

LES TROUBLES BIPOLAIRES

Comprendre la maladie et trouver de l'aide

Ariane ZINDER-JEHEBER

IMPRESSUM

Rédaction 2016 et actualisation 2023: Ariane Zinder-Jeheber, psychologue

Illustrations: Isabelle Martin

Mise en page: Maya Wäber

© Genève, 2016, Pro Mente Sana association romande

Version digitale révisée et augmentée en 2024.

Dans cette brochure nous avons renoncé à adopter le langage épïcène

SOMMAIRE

Préface	page 5
Avant-propos : Les troubles bipolaires, une maladie encore à définir	9
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, dépression)	
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	43
Psychoéducation	
Groupe Bauer/Mc Bride	
Méditation Mindfulness	
Thérapie cognitivo-comportementale	
Remédiation	
Aspect préventif curatif	47
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	56
Réseau social	
Associations d'entraide	
Les troubles bipolaires affectent aussi les proches	61
Annexes : adresses utiles, bibliographie, sites Internet	66
Publications de Pro Mente Sana	78
Collection psychosociale	
Collection juridique	
Permanence téléphonique	83

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 romande 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 gaieté, 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

2016



" 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 sérieusement
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 variations de 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. À ce jour, les troubles bipolaires ne sont cependant pas encore pleinement compris et des recherches sont toujours en cours pour mieux les expliquer et les prendre en charge. Environ 1 à 5 % de la population mondiale en souffrent, autant des hommes que des femmes, issus de tous milieux socio-économiques. En Suisse, entre 90 000 et 400 000 personnes sont concernées par cette maladie.

Le trouble bipolaire n'affecte pas seulement les adultes. Il est actuellement aussi identifié chez des enfants de 6 ans, même s'il est difficile de le différencier d'un trouble du déficit de l'attention ou hyperactivité. Les adolescents peuvent également être touchés. Là encore, le trouble bipolaire est à différencier des troubles du comportement, des troubles de l'opposition ou des troubles addictifs. Cependant, le trouble bipolaire diminue avec l'âge ; il n'y aurait plus que 0,5 à 1 % de la population touchée après 65 ans¹.

Bien des personnes célèbres souffrent de troubles bipolaires, tel Vincent Van Gogh qui a peint plus de 360 tableaux en une année. Les personnes atteintes de ce trouble peuvent donc être très créatives.

« Je n'aurai pas précisément choisi la folie s'il y avait à choisir, mais une fois qu'on a affaire comme ça on ne peut plus l'attraper. Cependant il y aura peut-être une autre consolation de pouvoir un peu continuer à travailler à de la peinture². »

Catherine Zeta-Jones en 2011 et Mariah Carey en 2018 ont dévoilé leur bipolarité. Notons que cette évocation de troubles psychiques a été bien moins médiatisée, et en quelque sorte plus stigmatisée, que lorsqu'Angelina Jolie a révélé au grand public sa double mastectomie, une maladie physique³.

Le cinéma peut permettre de saisir certains comportements, comme le film Van Gogh de Maurice Pialat en 1991, ou encore le film Mr. Jones de Mike Figgis en 1993 qui expose, quoiqu'un peu caricaturalement, le sentiment de toute puissance d'une phase maniaque. En 2012, Happiness therapy, de David O. Russell montre un personnage en crise d'épisode hypomane. Quant au film Melancholia de Lars von Trier en 2011, il présente la phase dépressive dans une forme sévère (mélancolie).

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 de 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

1 *Diagonales – Magazine romand de la santé mentale*, n° 124, juillet-août 2018.

2 Vincent Van Gogh à son frère, 21.4.1889.

3 Blanc J.-V., Pop & Psy, *Comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques*, Plon, 2022.

fou de projets, ne débouchant souvent sur aucune action concrète ?

Certains « mythes » peuvent avoir la vie dure⁴: le trouble bipolaire veut-il dire sautes d'humeur ? Non, les épisodes maniaques et dépressifs sont bien plus extrêmes que des sautes d'humeur régulières. C'est une simple excuse pour un comportement instable ? Non, les troubles bipolaires sont aussi réels que le diabète, l'arthrose, etc. Ceux qui ont un trouble bipolaire pourraient le contrôler avec davantage de volonté ? Non, c'est comme avec un cancer ou une jambe cassée, on ne peut pas simplement s'en sortir avec de la volonté. Les gens avec un trouble bipolaire sont dangereux ? Non, statistiquement, ces personnes ne sont pas plus violentes que le reste de la population.

Il s'agit en fait d'une maladie des extrêmes. La maladie se cache souvent derrière un apparent équilibre. Étant donné que les personnes souffrant de troubles bipolaires n'éprouvent pas constamment des sentiments extrêmes et donnent fréquemment 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. Elle souhaite par ailleurs 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 de l'association ATB&D et de l'ancienne association Passeport Equilibre qui, avec honnêteté et authenticité, nous ont fait part en 2016 de leurs expériences.

Cet ouvrage cite également de manière anonyme en italique de nombreuses paroles et témoignages recueillis tout au long de notre pratique.

Les illustrations sont d'Isabelle Martin, touchée elle-même par les troubles bipolaires. Nous la remercions de nous faire partager son expérience à tra-

4 Handicap.fr, mars 2018.

vers ses dessins et textes, créés lors de crises et qui lui ont permis d'exprimer ressentis et émotions.

Merci à Manon Renard, psychologue stagiaire en 2016 et ayant participé à la recherche d'informations et à la collecte de données.

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

Nous adressons notre gratitude à Yahann Jaggi, membre du comité et paire praticienne en santé mentale, ainsi qu'Evelyne Kolaté, psychiatre retraitée, pour leur relecture avisée.

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

Ariane Zinder-Jeheber,
Psychologue et conseillère psycho-sociale
2023



" 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. 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 structurelles 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 par un processus de récupération ou de destruction. 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. En 2019, une équipe de recherche internationale a identifié vingt nouvelles régions du génome impliquées dans le trouble bipolaire⁵. Il n'existe cependant 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 une maladie bipolaire d'un parent, le risque statistique est 10 % environ plus élevé que pour la population générale⁶. Statistiquement, la probabilité d'avoir un enfant non atteint est donc nettement supérieure au risque.

Le Pr Dayer parle de perspective neurodéveloppementale, impliquant des facteurs génétiques et des facteurs épigénétiques tels que stress précoce, atteinte infectieuse, prise de toxique, changement hormonal comme la grossesse modifiant possiblement les humeurs⁷.

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.

