

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'insertion professionnelle dans les troubles bipolaires :
Les enjeux et perspectives au cours de la période intercritique**

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet à 18h
au Pôle Recherche

Par Damien HOUQUE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Thomas

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Madame le Professeur Sophie Fantoni-Quinton

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Paul Durand

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les
thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction	3
Partie 1 : Evolution du concept du trouble bipolaire	7
1. Historique du trouble bipolaire.....	7
a. Les prémices de la pathologie de l'humeur.....	7
b. Les premières nosographies.....	8
c. Vers une conception des troubles de l'humeur	9
d. Kraepelin : une vision globale des troubles de l'humeur	10
e. Séparation des formes unipolaires et bipolaires	12
f. Vers la classification internationale et le DSM	12
2. Définition actuelle du trouble	13
a. Par type d'épisode	13
b. Catégorisation du trouble	17
c. Principales évolutions du DSM IV au DSMV.....	19
3. Du tempérament au spectre des troubles bipolaires	20
a. La notion de tempérament	20
b. Vers une notion de spectre des troubles bipolaires	24
c. Les endophénotypes.....	25
Partie 2 : L'insertion professionnelle, un enjeu majeur de la phase intercritique	27

1. Position de la dimension professionnelle dans les principales classifications internationales	27
a. La CIM 10.....	27
b. Le DSM V	28
2. Des symptômes qui interfèrent à l'origine d'une vulnérabilité	29
a. Les troubles cognitifs.....	29
b. Troubles de la gestion des émotions / instabilité	33
c. Comorbidités	38
3. L'impact des thérapeutiques	46
a. Les effets indésirables.....	46
b. La sédation.....	48
4. La stigmatisation dans les troubles bipolaires.....	50
a. Définition de la stigmatisation.....	50
b. Les mécanismes en jeu.....	52
c. Les conséquences de la stigmatisation.....	55
d. L'autostigmatisation.....	56
5. L'Insight et la divulgation du trouble.....	61
Partie 3 : Pistes de réflexion : vers l'emploi	69
1. Place du travail dans la bipolarité	70
a. Bénéfices du travail	70
b. Risques psychosociaux	72
2. Un travail en réseau.....	75
a. Les intervenants médicaux.....	75

a.	La médication, un équilibre à repenser	78
b.	Les psychothérapies	80
3.	Le handicap et sa reconnaissance	84
a.	Définition du Handicap	84
b.	Reconnaissance et statut.....	86
c.	Dans le trouble bipolaire, pourquoi l'envisager ?	88
4.	Le moment opportun : l'accompagnement dans l'emploi.....	93
a.	Le dispositif emploi accompagné	93
b.	Son application en France	95
	Conclusion	101
	Bibliographie	105

Résumé

Titre : L'insertion professionnelle dans les troubles bipolaires : Les enjeux et perspectives au cours de la période intercritique.

Contexte : Le trouble bipolaire est une maladie invalidante dont le diagnostic est complexe. Les conséquences du trouble sont multiples et les répercussions psychosociales impactent particulièrement la sphère professionnelle. Les enjeux du travail se manifestent au travers de la période intercritique.

Méthode : La première partie se consacre à l'historique des conceptions du trouble bipolaire afin d'introduire ses manifestations en période intercritique. Dans une seconde partie les caractéristiques et enjeux de cette période seront décrits et mis en lien avec les difficultés rencontrées dans l'insertion professionnelle. La troisième partie s'attache à en repérer des propositions de prises en charge centrées sur le travail. La mise en regard d'expériences de patients et d'une revue de la littérature permettront d'en formuler des pistes de compréhension et des perspectives thérapeutiques.

Résultats : Face aux difficultés rencontrées par les patients souffrant d'un trouble bipolaire, une prise en charge pluridisciplinaire apparaît nécessaire. Les dispositifs d'accompagnement dans l'emploi pourraient favoriser une meilleure insertion dans le monde du travail.

Conclusion : La problématique de l'insertion professionnelle est révélatrice de la multiplicité des enjeux lors de la période intercritique du trouble bipolaire.

Introduction

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique invalidante, considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'une des dix pathologies les plus invalidantes (1). Il touche 60 millions de personnes à travers le monde (2). En France, sa prévalence est estimée entre 1 et 2,5% de la population générale, chiffre qui serait sous-évalué selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (1). En effet, son diagnostic est complexe et il s'écoule parfois dix ans entre l'apparition de la maladie et la mise en place d'un traitement adapté. Il s'agit pourtant d'une pathologie débutant chez l'adulte jeune et dont la récurrence est présente chez plus de 90% des patients (3). Les conséquences du trouble sont multiples et la charge associée y est particulièrement lourde : tentatives de suicide, abus de substance, conduites à risque, mises en danger, précarisation et hospitalisations répétées. Un malade sur deux ferait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie, 15% décèderaient par suicide (1). Par ses manifestations, ce trouble entraîne des répercussions sociales, familiales et professionnelles sévères allant jusqu'à la désinsertion de la personne (3).

La sphère professionnelle est particulièrement impactée (4). La moitié des personnes souffrant d'un trouble bipolaire sont confrontées à des difficultés d'insertion professionnelle et de maintien dans l'emploi. Ces difficultés s'expriment par des ruptures dans le parcours professionnel voire du chômage. Sans emploi, ils présentent fréquemment une psychopathologie plus invalidante, une moins bonne estime de soi ainsi qu'une qualité de vie moindre (5).

Le monde médical s'est jusqu'à présent essentiellement consacré à la gestion des décompensations thymiques maniaques ou dépressives avec pour

objectif principal le maintien d'une rémission clinique. Cependant, constat est fait de la persistance de difficultés psychosociales, insuffisamment expliquées par la survenue des épisodes, et de l'émergence d'un enjeu pronostic et social en période intercritique (6).

Ce travail de thèse a pour objectif d'étudier les différents facteurs à l'origine des difficultés d'insertion professionnelle en milieu ordinaire rencontrées au cours de la phase intercritique par les patients souffrant d'un trouble bipolaire.

Dans une première partie, nous prendrons le temps de retracer l'histoire du trouble bipolaire et les différentes conceptions qui en ont émergées au fil du temps. Nous nous attacherons ensuite à définir le trouble bipolaire et ses différentes phases selon les conceptions actuelles de la maladie ainsi que la place de la période intercritique avant d'introduire la notion de spectre des troubles de l'humeur.

Dans une seconde partie, nous partirons des conceptions actuelles de la bipolarité afin d'y relever la position accordée à l'impact de la maladie sur la sphère professionnelle. Nous exposerons ensuite les différentes problématiques émergeant de cet espace « asymptotique », la phase intercritique. Nous verrons que sont touchées des modalités, à la périphérie du champs médical, telles que le fonctionnement cognitif et la gestion des émotions. Les comorbidités associées le plus fréquemment au trouble et les effets indésirables des traitements seront exposés. L'objectif sera de révéler les interactions entre ses différents processus et leur impact sur le fonctionnement professionnel des personnes souffrant d'un trouble bipolaire. La stigmatisation sera alors abordée, dans ses définitions générales et ses spécificités appliquées au trouble bipolaire. L'autostigmatisation et son impact sur l'insertion professionnelle seront présentés

afin d'introduire les notions d'insight et de divulgation du trouble.

La troisième partie de ce travail reposera sur les enjeux et perspectives concernant l'insertion professionnelle dans les troubles bipolaires. Nous présenterons, en premier lieu, la place capitale que revêt le travail dans le maintien de l'équilibre psychique de la personne mais aussi les risques qu'il entraîne. Nous ferons ensuite émerger la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée de tous les acteurs du champ de la santé mentale, ne se limitant pas au domaine purement médical. La notion de handicap sera alors introduite et particulièrement celle de handicap psychique afin d'amener la possibilité, pour les patients souffrant d'un trouble bipolaire, d'accéder à la Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé. Nous verrons que cette notion revêt son importance dans les aménagements qu'elle propose sur le lieu de travail de la personne souffrant d'un handicap psychique. Enfin, nous présenterons un modèle américain d'insertion professionnelle reposant sur le principe d'accompagnement dans l'emploi et son application concrète en France.

Tout au long de ce travail de thèse, nous illustrerons nos propos par la présentation de vignettes et cas cliniques de patients rencontrés lors de notre pratique de la psychiatrie.

Partie 1 : Evolution du concept du trouble bipolaire

1. Historique du trouble bipolaire

a. Les prémices de la pathologie de l'humeur

La manie et la mélancolie ont été décrites dès l'antiquité, chez les philosophes et médecins de la Grèce antique, au travers notamment de la théorie humorale. Les premiers écrits décrivant méticuleusement ces deux états, dont la nature biologique est soulignée, sont attribués à Hippocrate (460-337 avant JC).

Arétée de Cappadoce, au 1er siècle après J-C introduit l'articulation entre manie et mélancolie au sein d'une maladie unique. Il fait de la mélancolie le stade précoce d'un glissement progressivement péjoratif vers la manie et présente la succession des deux états comme les faces opposées d'un même processus pathologique. Il esquisse ainsi, pour la première fois, ce qui légitimement pose les prémices de la conceptualisation des troubles bipolaires. Toutefois, une certaine prudence s'impose dans l'interprétation de ces écrits. En effet, les termes de manie et de mélancolie étaient utilisés à l'époque de manière indifférenciée pour décrire des formes finalement très diverses de manifestations mentales, allant des hallucinations, aux troubles du raisonnement et du jugement. Les désordres de l'humeur y étaient inclus de manière aspécifique et ne constituaient donc pas systématiquement le cœur des descriptions (8).

Au Moyen-âge, Thomas Willis critique l'évolution strictement unidirectionnelle de la manie vers la mélancolie. En cela, il est le premier à souligner l'alternance cyclique entre mélancolie et manie, plaçant sur le même plan les deux états (9), « après la mélancolie, il faut traiter la manie avec qui elle a tant d'affinités que ces affections se changent souvent l'une dans l'autre ».

Au siècle des Lumières, il est fait mention dans le dictionnaire de médecine de James (1746), à propos de la manie et de la mélancolie, « elles ne diffèrent que par le degré et par la période ; en sorte que la mélancolie peut être regardée à juste titre, comme le commencement de la manie ; et la manie comme l'accroissement, l'effet accidentel, ou même le dernier degré de la mélancolie ». Finalement, cette définition correspond à une conception assez peu éloignée de celle d'Arétée de Cappadocce.

b. Les premières nosographies

Pinel, dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, incorpore les maladies mentales dans le domaine médical des passions, champ auparavant réservé à la philosophie. Il incorpore de ce fait les passions, les mouvements des affects, en tant que point d'intérêt dans l'exercice médical. Il propose l'adoption de la théorie stoïcienne des passions comme étiologie à l'éclosion de la folie. A partir de descriptions cliniques extrêmement minutieuses, il élabore une classification des différentes formes de folie, qu'il propose de différencier en 4 espèces : la Manie, la Mélancolie, l'Idiotisme et la Démence.

Son élève Esquirol (1772-1840) poursuit le travail initié par son maître et s'attache à expliciter la signification de la Manie, terme utilisé alors indifféremment des termes d'aliénation ou de folie, dont elle constituait la part curable. Il propose une scission de la mélancolie en deux pathologies distinctes : la lypémanie dont l'atteinte de l'humeur constitue la principale caractéristique, en l'opposant à la pathologie délirante, la monomanie. Dans ses articles écrits au début du XIXème siècle, il décrit des patients présentant des transitions d'un état de manie vers une lypémanie, faisant la mention parfois d'alternances cycliques

entre les deux états. Il s'attache particulièrement à en souligner les manifestations psychomotrices, allant de l'agitation à un état de quiétude voire d'indifférence (8). Il consacre une grande partie de son travail à établir une nosographie, à partir de descriptions cliniques détaillées, sans pour autant aboutir à une véritable classification des troubles mentaux.

c. Vers une conception des troubles de l'humeur

Il faudra finalement attendre le milieu du XIXème siècle pour assister à l'émergence d'une véritable réflexion, ayant pour objectif la conceptualisation des pathologies de l'humeur au sein d'un ensemble nosologique commun. Deux auteurs, quasi-simultanément, proposent le regroupement de deux pathologies, considérées auparavant distinctes, en une entité nosologique unique : Jules Baillarger (1809-1890) au travers de la Folie à double forme et Jean-Pierre Falret (1794-1870) au travers de la Folie périodique ou circulaire (10,11).

Baillarger décrit l'aspect stuporeux du mélancolique chez lequel, le ralentissement à la fois sur le plan des facultés mentales et physiques prévaut sur les constructions délirantes. Selon sa conception, les épisodes thymiques (manie ou mélancolie) peuvent se répéter en s'articulant autour d'une période d'intervalle libre.

Chez Falret, dans la forme circulaire, il ne s'agit pas forcément d'une alternance de manie et de mélancolie typique, mais d'une variété de caractéristiques de chacun des deux états qui peuvent s'intriquer, préfigurant en cela la notion d'état mixte. Il en décrit l'évolution pathologique au long terme, en incluant dans sa description du trouble, la transition par les phases intercritiques. Il questionne la séparation de la manie et de la mélancolie en tant qu'entités

distinctes, et les situe sur un continuum incessant de renversements de l'une dans l'autre, la période intercritique étant alors quasi-inexistante (12).

La mise en concurrence de ces deux auteurs, qui au milieu du XIX^{ème} ont cherché tour à tour à s'approprier la paternité du concept, s'avère éclairante pour plusieurs raisons. La question de l'intervalle libre entre les épisodes est clairement posée et fait l'objet de débat : tantôt différenciée et caractérisée en tant que retour à la normale, tantôt incluse à l'intersection de mouvements d'humeur incessants. Est alors soulevée la légitimité et la pertinence de son existence, de l'absence réelle ou non de symptômes entre manie et mélancolie. Il apparaît possible de supposer, face à la diversité des formes et manifestations des troubles de l'humeur, que chacun des deux auteurs ait finalement pu en percevoir des formes particulières, différentes, mais tout aussi authentiques. Certaines formes se présenteraient avec un amendement de la symptomatologie thymique, d'autres dans une bascule incessante entre les 2 états, d'autres se figeant dans l'un des états pathologiques. L'absence de traitement, tels que les thymorégulateurs utilisés de nos jours, assurait probablement un pronostic bien plus réservé en laissant ainsi libre cours à la pleine expression du trouble.

