent par une anxiété, avec des soucis ou l'attente du pire. L'anxiété s'accroît souvent sans raison et génère une sensation d'inquiétude interne, associée à une émotion, une agitation continue ou une incapacité à se détendre. Les sensations profondes d'anxiété peuvent s'accompagner de symptômes physiques intenses tels que tremblement et accélération de la respiration et des battements cardiaques.

Perte d'intérêt, manque d'initiative, absence de plaisir

Les patients perdent l'intérêt pour l'environnement, pour les activités qu'ils aimaient et pour leur propre personne. Les tâches de la vie quotidienne leur deviennent

trop lourdes et ils ont du mal à se motiver même pour des activités agréables. La perte de la capacité au plaisir et le désintérêt pour la sexualité sont d'autres signes typiques.

Perte de poids ou prise de poids

La perte de poids est un symptôme fréquent de la dépression. A l'opposé, certains patients présentent une accentuation de la sensation de faim et prennent du poids car leur alimentation est déséquilibrée.

Troubles du sommeil, réveil trop matinal et malaise matinal

Les troubles de l'endormissement et du sommeil nocturne sont très fréquents en cas de dépression ; le réveil trop matinal est également caractéristique. En conséquence, les patients ne sont pas reposés et sont physiquement épuisés. Chez d'autres patients au contraire, le besoin de sommeil est augmenté. De nombreux patients indiquent en outre qu'ils ont du mal à «se mettre en route» le matin. Cette difficulté matinale disparaît souvent vers midi.

Ralentissement, inhibition ou agitation

Les symptômes d'une «dépression inhibée» correspondent pour l'essentiel à ceux d'une dépression classique, avec un ralentissement des mouvements, de l'élocution et de la pensée. Par contre, en cas de «dépression an-



xiieuse» les patients ne peuvent pas rester tranquillement assis, sont sans cesse affairés et se sentent «poussés». Les patients perçoivent l'agitation interne comme très pénible.

Perte d'énergie, perte de force, malaise physique

Les patients dépressifs se plaignent de n'avoir aucune force. Comme ils manquent d'énergie et d'élan vital, il leur faut faire des efforts pour réaliser des activités qu'ils effectuent normalement facilement.

Dévalorisation de soi, sentiments de culpabilité et d'infériorité

La perte de l'estime de soi et les sentiments d'infériorité sont également caractéristiques. Les patients croient qu'ils sont inutiles, qu'ils ont mauvais caractère ou qu'ils ne font rien correctement. Il peut également survenir des sentiments de culpabilité délirants : les patients pensent alors qu'ils ont mérité une punition ou qu'ils doivent faire pénitence.

Difficultés de concentration et incapacité à prendre des décisions

L'incapacité à prendre les décisions les plus infimes dans la vie quotidienne peut bloquer toute action. Ce phénomène a de profondes conséquences sur la vie privée comme sur la vie professionnelle.

Idées suicidaires (suicidalité)

Des sentiments tels que «la vie ne vaut plus la peine d'être vécue» ou «je préférerais être mort» sont un autre signe de dépression. Des symptômes tels que désespoir, dévaluation de soi et impression d'avoir perdu le sens de la vie, peuvent favoriser un comportement suicidaire. Il ne faut jamais minimiser les propos ou comportements suicidaires des patients dépressifs.

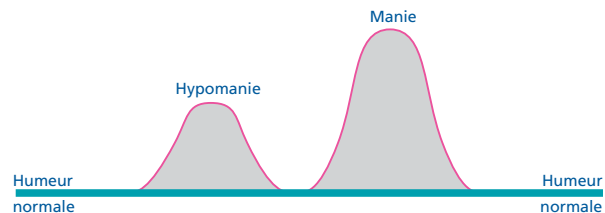
Symptômes psychotiques

Les dépressions graves peuvent aussi s'accompagner de

symptômes psychotiques. Les idées délirantes ou hallucinations concordent généralement avec l'humeur dépressive. Les sentiments de culpabilité et d'infériorité, les inquiétudes à propos de l'état de santé et les idées pathologiques d'appauvrissement peuvent être si envahissants que les patients perdent tout contact avec la réalité.