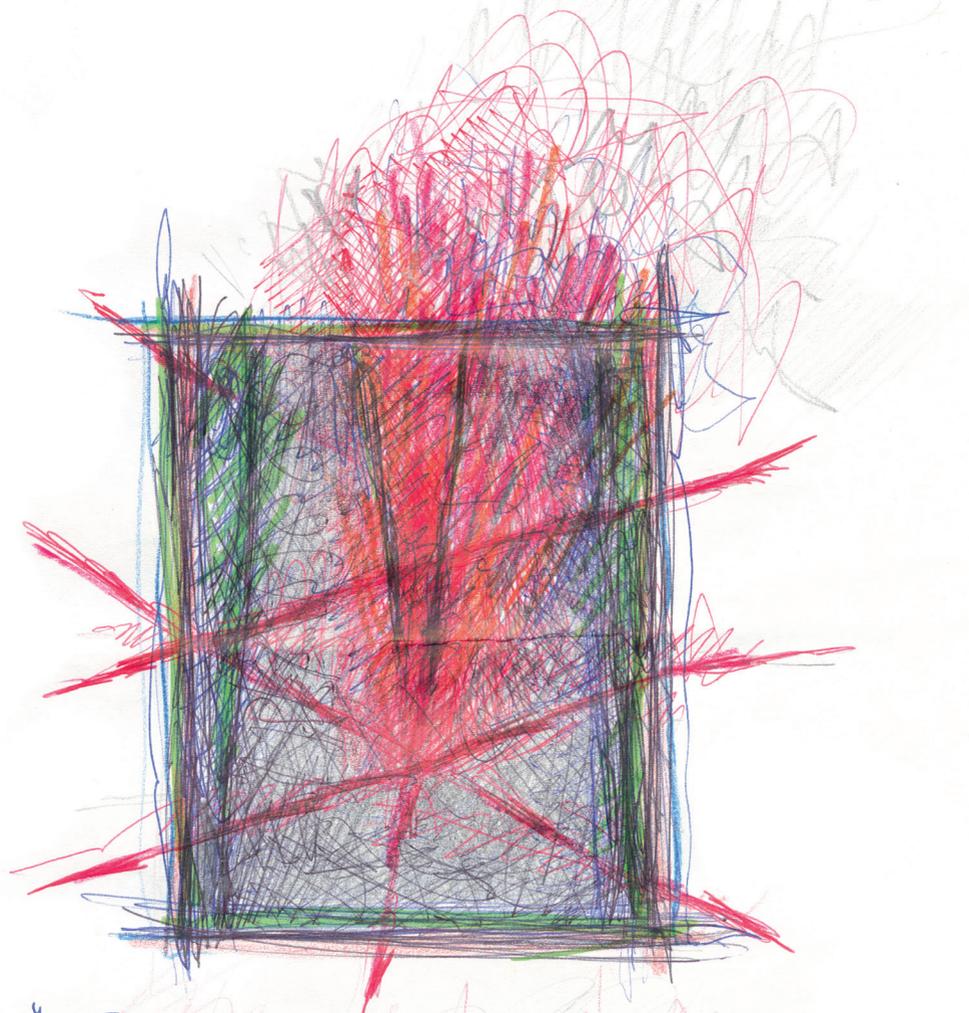
« Des sentiments et des comportements difficiles doivent être considérés comme une réponse normale à des circonstances traumatiques, envisagée non pas seulement comme symptomatique ou diagnostique mais aussi en fonction du contexte, de ce qui s'est passé. » (WRAP, Wellness REcovery Plan Action 2.7.2015)

En 2022, la start-up Alcediag pense pouvoir détecter la bipolarité, différenciable de la dépression, grâce à une prise de sang, un test baptisé Edit-B. Des recherches sont en cours à Montpellier, France.

5 *Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder*, Nature Genetics, n° 51, p. 793-803, May 2019.

6 Dossier *La phase maniaque*, Santé mentale, n° 127, avril 2008.

7 *Les troubles bipolaires à tout âge*, HUG, 27.3.2018.



"
Bruit étaupe
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

QUELS SONT LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES BIPOLAIRES ?

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 récurrente 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 dommageables⁸,** 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. »

⁸ Pour pouvoir se protéger juridiquement, lire la brochure de Pro Mente Sana *L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques*. Shirin Hattam, rééd. 2015

« 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. »

• 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 téléphoner beaucoup. 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. » ou « Je ne dors plus, insomnie. »

« À 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

ÉPISODE 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

ÉPISODE 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, sentiment de fatigue, insomnie avec sensation de fatigue ou hypersomnie, excès de sommeil

Idées suicidaires

Symptômes tels qu'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**» lorsque, 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 » : retour à la 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 ? »

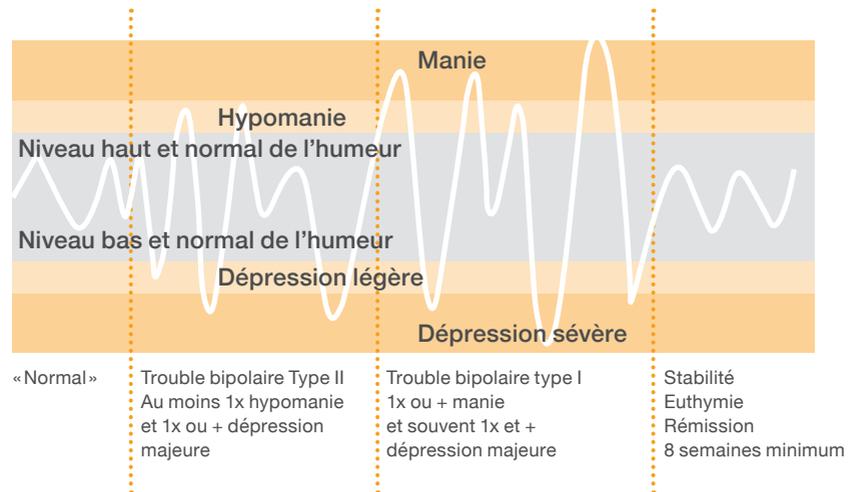
« Moi j'ai fait tellement de crises que j'ai de la peine à reconnaître l'humeur normale ou à la vivre simplement tranquillement. »

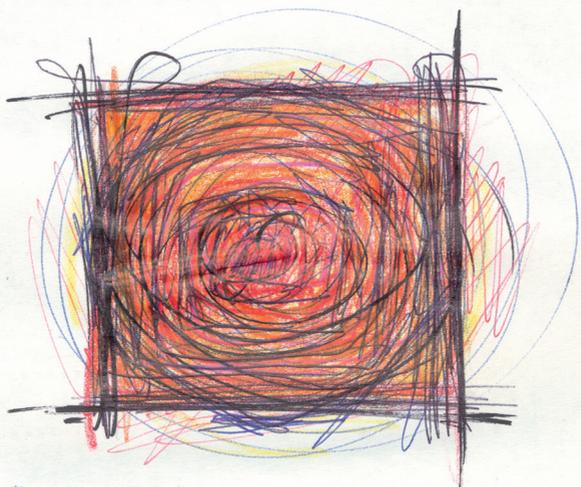
⁹ Voir la brochure *Recovery, vers le rétablissement*, rééd. 2022

Rien n'est définitif, tout évolue, c'est ce qui permet le cheminement d'un rétablissement.⁹

SCHÉMA DES FLUCTUATIONS D'HUMEUR ET DES CRITÈRES DIAGNOSTICS

Ariane Zinder-Jeheber, 2016





" A force d'introspection obscurcie
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 risque (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.

