Mood Disorders Society of Canada
Société pour **les troubles de l'humeur** du Canada

Qu'est-ce que le trouble bipolaire?

© Mai 2022 par la Société des troubles de l'humeur du Canada. Tout droit réservé. Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, ni selon tout autre système informatisé de mise en mémoire sans la permission de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.

Mood Disorders Society of Canada
Société pour **les troubles de l'humeur** du Canada

Table des matières

Quelles en sont les humeurs (ou symptômes)?	1
Existe-t-il différents types de trouble bipolaire?	2
Qu'est-ce qui cause le trouble bipolaire?	3
Le trouble bipolaire et la consommation de substances	3
Subir la stigmatisation	4
Comment traite-t-on le trouble bipolaire?	5
Les familles et les aidants naturels	6
Mener une vie équilibrée	7
Que réserve l'avenir?	8
Où pouvez-vous obtenir plus de renseignements?	9
Comment pouvez-vous aider?	10
Références	11

Qu’est-ce que le trouble bipolaire

Nous sommes tous emballés par de nouvelles idées, nous poursuivons nos objectifs avec passion, nous avons des moments où nous voulons faire la fête avec nos amis et profiter pleinement de la vie. Parfois, nous sommes tristes et nous nous retirons dans une réflexion silencieuse ou encore nous sommes en colère lorsque les choses ne se passent pas comme prévu.

Pour les personnes atteintes de trouble bipolaire, ces émotions normales peuvent se transformer en montagnes russes, avec des montées folles et des descentes brutales. Les humeurs sont déterminées non pas par les événements de la vie, mais par des forces propres au cerveau. Le trouble bipolaire (anciennement appelé maladie maniaco-dépressive) est un état pathologique qui entraîne des modifications de la fonction cérébrale conduisant à des sautes d’humeur spectaculaires, qui comprennent soit la manie, soit l’hypomanie et (généralement) la dépression. Ces sautes d’humeur peuvent être si graves qu’elles nuisent au fonctionnement normal au travail, à l’école et dans les relations.

Quelles en sont les humeurs (ou symptômes)?

Manie

En cas de manie, l’humeur est constamment excessive, expansive ou irritable et l’activité ou l’énergie dirigée vers un but est continuellement intense. Cela peut s’accompagner de pensées qui défilent, d’une plus grande facilité à parler et à être distrait, d’une réduction du besoin de sommeil, d’une augmentation de l’estime de soi ou d’une extrême irritabilité et colère. Il existe deux types de manies : la « manie euphorique » et la « manie dysphorique ». Les deux types de manies comprennent, par définition, des symptômes qui influencent le comportement d’une manière qui perturbe le fonctionnement au travail, à l’école et (ou) dans les relations.

La **manie euphorique** comprend souvent une créativité accrue et une aisance sociale — des sentiments qui peuvent rapidement évoluer vers une humeur extrême, continuellement excessive, impliquant un sentiment exagéré d'estime de soi et une humeur exubérante.

Une personne atteinte de manie euphorique peut ne pas avoir conscience que quelque chose ne va pas et elle peut également être sensible au sentiment que procure la manie euphorique avant qu'elle ne devienne grave. Cependant, le jugement est altéré, ce qui entraîne un comportement plus risqué, qui inclue parfois des dépenses excessives et une activité sexuelle que la personne ne pratiquerait pas en temps normal.

La **manie dysphorique** se caractérise par une augmentation persistante de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un objectif, mais plutôt que de procurer le sentiment de « super bien-être », elle procure le contraire. Une personne atteinte de manie dysphorique ressent souvent une plus grande anxiété et une plus grande irritabilité. Elle peut être particulièrement dérangée par les lumières vives et les sons forts. Des crises de colère peuvent survenir. La manie dysphorique fait partie de ce que l'on appelle un « état mixte », car elle ressemble à une combinaison des symptômes d'un épisode dépressif et de ceux de la manie. Dans un état mixte, les symptômes maniaques et dépressifs se produisent en même temps ou alternent fréquemment. Il s'avère que près de la moitié des épisodes maniaques et hypomaniaques sont en fait des états mixtes [1]. En raison de la combinaison d'une énergie élevée et d'une humeur dépressive et agitée, les états mixtes sont des périodes où le risque de suicide est le plus élevé.

Dans les cas graves de manie, la personne peut également présenter des symptômes psychotiques comme des hallucinations (entendre ou voir des choses inexistantes) ou des délires (croire en des choses fausses). L'un des délires très courants dans l'état maniaque grave d'une personne consiste à croire que les autres veulent s'en prendre à elle. Une autre possibilité est l'illusion d'avoir des pouvoirs spéciaux grâce à un contact direct avec un être suprême. Les symptômes psychotiques peuvent survenir dans la manie euphorique ou mixte. Ils peuvent être assez effrayants et déroutants pour la personne qui en souffre et pour son entourage.

Hypomanie

Les épisodes hypomaniaques comprennent également une humeur anormalement excessive et persistante, exubérante ou irritable, ainsi qu'une activité ou une énergie anormalement et constamment accrue. Il s'agit toutefois d'une forme plus légère de manie et, par définition, les symptômes ne sont pas suffisamment graves pour nuire au comportement d'une manière qui perturbe le fonctionnement de la personne. L'hypomanie présente des symptômes similaires, mais moins graves que la manie. L'hypomanie peut également être de type euphorique classique ou se produire dans un état mixte avec une humeur dysphorique.

