



# Psychoéducation des troubles bipolaires

du 25 mars au 17 juin 2013

***Pôle de psychiatrie et de neurologie du CHU de Grenoble (38000)***

***Chef de pôle Professeur BOUGEROL***

***Travaux dirigés par le Professeur POLOSAN***

25 mars 2013	... <b>Le trouble bipolaire</b> Professeur BOUGEROL.....	2	
8 avril 2013	<b>L'annonce du diagnostic</b> Dr GAOUA .....	5	
15 avril 2013	<b>La prise en charge initiale</b> Dr HOLTZMANN .....	12	<b>1</b>
6 Mai 2013	<b>Repérer, prévenir les risque</b> Dr DUBU .....	15	
27 Mai 2013	<b>Les traitements médicamenteux et psychothérapies</b> .....	19	
	Dr POLOSAN, Mme GARCON Psychologue		
4 juin 2013	<b>Prévenir des rechutes, vivre avec la maladie</b> Dr BUIS.....	22	
17 juin 2013	<b>Signes évoquant un mal-être chez l'enfant et l'adolescent</b> DR Laurent.....	25	

*(Le CHU de Grenoble est l'un des 9 Centres Experts du trouble bipolaire de la fondation FondaMental en France. Les centres experts ont pour mission de mettre en place un dispositif innovant et précurseur de politique de soin et de prévention. La fondation FondaMental est un outil de recherche. Elle a pour partenaires plusieurs universités, le CEA et l'INSERM.)*

**K2**

*Maison des associations*

*6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble*

*Tel : 06.13.21.44.97*

*[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)*



1<sup>ère</sup> séance du 25 mars 2013

Professeur BOUGEROL, chef du pôle psychiatrique et neurologique du CHU de Grenoble

## Le trouble bipolaire

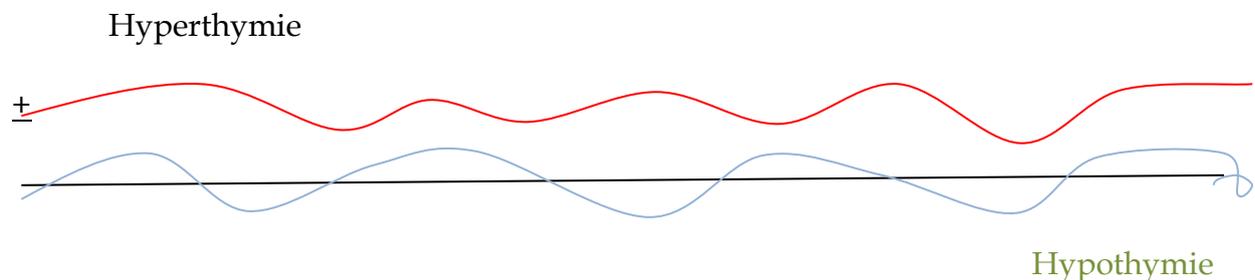
Définition de la bipolarité : C'est une maladie des hauts et des bas, avec épisodes dépressifs spontanés, récidivants et souvent profonds (mélancolie). En général, les épisodes se présentent  $\frac{3}{4}$  en dépression et  $\frac{1}{4}$  en période maniaque (quelquefois peut être quasiment inexistant).

- épisodes dépressifs : c'est la marque de cette maladie, l'équilibre du cerveau se rompt, l'humeur se modifie
- épisodes d'exaltation (manie) : période plus grave difficile à soigner
  - isolés
  - succède à une dépression
  - parfois atténués (hypomanies) difficiles à diagnostiquer

2

Le trouble bipolaire est difficile à repérer, par rapport aux autres dépressions sachant que le traitement médicamenteux n'est pas le même et peut, en cas d'erreur de prescription, aggraver la maladie.

C'est une maladie à nature cyclique avec alternance d'épisodes dépressifs et d'exaltations. Des périodes de stabilité existent, le début de la maladie est souvent précoce (fin d'adolescence ou début adulte) et l'évolution se fait sur la vie entière.



**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



- A l'état de consolidation de la maladie, un traitement peut permettre son arrêt dans 10 à 15 % des cas

Les facteurs de stress (événements extérieurs) déclenchent les processus et dérègle l'horloge de l'humeur et le cerveau devient de plus en plus sensible à la dépression ++.

#### Différence dépression unipolaire/bipolaire :

Traitement de **la dépression simple** : le traitement est long mais temporaire, et l'arrêt du traitement se fait si cessation des symptômes (+ 4 mois).

La maladie bipolaire, le dysfonctionnement n'est pas le même, il y a une vulnérabilité préexistante :

- Age de début plus précoce
- Caractère héréditaire plus marqué (polygénie)
- Par ses répercussions défavorables
  - Complications suicidaires
  - Handicap social (absentéisme professionnel)
  - Altération des relations personnelles (divorce)
- Par son caractère plus « biologique »

3

La fréquence de la malade bipolaire est sous-estimée, les études montrent que les formes :

- |                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| • Typiques                  | 0.5 à 1.5 % |
| • Formes avec manie modérée | 0.5 %       |
| • Formes atténuées          | 3 à 5 %     |

La prévalence du « spectre bipolaire » est de 4 à 7 %, soit 5.5 % en moyenne dans la population française.

