Troubles bipolaires

psycom

www.psycom.org

Troubles bipolaires

SOMMAIRE

Introduction	p. 02
Troubles bipolaires	p. 03
Troubles bipolaires et risque suicidaire	p. 05
Origine des troubles bipolaires	p. 06
Traiter les troubles bipolaires	p. 06
Où s'adresser ?	p. 09
Pour en savoir plus	p. 11

Introduction

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur (avant intitulé : psychose maniaco-dépressive (PMD)). Il se caractérise par une variation anormale de l'humeur : alternance de périodes d'excitation (manie ou hypomanie) et de dépression, voire de mélancolie profonde, entrecoupées de périodes de stabilité. Le terme « bipolaire » évoque les deux pôles **manie** et **dépression**, entre lesquels l'humeur oscille.

Les troubles bipolaires sévères touchent 1 à 2 % de la population, et trois fois plus dans leurs formes moins graves. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils comptent parmi les dix maladies les plus coûteuses et invalidantes. Le taux de mortalité des personnes atteintes est 2 à 3 fois plus élevé que celui de la population générale. Le risque suicidaire est important (15 % des patients). Le diagnostic est souvent fait tardivement (8 à 10 ans d'évolution), ce qui aggrave le pronostic. Les troubles peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale.

Classification des troubles psychiques

Il existe plusieurs façons de décrire les troubles psychiques, correspondant à différents courants de l'histoire de la psychiatrie. A l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées :

- Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10),
- Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.

Elles proposent une description clinique de syndromes (ensemble de symptômes) mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Troubles bipolaires

Entre 5 à 10 % des personnes ayant des épisodes dépressifs caractérisés peuvent également connaître des épisodes maniaques. Pour qu'un diagnostic de trouble bipolaire soit posé, il faut qu'il y ait eu **au moins un épisode dépressif caractérisé et un épisode maniaque ou hypomaniaque**. Plus de 90 % des personnes ayant connu un épisode maniaque présenteront d'autres épisodes de troubles de l'humeur.

Episode dépressif (CIM-10)

Symptômes de l'épisode dépressif :

- Humeur dépressive, tristesse
- Perte d'intérêt
- Fatigue ou perte d'énergie
- Trouble de l'appétit (avec perte ou prise de poids)
- Troubles du sommeil (perte ou augmentation)
- Ralentissement/agitation psychomotrice
- Sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi
- Sentiment de culpabilité inappropriée
- Difficultés de concentration
- Idées noires, pensées de mort, comportement suicidaire.

Episode hypomaniaque ou maniaque

Période d'au moins 4 jours consécutifs, où la personne est expansive ou irritable, très différente de son fonctionnement habituel et présente au moins 3 des symptômes suivants :

- augmentation de l'activité ou agitation physique ;
- augmentation du désir de parler ;
- difficultés de concentration ou distractibilité ;
- réduction du besoin de sommeil (ex. se sentir reposé après 3 heures de sommeil) ;
- augmentation de l'énergie sexuelle ;
- achats inconsidérés, ou autre types de conduites insouciantes ou irresponsables ;
- augmentation de la sociabilité ou familiarité excessive (CIM-10).

Les modifications de l'humeur et du fonctionnement habituels sont évidentes pour l'entourage. Elles peuvent perturber les activités quotidiennes, mais sans gêner le fonctionnement professionnel ou social et sans nécessiter une hospitalisation. Les périodes séparant épisodes dépressifs et maniaques raccourcissent avec les années allant parfois vers une absence de période de rémission.

Dans certains cas, symptômes dépressifs et maniaques apparaissent en même temps, ou alternent très rapidement. Les activités professionnelles et sociales ou les relations interpersonnelles sont perturbées. Une hospitalisation est parfois nécessaire pour éviter des effets dommageables pour la personne ou pour autrui.