Pendant un épisode hypomaniaque euphorique, une personne peut avoir une humeur ex-

cessive, se sentir mieux que d'habitude et être plus productive. Au cours d'un épisode hypomaniaque dysphorique ou mixte, la personne peut être plus anxieuse ou agitée et se mettre plus facilement en colère que d'habitude, mais elle reste capable de fonctionner adéquatement. En fait, le fonctionnement d'une personne est souvent exacerbé par l'hypomanie. Cependant, l'hypomanie, quelle que soit sa nature, ne peut pas durer très longtemps et elle est souvent suivie d'une escalade vers la manie totale ou d'une chute vers un épisode dépressif. Comme l'hypomanie euphorique peut être un état qui procure un sentiment de plus grande confiance en soi, d'excitation envers la vie et de productivité, elle peut souvent être très attrayante et stimulante. L'hypomanie euphorique peut être difficile à reconnaître si la personne est considérée comme normalement excitable, très énergique et très productive. Elle peut également passer inaperçue parce qu'elle n'a généralement pas de conséquences négatives sur le plan social, scolaire ou professionnel.

Dépression

Ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de troubles bipolaires qui souffrent de dépression. Pourtant, la majorité des personnes bipolaires connaissent des épisodes de dépression et certains types de troubles bipolaires comportent, par définition, des épisodes dépressifs. Les symptômes dépressifs sont courants dans le trouble bipolaire [2-4] et sont plus susceptibles d'être responsables de problèmes de fonctionnement que les symptômes maniaques [5]. Par conséquent, les épisodes dépressifs sont souvent ce qui pousse une personne à demander de l'aide.

La dépression peut se manifester sous plusieurs formes. Contrairement à la tristesse normale, les symptômes dépressifs sont des sentiments intenses, envahissants et persistants de désespoir, d'impuissance et de frustration. Certaines personnes se sentent en colère et irritables ou sont rongées par des sentiments d'inutilité ou de culpabilité. Certaines personnes ont l'impression que la vie a perdu toute sa couleur et elles se sentent vides. Elles ressentent une perte d'énergie, s'intéressent peu aux activités normales, perdent l'appétit et du poids et ont de la difficulté à dormir. La pensée est ralentie, la concentration est diminuée et la prise de décision devient difficile. Lorsqu'elles sont déprimées, certaines personnes disent ressentir un « brouillard cérébral ». À l'extrême, la dépression peut entraîner une psychose avec des hallucinations et des délires. Le suicide est un risque sérieux. La dépression peut entraîner des interruptions considérables dans tous les aspects de la vie, y compris le fonctionnement au travail, à l'école et dans les relations.

Existe-t-il différents types de trouble bipolaire?

Oui. Les différents types sont basés sur la nature des sautes d'humeur de la personne. Ces différences peuvent être importantes, car elles influenceront les approches thérapeutiques.

BIPOLAIRE I

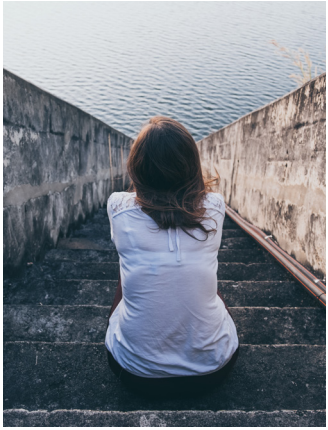
Dans le cas du trouble bipolaire de type I (trouble bipolaire « un »), la personne présente des épisodes maniaques et vit généralement (mais pas toujours) une dépression à un moment donné. Le trouble bipolaire I est le même diagnostic que celui des personnes présentant une manie euphorique ou dysphorique. Le trouble bipolaire I est défini par le fait d'avoir des épisodes maniaques suffisamment graves pour interrompre le fonctionnement d'une personne.

BIPOLAIRE II

Dans le cas du trouble bipolaire de type II (trouble bipolaire « deux »), la personne présente des épisodes de dépression et également des épisodes hypomaniaques (forme plus légère de manie qui n'entraîne pas de perturbation du fonctionnement), mais jamais d'épisodes entièrement maniaques. Les épisodes de dépression dans le trouble bipolaire II sont généralement assez graves pour causer des problèmes de fonctionnement quotidien. Pour certaines personnes, le trouble bipolaire se présente sous la forme d'un trouble bipolaire à cycle rapide, qui peut se produire dans le cas d'un trouble bipolaire I ou II. Cela signifie qu'il y a au moins quatre épisodes par an, dans n'importe quelle combinaison de manie, d'hypomanie ou de dépression. Ce phénomène est observé chez environ 16 % des personnes atteintes de trouble bipolaire [6]. Les cycles rapides peuvent être précipités ou aggravés par une activité réduite de la glande thyroïde, ce qui peut être vérifié par une analyse de sang [6].

La cyclothymie est une forme un peu plus légère de trouble bipolaire. Les cycles d'hypomanie et de dépression sont moins sévères, mais durent au moins 2 ans chez les adultes (1 an chez les enfants). Pendant cette période, les symptômes de l'humeur sont présents la plupart du temps, avec moins de deux mois de répit. Les épisodes d'humeur durent généralement des mois. La cyclothymie ne comprend pas d'hallucinations ou de délires, car les symptômes sont plus légers que ceux des autres types de troubles bipolaires. Néanmoins, la cyclothymie peut toujours être pénible, nuire au fonctionnement et nécessiter un traitement.

Qu’est-ce qui cause le trouble bipolaire?



Personne ne sait avec certitude ce qui cause les troubles bipolaires. Ils ne sont pas causés par une mauvaise éducation parentale et ils ne sont pas non plus la conséquence d’une faiblesse morale ou d’un défaut de caractère.

Les recherches révèlent que les gènes jouent un rôle important, selon des études sur des jumeaux et d’autres membres de la famille [7]. Cela signifie que si vous avez un parent proche atteint de troubles bipolaires, vos chances d’en être atteint sont plus élevées qu’elles ne le seraient autrement. En outre, l’âge avancé de la mère ou du père à la naissance peut augmenter le risque de trouble bipolaire [8]. Chez les personnes atteintes de ce trouble, l’apparition d’un épisode peut être associée à un stress émotionnel et physique, à un manque de sommeil, à la perte d’une relation importante ou à la consommation de drogues et d’alcool. Les changements de routine ou une stimulation excessive peuvent prédisposer la personne à un épisode maniaque. On sait que certains facteurs de risque environnementaux sont associés au trouble bipolaire, comme les enfants en situation d’adversité [14], ce qui, malheureusement, est également associé à une maladie plus grave et à des résultats thérapeutiques moins favorables [15].