Finalement, au travers de ces deux auteurs et des tentatives de classification, se dessine la diversité des formes prises par le trouble bipolaire.

d. Kraepelin : une vision globale des troubles de l'humeur

Au fil des différentes éditions de son Traité de psychiatrie, Kraepelin a pu caractériser chacun des différents états par lesquels se manifestent les troubles de l'humeur, tout en s'attachant à l'élaboration d'une classification des pathologies mentales (11). Dans la sixième édition de son traité (1899), il opère

un changement de paradigme et introduit le critère évolutif en tant que caractéristique essentielle et déterminante dans la catégorisation des pathologies mentales. Il scinde alors sa catégorisation des maladies mentales en maladies curables et maladies incurables. Dans sa classification des psychoses endogènes, il propose une distinction entre la démence précoce (future schizophrénie) à l'évolution péjorative, et ce qu'il baptise la psychose maniaco-dépressive. Les états mixtes, bien que repérés dès l'antiquité, particulièrement dans la période de transition de la mélancolie à la manie, sont reconnus et introduits pour la première fois.

Dans la huitième édition de son traité, il distingue dans la PMD les quatre formes cliniques suivantes : les états maniaques, les mélancolies, les états fondamentaux, les états mixtes. La mélancolie (le terme lypémanie étant maintenant délaissé), précédemment envisagée comme entité autonome, se voit ainsi intégrée en tant que caractérisation de la phase dépressive, dans une conception globale de la pathologie maniaco-dépressive. Kraepelin préfigure ainsi la notion de continuum au sein d'un spectre des pathologies de l'humeur, en englobant toutes les formes au sein d'un concept unitaire.

Les états mixtes, bien que décrits depuis l'antiquité (particulièrement dans la période de transition de la mélancolie à la manie), ont été reconnus et introduits par Kraepelin (6eme édition de son traité, 1899).

La cyclothymie est initialement introduite par Kahlbaum en 1863 (13). Il la décrit en tant que forme atténuée de la maladie, caractérisée par des changements périodiques de dépression et d'exaltation, conception reprise par Kraepelin en 1899. Elle sera introduite sous cette forme dans le DSM3. Kretschmer, quant à lui, choisit de la situer à la frontière de la santé et de la

maladie, en tant que constitution, définissant ainsi le tempérament cycloïde, de la même manière qu'il envisage le tempérament schizoïde, dans un continuum évoluant vers la schizophrénie. Cette différence d'approche de la notion de cyclothymie reste largement d'actualité et sème l'idée d'une possible continuité entre constitution et pathologie. Régulièrement, elle est envisagée en diagnostic d'exclusion face une symptomatologie clinique qui ne répondrait pas clairement aux critères de trouble bipolaire de type 2. Elle apparaît aujourd'hui dans le DSM V (14) dans la catégorie des troubles bipolaires et apparentés.

e. Séparation des formes unipolaires et bipolaires

En Allemagne, Wernicke critique le regroupement opéré par Kraepelin (15). Il entend distinguer de la Psychose maniaco-dépressive les épisodes de dépression ou de manie sans alternance entre les deux pôles, et ce, qu'ils soient uniques ou récurrents. Il s'appuie sur des descriptions cliniques exhaustives des différentes atteintes de l'humeur, allant jusqu'à proposer cinq formes différentes de mélancolie. Il ouvre ainsi la voie aux travaux de Kleist aboutissant à la dichotomie entre les psychoses unipolaires et bipolaires. Finalement, Leonhard conceptualise les psychoses périodiques qu'il scinde en :

- Psychoses périodiques pures unipolaires
- Psychoses phasiques polymorphes bipolaires qui incluent donc la PMD et la psychose cycloïde.

Chez ces auteurs, les tempéraments affectifs ne sont pas reconnus comme l'expression d'un trouble endogène.

f. Vers la classification internationale et le DSM

Sur la base de caractéristiques héréditaires, évolutives et des réponses

aux thérapeutiques, Angst appuie la séparation des troubles unipolaires et bipolaires, qui est intégrée dans le DSM-III en 1980 (16).

L'hypomanie, décrite et conceptualisée par Mendel en 1881 en tant que manie « d'intensité moindre dans ses manifestations », caractérise la distinction entre les troubles bipolaires de type I et de type II proposée par Duner en 1976 (15,17). Cette conception est reprise dans le DSM IV en 1994. En parallèle la cyclothymie se déplace de l'axe 2 vers l'axe 1.

2. Définition actuelle du trouble

a. Par type d'épisode

Le trouble bipolaire se caractérise par une alternance de phases (maniaque, dépressive, hypomaniaque) que nous allons décrire ci-dessous.

Selon le DSM V (14), un **épisode maniaque** se caractérise par :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

2. Réduction du besoin de sommeil (par exemple le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).

3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.

4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.

5. Distractibilité (c'est-à-dire que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.

6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c'est-à-dire activité sans objectif, non orientée vers un but).

7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale. **NB** : un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement anti-dépresseur mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire I.

Un **épisode hypomaniaque** se caractérise par :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée,

expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil.
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, conduites sexuelles inconséquentes ou investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

F. l'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.

Un **épisode dépressif caractérisé** est décrit tel que :

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit **(1)** une humeur dépressive, soit **(2)** une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (par exemple se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (par exemple pleure).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel excédant 5% en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan

précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

b. Catégorisation du trouble

Selon le DSM V (14), le **trouble bipolaire de type I** se caractérise par :

A. A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque.

B. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

Le **Trouble bipolaire de type II** est décrit tel que :

A. Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque et au moins pour un épisode dépressif caractérisé.

B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.

C. L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une

souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Parmi la classification des troubles bipolaires et apparentés se trouve le **trouble cyclothymique** qui se caractérise par :

A. Existence pendant au moins 2 ans (au moins 1 an chez les enfants et les adolescents) de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé.

B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus, les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes.

C. Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis.

D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique.

E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

F Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Parmi les **autres troubles bipolaires** sont retrouvés :

- Trouble bipolaire induit par une substance.
- Trouble bipolaire dû à une autre affection médicale.
- Autre trouble bipolaire spécifié.
- Trouble bipolaire non spécifié.

c. Principales évolutions du DSM IV au DSMV

L'un des problèmes majeurs du DSM IV était le risque de sous diagnostiquer le trouble bipolaire, du fait de critères trop restrictifs. Le DSM V permet de multiplier par deux la probabilité de le diagnostiquer correctement (18).

Les sujets présentant un virage hypomaniaque ou maniaque induit par l'introduction d'un antidépresseur peuvent maintenant être reconnus en tant que trouble bipolaire de type II (auparavant ils appartenaient au trouble bipolaire induit par une substance). Les critères des épisodes thymiques incluent la modification du niveau d'activité ou d'énergie en parallèle de la modification de l'humeur, en vue d'une meilleure spécificité diagnostique. Cependant, l'association nécessaire de ces deux dimensions au sein d'un même critère rend l'évaluation diagnostique plus restrictive. Il aurait sans été intéressant de les distinguer en tant que critères indépendants.

Les états mixtes ont été supprimés au profit de la possibilité, dans la caractérisation des épisodes, d'y adjoindre la présence de « caractéristiques mixtes », si plusieurs critères de polarité opposée à celle de l'épisode sont retrouvés. Ceci permet un meilleur repérage, lors d'un épisode thymique unique, devant une dépression présentant des éléments atypiques, d'un éventuel trouble bipolaire débutant.

Enfin, la catégorie des troubles dépressifs a été entièrement dissociée de celle des troubles bipolaires marquant ainsi, de plus en plus nettement, la séparation entre troubles unipolaires et bipolaires. La notion de récurrence (épisodes dépressifs récurrents) n'est ainsi plus uniquement l'apanage des troubles bipolaires (19).

3. Du tempérament au spectre des troubles bipolaires

a. La notion de tempérament

Kraepelin avait postulé l'existence d'une base émotionnelle en définissant quatre prédispositions affectives sur lesquelles se développe la Psychose maniaco-dépressive (20). Il avait observé après les épisodes, un retour à un tempérament de base plutôt qu'à une « normalité » et, de manière notable, que cet état était largement surreprésenté chez les apparentés des sujets.

Kretschmer (1888-1964) consacre une partie de son travail à établir des types de caractères à partir de caractéristiques telles que le degré d'émotivité, la capacité de contrôle, le degré d'extraversion afin d'en dégager des tempéraments affectifs (21).

Bleuler (1857-1939) propose la notion de syntonie, « vibration à l'unisson à l'ambiance », comme éclairage pour la compréhension de la pathologie maniaco-dépressive. Il s'interroge sur les caractéristiques permanentes présentes chez les sujets alternant entre une symptomatologie dépressive et maniaque. Reprenant les écrits du XIXème, il développe l'idée d'une hyperréactivité émotionnelle chez les patients, constatant une exacerbation de toute la gamme des émotions ne se cantonnant pas uniquement à la tristesse ou à la joie (22).

Cette question de l'intercrise se manifeste donc en toile de fond au cours de l'évolution de la conceptualisation des troubles de l'humeur, chez plusieurs auteurs, sans pour autant que ne puisse être mise en place une uniformisation. Finalement les approches restent très descriptives et intuitives, chacun y allant de ses propres termes.

Vers le milieu du XXème siècle, l'exploration de l'émotivité et des traits de caractère sera reléguée au second plan, au profit de l'opposition entre les différentes écoles s'attachant à la catégorisation des troubles de l'humeur, et particulièrement en ce qui concerne la caractérisation d'une dichotomie entre les troubles unipolaires et bipolaires.

Les tempéraments affectifs renaissent avec Akiskal dans les années 1970. Dans la continuité des travaux de Kraepelin, Akiskal reprend les termes de tempéraments dépressif, hyperthymique, irritable, cyclothymique. Il formule de nouveau l'hypothèse d'un continuum entre les traits de personnalités et les manifestations pathologiques de l'humeur. Déterminé constitutionnellement et issu de facteurs génétiques, le tempérament représente donc selon lui l'expression modérée du trouble bipolaire. Il est retrouvé dans la période prémorbide et s'exprime entre les épisodes par un ensemble de traits et de dimensions caractéristiques permettant de le définir(23). Les tempéraments sont également retrouvés dans la population générale. Toutefois, ils sont surreprésentés chez les bipolaires et leurs apparentés, en particulier les tempéraments cyclothymiques et irritables (24). Il a été démontré l'influence des traits tempéramentaux sur la présentation clinique des troubles affectifs.

Le tableau suivant, retranscrit d'un chapitre d'Hantouche dans le livre blanc sur la dépression édité par l'association Deniker (20), permet une

représentation des tempéraments abordés selon différentes dimensions

	Hyperthymique	Dépressif	Irritable	Cyclothymique
Début précoce	+	+	+	+
Traits dominants	Hypomaniaques sub-syndromiques (faible intensité)	Dépressifs intermittents de faible intensité	Mixtes avec labilité irritabilité et colère	Cycles courts intermittents entre hypomanie et dépression
Sommeil	Court (6h même le WE)	Long (9h ou plus)		Variable selon les cycles
Polarité des affects	Positifs – Extraversion (gai, optimiste, exubérant)	Négatifs – Introversion (broyer du noir, sombre, pessimiste)	Mixte – Dysphorie dominante, mauvaise humeur (mordant – piquant)	Double polarité – Réactivité excessive (névrosisme)
Stabilité émotionnelle	Forte	Forte	Faible – labilité vers la colère	Faible (oscillations continues)
Niveau d'énergie / activité	Excessif, vigueur, prodigalité, impulsivité	Faible, inertie, passivité, indécision	Fort – tendance à l'agitation et l'impulsivité	Variable avec productivité assez irrégulière
Estime de soi	Mégalomanie	Dévalorisation	Stable – non altérée	Changeante entre faible et excessive
Modes relationnels	Grégarité, avidité de contact, intrusif, bavard, empathie	Calme, silencieux, passif, consciencieux, conformiste	Obstructionnisme, hypercritique, faible agréabilité	Abnégation, empathie, ouverture, alternance repli et besoin de contact

Tableau 1 : Descriptif des tempéraments dans leurs différentes dimensions selon Hantouche, livre blanc de la dépression, Fondation Deniker, 2016

Dans le tempérament hyperthymique, le trouble bipolaire se déclenche préférentiellement sur un mode maniaque, avec une polarité prédominante maniaque au cours de l'évolution, alors que le tempérament dépressif présente

une polarité prédominante dépressive (25).

Les épisodes mixtes apparaissent davantage lors de la survenue d'un épisode de polarité opposé à celle du tempérament sous-jacent (25) : tel un épisode maniaque sur un tempérament dépressif, ou un épisode dépressif sur un tempérament hyperthymique. Les sujets avec un tempérament cyclothymique décompensent plus fréquemment vers un épisode avec caractéristiques mixtes (23).

Certaines comorbidités dans les troubles bipolaires sont associées préférentiellement à certains types tempéramentaux : le trouble d'usage de substance est plus particulièrement lié au tempérament cyclothymique, les comportements de mise en danger dans le tempérament hyperthymique, alors que les troubles anxieux apparaissent corrélés à un tempérament de type dépressif (26).

Toutefois, les études sur les tempéraments esquissent surtout des tendances et leur association avec un trouble bipolaire n'est pas systématique. En l'absence de toute décompensation, ils doivent donc être considérés en tant que variantes de la diversité des traits retrouvés dans la population générale.

En revanche, l'exploration d'un profil tempéramental pourrait s'avérer informative dans certaines situations cliniques à même de soulever plusieurs enjeux. Le premier est d'ordre diagnostique. Face à un patient ayant connu un premier épisode dépressif, n'ayant pas répondu au traitement, et dont le profil laisserait apparaître des traits évocateurs d'un tempérament sur un terrain familial de trouble bipolaire, la question de la bipolarité peut être évoquée. En effet, 12 à 35% des épisodes dépressifs diagnostiqués comme unipolaires

appartiendraient au spectre de la bipolarité (27). Le second enjeu est d'ordre pronostic. Chez un patient bipolaire, si sont repérés des traits tempéramentaux, il peut être utile d'en tenir compte afin d'aboutir à une compréhension plus fine des potentiels obstacles ou difficultés lors de la prise en charge thérapeutique. En effet, les modalités interactionnelles, la qualité et l'accessibilité à l'insight, l'observance médicamenteuse, le rôle de l'utilisation de substances, la tendance à l'impulsivité ou la recherche de nouveauté peuvent être différentes en comparaison d'un patient sans trait tempéramental associé. Le troisième enjeu est d'ordre thérapeutique : chez un patient bipolaire, il peut être difficile d'estimer le moment où la rémission est satisfaisante face à la persistance de certains traits tempéramentaux. Pour exemple, un patient avec un tempérament hyperthymique peut présenter quelques comportements laissant penser à un état hypomaniaque insuffisamment traité. Le risque serait donc de confondre tempérament et symptomatologie entraînant ainsi une tendance au surdosage médicamenteux et donc un risque d'émoussement affectif.