**K2**

Maison des associations  
6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble  
Tel : 06.13.21.44.97  
[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



En prévention, il est conseillé de :

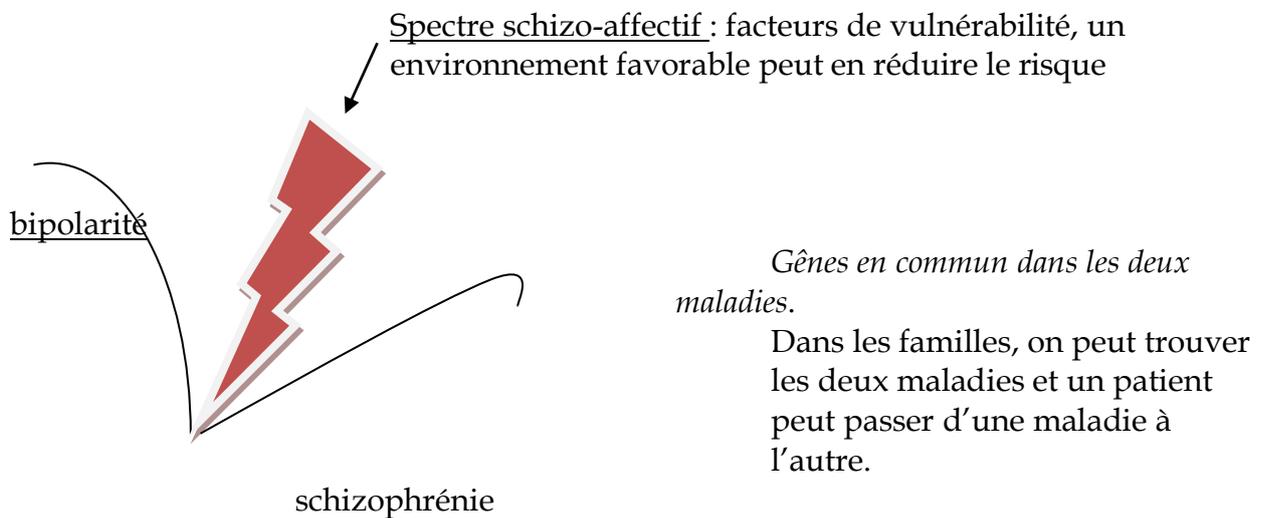
- Ne pas se priver de sommeil
- Faire attention aux voyages (fuseaux horaires)
- Faire attention aux activités en 3/8
- Trouver les personnes porteuses de vulnérabilité

Différence schizophrénie/bipolaire :

- Par une hérédité différente mais âge de début comparable
- Par l'atteinte préférentielle de la perception de la réalité (délires, hallucinations...) pour la schizophrénie
- Troubles des rythmes chrono-biologique de l'humeur pour la maladie bipolaire

La médecine fait une distinction (phénomène d'anticipation génétique). La schizophrénie peut conduire au leadership, à la créativité (Camille Claudel) à la combativité, à l'initiative.

4



Point de vue des patients (enquête 1994, 2000)

- Délai de diagnostic trop long (10 ans pour 1/3 des cas)
- Traitement tardif et inadéquat au début de la maladie (36 % ne reçoivent pas de traitement adéquat avant 10 ans d'évolution)

**K2**

Maison des associations  
6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble  
Tel : 06.13.21.44.97  
[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



## 2<sup>ème</sup> séance du 8 avril 2013

Docteure Zohra GAOUA, Cheffe de clinique/Psychiatrie Générale ; Unité D. Villard Hôpital de Grenoble

### L'annonce du diagnostic en psychiatrie

**L'information** est un droit du patient (loi du 4 mars 2002), elle va concerner le droit à la santé, le traitement, le consentement libre et éclairé et l'entretien individuel.

L'art. 35 précise que c'est un devoir du médecin, l'information doit être loyale, claire et appropriée sur l'état du patient.

Le pronostic vital doit se faire avec circonscription et les proches renseignés. L'art. 4 précise le secret professionnel : droit du patient, devoir du médecin.

La Loi d'août 2011 sur les soins sans consentements en psychiatrie concerne :

- Soins sous contrainte à la demande d'un tiers SDT (en cas d'urgence, sans tiers)
- Soins à la demande d'un responsable de l'Etat

Concernant la notion de contrainte et programme de soins ambulatoires, le juge vérifie la nécessité de l'hospitalisation pour tout patient concerné

30 % des hospitalisations sont des hospitalisations sous contraintes et 1/10 soit 3 % des cas avec soins sous contraintes.

La psychiatrie comme discipline clinique présente une évolution des concepts. La notion de trouble mental et les classifications évoluent :

- 1.2.3.4 Le DSM Diagnostic Manuel Statistiques est une volonté d'harmoniser les classifications (on catégorise les maladies avec leurs signes particuliers)
- 2013 se dirige d'une approche catégorielle vers une approche dimensionnelle (certains symptômes sont communs à différentes maladies : délire, humeur...)

Conséquence : évolution de la relation médecin/malade en psychiatrie.  
(obligation de formation continue par les médecins)

**Le diagnostic est un enjeu important** pour la suite de la maladie, les recherches avancent sur ces problématiques, l'exemple du trouble bipolaire :

- Evolution de la psychose maniaco-dépressive en troubles bipolaires

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



- Détermination de sous-types par la cyclothymie (critère de durée)
- 8 formes par l'approche AKISKAL
- Délai du début du trouble au diagnostic : il faut compter 10 ans
- Troubles affectifs bipolaires : code DSM

## Quel moment pour l'annonce du diagnostic ?

Pour l'instant, on ne décèle pas encore complètement la différence entre dépression unipolaire et bipolaire.

