

TOUT COMME VOUS



© Chil Mirtenbaum

*La Maniaco-dépression
Entre enfer et paradis, quelle réalité!*

**Actes du congrès du GRAAP
Lausanne, 16-17 mai 2001**

Janvier 2002 N° 12 Spécial congrès

2 Impressum

Editeur: **GRAAP**, rue de la Borde 23-27, 1018 Lausanne
© 021 / 647 16 00. Fax 021 / 641 25 93. E-mail: info@graap.ch
Site web: <http://www.graap.ch>
Impression: Imprimerie du Journal d'Yverdon

Abonnement annuel

Individuel: **Fr. 30.-**; institution: **Fr. 50.-**
Banque Cantonale Vaudoise, Lausanne, CCP 10-725-4, cpte 530.378.9
«Tout Comme Vous» paraît six fois par an.
En règle générale, les numéros spéciaux ne sont pas compris dans ce nombre.
Ils sont vendus hors abonnement.
Vente au numéro: Fr. 5.-, sous réserve des numéros spéciaux.

La reproduction intégrale d'articles de «Tout Comme Vous» dans d'autres publications est autorisée, moyennant la mention de la source et l'envoi d'un justificatif à notre adresse.
© Copyright des photos et dessins: aux auteurs.

Les opinions exprimées dans «Tout Comme Vous» n'engagent que les auteurs et ne reflètent donc pas nécessairement l'avis de l'éditeur.

Publications

N° 82. Dans la peau d'une victime. Des mots en guise de cadeaux. Fr. 5.-
N° 81. Folie, art et créativité, des patients s'expriment. Fr. 5.-
N° 80. Mieux comprendre la violence. Fr. 5.-
N° 79. Détresse à l'EMS. Thérapie familiale. Fr. 5.-
N° 78. Patients et proches se plaignent de ne pas être entendus. Fr. 5.-
N° 77. Dr Calanca: «J'ai toujours donné priorité au malade». Fr. 5.-
N° 76. Enfin! L'OMS a décrété le 7 avril 2001 Journée mondiale de la santé mentale. Fr. 5.-

Numéros spéciaux

Schizophrénie = folie? En savoir plus. Spécial N° 11
Congrès du GRAAP 2000, 40 pages Fr. 10.-
Patients psychiques en prison. Actes des journées d'étude du GRAAP, Lausanne, mai 2000, 64 pages A5 Fr. 12.-
Dépression. Congrès du GRAAP, 1999, 24 pages (4 cassettes Fr. 40.-) Fr. 10.-
Médecines parallèles - Une solution? 1996, 40 pages Fr. 15.-
Proche de patient psychique - Quel rôle? 1995, 24 pages Fr. 10.-
Solitudes - De l'angoisse à la sérénité. 1995, 28 pages Fr. 10.-
Maladies psychiques - Quelles thérapies? 1994, 48 pages Fr. 15.-
Dépression - En savoir plus. 1993, 24 pages Fr. 10.-
Vivre avec. Les proches des patients psychiques ont aussi la parole. 1992, 32 pages. Fr. 10.-
La schizophrénie, qu'est-ce que c'est? 1990, 32 pages Fr. 10.-
119 Adresses – Logements pour patients psychiques en Suisse romande. Edition 2001. Fr. 15.-
59 Pistes – Patients psychiques en Suisse romande et travail. Edition 2001. Fr. 15.-
Le Curieux. Trimestriel vaudois de la santé mentale. Abonnement annuel Fr. 10.-
Par Chemins. Recueil de poèmes de l'atelier Ecriture du GRAAP, 1999. Fr. 5.-
Par Chemins (N° 2) – Quelques pas en compagnie des ateliers d'écriture du GRAAP, 2001. Fr. 5.-

Sommaire

Bienvenue Nelly Perey et Silvia Zamora	p 3
La psychose, la névrose, les troubles de l'humeur: un peu de mise en ordre Dr Pierre Bovet	pp 4-6
La maniaco-dépression, qu'est-ce que c'est? Dr P.-A. Fauchère	pp 7-9
La phase maniaque Dr Gianni Cucchia	pp 10-12
La phase dépressive Dr Georges Gabris	pp 13-14
Une enfance chahutée Christian Schenk	p 15
Le mécanisme de la projection Dr Olivier Gonin	pp 16-17
Le Groupe de proches Danielle Schaer	p 18
Les causes de la maniaco-dépression Dr Martin Preisig	pp 19-20
Psychoéducation et troubles bipolaires Dr Jean-Michel Aubry, Mmes G. Romailleur, N. Aillon	pp 21-22
Le lithium, les antiépileptiques, les neuroleptiques, etc. Dr Christian Bryois	pp 23-25
«Le pain de l'hôpital» Nicole Voisin	pp 26-27
Le cannabis, un dangereux «calmant», les drogues dites «douces» et les psychoses Dr Jacques Besson	pp 28-30
«Quelle protection pour la famille et le patient en phase maniaque?» M ^e Nicole Bloesch	pp 31-33
Au-delà des diagnostics, l'art de communiquer avec les personnes souffrant de troubles psychiques Marshall Rosenberg	pp 34-35

Bienvenue

Mesdames, Messieurs, chers Amis, bonjour!

J'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue et d'ouvrir notre onzième congrès.

Je salue les représentants de nos autorités cantonales et communales. Nous avons la chance de compter avec des intervenants de grande valeur qui ont accepté de nous faire partager leur compétence. Nous leur sommes reconnaissants de nous offrir leur temps et leur savoir, bénévolement, alors que nous pouvons imaginer leur agenda très chargé.

Notre reconnaissance va également aux journalistes, sans leur actif soutien, notre volonté de démystifier la maladie psychique n'aurait jamais un tel écho. Nous avons été dépassés par le nombre des inscriptions, ce qui a impliqué un bouleversement de l'organisation en dernières minutes.

Un grand merci à l'équipe technique du Casino, à l'entreprise Audiovision Bettex, à M. Pierre-Alain Frei, Studio VSP, et à M. Nicolier, caméraman, qui ont œuvré tard la nuit passée, pour installer la transmission en duplex.

Je remercie mes camarades du Grain de Sel qui avaient préparé un bon repas et, faute de place, nous serviront des sandwiches. Notre reconnaissance va également à la maison Schilliger qui a gracieusement offert cette magnifique décoration.

Ce congrès, c'est pour moi deux jours de fête qui commencent. J'aime cette ambiance où nous sommes là, tous ensemble, mélangés, patients, proches, professionnels, bénévoles, étudiants.

Au cours de ces journées, nous allons découvrir ce qu'est la maniaque-dépression, ses différentes phases, ce qui peut la déclencher. La question de la communication avec les personnes souffrant de troubles psychiques sera, elle aussi, abordée.

Non sans émotion, je vous invite, dans cette salle ce soir à 20 heures, à fêter la sortie du premier CD du GRAAP-Cabaret. J'y chanterai l'une de mes chansons. Ensuite, nous verrons le film «La ligne 28», une production réalisée avec des patients de la Ferme du Vinatier, en France.

Nelly Perey, présidente du GRAAP

C'est avec plaisir que j'ai répondu à votre invitation à assister à votre congrès et je vous souhaite la plus cordiale bienvenue au nom de la Municipalité de Lausanne.

La Ville entretient des relations de confiance avec le GRAAP; par la force de cette collaboration, nous vous connaissons mieux par vos activités tendant à redonner un peu d'âme et d'identité à un quartier lausannois que par votre vocation première, l'accueil psychiatrique.

Ces deux domaines sont pourtant plus proches qu'il n'y paraît à première vue, et nous nous réjouissons que l'une et l'autre action se nourrissent réciproquement. Dans les deux cas, vous exprimez l'impérieuse nécessité de vouer une attention toute particulière à ceux qui sont touchés par des difficultés. Quelle qu'en soit la cause, vous affirmez votre volonté de combattre l'exclusion, vous cherchez à offrir les outils nécessaires pour participer à la vie sociale, retrouver confiance et vivre dans l'estime de soi. Ces préoccupations rejoignent le souci majeur de la Municipalité, réaffirmé à plusieurs reprises et traduit dans sa politique sociale: permettre à chacun de trouver sa place dans cette ville et lui donner de quoi se forger sa propre identité dans notre environnement urbain, favorisant ainsi la construction d'un sentiment d'appartenance.

Nous vous encourageons à poursuivre votre indispensable action sous les diverses formes que vous lui avez données; notre soutien vous est acquis.

Au nom de la Municipalité de Lausanne et en mon nom propre, je remercie le GRAAP et tous ses collaborateurs pour leur engagement et leur travail, et je souhaite à tous les participants à ce congrès de fructueux travaux.

Silvia Zamora, Conseillère municipale



4 «La psychose, la névrose, un peu de mise en ordre...»

Dr Pierre Bovet, médecin adjoint, Consultation psychiatrique de Sévelin, DUPA, Lausanne.

Classification des maladies mentales

Le problème dans la classification des troubles psychiatriques – comme dans toute classification d’ailleurs – c’est que l’on peut classer selon plusieurs critères différents.

Deux conceptions principales de la psychopathologie coexistent actuellement. Une conception qu’on appelle médicale et qui date de la fin du XIX^e siècle, qui définit des maladies selon leur cause, leur mode d’apparition, leur évolution et qui vise ainsi à classer les maladies en catégories distinctes. En médecine somatique, la tuberculose forme une entité distincte de la pneumonie à pneumocoques, elle-même différente d’une pneumonie virale. En psychiatrie, on essaie de classer les troubles selon cette conception médicale. En fait, il est possible de suivre fidèlement ce modèle pour quelques maladies mais, dans la plupart des cas, il manque trop d’éléments pour faire une véritable classification médicale. Malgré tout, classer les symptômes psychiatriques en catégories distinctes de troubles est un modèle vers lequel on tend.

Il y a un autre type de classification, selon une conception structurelle, qui définit des traits de caractère qui peuvent être plus ou moins accentués chez un individu, sans qu’il y ait une limite nette entre le normal et le pathologique. Ces deux conceptions de la psychopathologie cohabitent, elles sont complémentaires, même si on les juge souvent plutôt antagonistes. Elles sont souvent très mal distinguées l’une de l’autre et c’est une des raisons de la difficulté d’une mise en ordre de la symptomatologie psychiatrique.

Conception médicale

La difficulté pour une classification de type médical réside dans le fait que nous ne connaissons pas la cause de la plupart des maladies mentales. Alors qu’en médecine somatique les maladies sont classées en fonction de leur cause – l’étiologie – on ne peut pas le faire en psychiatrie où l’on doit se contenter d’une mise en ordre qui repose sur les symptômes. Le problème subsiste quasiment inchangé depuis plus de deux cents ans, sauf exceptions. Il est certes possible de repérer un certain nombre de symptômes qui surviennent généralement ensemble – ce qu’on appelle un ensemble syndromique – mais ça n’en fait pas pour autant une maladie. Pour en faire une maladie, il faut que l’on puisse repérer une cause qui provoque cet ensemble syndromique, et une évolution plus ou moins spécifique.

La psychopathologie moderne doit beaucoup à Emil Kraepelin et au traité de psychopathologie qu’il a publié à la fin du XIX^e siècle. Il a montré que des personnes pouvaient présenter une symptomatologie semblable – par exemple: en alternance, délire de grandeur, phases de désespoir et risque élevé de suicide – alors que deux maladies différentes peuvent provoquer ces symptômes: en les observant, on s’aperçoit que certains patients ont une évolution cyclique, alors que chez d’autres l’évolution est plus continue.

Sans en connaître les causes, en fonction de cette évolution différente, Kraepelin a proposé qu’il existait au fond deux maladies différentes principales parmi les grandes pathologies psychiatriques, l’une qu’il a appelée la psychose maniaque-dépressive, qu’on appelle actuellement plutôt trouble bipolaire, et l’autre qu’il a appelée la démence précoce, rebaptisée schizophrénie quelques

années plus tard par Bleuler. Dans ces deux maladies, on peut avoir des délires de grandeur, des phases de désespoir, et un risque élevé de suicide, mais la première se caractérise plutôt par des phases cycliques, la seconde par une évolution continue.

Psychoses et névroses

Schizophrénie et psychose maniaque-dépressive sont des psychoses. Qu’est-ce qu’une psychose? La psychose désigne un trouble caractérisé par des accès de perte de contact avec la réalité, surtout par des éléments délirants et/ou hallucinatoires. Il n’y a pas de définition précise de la psychose, mais à ce terme est associé un certain nombre de caractéristiques. Par exemple, la psychose touche la sphère affective et la sphère cognitive dans certaines de ses fonctions élémentaires (mémoire, concentration par exemple).

Elle suppose également des troubles de la reconnaissance du monde – hallucinations, délires. On estime généralement que la psychose relève d’une atteinte organique, biologique du cerveau, d’un trouble physiologique ou éventuellement d’une atteinte toxique (alcoolisme chronique) ou par des virus (c’est une des complications possibles du sida). Autre caractéristique de la psychose: au début les états psychotiques sont souvent mal reconnus par le sujet comme étant pathologiques.

On oppose à la psychose la névrose, dont on pense en général qu’elle a plutôt une origine environnementale, qu’il n’y a pas de support biologique ou qu’il est beaucoup plus discret que dans les psychoses. La névrose serait une atteinte du psychisme plutôt que du cerveau, elle touche la sphère affective, des émotions,

mais, en principe, pas ou peu les fonctions cognitives de base. Par ailleurs la névrose est perçue par le sujet comme pathologique.

Question de gravité

En moyenne, les psychoses sont plus graves que les névroses, mais certaines névroses graves peuvent être extrêmement invalidantes pour le sujet et, par conséquent, beaucoup plus graves que certains troubles psychotiques légers. Ce n'est donc pas systématiquement qu'une psychose est plus grave qu'une névrose, c'est une moyenne.

Délire et réalité

La notion de perte de contact avec la réalité pose certaines questions: est-ce que cela a un sens de parler d'une réalité en dehors de celle que nous percevons, chacun d'entre nous? Nous percevons la réalité du monde de la même façon, mais en fait ce à quoi nous avons accès n'est pas une réalité en soi, c'est le monde tel que nous le percevons; et dire d'un délire ou d'une hallucination que c'est une perte de contact avec la réalité est un raccourci commode et fréquent, mais scientifiquement discutable.

Cerveau et psychisme

On peut aussi se demander s'il y a vraiment une différence de nature entre le cerveau et le psychisme? On dit que la psychose touche plutôt le cerveau, la névrose le psychisme, mais est-ce vraiment différent? C'est une question qui agite philosophes et neuroscientifiques. Ou encore y a-t-il vraiment une délimitation entre ce qui est biologique et ce qui est environnemental? A vrai dire la plupart des scientifiques s'entendent maintenant pour dire que ce sont deux conceptions qui ne doivent pas s'opposer mais qui sont intriquées et complémentaires. Il n'y a pas de biologie sans environnement, il n'y a pas d'environnement sans biologie.

Névrose et psychanalyse

Le terme de névrose reste lié à Freud, même si ce n'est pas lui qui a créé ce terme. Toute son œuvre tourne essentiel-

lement autour de la question des névroses et ce terme est très marqué par la théorie psychanalytique.

Ces questions, ces incertitudes, ces ambiguïtés (est-ce bien de faire une distinction à partir de la réalité, à partir du biologique ou du cerveau), le fait que la névrose soit assimilée à la théorie psychanalytique font que, dans les systèmes de classification modernes – nosographie ou classification des maladies, le DSM-IV et la CIM-10 – ces termes de psychose, névrose et névrotique, ont disparu. Il subsiste dans certaines définitions le terme de psychotique appliqué à des symptômes de type délirant ou hallucinatoire, mais tout le reste n'apparaît plus dans les systèmes modernes de classification en raison des ambiguïtés de leurs définitions. Cependant on continue à les utiliser de fait, en se contentant du flou de leur définition.

Conception structurelle

C'est un autre Allemand, Ernst Kretschmer, qui a proposé (inspiré par d'autres auteurs) une classification par traits de caractère sans délimitation nette entre ce qui est normal et ce qui est pathologique, soit une échelle sur laquelle on peut avoir toutes sortes de degrés, avec deux grandes classes de traits de caractère qui permettent de décrire les individus: la schizothymie et la cyclothymie.

La caricature de la classe schizothymique aboutit à la schizophrénie, celle de la classe cyclothymique à la psychose manico-dépressive. Mais la délimitation entre ce qui est normal et pathologique, comme dans toute classification structurelle, est floue. Le cyclothyme ou le schizothyme sont clairement des structures non pathologiques, seules les difficultés éprouvées dans l'existence sont révélatrices d'une pathologie.

Ces deux catégories ne s'excluent pas mutuellement mais coexistent dans les personnes, dans ce que Kretschmer appelle des alliages – par ex. 3 gr de schizothymie et 5,3 gr de cyclothymie!

Cette coexistence se manifeste aussi bien dans la pathologie, mélange de troubles de type schizophrénique et de type manico-dépressif qu'on appelle la psychose schizo-affective, que chez des sujets non malades.

La cyclothymie, qu'on a appelée aussi parfois la syntonie, c'est la faculté de vibrer en harmonie avec le monde ambiant. La schizothymie, c'est plutôt la tendance à puiser en soi les sources de son activité, à miser sur une espèce d'écart entre soi et le monde, à chercher à laisser une empreinte personnelle dans le monde. Mais ce ne sont pas des traits pathologiques, c'est dans l'exagération, dans la caricature de ces traits qu'on tombe dans le pathologique.

Bleuler, qui a inventé le terme de schizophrénie, disait qu'au fond l'idéal était d'avoir un peu de schizothymie et pas trop mal de syntonie, le mélange idéal pour réussir dans la vie.

Les oscillations de l'humeur

Avec cyclothymie et schizothymie, on introduit ce terme de «thymie» qui veut dire humeur, du grec «thumos» le cœur, dans le sens «avoir du cœur, avoir bon cœur». La thymie, l'humeur, c'est le filtre à travers lequel on voit le monde. La thymie ou humeur, c'est ce qui colore notre façon de voir le monde.

L'humeur oscille entre deux grands pôles, un pôle dépressif caractérisé par un certain nombre de symptômes (tristesse, dévalorisation de soi, inhibition ou difficulté à se mettre en route, sentiment de culpabilité, de malaise, troubles du sommeil et de l'appétit), et le pôle maniaque caractérisé par une euphorie, un sentiment de surestimation de soi, une hyperactivité, un sentiment de toute-puissance et de bien-être. Toute personne oscille entre ces deux pôles. Ce n'est pas une maladie, même si on peut se sentir des fois un peu mal, mais ce n'est pas encore un trouble. Toutefois, dans certains moments de la vie, on peut avoir une variation beaucoup plus grande d'un

côté ou de l'autre et l'on tombe alors dans la pathologie. Entre ces deux pôles, il y a une zone intermédiaire «normale», mais il peut y avoir un accroissement progressif, sans qu'il y ait une limite fixe, qui vous amène d'un côté ou de l'autre vers quelque chose de franchement pathologique.

Mais où mettre des délimitations pour en faire des maladies? Il y a là quelque chose d'assez arbitraire.

Dans les faits, la nosographie psychiatrique a défini des limites pour défi-

nir des troubles psychiatriques, avec le maximum de logique possible, mais les critères restent en partie flous dans ces troubles de l'humeur comme dans d'autres formes de la pathologie.

La nosographie essaie de comprendre ces troubles, de voir s'ils ont une cause commune ou une évolution commune, pour enfin distinguer un certain nombre de catégories pathologiques comme celle qui fait l'objet de ce congrès.

En conclusion, la classification des troubles psychiatriques reste entachée d'un

certain flou, de passablement d'arbitraire, en grande partie parce que nous ne disposons pas de critères sûrs et objectifs qui permettent, comme dans la médecine somatique par exemple, de procéder à des classifications plus solides.

Nous devons nous contenter d'approximations qui ne sont pas complètement fantaisistes, mais où on est obligé de poser un certain nombre de limites arbitraires. Nous devons nous contenter d'un univers qui est souvent flou au niveau de ses définitions. ■



Une affluence hors du commun à ce congrès du GRAAP sur la maniaque-dépression a impliqué des bouleversements de dernière minute pour le bon déroulement de la manifestation.

La maniaque-dépression qu'est ce que c'est?

*Dr P.-A. Fauchère, médecin chef du service de psychosomatique,
Clinique romande de réadaptation (SUVA) à Sion.*

La maniaque-dépression est une maladie de l'humeur. Connue depuis longtemps, elle a reçu d'autres noms depuis la très ancienne et historique dénomination de maladie dite «circulaire» jusqu'aux termes modernes de «psychose maniaque-dépressive» ou «PMD» dans le jargon médical et de «trouble bipolaire I ou II».

Humeur normale et anormale

Au départ, le terme d'humeur désigne les liquides de l'organisme. Il fait référence au grec Hippocrate, ce praticien de l'Antiquité, considéré comme le père de la médecine moderne. Ce médecin avait développé sa théorie des quatre humeurs qu'étaient la bile jaune, la bile noire, le sang et le flegme. La bile noire valait pour l'humeur de la dépression (mélancolie). A travers le mélange de ces liquides s'annonçait déjà une illustration de la maniaque-dépression, avec ses oscillations entre les extrêmes de la manie et de la dépression.

Progressivement, le terme d'humeur a rejoint le domaine des émotions. L'humeur peut aujourd'hui désigner la disposition affective dominante, lorsqu'on parle d'humeur triste ou euphorique. Ce terme peut aussi désigner une disposition émotionnelle passagère lorsqu'on dit être de bonne ou de mauvaise humeur.

La maniaque-dépression fait partie des troubles affectifs ou de l'humeur ou encore de la thymie. Lorsqu'on parle de «trouble», on admet sortir de la norme établie. Un trouble de l'humeur signifie par conséquent une souffrance et une perturbation du fonctionnement psychologique et social; on entre alors de plein pied dans le champ de la maladie, par opposition aux variations normales de l'humeur que chacun vit au gré de son existence quotidienne.

A priori, on pourrait penser que les états maniaques et dépressifs consistent en un excès de bonne ou de mauvaise humeur.

Etre malade serait simplement une exagération de l'humeur que ce soit vers le bas (état dépressif) ou vers le haut (état maniaque). Cette croyance, qui voudrait que les choses se passent dans un continuum, est souvent partagée par le patient, ses proches et son médecin. Le maniaque-dépressif sait bien qu'il doit apprendre à reconnaître les moments où il est en train de «monter» et ceux où il est en train de «descendre». Lorsque les personnes ayant souffert de dépression majeure sont questionnées précisément sur ce point, elles affirment néanmoins qu'il n'y a pas de véritable ligne continue entre l'humeur normale et celle de la dépression. Lors du trouble dépressif, ce n'est peut-être pas tant le niveau, mais la qualité de l'humeur, qui change. La qualité de l'humeur dépressive apparaît comme différente de ce que les sujets ont jamais expérimenté en dehors du trouble dépressif. Cette observation des patients est un argument de plus pour assimiler la dépression à un phénomène tout à fait particulier qui relève bien du champ de la maladie.

On sait que la maniaque-dépression est une maladie faite de phases dépressives, de phases d'excitation maniaque et de phases dites libres de symptômes entre les crises. Nous allons par conséquent aborder la phase de dépression puis celle de la manie ou état maniaque.

La phase dépressive

La dépression est habituellement caractérisée par des modifications de l'humeur, du poids et du sommeil. Dans la règle, on assimile dépression à une humeur triste, ce qui est souvent le cas,

sans être pourtant obligatoire. En fait, ce qui domine le tableau est moins la véritable tristesse qu'une sorte de fatigue et de fatigabilité. Il y a perte de l'intérêt aux sollicitations extérieures. Il n'y a plus de motivation et de plaisir à faire les choses. On parle de baisse de l'élan vital. La chose est parfois formulée familièrement par l'expression de «ne plus avoir de venin».

Certains états dépressifs génèrent enfin des idées de culpabilité, voire un véritable délire, avec leur corrolaire d'un risque suicidaire élevé.

Avec ces modifications thymiques, il y a le plus souvent des troubles du sommeil. En général, il s'agit d'une insomnie matinale. Parfois, c'est l'endormissement qui est surtout touché, en particulier chez les sujets souffrant d'une dépression avec anxiété. Parfois, le trouble du sommeil touche le début, le milieu et la fin de nuit. D'autres patients vont vers une hypersomnie, dormant plus et d'un sommeil qui, disent-ils, ne permet plus de récupérer normalement.

Enfin, le sujet dépressif perd le plus souvent du poids. Il s'agit parfois de baisses dramatiques de plusieurs kilogrammes dont le caractère a priori inexplicable peut conduire à des examens médicaux approfondis qui vont s'avérer régulièrement normaux, puisque la seule explication réside dans une dépression.

Dans certains troubles dépressifs, parfois moins graves ou saisonniers, il y a une prise de poids peut-être liée à une sorte de faim anxieuse (grignotage), mais encore à la perturbation de mécanismes de régulation au niveau cérébral.

En fait, le lecteur doit retenir qu'un état dépressif n'est pas une seule modification de l'humeur. Il s'agit d'une maladie plus globale qui touche la totalité de la personne avec sa composante biologique, psychologique et sociale.

Que ce soit pour un premier épisode ou pour une rechute, le médecin expérimenté sait d'ailleurs qu'il n'est pas rare que la dépression s'annonce d'abord par ses composantes plus physiques que psychologiques que sont un trouble du sommeil ou une modification de poids non expliquée par d'autres causes.

La phase maniaque

Dans le langage courant, le terme de manie désigne une habitude désagréable, insistante et répétée, se rapprochant de ce qu'on appelle une obsession; on parle de manie de l'ordre, de manie de la persécution. En psychiatrie, la manie ou l'état maniaque ont une toute autre signification pour désigner une élévation anormale de l'humeur survenant dans certains troubles mentaux.

On sait que chacun d'entre-nous vit avec le bruit de fond de pensées positives et négatives sur ce qu'il pense être et devoir être, la somme de ces pensées contribuant entre autres choses à ce qu'on appelle l'estime de soi.

Le bien-être intérieur correspond peut-être à une situation d'équilibre où les pensées positives l'emportent légèrement sur les pensées négatives. L'excès de pensées négatives est une caractéristique bien établie de la dépression. En bonne proportion, les pensées négatives sont pourtant indispensables, pour être un frein à certains comportements dangereux. Penser négativement aux risques pour le solde de son compte en banque lorsqu'on pénètre pour achat dans une bijouterie peut éviter des désagréments en fin de mois.

Contrairement au fonctionnement dépressif, celui de l'état maniaque fait basculer la personne dans un excès de pensées positives. Le sujet a une estime de soi totalement démesurée. Il n'a plus de frein. Tout est possible, tant il est persuadé de sa propre grandeur et de sa toute puissance. Le malade peut se lancer dans des projets grandioses, manifestement excessifs, qui peuvent mettre en péril sa situation personnelle, conjugale, familiale, professionnelle et sociale. On constate souvent des dépenses inconsi-

dérées, une conduite automobile dangereuse parfois des voyages inappropriés et intempestifs. Hyperactif, insomniaque, irritable, le patient épuise son entourage. Il peut se montrer menaçant et faire peur. Parfois, le tableau prend la dimension d'un véritable délire de grandeur où le projet démesuré a une vocation de salut ou de réparation pour le sujet lui-même, un groupe ou l'humanité. Progressivement s'impose la notion de danger avec ses conséquences de mesures à prendre dans l'urgence pour protéger le sujet lui-même, ses proches et la société. L'état maniaque est malheureusement l'un des cas de figure des hospitalisations non volontaires en établissement psychiatrique avec intervention musclée des forces de l'ordre.

Cette situation d'urgence comporte certaines difficultés dont sont le plus souvent victimes le patient et ses proches. Le sujet maniaque ne se sent pas vraiment malade ou en tout cas pas autant qu'on le lui dit, même si sa détresse est nettement perceptible par l'entourage. Fréquemment, il s'oppose aux traitements préconisés ou pose des conditions qui les rendent impossibles, en décrétant qu'il doit s'agir de tel lieu ou de tel moyen thérapeutique le plus souvent inappropriés.

Son état d'euphorie est parfois communicatif et véritablement contagieux. On voit alors des services d'urgence tendre à banaliser la gravité de la situation, au grand désarroi de familles qui ont réussi à amener leur proche auprès du lieu d'intervention apte à prendre immédiatement les mesures qui s'imposent.

Enfin, les modalités de mise en vigueur d'une hospitalisation non volontaire ne sont pas toujours claires, pour varier d'un canton suisse à l'autre et laisser parfois planer un certain flou qui ne protège ni le patient, ni ses proches, ni la société. L'auteur est persuadé que les autorités de certaines régions ont encore beaucoup à faire pour transmettre l'information utile aux différents intervenants et pallier au manque de ressources face aux urgences psychiatriques. On ne répètera jamais assez que les patients psychiatriques ont absolument droit aux mêmes égards et aux mêmes ressources que les patients médicaux et chirurgicaux.

Considérations sur le diagnostic

Nous avons vu plus haut que la maniaco-

dépression comportait la phase dépressive, la phase maniaque et des périodes entre les crises apparemment libres de tout symptôme. Ces caractéristiques permettent de poser le diagnostic, c'est-à-dire de délimiter cette maladie des autres troubles psychiatriques.

Définir une maladie avec ses causes, ses caractéristiques et son évolution est une démarche fondamentale de toute la médecine scientifique. Sans isoler tel ou tel type de trouble, il n'est tout simplement pas possible de l'étudier, d'en connaître sa réponse au traitement et d'en faire la prévention en termes de santé publique.

En psychiatrie, l'identification des différentes maladies s'est révélée être une tâche particulièrement ardue, les troubles psychiques ne se laissant pas volontiers emprisonner dans des limites trop rigides. Ce n'est que ces dernières années que la communauté médicale a pu produire des classifications diagnostiques qui sont reconnues globalement par tous et partout. Il s'agit de la CIM-10¹ (ou ICD-10 en anglais) et du DSM-IV². Ces ouvrages diagnostiques ont leurs imperfections. Ils ont pourtant permis d'avoir un langage commun. Ils sont certainement une des bases des immenses progrès qu'a faits la psychiatrie ces trente dernières années. Malgré un côté simplificateur, ils sont devenus aujourd'hui des outils indispensables tant pour les patients que pour ceux qui les entourent et les soignent.

La classification des troubles affectifs se base sur leur gravité, leur récurrence et l'éventuelle alternance d'épisodes d'élévation et d'abaissement de l'humeur. La dépression franche et grave s'appelle «trouble dépressif majeur (de degré léger, moyen ou sévère)» ou encore «épisode dépressif (léger, moyen ou sévère)». S'il y a plusieurs épisodes, on parle dès lors d'épisode dépressif ou de trouble dépressif majeur «récurrent». Certaines dépressions sont moins graves et évoluent sur de nombreuses années. On parle alors de «dysthymie» ou de «trouble dysthymique». Pour la manie, on a l'état maniaque franc, tel que décrit plus haut. Certains patients font heureusement des états moins graves, où l'excitation est moins importante. On parle alors d'état «hypomaniaque». La maniaco-dépression ou trouble bipolaire est faite d'alternances de phases maniaques et dépressives. Lorsque l'élévation de l'humeur est moins haute et l'abais-

sement moins grand, on parle de «cyclothymie».

Dans un autre chapitre de réactions au stress, l'ICD-10 et le DSM-IV mentionnent les réactions psychologiques à un événement traumatique (deuil, perte d'emploi, par exemple). Ces situations peuvent déterminer des troubles anxieux ou dépressifs réactionnels. On parle alors de «trouble de l'adaptation».

Toute cette classification peut paraître bien compliquée pour le profane. Si le lecteur veut aller plus loin, il a tout loisir de consulter le DSM-IV ou l'ICD-10, facilement accessibles sur Internet et dans les bibliothèques médicales. Il peut aussi demander les documents utiles à d'éventuels thérapeutes.

Sur la base de la dénomination diagnostique, il est aujourd'hui facile d'obtenir des renseignements très complets sur un trouble psychiatrique. L'auteur est d'ailleurs persuadé que le fait de bien connaître la maladie en cause donne des compétences très utiles au patient et à ses proches et s'avère une composante importante du traitement et de la prévention de rechutes, tout particulièrement dans la manico-dépression.

Evolution de la manico-dépression

La manico-dépression (trouble bipolaire) est une maladie différente du trouble dépressif majeur récurrent, aussi appelé trouble unipolaire. Elle est également répartie chez les hommes et les femmes, alors que le trouble unipolaire voit une proportion de deux femmes pour un homme.

Sa composante héréditaire est plus nette que celle du trouble unipolaire. Elle répond de façon spécifique à certains traitements, comme le lithium. Enfin, la manico-dépression débute le plus souvent entre 20 et 30 ans, alors que la dépression récurrente commence en général entre 30 et 40 ans.

La manico-dépression commence le plus souvent par un accès dépressif et non par un épisode maniaque. On sait que ce premier épisode a plus de risques d'évoluer vers l'alternance d'accès maniaques et dépressifs, notamment si le début est précoce (avant 25 ans) et si le patient présente des sujets manico-dépressifs dans sa parenté.

Au départ, on n'a pourtant pas de certitude quant à l'évolution ultérieure. On peut être face à un épisode dépressif isolé, à un épisode qui évoluera vers la récurrence ou encore face à la manico-dépression (trouble bipolaire), si un état maniaque apparaît ultérieurement. Si un patient développe un état maniaque isolé, sans qu'on puisse mettre en évidence des causes toxique, médicamenteuse ou relevant d'une atteinte cérébrale organique, on retient d'emblée le diagnostic de manico-dépression, puisqu'il y a alors quasi-certitude qu'il présente bien cette maladie.

L'évolution de la maladie est extrêmement variable. Certains patients peuvent présenter un épisode maniaque isolé. La moitié des sujets vont rencontrer une dizaine d'épisodes sur la vie. Quelques rares sujets iront jusqu'à présenter cinquante épisodes maniaques ou dépressifs. Un petit nombre de patients évoluent vers des cycles rapides, avec quatre accès ou plus par année.

Cette évolution a pu occasionnellement être liée à l'utilisation de certains antidépresseurs (tricycliques). Souvent, elle répond heureusement au traitement par un anti-épileptique qui fait partie de l'arsenal thérapeutique courant de cette maladie.

Quelques patients présentent des états dits mixtes, avec à la fois des symptômes de l'état maniaque et de l'état dépressif, ce qui pose des problèmes thérapeutiques très complexes. Enfin, la manico-dépression pose un défi social important, puisqu'on admet qu'elle touche un pour cent de la population et qu'un tiers des patients qui en souffrent présentent un dysfonctionnement social significatif, sachant que les périodes entre les accès dépressifs et maniaques ne sont en fait de loin pas toujours vierges de symptômes.

Conclusions

La manico-dépression (trouble bipolaire) est une affection psychiatrique relativement fréquente qui se caractérise par des accès dépressifs, des accès maniaques et des périodes entre ces accès apparemment libres de symptômes.

Elle doit être considérée comme une maladie grave, au vu de la souffrance qu'elle génère pour le patient et ses proches, du risque qu'elle leur fait courir et d'un handicap de fonctionnement social présent chez au moins un tiers des sujets qui en souffrent.

Pourtant, les progrès thérapeutiques ont été remarquables. Les médications actuelles permettent de raccourcir les accès et d'atténuer leur gravité. Le lithium et certains anti-épileptiques préviennent les rechutes chez un grand nombre de patients.

Enfin, le travail psychothérapeutique peut être déterminant dans la prévention des rechutes, sachant que ces sujets sont très vulnérables au stress.

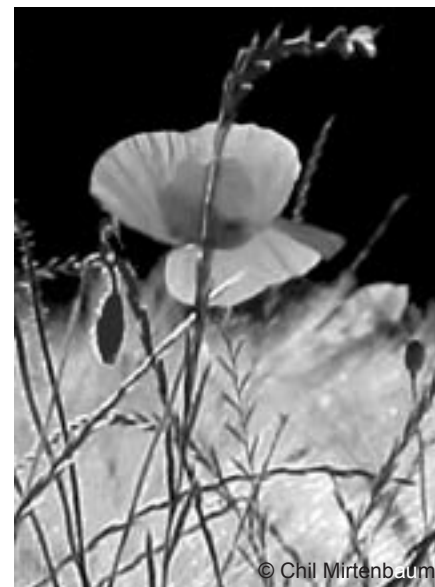
La manico-dépression (trouble bipolaire) est pourtant une maladie de toute la vie.

Plus que pour tout autre trouble, il est donc essentiel que le patient et ses proches soient bien informés sur le trouble, sur ses traitements et sur les signes de rechute, afin de mobiliser une intervention rapide et efficace.

A côté d'un suivi indispensable, le manico-dépressif et ses proches doivent toujours savoir comment procéder dans la détresse et connaître à quelle porte frapper pour qu'il y ait réponse à l'urgence que peuvent être tant l'accès maniaque que dépressif avec son risque suicidaire. Le succès de la prise en charge de la personne manico-dépressive relève d'un véritable partenariat entre le patient, ses proches et le réseau de soins suffisant que notre société prospère doit être à même de mettre à disposition des personnes souffrant de troubles psychiques. ■

¹Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

²Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie.



© Chil Mirtenbaum

La phase maniaque

Extraits de la conférence du Dr **Gianni Cuchia**, médecin-chef de clinique adjoint, Secteur des troubles anxieux et de l'humeur, DUPA, Prilly.

Terminologie

Au cours de cet exposé, je m'abstiendrai de parler de «psychose maniaco-dépressive», qui est pourtant l'intitulé de ce congrès, au profit de «trouble affectif bipolaire» afin d'éviter tout amalgame ou malentendu. En effet, si un épisode maniaque peut être accompagné de symptômes psychotiques, il ne s'inscrit généralement pas dans le cadre d'un trouble psychotique et, de ce fait, ne devrait pas être traité au long cours avec un neuroleptique, comme c'est encore trop souvent le cas.

Une souffrance sous-estimée

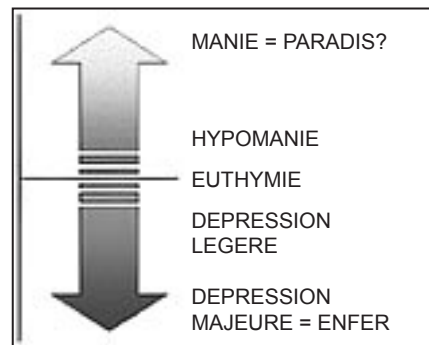
«C'était il y a quelques années, je devais avoir 17 ans et je sortais d'une période difficile. Un matin, je me suis réveillé avec plein de projet en tête et depuis, jour après jour, je sentais mon dynamisme, ma force et mes facultés se développer et croître. Rapidement, j'ai compris. J'ai compris que ce n'était pas un hasard que cela tombe sur moi. L'histoire, la genèse de l'humanité et la finalité de l'univers n'avaient plus de secret pour moi. Ma mission était de le partager avec le plus grand nombre et cela prenait tout mon temps. Malheureusement peu de personnes étaient prêtes à me comprendre. A un certain moment, j'ai pensé être Jésus, et ma mission terminée je pouvais rejoindre notre Père. Je me suis alors jeté sous un camion...»

Voici, à peu de chose près, la description que m'a faite M. A. de son premier épisode maniaque. En quelques mots sont évoqués les principaux symptômes de la manie, dont la détresse et l'incompréhension. Car si l'image que nous pouvons avoir de la phase maniaque est souvent teintée d'un certain romantisme en imaginant soit des personnes au fond peu dangereuses pour elles-mêmes, enthousiastes et heureuses, soit des artistes inspirés et productifs, la réalité est tout autre. Et c'est sous-estimer la souffrance de ces patients, l'impact sur leur qualité de vie et de leur entourage.

L'humeur

De manière sommaire, on peut imaginer une échelle du **spectre de l'humeur** qui

présente deux pôles, un pôle maniaque (+) et un pôle dépressif (-) avec toute une gamme d'intensité intermédiaire.



On retrouve aux extrémités de cette échelle, la dépression majeure souvent définie comme «l'enfer sur terre», et la manie, qu'on imagine comme un état de bien-être proche du «paradis». L'humeur de la plupart d'entre nous se situe au milieu, dans l'espace qui est défini comme euthymique, et oscille selon les jours et les moments entre la phase hypomane et la dépression légère.

A un certain moment l'oscillation peut présenter une rupture, soit vers le haut, soit vers le bas. Vers le haut, il s'agit d'un épisode maniaque, avec une pente assez raide qui souligne que la symptomatologie maniaque et se développe très rapidement. D'ailleurs elle se termine souvent aussi abruptement, à la différence de la dépression. La durée de l'épisode maniaque est moins longue que celle de l'épisode dépressif dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire. Si quelqu'un présente un épisode maniaque, il a 90% de risque de récidiver. 50% des épisodes maniaques sont précédés ou suivis d'un épisode dépressif majeur sans phase euthymique.

Les symptômes

Selon le DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), pour évoquer le diagnostic d'épisode maniaque, un des deux symptômes cardinaux au moins doit être présent. C'est-à-dire **l'euphorie**, l'exaltation, l'enthousiasme, et/ou une forte **irritabilité**. Pour confirmer le diagnostic, trois autres symptômes doivent y être associés si l'euphorie prédomine, quatre si c'est l'irritabilité. La durée de ceux-ci doit être d'au moins une semaine. Ces symptômes touchent principalement le comportement social de l'individu, son dynamisme et sa pensée.

- **Le comportement social.** Lors de ces phases maniaques les personnes ont un désir et un tel besoin de communiquer qu'elles peuvent interpellé même des passants inconnus. Elles sont sympathiques et ont un réel plaisir à se trouver en société, sauf bien sûr si le sentiment d'irritabilité prédomine. Si l'épisode maniaque est vraiment intense, 50% de ces patients ont un désir et un besoin sexuel augmentés qui peuvent les amener non seulement à tenir des propos à connotation sexuelle mais également à avoir des comportements à risque. Il peut y avoir également une recherche constante d'activités gratifiantes, mais qui peuvent mettre en danger tant l'entourage que le patient lui-même. Tels par exemple la conduite imprudente d'un véhicule à moteur ou des achats impulsifs guidés par un excès de générosité qui dépassent de loin leur possibilité financière.

- **Le dynamisme.** Agitation, hyperactivité. Les personnes sont constamment en train de faire quelque chose. A l'extrême, agitation désorganisée.

- **Besoin de sommeil diminué.** En moyenne une à trois heures de sommeil par nuit suffisent. A la limite, plusieurs nuits d'insomnies sont supportées sans fatigue.

- **Estime de soi.** Idée de grandeur. Les personnes ne doutent de rien, elles ont l'impression que tout leur est possible, que rien ne leur est interdit. Cela va du sentiment d'avoir des compétences plus importantes que d'habitude dans un

domaine qui est le leur, au sentiment de compétences absolues dans un domaine qui leur est habituellement étranger.

● **Modification de la pensée.** Les pensées se succèdent à une vitesse croissante jusqu'à se chevaucher, parasitant ainsi la cohérence de l'individu. On parle d'envahissement de la pensée et de fuite des idées.

Pour que ces symptômes s'inscrivent dans un épisode maniaque, ils doivent s'exprimer une majeure partie de la journée, tous les jours pendant au moins une semaine, et leur intensité entraver significativement le fonctionnement social, professionnel et familial. Un épisode maniaque nécessite habituellement une hospitalisation.

Les symptômes psychotiques associés

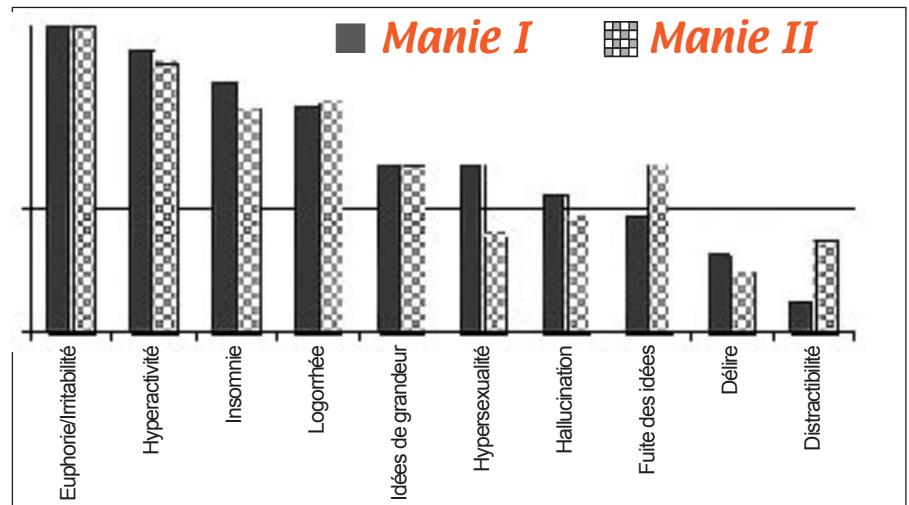
Le plus courant des symptômes psychotiques est l'idéation délirante, de type mégalomane, avec dépersonnalisation. Ces personnes peuvent se prendre pour un proche d'une personnalité célèbre voir se prendre pour cette personnalité même (chanteur, acteur, Napoléon, Dieu...), mais ne l'expriment pas toujours spontanément. Elles peuvent également avoir des idées délirantes de persécution. Des hallucinations avant tout auditives peuvent être présentes.

Episode maniaque secondaire

Une symptomatologie maniaque ne s'inscrit pas forcément dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire. En effet, elle peut être provoquée soit par des médicaments ou des substances exogènes, soit par une affection médicale. Parmi les principales causes iatrogènes on retrouve les antidépresseurs, surtout les tricycliques, et la cortisone. Pour les substances, il s'agit avant tout de la cocaïne qui à la longue se révèle en fait dépressiogène. Les principales affections médicales sont l'hyperthyroïdie (maladie de la glande thyroïde soit infectieuse, inflammatoire ou tumorale, avec hypersécrétion hormonale), la sclérose en plaque, le syndrome de Cushing avec une hypersécrétion de cortisone. Une tumeur ou une lésion cérébrale peut également être impliquée. Le tableau clinique des épisodes maniaques secondai-

res est très semblable à celui qui s'inscrit dans le cadre d'un trouble affectif bipolaire.

Ainsi face à toute personne qui présente une symptomatologie maniaque, un diagnostic différentiel doit être envisagé. Parmi les troubles psychiatriques le plus souvent évoqués, on retrouve la schizophrénie paranoïde et le déficit de l'attention/hyperactivité chez les plus jeunes.



Episode hypomaniaque

L'épisode hypomaniaque présente les mêmes symptômes que l'épisode maniaque avec moins d'intensité et ainsi moins de répercussion sur la vie sociale et professionnelle. Il rend la personne souvent plus efficace et légèrement désinhibée. Cet état est particulièrement agréable autant pour le sujet que pour son entourage, sauf bien sûr si l'irritabilité prédomine. Il peut être recherché par certaines personnes qui absorbent différentes substances plus ou moins légales. Habituellement, ces sujets ne sont pas hospitalisés et ne présentent pas de symptômes psychotiques. Environ 15% des personnes qui ont présenté un épisode hypomaniaque présenteront un jour un épisode maniaque. Les symptômes doivent être présents au moins pendant quatre jours.

Episode mixte

L'épisode mixte, qui semble plus fréquent chez l'adulte jeune, reste difficile à diagnostiquer et à traiter. Il s'agit d'un épisode durant lequel des symptômes dépressifs majeurs et des symptômes maniaques sont présents à tour de rôle presque tous les jours.

Quelques chiffres

La **prévalence** au sein de la population est de 1% et le début des symptômes apparaîtraient entre 20 et 30 ans. Il n'est pas exclu cependant que ceux-ci puissent déjà s'exprimer bien plus tôt et que

l'on doit reconnaître parmi les troubles du comportement de l'adolescence voir de l'enfance les premiers épisodes maniaques ou dépressifs d'un futur trouble affectif bipolaire.

Il existe une prédisposition génétique puisque, par exemple, les parents biologiques du premier degré des sujets présentant un trouble affectif bipolaire ont des taux de prévalence de trouble affectif bipolaire de 10 à 20%. Les femmes et les hommes sont également touchés.

L'**évolution** de ce trouble récurrent n'est pas prévisible. Ce que nous savons, c'est que 20% des cas peuvent guérir spontanément, la guérison étant retenue lorsqu'il existe une période asymptomatique de cinq ans, et que l'évolution est significativement influencée par le traitement thymorégulateur, comme nous le verrons plus tard. On entend par «chronique», un épisode maniaque qui dure deux ans, cela concerne 10% des patients.

Le risque de **suicide** et de tentative de suicide sont significativement augmentés au sein de cette population. A ce propos l'étude de R. Baldessarini montre qu'environ 75% des tentatives de suicide sur une vie se produisent entre le moment où le trouble s'exprime la première fois et le moment où l'on instaure un traitement, d'où l'importance de réduire au maximum ce délai.

Le traitement

En règle générale, se sont des sujets difficiles à traiter au début de leur prise en charge principalement en raison de leur

sentiment de bien-être et de toute-puissance.

Plus tard, au vu des pertes sociales et familiales accumulées, de la souffrance vécue, tant en raison des épisodes dépressifs récurrents que des moments d'angoisse qui peuvent être aussi associés à un épisode maniaque, ils acceptent plus facilement de collaborer et participer aux traitements proposés.

Si ce n'est la guérison, qui reste aléatoire, le traitement vise principalement à améliorer la qualité de vie des sujets en diminuant le nombre d'épisode maniaque ou dépressif, leur durée et leur intensité. Il vise également à diminuer le risque suicidaire.

Sur le plan pharmacologique, on utilise des stabilisateurs de l'humeur dont font partie les sels de lithium (Lithiofor®, Priadel®...), le valproate de sodium (Depakine®) et la carbamazépine (Tégréto®). Si pour la prévention des rechutes ceux-ci sont souvent suffisants, ce n'est pas le cas lors des phases aiguës.

Ainsi pour aider ces sujets à contrôler et contenir leur agitation, leur angoisse et leur agressivité, nous pouvons avoir recours à des substances sédatives ou antipsychotiques. Si les benzodiazépines s'avèrent insuffisantes et d'autant plus si des symptômes psychotiques sont associés au tableau clinique, l'utilisation des neuroleptiques est nécessaire. Parmi les plus couramment utilisés, nous retrouvons l'halopéridol (Haldol®), la lévomépromazine (Nozinan®) et le zuclopenthixol (Clopixol®). Malheureusement, ils sont souvent responsables d'effets secondaires qui rendent d'autant plus intéressants les nouveaux neuroleptiques dits atypiques. Parmi ceux-ci relevons l'olanzapine (Zyprexa®) et la rispéridone (Risperdal®) qui non seulement possèdent des propriétés antipsychotiques avec moins d'effets secondaires mais également, semble-t-il, des propriétés stabilisatrices de l'humeur tout à fait intéressantes. La clozapine (Leponex®) reste également une bonne alternative.

Environ un tiers des patients va répondre positivement à l'instauration d'un traitement de lithium, un tiers ne répondra que partiellement et enfin un dernier tiers pas du tout. Actuellement, nous ne disposons pas de critères absolus qui nous permettent de reconnaître les situations potentiellement résistantes. Il existe cependant

certaines situations plus susceptibles que d'autres à une réponse insuffisante qui sont, entre autres, la prise irrégulière du traitement médicamenteux, l'épisode mixte, le cycle rapide, le nombre d'épisodes antérieurs ou un trouble de la personnalité. Le lithium est alors soit remplacé, soit associé à un autre stabilisateur de l'humeur. D'autres stratégies pharmacologiques peuvent également avoir leur place dans ces situations difficiles.

Si le traitement médicamenteux reste le plus souvent incontournable et efficace, il doit être intégré dans une prise en charge multidisciplinaire avec la participation non seulement des spécialistes de la santé et des assistants sociaux, mais également des proches et des familles.

Le suicide

Avec une prévalence de tentatives de suicide de 25%, le trouble affectif bipolaire réunit une population à risque. Environ 73% des tentatives s'inscrivent dans le cadre d'un épisode dépressif majeur, 16% dans le cadre d'un épisode mixte et 11% dans celui d'un épisode maniaque. Si le lithium a clairement démontré son efficacité sur la prévention des rechutes, sur la diminution de leur durée et de leur intensité, il a également démontré son influence sur les tentatives de suicide et les suicides.

Il existe, selon une étude de Baldessarini, un facteur 7 entre le nombre de tentatives de suicide dans un groupe avec lithium et un groupe sans. De même, les suicides semblent diminuer d'un facteur 12 dans un groupe traité. A noter que l'interruption du traitement de lithium, d'autant plus si celui-ci est abrupt, prédispose à un risque suicidaire accru durant la première année.

D'autres approches

Le traitement de ces sujets ne se résume pas à une question de pharmacologie, nous nous devons d'y associer d'autres approches qui peuvent être psychosociales, psychothérapeutiques ou psychoéducatives. La succession des épisodes maniaques ou dépressifs isole les sujets de leur environnement social, professionnel et familial. Ceux qui présentent un épisode maniaque font et disent des choses qui peuvent être dramatiques et qu'ils ne pourront que regretter plus tard. Or il est démontré que si ces personnes

profitent d'un bon soutien psychosocial, elles présentent moins d'épisodes maniaques, et d'une durée moins longue.

Pour l'approche psychothérapeutique, elle peut être individuelle, familiale ou de groupe. Il est important pour ces personnes de pouvoir partager leurs expériences avec d'autres individus qui présentent le même trouble dans le but de mieux l'accepter et apprendre à le contrôler. Cela permettra de déterminer quels peuvent être les facteurs de stress qui pourraient éventuellement être à l'origine d'une crise, même si le lien de causalité n'est pas vraiment établi. Ces approches peuvent également aider à déterminer les symptômes précurseurs d'un nouvel épisode maniaque comme par exemple les troubles du sommeil, l'hyperactivité, l'accélération de la pensée...

L'acceptation de cette maladie, par le patient et sa famille, constitue un important facteur de stabilisation.

Conclusion

L'épisode maniaque ne se résume pas à un sentiment de bien-être et constitue non seulement une source de souffrance psychique mais également sociale et familiale qu'il ne faut absolument pas sous estimer. Notre effort doit se porter aujourd'hui non seulement sur la recherche de nouvelle molécule, mais également et prioritairement sur le développement de programme et d'instrument qui permettent une détection plus précoce de ces sujets dont la qualité de vie peut être significativement influencée par un traitement bien conduit et rapidement instauré.

La consommation de substances illicites ou d'alcool reste une préoccupation majeure de par leurs effets psychotropes défavorables et déstabilisateurs. ■

Bibliographie

Baldessarini R.J., Tondo L., Hennen J. Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders.

Journal of Clinical Psychiatry. 60 Suppl 2: 77-84, 1999.

Schou M. The integrated approach. On the significance of pharmacological and nonpharmacological factors when lithium prophylaxis fails.

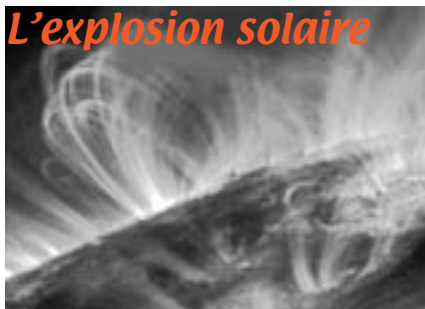
Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl. 345: 119-123, 1988.

La phase dépressive

Dr Georges Gabris, médecin directeur, Clinique La Métairie, Nyon.

Je remercie beaucoup Madame Pont de m'avoir invité au Congrès annuel du GRAAP; mes remerciements vont également à ma collaboratrice Claire-Lise Felchlin qui m'a grandement aidé dans la réalisation de ma conférence.

Une conférence publique est un exercice difficile mais combien important. Il s'agit effectivement non seulement d'informer et de transmettre des connaissances, mais également de sensibiliser celles et ceux qui n'ont pas connu ou qui se croient à l'abri de la souffrance psychique, voire ceux qui ont des idées fausses ou préconçues. J'ai ainsi choisi en guise d'introduction au sujet qui est le mien cet après-midi, à savoir la phase dépressive de la maladie bipolaire, une approche très personnelle du «dedans», des «tréfonds», des «tripes», que j'ai intitulée «De profonds», dans le but d'essayer de transmettre le vécu dépressif avant de l'examiner avec vous.



Le soleil trop éclatant aux rayons ardents contribuait, avec le magma incandescent, à surchauffer l'atmosphère et à donner un éclat surnaturel aux couleurs. Emporté sur les ailes de Pégase avec force et légèreté de plus en plus haut, sans limites, à la rencontre de la chimère, ou tel Icare se propulsant dans un éclat de toute-puissance à des attitudes brûlantes au contact de l'astre aveuglant, la constellation bascula au moment même de la fusion avec la lumière infinie.

La chute fut brutale et vertigineuse. L'atmosphère était devenue glaciale et figée, vaguement éclairée par la lumière lunaire glauque qui plongeait l'environnement dans le gris et dans le noir. La couronne lunaire, reste du soleil éclipsé, ne constituait qu'un lointain souvenir de l'éclat de jadis et les ténèbres jetaient leur ombre funeste sur Eros. La souffrance fut intense et, abandonné par Morphée, sans répit. L'appel des mons-

tres chthoniens d'abord lointain se précisa; néanmoins l'apparition de Thanatos fut terrifiante, mais son compagnonnage régulier en fit progressivement un familier qui l'emporta à tout jamais au-delà du Styx.

Tout me paraissait si facile, j'étais enfin en plein accord avec moi-même; les autres me trouvaient un peu exubérant, d'ailleurs ils m'énervaient avec leurs critiques et leurs mises en garde constantes.

Depuis quelques jours je ne me reconnais plus, quelque chose d'indicible a complètement changé. Complètement épuisé par l'effort fourni, je parviens à m'endormir vers 23 heures mais me réveille avec une précision effroyable à 3 heures du matin. Je suis alors en proie à des ruminations obsédantes. Cette fois-ci je ne m'en sortirai pas, la journée qui m'attend, tel un raz de marée se rapproche de minute en minute. Je consulte ma montre, il me reste encore trois heures et demie avant l'affrontement. Je ne cesse de me tourner et de me retourner dans mon lit, en nage.

Il est 6 h 30; je fais un effort à la limite du supportable pour me lever. Prendre ma douche me demande un effort de volonté considérable. Je suis absent, ne ressens même pas l'eau qui ruisselle sur ma peau. Attablé au petit-déjeuner, je considère avec dégoût et nausée la table mise. C'est avec peine que j'avale quelques gorgées de thé. Décroiser mes jambes pour me lever m'épuise et je quitte l'enveloppe protectrice de mon appartement pour affronter le monde. Ma voiture constitue le dernier rempart mais j'ai peur.

Je roule plus lentement que d'habitude, j'ai l'impression de prendre d'énormes risques, si je provoquais un accident, tout va trop vite. Je ne sais comment je suis arrivé à mon bureau, mes collègues me regardent bizarrement, comme s'ils voyaient en moi. J'esquisse un sourire forcé, bredouille quelques mots, mais ma gorge est sèche, je déglutis et, avec une

voix étrangement altérée, lance un «Bonjour les gars». Je me réfugie dans mon bureau. Avec angoisse, je contemple le courrier et le désordre qui y règnent. J'essaie de m'occuper, de faire semblant. Mon seul but est de tenir jusqu'à la fin de la journée, de faire passer le temps, de donner le change.

De plus en plus, je suis confronté à l'évidence: je suis incapable de me concentrer, de m'organiser, de décider; bref je suis nul, un nullos, ils vont tous s'en rendre compte. En fait, jusqu'à maintenant j'ai toujours réussi à cacher mes manquements, maintenant je serai démasqué, comme une limace au soleil. J'ai réussi à renvoyer tous mes rendez-vous et, avec un petit sentiment de soulagement, je quitte mon bureau en rasant les murs. Je vais enfin pouvoir rentrer chez moi, me terrer, me tapir; peut-être que ça ira mieux demain.

On me dit que je n'ai pas de raison d'être déprimé, que je devrais me secouer, faire appel à ma volonté, encore faut-il pouvoir vouloir... La nuit qui s'approche m'angoisse. Je zappe, bois du whisky. Mon temps me paraît compté. Je suis épuisé sans être fatigué, je vais prendre un somnifère.

Exténué, je m'endors et ce que je redoutais se produit: 3 heures du matin pile, réveillé, les yeux grands ouverts, je n'en peux plus, j'ai oublié comment on fait pour vivre, j'ai perdu le mode d'emploi de la vie. Demain, je n'irai pas travailler, je sais que je ne suis qu'un raté qui apporte malheur à ses proches. Plus jamais je ne vais pouvoir travailler, je vais finir dans la rue, dans la déchéance, y entraîner ma famille.



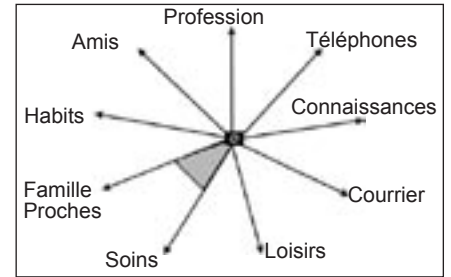
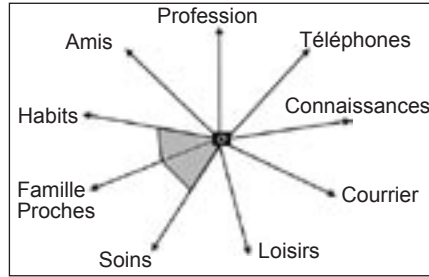
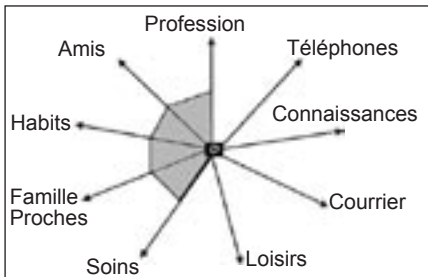
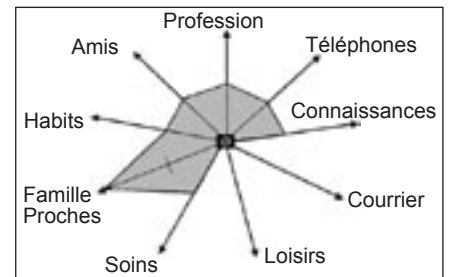
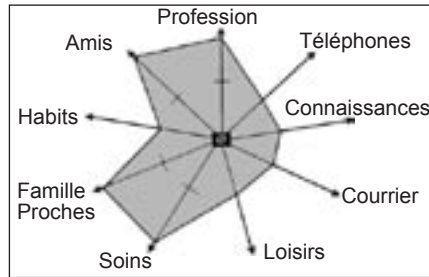
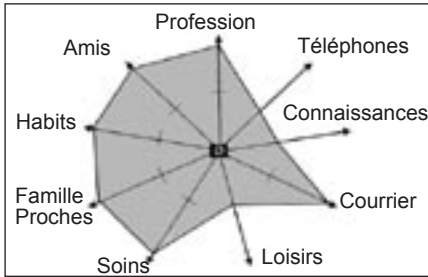
Je ressens une douleur dans la poitrine, peut-être un infarctus... si seulement! ou un cancer quel soulagement! Et si je mettais fin à mes jours? Enfin une perspective d'avenir: je peux encore me tuer.

Ce serait le plus grand service que je pourrais rendre à ma famille; de toute façon je ne suis qu'un poids mort. En fait je n'existe plus, je suis déjà mort, me supprimer physiquement n'est qu'une formalité.

La clinique: dépression I

- Humeur dépressive = expérience nouvelle.
- Morosité, irritabilité, hypersensibilité émotionnelle, intolérance aux stimuli (lumineux, bruits, pas de radio, pas de musique).
- Troubles du sommeil, anorexie, ennui, monotonie, longueur interminable du temps vécu, pôle matinal.
- Anhédonie, abrasion émotionnelle, anesthésie affective, incapacité à éprouver des sentiments adéquats.
- Perte d'intérêt, troubles de la mémoire, lenteur idéatoire, indécision, absence d'idées, conversation tarie, délai de réponse long, mutisme, troubles de la concentration, repli, retrait social.

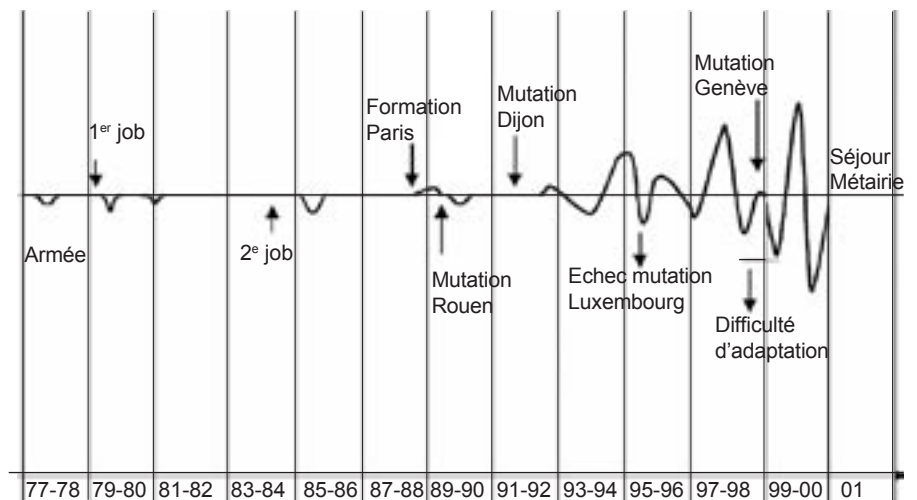
Retrait social



Dépression II

- Ralentissement, hypominie, amimie, adynamie, aboulie, clinophilie, incurie.
- Incapacité à se détendre, nécessité de déambuler, gorge serrée, impression de boule au creux de l'estomac, difficultés à déglutir, sensation de chaud-froid, palpitations précordiales, sueurs, sentiments d'étouffement, constipation, bouche sèche, état saburral des voies digestives, polliakiurie, dysurie, rétention urinaire, troubles de la libido.
- Doute, pessimisme, incurabilité, incapacité, sentiments d'inutilité, ruminations, remords, faute, péché, damnation, malheur, indignité, attente de sanctions sociales, de châtement divin, idées de grandeur à l'envers, idées hypocondriaques (cancer, sida), idées de mort, suicide. ■

Spectre bipolaire (histoire d'un patient)



Dépression: critères de risques pour une évolution bipolaire

- Anamnèse familiale ● Présentation atypique ● Evolution atypique ● Evolution clinique ●

Une enfance chahutée

Je suis né en 1967 à Lausanne. Mes parents ne pouvant s'occuper de moi, j'ai été placé à la pouponnière où, 14 mois plus tard, mes parents adoptifs sont venus me chercher.

Mon enfance s'est déroulée normalement jusqu'à l'âge de 5-6 ans, quand mes parents naturels ont demandé un droit de visite. J'ai alors commencé à les voir de temps en temps, chez eux, accompagné de ma tutrice. Cela m'a beaucoup perturbé, entravant mon développement scolaire à tel point qu'on arrêta les visites.

De ce fait, je ne devais pas revoir mes parents biologiques jusqu'à l'âge de 16 ans, lorsque je les rencontrai par hasard. Alors, mes deux familles ne cessant de se critiquer mutuellement, je décidai d'entretenir avec mes parents naturels une relation en cachette. Je rencontrais également parfois ma sœur, plus âgée que moi, adoptée elle aussi, qui continuait de même à voir nos parents.

Les choses allaient bien pour moi. J'ai suivi une scolarité sans histoire et, à 16 ans, je décidai d'entrer à la police pour y faire un apprentissage et un CFC d'employé de bureau. Au bout de quelque temps, cependant, je réalisai que cette voie n'était pas la mienne. J'étais sans doute trop gentil et mes collègues se moquaient de moi. Je réussis néanmoins mon CFC d'employé de bureau.

C'est à cette époque que je fis la connaissance d'un personnage clef de mon existence, l'aumônier Georges Favez, qui devait m'accompagner durant ma maladie, me soutenir et me redonner confiance en moi.

Début de la maladie

À 19 ans, comme tout bon citoyen, j'entrai à l'armée mais pour devoir la quitter trois semaines plus tard, suite à une hépatite. Après un bref séjour au CHUV, je passai une période de convalescence chez mes parents. J'étais très fatigué et, quelques mois plus tard, je commençai à être insomniaque et à vivre la nuit.

C'est à cette période que mes délires ont débuté. Une fois, en plein milieu de la nuit, je me suis pris pour un génie comme Léonard de Vinci et je décidai de construire une maison en bois dans le jardin. Effrayés, mes parents ne comprenaient pas ce j'étais en train de faire. Ils ten-

taient de me raisonner et je fis une fugue, considérant que personne ne me comprenait. Le lendemain toutefois, je réintégrai la maison. Ma tutrice et ma mère m'accompagnèrent chez un psychiatre qui déclara que j'étais malade, et que je devais entrer à l'Hôpital psychiatrique de Cery pour me faire soigner. Pris de panique, je fis une autre fugue pour finir par me réfugier chez les parents d'un camarade. Mes parents vinrent me chercher, pour m'emmener à Cery.

Je me souviens d'un de mes premiers délires en milieu hospitalier. Il y avait un puzzle de 5000 pièces et je déclarai à l'infirmier que j'allais le finir dans une heure. J'avais un sentiment de toute-puissance. La suite de mon internement fut difficile: je ne comprenais pas pourquoi on fermait la porte à clef, si bien que, pris de panique, je me mis à casser la vaisselle et à arracher quelques tableaux des murs. Comme cet épisode eut lieu le jour du colloque, je vis arriver une dizaine d'infirmiers et de médecins qui, après m'avoir ceinturé, m'attachèrent sur un brancard pour me faire une piqûre. Je me réveillai dans une chambre noire, ne comprenant pas ce qui se passait. Je reçus à manger, ainsi qu'une nouvelle piqûre.

Heureusement, cet enfer ne dura qu'un seul jour. À cette phase maniaque que je supportai un mois et demi succéda une période de grande dépression. Je ne parlais pas et je pensais que mon état était dû aux médicaments. Je jouais la comédie en faisant semblant de les prendre et en les recrachant aussitôt. Bien entendu, ma supercherie ne dura pas longtemps. Quelques mois plus tard, je sortais de l'hôpital pour rejoindre le centre de jour de Sauvabelin, où je devais rester plusieurs mois, dormant chez mes parents.

Heureuse rencontre

Je fis plusieurs séjours hospitaliers, jusqu'en 1991. Lors de l'un d'eux, on proposa aux patients d'assister à une conférence à Lausanne. Ce fut l'occasion de sortir et de prendre une bouffée d'air frais. Je rencontrai Madeleine Pont et le courant passa immédiatement. Elle me proposa de travailler dans les bureaux de Pro Mente Sana et devint ma curatrice. Je regagnai alors un foyer médical, Le Point du Jour, où je restai une année et demie en tant que résident.

On nous y apprenait à devenir autonome: il fallait faire à manger, ranger sa chambre, faire la vaisselle et la lessive.

Cette vie communautaire était un peu stricte, mais cela m'a finalement aidé et je décidai d'entreprendre une maturité commerciale dans une école privée. J'y suis resté six mois. Manquant de persévérance, j'arrêtai là mes études et décidai de faire autre chose, mais sans plus de succès. En fait, toutes mes décisions échouaient par manque de persévérance. La seule chose qui marchait, c'était mon travail avec Madeleine Pont qui, entre-temps, avait créé le GRAAP et, de 1991 à 1996, je n'ai plus été hospitalisé. Hélas, en 1996 je fis une décompensation et dus retourner à l'hôpital, suite à une rupture sentimentale. Peu à peu je m'en suis remis et, depuis 1997, je n'ai eu aucune rechute.

Grâce au GRAAP...

Actuellement je suis salarié au GRAAP, à 70% comme responsable de la distribution des publications et du matériel promotionnel et moniteur de sport. Le GRAAP est un lieu très important pour moi: j'y ai trouvé un statut social grâce à mon travail, pour lequel je suis reconnu. J'aime l'ambiance, et aussi la possibilité de rencontrer des gens et de me faire des amis.

Le GRAAP, c'est aussi le Groupe des proches, que ma mère fréquente. Elle a appris tant de choses sur cette maladie – la maniaco-dépression – que maintenant elle peut me faire confiance, alors qu'elle était plutôt surprotectrice. Grâce à cela, depuis sept ans j'habite seul. Je prends soin de mon logement et j'aime faire la cuisine pour mes amis. Je fais beaucoup de sport pour compenser la prise de poids due aux médicaments.

Avant de conclure, j'aimerais encore parler de mon psychiatre qui me suit depuis onze ans. Avec lui, j'ai compris qu'il était important de me soigner et de prendre mes médicaments qui m'aident à dormir et à mener une vie normale. Je continue à le voir une fois par mois, en psychothérapie. Nous discutons de ce que je peux encore améliorer et c'est grâce à cela que j'ai pu acquérir de la persévérance et, surtout, de ne plus avoir peur d'entreprendre quelque chose. ■

Christian Schenk

Le mécanisme de la projection

D^r Olivier Gonin, médecin et formateur, Lausanne.

En ma qualité de médecin généraliste et de pédagogue, j'ai été amené à me préoccuper des relations soignants-soignés, comme animateur de formation en groupes d'infirmières et comme superviseur à la Main tendue.

Maladie psychique et maladie physique

J'aimerais commencer par énoncer quelques généralités sur la maladie, en particulier la maladie psychique, qui se vit comme beaucoup d'autres maladies physiques. A témoin ces quelques exemples. Si quelque chose se déglingue en nous, cela touche un organe qui fait partie de nous de manière naturelle: c'est le cœur qui bat trop vite ou, au contraire, trop lentement, donnant l'impression qu'il va s'arrêter.

Ce sont des phénomènes naturels. Mais pour peu qu'ils soient exagérés, voilà que cela devient pathologique. Un muscle crispé, c'est magnifique, cela permet des mouvements, mais s'il est trop crispé, cela devient douloureux et handicapant.

Au niveau de l'humeur, on va trouver tout à fait naturel de se sentir déprimé: «Bof, à quoi bon... Il n'y a plus de couleurs, il n'y a rien qui nous tire en avant, on se laisse vivre.» C'est une coloration dépressive naturelle, mais cela ne nous empêche pas de travailler, d'entrer en relation.

Pour peu que ce sentiment se manifeste de manière exagérée, nous parlerons alors de début de pathologie. Notez que c'est la même chose à l'inverse. Si on se répète à longueur de journée: «Youpi! Non, je ne suis pas malade!» ce serait exagéré et on commencerait à se demander s'il n'y a pas une maladie là-dedans. Car la maladie est souvent une exagération d'une manière de fonctionner, dans un sens ou dans un autre.

C'est quelque chose qui peut venir de l'intérieur ou de l'extérieur, mais dans un cas comme dans un autre, chacun va réagir à sa manière.

Les mécanismes de défense

Autre aspect qui entre dans le cadre des généralités des maladies, c'est ce qu'on appelle les mécanismes de défense. Nous sommes remarquablement bien organisés, physiquement, biochimiquement, neurologiquement et psychologiquement, afin d'essayer de compenser des variations qui seraient trop exagérées. Par exemple, si on commence à trop souffrir, d'une manière ou d'une autre, il va y avoir un mécanisme de défense qui va s'organiser pour qu'on souffre moins, pour maintenir son confort physique et psychique. C'est automatique, naturel.

Plus particuliers sont les mécanismes de défense psychiques, qui se mettent en place lorsque l'on perçoit que, peut-être, quelque chose en soi n'est pas tout à fait O.K. Le refuser, décider que tout va bien, c'est un mécanisme de défense tout à fait conscient. Mais il peut arriver que ce mécanisme de défense automatique et naturel se mette en place spontanément, à notre insu.

Prenons l'exemple de cette sombre histoire entre le *ça* et le *surmoi*: le *ça* pense des choses horribles et il ne faudrait surtout pas que cela arrive à notre conscience, parce que cela risquerait de nous déstabiliser et de nous faire croire que l'on est complètement fou. C'est ce qu'on appelle précisément le refoulement. Seulement il peut arriver que ce refoulement ne fonctionne pas tout à fait et que l'on reste entre deux eaux.

Parmi nos mécanismes de défense, il en est un que nous vivons au quotidien: le déni ou la dénégation, le «non ce n'est pas vrai». C'est une réaction spontanée, un mécanisme de défense qui surgit quand quelque chose n'est pas au point

en nous ou dans l'autre. Une manière de minimiser notre ressenti.

Peur, agressivité, projection

Conséquence de la maladie en général: le sentiment d'une perte. Quand on se sent malade, on perd ce sentiment de sécurité (qu'est-ce qui va se passer?). Pour peu que l'on soit hospitalisé, on perd tout (son chez-soi, son intimité, sa sécurité – «qu'est-ce qu'on va me faire, est-ce que c'est grave?»), à la limite, on perd sa santé.

Or, perdre quelque chose, c'est se retrouver dans une sensation de frustration. La maladie provoque des pertes d'estime, des pertes de sécurité, des frustrations et nous savons que la frustration est mère de l'agressivité. Ainsi, on comprend mieux pourquoi certains patients ont un taux d'agressivité plus élevé. Ce qui se traduit dans le langage par des «c'est toi qui», «non c'est toi qui», avec tous les risques d'escalade. L'autre projette en moi, sur moi, sans s'en rendre compte, ce qui le gêne en lui. Le danger intérieur est mis à l'extérieur, c'est encore un mécanisme de défense.

Attitudes courantes face au malade

Lorsqu'on aborde quelqu'un de sa famille qui est malade, qu'est-ce que cela va déclencher en nous? J'ai recensé sept attitudes parmi les plus courantes et les plus révélatrices:

1. On réagit en minimisant. C'est notre première réaction face à quelque chose qui n'est pas O.K., en nous ou dans l'autre. Ça peut aller jusqu'à la dénégation.

2. On a peur pour l'autre. On commence à avoir peur de ce qui va se passer, de ce que l'autre va risquer.

3. On a peur pour soi. La maladie psychique n'est pas nécessairement contagieuse, sauf peut-être dans des situations psychosociales, comme des accès de manies. Par contre, elle a un retentissement sur l'entourage, en particulier sur les relations. On a peur pour l'autre qui ne va pas devenir O.K. et, par conséquent, j'ai peur pour moi en raison des menaces qui pèsent sur nos relations à cause de la maladie.

4. On éprouve un besoin de toute-puissance: «Je vais te guérir». C'est un mécanisme de défense contre le sentiment d'impuissance – avec toutes les embûches qu'on peut imaginer.

5. On ne parvient pas à le guérir, à le sauver. Il devient le mauvais objet, il est un objet de frustration pour soi. Et nous savons que la frustration est mère de l'agressivité... avec un risque d'escalade. C'est aussi une manière naturelle de réagir.

6. Ce risque d'escalade peut aboutir au conflit.

7. On ressent de l'empathie ou de la congruence. Mais être gentil, cela se

retourne éventuellement contre soi. Ou on est gentil avec soi (la congruence), et on ne l'est pas avec l'autre. D'où tiraillement, et à nouveau une situation très inconfortable.

Comment se comporter?

Mais alors comment réagir, que faire et comment être? En ayant en mémoire ce qui a été dit plus haut sur les maladies en général et les attitudes les plus répandues face à la maladie, il faut être un peu autrement, et agir différemment. Comment?

D'abord, en cessant de vouloir changer l'autre. En allemand, quand le médecin parle de «traiter», il emploie le terme «behandeln» (prendre en mains, manipuler), donc changer l'autre... Plutôt que de vouloir changer l'autre, il s'agit de chercher à savoir comment se changer soi-même.

On peut changer sa manière d'être face aux autres, en particulier en réalisant que l'on n'est pas le soignant.

Si l'on est un proche ou un familier, cette personne malade a d'autres soignants – infirmière, médecin, assistante sociale.

Éventuellement, on peut proposer une aide de physiothérapeute pour quelques massages...

Quelle va donc être notre fonction à nous, les proches? Il faut faire ce que l'on peut, essayer dans la mesure de ses moyens d'aimer. On dira: «Je suis là encore, je t'aime comme tu es, même si maintenant tu n'es pas O.K. Comment aimerais-tu que je sois avec toi?»

On peut être dans une relation d'amour puisque l'on n'est pas lié professionnellement, contrairement au médecin ou à l'infirmière qui sont dans une relation d'empathie, avec une distance variable.

N'étant pas soignant, on peut aimer, mais comment s'en donner les moyens? D'abord, on n'agira pas tout seul, mais avec d'autres personnes sur qui on peut s'appuyer – par exemple en faisant partie d'un groupe des proches, comme il en existe au GRAAP.

Manifester son intérêt, son amitié, son amour, c'est aussi une manière d'être que l'on peut avoir avec quelqu'un qui n'est pas bien à côté de moi. ■

Les jeudis du GRAAP

Lausanne 19 heures

Conférences-débats des groupes de proches Vaud

Jedi 31 janvier: «*Et après nous, pour notre proche malade, lorsqu'on sera mort...*»

Avec M. Georges Favez, pasteur.

Jedi 21 février: «*J'ai peur de lui!*» *Vivre avec la violence d'un patient psychique*

Avec M. Mathias Serero, psychologue, directeur de l'Institut Maïeutique, Lausanne.

Jedi 21 mars: «*La peur du regard des autres – La crainte du qu'en-dira-t-on*»

Avec M. Bertrand Amaudruz, diacre, spécialiste de la relation d'aide.

Jedi 18 avril: «*Les médicaments psychiques: plus de mal que de bien?*»

Avec un intervenant du DUPA à Lausanne.

Jedi 16 mai: «*Drogue, alcool: un dangereux calmant*»

Avec un intervenant du centre Saint-Martin à Lausanne.

Jedi 20 juin: «*La peur du travail. Réinsertion professionnelle?*»

Avec Mme Muriel Cornuz, conseillère en orientation OAI, Vevey.

Le Groupe de proches

J'aimerais, en quelques mots, vous présenter l'activité du Groupe des proches qui gravite autour du GRAAP, un groupe dans lequel j'ai pu dire ma souffrance et être vraiment entendue.

Les circonstances ont fait que, très peu de temps après mon arrivée, j'ai pris la responsabilité de la coordination du Groupe de Lausanne et des conférences. Ce groupe accueille des parents, des conjoints, des frères et sœurs, bref, la famille et les proches de patients souffrant de troubles psychiques.

Ces personnes sont confrontées aux divers symptômes de la maladie – déni, délires – de leur proche qui nécessite ou non une hospitalisation, qui est en traitement ou non, dont le diagnostic, quand il posé et connu, ne leur est pas communiqué.

Le groupe fonctionne en toute confidentialité, dans l'écoute respectueuse de l'autre. C'est un partage, un échange, voir et entendre des personnes qui ont traversé les crises, les décompensations de leurs compagnons, de leurs enfants, écouter leur récit de vie, dans le but de reconforter celles et ceux qui ont tout à apprendre de la maladie, des rechutes, des angoisses, et qui n'ont que des questions qui se bousculent dans la tête.

Une écoute attentive

Lorsque l'on voit et entend quelqu'un raconter sa souffrance, spontanément, on a envie de le consoler, de le reconforter en donnant des conseils; au groupe, on apprend à parler de soi, de son vécu, sachant que le témoignage est ce que nous pouvons offrir de plus porteur d'espoir. Notre expérience aidera peut-être un autre membre, mais elle n'est en aucun cas parole d'évangile. L'animatrice essaie de rester le plus fidèle à l'esprit du GRAAP et à en rappeler ses principes:

- entraide et solidarité;
- responsabilité individuelle;
- respect de la dignité et du besoin d'être utile;

– défense des intérêts et des droits des personnes concernées par les troubles psychiques.

Devenir des partenaires

Nous nous réunissons une fois par mois, par groupe de 4 au minimum, 20 au maximum. Personne ne s'inscrit à l'avance. La confidentialité est garantie. Pendant deux heures, nous faisons un tour de table et chacun peut s'exprimer s'il le désire. Notre groupe n'est pas un groupe thérapeutique, bien que la prise de parole puisse faire des miracles!

Notre but est d'aider à vivre le mieux possible, en accompagnant une personne qui souffre de troubles psychiques, de mieux connaître notre rôle pour mieux le jouer. Nous apprenons à défendre notre position de proche, développons nos connaissances et notre point de vue sur l'avenir de notre parent malade. Nous voulons participer comme partenaire au projet thérapeutique. Ainsi nous apprenons à demander des informations, à rencontrer les autres partenaires thérapeutiques, à faire partie de rencontres de professionnels qui préparent la sortie du patient et le soutiennent pendant sa réinsertion sociale et professionnelle.

Nos activités

Nous avons aussi des rencontres-débats avec un intervenant extérieur qui anime notre groupe sur des sujets qui nous concernent spécialement. Mais ce qui fait la force de nos groupes, c'est l'amitié, les liens qui se tissent, alors que jamais nous nous serions rencontrés autrement. Ce sont des petits mots, les téléphones qui tombent au bon moment...

Le groupe, c'est aussi un endroit où l'on peut dire son ras-le-bol, poser son sac sans que personne ne nous juge. Il n'y a plus de rôle à tenir et tous les sentiments peuvent s'exprimer. Le groupe permet d'échanger, d'apprendre et surtout d'être moins seul face à la maladie de ceux que nous aimons. J'ai écrit dans la lettre mensuelle adressée aux proches, «Le Fil» en janvier dernier:

Première séance du troisième millénaire! – et pourtant nous sommes toujours là, avec nos questions, nos émotions. Pour certains, cette année commence difficilement avec de l'anxiété pour la suite des jours et, pour les autres, c'est une période de calme. Nous sommes toujours confrontés à une réalité qui n'a que faire du calendrier: la souffrance de nos proches et notre impuissance. Mais rassurez-vous, nous savons sourire et même rire parfois. L'humour est un précieux allié et nous tenons à lui.

Je n'ai pas de formation spécifique autre que celle d'épouse de malade, de maman, de grand-maman et accessoirement d'ancienne enseignante spécialisée formée à l'animation de groupes. Merci de m'avoir écoutée avec attention et, je l'espère, avec votre cœur. Sachez que j'ai mis tout le mien pour partager avec vous ce chemin de vie. ■

Danielle Schaer

Groupes de proches du GRAAP Premier semestre 2002

GRAAP – Lausanne

Rue de la Borde 23-27
Jeudi 18 heures, une fois par mois: **7 février, 7 mars, 4 avril, 2 mai, 6 juin**

Le Bateau – Yverdon

Rte de Neuchâtel 45
Jeudi 18 heures, le premier du mois: **7 février, 7 mars, 4 avril, 2 mai, 6 juin**

La Berge – Nyon

Rue de la Colombière 10
Mardi 14 heures, le premier du mois: **5 février, 5 mars, 2 avril, 7 mai, 4 juin**

La Rive – Montreux

Ch. des Mûriers 9
Mardi 14 heures, le dernier du mois: **26 février, 26 mars, 23 avril, 28 mai, 25 juin**

Les causes de la maniaco-dépression

Dr Martin Preisig, médecin associé, privat-docent, Hôpital de Cery, DUPA, Lausanne.

Une question qui revient souvent par rapport aux causes de cette maladie, touche au rôle joué par l'éducation et l'hérédité dans le développement d'un trouble bipolaire. Quant à son étiologie, comme pour toutes les maladies psychiatriques, on dispose de quelques idées, de facteurs qui pourraient jouer un rôle, mais rien de bien établi.

Toutefois on peut avancer des facteurs génétiques, remonter à la famille, différencier les facteurs individuels et les mettre dans différentes catégories à même de jouer un rôle dans le développement d'un tel trouble.

Les variables qui sont certainement les plus «investiguées» aujourd'hui sont les facteurs génétiques, que je présenterai en premier, avant d'aborder les facteurs familiaux et individuels, pour terminer en faisant le point de la recherche à Lausanne, Genève et également en Valais.

Les facteurs génétiques

Les premières indications de l'implication de facteurs génétiques proviennent des études épidémiologiques génétiques, notamment des études sur les jumeaux et sur les enfants adoptifs.

L'hypothèse qui sous-tend ce type d'études est que la maladie pourrait s'expliquer 1) en partie par la génétique, 2) en partie par des facteurs environnementaux propres à la famille qui seraient transmis durant l'enfance, et 3) en partie par les facteurs environnementaux uniques. Ces facteurs uniques sont ces événements de vie, ces petites ou grandes catastrophes, mais aussi ces bonheurs, qui forgent une personnalité.

Il est probable que la corrélation de ces trois facteurs peut déclencher une maladie comme le trouble bipolaire. L'étude familiale s'intéresse au développement des enfants dans une famille sans distinguer ce qui est génétique ou environnemental.

Les jumeaux et les enfants adoptifs

Les études sur les jumeaux et sur les enfants adoptifs parviennent à distinguer ce qui pourrait être génétique de ce qui pourrait relever d'autres facteurs familiaux.

Les études sur les jumeaux sont plus nombreuses que celles sur les enfants adoptifs. Il y a deux types de jumeaux, les vrais, qui se sont développés à partir d'un seul œuf, alors que les faux jumeaux se sont développés à partir de deux œufs différents – il s'agit de deux individus qui génétiquement ne sont rien de plus que frère ou sœur. Les vrais jumeaux monozygotes ont un matériel génétique identique. Depuis près d'une centaine d'années, des chercheurs s'intéressent à eux, car si une maladie est entièrement génétique, cela signifie que l'un et l'autre jumeau doivent forcément développer la même maladie. Pour le trouble bipolaire, une série d'études du siècle dernier relève que les jumeaux développent le même trouble bipolaire en moyenne entre 70 à 80%, ce qui indique un risque relativement considérable pour le deuxième, mais aussi qu'on est loin des 100%. En conséquence, le trouble bipolaire ne peut pas être une maladie purement génétique.

Avec les faux jumeaux, qui ne partagent que la moitié du génome, le risque est beaucoup plus faible, environ de 14%, ce qui est environ 5% plus qu'entre frères et sœurs. Sachant que deux vrais jumeaux ou deux faux jumeaux sont approximativement élevés de la même façon par les parents, quels autres facteurs pourraient encore expliquer une si grande différence dans les risques encourus? C'est probablement là l'évidence la plus claire qu'il y a implication de facteurs génétiques. Le risque pour un vrai jumeau est donc de cinq fois plus élevé que pour un faux.

A titre de comparaison, pour la dépression récurrente, l'augmentation du risque pour les vrais jumeaux par rapport aux faux jumeaux est moins élevée, elle est de trois; pour la schizophrénie cela se situe entre la dépression et le trouble bipolaire. De toutes les maladies psychiatriques qu'on connaît, le trouble bipolaire est celle où les facteurs génétiques semblent jouer le rôle le plus important, sans qu'elle soit une maladie génétique.

Les études sur les enfants adoptifs sont plus difficiles à mener, car par exemple en Suisse on ne peut pas obtenir d'information sur les parents biologiques. Cependant deux études ont été faites sur des enfants adoptifs ayant développé un trouble bipolaire. Ces enfants ont été comparés à d'autres également adoptés mais n'ayant pas cette affection. Si c'est essentiellement l'entourage familial qui rend les enfants malades, on devrait trouver parmi leurs parents adoptifs un nombre plus grand ayant un trouble bipolaire ou d'autres maladies psychiatriques que celui de parents d'enfants adoptifs qui n'ont pas développé un tel trouble. Cela n'a pas été trouvé.

Les parents qui ont adopté un enfant qui a développé un trouble bipolaire n'étaient pas différents, par rapport aux maladies psychiatriques qu'ils ont eues, des parents adoptifs dont les enfants n'ont pas développé de trouble bipolaire. Selon ces études, l'entourage familial ne semble donc pas jouer un rôle essentiel pour le développement du trouble bipolaire. Par contre ces chercheurs ont également trouvé des informations sur les parents biologiques de ces enfants. Malgré le fait qu'ils n'étaient pas en contact – sauf maximalement quelques mois au début de la vie – les parents biologiques des enfants affectés ont plus souvent développé un trouble bipolaire ou une autre maladie psychiatrique que les parents biologiques des enfants sans ce trouble. Les études sur les enfants adoptifs confirment essentiellement les

résultats des études sur les jumeaux par rapport à l'importance des facteurs génétiques.

Etudes familiales

Les études familiales, qui parviennent à déterminer les risques pour la fratrie, les enfants, etc., sont les plus nombreuses. Elles observent ce que deviennent les proches autour d'une personne, cela veut dire les enfants, les parents, les frères, les sœurs, le conjoint même, qui peut également être atteint, car vivre avec quelqu'un qui souffre énormément peut aussi affecter les personnes. Ces études montrent que, pour les membres de la famille de quelqu'un qui est malade, il y a un risque plus important par rapport à une famille où il n'y a pas cette maladie. Dans la lecture des statistiques, il faut disposer de point de comparaison.

Si l'on souffre d'un trouble bipolaire, pour les membres de la famille, il y a un risque d'environ 3 à 10%, ce qui correspond à une augmentation du risque par un facteur 3 à 10 vu que le risque est d'environ 1% dans la population. Parmi les membres de la famille d'un patient bipolaire, il y a également une augmentation du risque d'une dépression majeure. Ce risque va passer de 15% (le risque normal de la population) à environ 30%. Cependant, ces chiffres signifient également que dans les familles de bipolaire, plus de 90% des membres n'ont pas de trouble bipolaire, ce qui signifie que 9 enfants sur 10 ne vont jamais développer cette affection.

Il existe également des études qui se sont intéressées particulièrement aux enfants, aux adolescents – le trouble bipolaire commence relativement tôt. On a comparé des enfants des familles dont un des parents souffre de trouble bipolaire à des enfants de familles témoins où aucun des parents n'en souffre. Il a été ainsi montré qu'environ 5% des enfants des premières familles ont durant l'adolescence présenté des symptômes d'un trouble bipolaire contre 0% dans les familles témoins – étude combinée portant sur quelque 700 enfants.

Cette recherche – qui n'a pas montré une augmentation des dépressions parmi ces enfants – a révélé que 95% des enfants jusqu'à l'âge d'environ 18 ans n'ont pas de symptôme de trouble bipolaire. Que peut-on conclure de ces études? Aujourd'hui on s'achemine vers un

modèle d'explication de la transmission de cette pathologie qui tient compte de la génétique et de l'entourage.

Quant aux facteurs génétiques, on croit qu'il y a une implication de nombreux gènes. Selon ce modèle, il n'y a pas un seul gène, chaque gène augmenterait peut-être le risque d'un facteur de 1,1 à 1,5. Mais il reste que la grande majorité des gens qui ont un de ces gènes ne sont pas malades.

Cependant, plus on a de gènes associés avec le trouble bipolaire, plus le risque de le développer serait augmenté. S'il y a une constellation génétique favorable ainsi que des facteurs environnementaux (familial, professionnel, social), on pense que des événements de vie brusques (par exemple un décès, un licenciement, une rupture sentimentale) peuvent déclencher cette maladie. C'est ce qu'on appelle une transmission multifactorielle.

Reste à identifier les gènes et les facteurs environnementaux spécifiques, ce qui est du domaine du possible!

Facteurs non génétiques

Certains facteurs familiaux, comme pauvreté, séparation parentale, niveau scolaire modeste, relation avec les parents (par exemple manque d'affection, surprotection), le fonctionnement de la famille d'origine (des familles sans cohésion ou des familles avec un excès de rigidité), sont susceptibles de jouer un rôle pour le développement du trouble bipolaire.

Cependant, aucune étude n'a regardé de façon simultanée l'impact de ces facteurs et celui de la psychopathologie. Aussi faut-il les prendre en considération avec beaucoup de prudence le résultat de ces études. Il en va de même pour les facteurs individuels: tempérament, personnalité, problèmes du développement, capacité intellectuelle, événements de vie (qui sont peut-être les mieux investigués).

D'autres facteurs dits de protection – succès scolaire, développement d'activités de loisirs, acquisition de bonnes compétences sociales, création de relations avec des adultes en dehors de la famille – pourraient protéger un enfant de trouble bipolaire même s'il y a dans la famille un membre qui en est touché.

Etudes en Suisse romande

Les buts de ces études sont de mieux comprendre la comorbidité qui sous-tend le trouble bipolaire et les problèmes liés à l'abus de substances comme l'alcool et les drogues – le traitement d'une personne affectée du trouble bipolaire et qui consomme de façon excessive de l'alcool ou des drogues est presque impossible.

Comme le trouble bipolaire n'est pas une maladie purement biologique, il faut comprendre cette maladie dans son environnement global, famille, personnalité, fonctionnement du couple parental, relation parents-enfants. En général la maladie commence à l'âge de 10 ans. Si le trouble commence par une dépression, l'enfant risque de se replier et de ne plus faire les devoirs scolaires. Souvent ce comportement n'est pas reconnu comme dépression au début, ni par les parents ni par l'instituteur, ni par les copains. L'enfant va se replier encore plus, déprimer encore plus, avec déjà un risque de marginalisation. Pour cette raison, il nous semble très important de pouvoir dépister les premiers symptômes du trouble bipolaire. Pour y parvenir, il faut déjà savoir ce qui est normal pour un enfant d'un certain âge et ce qui est un comportement qui représente un symptôme qui annonce un trouble bipolaire à la longue.

Notre recherche s'est intéressée à toute une série de facteurs biologiques et environnementaux. La recherche comporte des entretiens avec le patient et les membres de sa famille, incluant frères, époux, parents et enfants. Cette recherche a commencé en janvier 1996 et inclut 146 patients bipolaires et les membres de leur famille. Les résultats préliminaires confirment que le risque est de 5 à 10% pour les enfants et que le trouble commence souvent dans l'adolescence. La recherche continue et nous cherchons notamment encore des patients bipolaires ayant des enfants mineurs et des patients souffrant d'une dépression récurrente. Des informations plus détaillées peuvent être obtenues au numéro de téléphone 021/643 66 08.

En conclusion, on peut souhaiter qu'une meilleure connaissance des facteurs de risques pour le développement et l'évolution des troubles de l'humeur permette d'améliorer la prise en charge de chaque patient, ainsi qu'à long terme l'instauration d'une prévention de ce trouble. ■

Psychoéducation et troubles bipolaires

D^r Jean-Michel Aubry, Mme Gladys Romailleur, Mme Nancy Aillon, département de psychiatrie, Clinique de psychiatrie adulte, 1225 Chêne-Bourg, Genève.

Quest-ce que la psychoéducation?

Selon Goldman¹, la psychoéducation peut se définir comme «l'éducation ou formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation (l'acceptation de la maladie, la coopération active au traitement et à la réadaptation, l'acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées au trouble psychiatrique)».

Bien que l'approche psychoéducative ait été utilisée de longue date par les cliniciens, de manière intuitive et plus ou moins structurée, les premières études sur l'impact et l'efficacité de la psychoéducation n'ont été publiées que récemment. Ces données soulignent l'intérêt d'associer la psychoéducation à la pharmacothérapie pour le traitement du trouble bipolaire. Actuellement, la psychoéducation est faite par des professionnels formés et qualifiés et représente un acte thérapeutique créant un rapport de partenariat entre le patient et le soignant.

Quels sont les buts de la psychoéducation?

Pour le trouble bipolaire, les buts de la psychoéducation visent à aider les patients à mieux connaître et contrôler leur maladie, à participer activement au traitement, à identifier les symptômes précoces de rechute, à éviter l'abus de substances dangereuses, à apprendre à gérer les symptômes résiduels et à prévenir le suicide². La psychoéducation s'applique aussi bien au patient qu'à sa famille, car la maladie bipolaire représente une charge émotionnelle qui peut être difficile à gérer pour l'entourage et

les proches du patient. On peut d'ailleurs relever que la psychoéducation a été initialement conçue pour les familles de patients schizophrènes³ (le mot «psycho-éducatif» a été utilisé pour la première fois en 1980 par Anderson, Hogarty et Reiss).

Quel est l'impact de la psychoéducation?

On retrouve une part psychoéducative dans la plupart des approches psychothérapeutiques pratiquées actuellement avec les patients bipolaires et la psychoéducation a l'avantage de pouvoir être utilisée lors de thérapies individuelles, familiales ou de groupes⁴. Ainsi, une étude récente a confirmé l'efficacité de l'approche psychoéducative pour améliorer l'évolution de la maladie⁵.

Dans cette étude contrôlée et randomisée, un psychologue relativement peu expérimenté a montré aux patients comment reconnaître leurs signes précoces de rechute et comment élaborer un plan d'action personnel en cas de symptômes dépressifs ou maniaques.

Ce plan était réduit au format carte de crédit et gardé dans le porte-monnaie. Les patients qui avaient suivi cette approche sont restés plus longtemps en rémission et avaient un meilleur fonctionnement socio-professionnel après dix-huit mois de suivi, comparés aux patients qui avaient eu la prise en charge habituelle.

Si l'on considère l'ensemble des études publiées sur la psychoéducation dans le trouble bipolaire, on remarque que les interventions psychoéducatives ont permis une certaine amélioration concernant la compliance au traitement médicamenteux et/ou le nombre ou la longueur des hospitalisations ou des rechutes.

«Programme d'objectifs personnels»

Dans le domaine des psychothérapies destinées au trouble bipolaire s'appuyant sur la psychoéducation, une thérapie groupale selon une approche structurée a été récemment élaborée⁶. Intitulée «Programme d'objectifs personnels»⁷, cette thérapie de groupe a été développée par le psychiatre Mark Bauer et l'infirmière Linda McBride (Providence, Rhode Island) dans le cadre de leur longue expérience de suivi de patients bipolaires.

Durant leurs années de pratique et de soins avec des patients bipolaires, quatre thèmes majeurs ont pu être mis en évidence concernant la qualité de vie de ces personnes. Premièrement, la qualité de vie est mauvaise si la maladie n'est pas suffisamment contrôlée. Deuxièmement, la compliance au traitement est souvent loin d'être optimale. Troisièmement, la plupart des patients sont limités dans leurs activités sociales et occupationnelles, même lorsque la maladie est bien contrôlée. Enfin, la réalisation d'objectifs qui sont importants pour la personne est rarement abordée avec les patients.

Au vu de ces besoins, les auteurs ont développé une thérapie groupale structurée composée de deux phases distinctes. La phase 1 consiste en 5 sessions hebdomadaires de psychoéducation selon un agenda spécifique. La première session a pour but de donner une vue d'ensemble de la maladie bipolaire, de ses causes possibles et de ses traitements. Les 2 séances suivantes se concentrent sur la dépression et les 2 dernières sur la manie. Durant les sessions sur la dépression et la manie, chaque participant détermine les caractéristiques propres de sa maladie bipolaire, les signes

précoces de rechute, les déclencheurs d'épisodes thymiques, les stratégies bénéfiques ou néfastes qu'il utilise dans ces situations. A la fin de ces sessions, les participants élaborent un plan d'action personnel qu'ils pourront utiliser si une rechute survient ultérieurement.

Dans la phase 2, le groupe qui se réunit avec une fréquence hebdomadaire ne suit pas un agenda strict comme c'est le cas dans la phase 1 qui est purement psychoéducatif. Cette deuxième phase se concentre sur l'assistance aux participants dans l'identification d'un et ensuite de plusieurs objectifs personnels qui n'ont pas pu être atteints jusqu'alors en raison de la maladie bipolaire.

Pour atteindre ces objectifs, chaque participant développe un plan avec des étapes comportementales réalisables. Les objectifs peuvent être relativement simples, comme obtenir un permis de conduire ou commencer une activité de loisirs, ou beaucoup plus complexes, comme trouver du travail ou se marier. Inévitablement, des «obstacles» empêchent la réalisation des objectifs, et le travail principal de la phase 2 consiste à reconnaître et dépasser ces obstacles avec l'aide de techniques cognitives et interpersonnelles. Les techniques cognitives sont adaptées au contexte groupal. Elles visent la mise en question des cognitions dysfonctionnelles et des attributions négatives, plutôt qu'une restructuration cognitive globale.

Les groupes sont composés de 5 à 7 participants pour les 2 phases et sont animés par 1 ou 2 cothérapeutes qui peuvent être des infirmiers, psychologues ou psychiatres. Les groupes de la phase 1 sont des groupes fermés, alors que ceux

de la phase 2 sont semi-ouverts, c'est-à-dire que, lorsqu'un participant quitte le groupe, il peut être remplacé par un nouveau membre qui a complété la phase 1. Le nouveau venu bénéficie alors de l'expérience acquise par les participants qui sont dans le groupe depuis plusieurs mois.

Si l'utilisation et la fidélité de transmission de ce programme entre différents thérapeutes et sites de soins ont déjà été démontrées⁸, l'impact de cette thérapie groupale sur la durée de rémission, la fréquence des hospitalisations et le fonctionnement socio-professionnel est actuellement en évaluation dans plusieurs centres de soins.

Psychoéducation et famille de patients bipolaires

Plusieurs approches pour les familles de patients avec un trouble bipolaire ont également été développées et les études publiées à ce jour rapportent un bénéfice de ces thérapies dans le traitement des personnes souffrant de trouble bipolaire⁴.

Dans le cadre du «programme bipolaire ambulatoire» de la consultation Jonction (département de psychiatrie, HUG, Genève), une approche familiale a été développée sous la forme d'un groupe psychoéducatif et de soutien pour les proches de patients bipolaires.

Le groupe se réunit sur un mode hebdomadaire pendant 4 mois et traite de thèmes tels que les traitements, la prévention des récurrences, les habiletés de communication et les stratégies pour demander de l'aide lorsque c'est nécessaire.

Conclusion

La psychoéducation fait partie intégrante du traitement des personnes présentant un trouble bipolaire et elle s'adresse aussi bien aux patients qu'à leur famille. Elle ne se substitue pas aux autres formes de traitement, comme le traitement pharmacologique et l'ensemble des approches psychosociales, mais elle représente un complément nécessaire et efficace de la prise en charge des troubles bipolaires.

Références

¹ Goldman CR. Towards a definition of psychoeducation. *HospandCommPsych*. 1988; 39: 666-7.

² Colom F., Vieta E., Martinez A., Jorquera A., Gasto C. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics* 1998; 67 :3-9.

³ Deleu G., Chambon O. *Thérapie psychoéducative familiale et psychoses chroniques*. Charleroi (Belgique): Socrate-Éditions 1999.

⁴ Rothbaum B., Astin MC. Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 9): 68-75.

⁵ Perry A., Tarrier N., Morris R., McCarthy E., Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318: 149-53.

⁶ Bauer M., McBride L. *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: the life goals program*. Springer Editions, New York, 1996.

⁷ Bauer M.S., McBride L. *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire: une approche structurée. Le programme d'objectifs personnels*. Médecine et Hygiène Editions, 2001.

⁸ Bauer M.S., McBride L., Chase C., Sachs G., Shea N. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 449-455.

Congrès annuel du GRAAP

Mercredi et jeudi 15 et 16 mai 2002

La paranoïa ou maladie de la persécution

Salle Paderewski, Casino de Montbenon
Lausanne

Le lithium, les antiépileptiques, les neuroleptiques, etc.

Dr Christian Bryois, médecin directeur, Hôpital psychiatrique, Prangins.

La psychopharmacologie des troubles bipolaires est un domaine fort vaste, et l'expliquer est une tâche ardue. En effet, les troubles bipolaires sont compliqués en eux-mêmes et la psychopharmacologie ne constitue qu'une des possibilités de traitement. Son diagnostic est difficile, le tableau clinique complexe, en raison de la difficulté à repérer les symptômes parfois imbriqués les uns dans les autres. Enfin, il faut admettre que le traitement psychopharmacologique n'est pas standard et qu'il n'y a pas de pilule miracle...

Diagnostic

50% des patients ne sont pas traités cinq ans après l'apparition des premiers symptômes, 36% ne le sont toujours pas dix ans après et il faut en moyenne huit ans avant que le trouble bipolaire soit diagnostiqué. J'ajouterais que 73% des patients qui souffrent de trouble bipolaire ont fait l'objet, au début de leur affection, d'un autre diagnostic psychiatrique.

Les spécialistes divisent les troubles bipolaires en trois groupes: les patients bipolaires de type I présentent un épisode maniaque et des épisodes de dépression majeure; les patients bipolaires II présentent quant à eux des épisodes de dépression majeure et des épisodes d'hypomanie, enfin les patients bipolaires III présentent des épisodes dépressifs majeurs récurrents et une anamnèse familiale positive, pour la manie ou une hypomanie induite par les antidépresseurs.

Par ailleurs, certains patients ont un trouble bipolaire avec des cycles rapides, (plus de 4 épisodes maniaques ou dépressifs durant l'année) et d'autres une symptomatologie de manie dysphorique (symptômes dépressifs et symptômes maniaques concomitants). Seuls 40% de patients manifestent des troubles bipolaires classiques.

Un autre écueil diagnostique est représenté par la présence d'une co-morbidité. Ainsi 41% des patients avec des troubles bipolaires abusent ou dépendent de la drogue, et 46% de l'alcool.

Les buts du traitement

En ce qui concerne les médicaments, il faut connaître leur efficacité, qui n'est jamais de 100%, et leurs effets secondaires: tous les médicaments efficaces en ont. Il faut évaluer leur toxicité lors de prise accidentelle ou volontairement surdosée, et savoir que ces substances interagissent souvent les unes avec les autres. Il faut tenir compte du souhait du patient et de la famille. En effet, l'adhésion au traitement est déterminante dans la prise en charge des patients psychiatriques, et particulièrement des patients qui présentent des troubles bipolaires.

Le but premier pour le psychiatre quand les choses vont mal est la disparition de la symptomatologie aiguë, qu'elle soit maniaque ou dépressive ainsi que la prévention du suicide. On sait par ailleurs que le trouble bipolaire est une maladie récidivante: il s'agit donc ainsi de diminuer le risque de rechute et, s'il y a une rechute, qu'elle soit d'une intensité inférieure à la précédente. Enfin, le dernier objectif est l'amélioration globale de la qualité de vie.

Le traitement de l'épisode maniaque

Pour traiter l'épisode maniaque aigu, nous disposons du lithium. Nous pou-

vons aussi utiliser les antiépileptiques, appelés, quand ils sont prescrits dans les troubles bipolaires, thymorégulateurs. La troisième possibilité est représentée par les neuroleptiques et enfin la quatrième par les benzodiazépines.

Le lithium

Le lithium est un élément naturel que l'on trouve partout, même dans nos régions, dans certaines eaux minérales. Le lithium, dans le cadre de l'épisode maniaque aigu, a une efficacité sur l'exaltation, sur l'humeur, mais cette efficacité n'apparaît qu'environ deux semaines après la prise du médicament. De plus il a une marge thérapeutique étroite et il faut mesurer la lithiémie – qui est la quantité de lithium dans le sang. Si cette quantité est trop élevée, des effets secondaires gênants peuvent apparaître et des complications peuvent survenir (risque de toxicité).

Certains patients se plaignent de nausées, de tremblement, de sensation de soif et de fatigue. Dans le traitement de l'épisode maniaque, le lithium est rarement utilisé seul, mais on l'associe souvent à d'autres substances. Le lithium est peu efficace lorsque le patient est extrêmement agité, délirant et chez les patients ayant présenté de nombreux épisodes antérieurs. De même, la réponse thérapeutique au lithium est faible lors de cycles rapides et de manie dysphorique (élément dépressif et maniaque concomitants).

Les thymorégulateurs ou les antiépileptiques

Le plus utilisé et le plus connu, est l'*acide valproïque* (*Dépakine*®). On utilise aussi la *carbamazépine*, (*Tégréto*®). La *lamotrigine* (*Lamictal*®), la *gabapentine* (*Neurotin*®), le *topiramate* (*Topamax*®) sont des molécules en voie d'investigation.

Lors d'épisode maniaque aigu, l'*acide valproïque* a montré une efficacité équivalente au *lithium*. L'*acide valproïque* est mieux toléré que le *lithium*, les contrôles sanguins sont moins fréquents. Il est efficace dans la manie dysphorique et dans les cycles rapides. Contrairement au *lithium*, l'*acide valproïque* est efficace dans les deux à cinq jours.

La *carbamazépine* (*Tégréto*®), dans l'épisode maniaque aigu, pose un certain nombre de points d'interrogation. Il y a peu d'études sur le sujet et les effets secondaires ne sont pas négligeables. Par contre, elle est efficace lors de cycles rapides et de manie dysphorique. Des taux plasmatiques sont à pratiquer, mais moins fréquemment qu'avec le *lithium*. La *lamotrigine* serait aussi une substance intéressante dans la manie, dans la manie dysphorique et dans les épisodes dépressifs.

Enfin, il reste une molécule qui n'est pas un antiépileptique mais un anticalcique, prescrite par certains de nos collègues, notamment nord-américains, le *vérapamil*, et qui serait efficace dans la manie.

Les neuroleptiques

Les neuroleptiques classiques tels que l'*halopéridol* (*Haldol*®), la *lévomépromazine* (*Nozinan*®), le *zuclopenthixol* (*Clopixol*®), sont des substances efficaces dans les épisodes maniaques aigus, mais ils entraînent des effets secondaires qui sont un souci constant pour le psychiatre et le psychopharmacologue. Les neuroleptiques cités plus haut entraînent notamment des effets extrapyramidaux: le patient semble robotisé, il marche à petits pas, comme au ralenti, les bras ne balancent pas, le corps est en avant.

D'autres symptômes extrapyramidaux peuvent apparaître, les patients se balancent de gauche à droite, piétinent, ne tiennent pas en place. L'intérêt des neuroleptiques est représenté par leur action relativement rapide. D'autres neuroleptiques sont à disposition notamment la

clozapine (*Léponex*®), la *rispéridone* (*Risperdal*®), l'*olanzapine* (*Zyprexa*®), la *quetiapine* (*Seroquel*®). Ces substances ont été utilisées dans l'épisode maniaque aigu, elles entraînent moins d'effets extrapyramidaux et sont beaucoup mieux tolérées que les anciens neuroleptiques pour les trois dernières.

Les benzodiazépines

Les trois substances qui sont le plus utilisées dans le cadre d'épisodes maniaques sont le *clonazépam* (*Rivotril*®), le *lorazépam* (*Temesta*®) et le *diazépam* (*Valium*®), essentiellement pour améliorer le sommeil et diminuer l'agitation.

Les benzodiazépines constituent un traitement en adjonction dans la manie sévère, ce n'est pas un traitement prescrit en monothérapie. Ils ont une excellente tolérance.

Dans le traitement de l'épisode maniaque, il y a quelques règles à suivre, d'abord privilégier la monothérapie. En première intention, je recommande l'*acide valproïque* (*Dépakine*®) le mieux toléré, on peut aussi utiliser le *lithium*. En deuxième intention, on recourt aux nouveaux neuroleptiques, c'est-à-dire le *Zyprexa*®, le *Risperdal*®, le *Seroquel*® et, en troisième intention, on peut utiliser le *Tégréto*®, le *Lamictal*®, le *Neurotin*® ou le *Topamax*®. On peut aussi faire des combinaisons entre ces différents produits en fonction de la situation clinique.

Le traitement de l'épisode dépressif

Le traitement de l'épisode dépressif n'est pas toujours aisé car un certain nombre de problèmes peuvent surgir. En prescrivant des antidépresseurs, on risque d'augmenter le risque de voir passer le patient de la dépression à une hypomanie, voire à une manie. En outre, les antidépresseurs peuvent impliquer une accélération des cycles.

Le risque de présenter un virage hypomaniaque ou maniaque dépend des antidépresseurs que l'on prescrit. Il semble que ce risque soit plus important avec les tricycliques qui sont les antidépresseurs les plus anciens, (*Saroten*®), (*Surmontil*®), (*Anafranil*®), par opposition aux antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine tels que la *Fluctine*®, le *Seropram*®, le

Zoloft®, le *Gladem*®, le *Floxyfral*® ou le *Deroxat*®. Dans l'état actuel de nos connaissances, lors du traitement d'un épisode dépressif, il semble utile d'associer un antidépresseur à un des thymorégulateurs évoqués, afin de diminuer le risque de virage hypomaniaque ou maniaque.

Traitement prophylactique

Un traitement prophylactique doit être envisagé lorsqu'un patient bipolaire I ou II a présenté deux épisodes en cinq ans. Il faut par ailleurs savoir que l'arrêt du traitement prophylactique est associé à un haut taux de rechute. Le *lithium* est une de ces substances efficace dans la prévention de la rechute, particulièrement de la manie. L'arrêt du *lithium* coïncide avec une augmentation des hospitalisations psychiatriques et des consultations aux urgences.

Une autre étude a montré que le décès par suicide était de 1,8% sous *lithium* mais de 37,5% sans *lithium*. Le risque de rechute maniaque est 28 fois supérieur dans les trois premiers mois après l'arrêt du *lithium* que chez les patients qui poursuivent leur traitement.

Enfin, l'arrêt du *lithium* est associé à une augmentation du risque de rechute dans les cinq mois après l'arrêt avec un nouvel épisode attendu chez la moitié des patients. Sachant que le risque de rechute précoce après un arrêt brusque du *lithium* (entre un à quatorze jours) est plus grand qu'après un arrêt progressif (quinze à trente jours) il faut faire le sevrage de manière lente.

Par ailleurs dans le traitement prophylactique, on retrouve l'*acide valproïque* (*Dépakine*®). Les études suggèrent que l'*acide valproïque* est efficace dans la prévention des épisodes maniaques et dépressifs, bien que l'effet soit plus marqué sur la manie. Pour la prophylaxie comme pour la manie aiguë, la *Dépakine*® est mieux tolérée que le *lithium* et le risque d'intoxication accidentelle est bien moindre. Le *Tégréto*®, se montre plus efficace dans la prévention de la manie par rapport à la dépression et cette substance doit être envisagée comme la *Dépakine*®, notamment chez les patients qui présentent des cycles rapides et chez ceux qui ont une résistance ou une intolérance au *lithium*.

Chez la femme enceinte souffrant de troubles bipolaires, il est important de pondérer les risques de rechute par rapport aux risques de malformations néonatales pouvant être induites par les thymorégulateurs.

lateurs. Le lithium peut entraîner des malformations congénitales particulièrement cardiovasculaires lorsqu'il est administré durant le premier trimestre de la grossesse. Le risque serait de 4 à 12%, mais ceci est sujet à discussion. La *Dépakine*® et le *Tegretol*® peuvent entraîner chez 1 à 2% des fœtus, une malformation de la moelle épinière.

De manière générale, le risque de rechute est décrit comme moins important durant le premier trimestre de la grossesse. C'est pourquoi il faut s'abstenir de thymorégulateurs durant cette période. Chez les femmes présentant un trouble bipolaire de type I, il est habituellement nécessaire de réintroduire un traitement prophylactique après le premier trimestre. Chez les patientes bipolaires II, le risque d'interrompre le traitement prophylactique peut être considéré comme moins important et le risque des effets sur le fœtus trop important pour justifier un traitement durant la grossesse.

Conclusions

Comme vous avez pu le constater, il reste encore de nombreux points d'interrogation. C'est pour cela qu'il me paraît indispensable que nous continuions, partout dans le monde, à faire des recherches, à développer de nouvelles compétences.

Il n'y a pas de pilule miracle ni de schéma simple. Il est dès lors indispensable de mettre en place un traitement psychopharmacologique individualisé. Un autre aspect important est de développer la communication, notamment l'information aux patients et aux familles.

Enfin, il faut expliquer ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas. Dire ce que l'on peut faire et dire ce que l'on ne peut pas. C'est seulement à ce prix que nous arriverons ensemble à mettre la lumière dans cette maison encore un peu sombre qu'est le trouble bipolaire. ■

...nous arriverons ensemble à mettre la lumière dans cette maison encore un peu sombre qu'est le trouble bipolaire.



© Isabelle Blanc

«Le Pain de l'hôpital»

Témoignage de l'auteur, *Nicole Voisin, France.*

Résumé du livre

«Le Pain de l'hôpital», c'est l'histoire d'Isabelle, de 7 à 14 ans. Un dimanche après-midi, comme d'habitude, elle part fièrement faire le pain avec son père dans la boulangerie de l'hôpital où il travaille. Tout à coup, son père l'appelle. Elle se précipite. Il va sans doute l'autoriser à faire un beau petit pain. Mais son père habituellement silencieux, taciturne, se met à parler, à gesticuler, à bondir. Il voit des chapelets de sang, là, sur le mur. Elle ne comprend pas, elle refuse de comprendre et, pourtant, elle voit que son père est «fou».

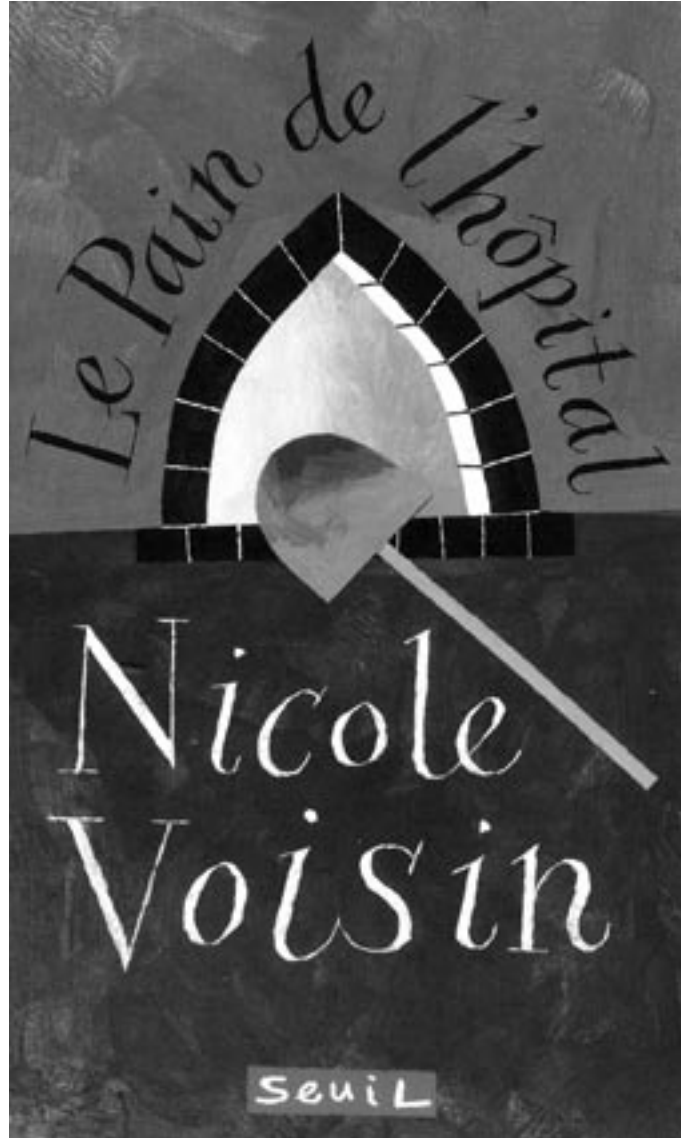
Sous le choc, sa vue se trouble. Les choses deviennent floues. Ce père, qui lui paraissait si fort, elle doit maintenant le surveiller, le guider jusqu'à la vieille maison où la mère les attend. Sur le coup, la mère ne veut pas croire ce qu'Isabelle lui raconte. Malheureusement, il ne s'agit pas de contes de fées, elle sera bien obligée de le faire hospitaliser.

A partir de ce jour, Isabelle devra se battre, survivre à l'indifférence, aux moqueries, au mépris. Minée par la honte, terrorisée par les crises de son père, elle luttera pour résister à la lente déstructuration qui l'aspire.

Mais elle aime son père. A chaque rémission, elle l'entraîne dans de magnifiques promenades au bord de la mer. Elle veut qu'il puisse de nouveau faire le pain de l'hôpital. Isabelle comprend instantanément que sa vie est définitivement en rupture avec la vie d'avant.

Pourquoi?

D'une part, la maladie qui vient de se déclarer sous ses yeux lui paraît très grave, d'autre part, elle sait que cette maladie est mal considérée par les autres. Isabelle se demande comment sa mère, si sensible, pourra supporter une telle épreuve.



Du fait qu'elle aime ses parents, elle prend conscience, devant cette rupture, de la nécessité de renforcer la cohésion familiale. Isabelle sait qu'elle devra se battre. Pourquoi? Parce qu'elle a peur, parce qu'elle a honte, parce qu'elle reçoit de la société une image terrible: la perte de la raison est une malédiction.

Pourquoi avoir écrit ce livre?

On me demande souvent s'il s'agit d'un récit autobiographique. La souffrance des enfants de parents atteints d'une grave maladie psychique reste pour l'es-

sentiel invisible et cachée. On ne peut décrire la manifestation de cette souffrance si on ne l'a pas connue soi-même. Un livre sur ce sujet ne peut être qu'un témoignage. J'ajoute que si je l'ai écrit, ce n'est pas pour évacuer un problème.

Isabelle résiste. Pendant toutes ces années de l'enfance, elle fait front. C'est son tempérament. Il faut dire aussi qu'elle a une grande chance: sa mère ne lui cache rien. Il est important pour elle de connaître les divers traitements que subit son père car ils sont autant d'espoirs dans une situation qui apparaît souvent désespérée.

Elle connaît successivement l'inquiétude devant le coma provoqué par l'insuline, la douleur en pensant à la souffrance de son père sous l'électrochoc (dans ce temps-là, on n'endormait pas le malade), l'angoisse dans l'attente d'un effet bénéfique des nouveaux médicaments. Il est très pénible pour une enfant de voir les forces physiques de son père décliner de jour en jour sous les effets secondaires des neuroleptiques, d'entendre un infirmier annoncer à sa mère: «Votre mari, ça ne va pas bien. Hier soir, on a dû lui mettre la camisole de force.» Mais le plus dur pour Isabelle, c'est de guetter en permanence, dans les yeux du père, l'irruption de cette insupportable lueur annonciatrice des crises. Le silence aussi, ce mutisme insupportable du père qui, malgré tout, n'empêche pas une forme de complicité de renaître entre eux.

Le regard de la société

Le regard de la société

Isabelle souffre, pas seulement à cause

de la maladie du père mais surtout à cause des réactions de certains voisins, enseignants, camarades de classe, des collègues de travail de son père, des communistes, des chrétiens, d'un certain médecin. L'enfant entend la réprobation de la sœur de sa mère: «Elle n'aurait pas dû épouser quelqu'un comme ça». Elle entend également la sœur du père: «Il faut divorcer». Ce qui signifie: vous ne pouvez pas continuer à vivre de cette façon-là avec la petite. Finalement, le «fou» n'est pas fréquentable, ceux qui refusent de le rejeter non plus.

Quand elle rentre dans l'adolescence, «la fille du fou» – c'est le nom qu'on lui donne – ne résiste pas au désespoir final: la perte de la foi et une immense solitude. Les pulsions de fuite des gens s'expliquent par la peur de l'étrangeté, des bizarreries, du comportement asocial du malade qui retentit sur toute la famille.

L'enfant du malade mental est enfermé lui aussi mais dans sa propre identité, dans son propre corps et il le reste. Écoutons Isabelle: «Je le sais, je n'échapperai pas aux autres mais ce qui m'inquiète, c'est la douleur. J'ai mal dans la gorge, dans la poitrine, dans les jambes parce que je veux sortir de moi-même et que je n'y arrive pas.» Devant tant d'incompréhension, on comprend mieux que les familles et, en particulier les enfants qui sont tellement soucieux de vivre dans la norme, cachent leur souffrance.

Quand son père va mieux, ce serait une joie pour Isabelle de le dire, quand il va très mal, elle pourrait exprimer son angoisse. Au contraire, elle s'aperçoit qu'on cherche dans son comportement le moindre indice qui pourrait révéler la «tare» héréditaire. Je crois me souvenir que 10% environ d'enfants de schizophrènes deviennent à leur tour malades. Encore faudrait-il expliquer pourquoi 90% des enfants de parents atteints ne seront jamais malades et, pour ces 10%, quelle part revient au contexte environnemental, au processus d'imitation et à l'angoisse.

La «folie» toujours d'actualité?

Dans les années d'après-guerre, dans les milieux populaires, le terme «folie» véhicule encore la répulsion envers les malades mentaux, ce terme sent le soufre et l'injure. Ce n'est pas un simple procédé d'auteur que de révéler le sentiment d'Isabelle: «Je me vois allant

chercher le médecin, seule, sur mon vélo, et eux, s'écarter silencieusement d'un mouvement de recul et d'effroi. Elle vivra effectivement cette répulsion.»

Depuis longtemps, le mot «folie» ne fait plus partie de la terminologie médicale. Est-ce à dire que tout cet arrière-plan de la mythologie gréco-romaine qui expliquait la folie par une punition des dieux, toute la démonologie du Moyen Âge, tout a été balayé? On peut en douter. Le malade reste tenu pour un être dangereux. On le soupçonne d'être autre chose qu'un malade. De ce fait, lui et ses proches ne peuvent toujours pas faire vraiment partie de la communauté.

Je souhaiterais aussi que les médias cessent de contribuer à perpétuer le malentendu. En temps de paix, il n'y a pas plus de criminels parmi les gens atteints d'une maladie psychique que parmi les autres. En temps de guerre, on ne recrute pas forcément les directeurs de centres de torture parmi les malades psychiques. Le problème du mal ne se réduit pas à un problème psychiatrique.

Il est arrivé qu'on me dise: «La société a évolué, aujourd'hui, c'est fini. Les malades psychiques sont considérés exactement comme les autres». C'est vrai pour les professionnels de la psychiatrie. Les personnels soignants dans leur ensemble sont très positifs au sens propre du terme. Ils ont la volonté d'appréhender les symptômes par le biais des neurosciences, de la pharmacologie, des psychothérapies. Mais il est difficile de souscrire à l'angélisme de ceux qui soutiennent qu'il en est ainsi pour tout le monde. Je pense que les neuroleptiques ont rendu les malades psychiques plus acceptables, moins dérangeants, mais quel serait le comportement des gens si la production des médicaments s'arrêtait?

Un rêve d'Isabelle, un de ceux qui subsistent peut-être, c'est d'apprendre pour comprendre. Il lui semble qu'en étudiant, elle finira par élucider le mystère de la folie. Pour sa mère, tout est limpide: s'il n'avait pas été orphelin et maltraité, s'il n'avait pas été prisonnier de guerre, s'il travaillait dans de meilleures conditions, il ne serait pas malade. Elle pense qu'à force de l'aimer, il guérira. Non, l'amour ne l'a pas guéri, mais il l'a aidé à rester debout entre les crises.

Changement de mentalité

En juillet 1997, le conseil économi-

que et social indique que «le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu». D'une certaine façon, la famille d'Isabelle est en avance sur son temps.

Le père revient dès que possible au milieu des siens. Ses retours à la maison après les séjours à l'hôpital psychiatrique sont source de joie. La famille d'Isabelle est une vraie famille mais une famille qui ne peut pas vivre comme les autres à cause de l'angoisse et de l'adversité.

Dans «Un merveilleux malheur», le docteur Boris Cyrulnik note que les enfants de malades mentaux deviennent «les adultes les plus douloureux». On peut lui concéder qu'on ne se «remet» pas de traumatismes successifs, d'une atmosphère pesante, qui ont orienté la genèse d'une personnalité. Mais faut-il pour autant en déduire que ces enfants sont les moins susceptibles de devenir résilients, c'est-à-dire les moins aptes à vivre ensuite une vie équilibrée et heureuse après des événements tragiques? Tout être humain possède en lui des ressources, quelles que soient ses conditions de vie, la première étant la capacité à aimer. Et si l'on ne devait retenir qu'une chose de mon livre, je souhaiterais que l'on se souvienne qu'il est possible d'être enfant d'un parent psychotique chronique et d'aimer ce parent malade, malgré la souffrance.

Alors que manque-t-il à Isabelle? Il lui manque seulement d'évoluer dans la société que nous voulons construire tous ensemble. Proches, patients guéris ou en voie de guérison, à nous de commencer à nous efforcer de rejeter tout sentiment de culpabilité ou de honte, de parler de la maladie psychique comme de toute autre maladie. Nous sommes en partie responsables de notre image.

Le travail sur les comportements est mutuel. Pour arriver à surmonter le tabou de la maladie psychique, nous avons besoin de l'aide de gens comme le GRAAP qui apportent secours et amitié et qui font évoluer les esprits et les lois.

Ainsi, dans un temps qui n'est peut-être pas si lointain, sur cette «planète-école» dont parle le Père Stan Rougier, un des grands prédicateurs de notre temps, les malades psychiques et leurs familles pourront faire, enfin, eux aussi, «un stage d'amour sur cette terre». ■

Le cannabis, un dangereux «calmant», les drogues dites «douces» et les psychoses

D^r Jacques Besson, privat-docent, médecin chef du Centre Saint-Martin, Division d'abus de substances, DUPA, Lausanne.

Les substances psycho-actives

Le cannabis fait partie des substances psycho-actives qui sont susceptibles d'interagir avec le système nerveux central, réparties en trois grands groupes. Le premier, appelé psycholeptique ou dépressif – parfois aussi sédatif – du système nerveux central, regroupe plusieurs substances, notamment les opiacés (soit la morphine, l'héroïne, la codéine), l'alcool, les barbituriques et les benzodiazépines, une classe de produits qui sont très utilisés par les toxicomanes, notamment le Dormicum® actuellement.

Dans le deuxième groupe, on trouve les psycho-analeptiques, les substances qui ont des vertus stimulantes, comme la caféine, la nicotine – dont la consommation accompagne souvent les problèmes psychiatriques – et les amphétamines, dont l'ecstasy; reste la cocaïne, la substance la plus pure des stimulants. Actuellement, dans notre pays, il y a une épidémie de cocaïne, environ 60% des toxicomanes en prennent. Ajoutons que l'alcool à petite dose peut être utilisé comme un stimulant.

Le troisième groupe est celui des perturbateurs ou psychodysléptiques. Ce sont donc des substances psycho-actives qui modifient l'activité psychique et perturbent les activités de perception, comme le cannabis, les solvants – sniffer des colles, etc. – les champignons. Restent le LSD et actuellement la phencyclidine, la poussière d'ange – «the angel dust» – qui rend les gens fous furieux et qui a fait des épidémies gravissimes aux Etats-Unis. Le cannabis n'est donc pas un calmant, c'est un perturbateur.

Pourquoi se drogue-t-on?

Pourquoi les gens prennent-ils des drogues? Certains y recourent pour se sentir bien. D'autres, pour oublier leurs problèmes, leur souffrance psychique, pour améliorer leur situation.

Certains sont capables d'avoir un usage récréatif de certaines drogues – fumer un joint de temps en temps, etc. Par contre une frange de la population abuse du cannabis – interaction avec leur traitement, conduites à risques, etc. – et en devient sévèrement dépendante.

Il est clair que les patients ayant des problèmes psychiatriques constituent une population particulièrement vulnérable pour l'ensemble de ces substances, alcool, cannabis, drogues illégales et drogues dures.

Dans notre pays, on a une politique en la matière qui s'appuie sur quatre piliers: prévention, répression, thérapie, aide à la survie. Malgré cela, on assiste à la diminution de l'âge des consommateurs.

Au Centre Saint-Martin, nous avons des patients héroïnomanes dont la moyenne d'âge, quand ils consultent la première fois, est de 23 ans – mais ils consom-

ment de l'héroïne depuis dix ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 13 ans.

Aujourd'hui, la consommation des drogues dures commence à la préadolescence, le tabac vers 10 ans, l'alcool aussi vers 10, 11-12 ans, le cannabis vers 11-12 ans, suivis rapidement par des drogues dures, avec peut-être diminution des injections mais consommation d'héroïne inhalée pulmonairement, ce qui peut être tout aussi dangereux que si elle est injectée, ce que les adolescents ignorent.

D'autres facteurs sont préoccupants:

- L'augmentation de l'accessibilité aux substances. Actuellement, à Lausanne, plus de vingt nationalités différentes font du deal de différentes substances dans les rues, sans compter Internet.

- L'abaissement de l'âge du début de la consommation du tabac et de l'alcool.

Les neurosciences

Pour comprendre l'effet des drogues sur le cerveau, il faut faire un petit tour du côté des neurosciences.

Nous avons observé un cerveau de rat, avec le cervelet, le bulbe olfactif, l'écorce cérébrale. Comme les humains, les rats ont un cerveau inférieur, celui des émotions ou système limbique. L'alcool et les drogues ont un effet direct sur ces structures. Quand on injecte de la cocaïne dans le cerveau du rat, le rat va s'autostimuler à la cocaïne jusqu'à la mort! Point commun avec les toxicomanes: l'autoadministration des doses, qui va s'accélération plus on a accès à la substance.

Heureusement, il est possible de mobiliser des ressources chez les sujets qui sont toxicomanes.

L'usage des drogues, cannabis inclus, modifie profondément l'activité de ces structures et transforme les perceptions émotionnelles et rationnelles de la réalité. Le cerveau s'adapte à l'usage des drogues par des mécanismes de régulation qui vont s'installer jusque dans la «biologie de l'esprit».

Le cannabis

Le cannabis en lui-même n'est pas une seule mais plusieurs substances. Il y a une trentaine de produits qu'on appelle cannabinoïdes, le plus célèbre est le delta9 trans-tetra-hydrocannabinol (THC). Ces cannabinoïdes ont une longue demi-vie.

Une dose dure longtemps et sera éliminée lentement. L'élimination est hépatique et urinaire. Certains patients ont une urine encore positive quinze jours après consommation.

Ces cannabinoïdes sont dans la nature, dans les plantes essentiellement, dans le chanvre bien sûr et dans le cerveau, ce qui vient d'être découvert: on a dans le cerveau un neurotransmetteur qui ressemble au cannabis et qui s'appelle anandamide. C'est du cannabis endogène.

Que sait-on de l'anandamide? On sait qu'il agit sur des récepteurs cannabinoïdes et il y en a deux types: B1 et B2. Ces récepteurs sont dans le cerveau des émotions, le cerveau préfrontal, dans l'amygdale, dans l'hippocampe. Contrairement à l'alcool, à l'héroïne ou à la cocaïne dont on connaît assez bien les effets sur le cerveau, on ne sait pas à quoi sert le système cannabinoïde, ce qui doit nous incliner à une certaine prudence.

Les effets

A petite dose il y a euphorie, relaxation, altération des perceptions (plus de couleurs, plus de musique), stimulation sensorielle (le monde est un peu coloré). Au début il y a une augmentation de la sociabilité, les gens ont le fou rire... Mais en augmentant les doses, et à la longue, apparaissent des difficultés mnésiques, des troubles de la concentration. En fonction de la dose et de la vulnérabilité individuelle, surviennent des attaques de panique, des troubles de l'humeur, une dépersonnalisation, des hallucinations, des états paranoïdes et une manie. On peut donc induire des troubles psychotiques chez n'importe qui – fût-il peu vulnérable – avec de hautes doses de cannabis. Il faut noter que ce

sont des tableaux réversibles en fonction de la dose.

Les effets somatiques

Parmi les principaux: accélération de la fréquence cardiaque, troubles pulmonaires (irritation bronchique par la fumée), emphysème, diminutions hormonales.

Y a-t-il une tolérance, une dépendance, des signes de sevrage si on arrête le cannabis? La réponse est non chez la plupart des fumeurs; mais si une personne dépendante du cannabis est antagonisée brutalement, elle manifesterait un état de manque et le sevrage sera brutal.

On a invoqué des indications médicales du cannabis. Les Américains ont, en Californie, l'autorisation de prescrire du cannabis en comprimés comme antiémétique chez les patients qui ont des chimiothérapies lors de cancers, pour la stimulation de l'appétit chez les malades du sida. Autre indication: pour diminuer les contractures musculaires dans la sclérose en plaques.

Rôle du médecin

Le diagnostic doit déterminer s'il y a usage récréatif, abus ou dépendance. L'abus est défini par le «DSM IV», le diagnostic américain, comme une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative qui se manifesterait par l'un ou l'autre des indices suivants:

- incapacité à remplir des obligations (absence au travail, incapacité à s'occuper de ses enfants, etc.);
- se mettre dans des situations dangereuses (par exemple excès de vitesse);
- problèmes judiciaires (par exemple récidive);
- poursuite de l'utilisation malgré la connaissance des problèmes.

Après plus de douze mois, il peut y avoir altération du fonctionnement cliniquement significative même si le patient ne souffre pas, avec déjà un diagnostic psychiatrique en tant que tel. Il y a abus – pour l'alcool, le café, la cigarette, le cannabis – quand on est dans l'une de ces définitions.

Selon le «DSM IV», la dépendance comprend également une altération du comportement ou une souffrance clini-

quement significative, avec deux éléments nouveaux, la tolérance et le sevrage – avec accoutumance au produit et augmentation des doses pour avoir le même effet, ou diminution de l'effet à dose constante. Syndrome de dépendance, le sevrage induit des signes d'inconfort ou de manque quand on diminue les doses.

Pour le cannabis, on peut déclencher un syndrome de sevrage avec un antagoniste, signe de dépendance.

Autres critères de dépendance:

- prendre plus de produit ou plus longtemps que prévu (pour l'alcool, c'est boire 14 verres au lieu de 2), ce qu'on appelle un effort de contrôle infructueux;
- le temps passé à se procurer, à consommer et à récupérer.

Si, pour l'alcool, on a des critères assez clairs, pour le cannabis, c'est beaucoup plus compliqué, car on n'a pas de données épidémiologiques. Les chiffres rapportés pour la dépendance au cannabis chez les consommateurs varient entre 0,8 et 25%...

Pour la notion d'abus et d'usage nocif, il n'y a pas de chiffres à ma connaissance et pour l'usage récréatif, l'ISPA avance le chiffre de 30% de la population ayant essayé ou consommé épisodiquement du cannabis. Avec des tranches d'âge plus serrées, les 16-25 ans ou les 16-35 ans, la proportion de gens qui ont utilisé est de 30%, et de ceux qui utilisent régulièrement à usage récréatif de 50 à 60%. Mais ce sont des chiffres avec des points d'interrogation.

Aujourd'hui il s'agit d'élargir les diagnostics. Il faut savoir où en est le patient sur le plan physique, (pour le cannabis, dégâts pulmonaires ou infectieux), psychiatrique (abus, dépendance, autres substances, diagnostic parallèle?).

Autre problème lié à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, le déni du patient. Il commence toujours par la précontemplation. (le cannabis, c'est super, ça relaxe).

Mais, avec le temps, viennent des problèmes, interactions avec les médicaments, reproches de l'entourage, etc. Un certain nombre de patients s'en sortent, mais il faut qu'ils se soignent!

En conclusion

Les patients qui présentent des troubles psychiatriques sont particulièrement vulnérables au cannabis, notamment en abaissant le seuil d'expression ou d'apparition d'une schizophrénie. Il s'agit d'un facteur de risque puisque le cannabis produit des symptômes qui ressemblent à ceux des psychoses.

Groupes à risques, les adolescents, les femmes enceintes parce qu'on ne sait pas ce que le cannabis fait sur les canabinoïdes du fœtus; quant aux conducteurs, de nombreuses expériences montrent que cela ralentit le temps de réaction, etc.

Le jour où on légaliserait le cannabis en Suisse, la définition du taux de cannabis auquel on peut conduire serait une question ardue, susceptible de diviser les experts...

Le cannabis est une substance psychoactive, et il faut faire la différence entre usage, abus et dépendance; un patient doit être évalué globalement, pas seulement pour sa consommation de cannabis; s'il y a maladie psychiatrique il faut faire particulièrement attention en identifiant les groupes à risques; reste aux psychiatres à définir les stratégies d'intervention en fonction de ces groupes.



N.B. – Un Collège romand de médecine de l'addiction vient de voir le jour, site internet à l'appui, www.romandieaddiction.ch

Le journal «Flash Addiction» (N° 2) est consacré au cannabis, il contient beaucoup d'informations scientifiques.

Groupes dépression

Agenda du premier semestre 2002

Dans un climat d'amitié, les groupes dépression du GRAAP accueillent toute personne touchée par la dépression et lui donne l'occasion de pouvoir partager.

Discussion – Partage Témoignages – Entraide – Ecoute

A Lausanne

Rue de la Borde 19
Jeudi 18 heures

14 et 28 février

14 mars

11 et 25 avril

23 mai

13 et 27 et 11 juillet

A Yverdon

Le Bateau – Rte de Neuchâtel 45
Jeudi 18 heures

7 et 21 février

7 et 21 mars

4 et 18 avril

2, 16 et 30 mai

13 et 27 juin

«Quelle protection pour la famille et le patient en phase maniaque?»

M^e **Nicole Bloesch**, avocate, Justice de Paix du cercle de Romanel, Renens.

Le cercle de Romanel est un groupement de communes de l'Ouest lausannois comprenant Renens, Prilly, Crissier, Joux-ens, Le Mont, Romanel et Cheseaux. Par sa population d'environ 50'000 habitants, il est le second plus grand cercle du canton, derrière Lausanne.

Le postulat posé aujourd'hui est le suivant: «En deux jours, j'ai dépensé l'argent de notre compte bancaire, ma famille est maintenant sur la paille...»

Deux points seront examinés successivement, à savoir:

- les moyens d'action permettant de faire face à la situation présente;
- les mesures protectrices pouvant être demandées dans un but préventif, pour éviter de nouvelles situations similaires dans le futur.

Situation présente et cas d'urgence

Même si aucune mesure protectrice n'est encore prononcée, la loi offre néanmoins certaines armes pour limiter les dommages, pour le patient et pour sa famille, liés à la dilapidation de son patrimoine.

La première question à se poser est de savoir comment l'argent a été dépensé. Il faut ensuite différencier les actes qui sont déjà accomplis de ceux qui sont en cours.

Pour les actes accomplis, en particulier lors d'achats inconsidérés, il est possible de tenter d'obtenir l'annulation du contrat en question, en faisant valoir qu'il a été passé par une personne qui ne jouissait pas d'une capacité de discernement suffisante.

La capacité de discernement

Les deux premières conditions pour qu'un acte juridique soit valable sont la majorité et le fait de ne pas être interdit. Partant de l'idée que ces deux conditions sont remplies, l'annulation d'un contrat peut être envisagée en faisant appel à la troisième condition, la capacité de discernement, explicitée dans plusieurs articles du Code civil. Ne jouit pas de la capacité de discernement celui qui est empêché d'agir raisonnablement en raison de:

- son jeune âge,
- d'une maladie mentale,
- d'une faiblesse d'esprit ou une autre cause semblable.»

Par autre cause semblable, on admet l'hypnose ou l'état d'ivresse, à l'exclusion de mobiles tels que la faim, la colère, la haine.

Cette faculté d'agir raisonnablement comporte deux aptitudes, intellectuelle – aptitude à comprendre une situation de manière adéquate – et volitive, soit le fait de pouvoir agir selon sa propre volonté. Souvent, les patients en phase maniaque conservent leur aptitude intellectuelle, mais n'arrivent pas à résister à une envie qui les pousse à agir au détriment de leur intérêt.

La notion de capacité de discernement est une notion **relative**, et doit être examinée au regard de chaque acte concret qui a été fait. C'est une notion qui est appréciée par le juge. Il demandera en général une expertise psychiatrique, pour avoir un diagnostic précis, mais appréciera

lui-même l'influence de la maladie sur l'état du patient pour conclure l'acte donné. Un acte de la vie courante (acheter le journal) ne requiert pas la même capacité de discernement qu'un acte de la vie commerciale (créer une société).

La loi prévoit que la capacité de discernement est présumée. On parle toutefois de «renversement du fardeau de la preuve» dans les situations où la personne peut attester qu'elle souffre de maladie mentale, certificats médicaux à l'appui.

Si l'incapacité est **patente**, il incombe au cocontractant de prouver que la signature était valable. Or, celui qui a le fardeau de la preuve doit avancer les frais de procédure (expertise psychiatrique par exemple), qui peuvent être très lourds. Un vendeur prudent pourra ainsi préférer renoncer à une vente «douteuse». L'annulation suppose la restitution réciproque des prestations (par exemple de la voiture de luxe). Elle n'est donc pas envisageable lors de pertes financières dans un casino par exemple.

A côté du principe général de l'annulation pour les actes accomplis, certaines dispositions du droit civil limitent le droit de la personne de s'engager excessivement. L'article 27 du Code civil prévoit que «nul ne peut aliéner sa liberté ni s'en interdire l'usage dans une mesure contraire aux moeurs».

Un acte contraire à cet article sera nul de plein droit. L'article 20 du Code des Obligations stipule qu'un contrat «est nul s'il a pour objet une chose impossible, illicite ou contraire aux moeurs», en d'autres termes immorale. Là aussi, l'acte sera nul de plein droit.

Le mariage a également une influence sur la capacité civile. Selon l'article 169 du Code civil, un époux ne peut pas résilier le bail ou vendre la maison familiale sans avoir le consentement exprès de son conjoint. De même, en matière de cautionnement, l'article 494 du Code des Obligations prévoit qu'une personne mariée ne peut cautionner que si son conjoint y consent par écrit.

Enfin, en matière de vente par acomptes, selon les articles 226*b* et 228 du Code des Obligations, un acheteur marié ne peut pas conclure une vente par acomptes ou une vente avec paiement préalable sans le consentement écrit de son conjoint, pour autant que l'objet acheté dépasse 1000 francs.

Le deuxième cas de figure, ce sont les **actes en cours d'accomplissement**. Si votre mari a rendez-vous chez le notaire pour signer un document, et qu'il faut absolument l'en empêcher, la situation relève du domaine des mesures provisoires prévues dans le Code civil, qui peuvent être demandées à l'autorité tutélaire (juge ou justice de paix), ou au président du Tribunal d'arrondissement du domicile.

Les mesures provisoires selon le droit tutélaire

L'autorité tutélaire peut prendre les mesures nécessaires – blocage de compte, avis au Registre foncier, inventaire, opposition à un mariage, etc.

L'autorité tutélaire, soit la justice de paix, composée du juge de paix et de quatre assesseurs laïques, peut agir elle-même ou déléguer un curateur pour une opération bien précise. Elle peut aller jusqu'à ordonner une privation provisoire des droits civils, avec désignation d'un tuteur provisoire, mesure publiée dans la «Feuille des Avis officiels», selon l'article 386 du Code Civil, pour assurer la bonne foi des tiers.

La Justice de paix doit être sollicitée par un proche, le conjoint, les enfants, qui lui signalent une situation qui justifierait une tutelle provisoire. L'un des avantages de la tutelle provisoire est la rapidité de sa mise en place. Le juge hésitera toutefois à la prononcer s'il n'a pas assez d'éléments.