Evolution

Plusieurs facteurs peuvent favoriser l'évolution d'un trouble unipolaire en trouble bipolaire. Un trouble dépressif sévère avec des caractéristiques psychotiques ou mélancoliques, des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) récurrents, l'hypersomnie et le ralentissement psychomoteur.

Les troubles bipolaires ont tendance à se développer à la suite de troubles dépressifs aigus, chez des personnes jeunes (avant 25 ans) n'ayant pas de troubles avant l'adolescence.

Il y a un risque de trouble bipolaire plus important quand un EDC apparaît après un accouchement.

L'hypomanie d'origine pharmacologique et des antécédents familiaux de trouble bipolaire sont aussi des variables prédictives d'une bipolarité.

Trouble bipolaire et risque suicidaire

C'est la pathologie psychiatrique associée au plus fort risque de décès par suicide. On estime que 20 % des personnes ayant un trouble bipolaire décèdent par suicide.
S'ajoute la mortalité liée aux maladies somatiques (alcoolisme, addictions, mauvaise hygiène de vie, diabète…).
Une personne bipolaire non traitée aurait une espérance de vie inférieure de 20 ans à celle de la population générale.

15 à 20 % des personnes souffrant d'EDC commettent un suicide [1].
Le taux annuel de suicide est 4 fois plus élevé chez les personnes souffrant de trouble dépressif que chez celles atteintes d'un autre trouble psychique, et 30 fois plus élevé que dans la population générale.

Les facteurs de risque suicidaire sont :

- la sévérité de l'épisode ;
- l'association d'autres troubles psychiatriques (alcoolisme, trouble de la personnalité) ;
- et certains symptômes dépressifs (réveil précoce, désespoir, perte de plaisir ou d'intérêt).

La présence d'idées suicidaires doit a priori être considérée comme un facteur de risque. Les hommes, les personnes ayant des antécédents familiaux de suicide et les personnes âgées ont aussi un plus grand risque suicidaire.

Il est important de savoir que :

- Les personnes suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir, mais souhaitent avant tout mettre fin à une souffrance devenue insupportable.
- La majorité des personnes ayant des idées de suicide ne feront pas de tentative.

(1) OMS, 2001.

Origine des troubles bipolaires

On situe l'origine de la dépression dans des expériences infantiles de perte, de souffrance et d'échec. Il existe une vulnérabilité génétique : une personne dont le parent de premier degré est atteint a 10 fois plus de risque de développer un trouble bipolaire.
Les événements de vie (divorce, séparation, problèmes professionnels ou financiers…) et les stress répétés (surmenage, manque de sommeil, perturbation des rythmes sociaux et biologiques), sont des facteurs précipitants. Mais leurs effets dépendent aussi de facteurs complexes, psychologiques et biologiques.

Le modèle théorique actuel est **biopsychosocial**, avec interactions complexes entre vulnérabilité génétique, modifications des systèmes de régulation du stress sous des influences environnementales diverses.

Le retard au diagnostic augmente le risque de suicide et celui d'évolution vers des cycles rapides (plus de 4 épisodes dans l'année, plus difficiles à traiter) Ce retard peut augmenter la durée des épisodes et les risques de complications (dépenses excessives, dettes, troubles du comportement, conséquences des abus de substances associées).

Traiter les troubles bipolaires (2)

La prise en charge thérapeutique doit être adaptée à chaque personne en fonction du contexte clinique, biologique et social. L'objectif est de diminuer les symptômes, les troubles comportementaux et le risque suicidaire, mais aussi de protéger la personne, son entourage et ses biens.

(2) Troubles bipolaires, Guide ALD, Haute Autorité de Santé, Mai 2009. http://has.sante.fr.

À long terme, le traitement vise à :

- stabiliser l'humeur ;
- prévenir les rechutes ;
- dépister et traiter les comorbidités psychiatriques et somatiques ;
- aider la personne à prendre conscience de la pathologie et accepter le traitement ;
- préserver capacités d'adaptation, autonomie et qualité de vie ;
- préserver le niveau de fonctionnement social et professionnel, la vie affective et relationnelle.