- Problème de la phase initiale de l'hospitalisation
  - o Doute sur le diagnostic
    - % d'évolution après un 1<sup>er</sup> épisode
    - % de trouble bipolaire avec épisode psychotique initial
  - o Réceptivité du patient ou diagnostic
  - o Demande de la famille plus que le patient
  - o La question du secret professionnel (mineurs, nécessité de l'accord des parents)
- Les objectifs de l'annonce
  - o Pour le patient
    - Acceptation du trouble ; acceptation des soins au long cours ; (acteur de sa santé)
    - Faire valoir les droits sociaux des patients (ALD, MDPH...)
  - o Pour l'entourage
    - Responsabilisation de l'entourage = acteur de la santé
    - Adapter son comportement vis-à-vis du proche
    - Connaître les risques pour les membres de la famille
    - D'autres membres de la famille concernés
- Conséquences de l'annonce
  - Les représentations de la maladie
  - Définition « croyances » issues du bon sens populaire propre aux patients et concernant leur maladie
  - 5 dimensions des représentations de la maladie
    - Identité : diagnostic et symptômes de la maladie
    - Cause perçue de la maladie

6

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



- Chronologie (durée de la maladie)
- Conséquences
- Curabilité ou la contrôlabilité

Préserver l'entourage, c'est donner de la chance aux patients. Il est à noter que l'impact de la maladie va concerner 3 personnes de l'entourage.

#### A/ Modèles d'auto-régulation

Stade 1. Interprétation : recherche de sens, croyances sur la maladie ; changements de l'état émotionnel

- Perceptions symptômes (variable d'un individu à l'autre)
- Influence de l'humeur, cognition et de l'environnement social sur cette perception

Stade 2. Capacité de coping (pouvoir de faire face)

- Mise en œuvre de réponses cognitives
- Evaluation de la maladie : choc, retrait, déni, réactions...
- Ajustement à la maladie

Stade 3. Evaluation / poursuite ou changement

7

#### **Ces trois stades interagissent de manière continue**

#### B/ Théorie de l'adaptation cognitive/ Modèle d'ajustement

3 processus

- Recherche de sens
- de maîtrise
- processus de self-ajustement

*Le déni, c'est une façon de contrôler les choses : réaction de défense*

Comment délivrer l'information ?

- D'abord, ce que le patient sait
- Puis elle doit être graduée :
  - symptômes actuels
  - pathologie
  - son évolution

L'information sur le diagnostic doit être suivie d'une information sur les soins et le diagnostic est un processus dans le temps, à reprendre, à revoir... pour le patient et son entourage.

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



### **3<sup>ème</sup> séance du 15 avril 2013**

Docteur HOLTZMANN Jérôme, Psychiatre de l'Unité D. Villard ; Hôpital de Grenoble

## **La prise en charge initiale**

Enjeux :

### **Le contexte de l'urgence**

- Pouvoir identifier qu'il s'agit d'une maladie, quel déclencheur,
  - accident, rupture, deuil... ?
- Savoir ce que l'on doit faire (la période maniaque peut être vécue comme positive !)
- A qui s'adresser (médecin généraliste, urgences hospitalières, psychiatre libéral ?)

8

Les formes à début précoce augmentent (avant 15 ans), et le pic pour les hommes se situe de 20 à 25 ans et pour les femmes de 45 à 55 ans.

Il faut considérer le rapport bénéfice/risque, car la dépression chez l'adolescent s'exprime de manières diverses, et la prise en charge thérapeutique peut avoir des effets toxiques (antidépresseurs donnés à mauvais escient) car différence de prise en charge dépression unipolaire/bipolaire.

Les antécédents familiaux et la vulnérabilité génétique doivent être considérés également.

### **La 1<sup>ère</sup> hospitalisation**

- Aux Urgences
- Dans un CMP centres médicaux thérapeutiques
- En Centre bipolaire

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Il est plus facile de traiter la maladie après 10 ans qu'avant.

### Dans quel cadre ?

- Libre ou sans consentement, seules 3 % des hospitalisations et soins sont sans consentements et uniquement dans le service public de l'hôpital.
- Découverte d'un environnement « particulier » (privation de liberté, chambre d'isolement, entrave...).
- Questions des objectifs de l'hospitalisation :
  - o Définir un diagnostic
  - o Donner ou changer un traitement
  - o Les moyens : soins par médicaments, activités diverses, psychothérapies, mesures de restriction (financière par ex.)

La contrainte est possible dès la première hospitalisation mise en place par les médecins, (privation de liberté, entrave, etc.) le juge des libertés étant garant, il examine systématiquement la situation des personnes au bout de 14 jours puis au bout de 6 mois.

La fermeture des services hospitaliers existe si les personnes hospitalisées le nécessitent (logique médicale), c'est **une mesure de protection**.

9

Quelques unités dans l'agglomération grenobloise

- 3 structures d'Hôpital de jour Cassiopee à Echirolles ouverture récente,
- Pablo Neruda à Saint Martin d'Hères et la MGEN à Grenoble
- Une unité post-études pour les 15-25 ans à la Clinique du Grésivaudan

### **La question du diagnostic**

- Face à un état maniaque (40 % des personnes en état maniaque ont des symptômes psychotiques)
- Face à un état dépressif (2/3 bipolaire débute la maladie ainsi)
  - De type 1 : 50 % du temps de vie en dépression
  - De type 2 : 80 % du temps de vie en dépression
- Face à un autre problème psychiatrique (épisode mixte), le traitement antidépresseur est nocif.