Quelle est la différence entre hypomanie et manie ?

L'hypomanie se manifeste typiquement par la présence de discrets symptômes maniaques pendant plusieurs jours.



Les symptômes d'hypomanie ressemblent certes à ceux de la manie, mais sont moins marqués. Les patients sont souvent euphoriques, mais parfois aussi irrités. Le rythme de la pensée et l'imagination sont accentués et le besoin de sommeil est réduit.

Pour le comportement en matière de contact, les patients peuvent être arrogants ou querelleurs. L'hypomanie se caractérise par une augmentation de la distractibilité (les stimuli extérieurs détournent plus fortement l'attention que normalement), une augmentation du besoin d'agir et une accentuation de l'envie d'entreprendre.

Les patients perçoivent souvent les épisodes hypomaniaques comme agréables. Ils sont « en pleine forme » et leurs capacités sont augmentées. Même si les symptômes sont souvent considérés comme ne requérant pas de traitement, il faut les interpréter comme un signe d'alarme qui annonce l'éventuelle éclosion d'une manie. Suivant l'évolution, il peut arriver que des épisodes hypomaniaques exigent aussi un traitement médicamenteux.

Les « états mixtes » : de quoi s'agit-il ?

Les états mixtes se caractérisent par la survenue concomitante de symptômes maniaques et dépressifs.

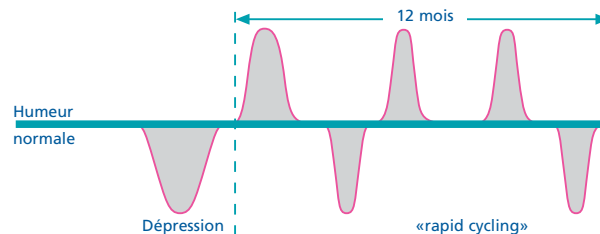
Quand des symptômes maniaques et dépressifs se succèdent rapidement ou surviennent en même temps, on parle d'état mixte ou d'épisode mixte. Exemple : les patients présentent des symptômes maniaques (ils pensent ou parlent très vite), mais en même temps ils sont anxieux, accablés et ont des idées suicidaires.

Les états mixtes sont au moins aussi fréquents que les manies classiques. Il s'agit d'épisodes graves, plus difficiles à traiter que les formes évolutives classiques.

Qu'entend-on par « rapid cycling » ?

« Rapid cycling » : plus de 4 épisodes maniaco-dépressifs en l'espace de 12 mois.

Si, en l'espace de 12 mois, il se produit 4 épisodes maniaco-dépressifs ou plus, on parle de « rapid cycling » (= alternance rapide des épisodes). Les patients qui présentent ce tableau sont difficiles à traiter. Il leur faut souvent une association de divers médicaments.



LE DIAGNOSTIC

Comment pose-t-on le diagnostic de trouble bipolaire ?

Pour poser un diagnostic correct, il faut prendre en compte toutes les anomalies psychiques.

Le diagnostic de «trouble bipolaire» exige un examen approfondi par un médecin expérimenté en psychiatrie. D'autre part, ce médecin doit relever les antécédents (anamnèse) du patient, avec le patient lui-même et si possible avec ses proches. L'objectif est de recenser toutes les particularités psychiques du patient. En général, il s'agit d'une période de plusieurs années.

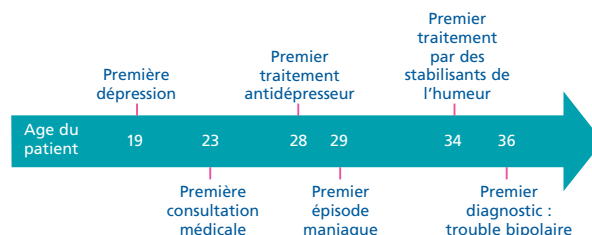
Il est très important de faire participer les proches à ce processus. Toutefois, cela ne doit être fait qu'avec l'accord du patient.

