

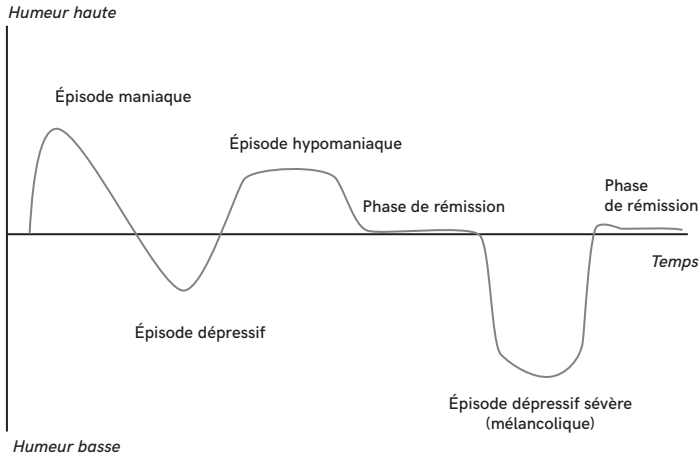
# 1

## Les troubles bipolaires, c'est quoi ?

Les troubles bipolaires regroupent un ensemble de maladies du cerveau qui ont en commun la caractéristique de présenter des dérèglements de l'humeur. C'est ainsi que les troubles bipolaires sont souvent classés dans les maladies dites « de l'humeur ». Mais comment définir cette humeur ? Est-ce pareil que les émotions de joie et de tristesse ? L'humeur est un phénomène physiologiquement cyclique, qui peut être définie comme un état affectif persistant dans le temps, contrairement aux émotions ressenties qui changent rapidement selon les instants donnés. Notre humeur varie « normalement » en fonction des événements de vie, de l'alimentation, de la journée, de la saison et des menstruations chez les femmes. Dans les troubles bipolaires, ces fluctuations de l'humeur sont très excessives (l'humeur est très diminuée ou très augmentée/exaltée) et elles sont associées à un handicap important ne permettant plus à la personne de fonctionner normalement. Ainsi, les troubles bipolaires sont définis par des fluctuations pathologiques de l'humeur constituant des maladies psychiatriques cycliques, faites de récurrences d'épisodes de l'humeur

(ou épisodes thymiques) dits « maniaques » et « dépressifs ». Mais l'humeur pathologique seule ne résume pas complètement ces épisodes de l'humeur, où des changements importants de l'énergie et de l'activité sont nécessairement associés. Ces épisodes se définissent donc par des changements de l'humeur, de l'énergie et du niveau d'activité qui peuvent être augmentés dans la manie ou diminués dans la dépression. De ces deux extrêmes de polarité de l'humeur provient le nom de « bipolarité ». Cette maladie était aussi appelée « psychose maniaco-dépressive » et plus couramment par son acronyme « PMD » ou encore « maladie maniaco-dépressive ». Il s'agit de l'ancienne dénomination francophone, qui a été envisagée jusqu'au début des années 1990 avec la sortie de la 3<sup>e</sup> version du manuel américain de classification des troubles psychiatriques (manuel de classification des troubles psychiatriques le plus utilisé en recherche pour définir simplement et de manière consensuelle les maladies où que l'on soit dans le monde), et où la « PMD » a été rebaptisée « trouble bipolaire »<sup>(2)</sup>. En dehors de ces épisodes maniaques ou dépressifs, il est maintenant bien connu que les personnes atteintes de trouble bipolaire peuvent souffrir également au cours des phases de stabilité de l'humeur d'autres difficultés persistantes telles que des troubles du sommeil, des difficultés cognitives, des rythmes biologiques perturbés, des désordres métaboliques (définies par un surpoids/tour de taille augmenté, et/ou une hypertension, et/ou des troubles lipidiques, et/ou une hyperglycémie définie par trop de sucre dans le sang circulant), des systèmes immuno-inflammatoires altérés (c'est-à-dire des systèmes de défense de notre corps), etc.

La figure ci-dessous est un graphique représentant les différents types possibles d'épisodes de l'humeur du trouble bipolaire suivant la polarité et l'intensité :



Le trouble bipolaire est une maladie fréquente qui touche environ 1 à 4 % de la population générale adulte<sup>(3)</sup>. C'est une pathologie qui a tendance à être familiale, avec une agrégation de plusieurs cas au sein d'une même famille (il existe également souvent une surreprésentation dans ces familles d'autres maladies psychiatriques comme la dépression, le suicide, les troubles addictifs, les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention, la schizophrénie, etc.). Le trouble bipolaire affecte avec la même fréquence les hommes et les femmes dans sa présentation clinique traditionnelle. Habituellement, il s'exprime à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (classiquement entre 15 et 25 ans). La moitié des sujets atteints ont débuté leur maladie avant 21 ans<sup>(4,5)</sup>. Durant l'enfance, le diagnostic de trouble bipolaire est plus rare et plus difficile du fait de symptômes de présentation plus atypique. En effet, le trouble bipolaire de l'enfant dit « juvénile », ou « pédiatrique » s'exprime rarement par une exaltation de l'humeur mais plutôt par une irritabilité sévère, des crises de colère et une agressivité avec