La prise en charge est pluridisciplinaire, coordonnée par le médecin traitant entre : services de psychiatrie publique ou privée, services sociaux, médico-sociaux (ex. Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)), éducatifs, juridiques et médecine du travail. Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les associations d'usagers et de proches peuvent être d'une grande aide).

Dans la grande majorité des cas le traitement est ambulatoire et nécessite la collaboration du patient et de son entourage. Il faut informer le patient – et si possible ses proches - de la meilleure stratégie thérapeutique envisagée, du délai d'action et des principaux effets secondaires des traitements médicamenteux. Une prise en charge ambulatoire dans un centre d'accueil à temps partiel, un hôpital de jour ou un atelier thérapeutique peut parfois être utile.

Dans certaines dépressions sévères à risque suicidaire important ou lorsqu'un bilan somatique complet s'impose, une hospitalisation – parfois sans consentement – peut être décidée.

Dans tous les cas le patient doit être informé de la raison médicale et être associé aux décisions.

Traitements médicamenteux [3]

- **Episodes aigus maniaques ou mixtes, hypomaniaques :** en traitement de première intention un thymo-régulateur (lithium, divalproate de sodium ou valpromide (Depamide®)), ou certains antipsychotiques dits atypiques (olanzapine (Zyprexa®), rispéridone (Risperidal®), aripiprazole (Abilify®)).
- **Episodes dépressifs légers :** psychothérapie recommandée en première intention. Il n'est pas recommandé de traiter par antidépresseurs un épisode dépressif léger.

(3) Haute autorité de santé (HAS) et Agence nationale du médicament (ANSM).

- **Episodes dépressifs moyens :** des médicaments peuvent être prescrits en complément ou en préalable à la psychothérapie.
- **Episodes dépressifs sévères :** antidépresseurs, associations antidépresseur et psychothérapie, associations antidépresseur et autre psychotrope, hospitalisation selon les cas.

❐ En cas de trouble bipolaire

Il faut éviter de prescrire des antidépresseurs en monothérapie en raison du risque de « virage de l'humeur » (passage rapide d'une humeur dépressive à une humeur maniaque). L'association d'un antidépresseur, surtout sérotoninergique, et d'un régulateur de l'humeur est souvent préconisée.

Dans le trouble bipolaire, la prévention de nouveaux épisodes est réalisée en première intention par un traitement thymo-régulateur, et non par un antidépresseur seul [4].

Un traitement autre que thymo-régulateur seul est souvent utilisé dans le trouble bipolaire en seconde intention ou à visée adjuvante. Ces traitements nécessitent une surveillance médicale stricte, le respect des contre-indications et précautions d'emploi [5]. Il en est ainsi de la lamotrigine, l'olanzapine (Zyprexa®), l'aripiprazole (Abilify®), la carbamazépine (Tegretol®) et de l'utilisation hors autorisation de mise sur le Marché (AMM) de certains neuroleptiques conventionnels, de la rispéridone (Risperidal®), de la gabapentine, du topiramate, de l'oxycarbazépine, de l'amisulpride (Solian®) et de la clozapine (Leponex®).

Durée du traitement médicamenteux

Après un premier épisode de trouble bipolaire le traitement doit être maintenu au moins 2 années. Si le risque de rechutes est très élevé (sévérité de l'épisode, comorbidité alcoolique, abus de substances, trouble de la personnalité associé) le traitement doit être maintenu au moins 5 années. **L'interruption d'un traitement médicamenteux doit TOUJOURS être lentement progressive.**

Cas particuliers

- Précautions particulières en cas de **grossesse** ou d'allaitement (pour aller plus loin : www.lacrat.org et www.ansm.sante.fr).
- **Personnes âgées :** les posologies des médicaments doivent être adaptées à l'état cardiovasculaire, cognitif, rénal et hépatique. Les patients âgés sont plus sensibles aux effets secondaires et nécessitent souvent des posologies plus faibles que celles utilisées chez l'adulte.