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Les facteurs déclenchants sont les changements d'horaires, les troubles anxieux, tout cela a une influence sur l'organisme.

La revue scientifique aux USA relayée par Sciences et Vie évoque le logiciel classant les dépressions à l'aide des IRM des patient-e-s. Cette méthode s'avère être limite pour le médecin.

### La mise en place du traitement

Types :

- Episodes de troubles bipolaires : écart de quelques mois pour phase de soins et perception de la maladie
- Donner les enjeux du suivi

Quel type de suivi psychiatrique ?

- Libéral
- CMP
- Suivi spécialisé
  - 1<sup>er</sup> épisode dépressif ~~traitements~~ un ~~meilleur~~ arrêt ~~traitements~~ récidive
  - ⇒ 1<sup>er</sup> épisode maniaque ~~soins~~ d'une année ~~traitements~~ préventif

10

Actuellement ces modalités sont en train d'évoluer, avec une efficacité supérieure.

Plus on souffre de la maladie, plus le corps souffre et résiste aux médicaments. Des soins en prévention se mettent en place (psychothérapie, mais l'accord du patient est fondamental).

Il manque des marqueurs prédictifs :

- pour la réussite du traitement
- l'équilibre de la maladie,

Des effets secondaires néfastes peuvent s'exprimer (fatigue, prise de poids, boulimie, anorexie...).

**Le retard dans le diagnostic augmente les risques d'effets néfastes sur la personne.**

### Questions

1 / La place des familles dans la prise en charge du patient :

- Elle se discute selon ce que souhaite le/la patient-e ;
- le secret professionnel s'impose aux médecins (hors hospitalisation sous contrainte) ;
- le malade est prioritaire sur la famille

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



- le contact avec la famille s'impose aux soignant-e-s

La vision psychanalytique est une position encore tenue par certains médecins psychiatres, mais de moins en moins (mère castratrice).

2/ Pour faire face au déni du patient :

- Montrer les décalages entre ce qui est perçu et la réalité (dormir, dépenser, manger...)
- C'est un mécanisme de défense qui ne tient pas longtemps

3/ Nombre de lits dans l'agglomération

Attente de 6 semaines pour adolescents et en temps moindre pour les adultes.

Il manque des lits pour les enfants.

.-.-.-



#### 4<sup>ème</sup> séance du 6 Mai 2013

Docteur DUBUC, Psychiatre de l'Unité D. Villard ; Hôpital de Grenoble

## REPERER, PREVENIR LES RISQUES

### L'état dépressif ou l'idée de « faute »

- Ses symptômes sont l'abattement, une forme d'engluement, l'hypermnie (troubles du sommeil), la fatigue, la tristesse, le ralentissement, l'anorexie, l'hyperphagie, l'inhibition, une grande sensibilité. Il peut y avoir une généralisation de noirceur chez les autres (tout le monde vit la même chose que soi).
- Son évolution est lente, elle peut se présenter par épisodes, mêlée d'angoisses quelquefois, d'anxiété en début de dépression,
- Concernant **la maladie bipolaire**, les symptômes sont les mêmes, l'évolution peut se faire sur plusieurs semaines.

12

Il y a variabilité des symptômes selon les personnes, et l'entourage est dans l'angoisse permanente.

A/ Prévention de l'acte suicidaire : les idées et intentions suicidaires doivent pouvoir être exprimées par la personne (60 à 70 % des suicidés sont des dépressifs).

Exemple de paroles : « *je vois que tu es mal, penses-tu à des idées suicidaires ?* », il faut oser poser la question, c'est utile pour la personne, car elle aura peur de l'évoquer auprès des autres. Aborder la souffrance et le mal-être n'est pas facile...

Question « *Evoquer le suicide, cela peut-il être de la manipulation ?* » Oui, possible, mais dans le sens d'un appel à l'aide, l'effet manipulateur est positif, même si la situation de relation s'avère compliquée. Il ne faut pas hésiter à poser la question (orienter, accompagner, aider) même si cela reste un tabou.

Le protocole, c'est échanger avec la personne, et faire une évaluation du traitement. Ne pas banaliser la souffrance. Les filles font plus de tentatives de suicide (TS) avec des

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



séquelles importantes puis repartent après cette période – deux sur trois retrouvent un équilibre.

Pour l'entourage, la gravité de la situation est réelle, il a besoin d'être écouté et pris en charge.

Les changements de saison sont propices aux formes de dépression (printemps et automne notamment) il y a une sensibilité accrue des personnes malades.

Un moyen de prévention efficace, c'est aussi de ne pas posséder d'armes à feu, qui souvent produisent le passage à l'acte.

B/ Episode dépressif : il peut durer de 8 à 12 mois, et un traitement atténue la durée (thymo-régulateur, spécifique) alors qu'un antidépresseur déstabilise l'humeur. Souvent on trouve le/la conjoint-e du malade sous antidépresseur.

Exemple : Dans la Région des pays de Loire, une modalité s'est mise en place pour la **dépression unipolaire** : les médecins généralistes ont été formés et sont les premiers intervenants pour les patients.

Pour la maladie bipolaire, les liens généralistes et spécialistes restent à améliorer dans l'ensemble de la France.

**Comment réagir ?** un accompagnement est possible (parler doucement, quelques sujets seulement, ne pas poser de questions...)

**Les causes** : pas d'explications notoires, modification (toxicité, difficulté au W, promotion non assumée, ...)

La Dépression est différente de la déprime : cette dernière sous-tend des symptômes légers, deuils, séparations, pertes... Alors que la dépression est un épuisement psychique, une maladie biologique, des poussées incontrôlables, engendrant stress, fatigue...

