

LES TROUBLES BIPOLAIRES

COMPRENDRE LA MALADIE ET TROUVER DE L'AIDE



ARIANE ZINDER-JEHEBER

PRO MENTE SANA

LES TROUBLES BIPOLAIRES

COMPRENDRE LA MALADIE ET TROUVER DE L'AIDE

IMPRESSUM

Rédaction: Ariane Zinder-Jeheber, psychologue

Illustrations: Isabelle Martin

Mise en page: Maya Wäber

Impression: Moléson Impression, Genève

© Genève, 2016, Pro Mente Sana association romande

Dans cette brochure nous avons renoncé à adopter le langage épïcène

SOMMAIRE

| | |
|--|--------|
| Préface | page 7 |
| Avant-propos : Les troubles bipolaires, une maladie encore à définir | 11 |
| Qu'est-ce que les troubles bipolaires ? Et quelles en sont leurs causes ? | 15 |
| Quels sont les critères diagnostiques des troubles bipolaires ? | 23 |
| Trouble bipolaire de type I (manie, dépression) | |
| Trouble bipolaire de type II (hypomanie) | |
| Autres formes de troubles et comorbidités | |
| La période d'humeur «normale» : stabilité euthymie | |
| Trouver l'aide adéquate et s'aider soi-même | 35 |
| Aspects pharmacologiques médicamenteux | |
| Autres formes de traitements alternatifs | |
| Prise en charge ambulatoire-hospitalisation | |
| Accompagnement psychoéducatif et psychothérapeutique | |
| Psychoéducation | |
| Groupe Bauer/Mc Bride | |
| Méditation Mindfulness | |
| Thérapie cognitivo-comportementale | |
| Remédiation | |
| Aspect préventif curatif | |
| Qualité de vie | |
| L'hygiène du sommeil | |
| Prévention de la rechute, signes annonciateurs | |
| Mesure de l'humeur | |
| Plan de crise | |
| Plan de ressources, plan de rétablissement | |
| Aspect social | |
| Réseau social | |
| Associations d'entraide | |
| Les troubles bipolaires affectent aussi les proches | 57 |
| Annexes : adresses utiles, bibliographie, sites Internet | 62 |
| Publications de Pro Mente Sana | 71 |
| Collection psychosociale | |
| Collection juridique | |
| Notes | 75 |
| Permanence téléphonique | 78 |

PRÉFACE

«Comment expliquer l'inexplicable? Tu vas apprendre un malheur pas moins terrible que la mort. Cette nuit, pris de folie, le grand Ajax s'est couvert de honte. (...) La tempête qui avait fondu sur sa tête est en train de s'apaiser, il a retrouvé la raison ; mais il affronte une douleur nouvelle: contempler le mal qu'il s'est fait, de sa propre main, lui cause une souffrance infinie.»

Dans la pièce «Ajax», écrite il y a 2500 ans, le poète grec Sophocle dépeint les conséquences d'une phase d'hypomanie qu'a connue son héros. Nous dirions aujourd'hui qu'Ajax souffre de troubles bipolaires.

Heureusement, la souffrance que ces troubles engendrent n'est pas nécessairement infinie. On peut relativement bien vivre avec cette maladie.

Connue depuis des temps immémoriaux, elle demeure pourtant mystérieuse, inquiétante, difficile à comprendre, à expliquer, même à admettre.

C'est pourquoi la brochure de l'Association Pro Mente Sana, en faisant le point sur les connaissances acquises et en insistant sur les possibilités de guérison, ou en tous cas de stabilisation des symptômes, rend un immense service aux malades et à ceux qui les entourent.

Accompagnant depuis de nombreuses années des proches souffrant de maladie psychique, d'abord ma sœur, puis l'une de mes filles, j'adresse ces lignes autant à ceux qui côtoient les malades et tentent de les soutenir qu'aux patients eux-mêmes.

Je suis très sensible à la modestie de l'avant-propos de Mme Zinder: «les troubles bipolaires ne sont pas encore pleinement compris et des recherches sont toujours en cours pour mieux les expliquer et les prendre en charge». Mieux vaut cent fois cette prudence qu'un discours médical triomphaliste qui ne rassure nullement ceux qui affrontent la maladie au quotidien et voient les limites de ce qu'il est réellement possible de faire pour en alléger les souffrances.

La bonne nouvelle, c'est qu'une meilleure analyse des symptômes rend aujourd'hui le diagnostic plus sûr et plus rapide. La recherche s'active et l'apport des neurologues permet d'entrevoir des avancées spectaculaires dans la compréhension des mécanismes du cerveau qui reflètent les troubles bipolaires.

La mauvaise, c'est que ces troubles revêtent une multitude de formes différentes (d'où l'importance du pluriel dans la dénomination de la maladie) et peuvent se combiner avec d'autres troubles de l'humeur. Le diagnostic une fois établi – ce qui peut prendre beaucoup de temps – il n'est pas facile de trouver le traitement approprié. De sorte que le mot «patient» revêt sa pleine signification pour de nombreux malades qui, de même que leur entourage, doivent faire preuve d'une grande patience pour accepter les aléas du traitement et les handicaps qui accompagnent leur maladie.

Difficulté additionnelle, les patients ne sont souvent pas perçus comme malades par leur entourage.

George Sand décrit ainsi les troubles de Chopin, dont elle a longtemps partagé l'existence: *«Doux, enjoué, charmant dans le monde, Chopin malade était désespérant dans l'intimité exclusive. Nulle âme n'était plus noble, plus délicate, plus désintéressée ; nul commerce plus fidèle et plus loyal, nul esprit plus brillant dans la gaîté, nulle intelligence plus sérieuse et plus complète dans ce qui était de son domaine ; mais en revanche, hélas, nulle humeur n'était plus inégale, nulle imagination plus ombrageuse et plus délirante, nulle susceptibilité plus impossible à satisfaire.»*

Chopin éblouit ceux qui le croisent, mais en privé sa personnalité est tout sauf lumineuse: *«Il était froissé des jours, des semaines entières, par la maladresse d'un indifférent ou par les menues contrariétés de la vie réelle. Et, chose étrange, une véritable douleur ne le brisait pas autant qu'une petite. La profondeur de ses émotions n'était nullement en rapport avec leurs causes. (...) Son esprit était écorché vif ; le pli d'une feuille de rose, l'ombre d'une mouche le faisaient saigner.»*

L'entourage prend souvent les troubles de l'humeur pour des défauts de comportement. Sand brûle de reprocher son attitude à Chopin, mais se force à reconnaître que *«rien de tout cela n'était de sa faute à lui. C'était celle de son mal. (...) Supportant la souffrance avec assez de courage, il ne pouvait vaincre l'inquiétude de son imagination»*. Elle ne peut cacher sa frustration: être l'amante du *«pauvre grand artiste»* implique de soigner *«un malade détestable.»*

Si je m'arrête à ces notes de George Sand, c'est que j'y trouve l'écho de mes propres incompréhensions et insuffisances dans l'accompagnement de malades qui me sont proches. Comme il est souvent impossible de faire juste, on a parfois l'impression douloureuse de contribuer à entretenir le mal plutôt qu'à le calmer. Garder la perspective des heures claires quand le malade traverse des périodes sombres, jouir des bons moments sans se

demander sans cesse ce qui va suivre ; la sagesse de l'accompagnant est plus facile à décrire qu'à pratiquer...

Il ne faut en tous cas jamais oublier la somme de courage, d'obstination, de persévérance dont les malades doivent faire preuve pour affronter leur mal. Leur vie quotidienne leur est bien plus difficile que la nôtre et cela mérite notre empathie.

Une de mes sœurs aujourd'hui décédées, qui était schizophrène, a subi des hallucinations auditives presque continues pendant la plus grande partie de son existence; elle avait développé pour y faire face un humour particulier qui m'a toujours rempli d'admiration.

Le même sentiment m'anime quand je vois une de mes filles, qui souffre d'un trouble à la fois bipolaire et borderline, écarter le tourbillon des pensées noires qui l'assaillent en période de tourment pour produire sur son ordinateur des images légères, délicieuses, drôles. Qui se doute de la pénibilité des efforts qu'elles lui coûtent?

Aux patients comme à leurs proches, j'adresse un salut fraternel et complice: le combat contre la maladie psychique occupe beaucoup de temps et d'énergie, mais il trouve en lui-même ses propres récompenses et vaut sans aucun doute la peine d'être vécu.

Guillaume Chenevière



" Il y a des jours - faits
d'absence de lignes
et de courbes -
Tante de repères et
de (bon-) sens,
mon esprit se désarticule
et je m'éjare aisément
dans une zone de
turbulences redoutables "

Mossy

AVANT-PROPOS : LES TROUBLES BIPOLAIRES, UNE MALADIE ENCORE À DÉFINIR

.....

Bien que le terme « troubles bipolaires » soit généralement familier au grand public, les connaissances liées à ces troubles demeurent souvent superficielles. Le but de cette brochure est de permettre à tous de découvrir ou d'approfondir les notions inhérentes à cette maladie : ses aspects, son vécu, les traitements proposés pour y faire face ainsi que son évolution possible.

Les troubles bipolaires se caractérisent par des troubles affectant l'humeur. Ils représentent une maladie qui n'est pas facile à cerner. Nommés par le passé troubles maniaco-dépressifs ou psychose maniaco-dépressive, leur étude scientifique remonte à de nombreuses années. A ce jour, les troubles bipolaires ne sont cependant pas encore pleinement compris et des recherches sont toujours en cours pour mieux les expliquer et mieux les prendre en charge. Environ 1 à 2% de la population mondiale en souffrent, autant des hommes que des femmes, issus de tous milieux socio-économiques. En Suisse, plus de 400'000 personnes sont concernées par cette maladie.

Si le grand public a entendu parler de la maladie, il la connaît mal et a de la peine à se représenter les répercussions invalidantes causées par ces variations d'humeur. Il tend à transférer son propre ressenti sur le vécu de l'autre: «Grosse dépression... Ah oui, moi aussi je sais ce que c'est... la déprime!». Comment la tristesse peut-elle évoluer vers plus de tristesse? Comment la joie vire-t-elle à l'extrême jusqu'à en devenir problématique? Comment l'énergie peut-elle créer un réservoir si impressionnant, source d'un nombre fou de projets, ne débouchant souvent sur aucune action concrète?

Il s'agit en fait d'une maladie des extrêmes. C'est souvent derrière un apparent équilibre que la maladie se cache. Étant donné que les personnes souffrant de troubles bipolaires n'éprouvent pas constamment des sentiments extrêmes et donnent souvent l'impression d'être en bonne santé, elles et leurs proches peinent à parler et à être compris.

Il est vrai que des traitements ont été développés et les personnes concernées peuvent avoir accès à plusieurs formes d'aide professionnelle et à des outils d'entraide pour cheminer vers un mieux-être. Il ressort d'ailleurs aussi des recherches qu'un rétablissement est possible pour beaucoup de personnes connaissant un trouble bipolaire, celles-ci vivant alors sans crises ou traversant des épisodes plus courts et moins intenses.

Avec la publication de cette brochure, l'association romande Pro Mente Sana désire informer les personnes touchées par les troubles bipolaires, les proches, les professionnels et le grand public intéressés par la thématique. Il tient à cœur à Pro Mente Sana de contribuer à diffuser l'idée selon laquelle il est possible de vivre avec cette maladie psychique fluctuante et d'insister sur le fait que, malgré ou avec les troubles bipolaires, la personne est «merveilleusement ordinaire» ou «ordinairement merveilleuse».

Nous tenons particulièrement à remercier les personnes et les proches des

associations ATB&D et Passeport Equilibre qui avec honnêteté et authenticité nous ont fait part de leurs expériences.

Les illustrations sont d'Isabelle Martin, touchée elle-même par les troubles bipolaires. Nous la remercions de nous faire partager son expérience à travers ses dessins et textes, créés lors de crises et qui lui ont permis d'exprimer ressentis et émotions.

Un grand merci à Manon Renard, psychologue stagiaire, qui a participé activement à la recherche d'informations et à la collecte de données.

Nous remercions également les docteurs Y. Khazaal et J.-M. Aubry pour le partage de leurs connaissances et expériences cliniques.

Notre gratitude encore à Yahann Jaggi, membre du comité et pair praticienne en santé mentale, pour sa relecture avisée.

Grâce à tous ces échanges fructueux, cette brochure a pu voir le jour.

Ariane Zinder-Jeheber,
psychologue et conseillère psycho-sociale
2016



" Hauts et Bas -
Je me demande
qui d'entre les deux
je dois me méfier
le plus - "

W. Moser

QU'EST-CE QUE LES TROUBLES BIPOLAIRES ? ET QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

Les troubles bipolaires, désignés au pluriel tant leur forme et leur expression individuelle sont variées, se caractérisent par une variation intense et inadaptée des humeurs « hautes » et « basses ». Quant aux causes de ces troubles, elles sont diverses et pas clairement déterminées. En effet, autant des facteurs de vulnérabilité biologique, génétique que des facteurs environnementaux entrent en ligne de compte pour les expliquer.

L'humeur est la «disposition affective de base dont les variations entre une tonalité agréable (pôle du plaisir) et une tonalité désagréable (pôle de la douleur) seraient sous tendues par une régulation neuro-humorale», selon le dictionnaire français Larousse. Si cette disposition est dominante et permanente, on peut alors définir en général un individu «d'humeur gaie». Si par contre cette disposition est passagère, liée à des circonstances, elle ne fera pas référence à l'essence de l'individu. Celui-ci dira, par exemple «Je suis d'une humeur exécrationnelle aujourd'hui». Dans la vie quotidienne, nous connaissons tous des fluctuations d'humeurs plus ou moins fortes. Les humeurs vont colorer agréablement ou non les événements que nous vivons et à l'inverse les bonnes ou mauvaises nouvelles vont teinter nos humeurs. En effet, ces dernières influencent notre façon de ressentir, penser et agir. Elles ont également un impact sur notre capacité à agir sur notre environnement. L'annonce d'une bonne nouvelle se traduira par une humeur agréable et à l'inverse, un événement négatif induira une humeur désagréable. L'humeur dite «normale» fluctue donc vers le haut ou vers le bas, en réponse généralement à des événements particuliers et reste limitée en durée et en intensité. Elle ne nous empêche pas de fonctionner dans notre environnement et n'entraîne pas de souffrance jugée importante ou anormale.

Le terme bipolaire indique la variation sur ou entre les deux pôles de l'humeur «plaisir» et «douleur». Lorsque les humeurs deviennent trop extrêmes ou intenses, dépassant la norme où l'agréable plaisir ou la désagréable douleur restent maîtrisables ; lorsque l'agréable devient excitation ou irritation constante et le désagréable profonde dépression ; lorsque des humeurs incontrôlables se prolongent indépendamment de circonstances ou d'événements extérieurs ; lorsque ces humeurs perturbent le quotidien et les relations ; lorsque la personne dans son exaltation a des comportements à risque, dépense exagérément ou prend des décisions inconsidérées (comme celle de résilier son bail ou de démissionner de son travail), alors ces humeurs représentent des troubles.