(4) ANMS 2006 http://anms.sante.fr
(5) Brochure Psycom : Syndrome métabolique.

Psychothérapies

La psychothérapie de soutien est indispensable dans tous les cas (par le médecin traitant, le psychiatre ou un psychologue clinicien). Elle améliore l'observance du traitement, la compréhension du trouble, l'identification précoce des signes de rechute éventuelle, et aide à surmonter les symptômes résiduels.

Les principales psychothérapies sont psychodynamiques, cognitivo-comportementales, ou familiales, systémiques ou non.
Le choix de la psychothérapie la plus adaptée dépend de l'indication médicale, des attentes et souhaits du patient et de la faisabilité de la technique.

Education thérapeutique (ET)

L'ET aide le patient à connaitre sa maladie, prévenir les rechutes et les complications évitables. Ces programmes proposent une information adaptée à chaque patient, améliorent l'alliance thérapeutique et développent des capacités d'auto-surveillance et de meilleures aptitudes à la gestion des facteurs de stress.

Entraide

Les associations d'usagers et les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) apportent information entraide et soutien.

Autres traitements

L'électroconvulsivothérapie (électrochocs) correspond à des indications très précises, en dernier recours après échec de tous les autres traitements. Elle nécessite « une évaluation documentée des risques et du bénéfice potentiel du traitement » [6].

Où s'adresser ?

Médecin traitant

Il est conseillé de demander l'avis de son médecin habituel qui peut orienter vers une consultation ou un service spécialisé, en fonction de la gravité de la situation.
Dans tous les cas, une bonne coordination est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de son entourage.

Centres médico-psychologiques (CMP)

Les services de psychiatrie publique proposent des prises en charge pour tous les troubles psychiques.
Les consultations sont prises en charge par la Sécurité Sociale.
Se renseigner au CMP le plus proche du domicile.

(6) Haute Autorité de Santé, HAS www.has-sante.fr

Ecoute téléphonique (7j/7 & 24h/24)
Poser des questions, s'informer, trouver des adresses, demander de l'aide, de manière confidentielle et anonyme.

- **SOS Amitié :** Tél. 01 42 96 26 26 (prix d'un appel local) www.sos-amitie.org
- **SOS Dépression :** Tél. 01 40 47 95 95 sos.depression.free.fr
- **Suicide écoute :** Tél. 01 45 39 40 00 (prix d'un appel local) www.suicide-ecoute.fr
- **France Dépression :** Tél. 01 40 61 05 66 www.france-depression.org
- **Fil Santé Jeunes :** Tél. 32 24 ou 01 44 93 30 74 (depuis un portable) www.filsantejeunes.com
- **Service Écoute famille Unafam :** Tél. 01 42 63 03 03 www.unafam.org

Associations de psychothérapeutes professionnels

Renseignent sur les psychothérapies, la formation de leurs membres et les adresses de leurs membres assurant des consultations privées. Liste non exhaustive.

Association française de thérapie comportementale et cognitive – AFTCC
27, rue de la Saïda - 75015 Paris
Tél. 01 45 88 35 28
aftcc@wanadoo.fr
www.aftcc.org
(annuaires des membres actifs)

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive – AFFORTHECC
10, avenue Gantin - 74150 Rumilly
Tél. 04 50 64 51 75
afforthec@wanadoo.fr
www.afforthecc.org
(annuaires des membres actifs)

Association Psychanalytique de France (APF)
24, place Dauphine - 75001 Paris
Tél. 01 43 29 85 11
www.associationpsychanalytiquede-france.org

Société de Psychanalyse Freudienne
23, rue Campagne Première - 75014 Paris
Tél. 01 43 22 12 13
www.spf.asso.fr

Société française de thérapie familiale – SFTF
23, rue de la Rochefoucauld - 75009 Paris
Tél. 01 49 70 88 58
sftf.net