Bien que les recherches récentes sur la scintigraphie cérébrale permettent de mieux comprendre les différences de fonctionnement du cerveau qui peuvent accompagner le trouble bipolaire, il n’existe pas encore de test de laboratoire, de radiographie ou de scintigraphie cérébrale permettant de poser un diagnostic définitif. Le médecin (généralement un psychiatre) procède plutôt à une analyse minutieuse des antécédents et fonde le diagnostic sur un groupe de symptômes qui se manifestent au même moment.

Le trouble bipolaire débute généralement au début de l’âge adulte, l’âge clé (le plus fréquent) se situant autour de 19 ans et demi [9], bien qu’il puisse occasionnellement se manifester dès l’enfance ou aussi tard que dans la quarantaine ou la cinquantaine. Plus une personne est jeune lorsqu’elle développe un trouble bipolaire, plus il est probable qu’il y ait une composante génétique. Le trouble bipolaire touche environ 1,4 % de la population adulte au Canada [10]. On pense que ce pourcentage est plus élevé aux États-Unis, où les taux peuvent atteindre 4,4 % si l’on tient compte de toutes les formes de troubles bipolaires [11]. Les hommes et les femmes en sont affectés de façon égale. Certaines populations présentent un taux beaucoup plus élevé de troubles bipolaires, comme les personnes sans domicile fixe, chez qui le taux de bipolarité frôle les 11 % [12], ou les personnes atteintes du VIH, chez qui il est de 8 % [13].

Les premiers signes et symptômes du trouble bipolaire peuvent être très déroutants. En effet, la maladie peut commencer par des symptômes d'hypomanie, de dépression ou de cyclothymie, qui peuvent facilement passer inaperçus ou être mal compris. Lorsque la maladie se déclare à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les symptômes peuvent être confondus avec les changements hormonaux normaux ou l'« humeur maussade des adolescents ». Les changements physiques et émotionnels sont si nombreux à la puberté qu'un jeune peut ne pas se connaître suffisamment bien pour savoir si son humeur se situe en dehors des fluctuations typiques de l'adolescence.

En moyenne, les personnes atteintes de troubles bipolaires consultent trois ou quatre médecins et passent près de six ans à chercher de l'aide avant de bénéficier d'une quelconque prise en charge de leur maladie [16]. De nombreuses personnes ne reçoivent jamais de traitement [5].

Certains diagnostics peuvent ressembler à des troubles bipolaires en raison d'un certain chevauchement des symptômes. Les voici :

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), de type hyperactif ou mixte — il présente une tendance à la distractivité et à l'activation physique communes au trouble bipolaire. En outre, certaines personnes atteintes de trouble bipolaire répondent également aux critères du TDAH, en particulier lorsqu'elles sont jeunes [17].

Le trouble de la personnalité limite — il se caractérise par des sautes d'humeur, de l'anxiété ou de l'irritabilité, tout comme les troubles bipolaires. Il n'est pas toujours facile de les distinguer, sans oublier que les deux troubles se chevauchent chez environ 20 % des personnes [18].

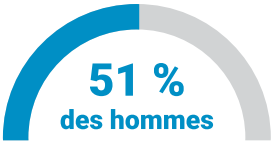
Le trouble dépressif majeur — il présente des épisodes dépressifs tout comme le trouble bipolaire. Étant donné que les épisodes dépressifs du trouble bipolaire sont généralement ceux où les personnes demandent de l'aide, les épisodes hypomaniaques passés, en particulier, peuvent être manqués ou négligés. En outre, une personne peut avoir plusieurs épisodes dépressifs avant que des signes de manie ou d'hypomanie ne se manifestent. Cela conduit à de nombreux diagnostics « erronés » de trouble dépressif majeur, même si, au début de la maladie, il était impossible de savoir que le diagnostic approprié était celui du trouble bipolaire. Avec le temps, la manie ou l'hypomanie apparaissent plus clairement et le bon diagnostic peut être posé.

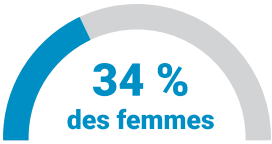
Les difficultés liées à l'établissement d'un bon diagnostic peuvent être frustrantes pour les personnes atteintes de troubles bipolaires et les membres de leur famille. Voilà pourquoi il est si important que la recherche sur cette maladie continue de nous permettre de mieux la comprendre. Un diagnostic précoce et un traitement approprié, y compris la recherche du bon médicament, sont importants, car ils atténuent les effets du trouble sur les personnes et les membres de la famille.

Le trouble bipolaire et la consommation de substances

Des recherches ont révélé qu'un pourcentage important de personnes atteintes de troubles bipolaires (60,7 %)[21] sont également susceptibles d'avoir des problèmes de consommation de substances. Par substances, nous entendons l'alcool, la nicotine, le cannabis ou les drogues illégales. La consommation de certaines substances, notamment la nicotine, l'alcool, le cannabis et les hallucinogènes (et non celle d'amphétamines ou de cocaïne), est beaucoup plus élevée chez les jeunes atteints de trouble bipolaire qui demandent de l'aide que chez ceux qui ne le sont pas [21].