Malgré une utilité dans la pratique clinique, les tempéraments s'accordent mal à l'établissement de critères solides en vue de l'intégration dans les classifications internationales et ne sont pas reconnus de manière unanime. Ils peuvent introduire du doute et de l'incertitude et leur repérage paraît très dépendant de l'expérience du clinicien. En revanche, l'approche dimensionnelle à laquelle ils incitent permet d'apporter une plus grande finesse dans la compréhension de la psychopathologie du sujet.

b. Vers une notion de spectre des troubles bipolaires

Les Travaux de Akiskal et Pinto ont conduit à proposer un élargissement

du concept de trouble bipolaire, afin d'y intégrer les formes atténuées (28) :

- **Trouble bipolaire 1 /2** : Trouble schizoaffectif
- **Trouble bipolaire I** : Episode dépressif et maniaque
- **Trouble bipolaire I ½** : Hypomanie chronique
- **Trouble bipolaire II** : Episode dépressif et hypomanie
- **Trouble bipolaire II ½** : Episode dépressif et tempérament cyclothymique
- **Trouble bipolaire III** : Hypomanie pharmacologique
- **Trouble bipolaire III ½** : Episode dépressif et instabilité de l'humeur induite par les substances
- **Trouble bipolaire IV** : Episode dépressif et tempérament hyperthymique

La notion de spectre de trouble de l'humeur s'appuie sur la multiplicité des formes présentées par la pathologie, malgré un patrimoine génétique commun. Cela sera à l'origine de la conception de l'endophénotype, en tant qu'interface entre l'expression génétique et phénotypique. Les tempéraments sont un premier exemple d'endophénotype retrouvé chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire.

c. Les endophénotypes

Les endophénotypes sont des marqueurs de vulnérabilité génétique au risque de développer une maladie(29). Il s'agit de traits neurobiologiques, en deçà de l'expression clinique du trouble, que l'on retrouve fréquemment chez les apparentés sains des sujets atteints par un trouble bipolaire. Il existe un certain nombre de critères permettant de les identifier comme tel :

- Ils doivent présenter une stabilité dans le temps et s'exprimer également pendant les phases asymptomatiques de la maladie. Ils sont donc

décelables dans le trouble bipolaire en phase euthymique.

- Ils sont héréditaires et se manifestent donc de manière plus fréquente chez les apparentés que dans la population générale.
- Ils doivent être retrouvés chez les apparentés ayant développé un trouble bipolaire, on parle alors de co-ségrégation avec la maladie.
- Ils sont associés à la maladie dans la population générale.

En conclusion de cette première partie, l'évolution de la conception des troubles bipolaires à travers l'histoire nous a montré que cette pathologie présente des formes extrêmement diverses. En conséquence, les tentatives de classification se sont heurtées à de nombreux obstacles. Il apparaît fort probable que la conception actuelle des troubles de l'humeur continue à évoluer et à s'affiner. En dehors des décompensations et des manifestations aiguës, sur lesquelles se basent les critères actuels de diagnostic, émergent des singularités lors des périodes intercritiques. De plus, les critères de durée de l'épisode hypomaniaque peuvent être considérés comme restrictifs amenant un sous diagnostic du trouble bipolaire de type II (30). Cela souligne la pertinence d'un repérage et d'une prise en charge du trouble bipolaire en se décentrant de la manie et en envisageant une approche plus intégrative et dynamique en tant qu'expression dans un continuum. La « cyclicité ou récurrence, aussi importante que la polarité, est fondamentale pour comprendre la maladie maniaco-dépressive » Goodwin et Jamison (16).

La seconde partie de ce travail s'attache donc à décrire les manifestations invalidantes de la phase intercritique et leur impact sur l'insertion professionnelle chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire.

Partie 2 : L'insertion professionnelle, un enjeu majeur de la phase intercritique

La recherche de l'euthymie par le clinicien est l'objectif principal de la rémission symptomatique. Tel est l'enjeu de la phase intercritique. Il s'agira de limiter au maximum la persistance de symptômes résiduels c'est-à-dire de manifestations subsyndromiques insuffisantes pour pouvoir caractériser un épisode (5). Cependant, dans une pratique de soin plus globale, son intervention ne peut se limiter à la rémission symptomatique et vise une rémission fonctionnelle qui s'inscrira dans une réhabilitation psychosociale la plus aboutie possible. L'insertion professionnelle en est une des composantes majeures. En effet, 30 à 70% des personnes souffrant d'un trouble bipolaire sont concernés par des difficultés liées à l'emploi et 20% présentent une invalidité (29). Les troubles bipolaires seraient à priori moins soumis à une évolution déficitaire comparés à la schizophrénie. Ce fut longtemps l'argument historique de Kraepelin (11). Pourtant, en pratique, la tâche apparaît complexe pour un certain nombre de raisons que nous allons essayer de détailler dès à présent.

1. Position de la dimension professionnelle dans les principales classifications internationales

a. La CIM 10

Dans la CIM 10, il n'est pas spécifiquement fait mention dans les critères du trouble bipolaire d'une altération du fonctionnement socio-professionnel (31). Il faut alors se rapporter aux caractéristiques de l'épisode dépressif (sentiment de détresse ou difficultés / incapacité à mener les activités professionnelles ou

sociales habituelles), de l'hypomanie (peut s'accompagner d'une distractibilité et de difficultés de concentration, interférant avec le travail) et de la manie (entrave les fonctionnements professionnels et les activités sociales) pour percevoir l'impact du trouble sur la sphère professionnelle. L'impact social de la chronicité de la pathologie et de la cyclicité du trouble n'y est pas mentionné.

b. Le DSM V

Dans le DSM V (14), la survenue d'un seul épisode maniaque suffit à poser le diagnostic de trouble bipolaire de type I. La notion d'alternance, de polarité bien que qualifiée comme fréquente n'est pas requise. L'atteinte dans la sphère professionnelle n'y est pas mentionnée directement. En revanche, en se référant aux critères de l'épisode maniaque, elle est relevée de la manière suivante « en résulte une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ».

En ce qui concerne le trouble bipolaire de type II, l'altération du fonctionnement dans le domaine professionnel est spécifiquement citée comme l'un des critères nécessaires pour établir le diagnostic. Elle y est mentionnée en tant que conséquences de la répétition et de l'alternance des épisodes dépressifs ou hypomaniaques.

L'exploration des sous-catégories diagnostiques du trouble bipolaire de type I, précisant la polarité et la sévérité du dernier épisode thymique (épisode dépressif ou hypomaniaque, d'intensité légère, modérée ou élevée), met en évidence une particularité. On remarque l'existence d'un trouble bipolaire de type I, épisode le plus récent non spécifié, seule sous-catégorie dans laquelle apparaît directement la mention d'un retentissement professionnel. Il est possible d'y

proposer cette explication : sont retrouvés des éléments en lien avec l'humeur, sans pour autant que la durée de l'épisode ne permette de le caractériser comme épisode dépressif ou maniaque, qui aurait permis en soit de marquer le retentissement professionnel (inclus dans les critères des épisodes). Dans ce cas, l'ajout de ce critère s'avérait donc nécessaire pour signifier l'atteinte de la sphère professionnelle.

Le DSM 5 souligne donc l'impact direct de la symptomatologie thymique, lors des épisodes, sur le fonctionnement professionnel. Mais il met également en lumière les conséquences professionnelles et sociales consécutives à la cyclicité du trouble. En revanche, le DSM V ne mentionne pas de particularités en ce qui concerne la phase intercritique.

2. Des symptômes qui interfèrent à l'origine d'une vulnérabilité

a. Les troubles cognitifs

Le fonctionnement cognitif global de l'individu représente son potentiel à se comporter de façon adaptée et efficace. Les grands secteurs cognitifs sont l'efficacité intellectuelle globale, les fonctions de base (attention, mémoire de travail et vitesse de traitement), les systèmes mnésiques (mémoire sémantique, épisodique, procédurale, perceptive et prospective), les fonctions instrumentales (langage, praxie et gnosie) et les fonctions exécutives (capacités d'inhibition, flexibilité mentale, organisation et planification d'actions, déduction, identification et maintien puis changement de règles logiques) (32,33).

Le sujet étant vaste, nous avons choisi d'étudier les troubles cognitifs retrouvés dans la phase euthymique du trouble bipolaire par le biais de plusieurs

métabolismes (34–37). Le trouble bipolaire est une maladie complexe qui affecte l'humeur et les rythmes biologiques causant, par là même, des distorsions du comportement subtiles voire sévères. Ce trouble est associé à une détérioration du fonctionnement cognitif global. Bien que la présence de troubles cognitifs ne représente pas une constante, de nombreux articles font état de leur persistance, avec une intensité variable, lors de la phase euthymique du trouble. Un tiers des patients en rémission en souffrirait. Les déficits cognitifs semblent plus étendus et sévères dans les troubles bipolaires de type I comparé aux troubles bipolaires de type II.

D'après les études, la majeure partie des domaines cognitifs semble touchée, en proportions variables, durant la période euthymique. Concernant l'efficacité intellectuelle globale, les études s'accordent sur un fonctionnement intellectuel (QI) normal et préservé chez les patients souffrant de bipolarité.

Les fonctions de base sont plus sévèrement touchées, particulièrement l'attention soutenue, c'est-à-dire la capacité à maintenir un investissement dans une tâche sur une durée prolongée. L'impact sur la vitesse de traitement des informations et la mémoire de travail apparaît plus modéré. La mémoire de travail représente la capacité à retenir et manipuler des informations pendant la réalisation d'une tâche. Ces déficits dans les fonctions de base mènent à des difficultés d'apprentissage, de compréhension et de raisonnement.

Au sein des systèmes mnésiques, les déficits retrouvés concernent essentiellement la mémoire verbale qui permet le stockage des sons et mots.

Les fonctions instrumentales sont modérément touchées, seule la fluence verbale est atteinte et ce, particulièrement chez des patients dont le

déclenchement du trouble a été tardif (40 ans).

Enfin, une importante détérioration des fonctions exécutives chez les patients souffrant de bipolarité est constatée. La flexibilité mentale (capacité à se désengager d'une tâche pour se réengager dans une autre) et les capacités d'inhibition (capacité à éliminer les informations non pertinentes) se trouvent détériorées. Les atteintes des processus de prise de décision sembleraient dépendantes de l'état thymique et sont particulièrement touchés dans la manie.

Par ailleurs, les patients ayant présenté des symptômes psychotiques lors des décompensations manifestent des déficits plus importants des fonctions exécutives et de la mémoire de travail. Ils semblent présenter un phénotype cognitif distinct.

Des déficits cognitifs sont présents chez les patients bipolaires en période prémorbide (34,38). Ils persistent à l'euthymie après l'éclosion du trouble et sont exacerbés pendant les épisodes thymiques. Toutefois leur intensité ne semble pas s'accroître avec le temps. Ils pourraient de ce fait constituer des marqueurs traits de la pathologie. Cependant, la présence de ces déficits chez les patients apparait très hétérogène ce qui pourrait s'expliquer par des différences d'ordre génétique et par l'existence de comorbidités telles que les troubles anxieux ou les abus de substances. L'impact des traitements est également à considérer.

Ces atteintes cognitives sont également fréquemment retrouvées chez les apparentés au premier degré des sujets présentant un trouble bipolaire, particulièrement en ce qui concerne le défaut de capacité d'inhibition (34). Ces constatations laissent supposer l'existence d'un endophénotype cognitif, terrain duquel pourrait émerger le trouble bipolaire, à l'interface entre le génotype et le

phénotype.

Par ailleurs, un fonctionnement cognitif détérioré pourrait entraîner une moins bonne adhésion au traitement, limiter les apports de la psychoéducation et de la psychothérapie, menant ainsi à une évolution plus pessimiste de la maladie et à un fonctionnement global de moins bonne qualité. Les résultats d'une étude longitudinale sur une durée de 2 ans réalisée en France sur une cohorte de sujet bipolaires euthymiques sont en accord avec les données précédemment mises en évidence (39). L'impact sur le fonctionnement psychosocial semble davantage lié au fonctionnement cognitif qu'à la symptomatologie clinique (40).

Une détérioration cognitive entraîne des difficultés à fixer des objectifs, à contrôler ses comportements et à planifier des activités. De ce fait, le fonctionnement cognitif est l'un des déterminants des perspectives professionnelles du sujet bipolaire : 33 % font état de performances faibles au travail, 55% n'ont pas de travail (35).