**L'Etat maniaque ou** « l'idée que tout est possible »,

Il peut être marqué par une légèreté d'esprit, un sentiment d'euphorie, un plaisir intense, une mise en danger, une capacité renforcée, une dispersion, une sensibilité accrue, une irritabilité, de l'hypersyntonie (état de toute puissance), avec des moments de rire et de colère.

Dans cet état, on a tendance à se confronter à des expériences toxiques, sexuelles...

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Concernant les troubles bipolaires, l'alcool et le cannabis canalisent les angoisses et l'état dépressif (il est maintenant confirmé que le cannabis peut soigner).

Il existe des formes de bipolarité hypomaniaques, il y a excitation psychique équilibrée, et on se met peu en danger. Sans état maniaque, la bipolarité est difficile à définir.

Il faut repérer tôt l'épisode maniaque, car c'est comme un rouleau compresseur : au début, troubles du sommeil, arrêt du traitement - ne pas hésiter à appeler le médecin tout en informant le malade, les étudiant-e-s sont à l'heure actuelle formé-e-s à l'écoute des familles.

### **L'Etat mixte** ou la mise en danger

C'est une forme plus compliquée à traiter, il y a symptômes dépressifs mais hyperactivité avec tristesse, pessimisme, activisme.

Il peut être favorisé par un traitement mal adapté, c'est un mélange explosif avec des phases de latence où la personne est équilibrée.

14

En cas de grossesse, un traitement compatible est proposé.

.-.-.-

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



5<sup>ème</sup> séance du 27 Mai 2013

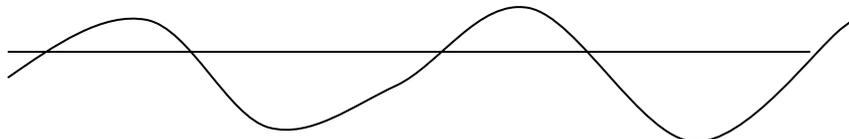
Docteur POLOSAN, Psychiatre de l'Unité D. Villard ; Hôpital de Grenoble  
Mme GARCON S. Psychologue

## LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ET PSYCHOTHERAPIES

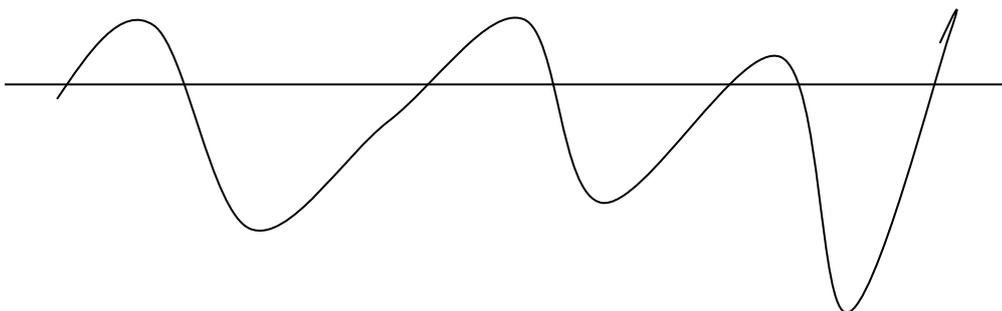
### LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Les traitements médicamenteux représentent l'essentiel du traitement, notamment pour ce qui concerne la bipolarité, les thymo-régulateurs.

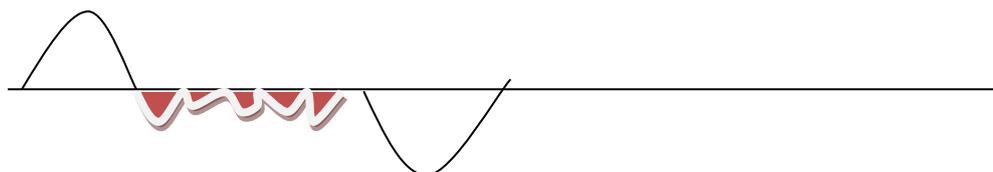
Type 1 : 50 % du temps de vie en dépression



Type 2 : 80 % du temps de vie en dépression (irrégulier)



Des symptômes résiduels entre les phases de rechutes peuvent exister :



**K2**

Maison des associations  
6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble  
Tel : 06.13.21.44.97  
[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Le traitement est adapté au profil clinique du/de la patient-e, selon l'état du sujet (des contre-indications peuvent survenir en lien avec des problèmes somatique, thyroïdien...).

Il est vrai que **la personnalité de l'individu va interagir** sur les troubles maniaco-dépressifs.

S'il existe un retentissement fonctionnel, le traitement est indispensable ; s'il existe des troubles légers, un traitement psychothérapeutique peut suffire ; Et s'il existe des antécédents familiaux, le traitement de la personne concernée peut indiquer une voie possible.

## TRG

A/ Les sels de lithium (Li)

B/ Les anticonvulsivants (AC)

C/ Les antipsychotiques (AP)

D/ Les Electro convulsion thérapie, électrochocs, (E C T) ou (T M S)

Les traitements médicamenteux produisent un effet au bout de plusieurs semaines (12 en général) car **ils vont modifier le degré de plasticité cérébrale.**

16

### A/Le Li (Lithium)

**Le Li répond bien pour le type 1.** Une résistance peut avoir lieu si plusieurs épisodes d'arrêt du traitement ont lieu. Il ne faut pas oublier de le prendre régulièrement.

Une stabilisation sur 5 années diminue le risque de rechute de 50 %, il a donc une action sur la prévention des rechutes et régule les deux phases tant maniaque que dépressive (plus rares et moins intenses).

Il ne peut être associé avec certains médicaments, tels les anti-inflammatoires, et un dosage sanguin s'effectue pour rechercher sa concentration (taux entre 0,8 et 1,2) tous les mois pendant trois mois en début de traitement, puis tous les trois mois. Les analyses de la thyroïde s'effectuent annuellement et celle du rein, tous les deux ans car ce sont des effets secondaires possibles procurant tremblements, soifs, nausées, perte d'équilibre....

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



En ce qui concerne l'alimentation iodée, il n'y a aucune contre-indication, et pour l'eau minérale en bouteille, ne pas trop consommer d'eau bicarbonatée.

Un traitement antidépresseur doit être temporaire, s'il est prescrit.

## B/Les A C (anticonvulsants)

Ce sont des médicaments anticonvulsivants :

- VPA tels Depakote, Depakin très efficaces contre les rechutes ;
- CB2 (surveillance du foie) ;
- LTG (thymo-régulateur) prévention des rechutes dépressives et Lamictal (à introduire progressivement car surveillance de la peau, 0,4 % allergies squames et contre-indication pour la grossesse).

On peut associer différents traitements (Li + LTG) ou (AC + AP) suivant la polarité du trouble du/de la patient/e.

17

## C/Les A P (antipsychotiques)

Selon la tolérance individuelle au traitement, des antipsychotiques peuvent être proposés :

- Xéroquel (effet sédatif, prévention phase dépressive)
- Abilify (traitement plus adapté aux phases maniaques)
- Zyprexa (effets secondaires possibles, poids, glucose, triglycérides, cholestérol)
- Risperdal

La sédentarité accentue les effets secondaires, un dosage bien effectué doit permettre de bien se sentir, surtout le traitement ne doit pas être diminué en cas de bien-être !

## D/Les E C T (sismothérapies)

C'est un traitement qui s'adresse aux dépressions très sévères, persistantes, voire mélancolique (pas du tout pour les phases maniaques), les effets secondaires produits, perte de mémoire, amnésie lapidaire se récupèrent au bout de 6 mois d'arrêt de la cure.

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Une hospitalisation est nécessaire et l'intervention se fait sous anesthésie, l'électrochoc vise à équilibrer les oscillations cérébrales, et doit améliorer l'état du patient.

Le risque de rechute est réel, une séance tous les deux mois paraît nécessaire pour la stabilisation + un relais médicamenteux.

### *Les PSYCHOTHERAPIES*

& La psychoéducation : **thérapie de groupes** bipolaires (10/12 pers.) sur 12 séances : Il/elle apprend :

- à s'auto-observer au quotidien,
- à se donner des techniques,
- à voir ce qui relève de la maladie ou non,
- à gérer ses troubles en milieu professionnel et privé,
- à identifier les signes prodromiques (risque de rechutes, sommeil aggravé...).
- 

**Le patient doit devenir expert de son trouble**, les proches peuvent être des aides non négligeables.

L'inscription est ouverte et se fait au secrétariat, la séance dure 1H1/2 voire 2H.

18

& La thérapie cognitive comportementale TCC : elle vise le travail sur l'ici et le maintenant, et est axée sur la motivation de la personne. C'est un travail individuel de ¾ H minimum qui aide au repérage des modes de pensée (échecs à répétition, biais de pensée, rumination dépressive, distorsion cognitive etc.), il faut les repérer et les remettre en question et ainsi améliorer son humeur...

De nouvelles possibilités de prise en charge à Grenoble vont avoir lieu dans les années qui viennent, le rattrapage du retard dans le Dpt 38 va avoir lieu.

#### *Débat*

Les thérapies TCC peuvent – elles modifier le traitement médicamenteux ? oui, possible

Les thérapies systémiques familiales s'effectuent à St Egrève et Chambéry.

Dans les groupes thérapeutiques, sont abordés également les troubles associés, déficit d'affirmation de soi, agressivité, émotions, libido par jeux de rôles, expositions...

Apport de la participation du/de la patient-e dans des groupes de paroles associatives, cela permet de dédramatiser la maladie et de mieux l'accepter.

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



## 6<sup>ème</sup> séance du 4 juin 2013

Docteure Claire Buis, Psychiatrie générale de l'Unité D. Villard ; Hôpital de Grenoble

# PREVENIR LES RECHUTES VIVRE AVEC LA MALADIE

## La prise en charge des patient-e-s ne se résume pas

- A la prise médicamenteuse, mais aussi à
- La qualité de l'alliance thérapeutique
- L'acceptation de la maladie
- La qualité de l'observance
- Au repérage de facteurs précipitants
- A la nature des comorbidités (troubles associés, addictions, troubles de la personnalité)

19

*L'impact de l'environnement a une influence sur le trouble bipolaire,  
c'est une maladie qui limite l'imprévu*

**Le sommeil est un marqueur de la maladie**, il signale les dysfonctionnements, avoir un rythme régulier est important

- L'hyper-somnolence indique plutôt la dépression tandis que le sommeil perturbé indique l'épisode maniaque
- Le cycle du sommeil profond est 23H - 3H, il est important de le respecter, c'est le sommeil de récupération

### 1/ La prise médicamenteuse

Les somnifères doivent être pris que ponctuellement, pour une situation aigüe mais non sur le long terme (ce sont des outils à manipuler avec prudence)

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



La mélatonine (Circadin) permet de régler le rythme du sommeil, elle peut être utilisée lors des voyages pour les décalages horaires (surtout dans le sens OUEST-EST)

Lors d'hospitalisation, un bilan est effectué (cholestérol, surveillance métabolique, examen somatique obligatoire depuis 2011. Car il s'avère qu'en France la durée de vie des patients est écourtée de 15/20 ans par les suicides et les problèmes métaboliques.

Ne pas mélanger des corticoïdes et des psychotropes (danger)

## 2/La qualité de l'alliance thérapeutique

Un entretien régulier avec les soignant-e-s augmente l'espérance de vie des personnes,

Dès le repérage des signes de rechute, **faire appel à son médecin** pour régler le problème (sommeil perturbé, effets secondaires du traitement etc..)

La relation famille/soignants est quelquefois problématique, des blocages persistent mais de moins en moins selon la Docteure, la famille est reçue par l'équipe soignante même en cas de désaccord du malade. La question du secret médical est encore posée mais de moins en moins, notamment par les jeunes médecins, le dossier informatisé permet une meilleure

Collaboration généraliste ~~psychiatre~~

Une personne de confiance identifiée est un atout important pour repérer les changements qui surviennent au long cours.

20

## 3/L'acceptation de la maladie

La première hospitalisation est difficile à accepter par les familles, il peut y avoir entrave et pour les soignants, il est difficile d'en parler avec la famille.

Lors de voyages, prévoir à l'avance les lieux d'hébergements afin de pouvoir dormir rapidement. Etre attentif/ive à son sommeil, car il est **le marqueur des rechutes**.

Bien s'alimenter est facteur positif pour la maladie : c'est encore plus vrai pour les bipolaires, que pour une personne en santé.

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Une activité physique le matin (même 10') est favorable à l'équilibre.

Le déni de la maladie par le/la patient-e va nécessiter une cohésion réelle famille/soignants pour éviter les rechutes et l'aggravation de la maladie.

#### 4/ La qualité de l'observance

Pouvoir composer avec la maladie est une étape importante de sa vie : vivre sa vie, peu d'alcool (mais pas interdit), danse, sport, culture, liens sociaux....

Un pourcentage (non connu) de patients vit presque normalement (W et vie familiale), un autre pourcentage (non connu) est atteint dans sa qualité de vie. La psychothérapie aide à mieux accepter la maladie.

#### 5/ Au repérage de facteurs précipitants

Les signes qui préviennent l'épisode maniaque sont la dispersion, la désorganisation (on fait  $\frac{3}{4}$  choses à la fois), il peut y avoir un début insidieux et il faut être attentif à la rupture de rythme biologique (surmenage professionnel, baisse du sommeil) car c'est facteur de rechute.

Le travail en 3/8 n'est pas recommandé pour les patients, la synchronisation des horaires n'est pas observée et il y a risque d'épisode dépressif (actuellement les troubles bipolaires ne relèvent pas de reclassement professionnel par la médecine du W à l'instar d'autres pays comme le Canada).

#### 6/ A la nature des comorbidités (troubles associés, addictions, troubles de la personnalité)

Le cannabis, drogue douce peut faire décompenser les personnes atteintes de bipolarité.

La prise de poids est souvent due aux médicaments déclencheurs d'appétit (problèmes hormonaux), à l'inactivité (risque de diabète)

*A quel moment évoquer la maladie avec la personne ?*

Aux moments importants mais savoir passer à autre chose, il y a tellement d'autres sujets.....

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



7<sup>ème</sup> séance du 17 juin 2013

Docteure Annie LAURENT, Pédopsychiatre ; Hôpital de Grenoble

## SIGNES EVOQUANT UN MAL-ETRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

### Les Symptômes dépressifs

- Tristesse
- Pleurs
- Idéations suicidaires
- Baisse de l'estime de soi
- Impression de ne pas être aimé-e
- Culpabilité
- Isolement
- Désintérêt
- Augmentation ou baisse de l'appétit
- Insomnies (réveil vers 3 h)
- Hyperactivité
- Colères
- Troubles du comportement
- Chute des résultats scolaires
- Concentration difficile

22

*Les enfants sont rarement dépressifs mais cela arrive après la puberté,  
et cela touche plus les filles*

Ces signes associés posent la question d'un état dépressif, à ne pas confondre avec la morosité, le spleen... des adolescent-e-s qui râlent tout le temps... et qui se cherchent...

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Il existe une vraie réticence à utiliser des médicaments anti-dépresseurs, il faut pourtant trouver des solutions, soit une prise en charge psychologique en associant la famille, soit des anti-dépresseurs IRS, car un épisode traité rapidement peut conduire à la guérison.

Il est nécessaire de chercher la cause : maison, école, copains, séparation des parents etc...

Concernant les enfants entre 7 et 15 ans

Un seul médicament est utilisé, **c'est le Prozac référencé dans l'AMM**, des précautions sont prises, une hospitalisation de 15 jours pour séparer le jeune de son milieu naturel (harcèlement possible, problèmes...), vérifier les réactions et ajuster le traitement.

Pour la prise en charge thérapeutique des enfants/adolescents, un travail avec les familles s'effectue. Un certain nombre d'adolescent-e-s éprouvent un mal-être et ne veulent pas en rajouter à leur famille qui déjà est en difficulté (ils/elles en parlent à la pédopsychiatre).

23

Il a un phénomène d'augmentation d'enfants en mal-être et de plus en plus jeunes, ils/elles quittent l'école (phobies scolaires, anorexies mentales) et l'organisation de classes primaire et secondaire existe à l'hôpital de Grenoble (sa création en 1986 par Mme Tabaret).

La réintégration scolaire est vécue par les soignant-e-s comme fondamentale en pédopsychiatrie, et la création de classes passerelles en soins études (primaires et secondaires) existent au lycée Stendhal à Grenoble.

Quelquefois une attente disproportionnée de la part des familles va causer une baisse de l'estime de soi, il y a trop d'écart entre le MOI et l'IDEAL du MOI, l'enfant ou l'adolescent-e se sentent inférieurs et cela peut devenir cause d'anxiété.

## Les plaintes somatiques à répétition

- Maux de ventre
- Maux de tête
- Maux de dos

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Il peut y avoir une fréquentation excessive d'infirmier scolaire, de services d'urgence, de généraliste, de gynécologue

### L'anxiété

Qu'est ce qui rend anxieux ? Ce sont les pensées qui la génèrent, des techniques de soin cognitivo-comportementales existent pour désensibiliser la personne

**Avoir de la vigilance sur l'anxiété de l'enfant est important**, traiter par relaxation, gestion du stress, du temps, phobie de la saleté... et par médicament si nécessaire. Si on veut agir sur l'anxiété hors AMM c'est un médicament spécifique qui est ordonné.

En soit, l'anxiété à la différence de l'angoisse, est une réaction utile. Elle peut aussi prévenir un danger, être stimulante ou prédire des choses. N'oublions pas que l'entourage du jeune va stresser, dans son contexte familial, social ou professionnel. La famille a besoin de soutien dans ces moments-là.

Il est remarqué que des cours de sexologie réduisent l'anxiété liée à la sexualité naissante du jeune,

## **Le fléchissement des résultats scolaires**

24

- Désintérêt
- Troubles de la mémoire
- Troubles de la concentration
- Fatigue
- Impulsivité

### L'hyperactivité apparue avant l'âge de 7 ans (3 % des naissances)

C'est **le Trouble du Déficit de l'Attention et l'Hyperactivité**, le TDAH, désordre dans le fonctionnement cérébral

.... Le traitement c'est la Ritaline, et dans 50 % des cas, cela passe avec l'évolution des lobes frontaux. Les autres développent des stratégies pour focaliser la concentration.

### L'hyperactivité apparue après l'âge de 7 ans

Bouge beaucoup, ne tient pas en place, est dispersé, c'est la dépression, l'anxiété, échec en classe, voir l'hyperthyroïdie, le retard mental, les médicaments, l'autisme

**K2**

Maison des associations

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



Les techniques de compensation des difficultés sont à chercher : soit faire des études, automatiser des tâches....

## Les troubles du comportement

- Irritabilité
- Changement d'humeur
- Colères
- Agressivité
- Non-respect des limites
- Mauvaises fréquentations

Cela peut concerner des enfants précoces à haut potentiel ou décalés avec un QI supérieur à la moyenne. Ils/elles peuvent se retrouver 1<sup>er</sup>, puis dernier pour échapper aux quolibets ! Mais cela concerne aussi des enfants à retard intellectuel ou d'autres en lien avec des circonstances déclenchantes qui sont **facteurs de risques** :

- Pertes, deuils,
- Rupture sentimentale
- Maladie parentale somatique ou psychologique
- Enfant comme enjeu du conflit parental
- Déménagements multiples (pertes de repères, de camarades)

25

Le système scolaire ne convient pas aux enfants et adolescents confrontés à ces symptômes. Il y a un déni des différences des enfants dans notre système scolaire.

## Les troubles bipolaires et les enfants

Existent-ils chez l'enfant ou l'adolescent ? L'observation est récente, les chercheurs manquent de recul. Il n'y a pas de phase comme chez l'adulte, c'est une forme léthargique (agitation, tristesse, troubles du comportement) ; le syndrome TDAH se pose.

Les particularités cliniques des troubles bipolaires chez les enfants/adolescents :

- La prévalence est non connue
- Il y a rareté des formes à début pré pubère
- Le diagnostic est difficile à produire

**K2**

*Maison des associations*

6, rue Berthe de Boissieux - 38000 Grenoble

Tel : 06.13.21.44.97

[K2.bipolaire@orange.fr](mailto:K2.bipolaire@orange.fr)



- 20 % des ados déprimés deviennent des bipolaires
- L'entrée peut se faire sous forme de bouffée délirante
- Il faut une entité clinique au même titre que l'adulte

Les neuroleptiques actuels contiennent des thymo-régulateurs, ce qui simplifie la posologie.

#### ✓ Rôle des parents

- La prévention, être à l'écoute de l'enfant, du jeune
- Demander un avis médical
- Avoir une réflexion sur le fonctionnement familial
- Avoir une réflexion sur la relation parents/enfants

#### ✓ Rôle de l'école

- Prévention de l'échec scolaire
- Dépistage de problèmes
- Orientation scolaire

#### ✓ Rôle du généraliste/pédiatre

- Valider les alertes
- Rencontrer les parents

#### ✓ Rôle du pédopsychiatre

- Prise en charge psychologique individuelle et spécifique
- Outils, jeux de rôles, travail sur les pensées, relaxation
- Prise en charge familiale et mise en place du traitement médicamenteux

Il ne faut pas sous-estimer la capacité des enfants et des adolescents à s'évaluer, ils/elles sont capables parfois d'ajuster leur dosage de traitement