Trouble lié la consommation de substances chez les personnes souffrant de trouble bipolaire





La forme la plus grave, le trouble de la consommation de substances, est présente chez 51 % des hommes atteints de trouble bipolaire au cours de leur vie [22]. Ce taux est un peu plus faible, mais il demeure assez élevé chez les femmes atteintes de trouble bipolaire, soit 34 % [22]. Les taux de troubles liés à la consommation de substances sont légèrement inférieurs dans le cas du trouble bipolaire de type II par rapport au type I [22]. Le nombre d'hospitalisations tend à être plus élevé chez les personnes souffrant à la fois de troubles bipolaires et de troubles liés à la consommation de substances psychoactives [22], et la présence des deux pathologies est plus fréquente chez les hommes, chez les personnes présentant un plus grand nombre d'épisodes maniaques et chez celles ayant eu des pensées ou des actions suicidaires [23].

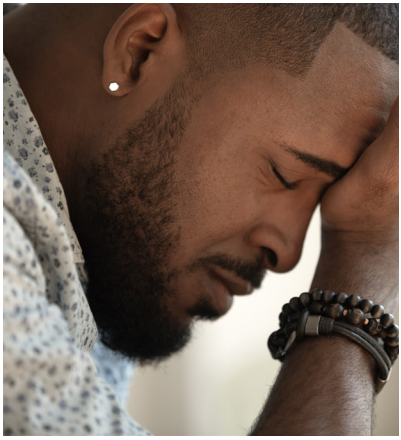
Les taux de troubles liés à la consommation d'alcool sont particulièrement élevés chez les personnes atteintes de troubles bipolaires [22, 24], bien que les difficultés liées à la consommation de cannabis puissent être encore plus élevées chez ces mêmes personnes [21].

Le lien entre le trouble bipolaire et la consommation de substances n'est pas entièrement clair. Par exemple, nous savons que la consommation de cannabis peut multiplier par trois l'apparition de nouveaux symptômes maniaques [25], et des preuves indiquent que la consommation de nicotine chez les femmes enceintes peut prédisposer à un trouble bipolaire chez leur enfant [26]. La consommation de substances, en général, est connue pour être un facteur prédictif d'épisodes maniaques et hypomaniaques [20, 27]. Il existe diverses raisons pour lesquelles une personne peut se tourner vers les drogues et (ou) l'alcool. La personne peut essayer de gérer les symptômes du trouble bipolaire, qui, lorsqu'ils sont poussés à l'extrême, peuvent ajouter d'autres complications indésirables à sa vie — et avoir des conséquences potentiellement troublantes. Par exemple, les personnes consomment parfois de l'alcool pour calmer l'énergie excessive ou les pensées démesurées qui peuvent accompagner la manie et l'hypomanie. Or, l'alcool a pour effet de « déprimer » le cerveau et peut aggraver l'épisode dépressif qui suit si souvent la manie et l'hypomanie.

Il est très important d'être conscient des risques liés à la consommation de toute substance, et, si un problème commence à se manifester, de reconnaître les signes avant-coureurs et de prendre des mesures pour y remédier afin d'éviter de nombreux autres problèmes.

Subir la stigmatisation

Les gens peuvent retarder le diagnostic et le traitement des troubles bipolaires pour diverses raisons. L'une d'entre elles est la peur de ce que les amis, la famille et les employeurs pourraient penser. Malheureusement, les maladies mentales font encore l'objet d'une certaine stigmatisation, même si l'éducation sur ce qu'est la maladie mentale et sur ce qu'elle n'est pas a fait de grands progrès et que les attitudes sociales changent progressivement.



L'une des difficultés auxquelles une personne peut être confrontée, après avoir reçu un diagnostic, est l'auto-stigmatisation — croire à des attitudes dévalorisantes et se blâmer pour la maladie.

Heureusement, les personnes atteintes de maladies mentales peuvent adopter des stratégies pour surmonter cette stigmatisation. Ces stratégies consistent généralement à se responsabiliser en participant activement à leur traitement et à leur rétablissement, voire en se joignant à des groupes de soutien par les pairs. Pour certains, le fait de parler de leurs expériences dans des groupes de discussion publics et de participer à des efforts de sensibilisation permet non seulement de surmonter l'auto-stigmatisation, mais aussi d'éduquer les autres.

Souvent, lorsqu'un médicament vous est prescrit pour traiter votre maladie, le fait de savoir que vous avez besoin d'un médicament peut sembler en soi très stigmatisant. Il est important de vous rappeler que vous souffrez d'une véritable maladie, tout comme une personne qui a besoin de médicaments pour d'autres problèmes de santé, comme le diabète ou l'hypertension. Parce que les maladies mentales ont des effets sur notre comportement et sur la façon dont nous nous percevons, percevons les autres et percevons le monde qui nous entoure, nous avons tendance à penser qu'elles sont différentes des autres maladies. Il peut arriver que les gens pensent que le fait d'être atteint d'une maladie mentale reflète davantage leur

personnalité ou leur identité que, par exemple, le fait d'être diabétique et d'avoir besoin d'insuline. Lorsque l'esprit est affecté, cela semble plus personnel que lorsque d'autres parties du corps sont touchées. Parfois, il est nécessaire de se concentrer sur ce point pour soutenir une personne atteinte de trouble bipolaire afin qu'elle reconnaisse que sa maladie ne la définit pas en tant que personne et que, par conséquent, elle accepte de prendre les médicaments recommandés.

Comment traite-t-on le trouble bipolaire?

Le traitement efficace du trouble bipolaire est une combinaison de plusieurs éléments, notamment l'éducation sur le trouble pour aider à comprendre la maladie et à l'autogérer. Le traitement de la consommation de substances, les médicaments, la psychothérapie, les groupes de pairs et d'entraide ainsi que le soutien de la famille et des amis peuvent tous s'avérer efficaces.