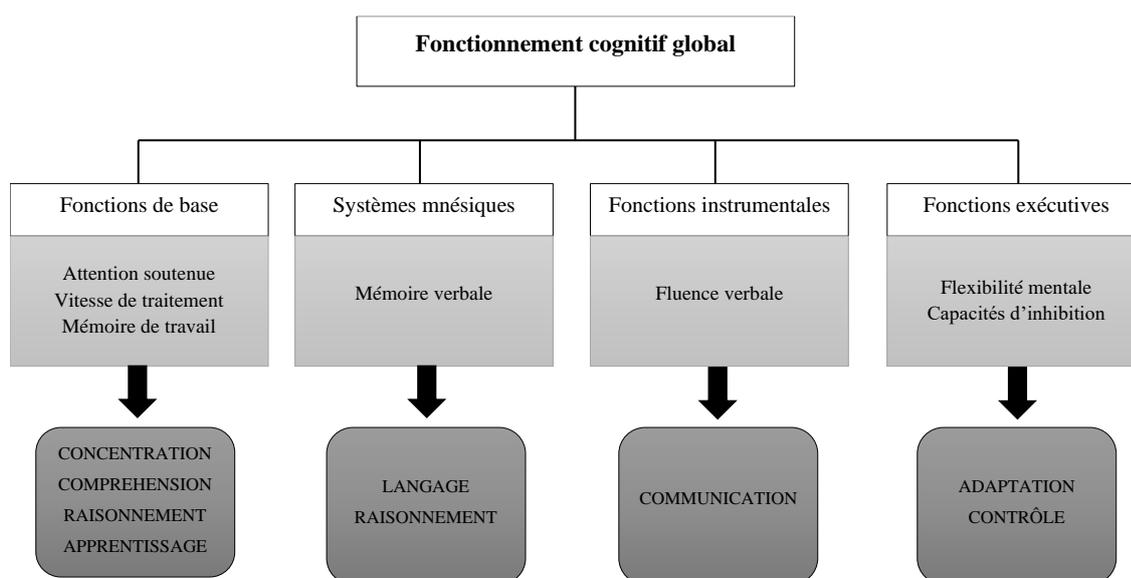


Figure 1 : Domaines cognitifs altérés durant la phase intercritique des troubles bipolaires

Les plaintes concernant la présence de troubles cognitifs seraient exprimées par 60 à 78% de sujets bipolaires en phase euthymique, jusqu'à 90% en phase dépressive (41–43). A la phase euthymique, les plaintes subjectives seraient faiblement corrélées à la présence objective de troubles cognitifs. Lors des phases dépressives, les troubles cognitifs subjectifs ont tendance à être surestimés, lors des phases maniaques, à être sous-estimés. La symptomatologie résiduelle semble particulièrement source de plaintes. Une étude retrouve une corrélation entre les plaintes cognitives subjectives, le fonctionnement psycho-social de moindre qualité, la présence d'idées suicidaires et l'absence d'activité professionnelle (41). Les déficits cognitifs perçus de manière subjective, lorsqu'il sont associés à une absence d'activité professionnelle, impactent négativement la motivation au travail et peuvent de ce fait compromettre l'accès à l'emploi (44). A contrario, le nombre d'hospitalisation, la durée de la période euthymique, le nombre d'épisodes antérieurs ou la symptomatologie psychotique ne l'impactent pas. Ce résultat vient renforcer et souligner l'intérêt d'investiguer la perception subjective des capacités cognitives chez le bipolaire en rémission symptomatique dans une perspective de retour à l'emploi.

b. Troubles de la gestion des émotions / instabilité

De nombreuses études font état de la présence d'une labilité émotionnelle (38,45,46) en période intercritique chez les sujets bipolaires. Ces derniers présenteraient un seuil de déclenchement émotionnel plus bas, suscitant une hyperréactivité émotionnelle, ainsi qu'une amplitude plus importante dans l'intensité ressentie, pour les événements de valence négative particulièrement. Ces phénomènes se retrouvent également dans le cas des événements de

valence positive mais plus partiellement. La sensibilité accrue au stress chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire apparaît être une résultante du dysfonctionnement de la réactivité émotionnelle en phase de normothymie (45). Les troubles de la réactivité émotionnelle apparaissent comme des endophénotypes candidats des troubles bipolaires (45).

Sont retrouvés d'autres troubles de la régulation des émotions tels qu'une tendance plus fréquente à utiliser des stratégies émotionnelles peu adaptées. Ces stratégies reposent sur les ruminations et la suppression des ressentis émotionnels. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire font effectivement état de plus grandes difficultés à ajuster leurs émotions et réactions par rapport aux sujets sains (38).

Conséquence de l'intensité des émotions, l'impulsivité apparaît plus marquée à toutes les phases de la maladie dont la période intercritique (38,47). Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire rencontrent plus de difficulté à contrôler leur discours ou leurs comportements.

La tendance à ressentir de manière plus intense les affects négatifs et l'utilisation de stratégies inefficaces apparaît corrélée à une sévérité accrue des symptômes dépressifs (38). L'hyperréactivité émotionnelle a des conséquences sur les processus attentionnels, le traitement et la gestion des tâches du quotidien (45). La labilité émotionnelle et une intensité inhabituelle dans la gamme des émotions ressenties durant la période intercritique apparaissent donc prédictives de dysfonctionnements dans le domaine professionnel (48).

L'impulsivité est associée à un risque accru de tentative de suicide et d'agressivité chez les personnes avec un trouble bipolaire de type I en rémission.

En effet, une proportion de un patient sur 4 confirme avoir déjà fait une tentative de suicide (38). L'impulsivité apparaît plus marquée dans l'association cyclothymie et trouble anxieux tout comme en association avec les abus de substance (49).

Les liens hautement probables entre les troubles cognitifs et les difficultés émotionnelles n'ont été que peu étudiés et mériteraient d'être explorées plus en détail dans des recherches futures. Cependant, une régulation efficiente des émotions est supposée reposer sur les habilités cognitives. En retour, Il semblerait que l'influence des émotions sur les capacités cognitives s'avère particulièrement marquée chez le sujet bipolaire. En effet, Des études préliminaires se montrent finalement moins pessimistes sur l'étendue et l'importance des troubles cognitifs chez le bipolaire, relevant que les difficultés apparaissent principalement dans les tâches cognitives intégrant des stimuli émotionnels plutôt que dans celles qui en sont dénuées (38).

La question peut se poser de l'influence de ces dysfonctionnements émotionnels sur la qualité des interactions sociales et professionnelles, au-delà des dysfonctionnements sur le poste de travail.

Cas clinique

M. O, 41 ans, présente une alternance de phases dépressives et hypomanes ayant amené à un diagnostic de bipolarité. Durant les phases hypomanes, il décrit une humeur euphorique, des épisodes d'insomnie, des dépenses importantes et une tachypsychie. Au contraire, les phases dépressives sont caractérisées par une baisse importante de l'estime de soi. Sur le plan somatique, M. O souffre d'obésité morbide avec, en conséquence, un syndrome d'apnée du sommeil. M. O se présente comme un « vieil ours irascible » aux

comportements parfois agressifs. Ses mécanismes de pensées semblent assez rigides et empreints de préjugés. Le diagnostic de bipolarité n'a pu être posé que tardivement car M. O n'a pas consulté immédiatement un psychiatre.

Sur le plan professionnel, M. O travaille dans l'informatique de mécanisation. Il a fait un premier burn-out il y a 10 ans, en lien avec une surcharge de travail. Pour autant, ses arrêts de travail ont toujours été assez courts jusqu'à présent. Le travail revêt une importance capitale pour M. O et les arrêts de travail sont vus comme un risque de perte de son emploi. M. O appréhende le regard de ses collègues au retour de son arrêt actuel de plus de deux mois, qui représente sa plus longue période d'absence. Pendant les semaines précédant cet arrêt, il s'est senti « pressé comme un citron ». Il ressent de la culpabilité en lien avec l'impression d'avoir abandonné ses collègues, « je n'arrive pas à accepter le fait que je sois malade ». Il évolue pourtant dans un milieu plutôt bienveillant. En effet, M. O a souvent fait preuve d'agressivité, et d'impulsivité verbale vis-à-vis de ses clients et n'a jamais été incriminé pour ces comportements. Sa labilité émotionnelle et son impulsivité ont été perçues par ses collègues et employeurs. Ces derniers ont fait le choix de ne lui confier que des clients anciens, connaissant son « caractère » et l'acceptant. Ces mêmes clients le réclament d'ailleurs pour son professionnalisme. Cette constance convient parfaitement à M. O qui déclare détester le changement. Il s'interroge pourtant sur une reconversion et débute un bilan de compétence. Il évoque également la possibilité de stopper toute activité professionnelle puis, se ravise car il ne tolère pas l'inactivité « je ne supporterais pas ».

Le cas de M. O illustre la problématique de la gestion des émotions dans le trouble bipolaire. En effet, M. O présente une irritabilité marquée. Les

stratégies émotionnelles mises en place semblent inadaptées et disproportionnées car elles sont essentiellement régies par l'impulsivité. M. O parvient difficilement à ajuster ses émotions et réactions face à un évènement perçu comme négatif. Il fait preuve de rigidité. Sa difficulté à contrôler son discours et ses comportements l'amène à se montrer agressif dans un contexte où il n'est pas adapté de l'être.

Paradoxalement, M. O fait aussi preuve de capacités relationnelles positives dans les échanges informels avec ses collègues. Il semble souvent porté par ses émotions sur lesquelles il se montre capable de peu de contrôle. Il peut se montrer concerné, investi et bienveillant ce qui le rend sympathique aux yeux de ses collègues. Dans cet exemple, il apparaît clairement que la bienveillance de l'environnement a permis de conserver une bonne intégration au sein de son milieu professionnel et finalement d'offrir des conditions propices à un épanouissement dans l'emploi.

Par ailleurs chez ce sujet, on relève une obésité et un syndrome d'apnée du sommeil. Il présente un profil à risque important de complications cardiovasculaires pour plusieurs raisons. En effet comme nous le verrons dans la partie suivante, le trouble bipolaire en soi apparaît corrélé aux troubles métaboliques. De plus, son obésité vient ici déclencher ou majorer un syndrome d'apnée du sommeil, qui lui-même est pourvoyeur de dérégulation métaboliques.

On peut également relever qu'un sommeil de mauvaise qualité contribue ici probablement à la labilité émotionnelle et l'impulsivité relevées chez ce patient. La stabilisation de sa pathologie psychiatrique serait probablement renforcée par une prise en charge associée de son obésité et de ses troubles du sommeil.

c. Comorbidités

Le trouble bipolaire est très fréquemment associé à de nombreuses comorbidités à la fois psychiatriques et somatiques. 90 % des sujets développeront un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (50). Ces comorbidités peuvent renforcer la fragilité liée au trouble en influant sur le cours de la maladie, en favorisant les décompensations et en impactant négativement le fonctionnement psychosocial dont le travail.

Le Trouble d'abus de substance (51,52): Cette association est très fréquente, concernant 30 à 50% des sujets bipolaires au cours de leur vie (53). Elle apparaît préférentiellement corrélée aux profils de sujets avec une impulsivité importante, présentant des conduites à risque. Elle est pourvoyeuse d'une péjoration des capacités cognitives et dégrade le pronostic du trouble. Elle est associée plus fréquemment à la présence de cycles rapides, ainsi qu'à un tempérament cyclothymique. L'impact sur la qualité de vie est plus marqué avec une moins bonne hygiène de vie, la présence de troubles du sommeil, et des interactions sociales de moins bonne qualité.

Les Troubles de la personnalité (47,54) : L'association avec le trouble borderline apparaît fréquente, de l'ordre de 20% (55). Certains auteurs ont formulé l'hypothèse que ce trouble se développerait souvent sur un tempérament cyclothymique impactant la qualité des relations au cours du développement psychoaffectif à l'origine d'une structuration pathologique de la personnalité (13). Le trouble borderline, par ses modalités, contribue à la sensibilité aux facteurs de stress, à la labilité émotionnelle, à l'impulsivité, à des difficultés de gestion des émotions, à une mauvaise gestion des conflits interpersonnels et à une estime de soi instable. Autant de facteurs venant compliquer l'insertion professionnelle.

D'autres troubles de personnalité sont retrouvés chez les sujets bipolaires mais dans des proportions moindres.

Les Troubles anxieux : Certaines études retrouvent une prévalence de l'ordre de 50%, tous troubles anxieux confondus, tels que le trouble anxieux généralisé, la phobie sociale, et les troubles obsessionnels compulsifs (7,26,56). Ils paraissent associés à un déclenchement plus précoce du trouble bipolaire, à des périodes d'euthymie plus courtes et sont à l'origine d'une évolution globalement plus péjorative. Ils contribuent à la présence de troubles cognitifs, majorent leur importance et impactent davantage le fonctionnement psychosocial. Ces sujets présentent une sensibilité au stress plus importante à l'origine de décompensation et de difficultés professionnelles. Les troubles anxieux favorisent par ailleurs les troubles du sommeil, ils sont donc à risque d'une perturbation importante du rythme circadien. Par ailleurs, ils majorent nettement le risque de développer des conduites addictives. Ils compliquent la prise en charge médicamenteuse et sont corrélés à une moindre efficacité des thérapeutiques (26). L'association avec les troubles anxieux concernerait plus particulièrement certains sous-types de troubles bipolaires. En effet elle apparaît plus fréquente chez les sujets de tempérament cyclothymique, mais également chez leurs apparentés (57).

Le trouble déficitaire de l'attention avec / sans hyperactivité : Il serait associé aux troubles bipolaires dans 20% des cas. Cette association est à risque d'un impact plus important des troubles cognitifs et dysexécutifs dans la vie quotidienne. L'impulsivité et la labilité émotionnelle apparaissent majorés en phase euthymique. L'impact psychosocial peut être important et peut compliquer les perspectives d'insertion professionnelle (58).

Prises isolément, ces comorbidités psychiatriques peuvent toutes être à l'origine d'un impact sur la qualité de l'insertion professionnelle. Associées à la pathologie bipolaire, elles tendent donc à compliquer l'insertion chez ces sujets et doivent être prises en compte dans les propositions de prise en charge. Par ailleurs, la maladie bipolaire est également associée à des pathologies somatiques qui doivent donc être repérées.

Les Troubles métaboliques : Ils sont très fréquents dans la population de sujets bipolaires (53). En effet, 22% développent un syndrome métabolique. Le risque d'obésité est également augmenté. Une enquête, réalisée en France en 2014, par le réseau fondamental (59,60) retrouve une prévalence de 53% de surpoids dans la population des bipolaires et la présence d'un syndrome métabolique dans 20% des cas. Un syndrome métabolique se caractérise par l'association de trois symptômes sur cinq parmi une obésité abdominale, un taux de cholestérol HDL bas, une hypertriglycémie, une tension artérielle et des valeurs hautes de glycémie à jeun (61). Il est associé à un risque plus important **d'évènements cardiovasculaires** et de survenue d'un diabète de type II (62). En pratique psychiatrique, ils sont importants à prendre en compte car les traitements antiépileptiques et les neuroleptiques favorisent une prise de poids parfois importante, l'olanzapine serait pourvoyeur de diabète de type II (61). De plus, on retrouve 50% de tabagisme actif dans la population des sujets bipolaires qui est un facteur de risque majeur de complications cardio-vasculaires (53).

18% des sujets bipolaires présentent une **hypothyroïdie** qui s'avère pourvoyeuse de décompensations thymiques. Le Lithium, traitement de référence, dans le trouble bipolaire contribue à l'apparition de dysthyroïdies. Un dépistage systématique des dysfonctionnements thyroïdiens s'avère nécessaire

chez le sujet bipolaire (7). L'hypothyroïdie peut contribuer à la persistance d'une symptomatologie résiduelle dépressive et potentialise les dysfonctionnements cognitifs (61). Par ailleurs, elle participe à la sensibilité accrue au stress.

Les troubles du sommeil : Ils sont retrouvés très fréquemment dans les troubles bipolaires. L'insomnie concernerait 45 à 55% des sujets en période intercritique et serait corrélée à la sévérité du trouble, à l'hyperréactivité émotionnelle et l'impulsivité (63). L'architecture du sommeil apparaît souvent perturbée, avec une modification des rythmes circadiens sur les plans biologiques, physiologiques, organisationnels et comportementaux, avec un risque majoré de rechute et un impact fonctionnel (64). Il existe également une fréquence majorée de syndrome d'apnée du sommeil et syndrome des jambes sans repos (65). Par ailleurs, certaines études relèvent un rôle notable des troubles du sommeil sur le métabolisme lipidique et sur la survenue d'un syndrome métabolique, ce qui contribue à l'aggravation du risque cardiovasculaire (65,66).