Beaucoup d'entre nous ont du mal à parler de problèmes émotionnels tels que dépressions ou manies. On se confie généralement à des personnes en qui l'on a confiance.

Les personnes souffrant de dépression essaient souvent d'abord de résoudre elles-mêmes leurs problèmes. Au contraire, les patients maniaques ou hypomaniaques ne perçoivent souvent pas le caractère pathologique de leurs symptômes. C'est pourquoi, aujourd'hui encore, il s'écoule un délai bien trop long jusqu'à ce que les

patients souffrant de trouble bipolaire aillent chez le psychiatre.

Il n'est pas rare qu'il s'écoule 10 ans jusqu'à ce que le diagnostic soit correctement posé. Le médecin de famille joue un rôle important dans ce processus : quand il voit des patients qui ont des antécédents ou des symptômes d'épisode dépressif ou maniaque, il doit les adresser à un psychiatre et à un psychothérapeute.



Pourquoi le diagnostic est-il tardif ?

- Rares sont les gens qui connaissent le trouble bipolaire. Ce sont les symptômes dépressifs qui sont le plus souvent reconnus et signalés au médecin de famille.
- Il arrive souvent que les phases hypomaniaques ou maniaques ne soient pas perçues comme pathologiques,

si bien que le médecin n'en est pas averti. Quand il y a des signes de manie, il importe que le médecin pose des questions non seulement à propos des symptômes de la maladie mais aussi par exemple à propos de l'augmentation des capacités du patient, par exemple : «Vous arrive-t-il de trouver votre travail beaucoup plus facile que d'habitude, avez-vous plus envie d'entreprendre, êtes-vous plus actif, vous fatiguez-vous moins vite, dépensez-vous plus d'argent ou votre comportement vous a-t-il occasionné des difficultés ?»

Pour mieux décrire la maladie au médecin et pour que le patient lui-même la connaisse également mieux, il importe de remplir régulièrement un calendrier de l'humeur. Le calendrier de l'humeur aide à suivre l'évolution de la maladie et à poser correctement le diagnostic. Vous trouverez page 42 un exemple de calendrier de l'humeur et des indications pour le commander.

Qu'entend-on par «signes bipolaires légers»?

Les signes bipolaires légers sont des indices présents chez le patient lui-même ou dans sa famille et qui peuvent indiquer la présence de la maladie.

«Les signes bipolaires légers» (en anglais «bipolar soft signs») sont des caractéristiques que l'on trouve dans l'évolution de la maladie ou dans les antécédents familiaux d'un patient et qui indiquent un trouble bipolaire.

Ces «soft signs» sont des indices, ce ne sont pas des critères de diagnostic.

Les caractéristiques suivantes font partie des «signes bipolaires légers»:

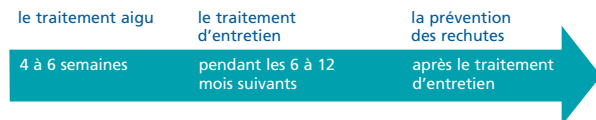
- **Antécédents familiaux de troubles bipolaires**
- **Traitement par le lithium couronné de succès chez des personnes apparentées au premier degré (parents/frères/sœurs) souffrant de troubles psychiques**
- **Maladies psychiques dans trois générations consécutives**
- **Hypomanie déclenchée par un traitement antidépresseur**
- **Fluctuations anormales de l'humeur (légère irritabilité, patient «remonté» ou accablé en permanence)**
- **Dépansions liées aux saisons**
- **Dépansions avec signes psychotiques, pendant l'enfance ou l'adolescence**

LE TRAITEMENT

Comment traite-t-on le trouble bipolaire ?

Le plan de traitement est fixé en fonction de l'évolution de la maladie, c'est-à-dire du nombre et du degré de sévérité des épisodes.

On distingue :



Le traitement aigu

Traitement aigu : 4 à 6 semaines de traitement de la manie aiguë ou de la dépression.