Éducation

S'informer sur le trouble bipolaire, ses signes et ses symptômes, son traitement et ses déclencheurs est un élément essentiel de l'autogestion de la maladie. Grâce à ces connaissances, les personnes atteintes de troubles bipolaires et leurs familles respectives sont mieux préparées pour prévenir les rechutes futures et cerner rapidement celles qui se produisent. Cette brochure est une étape dans le processus d'éducation. Une recherche sur le Web vous permettra de trouver des centaines de sources de renseignements. Recherchez les sites publiés par des organismes crédibles, comme des universités, des hôpitaux et des organisations ayant une expérience vécue, des groupes de patients et de familles. Consultez www.troubleshumeur.ca pour vos besoins éducatifs.

Traitement de la consommation de substances : Les personnes qui souffrent à la fois de trou-

bles bipolaires et de problèmes de consommation de substances (appelés troubles concomitants) ont besoin que les deux problèmes soient traités de manière intégrée. S'attaquer à un problème tout en ignorant ou en négligeant l'autre n'aboutit pas souvent à un résultat positif. Cela peut être difficile dans un réseau de soins de santé qui dispose de moins de ressources pour les troubles bipolaires ou les troubles liés à la consommation de substances. Parfois, ces composantes du réseau de soins de santé ne sont pas bien intégrées, même lorsqu'elles sont toutes deux offertes. Les personnes et leurs familles respectives peuvent devoir exercer certaines pressions pour que les deux leur soient fournis.

Médication

Les médicaments sont la pierre angulaire du traitement du trouble bipolaire. On ne comprend pas tout à fait comment les médicaments atténuent les symptômes du trouble bipolaire. Il n'existe actuellement aucun remède connu pour le trouble bipolaire (qui ferait en sorte que les symptômes ne réapparaîtraient jamais), mais les médicaments sont utilisés pour contrôler les symptômes et peuvent prévenir la progression de la maladie. Comme les symptômes du trouble bipolaire réapparaissent, les personnes atteintes ont besoin d'un traitement à long terme. De nombreuses personnes auront besoin d'un certain nombre de médicaments pour gérer leurs symptômes et maintenir leur bien-être. Tous les médicaments agissent sur les substances chimiques présentes dans le cerveau, souvent au moyen de neurotransmetteurs et de mécanismes complexes qui ne sont pas complètement compris.

Trouver la bonne combinaison de médicaments nécessite un suivi et une discussion avec un médecin de famille ou un psychiatre, et peut également nécessiter une consultation avec un pharmacien qui délivre des médicaments — sachant qu'il existe de nombreux choix et de multiples combinaisons. Bien que ce processus puisse être frustrant, la réalité est qu'il faut essayer divers traitements pour obtenir la combinaison la plus efficace. N'oubliez pas qu'il s'agit de votre santé, alors soyez prêt à y mettre du temps, de la patience et de la persévérance. En fin de compte, l'effort récompensé lorsque le régime médicamenteux le plus utile est trouvé et que les symptômes sont bien contrôlés.

Voici des catégories de choix de médicaments. Comme nous l'avons mentionné, il est souvent utile d'utiliser plus d'un médicament dans plus d'une catégorie de médicaments.

En général, l'utilisation d'un médicament particulier dépend des effets secondaires et des autres exigences du médicament. Par exemple, certains requièrent des analyses de sang régulières, en particulier au début du traitement, puis de façon intermittente par la suite. Tous ont des effets secondaires, comme tous les médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, et cela peut influencer le choix du médicament qui vous convient le mieux. Il faut parfois plusieurs essais pour déterminer le médicament le plus efficace, avec le moins d'effets secondaires indésirables.

Stabilisateurs de l'humeur

Le lithium a été le premier stabilisateur d'humeur connu et est toujours utilisé aujourd'hui. Il s'agit du traitement « idéal » auquel on compare les autres. Outre le lithium, certains des anticonvulsivants, prescrits pour l'épilepsie, sont reconnus comme d'excellents traitements comme stabilisateurs de l'humeur pour le trouble bipolaire. Il s'agit par exemple du valproate (appelé acide valproïque [plusieurs marques] ou du divalproex de sodium [Epival]), de la carbamazépine (Tegretol), de la lamotrigine (Lamictal), de la gabapentine (Neurontin) et du topiramate (Topamax). Ces médicaments se sont tous avérés utiles dans le traitement du trouble bipolaire [28].

Antipsychotiques atypiques

Les antipsychotiques atypiques sont utilisés pour contrôler les symptômes psychotiques dans plusieurs types de maladies mentales et ils sont également utilisés dans la gestion des symptômes du trouble bipolaire dans les phases maniaques, dépressives ou de maintien de la maladie. Les antipsychotiques les plus couramment utilisés sont l'olanzapine (Zyprexa), la rispéridone (Risperdal), la ziprasidone (Zeldox), la quétiapine (Seroquel, formule originale et Seroquel XR, à libération prolongée), l'aripiprazole (Abilify), la lurasidone (Latuda), le brexpiprazole (Rexalti), l'asénapine (Saphris), la palipéridone (Invega) et la clozapine (Clozaril). Plusieurs d'entre eux ont fait l'objet d'études de recherche et se sont avérés utiles dans le traitement du trouble bipolaire, en particulier l'olanzapine, la quétiapine, l'aripiprazole, la rispéridone, la cariprazine et la clozapine. De manière générale, les antipsychotiques atypiques sont plus utiles chez les enfants atteints de troubles bipolaires et plus problématiques chez les personnes âgées atteintes de troubles bipolaires en raison de leurs effets secondaires [28]. Ils peuvent être utilisés lorsqu'un stabilisateur d'humeur classique seul n'est pas efficace ou lorsque des symptômes psychotiques sont présents.

Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont souvent utilisés en association avec un médicament stabilisateur de l'humeur. Les plus courants sont la fluoxétine (Prozac), la paroxétine (Paxil), la sertraline (Zoloft), le citalopram (Celexa), l'escitalopram (Cipralex), la fluvoxamine (Luvox), la venlafaxine (Effexor), la desvenlafaxine (Pristiq), la duloxétine (Cymbalta), la mirtazapine (Remeron), le bupropion (Wellbutrin SR) et la vortioxétine (Trintillex). Les anciens antidépresseurs comprennent l'amitriptyline (Elavil), la nortriptyline (Aventyl), l'imipramine (Tofranil) et la désipramine (Norpramin), mais aujourd'hui, ils ne sont utilisés qu'occasionnellement, car ils ont plus d'effets secondaires que les nouveaux médicaments.

Les antidépresseurs doivent être utilisés avec prudence chez les personnes atteintes de trouble bipolaire de type I. Un stabilisateur d'humeur doit toujours être prescrit en premier lieu, car sinon un antidépresseur peut déclencher la manie ou précipiter un cycle de fréquents changements d'humeur (cycle rapide) dans le trouble bipolaire de type I [28]. Il n'est pas rare que les personnes atteintes de trouble bipolaire I aient besoin d'une faible dose d'un antidépresseur en plus de leur stabilisateur d'humeur pendant un certain temps au cours de l'année si elles ont des baisses d'humeur saisonnières pendant les mois sombres.

L'utilisation d'antidépresseurs n'est généralement pas considérée comme un problème dans le cas du trouble bipolaire de type II, où les antidépresseurs peuvent parfois être utilisés comme un seul médicament pour contrôler les symptômes de la maladie [28, 29]. Les nouveaux antidépresseurs sont plus efficaces à cette fin que les anciens [28].

Médicaments sédatifs-hypnotiques

Ces médicaments peuvent être efficaces pendant les épisodes maniaques pour procurer le calme dont la personne a besoin, mais ils ne doivent être prescrits que pour de courtes périodes, car ils créent une dépendance. Les benzodiazépines (Valium), le lorazépam (Ativan), l'alprazolam (Xanax) et le clonazépam (Rivotril) en sont des exemples.

Prise de médicaments

Les personnes atteintes de troubles bipolaires — tout comme les personnes atteintes d'autres maladies — peuvent prendre leurs médicaments de manière irrégulière et les arrêter une fois qu'elles se sentent mieux. Plusieurs raisons peuvent être à l'origine d'une rechute. Tout d'abord, l'arrêt soudain d'un médicament utilisé pour contrôler les symptômes du trouble bipolaire peut entraîner une réapparition plus probable de ces symptômes [30]. Deuxièmement, même en cas d'arrêt progressif, il est probable que les symptômes réapparaissent. C'est une dure réalité, mais il n'existe actuellement aucun traitement curatif de la maladie bipolaire. Les personnes atteintes de troubles bipolaires peuvent mener et mènent effectivement une vie saine, heureuse et productive. Un élément essentiel de leur bien-être est la gestion efficace et à long terme de leur traitement.

L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utile pour le trouble bipolaire, en particulier pour les épisodes dépressifs [31]. Elle est particulièrement utile lorsque d'autres combinaisons de médicaments ont été essayées sans succès. L'ECT peut sembler effrayante, mais elle existe depuis des décennies, elle a fait l'objet de recherches approfondies et elle est généralement sûre [31].

Psychothérapie

La psychothérapie est souvent utilisée en association avec des médicaments pour traiter le trouble bipolaire. La psychothérapie comprend la psychothérapie interpersonnelle (examen des modèles de relation avec soi-même et les

autres), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (examen de la manière dont les pensées et les humeurs influencent les comportements, et vice versa) et la thérapie familiale (examen de la manière dont les relations étroites peuvent devenir saines et solidaires). La psychoéducation est souvent très utile et peut aider les personnes à repérer les « signes avant-coureurs » d'un épisode imminent de manie/hypomanie ou de dépression. Elle peut également aider les personnes à apprendre à mieux équilibrer leur vie.

Mener une vie équilibrée et avoir un rythme circadien cohérent : Tout le monde bénéficie d'un équilibre dans la vie, mais, pour les personnes atteintes de troubles bipolaires, l'équilibre est encore plus important. Des habitudes de sommeil régulières et saines sont cruciales, car le manque de sommeil ou les habitudes fluctuantes de veille et de sommeil peuvent entraîner une rechute. Une bonne alimentation, l'exercice physique, la stabilité financière, des activités significatives, la participation à la vie communautaire, le plaisir de la nature ou des arts, ainsi que l'attention portée à la spiritualité peuvent être des ingrédients supplémentaires importants pour une vie saine. En raison des conséquences déstabilisantes pour l'humeur d'un stress prolongé ou extrême, les personnes atteintes de trouble bipolaire doivent porter une attention particulière à la qualité de leurs relations personnelles et professionnelles. Personne ne peut éviter le stress en permanence, mais il est vraiment important de comprendre que le stress excessif est en fait dangereux pour les personnes atteintes de trouble bipolaire.

Luminothérapie et chronothérapie

Pour les épisodes dépressifs, la luminothérapie peut être utile aux personnes atteintes de troubles bipolaires et ne présente pas les effets secondaires typiques des médicaments [33], bien qu'il faille veiller à ne pas induire de manie ou d'hypomanie avec une exposition trop importante à la lumière. Les traitements à venir pour l'ensemble des symptômes bipolaires pourraient inclure la chronothérapie, en mettant l'accent sur le réglage des rythmes circadiens et du sommeil [34, 35].

Possibilités prometteuses

Il existe des preuves que la kétamine et les médicaments connexes peuvent être utilisés pour traiter avec succès le trouble bipolaire [31, 32]; des essais de recherche sont en cours pour évaluer cette possibilité au Canada et ailleurs. De plus, des thérapies « neuro-modulatoires » (stimulation cérébrale directe ou indirecte, par exemple) pourraient être disponibles à l'avenir, mais actuellement, elles ne sont pas approuvées pour le traitement. Les chercheurs dans ce domaine continuent de s'efforcer de trouver des moyens de diminuer les symptômes et d'améliorer la vie des personnes atteintes de trouble bipolaire.