Société française de psychothérapie psychanalytique de groupe – SFPPG (l'adresse change tous les 4 ans)
35, rue Élisée Reclus - 93300 Aubervilliers
Tél. 01 48 34 23 06
sfppg@wanadoo.fr - www.sfppg.org

Société Psychanalytique de Paris (SPP)
187, rue St Jacques - 75005 Paris
Tél. 01 43 29 66 70
www.spp.asso.fr

Associations de patients et proches

Regroupent des personnes vivant avec des troubles psychiques et proposent des groupes de paroles, des lignes d'écoute téléphonique, des conseils et de l'entraide. Liste non exhaustive.

Argos 2001
119, rue des Pyrénées - 75020 Paris
Tél. 01 46 28 01 03 - 01 46 28 00 20
argos.2001@free.fr
www.argos2001.fr

Fédération Nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)
33, rue Daviel - 75013 Paris
Tél. 01 43 64 85 42
Fax 01 42 73 90 21
www.fnapsy.org

France Dépression
4, rue Vigée Lebrun - 75015 Paris
Tél. 01 40 61 05 66
info@france-depression.org
www.france-depression.org

Union nationale des amis et familles de malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)
12, Villa Compoint - 75017 Paris
Tél. 01 53 06 30 43
Fax 01 42 63 44 00
écoute famille 01 42 63 03 03
infos@unafam.org
www.unafam.org

Pour en savoir plus

Agence nationale de sécurité du médicament : ansm.sante.fr
Haute autorité de santé : www.has-sante.fr
Réseau PIC : Information sur les médicaments. www.reseau-pic.info
Brochures Psycom : Les psychothérapies, les médicaments psychotropes et les droits et devoirs des usagers téléchargeables sur www.psycom.org

- Apprendre à soigner les dépressions - avec les TCC, C. Mirabel-Sarron et A. Docteur, Paris, Dunod, 2013.
- Troubles bipolaires, Guide ALD, Haute Autorité de Santé, Mai 2009.
- Vivre avec un maniaco-dépressif, C. Gay, Paris, Hachette littérature, 2008.
- La dépression en savoir plus pour en sortir, Guide INPES, 2007, www.info-depression.fr
- L'indispensable. Guide à l'intention des membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale Eds UNAFAM-FFAPAMM. 2013. www.unafam.org
- Bien choisir sa psychothérapie, Sylvie et Pierre Angel, Larousse 2010.

Le Psycom est un organisme public d'information, de communication et de formation en santé mentale. En partenariat avec l'ARS, il permet de mieux faire connaître la santé mentale aux franciliens.

Le Psycom édite 5 collections de plaquettes d'information :

- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Organisation des soins psychiatriques
- Droits et devoirs des usagers

psycom

1, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
facebook.com/psycom.org
contact@psycom.org
www.psycom.org

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
www.ars.iledefrance.sante.fr

UNPRIM VERT PEFC/10-31-1740 2EFC

® PSYCOM 09/2013 – Création graphique : Keep Moving. GROUPE DROUIN IMPRIMEUR / DE BUSSAC

Rédacteur en chef : Jean-Luc Chassaniol (secrétaire général, Psycom). **Rédaction :** Pr Julien-Daniel Guelfi (psychiatre, CH Sainte-Anne) et Aude Caria (directrice, Psycom). **Comité de relecture :** Caroline David (bénévole, UNAFAM), Claude Finkelstein (présidente, FNAPsy), Dr Marie-Jeanne Guedj (psychiatre, CH Sainte-Anne), Dr Vassilis Kapsambelis (psychiatre, ASM13), Dr Frédéric Khidichian (psychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice), Dr Christiane Santos (psychiatre, GPS Perray-Vaucluse) et Dr Norbert Skurnik (psychiatre, EPS Maison-Blanche). **Coordination éditoriale :** Aude Caria (directrice, Psycom). **Illustration :** Fotolia (libre de droits).