En psychiatrie, le concept de «bipolarité» apparaît dans les années 1980 avec la révision du DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux proposant une classification américaine utilisée par un grand nombre de psychiatres et psychologues) qui, réformant nombre de termes descriptifs des troubles mentaux, marque l'abandon des termes de psychose maniaco-dépressive ou trouble/maladie maniaco-dépressive, d'origine psychanalytique-psychodynamique. Ce changement de terminologie a d'ailleurs fait l'objet de controverse dans le monde médical. Le terme de «troubles bipolaires» fait référence à un diagnostic psychiatrique posé par un médecin ou psychiatre et décrit une catégorie de troubles de l'humeur dont

la fluctuation anormale oscille entre des périodes d'élévation de l'humeur ou d'irritabilité (manie ou dans sa forme atténuée hypomanie), des périodes de dépression et des périodes d'humeur normale.

Quant au terme de «troubles bipolaires», employé au pluriel et non au singulier, il renvoie aux manifestations très diverses de l'expression et du vécu de ces fluctuations des humeurs, même si les critères diagnostiques restent généraux.

«Les bipolaires sont des personnes extrêmement sensibles et émotives... Chacun vivra cette bipolarité à sa propre échelle, selon son propre «modèle».

La fréquence des épisodes de fluctuations de l'humeur est très variable d'une personne à l'autre, entre 0 et 20 épisodes par an selon des études. Certaines auront des crises de manie tous les trois ans, tandis que d'autres en auront plusieurs fois par année. Certaines connaîtront une alternance de phases hautes et basses, dont la durée, le rythme et l'intensité varieront, d'autres auront tendance à ne vivre que des phases d'humeur haute.

«Moi je vis cinq à six crises de hauts et bas dans la même année et je dois être hospitalisée alors que lui, il ne connaît que deux crises par an et il reste chez lui.»

Le tableau ci-après est utile pour déterminer des phases d'humeur «haute» qui peuvent être source d'un trouble bipolaire. Répondez et cochez les colonnes oui-non. Un grand nombre de réponses «oui» devrait vous amener à parler avec un/votre médecin.

QUESTIONNAIRE DES TROUBLES DE L'HUMEUR « HAUTE »

Source Disorders Mood Questionnaire, Hirschfeld et al, 2000.

Traduction française de J.-M. Aubry, HUG, Programme bipolaire, Weber Rouget et al., 2005.

1 Est-ce qu'il y a déjà eu une période au cours de laquelle vous n'étiez pas vraiment vous-même et...

| | OUI | NON |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ...vous vous sentiez tellement bien ou accéléré/e au point que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas dans un état habituel ou que le fait d'être tellement accéléré/e vous attira des ennuis? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous vous sentiez tellement irritable que vous avez insulté des gens ou que vous avez déclenché des bagarres ou des disputes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous vous sentiez beaucoup plus sûr/e de vous que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et vous trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous étiez beaucoup plus loquace et parliez plus vite que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...les pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir le cours de votre pensée? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous étiez facilement distrait/e par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir de la peine à vous concentrer ou à rester sur une idée? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous étiez beaucoup plus actif/ve ou faisiez plus de choses que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous étiez beaucoup plus sociable ou ouvert/e que d'habitude, par exemple vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous étiez beaucoup plus intéressé/e par la sexualité que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu considérer comme excessives, stupides ou risquées? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ...les dépenses que vous avez faites ont causé des problèmes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2 Si vous avez coché « OUI » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période ?

OUI NON

3 A quel point cela vous a-t-il causé des problèmes – comme être dans l'incapacité de travailler ; avoir des problèmes familiaux, financiers ou légaux ; vous impliquer dans des disputes ou des bagarres ?

Merci de n'entourer qu'une seule réponse

Aucun problème Problème mineur Problème modéré Problème majeur

«De même qu'une perle naît d'une lésion d'un coquillage, la folie peut donner la naissance à des œuvres incomparables.» (Karl Jaspers)

Bien des personnes célèbres ont été identifiées comme ayant probablement eu des troubles de l'humeur bipolaires: les peintres Van Gogh et Michelangelo ; les écrivains Agatha Christie, Ernest Hemingway, Virginia Wolf ; les musiciens Ray Charles, Peter Gabriel, Alanis Morissette ; les acteurs Cary Grant, Jim Carrey, Ben Stiller, Audrey Hepburn, Winona Rider ; des figures historiques comme Napoléon Bonaparte, Abraham Lincoln, Théodore Roosevelt, Isaac Newton...

Toutefois s'il y a fécondité et richesse des images mentales, encore faut-il pouvoir organiser la pensée... Tout le monde ne sera pas créatif ou célèbre.

L'humeur de chacun dépend de multiples facteurs: un élément biologique traité par le cerveau, une vulnérabilité génétique, un certain vécu, des ambiances et des relations liées à l'histoire personnelle, etc.

Le cerveau est le centre biologique des émotions, de la pensée, de la motivation, des comportements ainsi que de la régulation de la veille et du sommeil. Or, des scanners ou IRM ont révélé des modifications structurales dans le cerveau des personnes diagnostiquées bipolaires, sans que les résultats soient consensuels. Seule l'imagerie fonctionnelle révèle une modification d'activité au niveau du système limbique durant les épisodes maniaques ou dépressifs. Cependant, cet examen d'imagerie fonctionnelle ne détermine pas si cette modification est la cause ou la conséquence de la fluctuation d'humeur.

Le cerveau gère également la transmission de l'information entre les neurones, de manière «électrique» (influx modulant l'activité des neurones) et grâce aux neurotransmetteurs (substances transmises entre les neurones, telles que la noradrénaline, la dopamine ou encore la sérotonine) qui vont calmer ou exciter les échanges. De plus, les neurones peuvent réguler le nombre de neurotransmetteurs en en récupérant ou en en détruisant. C'est dans ce système de transmission d'informations et au niveau de son équilibre qu'il pourrait y avoir des causes de dysfonctionnement. Des recherches ont pu montrer que certains parasites comme le toxoplasma faciliteraient la production de dopamine et pourraient être impliqués dans les troubles bipolaires. Les médicaments cherchent à rééquilibrer le «dosage» calmant ou excitant des neurotransmetteurs.

Divers médicaments (par exemple les corticoïdes) et drogues (alcool, cocaïne, etc.) peuvent favoriser ou parfois induire une phase maniaque ou dépressive.

Si les régions cérébrales impliquées dans la régulation de l'humeur sont atteintes, des troubles d'ordre bipolaire peuvent être provoqués. Ce serait

le cas par exemple lors d'un traumatisme crânien, d'une tumeur cérébrale, d'une maladie infectieuse touchant le cerveau. Cette atteinte génère normalement d'autres symptômes qui vont permettre au médecin de remonter à la cause.

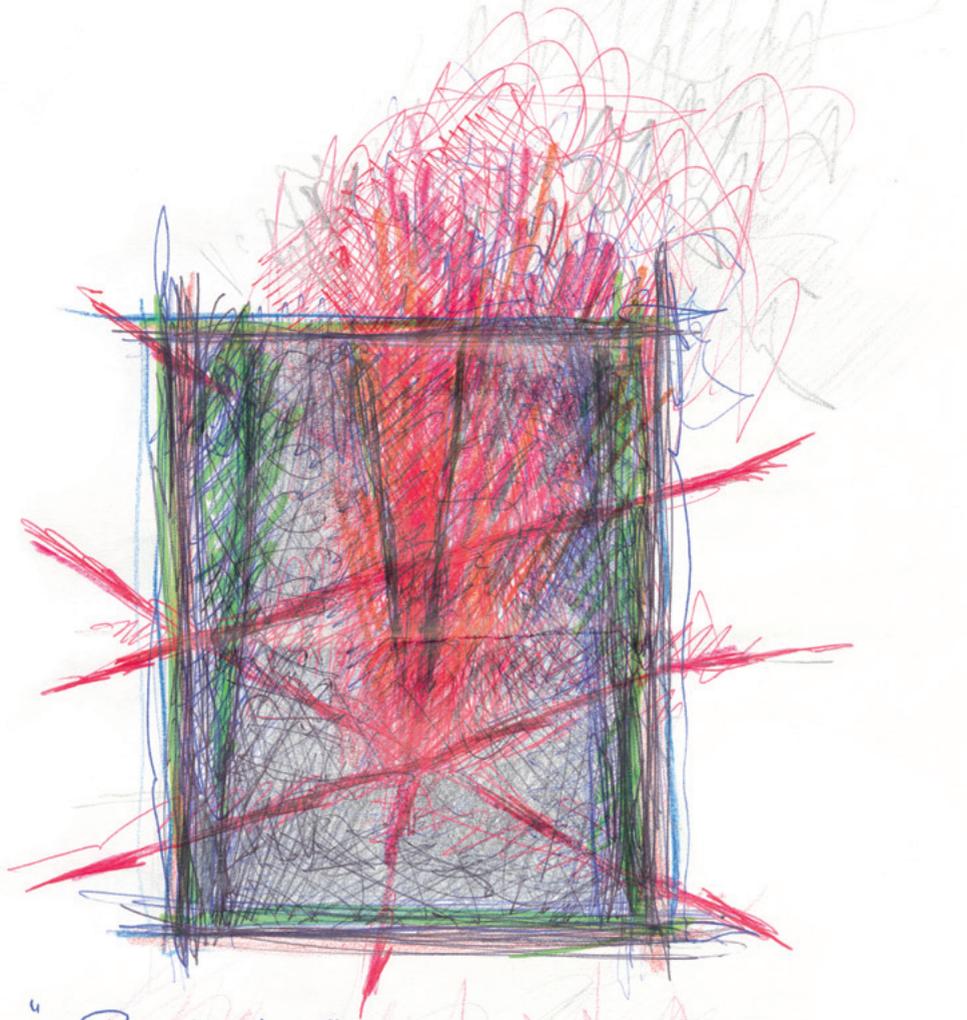
Les troubles bipolaires impliqueraient plusieurs gènes, ce qui expliquerait l'expression très individualisée des variations d'humeur bipolaire et l'influence plus fréquente de ces troubles dans une même famille. Les études menées à l'heure actuelle ne sont cependant pas parvenues à identifier un ou des gènes responsables. Il n'existe pas de test génétique de dépistage permettant de calculer le risque individuel. Comme le facteur génétique ou héréditaire ne semble pas suffisant à lui seul pour justifier ces troubles, on parle plutôt de prédisposition ou vulnérabilité génétique. S'il y a maladie bipolaire d'un parent, le risque statistique est 10% environ plus élevé que pour la population générale¹. La chance statistique d'avoir un enfant non atteint est donc nettement supérieure au risque.

Une vision environnementale, quant à elle, rend identifiable certaines causes et permet la mise en place de stratégies de prévention. Comme facteurs environnementaux jouant un rôle sur l'humeur, nous pouvons penser à certaines infections lors de la grossesse ou à des problèmes lors de l'accouchement, des traumatismes affectifs subis dans l'enfance, la prise de certaines substances ou médicaments, de grands changements (l'adolescence, la mort d'un proche, un déménagement, un changement professionnel, etc.) ou encore le stress de la vie.

«Des sentiments et des comportements difficiles doivent être considérés comme une réponse normale à des circonstances traumatiques, envisagée non pas seulement comme symptomatique ou diagnostique mais aussi en fonction du contexte, de ce qui s'est passé.» (WRAP, Wellness REcovery Plan Action 2.7.2015)

¹ « La phase maniaque », Santé Mentale n°127, avril 2008

QUELS SONT LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES BIPOLAIRES ?



"Bruit étouffé"
Avant la déchirure stridente et
vertigineuse
Âme en tension dans l'incessant
hurllement muet
Flirter avec le Néant, pas si loin
qu'il n'y paraît "

13.12.03 fj M

Le Manuel Diagnostique et de Statistique (DSM), rédigé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) ainsi que la Classification Internationale des Maladies (CIM), rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sont deux classifications médicales proposées aux professionnels de la santé. Leurs critères sont utiles à l'adoption d'un langage commun et à la découverte de pistes de traitements.

Le DSM et la CIM proposent cependant parfois des terminologies différentes. En effet, le DSM utilise le terme «trouble bipolaire» tandis que la CIM «trouble affectif bipolaire». Une autre différence réside dans le fait que le DSM pose un diagnostic à partir d'un seul épisode alors que la CIM ne se contente pas d'un seul épisode mais de deux. Les termes de «trouble bipolaire» ou «trouble bipolaire affectif» se réfèrent à un diagnostic psychiatrique devant être établi par un médecin ou un psychiatre.

Nous reprendrons ci-après les critères formulés en français par le DSM V pour évoquer une réalité scientifique. Tous les symptômes décrits ne sont pas forcément présents en même temps. Nous prendrons soin de rendre plus accessible cette présentation avec des témoignages.

En préambule

Chaque individu possède sa propre personnalité, toujours en possible d'évolution. Un diagnostic se fait dans une situation et un moment donnés et chacun a une relation singulière avec l'équipe soignante. Aussi tout diagnostic devrait être évoqué avec prudence et réévalué régulièrement.

Le terme «bipolaire» fait référence à une oscillation entre les deux pôles de l'humeur. En effet, il se caractérise par une perturbation importante de l'humeur s'exprimant dans les extrêmes de l'humeur, de l'émotion et du comportement. La personne qui en souffre fait l'expérience d'oscillations anormales, naviguant entre d'intenses «hauts», états d'excitation ou d'irritabilité très élevés – appelés manie ou dans une forme atténuée hypomanie – et «bas» – nommés dépression –, tout en passant par des périodes d'humeur dite «normale» ou «stabilisée».

Chaque individu ressentira à sa manière les épisodes de crises. Le trouble bipolaire va ainsi s'exprimer de différentes façons et ne sera donc pas forcément reconnu d'emblée. Des données épidémiologiques montrent qu'il y a un temps d'évolution moyen de neuf à dix ans avant que le diagnostic soit posé correctement et qu'un traitement spécifique soit mis en place.

C'est l'épisode de manie ou d'hypomanie qui permet généralement de poser le diagnostic bipolaire. Or cette période n'est pas toujours facile à identifier pour le médecin. Un état d'exaltation, une pensée accélérée et de l'hyperactivité, caractéristiques de cette phase, varient dans l'excès et amènent tellement d'énergie et de sentiment d'intense plaisir que les personnes ne vont pas consulter, n'en parlent pas ou simplement oublient cette phase euphorique une fois passée. C'est plutôt dans la phase dépressive, sombre et noire, que les personnes s'adressent au médecin qui les traite alors pour une dépression, faisant abstraction de l'aspect bipolaire. Certains signes pouvant notamment être présents lors de l'adolescence seront attribués à un sentiment de détresse ou de rébellion propre à cette période de la vie. De même, les femmes, pendant la grossesse ou peu après l'accouchement peuvent traverser des épisodes de manie ou, plus fréquemment, des épisodes dépressifs, pouvant être invalidants s'ils durent plusieurs semaines.