de possibles violences. Les cycles du trouble bipolaire juvénile sont mixtes (c'est-à-dire maniaque et dépressif à la fois, nous en reparlerons plus loin), chroniques et avec des cycles rapides (c'est-à-dire plus de 4 en un an) contrairement à la présentation chez l'adulte qui se fait traditionnellement par des épisodes aigus et délimités dans le temps<sup>(6)</sup>. Il est bien question ici de maladie déjà présente et complètement exprimée. Mais il est fréquent que l'expression complète de la maladie soit précédée par des signes avant-coureurs (dont, par exemple, des fluctuations de l'humeur moins sévères, des symptômes anxieux, une irritabilité, des troubles du sommeil, etc.) dont nous reparlerons un peu plus loin dans ce livre.

Le trouble bipolaire est une pathologie du cerveau. Elle est marquée par des déséquilibres biochimiques dans différentes aires cérébrales. Des dysfonctions apparaissent dans les différents systèmes de neurotransmission chargés de réguler les émotions, l'éveil, la pensée (ou processus cognitifs), l'énergie et les comportements. Bien que la cause exacte du trouble bipolaire ne soit pas aujourd'hui connue, l'état actuel des connaissances indique une origine multifactorielle complexe associant des facteurs de risque génétiques, des facteurs de stress environnementaux et des facteurs intervenant au cours du développement du cerveau, qui tous sont en interaction les uns avec les autres pour déterminer une vulnérabilité à développer ces fluctuations excessives de l'humeur<sup>(7)</sup>. Les causes possibles de la maladie seront évoquées plus bas, mais nous pouvons d'ores et déjà écarter ici un certain nombre d'idées reçues telles que le trouble bipolaire n'est pas une vraie maladie ou serait lié à la mauvaise volonté de la personne. Sans rien retirer au retentissement psychique d'une telle maladie, il apparaît donc important de bien avoir à l'esprit qu'il s'agit donc d'une maladie «organique» ou «somatique» (c'est-à-dire du corps) puisque le fonctionnement du cerveau est atteint jusque dans la biologie. Opposer les troubles psychiatriques à d'autres troubles médicaux qui seraient plus «organiques» est donc scientifiquement faux et peut renvoyer aux personnes souffrantes l'image qu'elles présenteraient une fausse maladie en opposition aux

vraies maladies. Ceci impacte de façon négative et entretient de la même manière des représentations sociales erronées. Pour ces raisons, nous avons donc proposé avec les Dr Amad et Fovet d'abandonner la dichotomie entre maladie psychiatrique et maladie somatique ou organique tant dans la pratique et l'enseignement de la médecine, que dans le langage courant<sup>(1)</sup>.

Malheureusement, il existe un retard diagnostique et thérapeutique important et estimé à environ 10 ans<sup>(8)</sup>. Ce retard diagnostique et thérapeutique du trouble bipolaire rend la maladie plus difficile à traiter et à équilibrer. Une attention particulière aux premiers signes est donc très importante à fournir. L'entourage d'une personne souffrant de trouble bipolaire est souvent une source importante et précieuse d'informations, car une personne atteinte de trouble bipolaire peut ne pas se rendre compte du degré de handicap associé à ses fluctuations excessives de l'humeur et d'énergie. De même il arrive fréquemment qu'elles ne prennent pas conscience de l'impact de ces fluctuations de l'humeur sur sa vie et sur celle des autres. Par exemple, si des symptômes maniaques ne sont pas traités à temps, il est possible de se retrouver dans une situation de mise en danger pour soi-même ou pour les autres, avec des risques médico-légaux du fait d'un trouble du jugement et d'une impulsivité fréquemment associés aux épisodes maniaques. Sans aller parfois jusqu'aux situations pénalement répréhensibles, l'exaltation de l'humeur ou l'irritabilité, par exemple, peuvent entraîner de violents conflits familiaux ou socio-professionnels et avoir des conséquences regrettées par la suite. Le risque de présenter des idées ou des conduites suicidaires est aussi augmenté au cours des épisodes dépressifs, mais aussi maniaques. Ainsi, solliciter une aide médicale durant ces périodes permet d'éviter beaucoup de souffrances pour soi, sa famille et ses amis.

## 2

# S'agit-il d'une nouvelle maladie ?

Non, il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie !

Je crois qu'il faut être très clair et absolument définitif là-dessus malgré tout ce qu'on peut trouver sur internet ou ce qui peut être colporté dans les médias. Il est même probable que cette maladie existe depuis que l'Homme existe !