Une mesure de **placement provisoire** pourra même s'avérer nécessaire, si les actes projetés sont de nature à mettre en péril la vie du patient ou celle d'autrui. Elle devra être réservée aux situations dans lesquelles aucun autre moyen ne suffirait à empêcher le malade d'agir (principe de la proportionnalité). Ce placement peut être ordonné par un médecin autorisé à pratiquer dans le canton ou par le juge de paix en cas d'urgence. S'agissant d'une contrainte extrême, le risque existe que celui qui la subit en soit affecté gravement. En même temps qu'il ordonne une mesure provisoire, le juge de paix devra ouvrir une **enquête civile**, qui pourra aboutir à une mesure définitive.

Les mesures protectrices de l'union conjugale

Ces mesures concernent l'exclusivement les couples mariés. Elles sont décrites aux articles 171 à 180 du Code civil. Le juge à saisir est le Président du Tribunal d'arrondissement du domicile des époux. Il pourra retirer à un conjoint le pouvoir de représenter le couple, ou prescrire aux débiteurs de cet époux (par exemple l'employeur) d'opérer leurs versements entre les mains de son conjoint. Enfin, il pourra aussi ordonner le blocage d'un compte bancaire.

Protection à long terme

On trouve deux catégories de mesures, avec ou sans intervention de l'autorité judiciaire.

Droit tutélaire

Les cas d'interdiction civile sont énumérés limitativement aux articles 369 à 372 du Code civil. Ils définissent les causes d'interdiction, soit les situations personnelles qui permettent d'envisager une interdiction au sens large: curatelle, conseil légal, tutelle.

Ce sont les déficiences intellectuelles, les faiblesses et vices moraux, l'empêchement de fait qu'est la détention – même si, depuis la création de la Société de patronage, les détenus ne sont plus systématiquement mis sous tutelle comme auparavant – et le manque de sécurité personnelle lors d'une démarche volontaire.

Chacune de ces causes est retenue uniquement si elle engendre un besoin particulier de protection. Il peut s'agir de l'incapacité durable de s'occuper convenablement de ses affaires, du besoin de soins et de secours permanents, du risque de tomber dans le besoin soi-même ou avec sa famille, et de la menace pour la sécurité d'autrui. Le principe adopté par le Code civil est que chaque **cause** d'interdiction doit être accompagnée d'une **condition**, pour que le juge prononce une interdiction.

Démarche volontaire

Même dans le cas d'une démarche volontaire, des conditions légales doivent être remplies pour bénéficier d'une tutelle et d'une curatelle. Ces conditions sont plus légères que celles d'une tutelle imposée, puisqu'il peut s'agir de faiblesse sénile, perte de mémoire (sans souffrir nécessairement d'une maladie psychiatrique caractérisée), infirmité corporelle ou psychique (résultat d'un abus d'alcool prolongé par exemple), ignorance totale de la gestion des affaires.

Dans la démarche volontaire, aucune expertise n'est réalisée, un certificat médical ou l'attestation de plusieurs hospitalisations suffisent. Toutefois, l'incapacité de gérer doit être la conséquence directe d'une pathologie de la personne, laquelle doit en outre se trouver dans l'incapacité de se choisir un mandataire. Il ne suffit pas déjà qu'une personne soit endettée pour justifier une tutelle ou une curatelle volontaire (art. 372 et 394 CC). Encore faut-il que cet endettement soit dû à une faiblesse pathologique au sens large.

Démarche non volontaire

La procédure d'interdiction est soumise à des règles destinées à garantir la protection du dénoncé. En règle générale, une expertise psychiatrique est demandée. Le dénoncé doit être entendu, tant à l'ouverture de l'enquête que lors de sa clôture. En procédure vaudoise, la justice de paix ne peut pas prononcer une mesure tutélaire si le dénoncé s'y oppose. Dans ce cas, la justice de paix transmet le dossier au Tribunal d'arrondissement. Elle peut, si nécessaire, prononcer une mesure tutélaire provisoire. Ces mesures provisoires sont souvent

utiles, en raison de la durée des procédures d'enquête, lesquelles peuvent prendre plusieurs mois.

Les mesures tutélaires

Le droit tutélaire offre un large éventail de mesures, allant de la plus légère à la plus lourde.



© Isabelle Blanc

La **curatelle de représentation** est une mesure légère, qui n'est pas envisageable sur le long terme. Elle intervient lorsqu'une personne, par exemple se trouvant dans le coma, a besoin d'être représentée pour un ou des actes bien ponctuels.

La **curatelle de gestion** est aussi prévue, en principe, pour une durée limitée dans le temps.

La **curatelle volontaire** peut être instaurée de manière durable.

Plus stricte que la curatelle est la mesure de **conseil légal**, selon l'article 395 du Code civil. Enfin, la plus cadrante des mesures est évidemment la **tutelle**, volontaire ou non, selon les articles 369 à 372 du Code civil, qui prive le pupille de l'exercice des droits civils. La fonction principale du droit tutélaire est la protection de la personne contre elle-même et contre l'exploitation par des tiers. Souvent, les mesures tutélaires affectent ses droits fondamentaux de manière plus ou moins grave.

Deux principes posés par le droit guident le choix du juge, celui de la **proportionnalité** et celui de la **subsidiarité**. La mesure proportionnelle doit être aussi efficace que nécessaire. Quand plusieurs mesures paraissent pouvoir atteindre le même but, le juge est tenu de choisir la plus légère. C'est le principe de la subsidiarité.

Ces principes sont difficiles à appliquer pour des personnes qui souffrent de troubles bipolaires, ayant parfois de longues phases de stabilité entre leurs phases dépressives et maniaques.

Une mesure suffisamment cadrante est souvent préférable dans ce type de situation. En effet, la curetelle n'a aucune influence sur l'exercice des droits civils. On peut certes mettre en place une bonne collaboration avec un curateur et convenir d'un blocage de compte par exemple. Il n'en reste pas moins qu'en phase maniaque, le pupille peut librement ouvrir un compte dans une autre banque, et y faire verser son salaire, avec tous les risques de dilapidation que cela implique.

À l'opposé se trouve la tutelle, qui garantit la meilleure protection pour une personne sujette à des troubles psychiques: les actes juridiques qu'elle fait seule, sans le consentement de son tuteur, sont nuls de par la loi, sans qu'il soit besoin d'aller au tribunal.

Entre les deux, se trouve le **conseil légal**, gérant et/ou coopérant. C'est peut-être la mesure la mieux adaptée en cas de troubles bipolaires. En effet, le pupille ne peut accomplir les actes les plus importants de sa vie économique sans le concours de son conseil légal, mais il reste indépendant pour les actes de la vie courante.

Il peut également être privé de l'administration de ses biens, tout en conservant la libre disposition de ses revenus, ce qui est particulièrement intéressant lorsque le patient possède une certaine fortune. On parle alors de privation partielle des droits civils.

Sans intervention de l'autorité

Toute personne peut choisir de confier la gestion de ses affaires à un tiers, par **contrat de mandat** ou de **gestion d'affaires**. Une telle décision n'ayant toutefois aucun caractère obligatoire, elle peut être révoquée en tout temps, ce que fera très probablement le patient en phase maniaque.

Des conjoints peuvent également passer, devant notaire, un **contrat de séparation de biens**, avant ou pendant le mariage. Cet acte ne pouvant être révoqué unilatéralement, il permet une bonne protection du conjoint, en limitant sa responsabilité financière.

En conclusion, le droit offre de multiples possibilités de pallier aux déficiences susceptibles de porter atteinte à la vie économique d'un patient en phase maniaque et de sa famille. Il est prudent de consulter un avocat, afin de choisir la meilleure démarche, en fonction de la situation vécue. ■

34 *Au-delà des diagnostics, l'art de communiquer avec les personnes souffrant de troubles psychiques*

Marshall Rosenberg, psychologue, écrivain, fondateur du Centre international pour la Communication NonViolente (CNV), USA.

Education et souffrance

L'objectif de la Communication NonViolente est d'approcher les gens qui souffrent sans qu'on les considère comme des malades, mais comme des gens souffrant parce qu'ils ont fait les frais d'un certain type d'éducation. On va essayer de les faire entrer en relation avec eux-mêmes et les autres d'une manière différente de celle dont ils ont pris l'habitude, pour arriver à une guérison des séquelles de l'éducation qui fut la leur.

Dans cette éducation qui mène à la souffrance, on nous demande de penser à ce qu'on *est*, à réfléchir sur ce qu'on dit, en termes de: «Suis-je normal?», «Suis-je compétent?» C'est cette forme-là d'éducation qui, en partie, est la cause de notre souffrance, qui incite les gens à penser en termes de ce qu'ils *sont*. Pourquoi a-t-on pensé à éduquer les gens d'une telle façon? Parce qu'être éduqué de cette façon-là fait de nous de gentils «morts-vivants», de sorte que nous devenions conformes à ce que la société attend de nous, que nous nous insérons dans sa structure économique. Mais, pour maintenir une telle structure en place, il faut bien que les gens ne soient pas conscients de ces enjeux; s'ils en souffrent, on les taxe de malades mentaux – les psychologues et les psychiatres étant chargés de perpétuer ce mythe...

La diabolisation et le contrôle

Ce type d'éducation repose sur les juge-

ments moraux. Les parents n'ont de cesse de répéter: «Oh! quelle gentille petite fille...», «Quelle méchante fille...», «C'est égoïste...», «Tu es sage», etc. A l'école, cette éducation-là se poursuit et toute notre conscience est imprégnée de ces jugements. C'est une vision «diaboliste», qui fait des êtres humains des égoïstes, des êtres mauvais, violents, qu'il est nécessaire de contrôler.

Comment va-t-on les contrôler? Avec le système de la punition et de la récompense. Or, si l'on veut utiliser la punition et la récompense pour éduquer, il est indispensable de recourir aux jugements moraux et de savoir ce qui est bon ou mauvais afin de récompenser ou punir. Certaines personnes se comportent-elles d'une manière déplaisante, il faut qu'elles en fassent pénitence, qu'elles apprennent à se haïr et se haïssent suffisamment pour être motivées à changer. C'est ce que font les parents à leurs propres enfants, lorsqu'ils leur disent: «Demande pardon!» Et à l'enfant qui répète... «Pardon...», le parent rétorque: «Tu ne t'excuses pas vraiment, là.» Ce n'est que lorsque l'enfant se met à pleurer en disant: «Pardon, je m'excuse...», que le parent condescend: «Ça va, je te pardonne.»

Comment se rendre la vie plus belle?

En fait, ma proposition est d'utiliser un autre discours, destiné à nous rendre la vie plus agréable, une langue dont la base est toute simple et nous permet de

révéler avec authenticité ce qui se passe en nous et de demander aux autres ce qui nous rendrait la vie plus belle.

Et, quelle que soit la façon dont les gens vont s'adresser à nous, nous apprenons à nous mettre en lien avec ce qu'il y a de plus vivant en eux et à voir ce qui pourrait leur rendre la vie plus heureuse. Peu importe la langue qu'ils utilisent ou s'ils restent silencieux.

J'ai découvert que, parfois, quand des personnes viennent me voir pour une difficulté particulièrement aiguë en relation avec une personne spécifique de leur vie, ce qui pouvait accélérer le processus de la guérison, c'est que je joue le rôle de la personne avec qui ils ont eu cette relation douloureuse.

(Bien entendu mon premier choix, si la personne dont il est question est toujours disponible, est d'intervenir pour essayer de permettre que cette qualité particulière de connexion dont je vous parle puisse s'établir entre les deux personnes directement.)

Permettre une écoute mutuelle dans des relations douloureuses

Je vais vous relater une situation que j'ai rencontrée il y a quelques jours avec une personne qui avait eu une souffrance immense en relation avec sa mère. Cette personne m'a dit: «Cela fait des années et des années que je cours les thérapies et j'ai l'impression répétée de ne pas pouvoir me libérer de ce problème.

Seriez-vous d'accord de travailler avec moi là-dessus?»

Pour faire ce jeu de rôle, il nous a fallu en tout une quarantaine de minutes. Je ne le promets jamais à l'avance, mais il est possible de découvrir au bout d'une quarantaine de minutes ce que des thérapies qui ont duré des années n'ont pas apporté.

Cette femme avait commencé par me dire qu'on l'avait diagnostiquée comme maniaco-dépressive. Je lui ai dit: «Cela ne m'intéresse pas de connaître la façon dont on vous a diagnostiquée. Plus je vais entendre de diagnostics à votre sujet, plus il va être difficile pour moi de me mettre en lien avec votre humanité.» Elle a alors commencé à me parler de sa mère et de son histoire de vie et là aussi je l'ai arrêtée. Je ne recommanderais jamais que l'on parle de choses qui ont eu lieu dans le passé.

Je crois que c'est un gaspillage de temps et je ne crois pas que la guérison ait jamais eu lieu quand on a parlé des choses qui se sont déjà produites. Je crois que la guérison intervient quand on peut vraiment faire part de ce qui est tout à fait vivant en nous – y compris en relation avec des choses anciennes. Elle m'avait dit qu'elle attribuait l'essentiel de sa souffrance à la relation qu'elle avait eue avec sa mère. Alors je lui ai dit que j'allais jouer le rôle de sa mère comme si celle-ci était vraiment très habile à utiliser le langage de la Communication NonViolente.

Dans le rôle de la mère, je me suis donc tourné vers elle et lui ai dit: «Ma fille, ce serait vraiment un grand cadeau pour moi si tu pouvais me dire les sentiments qui sont encore vivants en toi en lien avec notre relation.» La fille a répondu: «Tu ne sais pas formuler une seule chose positive dans ta vie, tu es bien plus malade que moi et je commence à le réaliser!» Je lui ai répondu: «Alors, ma fille, est-ce que tu te sens blessée parce que tu *aurais aimé* recevoir davantage de reconnaissance dans notre relation?» Remarque la différence, je n'ai pas dit: «Est-ce que tu *penses* que je ne t'ai pas donné assez de reconnaissance?»

A partir du moment où elle a senti qu'elle était comprise, cela lui a permis d'aller encore plus profondément en elle. Elle a rétorqué: «Non, je n'ai pas besoin de reconnaissance, j'ai besoin que toi, tu reconnaisse que tu es malade.» «Tu es vraiment fatiguée d'entendre qu'il y a

quelque chose qui ne tourne pas rond chez toi?» «Oui.» «Et tu as envie qu'il soit reconnu qu'il y a eu des choses dans notre relation qui ont généré beaucoup de souffrances pour toi?» «Oui.» «Et tu voudrais bien que je prenne une part des responsabilités pour cela?» «Oui, ce serait le moment!...»

Alors elle s'est ouverte davantage, elle s'est même mise à crier. Ma «fille» était en train de me faire le cadeau de son cœur, de la façon la plus nue. Mais je voulais être sûr que je l'avais bien comprise... «Est-ce que je t'ai bien comprise? Tu es vraiment en rage, à cet instant, à cause de cette façon de vivre dans notre famille que tu voyais uniquement orientée à plaire et à convenir, en fonction de ce que les autres allaient penser de nous. Et cela ne t'a pas aidée à te libérer de tous ces jugements qu'on avait toujours peur de recevoir, c'est ça?» Elle a répondu dans un soupir: «Oui...»

C'était cette qualité de compréhension qu'elle avait toujours voulu recevoir de sa mère. Alors elle a crié: «Mais comment as-tu pu faire ça?» Et, dans le rôle de sa mère, je lui ai dit: «Est-ce que tu as envie de savoir pourquoi et ce qui se passe en moi maintenant, en relation avec tout ce que j'ai entendu?» Elle a répondu: «Oui!»

Je lui ai dit: «Je serai heureuse de te le dire, mais je voudrais d'abord avoir la certitude que tu as reçu, toi, toute la compréhension que tu voulais. Est-ce que tu voudrais me dire quelque chose de plus?» Elle m'a répondu: «Non. J'aimerais vraiment savoir ce qui se passe en toi maintenant.»

Il y a un timing à respecter pour le pardon

La raison pour laquelle j'ai été lente – en tant que mère – à donner ma propre vision des choses à sa réaction, c'est que beaucoup de personnes avec lesquelles je travaille et qui ont eu des relations difficiles avec leurs parents, des gens qui ont par exemple souffert d'avoir été abusés ou violés, beaucoup de ces personnes ont rencontré des êtres bien intentionnés qui leur ont dit: «C'est important que vous arriviez au pardon. Et c'est important que vous compreniez que votre abuseur souffrait lui aussi.» Et malheureusement, encourager des gens à faire cela **avant** qu'ils aient reçu suffisamment d'empa-

thie pour leur propre douleur, c'est créer davantage de difficultés. Mais une fois qu'elle a eu confirmé que, réellement, elle était prête à entendre ce qui se passait en moi (dans le rôle de sa mère), j'ai exprimé avec sincérité les sentiments et les besoins que j'avais à l'époque où j'agissais de la manière qu'elle venait de me reprocher.

J'ai demandé à ma fille de me donner de l'empathie pour ce qui m'avait habitée à l'époque, en lui demandant de refléter ce qu'elle avait compris. En l'occurrence, je lui ai dit ceci: «Tout d'abord, j'aimerais te dire combien je me sens triste, à cet instant, quand je constate l'immensité de la souffrance par laquelle tu es passée. J'aurais vraiment aimé avoir été capable de gérer ma propre souffrance d'une autre façon, à l'époque. Mais ce qui s'est passé pour moi et dans l'essentiel de ma vie, c'est aussi une souffrance considérable, une peur de la façon dont les autres allaient me juger.

C'est comme ça qu'on était dans la famille. Mes parents avaient tout le temps peur de la façon dont les autres allaient nous juger. Si seulement j'avais pu être davantage sensible à tes besoins! Mais j'étais tellement terrifiée! J'avais tellement et constamment peur de la façon dont les gens allaient me voir! Je te serais vraiment reconnaissante si tu pouvais me dire un petit peu ce que tu as compris de ce que je voulais partager avec toi.»

«Ce que j'entends, c'est que tu étais complètement ligotée toi-même par ton éducation et que tu as fait ce que tu pouvais, mais que tu as toujours eu une peur bleue des jugements des autres et c'est ça que tu as reproduit avec nous.»

Et, dans le rôle de la mère, j'ai dit: «Ça me touche énormément que tu puisses comprendre ça, ma fille. Et j'aimerais bien savoir comment tu te sens, toi, quand je dis ça?»

Alors cette femme s'est mise à pleurer, à pleurer: «C'est cette qualité-là de connexion à laquelle j'aspire avec ma mère depuis toujours...»

J'espère que cet exemple – certes trop rapide – d'un jeu de rôle qui permet d'approcher des gens qui souffrent, vous a permis de comprendre ce que sont, dans les grandes lignes, les objectifs de la Communication NonViolente. ■



Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
Rue de la Borde 23-27 - 1018 Lausanne

Service social, éditions, secrétariat: ☎ 021/647 16 00, fax 021/641 25 83, lu-ve 9h-12h, 14h-17h. L'Oreille de Nuit: permanence téléphonique de 22h à 6h ☎ 021/647 00 10.

Restaurant Au Grain de Sel: lu-ve 8h30-22h, di 8h30-20h, sa fermé. ☎ 021/646 95 98.

Corporella: atelier de coiffure, soins corporels, Borde 25, Lausanne ☎ 021/641 25 87.
Lu 10h30-17h30, ma-ve 9h-18h, sa-di fermé.

Borde du Futur: Borde 25. Halte-jeux, garderie La Ronde... si tous les enfants du monde.
Permanence Jeunes Borde. Ouvert tous les jours. ☎ 021/647 16 99.

Le P'tit Magasin, site de Cery, 1008 Prilly, ☎ 021/643 63 66, ma-ve 11h-17h.

GRAAP Brico-Service: ch. d'Ombreval 8, 1008 Prilly, ☎ 021/626 40 20.

La Chotte, cafétéria, centre d'accueil: ch. d'Ombreval 6, 1008 Prilly ☎ 021/626 50 98.
Ma-ve 7h30-18h, sa-di fermé.

GRAAP Yverdon Le Bateau: rte de Neuchâtel 45, ☎ 024/426 34 33, fax 024/426 34 37.
Lu-ve 9h-12h, 13h30-17h.

GRAAP Ouest VD La Berge: rue Colombière 10, 1260 Nyon, ☎ 022/362 16 45, fax 022/362 16 14. Lu-ve 8h15-11h15, 13h30-16h30.

GRAAP Est VD La Rive: ch. des Mûriers 9, 1820 Montreux, ☎ 021/965 15 20, fax 021/965 15 22. Lu-ve 13h30-17h30.

J.A.B
CH - 1000 Lausanne 1
P.P. / Journal

Quand la maladie psychique frappe, 6 lieux où parler...

GRAAP

Rue de la Borde 25 - 1018 Lausanne
☎ 021/647 16 00 - Fax 021/641 25 83
Réception: lu-ve 9h-12h, 14h-17h

La Chotte

Ch. d'Ombreval 6 - 1008 Prilly
☎ 021/626 50 98
Lu-ve 7h30-17h30

Le Bateau

Route Neuchâtel 45 - 1400 Yverdon-les-Bains
☎ 024/426 34 33 - Fax 024/426 34 37
Lu-ve 9h-17h

Le P'tit Mag - Kiosque et Cybercafé

Site de Cery - 1008 Prilly
☎ 021/643 63 66
Ma-ve 9h-17h

La Berge

Rue de la Colombière 10 - 1260 Nyon
☎ 022/362 16 45 - Fax 022/362 16 14
Lu-ve 8h30-11h30, 13h30-16h30. Sa 14h-16h

La Rive

Ch. des Mûriers 9 - 1820 Montreux
☎ 021/965 15 20 - Fax 021/965 15 22
Lu-ve 14h-17h + je-ve 9h-12h

*Oreille de Nuit
une écoute
téléphonique
attentive
de 22h00 à 6h00*

*Le GRAAP
sur Internet
www.graap.ch*