DIFFÉRENTS TYPES DE TROUBLES BIPOLAIRES

Le trouble bipolaire de type I

Habituellement présenté comme étant la forme classique de la bipolarité, il représente une affection chronique de l'humeur, se manifestant à travers au moins un ou plusieurs épisodes maniaques. Souvent, un ou plusieurs **épisodes dépressifs** majeurs ont déjà eu lieu. Ce trouble bipolaire touche environ 1% de la population.

L'épisode de manie est l'expression d'une humeur très élevée ou irritable qui va affecter les sphères psychosociale, professionnelle et relationnelle, se révélant sous plusieurs formes:

- **Une hyperactivité mentale et comportementale, dont la cause n'est ni organique ni due aux effets d'une substance (drogues ou autre traitement).**

Cette humeur élevée va entraîner une exacerbation tant des émotions (hyperesthésie affective) que des sens, couleurs, sons, odeurs, goûts et sensations (hypersensorialité) :

«Je vais vers tout le monde et vis des choses géniales avec des inconnus...»

«Le monde est beau, je perçois tout.»

- **Une estime de soi renforcée, accompagnée d'idées de grandeurs:** la personne se perçoit comme un être d'exception, capable de donner son avis sur tout et faisant preuve d'un optimisme à toute épreuve :

«Je me sens invincible...»

«J'ai l'impression que tout peut arriver.»

«Je ressens un sentiment de toute puissance.»

«Maintenant, le monde m'appartient.»

«Je suis en haut, excité et invincible.»

«Je suis le champion du monde toute catégorie.»

- **Un engagement excessif dans des activités agréables et ludiques:**

«Je vais à tout ce que l'on me propose, assister à toute manifestation, concert, théâtre, musique...»

- **Un état de désinhibition, impliquant un haut potentiel d'actes aux conséquences dommageables,** tels que des actes impulsifs s'exprimant dans tous les champs de la vie sociale, affective, sexuelle et professionnelle (par exemple faire des achats démesurés, dilapider ses économies, avoir de multiples partenaires sexuels, consommer sans limite cigarettes, drogues et alcool, donner son congé au travail ou résilier son contrat de location...):

«Je perds tous mes amis, je me fais des ennemis.»

«J'avais dépensé toutes mes économies.»

«Je donnais cent francs aux clochards dans la rue.»

«J'ai perdu ou oublié à plusieurs reprises mon ordinateur dans des lieux divers et à chaque fois j'en rachetais un.»

Remarque: pour pouvoir se protéger juridiquement, lire la brochure de Pro Mente Sana «L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques».

• Une fuite des idées avec la sensation qu'elles défilent (tachypsychie), une augmentation de la distractibilité et de l'activité orientée vers un but, l'envie de construire des projets ambitieux, mirobolants, et une projection en général irréaliste dans le futur :

«Tout s'éclaire, j'ai tout compris. Je vois des liens entre tout: les mots, les choses, les personnes, les nombres.»

«J'ai toujours 1000 projets en cours.»

• Un désir continu de parler avec un débit accéléré (logorrhée), sans interruption, n'hésitant pas à interpeler des inconnus et à appeler souvent des gens au téléphone. Cette expression verbale est souvent théâtrale et hyper expressive, riche en jeu de mots, en plaisanterie. Les phrases peuvent se construire en fonction des sons, des mots, sautant du «coq à l'âne». Il peut aussi y avoir écriture intense (graphorrhée) :

«Chaque idée doit passer par ma bouche, je dois expliquer... Tout le monde me prend pour un fou.»

«Je passe des heures à écrire tout ce qui me passe par la tête... sans queue ni tête!»

• Un sommeil très perturbé généralement d'une durée de trois ou quatre heures sans pour autant être suivi d'une sensation de fatigue.

«Le repos est une torture.»

«Je ne dormais que trois heures par nuit sans jamais ressentir la moindre fatigue, j'avais tellement de choses à faire dans ma tête.»

• Des symptômes tels que des hallucinations et délires :

«Dieu me parlait.»

Remarque: Les hallucinations et délires peuvent accompagner ici tous les autres symptômes décrits et ne peuvent être expliqués par un autre trouble de type psychotique.

L'épisode dépressif, quant à lui, se distingue par les caractéristiques suivantes:

• Une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir (La CIM propose trois degrés de dépression: léger, moyen ou sévère).

«Je n'arrive plus à me lever le matin ...»

«Rien ne m'intéresse, ne me motive»

• Des troubles de l'appétit entraînant une perte ou un gain de poids

«Je ne mange plus, d'ailleurs mon corps ne me réclame plus de nourriture.»

«Je n'arrêtais pas de manger pour être moins fatiguée et pour m'occuper.»

• Des troubles du sommeil

«Je dors toute la journée.»

«A ce moment-là, je ne sortais de mon lit que deux heures par jour.»

• Un manque d'énergie, une fatigue intense ou un ralentissement psychomoteur

«C'est une mort de l'âme.»

«Je me replie sur moi.»

• Des sentiments de culpabilité et de dévalorisation

«Je suis inutile.»

«Je suis égoïste et incapable d'aimer.»

• Une nette baisse de l'aptitude à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions

«Je suis incapable de m'intéresser à quoi que ce soit.»

«Mon cerveau s'arrête... sans avenir.»

• Des idées suicidaires

«Je n'ai goût à rien... excepté peut-être au suicide.»

• Des hallucinations et délires sont possibles lors d'épisodes de dépression sévère.

RÉCAPITULATIF DES EXPRESSIONS DE LA MANIE ET DE LA DÉPRESSION

Ariane Zinder-Jeheber, 2016

EPISEDE MANIAQUE

Humeur très élevée, exaltée

- Euphorie, irritabilité
- Envie de rire, de s'amuser

Estime de soi renforcée

- Idées optimistes
- Idées ambitieuses, mirobolantes, voir irréalistes
- Impression de grandeur et de toute puissance

Hyperactivité mentale

- Rapidité, fuite des idées
- Distractibilité, passage d'une idée à l'autre
- Hyperesthésie affective, exacerbation des émotions
- Hypersensorialité, exacerbation des couleurs, sons, odeurs...
- Désir continu de parler, logorrhée et débit accéléré de la parole
- Expression verbale exacerbée, théâtralisation des gestes, du ton ...

Élan vital excessif, dynamisé

- Engagement excessif dans des activités agréables, ludiques (hyperactivité)
- Etat de désinhibition, actes impulsifs
- Comportements potentiellement dommageables (achats démesurés, partenaires sexuels multiples, augmentation de la consommation d'alcool etc..)

Manque de sommeil sans sensation de fatigue

Symptômes tels que hallucinations et délires

EPISEDE DÉPRESSIF

Humeur très triste, très basse

- Idées pessimistes, noires
- Envie de pleurer

Dévalorisation de soi

- Idées pessimistes
- Sentiment d'inutilité
- Perte de confiance
- Sensation de culpabilité

Hypoactivité mentale

- Baisse de l'aptitude à penser, se concentrer
- Prise de décision difficile
- Perte de mémoire
- Ralentissement psychomoteur

Élan vital insuffisant, en forte baisse

- Perte d'intérêt et de plaisir (hypoactivité)
- Manque d'énergie, fatigue intense
- Retrait social
- Trouble de l'appétit, perte ou gain de poids

Troubles du sommeil, surtout en excès de sommeil ou sentiment de fatigue

- Idées suicidaires

Symptômes tels que hallucinations et délires possibles lors d'épisodes dépressifs sévères

Le trouble bipolaire de type II

Se caractérisant essentiellement par l'apparition d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode d'hypomanie durant au moins 4 jours. Ces épisodes peuvent être actuels ou passés. Ce type concerne environ 1% des personnes diagnostiquées comme souffrant de «trouble bipolaire».

L'épisode hypomane est un épisode atténué de manie, sans hallucinations ni délires :

«J'ai beaucoup d'énergie mais elle est mieux canalisée, elle ne part pas dans tous les sens.»

«Tout est plus intense: les formes, les couleurs, les sons, les harmonies.»

«La vie est belle, je ne veux pas redescendre.»

«C'est une rampe de lancement où je découvre de belles couleurs, mes sens se réveillent, j'ai une multitude de rêves.»

Le diagnostic de l'épisode hypomane peut être posé dès lors que les symptômes persistent au moins quatre jours. Il est à distinguer d'un début d'état de manie ou du bien-être suivant la dépression. La réduction du temps de sommeil, la multiplication des projets, l'absence de fatigabilité, une sociabilité inhabituelle facilitée par une grande capacité de contact, une augmentation de l'activité, une distractibilité, une surestimation de son image, une surconsommation d'alcool ou de drogue constituent autant d'éléments pour diagnostiquer l'épisode hypomane.

NOTA BENE

On parle de «cycle rapide» lorsqu'au cours des 12 derniers mois au moins 4 épisodes de crise répondant aux critères dépressifs, maniaques ou hypomaniaques ont pu être diagnostiqués.

Autres formes

Un épisode mixte se compose à la fois des caractéristiques de la dépression et de celles de la manie, intriquées et s'alternant rapidement sur une durée d'une semaine minimum, mais pas de manière suffisante pour qu'un épisode maniaque ou dépressif soit clairement diagnostiqué. Les états mixtes sont observés dans 20% des troubles bipolaires de type I (La CIM inclut l'hypomanie dans l'état mixte et prend en compte une durée de deux semaines.)

La cyclothymie est une forme de trouble de l'humeur persistant, dans le sens où elle se caractérise par une alternance d'épisodes hypomanes et dépressifs pendant au moins deux ans chez l'adulte (un an chez l'enfant et l'adolescent), sans forcément remplir tous les critères des épisodes hypomanes ou dépressifs majeurs.

Le trouble bipolaire non spécifié concerne des personnes qui présentent des caractéristiques bipolaires sans pour autant remplir les critères liés à un trouble bipolaire spécifié.

Le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale (état maniaque secondaire) est consécutif à un problème physique, physiologique ou à la prise d'une substance qui génère le trouble bipolaire sans pour autant qu'il y ait d'antécédents familiaux ou personnels. Les causes peuvent être d'une part organiques: neurologiques (tumeurs cérébrales, lésions vasculaires, traumatismes crâniens, etc.), endocriniennes (hyperthyroïdie, etc.), infectieuses (encéphalopathies virales, etc.), dégénératives (sclérose en plaque, maladie de Parkinson, Chorée de Huntington, etc.), métaboliques (hémodialyse). Une cause organique doit être également envisagée à l'apparition d'un premier épisode maniaque tardif, après cinquante ans. D'autre part, les causes peuvent être externes: l'ingestion d'alcool, de toxiques (cocaïne, amphétamines, etc.) et de médicaments (corticoïdes, antipaludéens, antiviraux, antidépresseurs, etc.). Dans ce cas, il est alors utile de faire un test d'urine ou de sang.

Les comorbidités psychiatriques désignent une association simultanée de deux ou même plusieurs maladies ou troubles différents et indépendants, décrits par les classifications en cours et sans causalité établie. Une affection comorbide peut exister avant ou survenir après, rendant délicate son observation, les prévisions quant à son évolution, le traitement des maladies et pouvant entraîner des prescriptions médicamenteuses multiples ou imprécises.

Les comorbidités psychiatriques associées aux troubles bipolaires ont mis en évidence:

- Des troubles **anxieux** (comorbidité la plus importante), caractérisés par un état de panique pouvant survenir lors de l'épisode maniaque et être soignés avec des antidépresseurs. La phobie sociale peut également être associée à la dépression. Lorsque les troubles bipolaires deviennent chroniques, à répétition, d'angoissantes questions ainsi que la crainte de l'échec peuvent apparaître empêchant la personne d'apprécier toute période de calme: «*Pourquoi il ne se passe rien? Combien de temps ce calme va-t-il durer? À quand la prochaine crise?*».
- Des troubles de la personnalité **borderline**, où c'est d'abord le mode relationnel et émotionnel qui est modifié.
- Un **abus de substances**: modification ou amplification de la consommation, voir possibilités de comportements addictifs.
- Des **troubles de conduites alimentaires**: la personne peut ne pas manger ou manger trop, lors des épisodes bipolaires.
- Des **troubles du comportement**, tels que de l'irritabilité, un manque de

contrôle, une désinhibition davantage associée à de l'impulsivité qu'à de l'euphorie,

- Des troubles de la **conduite**, tels que de l'hyperactivité, un trouble de l'attention, un trouble oppositionnel et de l'agressivité.

- Des troubles de type **schizoïde** au moment de l'adolescence, avec des hallucinations, d'éventuels délires, rarement suivis d'une demande d'aide.

Il est à noter que des comorbidités peuvent également accompagner des maladies **physiques métaboliques** comme le diabète, l'hyperglycémie, l'hyperthyroïdie et des pathologies somatiques chroniques telles que le surpoids, l'obésité, les troubles cardiovasculaires, l'hypertension artérielle.

La période d'humeur «normale»: stabilité euthymie

Elle ponctue les troubles bipolaires et constitue une réelle période de répit où l'équilibre est retrouvé.

Cette période se situe entre deux épisodes aigus. Elle fait référence à l'absence ou la rémission de symptômes – dépressifs, maniaques, hypomanes, mixtes – pendant une période de huit semaines consécutives, avec ou sans prise de médicaments. Elle est également marquée par un retour au fonctionnement prémorbide, en d'autres termes à un fonctionnement quotidien «normal». Le mot d'euthymie peut être utilisé, il définit une disposition idéale de l'humeur correspondant à une forme d'égalité d'humeur, d'affectivité calme et de constance relative des états d'âme.

«Être stable, c'est vivre avec des sentiments positifs et négatifs en sachant qu'ils sont relatifs.»

Normal? C'est durant cette période qu'il faudra gérer les divers aspects de la vie familiale, sociale, professionnelle et financière, mis à mal par les épisodes aigus. L'image de soi-même peut avoir été perturbée d'une part par l'expérience de la maladie, engendrant un sentiment d'incompétence, d'échec, de frustration, d'incapacité et une faible estime de soi, d'autre part par des troubles persistants (de la mémoire, de l'attention, de résolutions de problèmes, d'anticipation, etc.) ayant un impact sur le comportement social et la qualité de vie.

La notion de normalité est toujours relative.

«La stabilité est bénéfique mais parfois ennuyeuse.»