Le traitement aigu a pour but de traiter une manie aiguë ou une dépression. Il est entrepris dès la survenue des symptômes d'un premier épisode ou d'une récurrence. L'intensité et la durée du traitement aigu dépendent du

degré de sévérité de l'épisode pathologique. La durée de ce traitement est en moyenne de 4 à 6 semaines.

A quoi faut-il tout particulièrement veiller pendant le traitement aigu ?

Pour que le traitement aigu soit efficace, il faut absolument que le patient se trouve dans un environnement calmant. Des stimuli et événements minimes peuvent suffire pour provoquer un stress et aggraver la maladie. A cette phase du traitement, un accompagnement psychique précautionneux par le thérapeute et les proches est tout aussi important que la planification soignée du traitement médicamenteux.

Dès que les symptômes de la phase aiguë se sont améliorés, le traitement est prudemment adapté. La résistance physique et psychique est renforcée par le soutien psychothérapeutique.

Le traitement d'entretien

Le traitement d'entretien : stabilisation pendant 6 à 12 mois, après le traitement aigu.

Le traitement d'entretien comprend toutes les mesures thérapeutiques qui font suite à la phase aiguë. L'objectif du traitement d'entretien est d'abord de faire disparaître les symptômes. Ensuite, il faut garantir la stabilité

de l'état du patient pendant 6 à 12 mois. Le meilleur moyen d'atteindre ces objectifs consiste à associer judicieusement le traitement médicamenteux et la psychothérapie. Pendant cette phase, on conserve généralement les médicaments qui ont fait leurs preuves en traitement aigu.

La prévention des rechutes

La prévention des rechutes a pour but d'éviter une nouvelle rechute en phase maniaque ou dépressive et fait suite au traitement d'entretien.

La prévention des rechutes joue un rôle déterminant dans le maintien de la stabilité de l'état de santé des patients souffrant de troubles bipolaires. La prévention des rechutes comprend souvent un traitement médicamenteux et des mesures d'ordre psychothérapique et ce traitement préventif doit être poursuivi pendant plusieurs années. C'est pourquoi le plan de traitement est strictement élaboré en fonction des besoins individuels et mis au point avec le patient lui-même et si possible ses proches.

A quoi faut-il tout particulièrement veiller pendant le traitement médicamenteux de prévention des rechutes ?

La prise régulière des médicaments est absolument indispensable pour faire disparaître les symptômes et obtenir une stabilisation durable !

Pour se protéger d'une rechute, certains patients doivent prendre des médicaments pendant des décennies et parfois même à vie. Etant donné qu'à ce stade la plupart des patients vont à nouveau bien, ils ne voient généralement pas l'utilité de la poursuite du traitement. Ils arrêtent les médicaments sans consulter leur médecin. Or, dans ce cas, disparition des symptômes ne signifie pas guérison, si bien que l'arrêt brutal du traitement médicamenteux expose au grave risque de récurrences d'autres épisodes de la maladie.

La psychothérapie et la psychoéducation comme composantes de la prévention des rechutes

L'association d'un traitement médicamenteux et de mesures psychothérapiques aide les patients à trouver la stabilité psychique.

La psychothérapie et la psychoéducation sont des éléments importants de la prévention des rechutes. La psy-

choéducation a pour but de former les patients et leurs proches pour qu'ils deviennent des «experts de la maladie». On leur explique les signes d'alarme précoces et les symptômes des épisodes aigus. Ils apprennent ainsi à y faire face correctement.

Il est souvent utile d'établir, avec le patient, une liste des symptômes précoces individuels et d'élaborer des «plans de crise» appropriés. Cela est surtout intéressant quand les symptômes ou le comportement sont toujours les mêmes avant le début proprement dit des épisodes.