Il est important de comprendre qu'il peut être particulièrement difficile pour une personne atteinte de trouble bipolaire de « renoncer » à une humeur hypomaniaque ou légèrement maniaque. En effet, l'hypomanie (en particulier l'hypomanie euphorique) peut amener une personne à ressentir des émotions plus intensément, à avoir un surplus d'énergie et à atteindre davantage ses objectifs. Une personne peut se sentir spéciale, forte, intelligente ou heureuse comme jamais elle ne le serait dans un état d'esprit plus équilibré. Certaines personnes ont l'impression de passer à côté de parties importantes d'elles-mêmes et de leur vie si leur humeur est très bien contrôlée et qu'elles n'ont plus ces états émotionnels extrêmes. C'est pourquoi la psychothérapie et le soutien des pairs et de la famille peuvent tous être utiles.

Groupes d'entraide et soutien par les pairs

Les groupes de pairs et d'entraide constituent une partie importante du traitement. Ces groupes offrent le message accueillant suivant : « vous n'êtes pas seul ». Les membres peuvent échanger des histoires personnelles, des expériences de traitement efficaces (et moins efficaces), partager des stratégies d'adaptation et se soutenir mutuellement dans les bons et les mauvais moments. Ils parlent également de leurs expériences de stigmatisation et partagent des moyens de se soutenir mutuellement. Cela peut aider à renforcer l'estime de soi dans les moments difficiles de la maladie.

Les familles et les aidants naturels

Les familles et les amis qui soutiennent les personnes atteintes de troubles bipolaires peuvent eux-mêmes avoir besoin de soutien. Les groupes d'entraide et de pairs sont considérés comme un moyen important pour eux de comprendre ce que vit leur proche et de l'aider à faire face à sa maladie. Ces groupes offrent également aux familles et aux soignants la possibilité de partager des renseignements, des ressources et des mécanismes d'adaptation pour préserver leur propre santé mentale. Grâce à leur expérience personnelle, les pairs qui sont « passés par là » peuvent aider les familles à aborder des sujets difficiles, comme la prise de médicaments — un problème auquel les familles et les aidants sont régulièrement confrontés — ainsi que les conséquences douloureuses d'un épisode maniaque ou dépressif. Vous trouverez des associations provinciales de soutien par les pairs et d'entraide ainsi que d'autres ressources utiles à l'adresse suivante : www.troubleshumeur.ca sous l'onglet « Trouver de l'aide ».

Que réserve l'avenir?

Grâce à un traitement approprié, les personnes atteintes de troubles bipolaires mènent une vie pleine et productive.

Le terme « rétablissement » est le mot que les gens utilisent pour décrire ce qu'est la vie avec un trouble bipolaire. Le rétablissement ne veut pas dire guérison. Il s'agit de vivre une vie significative, saine et chaleureuse, malgré les difficultés liées à la maladie mentale. La recherche

médicale se poursuit pour trouver un remède, il est donc réaliste de garder espoir. Au fil des découvertes, un remède durable pourrait voir le jour.

Où pouvez-vous obtenir plus de renseignements?

La Société pour les troubles de l'humeur du Canada (STHC) est un organisme de bienfaisance enregistré qui a été officiellement lancée et constituée en 2001 avec l'objectif de procurer aux personnes atteintes de troubles de l'humeur une représentation forte et solidaire à l'échelle nationale visant à améliorer l'accès aux traitements, alimenter la recherche, définir le développement de programmes et les politiques gouvernementales pour améliorer la qualité de vie des personnes touchées par les troubles de l'humeur. Au fil de son évolution, la STHC est devenue l'une des ONG canadiennes les plus « branchées » en santé mentale, ayant démontré sa capacité à établir et à maintenir des partenariats significatifs et continus avec les secteurs public, privé et à but non lucratif partout au pays.

Le site Web de l'organisme (troubleshumeur.ca) contient plus de renseignements sur le trouble bipolaire et les médicaments, la dépression ainsi que d'autres troubles de l'humeur. Vous y trouverez un large éventail de ressources éducatives, de soutiens, de programmes et d'outils, ainsi que des liens vers les associations provinciales de troubles de l'humeur. Il convient de signaler qu'une publication populaire de la STHC, intitulée « Quelques faits : maladie mentale et toxicomanie au Canada » donne accès à des centaines de faits au sujet de la santé mentale et de la maladie mentale, dans un format facile à lire.

Notre site Web, ladepressionfaitmal.ca, fournit d'autres renseignements sur la dépres-sion, y compris les causes et les symptômes, de l'information sur le rétablissement et la ges-tion de vos symptômes de dépression, les questions à poser à votre médecin, des renseignements pour la famille et les amis, et plus. Avec plus de 3 millions de visiteurs, et offerte en quatre langues, cette ressource vous sera d'une aide précieuse dans votre parcours.

Comment pouvez-vous aider?

À la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, nous nous efforçons d'appuyer les besoins des Canadiens et des Canadiennes dont la vie est touchée par la maladie mentale. Sans un financement de base continu, nous nous fions aux généreux dons de la population pour nous aider dans notre travail. Si vous souhaitez appuyer nos efforts, vous pouvez faire un don déductible d'impôts sur notre site Web ou par la poste à :

Société pour les troubles de l'humeur du Canada,

46 Hope Crescent, Belleville, ON K8P 4S2

info@mdsc.ca | www.troubleshumeur.ca

La STHC dirige également la campagne nationale Surmontez la dépression. Vous pouvez participer à une marche, à une course et à d'autres activités physiques et sociales afin de collecter des fonds pour soutenir les programmes et les services de santé mentale. Prenez position, soutenons-nous mutuellement et luttons ensemble contre la maladie mentale. Veuillez consulter le site : www.defeatdepression.ca.