«Être stable c'est être un équilibriste sur un fil.»

«On devrait être zen... mais pour combien de temps?»

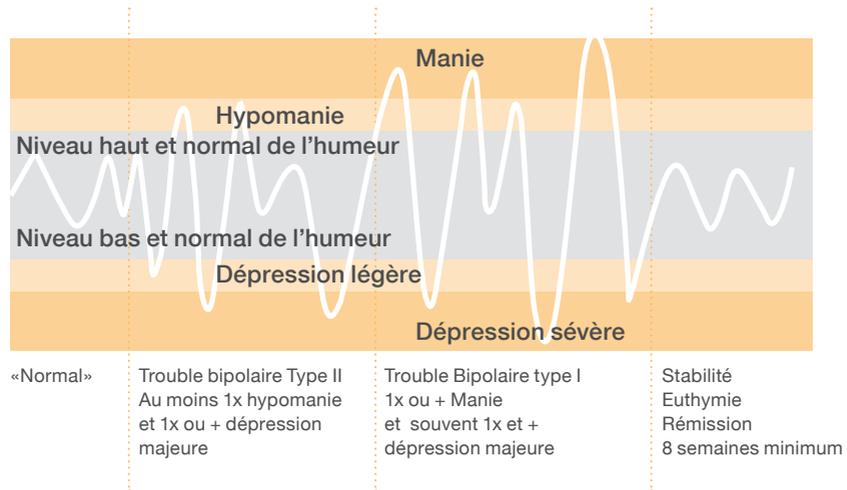
«Moi j'ai fait tellement de crises que j'ai de la peine à reconnaître l'humeur normale ou à la vivre simplement tranquillement.»

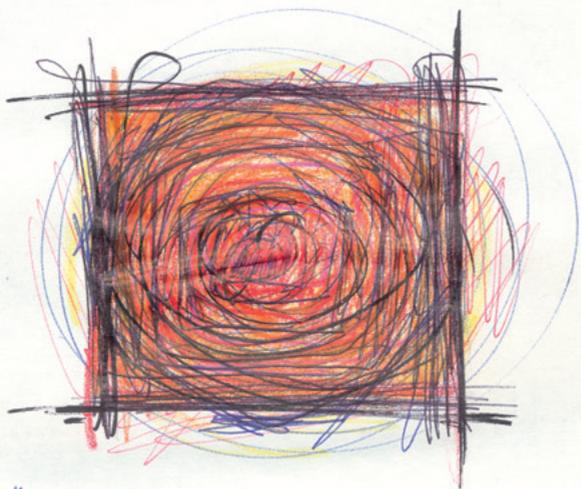
² Voir la brochure «*Recovery, vers le rétablissement*», p. 72

Rien n'est définitif, tout évolue, c'est ce qui permet le cheminement d'un rétablissement.²

SCHÉMA DES FLUCTUATIONS D'HUMEUR ET DES CRITÈRES DIAGNOSTICS

Ariane Zinder – 2016





" A force d'introspection obstinée
A force de tergiverser et me perdre
dans la tourmente de reminiscences,
je néglige l'éventualité d'une
existence faite de nuances et
de grâce .

Je devrais peut-être m'accorder
un peu d'indulgence - *Alban 07/4*

TROUVER L'AIDE ADÉQUATE ET S'AIDER SOI-MÊME

Palette de traitements et « outils »

Des études montrent que grâce aux médicaments, aux psychothérapies et à l'aide par les pairs, les personnes présentant des troubles bipolaires peuvent vivre mieux. Elles traverseront moins de crises ou des crises dont l'intensité et la durée seront moindres. Parfois, dans le meilleur des cas, elles n'auront même plus aucune crise. Chercher des informations, s'observer et prévenir, demander de l'aide sont autant d'attitudes favorisant ce possible rétablissement.

Les traitements proposés et les outils mis à disposition offrent des perspectives complémentaires. Grâce à cette palette de propositions, chacun devrait non seulement pouvoir choisir et mettre en pratique les outils qui répondent au mieux à ses besoins, mais encore pouvoir demander de l'aide, se faire accompagner par des professionnels lorsque le besoin s'en fait ressentir.

Préambule

Le traitement vise à prévenir et soulager les complications liées aux troubles bipolaires. En effet, si l'épisode dépressif, particulièrement pénible à vivre, peut entraîner un risque de suicide, le sentiment d'euphorie vécu pendant l'épisode maniaque peut quant à lui, induire une désinsertion sociale dans tous les domaines, des comportements à risques (tels que ruine financière, accidents, conflits...) ainsi qu'un risque de suicide en raison de la désinhibition.

Or, personne ne se réduit à une maladie, personne n'est un trouble bipolaire. Chacun de nous est une personne à part entière avec des valeurs, des points forts, des points faibles, des compétences, des difficultés, des rêves et des passions. La maladie remet en question ces constituants de l'identité.

Etant donné que les troubles bipolaires s'expriment différemment suivant les personnes, leur prise en charge doit être adaptée aux besoins de chacun. Il est important d'employer des moyens en accord, non seulement avec le diagnostic mais encore avec la singularité de chaque situation. Des équipes pluridisciplinaires sont utiles – médecins psychiatre et généraliste, infirmiers, psychologues, assistants sociaux.

«L'hôpital collabore beaucoup avec nous, ils nous soutiennent et on partage des informations. Ils mettent aussi à disposition un tableau de l'humeur pour dire si aujourd'hui on était un peu plus en haut ou un peu plus en bas et ce genre de choses. Aussi, on apprend à avoir des objectifs. Par exemple, moi maintenant je suis juge instructeur au TPAE (Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant) en tant qu'ancien patient. Je donne mon avis avec un juge qui est aussi avocat qui connaît les lois, et un médecin qui connaît la maladie.»

ASPECTS PHARMACOLOGIQUES, MÉDICAMENTEUX

Les médicaments, dans la mesure où ils sont bien tolérés, cherchent à corriger les déséquilibres biologiques, à prévenir les rechutes, à améliorer les fonctionnements entre les épisodes de la maladie. Actuellement, la psychiatrie apporte le plus souvent cette réponse médicamenteuse pour traiter les troubles bipolaires ; réponse basée sur des études scientifiques s'appuyant sur de hauts pourcentages de réussite. Il est vrai que c'est un outil intéressant et utile, sans être pour autant la solution magique. Les fluctuations des épisodes bipolaires remettent souvent en question la prescription et le dosage des médicaments ainsi que le besoin en soi de médication

«En effet si je vais mieux, j'ai envie de stopper toute médication... ou de ne pas la prendre avant un événement particulier pour paraître mieux... ou de ne la prendre que sporadiquement ...»

La relation de collaboration et de confiance entre la personne et le médecin est essentielle afin de toujours adapter au mieux le traitement médicamenteux. La patience est également indispensable! Chaque trouble bipolaire recouvrant une expression unique, le vécu personnel constitue une expertise qu'il est bon de partager avec le médecin. Il s'avère alors fondamental de parler et comprendre ensemble en quoi et comment les médicaments sont utiles et de pouvoir explorer ensemble d'autres moyens complémentaires ou alternatifs pouvant répondre aux besoins personnels. En somme, être entendu et impliqué dans la gestion des médicaments permet à chacun de choisir l'outil de sa guérison et de l'utiliser au mieux.

Pour le traitement des troubles bipolaires, les médecins et les psychiatres disposent de plusieurs médicaments: les stabilisateurs de l'humeur, les antidépresseurs et les antipsychotiques.

Les stabilisateurs de l'humeur / thymorégulateurs constituent la catégorie de médicaments la plus efficace pour le traitement des fluctuations d'humeur. Ils jouent un rôle primordial dans le traitement de tous les épisodes: manie, hypomanie, dépression. Ils peuvent traiter les crises, diminuer leur fréquence et leur gravité, réduire le risque de suicide et augmenter les périodes stables entre les épisodes bipolaires. Des études montrent que le taux de mortalité des personnes prenant des stabilisateurs de l'humeur est quasi identique à celui de la population générale.

Le Lithium est la molécule la plus fréquemment prescrite.

Plusieurs sortes d'antiépileptiques sont également bénéfiques à la stabilisation de l'humeur.

La première phase du traitement recourant à des stabilisateurs de l'humeur consistera toujours à contrôler les taux et à adapter les doses en fonction des épisodes. Il est parfois nécessaire d'associer plusieurs stabilisateurs de l'humeur pour obtenir une meilleure réaction. La prescription se fait habituellement aussi en prévention d'une rechute, même si l'on sait que le temps entre deux épisodes peut varier de quelques mois à plusieurs années d'un individu à l'autre.

Le stabilisateur de l'humeur n'est cependant pas parfait. Si un échec total est rare, une réussite absolue l'est aussi: encore 10 à 30% de patients ont un mauvais résultat avec le stabilisateur³. La vigilance, l'observation et l'adaptation du traitement sont donc de mise pour obtenir un effet optimum et éviter tout effet secondaire indésirable.

Puisqu'en général les stabilisateurs de l'humeur mettent quelques semaines à agir, d'autres médicaments peuvent y être associés, selon l'épisode maniaque ou dépressif.

Lors d'**épisodes maniaques**, des anxiolytiques, des antipsychotiques et

³ «Le trouble bipolaire en questions», Khazaal, Pomini, Zullino & Preisig, 2006

des neuroleptiques classiques peuvent être associés au traitement, dans le but de réduire rapidement l'agitation psychique et motrice, de diminuer les comportements à risque, de retrouver une tranquillité, de diminuer hallucinations et délires, de rétablir le rythme du sommeil. Les antidépresseurs seront par contre arrêtés en période de manie ou d'hypomanie afin de ne plus faire monter l'humeur.

Lors d'**épisodes dépressifs**, contrôler les taux et adapter les doses du/des stabilisateur/s de l'humeur s'avèrent souvent être suffisant. Quand ce n'est pas le cas, des antidépresseurs sont prescrits sous des formes variées et complémentaires (selon leur action sur les neurotransmetteurs: sérotonine et/ou noradrénaline et parfois dopamine). Des anxiolytiques peuvent être associés aux stabilisateurs de l'humeur pour diminuer l'anxiété. Il est nécessaire de surveiller le risque de changement de polarité, pour que l'humeur se stabilise et ne bascule pas vers l'autre pôle de manie.

Entre les phases de crise, le maintien des médicaments est à discuter individuellement entre patient et médecin afin de prévenir au mieux toute rechute, tout sentiment trop désagréable et maintenir la meilleure qualité de vie possible.

Tout effet secondaire des médicaments doit être pris en compte et évalué, discuté entre le médecin et la personne, toujours en partenariat. Souvent, au moins un effet secondaire en lien avec le traitement est rapporté, les plus fréquemment cités étant une fatigue, une bouche sèche, une prise de poids, des troubles digestifs et des troubles du sommeil:

«Je tombe fréquemment. J'ai des moments d'absence, de maladresse.»

Il est utile de considérer l'évolution de ces effets secondaires à long terme. Plusieurs possibilités sont alors envisageables: poursuivre le traitement et voir si l'effet secondaire diminue avec le temps ; diminuer les doses progressivement pour tenter d'effacer l'effet secondaire indésirable ; juger cet effet supportable au vu des bénéfices du traitement ; traiter l'effet secondaire avec un autre médicament ; changer de médicament ; réévaluer régulièrement le rapport bénéfice/tolérance du traitement.

AUTRES FORMES DE TRAITEMENTS ALTERNATIFS

Des alternatives à la prescription médicamenteuse, comme les fleurs de Bach ou le millepertuis – connu pour ses vertus antidépressives mais pas stabilisatrices de l'humeur – sont envisageables. Toutefois, il n'y a pas d'études ayant démontré leur efficacité dans les troubles bipolaires. Ces produits ne sont pas remboursés par l'assurance de base, certaines assurances complémentaires les remboursent parfois. La variation de concentration des produits sur le marché provoquera des effets variables sur l'humeur et pourra parfois entraîner des effets indésirables, lorsqu'ils sont combinés avec d'autres médicaments. Il est important de pouvoir en parler en toute

confiance avec le médecin.

«J'ai pu obtenir une stabilité aujourd'hui grâce aux plantes, ça me coûte très cher mais ça me réussit.»

L'intérêt potentiel des Omega 3 a été suscité, suite à une observation ayant révélé que les personnes qui mangeaient plus de fruits de mer (riches en Omega 3) auraient moins de troubles bipolaires. Cependant, les résultats des études sont controversés dans le traitement des troubles bipolaires.

La stimulation magnétique transcrânienne consiste à émettre une série d'impulsions magnétiques indolores, répétées, sur une zone du cerveau pour modifier l'activité des neurones. Elle peut être indiquée pour traiter certaines dépressions majeures et pour diminuer certaines hallucinations.

L'électro-convulsivothérapie (électronarcose, sismothérapie, électrochoc) est aussi une technique tentant d'influer sur les zones du cerveau supposées responsables du mauvais fonctionnement des humeurs. Ce traitement plus lourd – se passant sous anesthésie – est utilisé, en général pour des troubles bipolaires résistants aux médicaments, en dernier recours ou pour raison vitale urgente.

La privation de sommeil, aussi appelée agrypnie, est une technique de privation de sommeil, de manière volontaire ou non, utilisée dans certaines dépressions. L'organisation à mettre en oeuvre est lourde, vu qu'assurer la sécurité de la personne en manque de sommeil demande de la vigilance. Son efficacité est d'ailleurs contestée car trop variable.

La luminothérapie est un traitement ayant recours à une lumière blanche artificielle – proche du soleil en termes de spectre et d'intensité – surtout indiqué pour les dépressions saisonnières, en automne ou en hiver lorsque la lumière du soleil est faible. Cette lumière permet de réguler les hormones du sommeil et de reprogrammer l'horloge biologique. Lors de dépressions non saisonnières, la luminothérapie peut être assortie de doses moindres d'antidépresseurs.

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE - HOSPITALISATION

Les troubles bipolaires, en dehors des épisodes sévères, peuvent être traités en ambulatoire auprès d'un **psychiatre privé, d'une institution psychiatrique ou d'un généraliste**.

L'avis d'un spécialiste peut être pris auprès d'un service spécialisé, rassemblant des spécialistes, une équipe de soins et des acteurs dans la recherche, souvent plus à même de poser un diagnostic précis. À la consultation spécialisée de Genève, par exemple⁴, 300 à 350 personnes sont évaluées par

⁴ Voir annexe p. 62

année et plus d'un quart d'entre elles repartiront sans avoir été diagnostiquées bipolaires.

L'ambulatorio institutionnel peut offrir d'autres dispositifs utiles: une unité communautaire ou un service de soins à domicile, pouvant intervenir chez la personne si celle-ci nécessite un accompagnement de soins ambulatoires conséquents, ou encore une équipe mobile pour des personnes non demandeuses, ou en rupture de soins.

L'hospitalisation peut être nécessaire lorsque la personne vit une situation aiguë de manie ou de dépression. L'hôpital est un lieu de soins et de protection. La personne, d'un commun accord avec son médecin peut choisir l'hospitalisation, lors de l'aggravation d'un épisode chronique. Cette hospitalisation peut également s'avérer nécessaire lors d'un changement de médication particulièrement délicat à opérer. Elle peut occasionner une période de répit au niveau de la relation entre la personne et ses proches. Chaque mesure thérapeutique doit être expliquée à la personne qui a le choix de l'accepter ou de la refuser.

En revanche, lorsque la personne se met en danger ou met en danger les autres ou encore dès lors qu'il y a urgence vitale, l'hospitalisation peut être forcée, non volontaire, demandée par le médecin, un proche, un intervenant de réseau, un collègue, etc. Un traitement sans consentement peut être imposé selon certaines conditions légales.

Le conseil juridique de Pro Mente Sana répond pour tous renseignements concernant les mesures d'urgence et le traitement forcé⁵.

ASPECT PSYCHOÉDUCATIF ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Le sentiment de guérison ou de rétablissement peut être si présent que la personne décide d'arrêter tout traitement médicamenteux. Cette impression ne suffit malheureusement pas à annuler le risque de rechute. La psychoéducation et les psychothérapies, moyens de prévenir la rechute, sont donc vivement conseillées. Elles permettent d'observer des paramètres apparentés à la normalité ou à un épisode critique et d'agir au plus vite, en mettant en oeuvre des moyens efficaces pour contrôler cet épisode et éviter des conséquences néfastes :

«Apprendre à vivre avec la maladie. Apprendre à vivre avec signifie premièrement en avoir conscience, puis se documenter pour connaître son mal. Ensuite il faut être attentif à ce qui nous rend bien et ce qui nous fait sentir mal. Être conscient de l'existence de cycles. Trouver des éléments précurseurs qui nous indiquent un nouvel épisode pour mieux pouvoir le gérer. Ne pas se surmener, prendre du temps pour soi et cela vaut pour tous les domaines (dans sa profession, ses activités extérieures, etc.).»

⁵ Voir annexe p. 62

Psychoéducation

La psychoéducation développe un axe à la fois éducatif et psychologique. D'un côté, l'éducation transmet des connaissances et des savoirs actualisés concernant la santé, la maladie – ici les troubles bipolaires – et les divers traitements existants. D'un autre côté, la psychologie, se centre davantage sur le contexte et les besoins de la personne, fixe des objectifs afin que cette dernière gère sa santé et sa maladie, prévienne les rechutes et améliore son fonctionnement social et professionnel, visant ainsi une qualité de vie personnelle optimale.

Les séances ayant généralement lieu en groupe, étalées sur plusieurs semaines, le savoir médical s'élargit à travers les échanges de vécu entre tous les participants. De ce fait, la psychoéducation représente une source de savoir, de pouvoir, d'«empowerment» – réappropriation de pouvoir – et de connexion sociale.

Le taux de rechute maniaque descendrait à 20% pour des personnes ayant bénéficié de psychoéducation contre 50% de récurrences pour celles n'ayant pas suivi de psychoéducation. De plus, cet effet bénéfique se maintiendrait dans le temps.

Groupe Bauer/Mc Bride

Pour les troubles bipolaires, le docteur Marc Bauer et l'infirmière Linda Mc Bride ont développé au milieu des années 90, le programme d'objectifs personnels (POP) consistant en une approche psychoéducative groupale, détaillée dans un manuel structuré, souvent appelé groupe Bauer/ Mc Bride. Une première phase psychoéducative en groupe fermé, se déroulant sur huit séances, vise à informer ; puis une deuxième phase en groupe semi-ouvert, sur une période de temps non limitée, vise à améliorer le fonctionnement socio-professionnel en faisant travailler la personne sur ses objectifs personnels à l'aide de stratégies cognitivo-comportementales et du soutien du groupe.

Méditation et Mindfulness

Certaines techniques de relaxation telles que l'hypnose, la sophrologie caycédiennne, les massages, peuvent agir sur les sentiments d'incompréhension, de stress et d'anxiété découlant de fluctuations d'humeur où parfois domine un sentiment de puissance, d'autre fois d'impuissance et de tristesse.

La méditation en pleine conscience ou «Mindfulness» permet de mieux identifier ses réactions face aux situations de stress et de mieux gérer les idées qui s'emballent (manie) ou que l'on rumine (dépression). C'est un concept issu principalement du bouddhisme, se retrouvant dans tous les grands courants philosophiques et spirituels. Il désigne l'acte et l'aptitude à observer volontairement dans l'instant présent ce qui se passe en soi ou hors de soi, à l'accepter comme étant notre réalité, sans porter de jugements, ni positifs

ni négatifs. Le Dr Jon Kabat-Zinn, dès 1979, a créé un programme de Mindfulness-pleine conscience MBSR (Réduction du Stress par la Méditation en Pleine Conscience). C'est un programme d'entraînement en groupe, sur huit semaines, visant à réduire le stress, permettant de se familiariser avec différentes pratiques de méditation et ancrant la personne dans cette pratique régulière et volontaire, au milieu d'un éventail de situations et de moments, y compris ceux qui ne sont pas forcément agréables.

C'est une pratique de «l'arrêt» car méditer conduit à «se poser». C'est une invitation à ralentir pour percevoir et comprendre. Cela implique de se relier avec ce qu'il y a de vivant en soi, à travers l'attention portée à la respiration et en accueillant avec bienveillance toute pensée, toute préoccupation, non pas pour les retenir mais bien pour les laisser passer.

L'exercice peut se faire allongé, assis, debout, ou même en marchant. Il faut pouvoir le mettre en pratique au quotidien afin de développer une meilleure perception de son fonctionnement et repérer progressivement un espace intérieur de bien-être. Par contre, cette technique demande un engagement dans le temps ; il n'est pas possible de l'utiliser juste lorsque cela va mal :

«L'emploi du temps est la clef: ne pas en faire trop ou trop peu. Quand j'étais en haut, je me suis grillé des possibilités. On a des ailes, mais finalement je me rends compte que c'est faux. Je fais de la méditation. Je suis quelqu'un de mystique mais quand on est bipolaire, le plus dur c'est de savoir et de différencier ce qui est vrai de ce qui ne l'est pas.»

Des groupes de méditation sont proposés dans les milieux hospitaliers ou psychothérapeutiques. Il est aussi possible de se former en dehors (Le conseil psychosocial de Pro Mente Sana peut vous renseigner)⁶.

Une personne pratiquant quotidiennement la méditation en pleine conscience serait plus résiliente, plus apte à vivre le présent et à focaliser son attention sur l'activité en cours. En outre, elle serait davantage ouverte aux remarques qui lui parviennent, gérant mieux les situations de stress et éprouverait un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé. Bref, ce serait une personne plus encline au bonheur.

Thérapie cognitivo-comportementale

Autant la tristesse est une réponse émotionnelle normale face à des situations de perte, de deuil, d'échec, de solitude lors desquelles il est logique d'avoir besoin d'un temps d'inactivité pour «encaisser le coup». Autant, si des situations de tristesse se répètent et que le manque d'énergie, d'intérêt et d'envie deviennent constants, c'est le signe que la dépression s'installe. Parallèlement, la joie, réponse émotionnelle toute aussi normale, peut s'exacerber démesurément et être typique d'une manie ou hypomanie.

«Je cherche des activités qui m'apportent quelque chose et je recherche le calme... J'aimerais arrêter une fois de chercher.»

La thérapie cognitivo-comportementale vise à identifier, comprendre les problèmes et agir en fonction, voire réfléchir à un plan de crise. Elle est surtout utilisée lors de dépressions.

Son versant comportemental confronte ce manque ou cette abondance d'action et propose de se mobiliser à travers un programme personnel d'activités hebdomadaires. Il s'agit d'«agir pour aller mieux plutôt qu'attendre d'aller mieux pour agir», d'agir en intégrant dans l'action un principe de plaisir, de trouver des activités procurant du bien-être et permettant de s'éloigner de la tristesse, de la dépression. Un principe de maîtrise lors de l'exécution d'activités orientées vers la réussite et le succès, renforcera la confiance en soi et combattra tout sentiment d'inutilité et de dévalorisation personnelle. Au fil du temps, la thérapie comportementale vise à augmenter le nombre d'activités, scrute les problèmes rencontrés et teste les compétences mobilisées pour y faire face.

Son versant cognitif, lui, concerne le contenu de la pensée et cherche à substituer aux pensées tristes des pensées plus neutres ou plus favorables. En effet, la personne dépressive a tendance à interpréter négativement toute situation. Pour changer de dynamique, il faut qu'elle puisse questionner sa pensée – principe de questionnement –, trouver une alternative – principe de réalité – et être convaincue que cette option est valable – principe de conviction. Cette thérapie propose des exercices d'apprentissage et de répétition de la nouvelle pensée. Elle requiert une réflexion approfondie sur soi et le monde, ayant lieu pendant et hors de la thérapie:

«Une fois qu'on a vécu une dépression ou manie et qu'on est de nouveau stable, on sait après, que si on a une nouvelle dépression ou manie, on ne peut que mieux aller.»

Le tableau ci-après propose un exemple de travail se faisant en thérapie cognitivo-comportementale. La fiche permet d'observer des symptômes pouvant provoquer un épisode bipolaire. C'est un point de départ d'une prise en charge qui se fait dans le temps et dans un échange avec le thérapeute. L'objectif est aussi de définir, de manière personnalisée, les pensées et/ou actions préventives possibles à mettre en place.

**FICHE EXEMPLE, DE TYPE THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE,
D'OBSERVATION DES SYMPTÔMES D'ÉPISODES BIPOLAIRES
EN VUE D'UNE PRÉVENTION PERSONNALISÉE (PLAN DE CRISE)**

| Symptômes de la dépression (ou manie) | Si présent, entourer la croix | Quand cela commence-t-il? | Pensées et actions possibles, ou à mettre en place |
|---|----------------------------------|---------------------------|--|
| Modification de la pensée: | | | |
| «Je me sens impuissant (tout puissant) et je me sens incapable (très capable) de projets que je n'aurais fait avant (ou que je n'aurais jamais pensé avant)» | X | 2-3 semaines avant | |
| «Mes pensées s'arrêtent (s'accélèrent de plus en plus) dans ma tête.» | X | Quelques jours avant | |
| Modification des émotions, des sentiments, du vécu: | | | |
| «J'ai l'impression d'avoir de moins en moins (ou de plus en plus) de force et d'énergie.» | X | 2-3 semaines avant | |
| «Rien ne m'atteint, je n'ai plus d'émotions (Je m'énerve davantage, je suis plus vite irrité par des petites choses que je tolérais avant.)» | X | Quelques jours avant | |
| Modification des comportements et des activités: | | | |
| «Je n'ai plus besoin de dormir. Je fais plein de choses pendant la nuit au lieu de dormir (J'ai trop besoin de dormir et je ne fais plus rien pendant la journée.)» | X | 2-3 semaines avant | |
| «Je multiplie les contacts avec les autres, je rencontre plein de nouvelles personnes (Je ne vois plus personne, je reste seul chez moi.)» | X | Quelques jours avant | |

Remédiation cognitive

Lors de troubles bipolaires chroniques (tout comme lors d'autres troubles psychiatriques ou suite à une lésion cérébrale ou encore à cause du vieillissement), des troubles cognitifs peuvent se manifester sous plusieurs formes: troubles de l'attention, de la mémoire, de la capacité à organiser ses actions et son discours, troubles des fonctions visuospatiales, de la vitesse de traitement, de la métacognition et/ou de la cognition sociale ; autant de troubles qui peuvent nuire à l'insertion socioprofessionnelle des personnes. Pour rééduquer la/les fonction/s cognitive/s altérée/s ou pour compenser la faiblesse par d'autres moyens, il est possible d'avoir recours à des groupes ou techniques de remédiation cognitive.

ASPECT PRÉVENTIF ET CURATIF

Qualité de vie

La qualité de vie est un élément important à prendre en considération au niveau préventif – comme lors des groupes ou d'une thérapie. La qualité de vie ne fait pas l'objet d'une définition unique puisque chacun l'évalue selon des critères qui lui sont propres. Certaines échelles tentent de la mesurer en faisant entrer en ligne de compte des paramètres tels que la santé psychologique (ressources en dehors des difficultés psychologiques), l'état des relations sociales et interpersonnelles, les ressources matérielles et financières, les projets et les activités de la personne. Certaines réflexions seront utiles pour chercher ou maintenir un équilibre entre les efforts à fournir et les résultats obtenus, notamment le fait d'avoir des occupations ou une activité professionnelle en fonction de ses intérêts et de ses ressources ; de renforcer l'affirmation de soi afin de déterminer clairement ses choix ; d'enrichir son réseau de connaissances et d'amitié ; de définir des règles de base d'hygiène de vie (soins corporels, sommeil, alimentation, exercice physique) ; de prendre du temps pour soi en fonction de ses propres plaisirs ; d'accepter ce que l'on est ou ce que l'on est devenu ; d'avoir des buts réalistes et réalisables qui tiennent compte de ses limites et de sa vulnérabilité. L'hygiène de vie est une dimension sur laquelle chacun peut agir, souvent sans aide extérieure et à peu de frais. C'est un ensemble d'habitudes quotidiennes qui, mises bout à bout, génère un environnement sain au milieu duquel certains problèmes peuvent être évités et la bonne santé favorisée. Pour une bonne hygiène de vie de manière générale, certaines attitudes sont prônées: adopter une alimentation équilibrée, éviter le surpoids, boire beaucoup d'eau et modérément d'autres boissons sucrées ou alcoolisées, avoir une activité physique régulière et adaptée, ne pas fumer, ne pas prendre de substances psychoactives, bien dormir et réduire un maximum le stress.

L'hygiène du sommeil

Pour approfondir notre réflexion sur la prévention des troubles bipolaires, arrêtons-nous un moment sur l'hygiène du sommeil. L'hygiène du sommeil est un pilier très important dans la prévention. Le sommeil est en effet une activité structurée, divisée en étapes et cycles bien précis (endormissement, sommeil léger, sommeil profond, sommeil paradoxal) qui se répètent plusieurs fois dans la nuit. Les règles d'une bonne hygiène de sommeil préconisent de faire suffisamment d'exercice physique dans la journée, de ne pas consommer d'alcool, de ne pas fumer, de ne pas faire de sport deux heures avant le coucher, d'éviter tout produit contenant de la caféine ou tout autre excitant (café, thé, chocolat, coca-cola, etc.) six heures avant le coucher, de réserver le lit pour le sommeil et les activités sexuelles – non pas pour regarder la télévision ou se nourrir –, d'éviter de trop boire le soir afin de ne pas se lever pour aller aux toilettes, d'aller au lit au moment où le sommeil s'annonce et de se lever régulièrement vers la même heure.