Étant 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, ergothérapeutes, assistants sociaux, pairs praticiens en santé mentale (PPSM), etc.

« 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 assesseur 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 »

Remarque sur le rôle du pair praticien en santé mentale et du savoir expérientiel : le professionnel n'a pas le même savoir/vécu de la douleur que le patient. La douleur, le vécu de ce dernier est souvent si éloigné de l'expérience du professionnel que la compréhension peut être difficile. Le PPSM a été un patient ; il est donc doté du savoir expérientiel de la souffrance. Un de ses rôles, dans une équipe et avec le patient, est de pouvoir dissiper l'incompréhension.

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 psychia-

trie 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 miracle. Les fluctuations des épisodes bipolaires remettent souvent en question la prescription et le dosage des médicaments ainsi que la nécessité même 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 en commun 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 son rétablissement 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 de l'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. Découverte en 1940 par le psychiatre australien John Cade, le lithium, forme de sels ou d'oxydes venant des minéraux, est devenu le traitement de référence dans les années 1960 pour les troubles bipolaires. La prise du lithium évite la rechute mais ne guérit pas les troubles bipolaires.

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

Tout traitement recourant à des stabilisateurs de l'humeur implique de contrôler les taux et d'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 stabilisateur¹⁰. 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 des neuroleptiques classiques peuvent être associés au traitement, dans le but de réduire rapidement l'agitation psychique et motrice, d'amenuiser les comportements à risque, de retrouver une tranquillité, de diminuer hallucinations et délires et de rétablir le rythme du sommeil. Les antidépresseurs seront par contre arrêtés en période de manie ou d'hypomanie afin de ne pas entraîner une exaltation de 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 de 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 progres-

¹⁰ Khazaal Y., Pomini V., Zullino D., Preisig M., *Le trouble bipolaire en questions et fiches personnelles*, Éd. Eli Lilly laboratoires pharmaceutiques, 2006.

sivement 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.

La Société suisse des troubles bipolaires a émis des recommandations thérapeutiques pour les troubles bipolaires¹¹.

Nous reproduisons ci-après ses conclusions.

« Les principaux principes thérapeutiques relatifs aux troubles bipolaires sont les suivants :

1. Le lithium est toujours le médicament de référence pour le traitement des troubles bipolaires. Il est le médicament de première intention en cas de manie aiguë et avant tout pour le traitement de longue durée des troubles bipolaires.
2. Les antipsychotiques atypiques entrent également en ligne de compte en tant que médicaments de première intention en cas de manie, en cas de dépression bipolaire et pour le traitement à long terme (cela vaut tout particulièrement pour la quétiapine).
3. Les anticonvulsivants présentent une efficacité différentielle sur les pôles maniaque et dépressif : le valproate exerce une action antimaniaque aiguë, tandis que la lamotrigine agit de manière préventive contre la dépression.
4. Des interventions supplémentaires jouent un rôle essentiel :
 - Psychoéducation (également pour l'entourage du patient)
 - Psychothérapie
 - Conseil diététique, sport
 - Coaching sur le mode de vie
5. Les principaux changements depuis la première publication de ces recommandations sont les suivants :
 - La période thérapeutique jusqu'à présent appelée « traitement d'entretien » est rebaptisée « traitement de continuation », afin de mieux concorder avec la dénomination anglaise « continuation therapy ».
 - La psychoéducation de groupe et les programmes psychoéducatifs disponibles sur internet se sont avérés être des interventions efficaces en cas de troubles bipolaires. En outre, l'emploi assisté est proposé pour l'intégration professionnelle.
 - L'asénapine et la palipéridone sont depuis peu recommandées sous forme de monothérapie et de traitement combiné de la manie aiguë.
 - La lamotrigine est depuis peu recommandée dans le traitement aigu de la dépression bipolaire.
 - En termes de prévention des récurrences, les associations du lithium ou du valproate avec l'aripiprazole, la rispéridone et la lamotrigine sont depuis peu recommandées. »

¹¹ Recommandations thérapeutiques de la Société suisse des troubles bipolaires. *Troubles bipolaires : mise à jour 2019*, Gregor Hasler, Martin Preisig, Thomas J. Müller, et al., Forum médical suisse, 33-34, p. 537-546, 2019.

Remarque :

. **Un contrôle soigneux des facteurs de risques** avant l'initiation du traitement (comme examens d'urine, de sang, avec dosage de la créatinine plasmatique et des hormones thyroïdiennes TSh et T4 libre) et des contrôles de laboratoires réguliers pendant les traitements (comme dosage sanguin du lithium, mesure des hormones thyroïdiennes, examen de la fonction rénale) sont essentiels pour éviter les effets indésirables et assurer la sécurité du traitement médicamenteux aigu et de longue durée

. **Tout traitement médicamenteux pris régulièrement ne devrait en aucun cas être arrêté brutalement**, afin d'éviter toute réaction impressionnante ou symptôme de manque. Le sevrage devrait se faire de manière progressive, si possible en accord avec le médecin, en diminuant petit à petit les doses d'une médication seulement avant de diminuer un autre médicament, et en observant ce qui se passe.

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 provoque des effets variables sur l'humeur et pourra 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 **oméga-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 pour le traitement des troubles bipolaires.

La stimulation magnétique transcrânienne consiste à émettre une série d'impulsions magnétiques indolores, répétées, grâce à des électrodes collées sur la tête, sur une zone ciblée du cerveau pour modifier l'activité des neurones. Elle peut être indiquée pour traiter certaines dépressions majeures et pour diminuer diverses hallucinations. Elle reste encore à être plus documentée scientifiquement.

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. Cette technique consiste à implanter une électrode (1 mm de diamètre) dans le cerveau, contrôlée par imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette aiguille génère un champ électrique en vue de corriger les fonctions cérébrales défaillantes, entre autres celle du système de récompense-dopamine responsable de l'humeur et de la motivation. Selon les études, l'électroconvulsivothérapie provoquerait dans le cerveau les mêmes changements que les antidépresseurs, mais de façon plus rapide. Le fonctionnement de cette technique fait toujours l'objet de recherches scientifiques. Ce traitement plus lourd – se passant sous anesthésie – est généralement utilisé pour des troubles bipolaires résistant aux médicaments, en dernier recours ou pour raison vitale urgente.

N.B. : Des témoignages parlent de l'électroconvulsivothérapie positivement : *« On m'a fait une narcose, je me suis réveillée comme six mois auparavant, avec la même soif de vivre.¹² »*, ou négativement *« J'ai été complètement abruti, j'ai des trous de mémoire complets et n'avais en aucun cas retrouvé une quelconque énergie. »* (témoignage lors de la permanence téléphonique de PMS). Aussi, à chacun de choisir et être informé par le médecin pour prendre une décision en toute connaissance de cause, en pesant les pour et les contre.

La psychothérapie assistée par des psychédéliques

Certaines drogues peuvent soigner ! Depuis 2014, en Suisse, des autorisations exceptionnelles sont délivrées pour l'usage de ces substances dans le cadre de traitements médicaux. Proposée uniquement sous supervision médicale, le « trip » provoqué par des psychédéliques, comme LSD, MDMA-exstasy, psilocibine-champignons hallucinogènes entre autres, permet de sortir des ruminations négatives habituelles et opère une sorte de redémarrage du cerveau. Ces substances augmentent la neuroplasticité du cerveau pour créer de nouveaux neurones et connexions neuronales. Sans offrir la guérison, cette méthode soutient le processus psychothérapeutique en donnant accès à un contenu inconscient de l'esprit, Psychédélique d'origine grec signifie révélateur de l'âme.

Plus utilisées et étudiées scientifiquement pour diminuer des symptômes anxieux, fortement dépressifs, post traumatiques ou l'addiction aux substances, **cette psychothérapie assistée par des psychédéliques n'est pas favorable, et même plutôt défavorable selon certains, aux états bipolaires car dans de rares cas elle peut produire des états psychotiques ou maniaques. Aussi par précaution, des antécédents personnels ou familiaux de troubles bipolaires ou d'épisodes psychotiques sont souvent une contre-indication absolue.**

La privation de sommeil, aussi appelée agrypnie, est une technique de pri-

¹² Loli, dans *Aidants aidés, destins croisés, 8 récits de vie*, Nicole von Kaenel, photographies de Sarah Carp, Association Belles Pages, 2018.

vation de sommeil – de manière volontaire ou non – utilisée dans certaines dépressions. L'organisation à mettre en œuvre 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 et pas avérée pour les troubles bipolaires.

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 exemple¹³, 300 à 350 personnes sont évaluées par année et plus d'un quart d'entre elles repartiront sans avoir été diagnostiquées bipolaires (2016).

L'ambulatoire 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 aigüe 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 être 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 cas de situation aigüe nécessitant une assistance qui ne peut être apportée que par une hospitalisation, celle-ci peut être décidée sans le consentement de la personne concernée par un médecin ou par une autorité de

13 Annexe p. 66

protection de l'adulte alertée par un proche, un intervenant de réseau, un collègue, un voisin, etc. Le traitement sans consentement est autorisé à certaines conditions restrictives durant l'hospitalisation forcée.

Le conseil juridique de Pro Mente Sana répond pour tous renseignements concernant les mesures d'urgence et le traitement forcé¹⁴.

ASPECT PSYCHOÉDUCATIF ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Interventions psychosociales, surtout utiles pour la prévention des rechutes.

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 œuvre 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.).* »

Psychoéducation

La psychoéducation développe un axe à la fois éducatif et psychologique. D'un côté, l'éducation transmet des connaissances et des savoirs actualisés sur 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.

La psychoéducation se pratique en individuel ou en groupe. Les séances s'adressent prioritairement aux personnes souffrantes, bien qu'elles soient également efficaces pour les proches, et s'étalent sur plusieurs semaines. Lorsqu'elles ont lieu en groupe, ce qui est généralement le cas, 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, de *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

14 Brochure
Obligation de
soin en cas
de maladie
psychique, Shirin
Hatam et Tatiana
Gurbanov, rééd
2019, p. 78

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 1990, 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, a pour but d'améliorer le fonctionnement socioprofessionnel en faisant travailler la personne sur ses objectifs personnels à l'aide de stratégies cognitivo-comportementales et avec le soutien du groupe.

Méditation et Mindfulness

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

La méditation de 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). Ce concept, issu principalement du bouddhisme, se retrouve 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 sa réalité, sans porter de jugements, ni positifs ni négatifs. Dès 1979, le Dr Jon Kabat-Zinn a créé un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR en anglais). Il s'agit d'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. Véritable invitation à ralentir pour percevoir et comprendre, elle 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. 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.»

Une personne pratiquant quotidiennement la méditation de 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. En somme, cette personne serait plus encline au bonheur.

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 renseigner¹⁵.

Thérapie cognitivo-comportementale

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». Néanmoins, 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.

Son versant comportemental confronte le manque ou l'abondance d'action et propose de se mobiliser à travers un programme personnel d'activités hebdomadaires. L'idée est d'agir pour aller mieux plutôt qu'attendre d'aller mieux pour 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 ou de la manie, hypomanie. Un principe de maîtrise lors de l'exécution d'activités orientées vers la réussite et le succès, renforcera la confiance en soi et combatta tout sentiment d'inutilité et de dévalorisation personnelle /ou de surpuissance. Au fil du temps, la thérapie comportementale vise à augmenter/diminuer le nombre d'activités, analyse 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

mettre en place des pensées plus neutres ou plus favorables. En effet, la personne dépressive a tendance à interpréter négativement toute situation alors que dans la manie, hypomanie tout est trop positif. Pour changer de dynamique, l'objectif est de 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 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 pp. 48-49 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.

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 les fonctions cognitives altérées ou pour compenser la faiblesse par d'autres moyens, il est possible d'avoir recours à des groupes ou techniques de remédiation cognitive.

La thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (TIRS)

Cette thérapie combine une approche comportementale, visant à augmenter la régularité des routines quotidiennes, et une psychothérapie interpersonnelle s'inspirant de théories comme celles de l'attachement ou de la communication¹⁶.

L'approche familiale des troubles bipolaires

L'approche familiale prend en compte plusieurs personnes, que ce soit le couple, la famille ou d'autres proches. En effet, le trouble bipolaire a des répercussions au sein du couple, sur les relations avec la famille, les amis, et met ainsi en jeu l'équilibre de ces relations, ce qui peut être un facteur de

¹⁶ Hasler G. et al., *Troubles bipolaires : mise à jour 2019. Recommandations thérapeutiques de la Société suisse des troubles bipolaires*, *Forum médical suisse*, n° 33-34, p. 537-546, 2019.

risque de rechute. Cette approche travaille sur l'influence réciproque des uns et des autres, chacun détenant une partie du problème tout comme de la solution.

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 mentale¹⁷ (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.

Hygiène du sommeil

Pour approfondir notre réflexion sur la prévention des troubles bipolaires, arrêtons-nous un moment sur l'hygiène du sommeil. Il s'agit d'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

¹⁷ Voir brochure *La santé mentale, S'informer et devenir acteur*, Ariane Zinder-Jeheber et Anthéa Bailleux, 2022
Annexe p. 78

**FICHE EXEMPLE DE THÉRAPIE DE TYPE 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

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 du 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 les 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. Cet outil pourrait être utilisé à terme pour prévenir les rechutes chez les patients souffrant de troubles bipolaires¹⁸.

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 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

¹⁸ Santé mentale, n° 199, août 2015.

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 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'angoisse, 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 fait partie des facteurs protecteurs à condition d'agir dans le respect de la personne, en accord et partenariat 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. Il convient donc de prendre garde à l'hypervigilance, soit la tendance à percevoir et à transformer à tort le moindre changement en symptôme, ce qui pourrait surinterpréter 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 ou 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 pp. 54-55).

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 pour **ordinateurs et smartphones** pouvant être téléchargées : pour le sommeil, le rappel de son traitement, l'activité physique, une relaxation guidée, mais également pour le relevé de ses 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 au sujet de son utilisation avec le médecin. En outre il convient d'en faire un usage régulier.

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 à la manière la plus pertinente d'agir lorsque la situation d'urgence se présentera. Agir en amont permet 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 pour son environnement. Il faut dès alors définir ce qui est urgent : déterminer les premières mesures à prendre, le moment opportun où l'aide extérieure devra intervenir, qui peut ou doit la demander, les préférences de traitement, les personnes ou institutions aptes à le mettre en place (médecin, centre de traitement, hôpital). Enfin, après la mise en route du plan de crise, il convient de revoir les mesures pour y apporter des ajustements, le cas échéant.

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 toute personne susceptible d'aider à prévenir la période de crise puisse

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. Cet engagement peut se matérialiser par l'apposition d'une signature, y compris de la part de la personne concernée. 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 téléphone 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 mon 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. Il faut prendre généralement en considération les antécédents afin de signaler autant ce qui a été positif et peut être répété, comme 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 de l'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: Afin de prévenir les 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 conseillée¹⁹.

Un plan visant à 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

¹⁹ Voir brochure de Pro Mente Sana *Directives anticipées – prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées*, Shirin Hatam, 2014 rééd 2015

à éviter ?, etc. Les permanences téléphoniques de Pro Mente Sana peuvent vous renseigner²⁰.

Plan de ressources, plan de rétablissement

Dans le cadre de la philosophie du *recovery*²¹, 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 Provencher²², 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 de 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) 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. »

20 Annexe p. 66

21 Lettre trimestrielle de Pro Mente Sana no 25, septembre 2004.

22 Voir brochures *Recovery* et *Témoignages de recovery*

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 partiel²³.

« 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 judiciaires²⁴.

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 d'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 renseigner²⁵.

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

23 Dossier *Troubles bipolaires: entre deux épisodes...*, Santé mentale, n° 167, 2012.

24 Voir brochure *L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques*

25 Annexe p. 66

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.*²⁶»

Au sein des groupes d'entraide, la valeur centrale est l'écoute et le partage des expériences, sans jugement, en toute confiance. Les pairs, par 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 groupe d'entraide²⁸.

Remarque sur les réseaux sociaux :

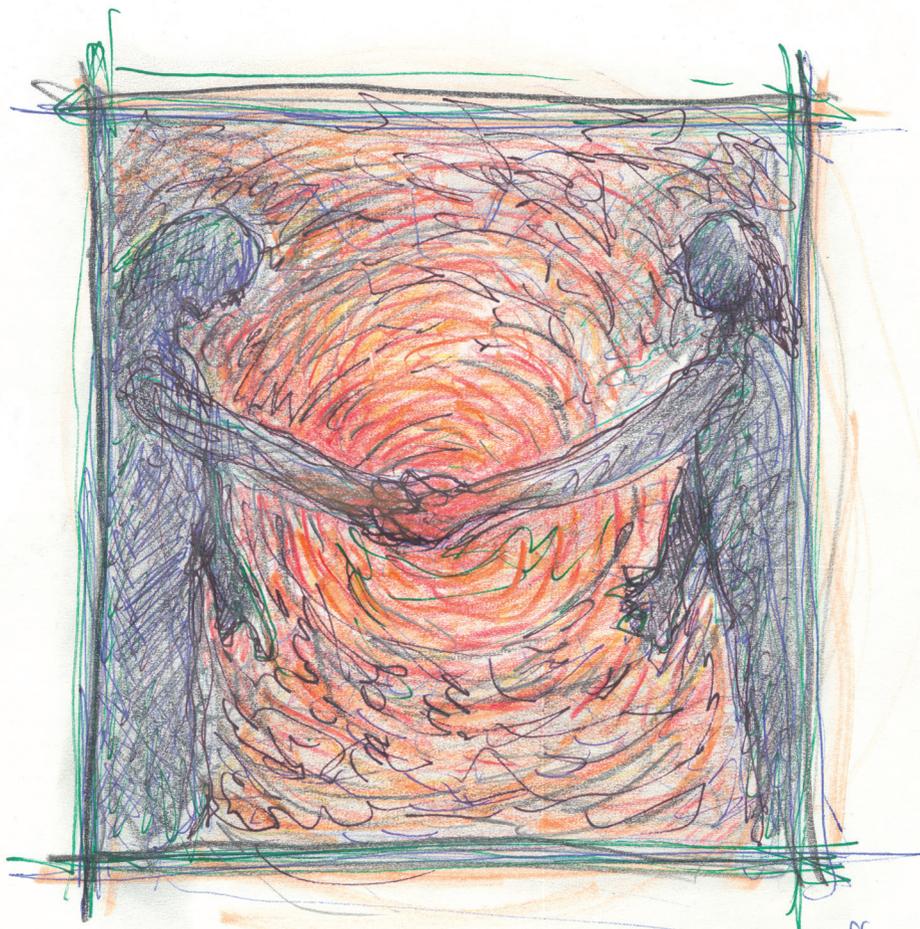
Le smartphone est devenu indispensable pour de nombreuses personnes, tout comme la fréquentation des réseaux sociaux.

Faut-il questionner cette habitude ? Des scientifiques de l'Université de l'Iowa ont publié une recherche²⁷ démontrant avec 230 étudiants que la limitation de l'utilisation des réseaux sociaux avait nettement amélioré le bien-être psychologique, même après deux semaines. L'anxiété, le sentiment de solitude et les symptômes dépressifs ont largement été réduits, et les personnes développaient une vision de la vie globalement plus positive.

26 Groupe précurseur d'ex-patients de Rockland State Hospital, Etats-Unis.

27 Annexe p. 66

28 Faulhaber E. et al., *The Effect of Self-Monitoring Limited Social Media Use on Psychological Well-Being*, Technology, Mind and Behavior, 5, 2023.



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 ardents,
ma main, par quelques effleurements
préserve's, me relie encore à mon
espérance -

11/19.10/4

LES TROUBLES BIPOLAIRES AFFECTENT AUSSI LES PROCHES

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 pourquoi 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, cette partie de la population compte davantage de célibataire et de solitude, plus de séparation et de divorce quand il s'agit de couples. À 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 dites

bipolaires, quant à elles, souffrent d'autant plus qu'elles sont déjà éteintes 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 irréflectifs²⁹ :

« 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?

Prendre 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, avec les amis ou 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 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, le proche est traversé par de nombreux sentiments : peur, colère, culpabilité, honte du qu'en dira-t-on, impuissance, etc. Les réactions peuvent être très variées : 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.

²⁹ Voir la brochure *L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques*, annexe p. 78

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 à en chercher soi-même, auprès de professionnels, en cas de 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 crise, en faisant preuve de compréhension, sans jugement, ni infantilisation, ni culpabilisation. En effet, les personnes sortant de crise 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, 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 sur-estimer 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 quand 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 stratégie 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 peut faire confiance à l'autre. En revanche, si discuter est difficilement envisageable, la présence d'un tiers ou d'un professionnel est utile et permet d'offrir un cadre propice à une meilleure écoute et à un respect mutuel.

Conserver ses propres activités, liens et loisirs. Étant donné que le renoncement et l'abnégation de soi tendent à fragiliser la relation et que sa propre

souffrance n'atténue pas celle de l'autre, il est essentiel de savoir se ménager et aménager ses 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 négatif est fondamental dans la gestion de la relation, tout comme le fait de se rappeler ce qui nous plaît chez l'autre, puiser sa créativité jusque dans les « petits riens » qu'offre la réalité, alimenter ce qui est bon et fait du bien pour faire croître ses propres ressources.

ANNEXES

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

Conseil juridique : 0840 00 00 61 (tarif local) ou 022 718 78 41
Conseil psychosocial : 0840 00 00 62 (tarif local) ou 022 718 78 42

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 s'assurer que les coûts engendrés seront pris en charge.

INSTITUTIONS OFFRANT UN TRAITEMENT POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES BIPOLAIRES

FRIBOURG

Les personnes concernées par les troubles bipolaires sont accueillies et prises en soins dans les structures de psychiatrie générale.

Toute personne en demande d'aide peut appeler pour être orientée dans le réseau de soins :

Tél. : 026 308 08 08

<https://www.rfsm.ch/nous-contacter/urgences-en-sante-mentale>

GENÈVE

HUG, Département de santé mentale et de psychiatrie

Spécialités psychiatriques – Unité humeur et anxiété

Évaluation diagnostique et suivi thérapeutique

Psychoéducation Groupe Bauer, Pratique de la pleine conscience MBCT-MBSR

<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/unite-humeur-anxiete-uha>

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/toubles_humeur_web.pdf

Rue de Lausanne 20 bis, 1201 Genève

Responsable : Pr Christoph Nissen

Tél. : 022 305 45 11

<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/troubles-bipolaires>

JURA

Le Centre médico-psychologique (CMP) du Jura assure des consultations de psychiatrie pour adultes, enfants et adolescents. Cependant, il n'y a pas d'offre spécifique pour les troubles bipolaires.

<https://www.jura.ch/DES/SSA/Centre-medico-psychologique-CMP.html>

Toute personne adulte peut prendre contact au 032 420 51 60 pour Delémont,

032 420 36 00 pour Porrentruy ou 032 420 47 00 pour Saignelégier.

cmpa@jura.ch

NEUCHÂTEL

Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)

Les personnes concernées par les troubles bipolaires sont actuellement accueillies et prises en soins dans les consultations de psychiatrie de l'adulte du CNP (département Adulte 1 et département Adulte 2).

À l'avenir, le CNP voudrait disposer d'un pôle de compétences centré sur les troubles de l'humeur, donc pour les troubles bipolaires et les dépressions résistantes.

Tél. : 032 755 15 00

<https://www.cnp.ch/soins-et-prestations/adultes/>

VAUD

CHUV, Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale

Section Karl Jaspers : troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité

Volet ambulatoire

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/troubles-anxieux-de-lhumeur-de-la-personnalite-section-karl-jaspers-volet-ambulatoire>

Consultation de Chauderon

Évaluation, diagnostic, information, groupe de parole, expertises, psychothérapies de groupe (*mindfulness*, gestion des émotions, connaissances du trouble bipolaire).

Place Chauderon 18, 1003 Lausanne

Responsable volet ambulatoire : Dr Stéphane Kolly

Tél. : 021 314 00 50

Volet hospitalier

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/troubles-anxieux-de-lhumeur-et-de-la-personnalite-section-karl-jaspers-volet-hospitalier>

Rte de Cery 60, 1008 Prilly

Direction : Dr Sylfa Fassassi Gallo

Tél. : 021 314 31 11

VALAIS

Le Pôle de psychiatrie et de psychothérapie (DPP) du Centre hospitalier du Valais romand (CHVR) n'a pas d'offre spécifique concernant les troubles bipolaires.

Toute personne en demande d'aide ou urgence peut prendre contact au 0800 012 210.

<https://www.hopitalduvalais.ch/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/psychiatrie-et-psychotherapie/pole-de-psychiatrie-et-psychotherapie-du-chvr>

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

FRIBOURG

RFSM, Réseau fribourgeois de santé mentale Plateforme proches, Pro-famille +

<https://www.rfsm.ch/vous-etes-patient-e-ou-un-proche-notre-soutien-aux-proches/profamille>

RFSM Marsens, L'hôpital 140, 1633 Marsens

Et RFSM Fribourg, rue du Cardinal-Journet 3, 1752 Villars-sur-Glâne

Tél. : 026 308 00 00

RFSM, Plateforme proches, Programme Baobab

Information et soutien pour les enfants de parents atteints dans leur santé mentale (y.c. lors de troubles bipolaires)

<https://www.rfsm.ch/vous-etes-patient-e-ou-un-proche-notre-soutien-aux-proches/baobab>

RFSM Plateforme proches

Tél. : 026 308 00 00

GENÈVE

HUG, Département de santé mentale et psychiatrie – Unité Humeur et Anxiété

Groupe proches des personnes avec troubles bipolaires

<https://www.hug.ch/sante-mentale-psychiatrie/groupe-proches-personnes-avec-troubles-bipolaires>