Dès les premières descriptions médicales, il est fait état de personnes présentant des phases d'exaltation et des phases de tristesse intense. On retrouve des descriptions de la "manie" et de la "mélancolie" même à l'époque pré-hippocratique, ce qui en fait l'une des toutes premières maladies décrites dans l'Antiquité<sup>(9)</sup>. Hippocrate, dans le cadre de sa « théorie des humeurs », rassemble les premières observations médicales au <sup>v</sup>e siècle avant J.-C. décrivant la possible évolution de la « mélancolie » vers la « folie ». Arétée de Cappadoce au <sup>ii</sup>e siècle, décrit plus tard que la manie, qu'il appelait l'« excitasys » était une « agitation dans l'activité », et est probablement le premier à faire le lien chez une même personne d'un passage possible de la

phase de manie à celle de la mélancolie<sup>(10)</sup>. Willis, au xvii<sup>e</sup> siècle, confirme ces liens entre les épisodes dépressifs (ou mélancoliques à l'époque) et les épisodes maniaques<sup>(11)</sup>.

Il faut attendre le mouvement des médecins aliénistes pour bénéficier des premières descriptions médicales détaillées des futurs troubles bipolaires<sup>(12)</sup>. C'est après la révolution française, que Philippe Pinel participe à changer le regard sur les patients (appelés à l'époque « insensés », « fous » ou « aliénés ») en affirmant qu'ils peuvent être compris et soignés à l'aide d'un « traitement moral » (précurseur des psychothérapies actuelles). L'histoire romancée retient un épisode symbolique où Philippe Pinel en 1794, profitant d'une visite de Georges Couthon du Comité de Salut Public, fait ôter les chaînes des « fous » de l'hospice de Bicêtre pour montrer qu'ils n'étaient ni des bêtes furieuses, ni des possédés, mais des hommes et femmes pouvant être traités humainement. Philippe Pinel décrit l'« aliénation mentale » qui était implicitement considérée comme l'unique affection mentale, et qui pouvait se décomposer en quatre « espèces » : manie, mélancolie, démence et idiotisme<sup>(13)</sup>. Philippe Pinel n'avait alors pas décrit spécifiquement cette forme de maladie « bipolaire », c'est-à-dire associant à la fois la dépression et la manie, bien qu'il en ait eu probablement l'intuition en suggérant un lien entre ces deux polarités de l'humeur dans plusieurs de ses descriptions cliniques<sup>(11)</sup>. Il faut attendre Jean-Pierre Falret, un médecin aliéniste de l'hôpital Salpêtrière, qui observe en 1851 qu'il existe « une catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière ». Jean-Pierre Falret introduit alors le terme de « folie circulaire » qui regroupe pour la première fois sous la même entité clinique la dépression et la manie<sup>(14)</sup>. Parallèlement, Jules Baillarger, lui aussi médecin à l'hôpital Salpêtrière, identifie la « folie à double forme » en 1854, qui regroupait dans sa description également ces deux pôles de l'humeur dans un seul trouble<sup>(15)</sup>. En 1899, Emil Kraepelin réunit, dans la sixième édition de son traité, toutes les formes de maladie en une affection unique nommée la « folie mania-co-dépressive » et regroupe les formes intermittentes, circulaires

à double forme ou périodiques<sup>(17)</sup>. Pour lui, la «folie maniaco-dépressive» est une forme de psychose «endogène», c'est-à-dire constitutionnelle. La «folie maniaco-dépressive» est distinguée de la «démence précoce» qui est décrite comme une psychose chronique, non épisodique (contrairement à la folie maniaco-dépressive) qui s'associe à une évolution déficitaire. Dans la folie maniaco-dépressive, Kraepelin isole également pour la première fois l'état «mixte», où s'associent les symptomatologies maniaque et dépressive<sup>(11)</sup>. Plus tard, Gaston Deny et Paul Camus, aliénistes français, reprennent en 1907 les travaux de Kraepelin et introduisent le terme de «psychose» maniaco-dépressive – traduction incorrecte de l'allemand «Irresein» (maladie, folie). Cette dénomination restera en France par la suite et comporte «3 groupes d'éléments reliés [...] par de nombreuses formes intermédiaires des états maniaques, des états dépressifs et des états mixtes»<sup>(18)</sup>. En 1957, Karl Leonhard fait éclater la «folie maniaco-dépressive» kraepelinienne en plusieurs formes qu'il appelle «unipolaires» et «bipolaires», selon l'existence d'accès dépressifs seuls ou des deux types de polarités d'épisodes. Jules Angst confirme en 1973, grâce à des études scientifiques cliniques, l'existence de 3 formes de PMD : les formes i) unipolaire maniaque, ou ii) unipolaire dépressive, ou iii) bipolaire<sup>(9)</sup>.

L'émergence d'une «nosographie» (description et classification des maladies) nord-américaine se fait avec l'arrivée du DSM III (pour «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» dans sa troisième version), paru en 1980, et qui marque un véritable tournant dans l'histoire de la nosographie des troubles psychiatriques<sup>(19)</sup>. En effet, contrairement aux deux précédentes versions, le DSM III refuse de définir les troubles par leurs causes quand celles-ci ne sont pas clairement démontrées. Le DSM est annoncé comme «athéorique» et se veut donc indépendant des grands courants psychiatriques de son temps, notamment psychanalytiques (ou psychodynamiques). Ainsi, les diagnostics se veulent purement descriptifs et non explicatifs. Le DSM III est traduit en français en 1983 et son influence traverse rapidement l'Atlantique. Cette nouvelle approche séduit