Une perturbation du sommeil, même sur quelques jours, peut faire basculer l'équilibre et favoriser l'apparition d'une crise. En effet, une modification de la qualité ou de la durée de sommeil peut être le signe précurseur d'une rechute: insomnie ou diminution du besoin de sommeil sans signe de fatigue pour l'épisode de manie ou hypomanie, hypersomnie pour la phase dépressive ou ensemble de perturbations du sommeil, telles qu'une latence à l'endormissement plus longue, un sommeil plus long, davantage d'éveils nocturnes et une efficacité du sommeil diminuée. Ces perturbations peuvent persister lors des phases stables. Préoccupations, ruminations, excitations diverses, prises de substances (café, tabac, drogues, etc.), habitudes de vie inadaptées (inversion ou perturbation du rythme jour-nuit, siestes, horaires irréguliers) peuvent rapidement perturber le sommeil.

Des chronothérapies chimiques et psychothérapeutiques traitent et préviennent des troubles du sommeil. L'actigraphie – appareil de mesure objectif, non invasif et écologique, se présentant sous la forme d'un accéléromètre porté au poignet – permet une mesure de l'activité sur une période de temps prolongée ainsi que le dépistage d'anomalies du sommeil. Il a été démontré que cet outil pourrait être utilisé à terme pour prévenir des rechutes chez les patients souffrant de troubles bipolaires⁷.

Prévention de la rechute, signes annonciateurs

Lors de crises bipolaires à répétition, un travail au niveau de la prévention de la rechute a fait ses preuves. En effet, la prise de conscience de l'existence des troubles bipolaires et la compréhension de leur fonctionnement sont des étapes fondamentales. La personne est d'accord de s'observer, essaie de reconnaître les signes annonciateurs de rechute, peut par exemple mesurer son humeur sur une grille, un journal ou un tableau dans le but d'établir une stratégie de prévention. Ce travail préventif se fait en dehors des épisodes de

7 « Trouble bipolaire: l'actigraphie pour prévenir les rechutes ? », Santé Mentale, Actualités 28.04.2015

crises, idéalement le plus tôt possible ou durant les périodes de rémission.

La rechute peut être brutale ou au contraire s'amorcer plus progressivement. Parfois, la rechute est déclenchée ou précipitée par certains facteurs: une période de stress, une altération de la routine ou du rythme de vie, un abus de substance, l'arrêt d'un médicament, etc. Dans d'autres cas, la rechute se manifeste plus spontanément. Il n'y a pas d'élément déclencheur particulier mais juste des signes précurseurs: un état plus ou moins important de fatigue, une envie plus ou moins grande de faire des activités ou de rencontrer du monde, etc.

La phase préliminaire aux épisodes de crises est très variable dans sa durée. Elle varie entre trois à quatre semaines en moyenne et dans les cas extrêmes entre vingt-quatre heures et trois mois. Cet intervalle laisse quelques jours pour vérifier si le changement est passager ou durable. S'il s'installe réellement, une mise en oeuvre d'actions spécifiques s'imposera.

Durant cette phase préalable, diverses réactions sont possibles:

- le déni: *«Je ne serais pas énervé si je n'avais pas été agressé.»*
- la déception: *«Pourquoi encore, avec tout ce que je fais!»*
- la sous-estimation du problème: *«Il suffit d'aller courir, dépenser mon énergie pour me calmer, ou voir du monde pour ne pas déprimer.»*
- l'adaptation, prévention centrée sur l'observation et le contrôle des symptômes problématiques: *«Je cherche à élaborer des techniques et à adopter des attitudes pour contrôler ce qui ne va pas.»*

Connaître, reconnaître les signes annonciateurs – signaux d'alarme, symptômes précoces ou précurseurs... – d'un épisode de manie, d'hypomanie ou de dépression permettra d'intervenir tôt et d'avoir ainsi plus de chances d'éviter la rechute. Il est essentiel de se montrer vigilant vis-à-vis de ses émotions et de ses comportements afin d'identifier au plus vite le/s problème/s ou /symptôme/s.

En ce qui concerne l'épisode dépressif, il pourra s'annoncer progressivement par une perte d'intérêt et de plaisir, une diminution des envies sexuelles, davantage d'anxiété, de fatigue, de peine à se lever et à démarrer la journée, etc.

Quant à l'épisode de manie ou d'hypomanie, sa présence pourra être signalée par une diminution des heures de sommeil sans signe de fatigue, une multiplication de projets, un changement au niveau vestimentaire, une augmentation des appels téléphoniques, etc.

Il n'y a pas de liste exhaustive des signes avant-coureurs ; chacun établira son profil en observant des modifications au niveau de sa façon de penser, de ses émotions – vécues plus intensément –, de ses conduites, comportements, attitudes, etc.

Il est à noter que les proches peuvent constituer une aide tout au long de

cette phase d'observation. Le soutien familial et social sont des facteurs protecteurs du moment où il y a partenariat, respect de la personne et action en accord avec elle. En revanche, la confusion entre des éléments attribuables au trouble et des éléments qui ne le sont pas, peut conduire à des incompréhensions, à un schéma relationnel critique, hostile, négatif, émotionnel, voire dangereux. Attention donc à l'hyper vigilance dont la tendance à percevoir et à transformer à tort le moindre changement en symptôme pourra déboucher sur une rechute.

Mesure de l'humeur

La mesure de l'humeur est un outil de prévention conceptualisé. Bien qu'il n'existe pas de mesure biologique ou physique de l'humeur comme il en existe pour prendre sa température ou sa pression artérielle, l'humeur peut se sentir, se rapporter, s'observer à travers le discours, les expressions-mimiques, les attitudes et les activités accomplies. Cette mesure est bien sûr teintée de subjectivité.

L'outil de mesure de l'humeur – validé par des études – propose donc d'évaluer et de noter son humeur quotidienne entre les deux pôles euphorie et dépression dans un agenda/journal ou sur une grille/tableau, en listant parallèlement la médication, les éventuels effets secondaires, les événements importants, etc. (voir tableau ci-après)

Analysé dans son ensemble, cet outil permet de signaler ce qui détermine l'humeur et ses oscillations normales ou problématiques en vue de pouvoir prévenir et établir ensuite un plan d'urgence et d'action.

Remarque: Il existe des applications de mesure «**smartphone**» pouvant être téléchargées sur un ordinateur de poche: pour le sommeil, le rappel de son traitement, l'activité physique, une relaxation guidée... et possiblement aussi pour les humeurs. Ces applications peuvent être un outil intéressant. Il est nécessaire de vérifier les sources et le bien-fondé de l'application et d'échanger de son utilisation avec le médecin.

Plan de crise

Après avoir observé et listé correctement les symptômes et les problèmes, dans un journal ou tableau, ou en avoir discuté de manière détaillée, il est possible d'établir un plan de crise, visant à réfléchir et à choisir la manière la plus pertinente d'agir lorsque la situation d'urgence se présentera. Agir en amont va permettre à la personne d'augmenter ses chances de stopper la rechute ou du moins de réduire les conséquences négatives la touchant, autant dans son estime, ses acquis sociaux et professionnels que sur le plan environnemental.

Il faut alors définir ce qui est urgent, quelles seront les premières mesures à prendre, déterminer le moment opportun où l'aide extérieure devra inter-

venir, qui peut ou doit la demander, indiquer les préférences de traitement, savoir qui va le mettre en place (médecin, centre de traitement, hôpital), enfin revoir les mesures et y apporter des ajustements si besoin, après la mise en route du plan de crise.

Certains éléments sont clefs:

Le plan de crise, établi soit par la personne elle-même, soit en collaboration avec des proches ou des professionnels, doit figurer sous forme écrite afin que ces derniers, susceptibles d'aider à prévenir la période de crise puissent y avoir accès.

Lors de son élaboration, il s'agit de réfléchir aux interventions spécifiques les plus adéquates possibles à leur mise en pratique au moment de la crise. Chaque intervenant doit être d'accord de se plier au plan, devenant ainsi partie intégrante de sa réussite, en s'engageant par une signature par exemple (la personne concernée y compris). Bien que le plan de crise doive être suivi et respecté, il est parfois difficile pour la personne de respecter son propre plan de crise, car des mesures de prévention décidées lors d'une période stable peuvent signifier tout autre chose en période de crise. Les numéros de téléphones et les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence (psychiatre, intervenant, réseau, famille, ami, proche ou autres) seront mis à disposition:

«J'avais décidé avec ma femme d'un retrait de carte bancaire dès le moment où mes dépenses s'affolaient, mais au moment critique, j'engueule ma femme et ne suis plus du tout d'accord. Elle a alors le droit de prendre contact avec mon médecin ou infirmier.»

Le plan de crise doit fournir des informations sur le traitement et comporter des directives claires, auxquelles chacun adhère. Il s'agit de déterminer les grandes lignes des interventions utiles et autorisées, car il est difficile en cas d'urgence de tout prévoir. Les grandes lignes prennent généralement en considération les antécédents afin de signaler autant ce qui a été positif et peut être répété, autant ce qui n'a pas fonctionné ou a été traumatisant et doit être évité, voire interdit. Tout en laissant le moins de place au flou, le plan de crise doit cependant être suffisamment souple pour permettre de résoudre diverses situations de crise. Les conditions d'action doivent être chronologiquement listées. Par exemple, lors d'aggravation de symptômes dépressifs, pouvoir modifier d'abord et en accord avec le médecin le dosage d'une médication bien tolérée et ne changer de médicaments que si les symptômes ne reflètent pas d'évolution positive au bout de trois semaines.

Remarque: Pour prévenir des difficultés liées à une **incapacité de discernement** – par exemple pour déterminer au préalable qui sera habilité à négocier le traitement avec le corps médical et soignant – la rédaction de «directives anticipées» est fortement conseillée⁸.

⁸ Voir la brochure «Directives anticipées - Prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées», p. 73

Un plan pour gérer les affaires sociales, le quotidien et/ou l'activité professionnelle peut aussi être établi. Une palette de questions pratiques auxquelles la personne sera confrontée, doivent être résolues: Qui fera mes paiements et relèvera le courrier en cas d'absence ou d'hospitalisation? Qui peut prendre contact avec mon employeur et que lui dire? Qui s'occupera des enfants, des animaux, des plantes vertes? Qui pourra décider de m'enlever des cartes de paiements? Qui peut m'accompagner dans des activités, des sorties? Quelles activités ou musiques sont bénéfiques, lesquelles sont à éviter?, etc. Les permanences téléphoniques de Pro Mente Sana peuvent vous renseigner⁹.

Plan de ressources, plan de rétablissement

Dans le cadre de la philosophie du «recovery» (voir brochures de Pro Mente Sana «Recovery» et «Témoignages de Recovery»), la personne ne peut pas se réduire uniquement à la maladie, ni à des symptômes à observer ou des problèmes; les troubles bipolaires ne suffisent pas à définir son essence. La personne est bien plus. Elle a des valeurs, des compétences, des rêves, aime faire certaines activités agréables, etc.

Hélène Provencher¹⁰, étudiant la philosophie du Recovery, cite quatre facteurs facilitant le rétablissement:

- L'acceptation: de ce que je suis aujourd'hui, de ce que je suis devenu, différent d'avant et de mon «idéal», chacun recomposant l'image qu'il a de lui-même.
- La temporalité: l'évolution se fait dans une dimension temporelle, chacun selon son propre rythme.
- La spiritualité: d'une part en tant que possibilité de donner du sens à notre vécu et d'autre part en tant que pouvoir d'agir.
- Les relations: le fait d'être en lien avec les autres, d'exister dans un groupe, chacun étant et devenant un citoyen à part entière.

Par conséquent, le «plan ressources» devrait compléter la prévention de la rechute et le plan de crise. C'est lui qui permettra d'établir une liste de tout ce qui fait du bien: une série d'activités plaisantes à faire tous les jours, des gens agréables à fréquenter, un métier ou des occupations correspondant le plus possible aux attentes et aux besoins, des souvenirs heureux à créer et à raviver; autant d'actions favorisant des conditions pour éviter ou atténuer la rechute et vivre mieux:

«Dans ma vie, je ne peux pas voir seulement ce qui ne va pas sinon je m'enfoncerai complètement. Un docteur m'a prescrit à côté de mon traitement médicamenteux d'avoir tous les jours au minimum trois plaisirs conscients! J'essaie tous les jours avec de toutes petites choses qui font du bien: regarder une fleur au printemps, prendre le temps de savourer (et non pas avaler)

⁹ Voir annexe p. 62

¹⁰ Voir «Le rétablissement en santé mentale: quelques perspectives.», Lettre trimestrielle Pro Mente Sana n°25, septembre 2004

un morceau de chocolat et écouter mon morceau de musique préféré par exemple... et rien que de prendre ce temps, cela me fait du bien, me centre sur ma partie qui va bien en moi.»

ASPECT SOCIAL

Sur le plan social, étant donné que les épisodes de crises peuvent dégrader les relations familiales et amicales, l'isolement social est un risque:

«J'ai perdu plein d'amis à cause de la maladie... parce que je leur téléphonais au milieu de la nuit... parce que je ne venais pas à nos rendez-vous...»

Les relations professionnelles sont également mises à rude épreuve, lors d'absentéisme, d'irritabilité, de conflits avec les collègues ou la hiérarchie, de difficultés à rester à son poste, etc. Plus de la moitié des personnes souffrant de troubles bipolaires n'exerceraient pas d'activité rémunérée et plus d'un quart travaillerait seulement à temps partiel¹¹

«Au travail, je n'ose pas le dire, trop d'imbéciles me jugent sans savoir... peu de personnes me semblent capables de comprendre.»

Sur le plan financier, les répercussions des épisodes de manie peuvent être graves, vu les dépenses inconsidérées, la mauvaise gestion financière, une éventuelle perte de salaire liée à l'absentéisme, une démission ou un licenciement ou encore des frais occasionnés par des procédures judiciaires¹².

L'image stigmatisante renvoyée par la société, tout comme l'image que la personne a d'elle-même, se voient altérées par le vécu des crises, accompagnées d'un sentiment d'incompétence, d'échec, de frustration, d'incapacité et une baisse de l'estime de soi.

Réseau social

La majorité des personnes déclarent avoir au moins un interlocuteur pour parler de leurs difficultés. Il sera toujours utile de pouvoir diversifier et intensifier les relations. En effet, chacun ressent le besoin d'être utile, de contribuer de manière active à un projet concret, d'appartenir à une communauté, d'évoluer. Le réseau social peut s'étendre grâce à des activités ayant lieu à travers:

- un réseau «normal», en suivant par exemple des cours ou en participant à des activités dans une maison de quartier, une école club, etc.
- le réseau psychosocial, tissu d'associations ou d'institutions soutenant les personnes en difficultés qui touchent une assurance invalidité, en leur offrant une gamme de prestations diverses (logement, activité, travail, socialisation).

Le conseil psychosocial de Pro Mente Sana peut vous renseigner¹³.

Associations d'entraide

Dès la moitié du XX^e siècle, des groupes de patients, conscients de leur difficulté à s'intégrer dans la société, ont commencé à s'organiser, en vue de:

- s'entraider mutuellement, en passant un pacte pour rester en lien et se rencontrer régulièrement
- préserver une autre image, ne se référant pas uniquement à la maladie mentale
- militer pour des droits :

«Nous voulons et nous allons prouver au public que nous pouvons être non seulement de bons citoyens mais aussi d'une grande aide à la société pour le rétablissement des patients et pour aider les travailleurs sociaux et les médecins d'établissement publics.» (Groupe précurseur d'ex-patients de Rockland State Hospital, Etats-Unis).

Au sein des groupes d'entraide, la valeur centrale est l'écoute et le partage des expériences, sans jugement, en toute confiance. Les pairs, provoquant un effet miroir, diminuent de ce fait la stigmatisation, augmentent l'estime de soi, favorisent la compréhension, la recherche de solutions et l'insertion sociale:

«Je ne suis pas le seul à vivre cela... je n'ai plus besoin de tout expliquer, on me comprend tout de suite.»

Le conseil psychosocial de Pro Mente Sana répond pour tous renseignements concernant les groupes d'entraide¹⁴.

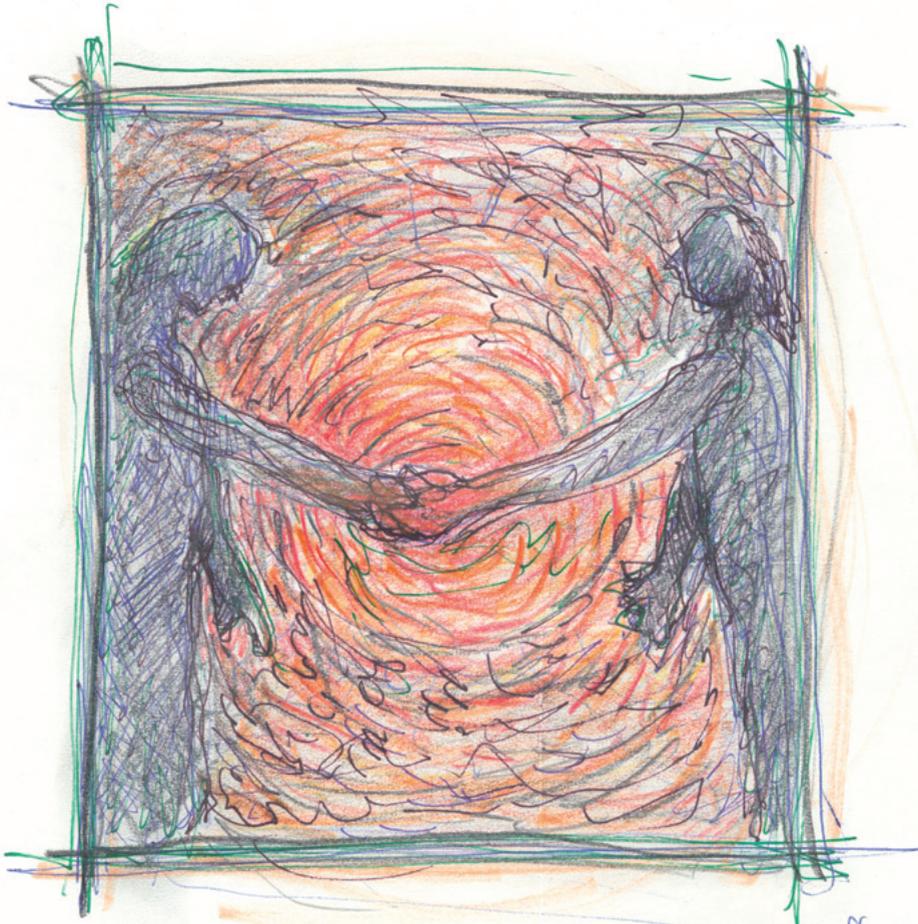
¹¹ « Troubles bipolaires : entre deux épisodes... », Santé Mentale n°167, avril 2012

¹² Voir la brochure « L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques », p. 73

¹³ Voir annexe p. 62

¹⁴ Voir annexe p. 62

LES TROUBLES BIPOLAIRES AFFECTENT AUSSI LES PROCHES



Bien sûr, il y a des souvenirs en souffrance
Bien sûr, il y a des amours dérisoires
Bien sûr, il y a la rage qui se fait reine
Mais au-delà de ces tourbillons aigres,
ma main, par quelques effleurements
préserve's, me relie encore à mon
espérance.

11/19.10/4

Les humeurs vécues de manière excessive bousculent les relations et n'épargnent pas les proches, au sens large, qui éprouvent des sentiments de culpabilité et de responsabilité. Un cercle vicieux (codépendance) risque alors de se créer lorsque les humeurs ou le bien-être des uns dépendent de l'état psychologique de l'autre et vice versa.

Les proches peuvent cependant apprendre à développer une relation positive et à nourrir une attitude bienfaisante. Avoir des amis à l'écoute, faire appel à des professionnels pour une thérapie de soutien, se procurer des informations sur la maladie, chercher des solutions en faisant partie d'un groupe d'entraide ou de psychoéducation s'avèrent être autant de ressources utiles pour être plus au clair avec leurs sentiments et pour trouver leur propre équilibre.

Les incidences des épisodes bipolaires sur les relations sont nombreuses. Les intenses fluctuations des humeurs, dues autant aux épisodes de manie-hypomanie que de dépression, entraînent souvent une mauvaise compréhension voire une totale incompréhension avec la famille, les amis, le conjoint, le collègue de travail, etc. Certes, l'intensité des épisodes, leur durée et le danger ressenti influenceront bien évidemment la gestion de la relation. Cette difficulté à se comprendre peut même aller jusqu'à remettre en question la relation ou en causer la rupture.

Si les proches perçoivent plus d'agressivité, d'irritabilité et ont de la peine à suivre les projets «fous», incessants de la personne lors de la phase de manie ou d'hypomanie, dans la phase dépressive, ils se retrouvent désarmés et impuissants, confrontés à une perte totale d'intérêt et de plaisir. L'épisode maniaque est cependant plus souvent redouté par le proche, qui en viendrait même à souhaiter le retour de la dépression, afin de pouvoir souffler :

«Cette détresse et cette instabilité étaient constamment là, à l'intérieur de mon compagnon. Lorsqu'il a été hospitalisé, je suis tombée des nues quand ils m'ont annoncé qu'il souffrait de troubles bipolaires. Mais je me suis rendue compte que je pouvais enfin comprendre ses comportements et pour quoi il y avait tant d'instabilité dans notre couple.»

Quant aux enfants, ils sont au même titre, spectateurs et acteurs de ce qui arrive:

«Pourquoi ma mère était un jour en pleine forme, et quelques semaines après complètement dans le trou. Cela paraît peut-être complètement fou mais malgré ces souvenirs plutôt sombres, mes parents étaient formidables... Papa faisait toujours en sorte de nous expliquer ce qui se passait avec des mots simples.»

Plus d'une personne bipolaire sur deux a des difficultés à entretenir des relations à long terme. En effet, on trouve dans cette sphère de la population plus de célibataires et de solitude ; plus de séparation et de divorce quand il s'agit de couples. A l'inverse, lorsqu'il y a stabilisation et évolution vers un rétablissement, les séparations se raréfient et les relations s'améliorent nettement.

Les proches se posent des questions et c'est humain. Ils se demandent par exemple si leurs paroles, leurs actes, leur amour sont justes et suffisants ou encore s'il est correct d'obliger pour protéger la personne qui leur est chère:

«En tant que proche nous devons leur faire prendre conscience que ce n'est pas de leur faute, et surtout il faut que nous bannissons des phrases telles que: 'Qu'est-ce que j'aurais pu faire?'»

Des situations éprouvantes sont vécues des deux côtés. Les proches, pensant bien faire, se sentent toujours obligés d'agir. Les personnes bipolaires,

quant à elles, souffrent d'autant plus qu'elles sont déjà éreintées par les crises:

«Il ne faut pas dire 'secoue-toi, prends toi en main, fais quelque chose, va voir tes amis' car justement l'autre ne peut pas.»

Les proches se retrouvent également face à des situations dites à risques lors de l'épisode maniaque, telles que l'abus de substance (drogue, alcool, etc.), une conduite dangereuse, des rapports sexuels multiples et à risques, certains défis que la personne se lance à elle-même ou encore des actes financiers irréflectifs¹⁵:

«Il fumait toute la journée du cannabis et buvait beaucoup.»

«Il pouvait conduire à une vitesse folle sans respecter les règles de circulation, la route lui appartenait, les feux rouges étaient pour les autres.»

«Elle dépensait des sommes astronomiques en habits de luxe, menait la belle vie, je n'ai rien vu jusqu'à ce que la banque m'appelle.»

Comment établir une bonne relation avec la personne souffrant de troubles bipolaires?

- **Tenir en compte que sa propre attitude aura des répercussions auprès de l'autre comme dans toute relation.** Chaque épisode bouleverse l'équilibre et les rôles au sein de la famille, des amis ou des collègues. Une des meilleures attitudes consiste simplement à être présent. Il s'agit pour le proche de s'impliquer quand la personne en fait la demande et d'être conscient de ses limites, comprenant qu'il n'est pas toujours possible de trouver un compromis ni forcément souhaitable de tout maîtriser, tout gérer :
«Nous voulons que notre entourage soit juste là... et nous aide si on en éprouve le besoin.»

- **Pouvoir analyser son propre vécu et ses réactions** est important, de même que de savoir fixer les limites de ce qui est tolérable pour soi, en restant réaliste quant à ses désirs et attentes. Il est clair que le ressenti de chaque proche varie selon les personnes et les situations. Face à la problématique de l'autre, se bousculent de nombreux sentiments: peur, colère, culpabilité, honte du «quand dira-t-on», impuissance, etc., ainsi qu'un éventail de réactions: angoisse, déni, banalisation, agressivité, rejet, ambivalence, rationalisation, responsabilisation, etc.

- **Chercher des informations** sur les troubles bipolaires, en vue de comprendre et se sentir moins coupable. Expliquer, surtout aux enfants, pourquoi un parent a pu se montrer agressif, irritable, violent, absent ou indifférent, indépendamment de ce qu'ils ont pu dire ou faire.

¹⁵ Voir la brochure « L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques », p. 73

- **Protéger et se protéger lors d'épisodes de crises.** Il est souvent inutile de discuter et de chercher à convaincre l'autre. Dans l'urgence, il s'agit d'essayer de montrer à la personne son comportement inadéquat, voire inacceptable, tout en l'encourageant à demander de l'aide ou en chercher soi-même, auprès de professionnels, s'il y a danger:

«Quand dans la vie ça va moins bien, et que vous vous dites que ça ira mieux, et bien en général ça vous irrite d'entendre de la bouche d'un proche, ce que vous vous dites déjà! Pourquoi? Vous croyez qu'on n'y avait pas pensé? C'est la première chose qu'on se dit pour se rassurer. Et en général on cherche un autre soutien, un autre appui.»

- **Favoriser la discussion après les moments de crises,** en faisant preuve de compréhension, sans jugement, ni infantilisation, ni culpabilisation. En effet, les personnes sortant de crises peuvent se sentir mal suite à certaines paroles, actes blessants ou comportements inadéquats.

- **Savoir doser son degré d'implication afin de maintenir une relation saine, basée sur la confiance,** ceci en préférant l'encouragement à l'imposition du comportement «juste» ou «faux», en dosant les conseils concernant la prise de médicaments par exemple, ou encore en ne prenant pas de décision à la place de l'autre. Il s'agit d'être à l'écoute et de respecter ce que dit l'autre, tout en exprimant ses ressentis et ses propres limites.

- **Ne pas sous-estimer ou surestimer les problèmes symptomatiques.** Entre le fait de ne pas voir la maladie et la voir partout, la marge est étroite. Dès lors que l'entourage ressent les fluctuations de l'humeur, il faut que tous définissent ensemble le seuil du «trop», déterminent la frontière entre la bonne journée et la manie, la mauvaise journée et la dépression. Quand, par exemple, le rire commun autour d'une conversation devient-il «trop» euphorique et incompréhensible, ou l'apathie, n'étant plus un simple signe de fatigue ou de repos, devient-elle dépressive?

- **Pouvoir définir ensemble** les signes annonciateurs de la rechute, un plan de crise, des directives anticipées dans la perspective de mettre en place une tactique de prévention commune. La discussion sert à prendre conscience des forces et des faiblesses de chacun et à établir des limites claires à l'intérieur desquelles chacun pourra faire confiance à l'autre. Si par contre discuter est difficilement envisageable, la présence d'un tiers ou d'un professionnel sera utile et permettra d'offrir un cadre propice à une meilleure écoute et à un respect mutuel.

- **Conserver ses propres activités, liens et loisirs.** Etant donné que le renoncement et l'abnégation de soi tendent à fragiliser la relation et que notre

propre souffrance n'atténue pas celle de l'autre, il est essentiel de savoir se ménager et aménager nos propres moments de répit pour pouvoir récupérer.

- **Avoir et garder espoir.** Comme il a été dit, chaque personne est dotée d'un potentiel et ne peut se réduire à une maladie. Rien n'est irréversible. La maladie, source d'obstacles, est aussi un chemin d'expérimentation de son potentiel, un défi philosophique pour la vie. Porter un regard équilibré entre le pôle positif et le négatif est fondamental dans la gestion de la relation, tout comme le fait de se rappeler ce qui nous plaît chez l'autre, puiser notre créativité jusque dans les «petits riens» qu'offre la réalité, alimenter ce qui est bon et fait du bien pour faire croître nos ressources.

ANNEXES

Permanence téléphonique
de Pro Mente Sana association romande
(lundi, mardi et jeudi: 10h-13h)

Conseil juridique: 0840 00 00 61 (tarif local)
Conseil psychosocial: 0840 00 00 62 (tarif local)

Remarque: Si vous envisagez de suivre un des traitements proposés ci-dessous, il est indispensable de vous informer préalablement auprès de votre assurance maladie pour être sûr que les coûts engendrés seront pris en charge.

INSTITUTIONS OFFRANT UN TRAITEMENT POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES BIPOLAIRES

FRIBOURG

RSFM, Chaîne de soins des troubles de l'humeur et de la personnalité
Centre psychosocial à Fribourg, Centre de soins en santé mentale à Bulle,
Centre de soins hospitaliers CSH, Unité Callisto à Marsens.
www.fr.ch/rfsm/fr/pub/adultes/offre_soins_s2/troubles_humeur.htm
c/o Centre de soins hospitaliers,
L'hôpital 140, Case postale 90, 1633 Marsens
Responsable de la Chaîne des soins des troubles de l'humeur
et de la personnalité: D^r André Kuntz
Tél. 026 305 78 00

GENÈVE

HUG, Département de santé mentale et de psychiatrie
Spécialités psychiatriques - Unité des troubles de l'humeur
Traitement ambulatoire et évaluation
(Groupe Bauer pour une meilleure qualité de vie
Groupe MBCT méditation et pleine conscience)
www.hug-ge.ch/specialites-psychiatriques/programme-troubles-humeur
Rue de Lausanne 20 bis, 1201 Genève
Responsable: P^r Jean-Michel Aubry
Tél. 022 305 45 11

JURA

L'unité hospitalière médico-psychologique, site de Delémont
de l'hôpital du Jura ne possède pas d'offre spécifique concernant
les troubles bipolaires.
www.h-ju.ch/fr/Disciplines-medicales/Psychiatrie/Psychiatrie
Toute personne peut cependant prendre contact au 032 421 25 30.

NEUCHÂTEL

CNP Centre neuchâtelois de psychiatrie
Prise en charge des troubles bipolaires, unipolaires et anxieux
uniquement pour les hospitalisations. Il n'existe pas de consultations
ambulatoires spécialisées.
www.cnp.ch

Hospitalisation: Unité de soins Gaïa-E1 UHTA
Site de Préfargier, 2074 Marin-Epagnier
Responsable: D^r G. Greco
Tél. 032 755 15 00

VAUD

CHUV, Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale
Section Karl Jaspers: troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité
www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=488
Ambulatoire: **Consultation de Chauderon**
(Groupe Bauer pour une meilleure qualité de vie
Groupe MBCT méditation et pleine conscience)
Place Chauderon 18, 1003 Lausanne
Responsable volet ambulatoire: D^r Stéphane Kolly
Tél. 021 314 00 50
Hospitalisation: **Site de Cery, 1008 Prilly**
Médecin associée, responsable du volet hospitalier:
D^r Sylfa Fassassi Gallo
Tél. 021 314 31 11

VALAIS

Le Département de Psychiatrie et de Psychothérapie (DPP) du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) et de l'hôpital du Valais (HVS) ne possèdent pas d'offre spécifique concernant les troubles bipolaires. Toute personne peut cependant prendre contact au 0800 012 210

INSTITUTIONS OFFRANT UN SOUTIEN POUR LES PROCHES DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES BIPOLAIRES

FRIBOURG

RFSM, Plateforme Proches, programme « Famille et troubles bipolaires »
www.fr.ch/rfsm/fr/pub/soutien_proches/plate_forme_proches.htm
Centre de soins hospitaliers, L'hôpital 140, 1633 Marsens ainsi que le Centre psychosocial de Fribourg
Tél. 026 305 78 00.

GENÈVE

HUG, département de santé mentale et de psychiatrie
Groupe des proches – Unité des troubles de l'humeur
Rue de Lausanne 20 bis, 1201 Genève
Responsable: Pr Jean-Michel Aubry
Tél. 022 305 45 11

Le Biceps, lieu d'aide et d'information pour enfants, ados et jeunes adultes dont un parent souffre psychologiquement
BCAS Bureau Central d'Aide Sociale,
Place de la Taconnerie 3, 1204 Genève
Tél. 022 310 33 23
Mail: lebiceps@bcas.ch

VAUD

Espace Proches: Centre d'informations et de soutien aux proches et aux proches aidants, avec le soutien du Département de la Santé et de l'Action Sociale
www.espaceproches.ch
Place Pépinet 1, 1003 Lausanne
Tél. 0800 66 06 60

CHUV, Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale
Section Karl Jaspers: troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité
www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=488
Groupe pour proches de personnes bipolaires
Consultation de Chauderon
Place Chauderon 18, 1003 Lausanne
Responsable: D^r Stéphane Kolly
Tél. 021 314 00 50

VALAIS

Famille et troubles bipolaires
Centre de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapies CCPP de Martigny
Groupe de proches de patients bipolaires
Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny
Tél. 024 473 33 33

GROUPES D'ENTRAIDE AUTOGÉRÉS POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES BIPOLAIRES AINSI QUE POUR LEURS PROCHES

GENÈVE

ATB&D: Association de personnes ayant un Trouble de l'humeur, Bipolaire ou Dépressif
www.association-atb.org/accueil-atb.htm
Maison des Associations, Rue des Savoises 15, 1205 Genève
Tél. 022 321 74 64

NEUCHÂTEL

Groupe de parole pour les personnes concernées par les troubles bipolaires

Tous les 4^{ème} mercredis du mois dans les locaux de l' ANAAP
S'inscrire et Contact: M^{me} Anne-Marie Botteron
Tél. 078 781 92 93

VAUD

Passeport équilibre: association d'entraide pour personnes concernées par les troubles bipolaires

sites.google.com/site/associationpasseportequilibre/
Case postale 87, 1092 Belmont-sur-Lausanne
Contact: M^{me} Joëlle Mazot
Tél: 076 480 25 41 ou 076 521 90 37

ORGANISATIONS FAÏTIÈRES DE MÉDECINS ET PSYCHOTHÉRAPEUTES

pour obtenir des adresses de thérapeutes en ambulatoire

SSPP

Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie

www.psychiatrie.ch
Altenbergstrasse 29, Case postale 686, 3000 Berne 8
Tél: voir sur le site, le secrétariat ne renseigne pas le public.
sgpp@psychiatrie.ch

ASP

Association suisse des psychothérapeutes

www.psychotherapie.ch
Riedtlistrasse 8, 8006 Zürich
Tél. 043 268 93 00
asp@psychotherapie.ch ou sekretariat@psychotherapie.ch

FSP

Fédération Suisse des Psychologues

www.psychologie.ch
Choisystrasse 11, Case postale 510, 3000 Berne 14
Tél. 031 388 88 00
fsp@fsp.psychologie.ch
Pour obtenir des informations sur les associations professionnelles cantonales ou d'autres organisations faïtières:
Pro Mente Sana, Conseil psychosocial: Tél. 0840 000 062 (tarif local)

BIBLIOGRAPHIE

CLASSIFICATION PSYCHIATRIQUE

Avis: ces classifications servent de guide pour poser un diagnostic à un moment précis et devraient être utilisées comme un outil de dialogue à l'usage conjoint du médecin et du patient:

- en soumettant la classification à l'approbation du patient
 - en confrontant les critères diagnostiques au vécu du patient
 - en prenant en considération que ce diagnostic n'est pas immuable
- DSM-5®, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e éd., Ed. Masson, 2015, «*Les troubles bipolaires et apparentés*» p145-180 et DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd., texte révisé, Ed. Masson, 2003, «*Les troubles de l'humeur*», p. 399-491 (classification américaine).
 - CIM 10, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Ed. Masson, 10^e révision, 2012, F30.39 (classification de l'OMS)
(CIM 11 actuellement en préparation, en collaboration avec les professionnels et les associations de patients)

OUVRAGES ET ARTICLES

- Mirabel-Sarron C, Provencher MD, Aubry JM, Beaulieu S, Leygnac-Solignac I, *Mieux vivre avec mon trouble bipolaire: Comment le reconnaître et le traiter?*, Ed. Dunod (à paraître automne 2016)
- Jermann F, Weber B, Bondolfi G, Aubry JM, *Pleine conscience et troubles bipolaires*, Revue Santé mentale, 2016, n° 208
- Vargas A, «*Explosions*», The Bookedition.com, 2015
- Hasler G, Preisig M, Müller T, Kawohl W, Seifritz E, Holsboer-Trachsler E, Aubry JM, Greil W, *Troubles bipolaires: mises à jour 2015*, Swiss Medical Forum, 2015, 15(20-21), p.486-494
- Arte Documentaire, *Planète Corps*, 18.07.2015
- Aubry JM, Ferrero F, Schaad N, *Psychopharmacologie des troubles bipolaires*, Médecine & Hygiène, 2013
- Revue Santé Mentale, *Troubles bipolaires, entre deux épisodes*, N° 167, avril 2012
- Borch-Jacobsen M, *De la psychose maniacodépressive au trouble bipolaire*, Sciences Humaines, "Les grands dossiers" n° 28, 2.10.2012

- Kosel M, Bondolfi G, Aubry JM, *Psychiatrie*, Revue médicale suisse, 2010, 6(232), p.137-140
- Guillon E, Guillon P, Samson S, *Journal d'une bipolaire*, La boîte à bulles, France 2010
- Gay C, *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Hachette, 2008
- Revue Santé Mentale, «*La phase maniaque*», n° 127, avril 2008
- Khazaal Y, Pomini V, Zullino D, Preisig M, *Le trouble bipolaire en questions et Fiches personnelles*, Ed. Eli Lilly laboratoires pharmaceutiques, 2006
- Weber Rouget B, Gervanosi N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM, *Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ)*, *Journal of affective disorders*, 2005, 88(1), p. 103-108
- Khazaal Y, Pomini V, *Thérapies comportementales et cognitives du trouble bipolaire: actualités et perspectives*, Revue Médicale Suisse, 2006, 2(79), p. 2104-2107
- Gay C, Générumont JA, *Vivre avec des hauts et des bas*, Hachette, 2002
- Kabat-Zinn J, *Où tu vas, tu es, Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des émotions profondes*, J-CI Lattès, 1996
- Yelnick B, Yelnick C, *Deux et la folie*, France Loisirs, 1979

SITES INTERNET

SUISSE

www.swiss-bipolar.ch

www.depressionen.ch (uniquement en allemand)

FRANCE

www.carentity.com/maladie/troubles-bipolaires: réseau social destiné aux personnes concernées par une maladie chronique

www.argos2001.fr: site internet spécifique aux troubles bipolaires

www.moodinstitute.com: Institut international de l'humeur, création de journal l'humeur

www.troubles-bipolaires.com: site internet spécifique aux troubles bipolaires

www.bipol.org: troubles bipolaires et entreprises

www.lareponsesupsy.info/Trouble-Bipolaire

CANADA

www.revivre.org: anxiété, dépression, troubles bipolaires

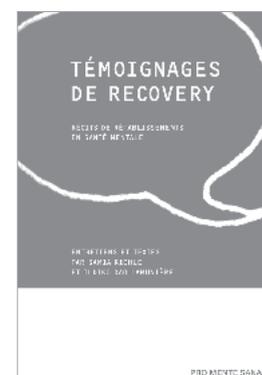
COLLECTION PSYCHOSOCIALE



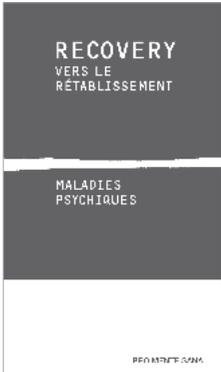
*Le trouble de la personnalité
borderline. Comprendre la maladie
et trouver de l'aide,*
Andreas Knuf, Pro Mente Sana, Genève 2014



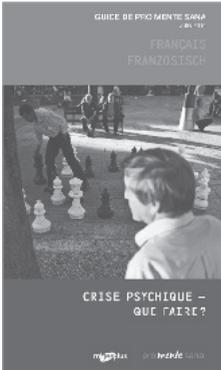
Psychothérapies
Par Evelyne Kolatte, psychiatre et
psychothérapeute FMH avec la collaboration
d'Ariane Zinder et Esther Hartmann,
psychologues.
Pro Mente Sana, Genève 2013



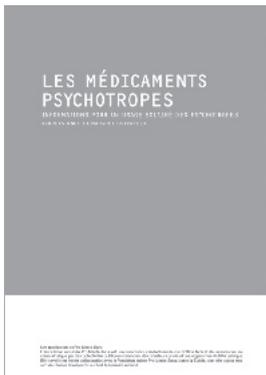
*Témoignages de Recovery – Récits
de rétablissements en santé mentale*
Entretiens et textes par Samia Richle
et Ildiko Dao Lamunière.
Pro Mente Sana, Genève 2012



*Recovery – Vers le rétablissement.
Maladies psychiques.*
Pro Mente Sana, Genève 2011



Crise psychique – Que faire?
Guide de Pro Mente Sana disponible en sept langues (français, italien, portugais, espagnol, albanais, serbo-croate-bosniaque et turc), Genève 2010



*Les médicaments psychotropes.
Informations pour un usage éclairé
des psychotropes,*
Andreas Knuf et Margret Osterfeld,
Pro Mente Sana, Genève 2007
En cours de réédition

COLLECTION JURIDIQUE



*L'incapacité de discernement et ses
conséquences économiques,*
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2015

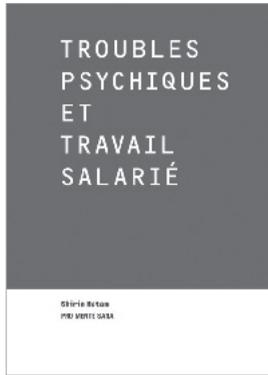


*Directives anticipées – Prévoir une incapacité
de discernement, rédiger des directives
anticipées,*
Shirin Hatam,
Pro Mente Sana, Genève rééd. 2014



*Maladies psychiques. Petit guide juridique à
l'usage des proches,*
Shirin Hatam avec la collaboration
d'Asuman Kardes
Edition 2014 révisée et augmentée

NOTES



Troubles psychiques et travail salarié,
Shirin Hatam,
Pro Mente Sana, Genève 2009

Pro Mente Sana
Rue des Vollandes 40
CH-1207 Genève

Tél.: 0840 00 00 60 (tarif local)
Fax: 022 718 78 49

E-mail: info@promentesana.org
www.promentesana.org

CP 17-126679-4

Permanence téléphonique
(Lundi, mardi et jeudi: 10h-13h)

Conseil juridique: 0840 00 00 61 (tarif local)
Conseil psychosocial: 0840 00 00 62 (tarif local)

Pro Mente Sana est une organisation qui défend les droits et les intérêts des malades psychiques. Elle propose un service de conseil téléphonique à l'intention des personnes concernées, des proches et des professionnels, portant sur des questions juridiques ou psychosociales, autour de la maladie psychique et de la santé mentale. Elle promeut et soutient l'entraide, informe et sensibilise le public et intervient dans les débats politiques et sociaux. Pro Mente Sana est la seule organisation en Suisse à défendre globalement les droits et les intérêts des malades psychiques indépendamment de toute structure d'accueil et de soins.

2016

pro mente sana
association romande



Le label de qualité Zewo, attribué aux organisations d'utilité publique, garantit la transparence et l'utilisation scrupuleuse, efficace et économique des dons versés.