Rue de Lausanne 20 bis, 1201 Genève

Responsable : Pr Christoph Nissen

Tél. : 022 305 41 11

uha@hcuge.ch

VAUD

CHUV, Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale

Section Karl Jaspers : troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles de la personnalité

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/troubles-anxieux-de-lhumeur-de-la-personnalite-section-karl-jaspers-volet-ambulatoire-1>

Groupe pour proches de personnes bipolaires

Consultation de Chauderon

Place Chauderon 18, 1003 Lausanne

Responsable : Dr Stéphane Kolly

Tél. : 021 314 00 50

VALAIS

Famille et troubles bipolaires (Profamille, approche psychoéducatrice, 12 séances)

Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (CCPP)

Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny

Tél. : 027 603 63 00

(ou hôpital de Malévoz 0800 012 210)

Groupe de proches de patients bipolaires

[https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/psychiatrie/fr/](https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/psychiatrie/fr/Famille_et_trouble_bipolaire.pdf)

Famille_et_trouble_bipolaire.pdf

en collaboration avec SYNAPSEPOIR, association de proches

<https://synapsespoir.ch/>

Contactez Charles-Eric Bessard

Tél. : 076 444 33 42

charles-eric.bessard@hopitalvs.ch

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

GÉNÉRAL

Info-Entraide Suisse est une plateforme recensant et promouvant tous les groupes d'entraide autogérés. Chacun peut faire une recherche par canton ou par thème. Il existe également des antennes cantonales d'information.

<https://www.infoentraidesuisse.ch/shch/fr.html>

Pour la Romandie :

c/o Info-Entraide Suisse Antenne Neuchâtel

Tél. : 032 724 06 00

info@infoentraidesuisse.ch

ROMAND

Trouble bipolaire, Écoute H24

Disponible (H24) en particulier le soir, la nuit et le week-end, lorsque les services professionnels sont fermés, pour les personnes bipolaires (ou souffrantes de troubles psychiques) et leurs proches.

Tél. : 079 760 34 05 démarche bénévole

info@infoentraideneuchatel.ch

JURA

BipBip, groupe d'entraide autogéré pour personnes bipolaires

à Porrentruy et Delémont

Info c/o Info-Entraide, Antenne Jura

Tél. : 032 724 06 00

jura@infoentraidesuisse.ch

GENÈVE

ATB&D : Association de personnes ayant un trouble de l'humeur, bipolaire ou dépressif (et leurs proches, dans certaines séances)

<https://association-atb.org/>

Maison des Associations, Rue des Savoises 15, 1205 Genève

Tél. : 022 321 74 64

info@association-atb.org

VAUD

Les Bipotes, groupe d'entraide de Lausanne

et Groupe d'entraide autogéré bipolaire, Lausanne (en suspens en 2023)

Info c/o Centre Info-Entraide Vaud

Tél. : 021 313 24 04

entraide@benevolat-vaud.ch

ORGANISATIONS FAÏTIÈRES DE MÉDECINS ET PSYCHOTHÉRAPEUTES

Pour obtenir des adresses de thérapeutes en ambulatoire

SSPP

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie

<https://www.psychiatrie.ch/fr/sgpp>

Altenbergstrasse 29, Case postale 686, 3000 Berne 8

Tél. : 031 313 88 33 sur le site, mais le secrétariat ne renseigne pas le public.

sgpp@psychiatrie.ch

ASP

Association Suisse des Psychothérapeutes

<https://psychotherapie.ch/wsp/fr/>

Riedtlistrasse 8, 8006 Zürich

Tél. : 043 268 93 00

asp@psychotherapie.ch ou sekretariat@psychotherapie.ch

FSP

Fédération Suisse des Psychologues

<https://www.psychologie.ch/fr>

Effingerstrasse 15, 3008 Berne

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) ou 022 718 78 42, lundi, mardi, jeudi 10h-13h

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-V®, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition, Éd. Masson, 2015, *Les troubles bipolaires et apparentés* p.145-180.

DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé, Éd. 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, Éd. Masson, 10e révision, 2012, F30.39 (classification de l'OMS).

CIM-11, 2019, en collaboration avec les professionnels et les associations de patients. Version en français sur le site de l'OMS : <https://icd.who.int/fr>

OUVRAGES ET ARTICLES

Alvery M., Gabert H., *J'ai choisi la vie : Être bipolaire et s'en sortir*, Payot, 2015.

Aubry J.-M., Ferrero F., Schaad N., *Psychopharmacologie des troubles bipolaires*, Médecine & Hygiène, 2013.

Bachelard M., Bonsack Ch., Silva B., Morandi S., Golay Ph., *Une patiente-chercheuse en psychiatrie : le rôle de l'expérience vécue dans la production de savoir*, Revue médicale suisse, 835, 12.7.2023.

Beacco S., Gay C., *Mieux contrôler mon trouble bipolaire avec la mindfulness*, Éd. Dunod, 2016.

Blanc J.-V., Pop & Psy, *Comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques*, Plon, 2022.

Borch-Jacobsen M., *De la psychose maniacodépressive au trouble bipolaire*, Sciences Humaines, Les grands dossiers, n° 28, 2.10.2012.

Colom F., Vieta E., *Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires*, Éd. Solal, 2008.

de Lattre M., *Mother's therapy*, blog le temps.ch, 26.6.2022.

de Vigan D., *Rien ne s'oppose à la nuit*, J.-C. Lattès, 2011.

Dossier *La phase maniaque*, Santé mentale, n° 127, avril 2008.

Dossier *Troubles bipolaires : entre deux épisodes...*, Santé mentale, n° 167, avril 2012.

Dossier *Approche familiale des troubles bipolaires*, Santé mentale, n° 258, mai 2021.

Faulhaber E. et al., *The Effect of Self-Monitoring Limited Social Media Use on Psychological Well-Being*, Technology, Mind and Behavior, 5, 2023.

Frammery C., *Le lithium, la pénicilline des bipolaires*, Le Temps, 21.7.2020.

Gay C., Générmont J.-A., *Vivre avec des hauts et des bas*, Hachette, 2002.

Gay C., *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Hachette, 2008.

Gay C., Générmont J.-A., *Vivre avec des hauts et des bas : un psy et un patient racontent*, Éd. J'ai lu, 2015.

Giachetti R., Vialard D., *La maladie bipolaire expliquée aux souffrants et aux proches*, Éd. Odile Jacob, 2016.

Guérir grâce aux psychédéliques, Reiso.org, 23.3.2023 et <https://www.hug.ch/addictologie/psychotherapie-assistee-par-psychedeliques>.

Guillon E., Guillon P., Samson S., *Journal d'une bipolaire*, La boîte à bulles, 2010.

Hasler G. et al., *Troubles bipolaires : mise à jour 2015. Recommandations thérapeutiques de la Société suisse des troubles bipolaires*, Forum médical suisse, n° 20-21, 2015, p. 486-494.

Hasler G. et al., *Troubles bipolaires : mise à jour 2019. Recommandations thérapeutiques de la Société suisse des troubles bipolaires*, Forum médical suisse, n° 33-34, 2019, p. 537-546.

Jermann F., Weber B., Bondolfi G., Aubry J.-M., *Pleine conscience et troubles bipolaires*, Revue santé mentale, n° 208, 2016.

Kabat-Zinn J., *Où tu vas, tu es, Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des émotions profondes*, J.-C. Lattès, 1996.

Khazaal Y., Pomini V., Zullino D., Preisig M., *Le trouble bipolaire en questions et fiches personnelles*, Éd. Eli Lilly laboratoires pharmaceutiques, 2006.

Khazaal Y., Pomini V., *Thérapies comportementales et cognitives du trouble bipolaire : actualités et perspectives*, Revue médicale suisse, 2(79), 2006, p. 2104-2107.

Kosel M., Bondolfi G., Aubry J.-M., *Psychiatrie*, Revue médicale suisse, 6(232), 2010, p.137-140.

Lettre trimestrielle Pro Mente Sana, n° 25, septembre 2004.

Masson M., *Les troubles bipolaires*, Que sais-je ?, Presses universitaires de France, 2016.

Mirabel-Sarron C., Provencher M.D., Aubry J.-M., Beaulieu S., Leygnac-Solignac I., *Mieux vivre avec mon trouble bipolaire : Comment le reconnaître et le traiter ?*, Éd. Dunod, 2022.

Redfield Jamison K., *De l'exaltation à la dépression : confession d'une psychiatre manico-dépressive*, Éd. Robert Laffont, 2003.

Vargas A., *Explosions*, The Bookedition.com, 2015.

Weber Rouget B., Gervanosi N., Dubuis V., Gex-Fabry M., Bondolfi G., Aubry J.M., *Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ)*, Journal of affective disorders, 2005, 88(1), p. 103-108.

Yelnick B., Yelnick C., *Deux et la folie*, France Loisirs, 1979.

SITES INTERNET, DOCUMENTAIRES, ÉMISSIONS

Argos, association française d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage
<https://argos2001.net/>

Arte Documentaire, Planète Corps, 18.07.2015.

Carenity, site français destiné aux personnes concernées par une maladie chronique
<https://www.carenity.com/infos-maladie/trouble-bipolaire-1003>

Émission RTS Les beaux parleurs du 16.4.2023, Sonder son âme, avec la Docteure en pharmacie Mapi Fleury (sur les psychédéliques).

Équilibre, association suisse pour la maîtrise des dépressions
<https://www.depressions.ch/>

Relief, site canadien dédié à l'accompagnement en santé mentale et destiné aux personnes vivant avec l'anxiété, la dépression ou la bipolarité et leurs proches
www.revivre.org

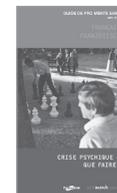
Site français consacré aux troubles bipolaires
<https://www.troubles-bipolaires.com/>

Site français dédié à l'accompagnement personnalisé avec des experts en bipolarité
<https://www.hopestage.com/>

PUBLICATIONS DE PRO MENTE SANA

Brochures gratuites disponibles sur demande au 0840 0000 60,
par courriel info@promentesana.org
ou téléchargeable sur le site www.promentesana.org

Collection psychosociale



Crise psychique – Que faire ?

Disponible en sept langues
(français, italien, portugais, espagnol,
albanais, serbo-croate-bosniaque et turc)
Pro Mente Sana, Genève 2010



Recovery – Vers le rétablissement. Maladies psychiques.

Pro Mente Sana, Genève 2011



Témoignages de Recovery – Récits de rétablissements en santé mentale.

Entretiens et textes par Samia Richle
et Ildiko Dao Lamunière.
Pro Mente Sana, Genève 2012 (version papier épuisée)



Les troubles bipolaires. Comprendre la maladie et trouver de l'aide.

Ariane Zinder-Jeheber
Pro Mente Sana, Genève 2016 (version papier épuisée,
version digitale révisée et augmentée en 2024)



Les médicaments psychotropes – Informations pour un usage éclairé des psychotropes.

Andreas Knuf et Margret Osterfeld
Pro Mente Sana, Genève 2017



Diminuer et arrêter les antipsychotiques

Pro Mente Sana, Genève 2021



L'angoisse et les troubles anxieux.
Comprendre la maladie et trouver de l'aide
 Ariane Zinder-Jeheber, psychologue
 avec la collaboration d'Anthéa Bailleux, psychologue
 Pro Mente Sana, Genève 2021



Psychothérapies
 Par Evelyne Kolatte
 avec la collaboration de Ariane Zinder-Jeheber,
 Esther Hartmann, Maïte Laurençon et Anthéa Bailleux
 Pro Mente Sana, Genève rééd. 2022 révisée et augmentée



La santé mentale
S'informer et devenir acteur-ric
 Ariane Zinder-Jeheber et Anthéa Bailleux
 Pro Mente Sana, Genève 2022



Le trouble de la personnalité borderline.
Comprendre la maladie et trouver de l'aide.
 Andreas Knuf
 Pro Mente Sana, Genève rééd. 2023 révisée et augmentée



Témoignages de Recovery 2
Récits de rétablissements en santé mentale
 Samia Richle, Ildiko Dao Lamunière et Carla Guglielmetti
 Pro Mente Sana, Genève 2024

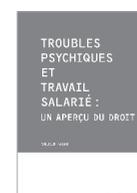
Collection juridique



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



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



Troubles psychiques et travail salarié: un aperçu du droit
 Shirin Hatam
 Pro Mente Sana, Genève rééd. 2018



Obligation de soin en cas de maladie psychique. Guide juridique à l'usage des patients en Suisse romande
 Shirin Hatam avec la collaboration de Tatiana Gurbanov
 Pro Mente Sana, Genève rééd. 2019



Proches d'une personne souffrant de troubles psychiques. Petit guide juridique suisse romand
 Shirin Hatam avec la collaboration d'Asuman Kardes
 Pro Mente Sana, Genève rééd. 2020 révisée et augmentée



Anticiper des épisodes difficiles en cas de santé psychique fragilisée: vos droits, vos possibilités
 Shirin Hatam avec la collaboration d'Elisabeth Sturm
 Pro Mente Sana, Genève 2023

Pro Mente Sana

Rue des Vollandes 40
CH-1207 Genève

Tél. : 0840 00 00 60 (tarif local)

Fax : 022 718 78 49

Courriel : 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)