RÉFÉRENCES

1. Born, C., et coll., Mania and bipolar depression: complementing not opposing poles-a post-hoc analysis of mixed features in manic and hypomanic episodes. Int J Bipolar Disord, 2021. 9(1): p. 36.

2. Judd, L.L., et coll., A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry, 2003. 60(3): p. 261-9.

3. Judd, L.L., et coll., The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry, 2002. 59(6): p. 530-7.

4. Baldessarini, R.J., G.H. Vázquez, et L. Tondo, Bipolar depression: a major unsolved challenge. Int J Bipolar Disord, 2020. 8(1): p. 1.

5. Merikangas, K.R., et coll., Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. Archives of General Psychiatry, 2011. 68(3): p. 241-251.

6. Kupka, R.W., et coll., Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. J Clin Psychiatry, 2003. 64(12): p. 1483-94.

7. Johansson, V., et coll., A population-based heritability estimate of bipolar disorder - In a Swedish twin sample. Psychiatry Res, 2019. 278: p. 180-187.

8. Polga, N., et coll., Parental age and the risk of bipolar disorder in the offspring: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand, 2022.

9. Solmi, M., et coll., Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry, 2021.

10. McDonald, K.C., et coll., Prevalence of Bipolar I and II Disorder in Canada. The Canadian Journal of Psychiatry, 2015. 60(3): p. 151-156.

11. Kessler, R.C., K.R. Merikangas, et P.S. Wang, Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. Annu Rev Clin Psychol, 2007. 3: p. 137-58.

12. Ayano, G., et coll., A systematic review and meta-analysis of the prevalence of bipolar disorder among homeless people. BMC Public Health, 2020. 20(1): p. 731.

13. de Sousa Gurgel, W., et coll., Prevalence of bipolar disorder in a HIV-infected outpatient population. AIDS Care, 2013. 25(12): p. 1499-1503.

14. Palmier-Claus, J.E., et coll., Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry, 2016. 209(6): p. 454-459.

15. Agnew-Blais, J. et A. Danese, Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2016. 3(4): p. 342-9.

16. Dagani, J., et coll., Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder. Can J Psychiatry, 2017. 62(4): p. 247-258.

17. Sandstrom, A., et coll., Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in people with mood disorders: A systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand, 2021. 143(5): p. 380-391.

18. Frías, Á., I. Baltasar, et B. Birmaher, Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. J Affect Disord, 2016. 202: p. 210-9.

19. Gitlin, M.J., Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy. Int J Bipolar Disord, 2018. 6(1): p. 25.

20. Tokumitsu, K., et coll., Real-world clinical predictors of manic/hypomanic episodes among outpatients with bipolar disorder. PLoS One, 2021. 16(12): p. e0262129.

21. Martini, J., et coll., Early detection of bipolar disorders and treatment recommendations for help-seeking adolescents and young adults: Findings of the Early Detection and Intervention Center Dresden. Int J Bipolar Disord, 2021. 9(1): p. 23.

22. Hunt, G.E., et coll., Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord, 2016. 206: p. 331-349.

23. Messer, T., et coll., Substance abuse in patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res, 2017. 253: p. 338-350.

24. Marmet, S., et coll., Reconsidering the associations between self-reported alcohol use disorder and mental health problems in the light of co-occurring addictions in young Swiss men. PLoS One, 2019. 14(9): p. e0222806.

25. Gibbs, M., et coll., Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord, 2015. 171: p. 39-47.

26. Varela, R.B., et coll., Contributions of epigenetic inheritance to the predisposition of major psychiatric disorders: Theoretical framework, evidence, and implications. Neurosci Biobehav Rev, 2022. 135: p. 104579.

27. Nestsiarovich, A., et coll., Predictors of diagnostic transition from major depressive disorder to bipolar disorder: a retrospective observational network study. Transl Psychiatry, 2021. 11(1): p. 642.

28. Simonetti, A., et coll., Stabilization Beyond Mood: Stabilizing Patients With Bipolar Disorder in the Various Phases of Life. Front Psychiatry, 2020. 11: p. 247.

29. Altshuler, L.L., et coll., Switch Rates During Acute Treatment for Bipolar II Depression With Lithium, Sertraline, or the Two Combined: A Randomized Double-Blind Comparison. Am J Psychiatry, 2017. 174(3): p. 266-276.

30. Tondo, L. et R.J. Baldessarini, Discontinuing psychotropic drug treatment. BJPsych Open, 2020. 6(2): p. e24.

31. Fornaro, M., et coll., The concept and management of acute episodes of treatment-resistant bipolar disorder: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord, 2020. 276: p. 970-983.

32. Xiong, J., et coll., The acute antisuicidal effects of single-dose intravenous ketamine and intranasal esketamine in individuals with major depression and bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res, 2021. 134: p. 57-68.

33. Wang, S., et coll., Bright light therapy in the treatment of patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 2020. 15(5): p. e0232798.

34. Doho, H., et coll., Transition of Neural Activity From the Chaotic Bipolar-Disorder State to the Periodic Healthy State Using External Feedback Signals. Front Comput Neurosci, 2020. 14: p. 76.

35. Esaki, Y., et coll., A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of adjunctive blue-blocking glasses for the treatment of sleep and circadian rhythm in patients with bipolar disorder. Bipolar Disord, 2020. 22(7): p. 739-748.

© Droit d'auteur 2022 Société pour les troubles de l'humeur

Date de publication de la troisième édition : mars 2022

Mood Disorders Society of Canada
Société pour **les troubles de l'humeur** du Canada

© Mai 2022 par la Société des troubles de l'humeur du Canada. Tout droit réservé. Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, ni selon tout autre système informatisé de mise en mémoire sans la permission de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada.