

La psychiatrie est riche en termes spécialisés et peu intuitifs. Nous vous proposons donc les définitions suivantes, qui constituent une liste loin d'être exhaustive.

APA : Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association).

CIM : Classification Internationale des Maladies (système de classification des maladies utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé).

Cognition (adjectif : cognitif) : processus de pensée. La mémorisation, la prise de décision ou l'attention sont des fonctions cognitives.

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual, système de classification des troubles mentaux utilisé de l'American Psychiatric Association).

Décompensation : survenue d'un nouvel épisode aigu de trouble de l'humeur.

Étiologie (adjectif : étiologique) : cause d'une maladie.

Euthymique : d'humeur « neutre » (« normale »).

HAS : Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'une autorité publique dont un des buts est de formuler des recommandations pour la prise en charge des maladies.

Intercritique : qui se situe entre deux « crises » (entre deux épisodes).

Morbidité (adjectif : morbide) : signe de la maladie (n'est pas synonyme de mortalité).

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Organique, somatique : dans le champ de la psychiatrie, renvoie à ce qui a une origine biologique au moins en partie connue et n'est pas « psychiatrique ». *Ex. : un infarctus est une maladie organique.*

Définitions

Prémorbide : avant le début de la maladie.

Prodrome : signe apparaissant précocement, annonciateur de la maladie.

Thymie (adjectif : thymique) : humeur. *Ex. : une thymie triste (pour une humeur triste).*

Thymorégulateur : médicament régulateur de l'humeur.

Vulnérabilité : dans le champ de la médecine, trait qui conduit à augmenter le risque de développer une maladie. *Ex. : La vulnérabilité génétique au trouble bipolaire.*

Que signifie le terme « trouble bipolaire » ?

2

L'emploi du terme de « trouble bipolaire » est relativement récent, puisque son usage ne s'est généralisé qu'à partir des années 1980. Auparavant, on parlait de « maladie maniaco-dépressive », appellation qui elle-même succédait à celle de « psychose maniaco-dépressive ». Il y a plusieurs raisons à ces changements de dénomination.

En ce qui concerne le terme « trouble », il s'agit tout d'abord de diminuer le poids de la stigmatisation qui pèse sur les patients. Le trouble bipolaire ne se résume pas à la présence de symptômes dits psychotiques, tel que le délire, qui n'est présent que dans les formes les plus sévères. De plus, le terme de psychose a malheureusement une connotation négative dans l'opinion publique, et le diagnostic est plus difficile à accepter pour les patients.

Le mot « trouble » semble plus adapté que « maladie », car il signifie que le patient ressent une souffrance, sans préjuger de la cause de cette souffrance. En effet, par opposition aux maladies dites « organiques » (comme l'appendicite ou le diabète par exemple), et malgré les progrès constants de la recherche médicale, les causes du trouble bipolaire restent à ce jour en bonne partie inconnues.

C'est donc pour cet ensemble de raisons que le terme « trouble », quoique d'apparence moins précis que « maladie » ou « psychose », reflète mieux la complexité des difficultés que rencontrent les patients et leurs familles.

Le mot « bipolaire » renvoie quant à lui au fait que les symptômes du trouble peuvent être regroupés en deux « pôles » (cf. les questions correspondant aux différents types de symptômes). On trouve ainsi d'un côté les symptômes dépressifs, telle que la tristesse de l'humeur, et de l'autre les symptômes maniaques, tels que l'euphorie ou l'hyperactivité. Classiquement, on dit que les patients alternent entre des phases dépressives et des phases maniaques, d'où le terme « bi-polaire ». En réalité, des symptômes de ces deux pôles peuvent survenir en même temps (on parle alors d'épisode mixte).



3 Le trouble bipolaire est-il la psychose maniaco-dépressive ?

Oui, mais en partie seulement. Historiquement, la première dénomination du trouble fut « folies circulaires » au XIX^e siècle, puis folie maniaco-dépressive pour ensuite devenir psychose maniaco-dépressive. Ce dernier terme est de moins en moins utilisé, mais il arrive qu'on l'entende ou le lise encore.

La psychose maniaco-dépressive renvoie aux formes les plus sévères des deux pôles du trouble : la manie délirante et la dépression mélancolique. Ces épisodes comportent notamment des symptômes délirants, qu'ils soient de grandeur dans la manie ou de ruine dans la mélancolie. Cette description de la maladie correspondrait en fait au trouble bipolaire de type I (voir question sur les types de trouble bipolaires).

Mais le trouble bipolaire est plus complexe, et des formes atténuées comme l'hypomanie du trouble de type II ne comportent pas de symptômes délirants, de même que bon nombre des dépressions bipolaires ne sont pas mélancoliques. De plus, le terme de psychose a dans l'opinion publique une connotation stigmatisante et est trop souvent confondue avec la notion de schizophrénie.

Ainsi, le terme de psychose maniaco-dépressive, trop réducteur et prêtant à confusion, a été abandonné au profit de l'expression « trouble bipolaire ».

Le trouble bipolaire est-il une maladie fréquente et grave ?

4

Oui, le trouble bipolaire est une maladie fréquente, responsable d'un coût important pour les patients comme pour la société. Il toucherait environ 1 % de la population française, soit 650 000 personnes. Une étude parue en 2011 portant sur plus de 61 000 personnes et menée dans 11 pays indique qu'environ 2,4 % de la population mondiale sera à (au moins) un moment de sa vie touchée par le trouble bipolaire. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique qu'il s'agit de la sixième cause de handicap dans le monde chez les 15-44 ans.

Plus de 20 % des sujets souffrant de trouble bipolaire ont réalisé une tentative de suicide. Il s'agit d'une maladie chronique, qui malgré la présence d'intervalles « libres », c'est-à-dire sans symptômes, présente un important risque de récurrence. La durée moyenne entre les épisodes est d'environ 18 mois, et la durée d'un épisode d'environ 4 mois. Au total, les phases symptomatiques représenteraient 20 % de la vie des patients.

Enfin, l'espérance de vie est significativement diminuée, en moyenne de 9 ans pour une femme dont le trouble a débuté à l'âge de 25 ans (la diminution de l'espérance de vie liée au risque suicidaire étant exclue de ces données).



5 Combien coûte le trouble bipolaire ?

Le Dr Dardennes a publié en 2006 une synthèse qui met en évidence le coût très élevé du trouble bipolaire : le coût des soins (hospitalisations, traitements, consultations), dit « coût direct », représenterait à lui seul environ 2000 euros par patient et par an, soit au total plus d'un milliard d'euros par an en France. Ce coût est bien entendu variable d'un individu à l'autre en fonction de la sévérité de la maladie.

Pour les patients bénéficiant de l'Affection de Longue Durée (ALD, défini par la Sécurité sociale), ces dépenses devraient être prises en charge à 100 % par l'assurance-maladie. Mais même dans ce cas, une partie des dépenses est tout de même à la charge des malades, comme le forfait hospitalier.

Cependant, ces coûts directs ne constituent que la partie émergée de l'iceberg : il faut leur additionner les « coûts indirects », dont on estime qu'ils représentent jusqu'à 80 % du coût total de la maladie. On appelle « coûts indirects » la perte de revenus pour les patients (arrêts maladie, voire perte d'emploi), mais aussi la baisse de productivité pour l'employeur ou encore le temps passé par la famille à s'occuper du patient. Au total, l'estimation du coût indirect annuel par patient se situe dans une fourchette entre 10000 et 15000 euros, soit en France un coût par habitant de plus de 100 euros par an.

Ces sommes impressionnantes doivent nous encourager à renforcer les efforts de prévention, infiniment plus économiques. À celles-ci s'ajoutent les coûts « immatériels » du trouble : la souffrance psychique liée à la maladie, à sa stigmatisation, et aux retentissements personnels, familial et professionnel.

Comment a évolué le concept de trouble bipolaire ?

6

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, l'ensemble des troubles psychiatriques était considéré comme étant une seule et même maladie, appelée alors « aliénation mentale », qui s'exprimait sous différentes formes (dépressives, anxieuses, délirantes, etc.).

Le psychiatre Jean-Pierre Falret fut le premier à remettre en cause cette conception d'une maladie unique, en individualisant la « Folie circulaire » en 1851. Celle-ci se caractérise par une alternance de phases d'excitation (dites « phases maniaques ») et de dépression, entrecoupées d'intervalles au cours desquels les patients ne présentent pas de symptômes.

En 1899, le psychiatre allemand Emil Kraepelin oppose deux formes de maladies dites « psychotiques » : la démence précoce qui deviendra plus tard la schizophrénie, et la folie maniaco-dépressive qui évoluera dans les classifications psychiatriques pour devenir le trouble bipolaire. La séparation de ces deux pathologies se base alors sur leur évolution : la démence précoce aurait une évolution défavorable, à la différence de la folie maniaco-dépressive.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit la 8^e révision de sa Classification Internationale des Maladies (CIM-8) en 1965. Le terme employé est alors celui de « psychose maniaco-dépressive », maladie qui comporte trois formes évolutives différentes : maniaque, dépressive et circulaire (c'est-à-dire qui évolue par cycles alternant des phases maniaques et dépressives).

Les dernières classifications de l'OMS (la CIM-10 en 1992) et de l'Association Américaine de Psychiatrie (appelée DSM-IV en 1994) s'accordent sur le nom de « trouble bipolaire », qui se caractérise par la présence de phases maniaques, éventuellement associées à des phases dépressives. Les formes dépressives récurrentes sans phases maniaques sont donc séparées du trouble bipolaire.

La question des limites de la maladie n'est pas close, et le DSM-V ou la CIM-11 pourraient modifier en partie la définition du trouble.



7 Quel regard porte la société sur le trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire dispose d'une forte notoriété dans le grand public, malgré une connaissance imprécise et partielle de la maladie. La part belle est donc laissée aux représentations et aux fantasmes. Ainsi, si la quasi-totalité des Français connaissent le mot « maladie manico-dépressive », moins de la moitié d'entre eux disent pouvoir en décrire les symptômes. De la même façon, si plus de la moitié des Français pensent que l'on peut vivre normalement avec les traitements, seuls un tiers considère que le trouble bipolaire est une maladie comme une autre et que les patients sont capables d'assumer la responsabilité d'une famille. Et selon certaines études, 67 % affirment qu'ils pourraient travailler avec des personnes souffrant de trouble bipolaire, mais 29 % pensent que ceux-ci représentent tout de même souvent un danger pour les autres.

Du point de vue des patients, le trouble bipolaire reste une maladie stigmatisée, et associée à une qualité de vie dégradée : environ un tiers des patients ont un sentiment de rejet de la part de leur famille et de leurs amis. Sur le plan professionnel, seule la moitié des patients a un emploi, et parmi ceux-ci, 32 % ressentent une discrimination de la part de leur employeur, et 50 % de la part de leurs collègues. Il est important de noter que la majorité des patients souhaiteraient être mieux informés sur leur maladie et sa prise en charge.

On le voit, tant du côté du grand public que des patients, il existe un grand besoin d'information sur la nature, l'évolution, et les prises en charge du trouble bipolaire. Une bonne information permet aussi de ne pas laisser trop de place aux « *a priori* » ou aux stigmatisations de la maladie en apportant des éléments d'objectivité dans l'esprit du plus grand nombre : c'est l'un des buts de cet ouvrage !