

Répercussions sociales des troubles bipolaires

D. LEGUAY ⁽¹⁾

CONTEXTE ACTUEL

La situation sociale est plutôt au second plan de la prise en charge du patient : elle paraît accessoire par rapport à la situation pathologique ou aux interrogations thérapeutiques. Pourtant, il s'agit d'une donnée essentielle pour le patient et son entourage.

Les conséquences sociales peuvent être évaluées après avoir défini une « population bipolaire » et un temps d'observation. Mais faut-il s'intéresser aux conséquences d'un épisode ou d'un état ? Les sujets présentant des troubles subsyndromiques appartiennent-ils à la population dite bipolaire ?

L'action sur la situation sociale peut secondairement avoir un effet thérapeutique. Ceci pose la question de la place de la réhabilitation dans le cadre d'une prise en charge standard du patient. La notion de réhabilitation est axée sur la qualité de vie du patient, la psychoéducation et la déstigmatisation. Dans tous les cas, le point de vue du sujet reste prioritaire.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La prévalence de la pathologie bipolaire sur la vie entière est de 0,5 à 3,7 % selon les études. Selon l'enquête française de Santé Mentale en Population Générale organisée par le CCOMS en 2004, 1,6 % des 39 000 sujets étudiés ont présenté un épisode maniaque (critères du MINI) ; 2 % des sujets étaient des hommes et 1,2 % des femmes. Le trouble bipolaire est fréquemment retrouvé chez les hommes au parcours antisocial (8). Il s'agit d'une pathologie sous diagnostiquée (7).

Le trouble bipolaire est plus fréquent en milieu urbain (en particulier chez les personnes sans logis) qu'en milieu rural.

La mortalité globale des sujets bipolaires est deux fois supérieure à la mortalité en population générale (14). Cette surmortalité est diminuée par le traitement médicamenteux. Par rapport à la population générale, le risque suicidaire est quinze fois plus important et le risque cardiorespiratoire deux fois plus important (2). Ceci est aussi une traduction sociale du trouble bipolaire.

On retrouve souvent des comorbidités telles que : addictions, trouble de la personnalité, troubles anxieux. Les sujets bipolaires présentent souvent des migraines ou des allergies (4).

À retenir :

- habitat : sans logis > urbain > rural,
- statut marital : divorcés > célibataires > mariés,
- travail : 50 % des patients bipolaires sont inactifs,
- retentissement médicolégal.

CONSÉQUENCES PSYCHOSOCIALES

La bipolarité affecte significativement l'insertion professionnelle : 50 % des sujets sont inactifs (17). Seuls 16 % ont un emploi temps plein. Les coûts indirects de la prise en charge sont donc alourdis (6). Une désinsertion socioprofessionnelle est notable chez les sujets présentant un trouble bipolaire ou des états subsyndromiques (3).

Le bas niveau socio-économique du sujet bipolaire contraste avec un niveau social élevé de la famille d'origine (19).

Sur le plan familial, la proportion de sujets célibataires ou divorcés est plus grande qu'en population générale (13). Le trouble bipolaire est plus souvent retrouvé chez les sujets divorcés que les sujets célibataires, et que les

(1) CH, Saintes-Gemmes sur Loire.

sujets mariés jamais divorcés. En revanche, il n'y aurait pas de retentissement sur la satisfaction sexuelle. Le retentissement familial est plus important pour le trouble bipolaire que pour les états dépressifs majeurs (15). Les états maniaques sont très destructeurs pour la cohésion familiale et influent sur « l'out-come » (16).

Les conséquences médico-légales du trouble bipolaire sont associées aux comorbidités addictives. Ceci est comparable aux patients schizophrènes.

Le recours aux soins est lié à la souffrance, au poids du trouble et l'incapacité socio-professionnelle (5). L'isolement et la pauvreté du support social du patient entraînent une augmentation du recours aux soins et à l'urgence (20).

Le coût élevé de la prise en charge est en relation avec les conséquences sociales et le retard diagnostique de la pathologie (9, 18).

Les sujets bipolaires ont un désavantage social en raison d'une incertitude évolutive du trouble. Le rôle social du sujet, qui suit l'inscription professionnelle et familiale, est difficile à assumer. La mise en place d'une mesure de protection des biens peut être un moyen de sauvegarder la situation sociale du sujet mais aussi d'entraîner une dégradation du rôle social.

La souffrance est intense par le biais d'une douleur morale au moment des épisodes dépressifs mais aussi un vécu d'échec, une incompréhension ou une solitude morale. La qualité de vie des sujets bipolaires est moins bonne que celle des patients souffrant de dépression unipolaire (21). Leur vie est parsemée de ruptures (1). Les liens personnels, souvent affectés, nécessitent une compréhension de l'entourage.

Les théories psychanalytiques mettent en avant un triomphe de l'objet étendant son empan sur le sujet. Inversement, le sujet se défend pour triompher de l'objet qui est souvent l'autre.

Doit-on appliquer les techniques de réhabilitation à la population bipolaire ?

En intervenant sur la traduction sociale de la maladie, on aide les patients à aboutir à une meilleure maîtrise du trouble. Les thérapies cognitives ont démontré leur efficacité (10, 11). Leur mécanisme d'action reste indéterminé (modification des processus cognitifs, détection précoce des symptômes ?). L'éducation de l'entourage a un effet sur les rechutes et les réhospitalisations (22). Le recours aux services de réhabilitation psychosociale augmente avec la gravité et la complexité du trouble (12). Les interventions sociales permettent une protection ou une garantie de la situation sociale du patient.

À retenir :

- désinsertion professionnelle,
- bas niveau socio-économique,
- isolement social,
- retentissement familial,
- recours aux soins,
- moins bonne qualité de vie.

PERSPECTIVES

Une thérapie médicamenteuse et un soutien psychothérapeutique seuls paraissent être une prise en charge trop minimale. Une approche globale doit mettre l'accent sur la question de l'alliance, du recours précoce aux soins, l'importance de la psychoéducation, de l'éducation de l'entourage et du support social ainsi que sur la prévention. La famille, qui a un rôle d'accompagnement, supporte souvent mal les variations thymiques du patient.

Les sujets bipolaires doivent-ils constituer une population considérée comme handicapée sur le plan psychique ? Si oui, comment doit-on nommer ce handicap ? Dans ce cas, les services d'aide médicosociale aux personnes handicapées (SAMSAH) doivent intervenir afin de mettre en œuvre un soutien. D'après la loi du 11 février 2005, quel pourrait être le droit à compensation ? Mais la notion de handicap souligne les aspects négatifs de la pathologie. Or il est important de renforcer les images positives.

CONCLUSION

Les patients bipolaires paient un lourd tribut personnel à leur pathologie. Leur destin social devrait être plus systématiquement exploré et évalué afin de mettre en place une prise en charge globale en collaboration avec le patient et son entourage.

Les droits à compensation en cas de reconnaissance de handicap psychique restent à définir.

Références

1. ABOOD Z, SHARKEY A, WEBB M *et al.* Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged ? A comparison with a control group. *Bipolar Disord* 2002 ; 4 (4) : 243-8.
2. ANGST F, STASSEN HH, CLAYTON PJ *et al.* Mortality of patients with mood disorders : follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002 ; 68 (2-3) : 167-81.
3. ALTSHULER LL, GITLIN MJ, MINTZ J *et al.* Subsyndromal depression is associated with functional impairment in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 (9) : 807-11.
4. CALABRESE JR, HIRSCHFELD RM, REED M *et al.* Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry* 2003 ; 64 (4) : 425-32.
5. DEAN BB, GERNER D, GERNER RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. *Curr Med Res Opin* 2004 ; 20 (2) : 139-54.
6. HAKKAART-VAN ROIJEN L, HOEIJENBOS MB, REGEER EJ *et al.* The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 110 (5) : 383-92.
7. HIRSCHFELD RM. Bipolar depression : the real challenge. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004 ; 14 (Suppl 2) : S83-8.
8. KENNEDY N, BOYDELL J, KALIDINDI S *et al.* Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 (2) : 257-62.
9. KLEINMAN L, LOWIN A, FLOOD E *et al.* Costs of bipolar disorder. *Pharmacoeconomics* 2003 ; 21 (9) : 601-22.

10. LAM DH, WATKINS ER, HAYWARD P *et al.* A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder : outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 (2) : 145-52.
11. LAM DH, HAYWARD P, WATKINS ER *et al.* Relapse prevention in patients with bipolar disorder : cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 (2) : 324-9.
12. LEMBKE A, MIKLOWITZ DJ, OTTO MW *et al.* Investigators. Psychosocial service utilization by patients with bipolar disorders : data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *J Psychiatr Pract* 2004 ; 10 (2) : 81-7.
13. MITCHELL PB, SLADE T, ANDREWS G. Twelve-month prevalence and disability of DSM IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychol Med* 2004 ; 34 (5) : 777-85.
14. MÜLLER OERLINGHAUSEN. Bipolar disorder. *Lancet* 2002 ; 359 (9302) : 241-7.
15. OGILVIE AD, MORANT N, GOODWIN GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005 ; 7 (Suppl 1) : 25-32.
16. PERLICK DA, ROSENHECK RA, CLARKIN JF *et al.* Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004 ; 55 (9) : 1029-35.
17. ROMANS SE, McPHERSON HM. The social networks of bipolar affective disorder patients. *J Affect Disord* 1992 ; 25 (4) : 221-8.
18. RUNGE C, GRUNZE H. Annual costs of bipolar disorders in Germany. *Nervenarzt* 2004 ; 75 (9) : 896-903.
19. TSUCHIYA KJ, AGERBO E, BYRNE M *et al.* Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring. *Psychol Med* 2004 ; 34 (5) : 787-93.
20. WEBBER M, HUXLEY P. Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 ; 39 (12) : 1000-9.
21. YATHAM LN, LECRUBIER Y, FIEVE RR *et al.* Quality of life in patients with bipolar I depression : data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004 ; 6 (5) : 379-85.
22. ZARETSKY A. Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003 ; 5 (Suppl 2) : 80-7.