Cibler les troubles du sommeil et les perturbations des rythmes nyctéméraux permettrait d'influer positivement sur le cours de la pathologie selon plusieurs mécanismes : en prévenant directement la survenue d'une décompensation, mais également en contribuant à améliorer la stabilité émotionnelle, en limitant l'impact cognitif du trouble et en réduisant les symptômes dépressifs résiduels. (65)

Ces données viennent appuyer la nécessité d'accorder une grande importance aux troubles du sommeil dans le trouble bipolaire. Toute modification pouvant être annonciatrice (prodrome) d'une rechute thymique ou en être un facteur précipitant de première ordre.(67)

Cas clinique

La bipolarité de M. G, 37 ans, a été diagnostiquée lorsqu'il avait 16 ans. La décompensation du trouble a débuté sur un premier épisode maniaque au cours d'un voyage scolaire où il a manifesté des comportements désinhibés. Le diagnostic a été établi par son médecin traitant en raison de ses antécédents familiaux (bipolarité chez son père). Il a depuis connu quatre épisodes maniaques.

Le deuxième épisode maniaque est apparu à l'âge de 22 ans. Il s'est manifesté par une humeur euphorique associée à des conduites impulsives de type achats inconsidérés. Associée à la symptomatologie de l'humeur, M. G évoque la présence d'idées délirantes de grandeur au cours desquelles, il s'est imaginé créer une radio libre dont il deviendrait l'animateur. Il présente des éléments de persécution, M. G pense que la télévision s'adresse à lui. Cette phase maniaque a abouti à une démission brutale, dans une perspective délirante de s'engager dans un nouvel emploi.

Lors de sa troisième phase maniaque, à l'âge de 31 ans, M. G a acheté un appartement sur un coup de tête dont il paie encore le crédit. Cette phase a été précédée d'une phase dépressive durant laquelle il explique avoir été « négligeant professionnellement ». Cette négligence lui a été régulièrement reprochée par ses employeurs, malgré son implication et ses douloureux efforts afin d'assurer son travail avec sérieux.

La dernière phase maniaque connue est apparue à l'âge de 36 ans, les éléments retrouvés sont centrés sur des idées mégalomaniaques et un vécu persécutif. Au décours de cette phase, il traverse de nouveau un épisode dépressif qui aboutit sur un arrêt de travail. Il accepte ensuite la proposition de

son médecin traitant d'une reprise selon les modalités du temps partiel thérapeutique. Très rapidement, l'activité est reprise à temps plein. Au cours de cette dernière période, il commet une erreur liée à une mauvaise compréhension des consignes de son employeur. Il s'en rend compte trop tard, alors que le fruit de son travail a été envoyé au client. Il en informe ses employeurs et quelques temps plus tard, il est licencié pour faute.

M. G présente un rapport singulier à son travail : infographiste depuis 19 ans dans la même entreprise, Il décrit son poste comme routinier. Il exerce son activité dans un cadre très structuré ne nécessitant pas particulièrement de prise d'initiative, et n'a jamais exprimé de souhait d'évolution dans son statut. De par la nature de son poste, il n'est pas en interaction directe avec la clientèle. Il explique s'en être contenté, voire y avoir trouvé un certain confort. Sur le plan de l'intégration avec ses pairs, il participait volontiers aux quelques sorties organisées au sein de l'entreprise et décrit avoir beaucoup apprécié ces moments de convivialité.

M. G rapporte souffrir d'une anxiété sociale depuis l'enfance et se décrit en des termes dévalorisants « je suis différents des autres », « j'ai l'impression d'être un sous-humain ». Sont retrouvés un évitement des relations intimes et un sentiment d'illégitimité sur le plan social dont il souffre « qu'est-ce que j'ai d'intéressant à proposer ? ». Il décrit un fond anxieux permanent avec quelques acutisations en attaque de panique, « je suis très émotif ». Il a toujours été très solitaire, il vit seul et présente des difficultés importantes à tisser des relations sociales.

Chez ce patient, l'analyse suivante peut être proposée :

Le diagnostic de trouble bipolaire a été posé depuis de nombreuses années, dès

le premier épisode de décompensation par son médecin traitant et, en effet, M. G présente des variations pathologiques de l'humeur au cours d'épisodes d'apparition brutale et bruyante. Cependant quelques éléments dans le parcours de M. G apparaissent de nature à questionner de nouveau le diagnostic.

La présence d'une symptomatologie psychotique au cours des décompensations apparaît nettement, avec la présence d'éléments délirants, des idées de persécution de mécanisme interprétatif, voire de possibles hallucinations. En soit, cela ne suffit pas pour remettre en cause le diagnostic, des éléments psychotiques peuvent être présents dans un épisode maniaque.

Cependant, par certains aspects, il présente une symptomatologie potentiellement déficitaire : il se montre très ritualisé, sans aucune velléité de changement ni prise d'initiatives, éléments qui ne semblent pas ici en lien avec son anxiété sociale invalidante.

Il trouve dans le travail une forme de socialisation, qu'il n'a pas réussi à mettre en place dans sa vie quotidienne, ce qui semble exercer chez ce patient un effet bénéfique. Le discours apparaît pauvre, il reste vague dans ses explications, et semble parfois ne pas saisir les enjeux dans les interactions avec ses pairs. L'erreur dont il parle, à l'origine du licenciement pour faute apparaît liée à un défaut de compréhension d'une consigne simple donnée par ses supérieurs

Cette vignette clinique nous amène à la question de la différence d'impact de la pathologie psychotique face au trouble bipolaire. Le recours au milieu protégé dans des structures de type ESAT est, dans une très nette majorité, la prérogative de la schizophrénie (68). L'apparent retour à la normale dans la pathologie bipolaire nous incite généralement à privilégier et encourager le

maintien dans un milieu ordinaire de travail.

La symptomatologie productive délirante n'aurait que peu d'impact sur le fonctionnement psycho-social et ne serait pas un obstacle majeur en ce qui concerne l'emploi (68). La symptomatologie déficitaire et les éléments de dissociations seraient en revanche particulièrement impactant.

Dans la psychose, il semble que le besoin de ritualisation, dans un environnement bien structuré et constant, avec des routines et processus bien établis dans les tâches de travail, soient des éléments primordiaux. On peut formuler l'hypothèse que l'aliénation liée à la schizophrénie, la dissociation sur les plans psychiques, affectifs et comportementaux entraînent une profonde inadéquation avec les exigences actuelles du monde professionnel. Il existe une perturbation majeure du lien avec l'autre, un défaut de représentation et de conceptualisation du travail effectué, et une moindre adaptabilité.

Ce patient semble dans le cadre de son travail s'appuyer principalement sur des automatismes acquis après apprentissage sans considération claire du contexte, menant à une erreur par défaut de conceptualisation. Le profil cognitif semble différent de celui présent dans le trouble bipolaire

Il semble également avoir fait l'objet de pratiques discriminatoires. Ses erreurs répétées et son défaut d'adaptabilité ayant conduit à son licenciement brutal, sans que ne soient proposées d'adaptation sur son poste. Le licenciement a été brutal, sans qu'il n'en soit prévenu

3. L'impact des thérapeutiques

a. Les effets indésirables

Nous avons pu évoquer les effets indésirables métaboliques de certains traitements psychotropes. Ils s'avèrent également à l'origine, dans des proportions diverses, de troubles cognitifs. Plusieurs thérapeutiques peuvent être utilisées afin de stabiliser un trouble bipolaire.

Parmi **les thymorégulateurs**, l'impact du lithium sur les troubles cognitifs apparaît modéré. Quelques déficits légers concernant l'apprentissage verbal, la mémoire et la créativité sont relevés, les capacités attentionnelles ne seraient pas touchées (7). Les déficits d'attention soutenue retrouvés dans la dépression bipolaire apparaissent plutôt en lien avec la symptomatologie dépressive. En sortie d'épisode maniaque, le lithium permettrait d'aboutir à une meilleure récupération dans le domaine cognitif lors de la comparaison avec les neuroleptiques et les antiépileptiques (69). Chez les patients répondant particulièrement bien au traitement par le lithium, l'effet sur les capacités cognitives apparaît protecteur. Il aurait un effet protecteur sur le risque d'évolution vers une démence (70). Cependant, il peut être à l'origine d'un tremblement des extrémités pouvant impacter la motricité fine. Il est alors possible de formuler l'hypothèse selon laquelle la visibilité de cet effet secondaire pourrait, dans certaines situations telles que le travail, contribuer à la mise en place de stratégies d'évitement, voire exposer à une stigmatisation.

Les effets indésirables des traitement antiépileptiques ont été étudiés principalement dans des populations de sujets épileptiques (71). Les résultats indiquent un effet protecteur de la lamotrigine sur les fonctions cognitives. Elle permettrait une récupération importante en mémoire de travail et en mémoire

verbale, jusqu'à un niveau comparable à celui du sujet sain. En revanche, le valproate de sodium impacterait l'attention soutenue et majorerait l'influence des émotions négatives sur l'utilisation optimale des fonctions cognitives. La carbamazépine induirait quant à elle des atteintes de la mémoire, de l'attention et de la fluence verbale.

Les traitements antipsychotiques, pouvant être utilisés comme thymorégulateurs, impactent principalement la mémoire verbale (71). Toutefois, les études sur leur impact ont été réalisées sur des populations souvent traitées par des associations de thérapeutiques, ce qui complique l'objectivation d'un retentissement qui leur est spécifique. Parmi les antipsychotiques, la quetiapine serait la moins pourvoyeuse de troubles cognitifs. Hormis une baisse des performances en mémoire verbale, l'olanzapine présente une bonne tolérance en ce qui concerne les capacités cognitives. La risperidone ne présente pas d'effet notable à faibles doses, mais aurait un impact négatif plus marqué au niveau des fonctions exécutives que les autres neuroleptiques. Le retentissement de l'aripiprazole n'a été que peu exploré. Cependant, les quelques études qui s'y sont intéressées évoquent un effet globalement protecteur sur les fonctions cognitives.

Les antidépresseurs ne sont pas utilisés de manière systématique dans le trouble bipolaire. En effet, ils sont à risque de virage maniaque. Ils sont donc systématiquement associés à un traitement thymorégulateur. Leur instauration intervient en cas de symptomatologie dépressive persistante qui impacte le fonctionnement cognitif et permettent donc, lors d'une rémission, une amélioration du fonctionnement cognitif. Les études ne retrouvent pas d'impact spécifique dans le trouble bipolaire (71).

Les anxiolytiques et sédatifs utilisés face à des patients présentant une vulnérabilité accrue au stress entraînent un ralentissement psychomoteur, une amnésie antérograde et des difficultés d'apprentissage (72).

Pour conclure, dans les suites d'un épisode aigu maniaque ou dépressif, tous ces traitements sont globalement associés à une amélioration des performances cognitives. En limitant l'apparition des décompensations récurrentes impactant les capacités cognitives, ils exercent un effet globalement protecteur. Lors de la phase euthymique, leur impact direct reste difficile à différencier de l'évolution naturelle de la pathologie. En effet, les études sur lesquelles sont basées ces données sont pour la plupart des études transversales et ne prennent que rarement en compte la sévérité de la maladie, sa durée, les traitements antérieurs les symptômes résiduels ainsi que les comorbidités. Par ailleurs, l'influence des différentes associations thérapeutiques n'est que peu connue.

b. La sédation

Tous les traitements antipsychotiques, utilisés en tant que thymorégulateurs, peuvent générer une sédation dépendante de la dose instaurée. L'aripiprazole apparaît moins pourvoyeur de sédation, là où la quetiapine l'est majoritairement en début d'instauration (73).

Les traitements antiépileptiques présentent tous une tendance à la sédation, dose dépendante, hormis la lamotrigine qui aurait un effet plutôt stimulant (74).

Les benzodiazépines, de par leur mécanisme d'action, ont également un effet sédatif (72).

La sédation ainsi que la sensation de fatigue, en lien avec la prise d'un traitement, représente un obstacle potentiel à l'épanouissement dans l'emploi et à l'observance du traitement (71).

Cas clinique

Il y a 30 ans, Mme F, 58 ans, a connu un premier épisode dépressif, suivi d'une Bouffée Délirante Aigue (BDA). Le diagnostic de trouble bipolaire a alors été posé au vu des antécédents familiaux retrouvés chez la mère. A l'époque Mme F était institutrice. Son médecin psychiatrique a choisi de lui prescrire un régulateur de l'humeur couplé à un antipsychotique, un antidépresseur et un anxiolytique. Mme F décrit dès lors une forte sédation allant jusqu'à exprimer l'impression d'être « un robot sous médicament ».

Etant donné la nécessité des interactions liées à la nature même de son travail, elle s'est rapidement sentie en difficulté. Elle a poursuivi son activité professionnelle malgré tout, motivée par la « bienveillance des enfants » dont elle avait la charge. De nombreux arrêts maladie ont suivis cette révélation diagnostique, tantôt en lien avec la symptomatologie, tantôt avec les effets secondaires des traitements, « je ne pouvais plus donner aux enfants ».

Elle a alors choisi la voie de la reconversion vers l'administratif. Des modifications thérapeutiques ont été effectuées au cours des années, changement de neuroleptique et de régulateur, mais avec, toujours à la clé, des phénomènes de sédation, des problèmes mnésiques, des difficultés de concentration et de désorientation venant impacter sa capacité à effectuer son travail de manière optimale. Récemment, Mme F a été hospitalisée en psychiatrie pour une rechute dépressive. Les thérapeutiques ont alors été revues, le neuroleptique a été retiré et du lithium a été prescrit. Mme F a alors ressenti une

diminution de la sédation, les problèmes mnésiques font toujours l'objet d'une plainte et des tremblements sont apparus. Malgré un regain de dynamisme, Mme F exprime toujours sa peur de ne pas être en capacité de « travailler comme les autres » du fait de ces difficultés.

4. La stigmatisation dans les troubles bipolaires

a. Définition de la stigmatisation

Le terme stigmatisation présente une double origine. Il est tiré de la racine indoeuropéenne « sti » ayant donné « **stigmatias** » en grec ancien (marques effectuées au fer rouge sur les esclaves ou les condamnés) et de la racine latine « **distinguo** » (différencier, reconnaître comment étant autre). De ce terme, en découlent l'anglais « stick » et le français « étiquette » (75). D'après Goffman (76), il s'agissait de « marques corporelles destinées à exposer ce qu'il y avait d'inhabituel et de détestable dans le statut moral de la personne ainsi signalée », le stigmate « sert à désigner un attribut jetant un discrédit profond ». Il s'agit donc, historiquement, de marquer de manière définitive le corps d'une personne afin de lui donner une cicatrice distinctive.