Psychothérapie

Il existe diverses méthodes de traitement psychothérapique :

- ***Thérapie centrée sur la famille***
- ***Thérapie comportementale cognitive***
- ***Thérapie du rythme interpersonnel et social***
- ***Psychothérapie psychodynamique***
- ***Psychothérapie fondée sur le dialogue***

Avec les diverses méthodes thérapeutiques, on essaye avant tout d'exercer un effet sur le rythme biologique. Le but est de favoriser la lutte contre le stress et de remettre «l'horloge interne» du patient à l'heure. Seule l'association de médicaments et de méthodes de psychothérapie permet d'obtenir une stabilité psychique



satisfaisante. Il existe aujourd'hui un large éventail de moyens d'information pour les patients et leurs proches. Vous trouverez les adresses en annexe.

LES MÉDICAMENTS

Que sont les «stabilisants de l'humeur» ?

Comme leur nom l'indique, ces médicaments stabilisent l'humeur. Dans le cadre du traitement des troubles bipolaires, on les utilise pour neutraliser les fluctuations excessives de l'humeur, sans provoquer pour autant un

épisode du «pôle opposé». Ils protègent en même temps les patients contre de nouveaux épisodes.

Les médicaments qui stabilisent l'humeur sont les suivants :

- **Le lithium**
- **Les antiépileptiques (anticonvulsivants)**
- **Les antipsychotiques modernes, dits «atypiques»**

Conformément aux découvertes les plus récentes, on distingue des stabilisants de l'humeur de type A et de type B :

Stabilisants de l'humeur de type A

Les stabilisants de l'humeur de type A agissent sur les humeurs anormalement hautes.

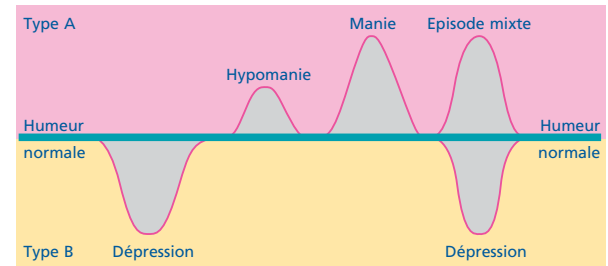
Les stabilisants de l'humeur de type A sont des médicaments qui combattent l'humeur anormalement haute. «A» signifie «above» (mot anglais qui veut dire «en haut»). Les patients se trouvent dans une «humeur haute» que les stabilisants de l'humeur essaient de corriger. Les médicaments de ce groupe ont donc un effet antimaniaque, sans pour autant induire une dépression. Parmi les stabilisants de l'humeur de type A, citons par

exemple le lithium et les antiépileptiques (anticonvulsivants) tels que valproate et carbamazépine. D'après des données très récentes, certains antipsychotiques nouveaux, atypiques (les «atypiques») ont aussi un effet antimaniaque et stabilisant de l'humeur.

Stabilisants de l'humeur de type B

Les stabilisants de l'humeur de type B agissent sur l'humeur dépressive.

Les stabilisants de l'humeur de type B sont des médicaments utilisés pour combattre l'humeur dépressive. «B» signifie «below» (mot anglais signifiant «en bas»). Autrement dit, ces médicaments essaient de corriger le «bas de l'humeur» en rétablissant une humeur normale, sans pour autant provoquer d'épisodes maniaques ou



hypomaniaques. Comme stabilisants de l'humeur de type B, citons par exemple la lamotrigine et certains antipsychotiques atypiques.

Pourquoi utilise-t-on aujourd'hui des antipsychotiques pour le traitement de la manie ?

Les antipsychotiques modernes, atypiques (les «atypiques») ont des propriétés de stabilisation de l'humeur.

Quand le patient souffre de symptômes psychotiques tels qu'hallucinations ou idées délirantes, les antipsychotiques sont toujours les médicaments de premier choix. En effet, ces symptômes psychotiques font que les patients sont souvent très excités, agressifs, agités ou anxieux. Les antipsychotiques tirent leur nom de leurs propriétés antipsychotiques.

Les antipsychotiques modernes, dits «atypiques», n'exercent pas seulement un effet antipsychotique ; ils possèdent aussi des propriétés de stabilisation de l'humeur. Pour le traitement des troubles bipolaires on les utilise avec succès, même en l'absence de symptômes psychotiques.

Antipsychotiques classiques et atypiques – Quelle est la différence ?

Les patients tolèrent bien les antipsychotiques atypiques.

Les premiers antipsychotiques, également appelés «antipsychotiques classiques» ou «antipsychotiques de la première génération» exercent un bon effet antipsychotique, mais ils provoquent souvent de graves effets indésirables, tels que tremblement des mains, ralentissement ou perturbation des mouvements et sécheresse de la bouche.

Grâce au perfectionnement de ces médicaments, nous disposons aujourd'hui des antipsychotiques atypiques (les «atypiques») qui sont mieux tolérés. Avec ces médicaments, les anomalies des mouvements sont nettement plus rares ou ne surviennent qu'à forte posologie.

Au début du traitement par certains atypiques, une fatigue temporaire est possible. Cette fatigue peut être souhaitable en cas de manie.

Par contre, chez certains patients on constate souvent d'importantes prises de poids. Comme ces médicaments doivent souvent être pris pendant une durée prolongée, la bonne tolérance à long terme est un important critère lors du choix de l'atypique.

Parlez à votre médecin de ce que vous attendez de vos médicaments, en termes d'efficacité et de tolérance !

Comment traite-t-on une dépression bipolaire ?

On traite généralement une dépression bipolaire par des antidépresseurs modernes mieux tolérés que les anciens, à savoir les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine) et les IRSN (Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline). Il ne faut pas utiliser les médicaments plus anciens, car ils sont suspectés de déclencher des épisodes maniaques et d'accentuer les fluctuations de l'humeur.

Si les fluctuations de l'humeur sont fréquentes ou dans le cas des états mixtes, il convient d'utiliser des stabilisants de l'humeur modernes, de type B. Pour traiter des symptômes tels qu'anxiété ou agitation, il faut souvent les associer à des tranquillisants («benzodiazépines») au début du traitement.

Pendant combien de temps faut-il continuer à prendre un médicament qui a été utilisé pour le traitement aigu ?

N'arrêtez jamais le traitement médicamenteux sans consulter votre médecin auparavant.

Le trouble bipolaire persiste généralement toute la vie

et l'on peut rechuter à tout moment, souvent sans signes d'alarme. Dans la majorité des cas, cette maladie exige un traitement au long cours qui doit être poursuivi même pendant les phases asymptomatiques, ce que beaucoup de patients ont du mal à accepter.

Des outils tels que le calendrier de l'humeur permettent de vérifier l'efficacité du traitement. En remplissant régulièrement ce calendrier, le patient peut plus facilement identifier les facteurs qui influent sur son humeur. Une fois que les facteurs déclenchants sont identifiés, il est également possible de les éviter.

Quels sont les médicaments utilisés pour la prévention des rechutes ?

Les antipsychotiques modernes, atypiques, conviennent pour la prévention prolongée des rechutes, car ils sont mieux tolérés et ne provoquent que peu d'effets indésirables.

La prévention des rechutes repose généralement sur les médicaments stabilisants de l'humeur.

D'après des données très récentes, le traitement alternatif avec un antipsychotique moderne et bien toléré constitue une alternative efficace et rationnelle. Dans cette situation, les atypiques peuvent être utilisés seuls ou en association avec un stabilisant de l'humeur.



PEUT-ON VIVRE «TOUT A FAIT NORMALEMENT» AVEC UN TROUBLE BIPOLAIRE ?

Le trouble bipolaire se soigne bien.

Un traitement médicamenteux bien adapté, idéalement complété par des mesures psychothérapeutiques, permet de mener une vie normale.

Cependant, comme pour les autres maladies, il y a aussi des cas d'évolution grave. Ces cas sont très pesants pour la famille et le reste de l'environnement social et professionnel.

Le trouble bipolaire est l'une des maladies psychiatriques qui se soigne bien et qui laisse aux patients la possibilité de mener une vie sociale et privée accomplie.

Que puis-je faire ?

Vous pouvez prendre diverses mesures pour diminuer les conséquences du trouble bipolaire :

- **Informez vos amis et vos proches sur les symptômes du trouble bipolaire**

Si les amis et les proches sont capables d'identifier les symptômes précoces qui annoncent une menace de rechute, le patient a plus de chances d'être traité rapidement. On peut ainsi raccourcir ou éviter un épisode qui s'annonce.

- **Tenez un calendrier de l'humeur**

Exemple

		Mois <i>Mai</i>									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Maniaque	très intense (hôpital)										
	intense							X	X		
	modéré			X	X	X				X	
	léger	X					X				X
Dépressif	humeur équilibrée	X									
	léger										
	modéré										
	intense										
	très intense (hôpital)										
Médicaments	Matin/midi										
	soir										
	<i>Médicament 1</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Durée du sommeil la nuit dernière (en heures)		8	6	6	4	4	4	3	3	4	4
Événements particuliers/remarques (à noter jour par jour)		<i>stress</i>					<i>Grippe</i>				

Exemple de calendrier de l'humeur rempli

Commandez gratuitement le calendrier de l'humeur sur cns@astrazeneca.ch ou demandez-le à votre médecin.

Personnes de confiance

- *Confiez-vous à elles.*

Quand on souffre d'une maladie de longue durée comme le trouble bipolaire, il est important d'avoir des personnes de confiance. Les personnes qui conviennent le mieux sont des personnes compétentes et facilement joignables. Dans les situations de crise, votre médecin traitant doit être l'un des premiers interlocuteurs.

La continuité du traitement et une bonne relation médecin/patient facilitent le diagnostic précoce et la prévention des crises. C'est également le seul moyen de discuter ouvertement de questions délicates ou d'alternatives thérapeutiques.

Comme autres organismes qui proposent de l'aide, citons par exemple les groupes d'entraide. Le psychiatre peut généralement vous donner les contacts appropriés.

Adresses importantes :

Equilibrium
www.depressionen.ch

ATB Genève
www.association-atb.org

GRAAP
 Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
www.graap.ch

VASK
 Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie-
 und Psychisch-Kranken
www.vask.ch

DBSA
 Depression and Bipolar Support Alliance
www.dbsalliance.org

EUFAMI
 European Federation of Associations of Families of People with
 Mental Illness
www.eufami.org

**Bibliographie destinée aux patients
et à leurs proches :**

Dr. Sami-Paul Tawil
Le Miroir de Janus
 2002/2004
 ISBN : 2-266-13602-X, 2-221-0924-81

Kay Redfield Jamison
De l'exaltation à la dépression
 2005
 ISBN : 2-221-09930-3

Michel Rochet, Jean Hossenlopp
Des hauts et des bas qui perturbent votre vie
 2006
 ISBN : 2-7027-1110-3

Notes personnelles:

Première édition réalisée en Allemagne par:

PD Dr. med. Stephanie Krüger

Prof. Dr. med. Peter Bräunig

Adaption pour la Suisse (avec l'aimable autorisation des auteurs):

Dr. med. Philipp Eich

Dr. med. Andreas Horvath

Création et illustrations: ideenatelier roeck
rene.roeck@1st.ch

Adresses pour commander des exemplaires supplémentaires:

- AstraZeneca AG, Grafenau 10, 6301 Zug, cns@astrazeneca.ch
- www.psychosis.ch
- THERAPLUS, Münsterberg 1, 4001 Basel, info@theraplus.ch

Editeur: THERAPLUS*
Fondation pour le conseil
thérapeutique
www.theraplus.ch

Avec la collaboration de: AstraZeneca AG
www.astrazeneca.ch

*THERAPLUS en tant qu'organisme à but non lucratif agit exclusivement dans un objectif d'utilité publique, étant ouvert à toutes les personnes intéressées. Vous trouverez plus d'information sur THERAPLUS et nos projets actuels sur notre site Internet www.theraplus.ch.

THERAPLUS

AstraZeneca 