De nos jours, la stigmatisation reste la marque d'une caractéristique socialement indésirable (77). Goffman (78), la définit comme toute situation où un individu est disqualifié en raison de son physique, de sa personnalité ou de son appartenance tribale. La stigmatisation n'est pas hasardeuse mais s'établit selon des normes véhiculées par la société. Tout individu porteur d'un attribut physique, d'un caractère ou d'un comportement déviant par rapport à ces normes peut être confronté à cette stigmatisation (78). En effet, l'image de l'autre se construit à partir de l'identification et de la reconnaissance de certaines

caractéristiques, auxquelles sont attribuées une certaine valeur, positive ou négative. Ces caractéristiques permettent ensuite d'assigner le sujet à une certaine identité sociale, une appartenance groupale. Cela implique donc une dichotomie entre « nous » et « eux » (79). L'attribution d'une valeur négative à ces caractéristiques leur donne alors valeur de marque défavorable désignée par le terme stigmaté. A ce stade, intervient le phénomène de statut principal (78), c'est-à-dire que l'individu s'efface derrière le stigmaté, il est réduit à cet attribut qui le rend déviant. Le stigmaté, érigé en trait saillant, conduit son porteur à ne plus être considéré comme un individu à part entière, on lui dénie une partie de son humanité (80). Les stigmatés se fondent sur le sentiment de peur, sur la perception d'une anomalie, la crainte d'une dérégulation ou d'une rupture de l'ordre social (81). Ils permettent à la fois de marquer une séparation et une différenciation (82).

Link et Phelan (79) apportent un nouvel éclairage sur la notion de stigmatisation. Ces auteurs considèrent que parler de « stigmatisation » nécessite de prendre en compte l'auteur autant que la victime. Selon leur modèle, le processus de stigmatisation débute par un étiquetage des personnes à un groupe particulier en fonction d'une caractéristique saillante. A cette étiquette, sont associés des stéréotypes et préjugés qui aboutiront à une perte de statut et à une discrimination. Les personnes stigmatisées sont donc désavantagées en termes de chances dans la vie (revenus, éducation, insertion professionnelle, bien-être psychologique, soins médicaux...). Le processus de stigmatisation doit donc inclure les actions des individus et des institutions sociales qui dénigrent et excluent des personnes pour leur appartenance à une certaine catégorie. Mais, il doit également considérer les conséquences sur les personnes dévaluées.

b. Les mécanismes en jeu

De manière globale, la stigmatisation, telle que définie par Goffman, des troubles bipolaires concerne toutes les situations dans lesquelles la personne souffrant de bipolarité se trouve disqualifiée, exclue, ignorée, rejetée en raison de sa maladie qui ne correspond pas à la norme de santé véhiculée dans notre société. Dans le trouble bipolaire, est fréquemment retrouvée une perception élevée d'une stigmatisation (83), 50% des personnes estiment en être victimes (84). Dans la population générale (85,86), la manie est plus propice à déclencher des phénomènes de stigmatisation, la dépression y serait peu exposée. Cependant, la symptomatologie dépressive serait à l'origine d'une perception plus élevée de stigmatisation et elle serait donc davantage anticipée et internalisée. Parmi les facteurs favorisant sont retrouvés un bas niveau d'éducation, un début précoce de la maladie, un nombre plus élevé d'hospitalisations, d'épisodes maniaques, des affects dépressifs, un étayage social perçu comme pauvre ainsi que le fait de percevoir des indemnités liées au handicap (87). Selon le modèle de Link et Phelan (79), la stigmatisation est un processus engageant la mise en place graduelle de différentes étapes.

La première étape, appelée étiquetage, consiste en le repérage des caractéristiques potentiellement stigmatisantes, visant à marquer la différence et conduisant à considérer l'individu comme en dehors des normes sociales. Elle repose sur le phénomène de catégorisation sociale, tel que décrit par Tajfel (88), et qui implique que les personnes soient regroupées dans notre mémoire selon un principe de similitude. Dans le cadre de notre sujet, il s'agirait d'identifier l'individu comme souffrant d'un trouble bipolaire. La maladie devient une caractéristique saillante à laquelle est associée une étiquette.

A cette étiquette, sont automatiquement associées des informations évaluatives dont nous disposons à propos du groupe en question, ce sont les stéréotypes. Sont ainsi attribués à la personne des caractéristiques, des comportements attendus et des intentions sur la base de son appartenance groupale. Ils sont basés sur des croyances générales sociétales, des connaissances partielles et possèdent une visée simplificatrice. Ils permettent l'élaboration d'une représentation se dispensant de la prise en compte de la subjectivité. Une étude s'est intéressée à la représentation des pathologies mentales à l'échelle individuelle, médiatique et professionnelle (89). Elle met en exergue les stéréotypes concernant les personnes souffrant d'un trouble mental qui sont perçues comme « hors norme », irresponsables, peu fiables, imprévisibles, violentes et dangereuses. La maladie est associée à un signe de faiblesse, de déviance, de faible intelligence et d'incompétence. Les notions de dangerosité et d'imprévisibilité sont particulièrement retrouvées dans le cas des troubles bipolaires (84). Les perceptions de contrôle et de responsabilité se trouvent également impactées (90). Contrairement à un stigmatisme issu d'une caractéristique physique, un stigmatisme dont l'origine est mentale est perçu comme contrôlable par la personne. La responsabilité de sa maladie lui est donc attribuée puisque le comportement est perçu comme volontairement produit en toute connaissance des conséquences possibles.

Un sondage d'opinion Ipsos, réalisé en 2014, pour la fondation fondamentale(91) s'est intéressé à la perception des pathologies mentales dans un échantillon représentatif de la population générale. Concernant les sujets atteints de troubles bipolaires, les résultats suivants sont retrouvés :

- Seuls 33% des personnes les considèrent capables d'assumer la responsabilité d'une famille.

- 38% des personnes les considèrent comme ayant besoin d'une assistance dans la vie quotidienne.
- 14% des personnes ne les pensent pas capables d'exercer une activité professionnelle.
- 28% des personnes pensent qu'ils doivent suivre des traitements qui abrutissent et rendent apathiques.
- 71% des personnes les perçoivent comme potentiellement dangereux pour eux-mêmes.
- 29% des personnes pensent qu'ils représentent un danger pour les autres.

L'étape suivante consiste en la traduction des stéréotypes en une attitude négative envers le groupe social stigmatisé (88). Cette attitude consistant à « juger avant » représente la notion de préjugés. Elle comporte une dimension affective et émotionnelle poussant l'individu à se comporter d'une certaine façon avec les membres du groupe stigmatisé. Il s'agit d'une prédisposition à adopter un comportement particulier motivée par des sentiments tel que le dégoût, la colère ou la peur (92). Les préjugés associés au trouble bipolaire concernent l'instauration d'une distance sociale (84). Concernant les troubles mentaux, le sondage Ipsos (91) cité précédemment nous révèle que :

- 52% des personnes seraient gênés de vivre sous le même toit qu'une personne souffrant d'un trouble mental.
- 35% des personnes seraient gênés de travailler dans une même équipe.

Dernière composante du modèle de Link et Phelan (79), la discrimination représente l'ensemble des réactions comportementales négatives envers les membres d'un exogroupe (88). La perte de statut engendrée par les stéréotypes est à la base de la discrimination. Elle implique une asymétrie permise par une

relation de pouvoir et aboutit à la mise en place de conduites d'exclusion, de différences de traitement à l'égard de l'individu, pouvant conduire jusqu'au non-respect de certains droits et au rejet de la part de la société. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire rapportent être exposées aux préjudices et à la discrimination sur leur lieu de travail (84,93,94). Les études retrouvent des différences dans la perception de la stigmatisation en fonction du tempérament. Les traits tempéramentaux peuvent être intéressants à prendre en considération pour aborder les stratégies de lutte contre la discrimination (84).

c. Les conséquences de la stigmatisation

Dans les études s'intéressant à la qualité de vie chez les sujets atteints de trouble bipolaire, la stigmatisation émerge comme un sujet de préoccupation majeure (93). Toutes les études s'étant intéressées au sujet observent un lien franc avec un fonctionnement global de moindre qualité (84,95,96), dans des domaines aussi variés que les relations interpersonnelles, le fonctionnement cognitif, les loisirs et le travail (95). Les conséquences de la stigmatisation sur les personnes souffrant d'un trouble bipolaire sont multiples (83,84,97–99). Sur le plan psychologique, l'impact s'exprime par une baisse de l'estime de soi, un ressenti de douleur morale et de colère et une majoration de l'anxiété sociale. La peur du rejet entraîne un évitement des liens sociaux et, en conséquence, un appauvrissement du réseau social ainsi qu'une réduction des loisirs. Au niveau social, l'accès au logement est rendu plus difficile, particulièrement en cas de mesure de protection. Dans une dimension plus médicale, la stigmatisation implique un retard dans la recherche et l'accès aux soins. Les comportements de discrimination sont anticipés et souvent, l'option de la non-divulcation du trouble est choisie, comme sur le lieu de travail par exemple. Sur ce plan, les personnes

stigmatisées en raison de leur trouble bipolaire rencontrent des difficultés d'accès à l'emploi et leurs revenus sont plus faibles.

Les représentations négatives qui pèsent sur les personnes souffrant de trouble bipolaire pourraient également les amener à se conformer à ce qui est attendu d'elles (88). Phénomène inconscient mis en évidence par Robert Merton, les prophéties auto-réalisatrices stipulent que l'individu perçoive les stéréotypes le concernant, par le biais des comportements non verbaux, et finissent par adopter un comportement conforme à ceux-ci. Ce phénomène participe à l'entretien de la stigmatisation et se confirme au niveau socio-professionnel, puisque la stigmatisation ralentit la progression de carrière. Les personnes stigmatisées auraient une position professionnelle moins élevée que celle de leurs propres parents.

d. L'autostigmatisation

Selon Goffman (76), le stigmaté est une construction dynamique dans laquelle le sujet stigmatisé est co-acteur de la production de stigmatisation. L'autostigmatisation en est la démonstration. Elle consiste en l'incorporation de la stigmatisation, à l'origine d'affects négatifs, dans la perception de soi. Elle conduit le sujet à considérer comme pertinents les stéréotypes, les préjugés et les pratiques discriminatoires pratiqués à son encontre par le système socio-culturel. Elle représente l'impact de l'internalisation du stigma public (100). Selon Goffman, il s'agit de l'intégration par les sujets stigmatisés « des attitudes négatives à l'égard de leur condition, concluant ainsi qu'elles ne sont pas dignes d'être bien traitées. Elles en viennent au rejet et l'acceptent » (92).

Vignette clinique

Mme M, 36 ans, coordinatrice de temps périscolaires auprès d'enfants

« Avant j'étais moteur, et là, je ne suis plus rien ».

« Je ne serai plus celle que j'étais avant, il ne faut pas oublier, je suis malade, je suis bipolaire ».

« Au travail, je dois mettre un masque ».

Corrigan (101) en décrit quatre niveaux d'intensité croissante :

- La conscience du stéréotype : « le public pense que les personnes souffrant d'une pathologie mentale sont faibles »
- L'Adhésion au stéréotype : « les personnes souffrant d'une pathologie mentale sont faibles »
- L'internalisation des stéréotypes : « je souffre d'une pathologie mentale donc je dois être faible »
- Le préjudice : « parce que je suis faible, je ne suis pas digne ou capable »

Par l'internalisation des stéréotypes négatifs, l'autostigmatisation mène à des réactions émotionnelles délétères. Sentiment de dévalorisation, d'inefficacité et perte d'estime de soi en sont des exemples (79,102,103). Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire rapportent des sentiments de honte et de culpabilité (92), jusqu'à l'émergence d'une anxiété sociale, fréquemment comorbide du trouble (104,105). L'auto-discrimination, qui peut se traduire par l'adoption d'un comportement de repli sur soi, a des effets plus perniciose. Elle diminue le recours aux services de soins, accentue les problèmes de santé et impacte négativement la qualité de vie. De par la nature même du trouble bipolaire, les conséquences chez les personnes en souffrant se mesurent en termes d'instabilité thymique et d'altération de la qualité de vie, ce y compris chez

des patients euthymiques et stabilisés depuis des années. L'autostigmatisation péjore l'évolution du trouble par une symptomatologie plus intense et un risque de rechutes et d'hospitalisations plus fréquent (106).

Dans le domaine professionnel, les profonds sentiments de perte de compétence amènent la personne à refuser des opportunités d'emploi (101). Ce phénomène, nommé *Why try effect* (107), représente l'un des effets de l'autostigmatisation sur la persistance à atteindre un but. Les expériences répétées de stigmatisation, les échecs vécus comme étant en lien avec la pathologie et l'adhésion au stéréotype social conduisent à l'anticipation des expériences de stigmatisation et à l'acceptation du rejet. La perception négative de soi entraîne un sentiment de moindre dignité vis-à-vis des opportunités qui s'offrent. Des attitudes de retrait se mettent en place ce qui minore les efforts visant à acquérir une indépendance, tels que l'obtention d'un emploi compétitif.

Vignette clinique

M. L., 38 ans, aide-soignant souhaitant une reconversion vers un poste d'auxiliaire de puériculture

« Avec la RQTH, j'ai peur de ne jamais trouver de travail »

« Comment voulez-vous que l'on confie des enfants à un bipolaire ? »

« L'époque a beau avoir changé, la stigmatisation est toujours très présente »

La personne stigmatisée peut avoir recours à des stratégies de dissimulation afin d'éviter que l'un de ses attributs ne soit visible pour les autres (108). Chez les personnes souffrant de bipolarité, la non-divulgence du trouble, sur le lieu de travail entre autres, peut s'apparenter à l'une de ses stratégies. Elle est en effet particulièrement utilisée chez les patients présentant des niveaux élevés d'autostigmatisation, tout comme la stratégie d'isolement social (109).

L'autostigmatisation est associée à l'absence d'emploi (109). Les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique et n'ayant pas d'emploi présentent un niveau plus élevé d'autostigmatisation que ceux qui travaillent (110). Le niveau d'autostigmatisation peut diminuer chez les personnes qui travaillent après une durée prolongée sans expérience de stigmatisation sur le lieu de travail.

Cas clinique

Télévendeuse depuis 25 ans, Mme C, 45 ans, se décrit comme bien insérée dans son entreprise et relate une bonne entente avec ses collègues. Au cours d'une phase maniaque, durant laquelle elle a continué à travailler, elle présente un état d'exaltation avec tachypsychie, logorrhée et irritabilité. Elle s'exprime avec une familiarité et une impulsivité inhabituelle, au point de se montrer condescendante voire dénigrante à l'encontre de ses collègues et de ses supérieurs hiérarchiques. Les échanges conflictuels vont jusqu'à une remise en question de leurs compétences professionnelles. Elle leur reproche leur manque d'investissement dans des termes inappropriés et se pense plus compétente que ses supérieurs, le discours reflète une tonalité mégalomaniacale. Dans les suites de cet épisode, Mme C se fait licencier pour faute professionnelle.

Le trouble bipolaire a été diagnostiqué 3 ans auparavant, dans les suites d'un épisode dépressif au cours duquel avait été instauré un antidépresseur à l'origine d'un virage maniaque. Elle présente environ une fois par an une phase hypomaniaque suivie d'un épisode dépressif durant plusieurs semaines. Les deux premières phases hypomaniaques décrites n'ont pas impacté de manière marquante son fonctionnement professionnel.

Elle explique n'avoir pas révélé son trouble à la médecine du travail par peur de la diffusion de son diagnostic à ses employeurs. Elle y voyait un risque

de compromettre son maintien dans l'emploi et craignait de se voir exposée à une stigmatisation. Elle relate la peur de ne plus pouvoir être perçue comme « quelqu'un de normal » et exprime un ressenti de honte vis-à-vis de sa maladie. Mme C a toujours vu le travail comme une réussite et n'a jamais accepté que son médecin lui prescrive un arrêt de travail. Elle poursuivait son activité professionnelle au cours des phases dépressives.

Dans cette brève observation, plusieurs points ayant traits aux mécanismes de stigmatisation peuvent être relevés :

- Mme C manifeste une crainte que sa maladie ne vienne changer le regard de ses collègues vis-à-vis d'elle et fait sciemment le choix de la non-divulgation du trouble. Elle est donc dans l'anticipation d'une potentielle stigmatisation. En effet, elle craint d'être la cible de préjugés avec, à la clé, le risque de discrimination.
- Mme C participe également au phénomène d'autostigmatisation qui implique une internalisation des stéréotypes sur la maladie. Elle se place involontairement en position d'incapacité à bénéficier d'adaptation dans son travail. Elle se prive de ce qui serait nécessaire à son bon fonctionnement sur son lieu de travail, ce qui peut être assimilé à une conduite auto-discriminante.
- La question de l'insight se pose. Mme C connaît son diagnostic et l'accepte, tout comme elle accepte les traitements prescrits. Pour autant, elle ne reconnaît pas le besoin d'une intervention thérapeutique sur son lieu de travail. Elle présente des résistances à l'acceptation de l'expression du trouble, comme le démontre sa persistance à travailler durant les phases dépressives dans l'idée que « la tristesse ça passera ».
- Paradoxalement, cette même persistance à travailler démontre

l'importance de la valeur travail dans le fonctionnement de Mme C. Le maintien du travail a pu permettre le maintien d'une assise narcissique dans cette période de dévalorisation.

5. L'Insight et la divulgation du trouble

Les définitions de l'insight apparaissent très hétérogènes. Concept difficile à cerner, plusieurs approches ont été employées afin de le conceptualiser. L'approche catégorielle implique une vision dichotomique des capacités chez le patient. C'est la manière dont est abordé l'insight dans les échelles cliniques de dépression et de manie telles que l'Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) et la Young Mania Rating Scale (YMRS) (111). D'ailleurs, en pratique clinique quotidienne, il est souvent prêté au patient de « bonnes » ou de « mauvaises » qualités d'insight. Cependant cette approche apparaît rapidement limitative dans notre tentative de cerner les différents facteurs, obstacles et enjeux sur lesquels s'appuyer pour permettre au patient d'accéder progressivement à une position d'acteur face à sa pathologie. L'approche dimensionnelle, en revanche, se montre plus informative par la mise en relief de plusieurs de ses aspects (111). Dans les capacités d'insight, sont considérés :

- la capacité à reconnaître chez soi même l'existence d'une pathologie,
- l'attribution de certains comportements, troubles et pensées comme étant en lien avec cette pathologie,
- la reconnaissance d'un bénéfice apporté par le traitement sur la symptomatologie et l'acceptation de son observance.

Dans les troubles bipolaires, l'insight serait plus altéré dans les épisodes thymiques que lors de la période intercritique, dans les épisodes maniaques et mixtes plutôt que dans la dépression (112). L'insight semble donc phase-

dépendant et varie au gré des fluctuations de l'humeur. De manière globale, la polarité maniaque prédominante et les épisodes maniaques répétés seraient corrélés à un insight de moindre qualité. Concernant les fonctions cognitives, une corrélation entre les qualités d'insight et les atteintes de l'attention sélective, de l'attention partagée, des capacités d'inhibition et de la flexibilité cognitive est retrouvée (113). Les tempéraments semblent également contribuer à la qualité de l'insight, des traits d'impulsivité sembleraient l'impacter (114).

Concernant la première dimension de l'insight, à savoir la capacité à reconnaître sa propre pathologie, de multiples facteurs peuvent intervenir. Le regard de la société sur la pathologie et ses perspectives de guérison et la stigmatisation, qui parfois en découle, peuvent rendre difficile l'acceptation de la maladie. La qualité de l'environnement familial, lorsqu'il se montre impliqué et soutenant, peut avoir un effet bénéfique sur l'insight (111). La rupture dans le parcours individuel qu'engage la révélation d'une pathologie chronique peut être vécue comme un choc et freiner l'acceptation du diagnostic de bipolarité dans une tentative de le tenir à distance (68). Il engage des questionnements importants en termes de perspectives d'avenir, notamment au niveau professionnel.

La reconnaissance et l'attribution des symptômes à la pathologie nécessite une information et une éducation sur les différentes manifestations selon les phases de la pathologie bipolaire. Lors de la phase intercritique, comprendre que les difficultés d'ordre cognitif et émotionnel pourraient parfois être liées à la pathologie peut permettre de mieux situer, identifier et attribuer les difficultés rencontrées sur le lieu de travail. Il s'agit d'envisager les conséquences que pourraient avoir une décompensation thymique sur l'insertion professionnelle

et son maintien.

Un insight de bonne qualité apparaît prédicteur d'une meilleure observance médicamenteuse et est associé à une meilleure alliance thérapeutique (115). La reconnaissance par le patient de bénéfices apportés par les traitements sur la stabilité thymique est à mettre en balance avec les effets indésirables des traitements, notamment la sédation, l'émoussement, la prise de poids. Cela demande également d'organiser sa vie quotidienne autour de la prise d'un traitement et d'un suivi médical régulier.

Vignette clinique

Mme S, 33 ans, exprime à propos de la prise d'un traitement thymorégulateur :
« J'ai fait le deuil de mes phases up mais je n'accepte pas de prendre le traitement » en raison de ses effets secondaires.

Accepter d'avoir une maladie, en reconnaître les effets, comprendre et adhérer à la nécessité d'un traitement nécessite un accompagnement et implique la qualité de l'alliance thérapeutique. En effet, les objectifs et attentes du médecin concernant la prise en charge et les thérapeutiques médicamenteuses peuvent diverger de celles du patient. La psychoéducation joue ici un rôle essentiel au cours des consultations médicales par l'apprentissage des différents aspects de la pathologie. L'insight peut également être renforcé par la proposition de programmes de psychoéducation qui, hormis l'effet purement éducationnel, permettent l'échange avec des personnes rencontrant les mêmes difficultés et diminue le sentiment de solitude face à la maladie.

L'insight, finalement, pourrait aussi s'envisager en tant que construction progressive. Il est influencé par le parcours du patient dans son expérimentation

continue des conséquences de la pathologie. L'accès à l'insertion et la capacité à se maintenir en emploi pourrait en être un corollaire. Les sacrifices concédés en laissant des manifestations aux conséquences lourdes s'exprimer sur le lieu de travail permettraient de prendre conscience de l'impact de la symptomatologie thymique. Est fréquemment mise en avant la nostalgie des phases maniaques. Cependant, les ruptures de l'insight et les arrêts de traitement apparaissent plutôt liés à la perte de jugement et aux modifications de conscience durant les phases maniaques (116). Dans la psychoéducation, il s'agirait donc d'axer en priorité sur le repérage des prodromes et manifestations discrètes évocatrices d'un début d'épisode. Le but en serait d'amener progressivement à l'acceptation des traitements et des prises en charge en rééquilibrant la balance des désavantages vers les bénéfices du traitement dans le vécu du patient.

Dans une perspective professionnelle, le caractère cyclique de la pathologie, la récurrence de ses phases, les difficultés de gestion du stress et des émotions peuvent entraîner une peur permanente de décompenser et donc de devoir partir du travail du jour au lendemain. Un constat clinique en découle, la peur d'accepter un poste à responsabilités.

Vignette clinique

Mme L, 32 ans, éducatrice spécialisée souhaitant une reconversion, exprime ne pas vouloir accepter un poste administratif dans la gestion de projets. Elle explique que ce travail impliquerait des responsabilités plus importantes et des capacités organisationnelles qu'elle ne se sent pas capable d'assumer en raison de sa pathologie. Elle met en avant un manque de capacités en lien avec son trouble bipolaire. Cette affirmation peut sembler relever, en premier lieu, d'un processus d'autostigmatisation au cours duquel, entrent en jeu des croyances

stéréotypées relevant des notions d'irresponsabilité et d'incapacité. Après exploration des raisons sous-tendant ce choix, Mme L explique que sa sensibilité accrue au stress, vulnérabilité retrouvée fréquemment dans la phase intercritique, pourrait être particulièrement sollicitée dans le cadre d'un poste à responsabilité. Elle fait donc le choix de favoriser son bien-être psychologique, en lien avec ses difficultés, plutôt que l'évolution de sa carrière, ce qui, finalement, pourrait davantage relever de ses capacités d'insight. Mme L accepte sa pathologie et en connaît les modalités, elle adapte donc ses choix de vie en fonction. Cette vignette met en avant la frontière ténue entre insight et autostigmatisation. Les patients souffrant d'un trouble bipolaire peuvent se retrouver confrontés à des choix en termes d'engagement, notamment au niveau professionnel. Il n'est pas forcément évident de savoir où placer le curseur entre difficultés objectives et perception stéréotypée d'incapacités liée à l'autostigmatisation.

Etroitement liée à la notion d'insight, ce qui est appelée la divulgation du trouble peut être considérée comme l'une de ses applications dans le milieu professionnel. Dans le langage courant, le terme divulguer peut revêtir une connotation négative en lien avec un secret, quelque chose qui doit être tu. Le Larousse définit le terme divulguer comme : « Répandre dans le public une information d'abord considérée comme secrète, confidentielle ; répandre un bruit ; dévoiler, révéler : divulguer le nom d'un suspect » (117). La divulgation sous-tend une réaction d'offuscation, de choc ou émotionnelle de la part de la personne à qui est révélée l'information. Mc Donald-Wilson et al., définissent la divulgation du trouble sur le lieu de travail comme la possibilité de donner ou de partager des informations sur son diagnostic psychiatrique, sur son état ou son incapacité liés à une maladie (118). Il serait sans doute préférable de parler de

révélation choisie. Entrent en jeu les facteurs personnels (sévérité des symptômes, faible rendement au travail), les expériences antérieures positives (soutien des collègues ou de l'employeur), ou négatives (vécu de discrimination) et les caractéristiques bienveillantes perçues chez l'employeur.

La divulgation du trouble pose la question du regard de l'autre, celle de l'exposition d'une caractéristique souvent considérée comme ayant trait à l'intime (119). Révéler son trouble pour un sujet s'apparente à la révélation de failles, renvoie à l'impossibilité d'affecter une perfection apparente. Dire c'est révéler une partie de ses états internes, ses défaillances et se révéler comme sujet avec ses fragilités. Accepter d'abandonner l'image fantasmé du parfait salarié vient se heurter avec les exigences de compétitivité, de démarcation, de positivité, de concurrence impulsées par le monde professionnel. L'appréhension est d'enclencher les représentations culturelles associées à la pathologie mentale, avec les mécanismes qui y sont associés, les préjugés (93). Ce peut être également la peur de ne plus être considéré comme un individu en tant que tel mais identifié par sa maladie (phénomène de statut principal (78)). Choisir de ne pas divulguer son trouble peut être sous-tendu par la crainte d'être la cible de comportements discriminatoires (119). Dans une perspective de maintien en emploi, les personnes souffrant d'un trouble bipolaire peuvent craindre d'être traité de façon inéquitable par l'organisation (ne pas bénéficier de promotions), de perdre leur crédibilité face aux autres et d'être l'objet de railleries ou de rejet dans l'équipe. Divulguer revient à prendre le risque de mettre à l'épreuve la bienveillance de l'entreprise, ses qualités éthiques et d'intégration. La crainte d'être perçu et traité différemment dans le milieu de travail peut être mise en balance avec la réduction du stress lié à la dissimulation de son trouble mental que permettrait la divulgation (118).

De plus, la divulgation du trouble sur le lieu de travail conditionne les soutiens et accommodements mis en place dans les organisations afin d'aider la personne à travailler de manière optimale (118). Elle est la raison la plus mentionnée par les personnes souffrant d'un trouble mental. Cela dit, les accommodements pouvant être mis en place au sein de l'entreprise peuvent avoir un impact sur le fonctionnement du groupe, venant ainsi renforcer les craintes liées à la divulgation.

La non divulgation du trouble, en tant que stratégie de coping face à la stigmatisation sur le lieu de travail, peut majorer l'impact du trouble bipolaire (sévérité des symptômes dépressifs et maniaques, détérioration de l'estime de soi) (109). Choisir de divulguer son trouble peut se faire de différentes manières, totale ou partielle, en choisissant judicieusement les personnes à qui confier, et quelles informations divulguer (118). Il s'agit moins de révéler le diagnostic que de distiller quelques informations permettant une souplesse, une compréhension et une bienveillance favorisant un environnement de travail sécurisant et permettant l'épanouissement dans l'emploi.

La seconde partie de ce travail vient appuyer la complexité de la phase intercritique. Au-delà de la gestion des phases symptomatiques, les personnes souffrant d'un trouble bipolaire se retrouvent confrontées à de nombreuses difficultés venant entraver les possibilités d'insertion professionnelle. Les notions d'endophénotypes tempéramentaux, cognitifs et émotionnels suscitant une vulnérabilité au cours de la phase intercritique viennent appuyer ces propos. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire se retrouvent empêtrées dans une maille de dysfonctionnements s'entremêlant et interagissant les uns avec les autres et ce alors même que la rémission symptomatique est obtenue. Cette

rémission n'est d'ailleurs pas sans conséquence, puisqu'elle s'obtient au prix de potentiels effets indésirables impactant de nouveau la qualité de l'insertion professionnelle. Face à cette vulnérabilité, les phénomènes de stigmatisation peuvent s'enclencher et amener la personne à se considérer elle-même comme manquant de compétences professionnelles. Insight et autostigmatisation apparaissent donc fortement entremêlés. L'insertion professionnelle des personnes bipolaires peut s'avérer d'une complexité majeure et il n'est pas forcément évident de percevoir ce qui s'y joue exactement.

Face à ses difficultés, il semble donc nécessaire d'aborder les prises en charge de manière globale, par le biais d'interventions pluridisciplinaires, ce qui fera l'objet de notre troisième partie.

Partie 3 : Pistes de réflexion : vers l'emploi

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (120). Le travail apparaît donc comme l'un des déterminants de la santé mentale et, par là même, du bien-être.

Au sein de la société, le travail s'apparente à une forme d'obligation sociale (121–123). La question de l'emploi est centrale dans les décisions politiques, lors des enjeux électoraux. Il est représentatif de la santé d'une société, le chômage et ses chiffres sont omniprésents dans les médias.

Des mesures gouvernementales ont tenté de favoriser l'insertion professionnelle en lien avec la notion de santé mentale. La loi de modernisation 2002 stipule que « L'employeur a pour mission générale de protéger la santé physique et mentale des salariés » (124). L'arrêt SNECMA, en 2008, contraint les employeurs à s'assurer de l'absence d'impact des conditions de travail sur la santé des travailleurs (125).

Pourtant, l'évolution du monde du travail dans un principe de compétitivité, de rentabilité et d'individualisme se heurte à la notion de bien-être professionnel. L'épuisement professionnel qui s'apparente à une pathologie de la dépression peut, en ce sens, toucher particulièrement le sujet bipolaire, chez lequel, il ne s'agit pas de parler de burn-out mais de décompensation.

Malgré un désir préservé de travailler, l'accès à un emploi compétitif ne

concerne, en France, que 40 à 60% des personnes souffrant d'un trouble bipolaire (68). Ces derniers présenteraient par ailleurs plus d'absentéisme au travail et des parcours professionnels moins continus, à l'image de leur pathologie.

1. Place du travail dans la bipolarité

a. Bénéfices du travail

L'activité professionnelle, pour les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique, se montre bénéfique à de nombreux égards (68). Elle apporte une autonomie financière et réduit le coût social de la maladie. Le travail revêt tout d'abord une fonction sociale, puisqu'il favorise les interactions avec des pairs, hors du champ médical. Ainsi, travailler permet l'acquisition d'un sentiment d'utilité, d'inclusion dans la vie sociale, de contribution à l'activité collective et une reconnaissance de ses propres compétences (126).

Le travail permet également de se détacher du phénomène de statut principal (78) afin de retrouver une identité sociale plus positive, celle de travailleur. Dans le trouble bipolaire, le travail s'inscrit dans un processus de rétablissement (127). Il s'agit, au-delà de la maladie, de découvrir une manière de vivre et de s'ajuster à la pathologie mentale, ses problèmes et ses conséquences. Cela nécessite de pouvoir s'appuyer sur ses centres d'intérêt, sur ses qualités et forces, sur ses valeurs, afin de parvenir à l'expression d'une identité au-delà de celle du statut de malade. En permettant de réconcilier la maladie mentale avec une idée de la santé, l'emploi met en place les conditions permettant d'établir un sens de soi réunifié.

Dans une dimension plus personnelle, travailler est facteur de restauration

de l'estime de soi, source de responsabilisation et de satisfaction personnelle (68). Cela permet une remobilisation cognitive et motivationnelle, ainsi qu'une restauration de la confiance dans ses capacités de travail. Or, chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire, le manque de stimulation des compétences cognitives lié à l'inactivité renforce en retour les troubles cognitifs (68,128) qui impactent négativement la motivation au travail (44). Le travail revêt donc une importance capitale dans le maintien, voire l'amélioration des capacités cognitives mises à mal dans la phase intercritique.

Par sa structure et son cadre, ainsi que la responsabilité qu'il confie au sujet, le travail peut être un vecteur de changement. Avoir un emploi et ne pas le compromettre, peut contribuer à renforcer une motivation à la mise en place de conditions de vie propices au maintien d'un équilibre. Dans ce cas, il exerce un effet bénéfique sur l'hygiène de vie (68). Il incite au respect des horaires et de la qualité du sommeil, à la limitation des consommations de substance, problématiques retrouvées chez les personnes bipolaires lors de la phase intercritique. Il contribue également à renforcer les qualités d'insight en incitant à la vigilance quant à ses états émotionnels, au repérage des symptômes résiduels et des prodromes de la maladie.

Le travail permet de sortir de la condition de malade en contribuant au sentiment de retrouver un contrôle sur sa vie et sur la pathologie (68). Ce principe, nommé « empowerment », que l'on pourrait traduire par reprise de pouvoir, encourage les personnes à croire en leur potentiel à atteindre des objectifs (101). En satisfaisant les exigences d'un poste de travail par l'utilisation de ressources personnelles, la reprise de confiance est permise. Il est à l'origine d'un bénéfice sur l'estime de soi et d'une possible adaptation à la condition (celle

de vivre avec une pathologie chronique), en rendant possible un temps en dehors de la maladie. Le processus de rétablissement incite à la découverte d'une nouvelle normalité. L'emploi, en procurant un espace d'appartenance à la société, contribue à retrouver un statut social et un sentiment de contrôle sur son existence.

A l'inverse du travail, le chômage conduit à un processus de déprivation latente qui peut aboutir à fragiliser l'équilibre psychique (121). L'absence de travail implique la déstructuration du rythme de vie, la diminution des contacts sociaux, la perte d'objectif et d'une participation active à la société. La diminution du sentiment d'utilité et d'un rôle par le travail aboutissent finalement à la remise en cause du statut social. Une durée longue d'inactivité contribue à majorer et à renforcer l'impact sur la santé mentale, pouvant aller d'une diminution de la qualité de vie à une atteinte de l'estime de soi jusqu'au développement ou l'aggravation de troubles anxieux et d'une symptomatologie dépressive. L'impact sur la santé mentale apparaît d'autant plus marqué que la durée d'inactivité est longue en lien avec la perte de confiance en ses capacités.

b. Risques psychosociaux

Bien que travailler apporte un nombre considérable de bénéfices pour la personne souffrant d'un trouble bipolaire. Il paraît important de ne pas négliger la présence de risques psychosociaux impliquant la santé physique et mentale des travailleurs (129). Ces risques sont liés aux conditions d'emploi, aux facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail. Dans la bipolarité, ils sont à mettre en perspectives avec les vulnérabilités inhérentes à la pathologie en phase intercritique.

Les risques psychosociaux, tels que définis par le ministère du travail, sont liés à l'interaction entre l'individu et la situation de travail. Ils reposent sur :

- Le stress provenant du sentiment de ne pas atteindre les exigences ou les attentes demandées ;
- Les violences internes commises par les travailleurs : conflits majeurs, harcèlement moral ou sexuel ;
- Les violences externes, exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés ;
- Le syndrome d'épuisement professionnel.

Face à ces risques, l'étude coordonnée par la Dares, publiée en novembre 2016, dresse le constat suivant (129) :

- 31% des actifs déclarent devoir cacher ou maîtriser leurs émotions ;
- 47% estiment qu'ils doivent toujours ou souvent se dépêcher au travail ;
- 64% déclarent être soumis à un travail intense ou subir des pressions temporelles ;
- 64% déclarent manquer d'autonomie dans leur travail.

Ces risques psychosociaux, retrouvés dans la population générale, prennent une dimension particulièrement importante dans le cas de la bipolarité. Lors de la seconde partie de ce travail, nous avons exposé la potentialité d'une vulnérabilité accrue au stress pendant la phase intercritique (45). Or, les pressions temporelles et la surcharge de travail risquent d'accentuer le stress ressenti par les personnes bipolaires, qui y sont déjà sensibles, majorant ainsi le risque de décompensation. Le sentiment de devoir cacher ses émotions sur le lieu de travail risque d'accentuer le recours aux stratégies émotionnelles délétères déjà employées par les personnes bipolaires. Enfin, l'insertion dans le

milieu professionnel expose la personne bipolaire au risque de stigmatisation et, potentiellement, de harcèlement, avec un impact majeur sur la qualité de vie et l'estime de soi.

La surcharge de travail, mais aussi les caractéristiques de certains postes (travail posté ou de nuit), représentent des facteurs de risque de désynchronisation des rythmes circadiens chez les personnes bipolaires (130). Chez certains, cela pourrait majorer le risque de consommations de stimulants en vue de maintenir un niveau d'éveil suffisant, comorbidité fréquemment retrouvée dans la bipolarité (131). Ces stimulants peuvent également être utilisés en réponse au principe de compétitivité.

Vignette clinique

Mme S, 33 ans, reconnaît avoir eu recours à des prises de cocaïne dans le cadre de son travail. Face aux exigences de son employeur, qui lui demandait de travailler plus rapidement et d'accomplir une charge de travail supérieure à celle effectuée, elle a ressenti une pression importante source d'un stress majeur. Pour Mme S, le travail revêt une importance capitale et elle se montre exigeante sur ce point. Le recours aux stimulants répondait, chez elle, à des exigences de performances qu'elle voulait similaires aux autres travailleurs. Elle rapporte avoir progressivement diminué son temps de sommeil en lien avec ses consommations et sa charge de travail, ce qui l'a amené à décompenser sur une phase dépressive. Mme S a finalement démissionné, dans un mouvement impulsif, au cours d'un déjeuner de travail.

Les bénéfices apportés par l'insertion professionnelle chez la personne bipolaire montrent le besoin d'attention particulière portée à ce domaine. Mais cette insertion se doit d'être réfléchie afin de ne pas majorer les difficultés déjà

rencontrées par ces sujets dans la phase euthymique.

2. Un travail en réseau

a. Les intervenants médicaux

La prise en charge initiale du psychiatre vise la rémission symptomatique avec pour objectif un retour à l'euthymie. Pour cela, il s'attachera également à l'exploration et la prise en charges des comorbidités psychiatriques fréquemment associées. Dans une deuxième étape, il s'agira de coordonner les soins avec pour objectif de permettre la stabilisation optimale du trouble bipolaire. Pour ce faire, les réseaux de structures de soins en santé mentale permettent différentes approches, reposant sur les stratégies médicamenteuses, la psychothérapie, la psychoéducation, les centres d'accueil thérapeutiques et les programmes de réhabilitation psycho-social.

Dans un objectif de retour à l'emploi, après un arrêt de travail, peut être proposé, dans un premier temps, le temps partiel pour motif thérapeutique. Communément appelé « mi-temps thérapeutique », il permet une reprise progressive du travail (132). Il vise la remise en confiance du patient et la consolidation de la rémission symptomatique. Il est défini pour une durée déterminée et doit être reconnu par le médecin conseil de la CPAM en tant que facteur bénéfique à la consolidation ou la guérison. Lors d'une visite de préreprise, le médecin du travail préconise alors à l'employeur les aménagements nécessaires pour sa mise en place. Les échanges entre le médecin du travail et l'employeur apparaissent donc essentiels, afin de garantir la faisabilité et les adaptations possibles dans la structuration du temps de travail. Par ailleurs, l'avis du médecin du travail s'impose à l'employeur et les

préconisations protègent l'employé qui ne peut se voir reprocher le refus d'une reprise en temps complet. La reprise à temps complet peut être proposée ultérieurement lors d'une visite de réévaluation de l'état de santé du salarié par le médecin du travail.

Cependant, dans notre rôle de psychiatre, nous nous trouvons parfois confrontés à des enjeux professionnels au-delà de notre champ d'action. Apparaissent alors de nombreuses limites à notre intervention. Les tentatives d'accompagnement et de projets en lien avec l'emploi se confrontent en effet à de nombreux obstacles. Depuis le début des années 2000, l'évolution du système de soin de la psychiatrie vers la santé mentale, requiert l'acquisition de connaissances et de compétences progressivement plus étendues en vue d'une insertion sociale la plus complète possible. La décision du psychiatre se situe donc au carrefour de la clinique, du champ social et se prolonge dans le champ de la santé mentale, renforçant ainsi sa position de coordinateur.

A travers le discours et le vécu subjectif du patient s'élabore chez le clinicien une représentation des difficultés rencontrés par le patient sur le lieu de travail, au regard de sa psychopathologie, et se dessinent en creux les potentiels facteurs de risque de décompensation. Cependant, les éléments concernant les enjeux concrets de l'environnement professionnel du patient, les conditions réelles d'exercice, et les spécificités du poste exercé par le sujet, lui font souvent défaut. N'ayant qu'une connaissance partielle du monde de l'entreprise et face à la complexité du code du travail, le clinicien peut se trouver isolé.

Le médecin du travail, par sa position privilégiée dans le milieu professionnel, apparaît être un interlocuteur de premier choix. Cependant, en pratique, le patient reste garant des informations qu'il souhaite transmettre au

sein de l'emploi et n'a pas toujours abordé sa pathologie avec les services de médecine du travail. Il est donc nécessaire de manière préliminaire de s'assurer du consentement du patient à cet échange. Il faut ensuite décider ensemble des éléments et informations pertinentes à révéler, à même de faciliter son intégration dans son travail (133).

Dans une perspective de recherche d'adaptation au sein du travail, il semble pertinent de ne pas se restreindre à la communication du diagnostic (qui peut d'ailleurs ne pas être mentionné), mais de s'exprimer en termes de fragilités, de potentiels facteurs de risque à même de fragiliser l'équilibre du trouble. L'objectif est essentiellement de transmettre des éléments utiles au médecin du travail, dans l'élaboration des propositions formulées à l'employeur et permettre de favoriser la pertinence des aménagements proposés.

Sans doute serait-il intéressant de favoriser les échanges entre les services de médecine du travail et les services de santé mentale afin de permettre une meilleure compréhension des rôles et interventions de chacun. De plus, le trouble bipolaire se manifeste souvent plusieurs années avant l'établissement du diagnostic (1). Une sensibilisation au trouble dans le milieu de travail pourrait permettre un repérage plus précoce et faciliter l'orientation vers les services de santé mentale limitant l'apparition d'un impact psychosocial précoce. Une prise en charge en coordination pourrait permettre de prévenir et limiter les conséquences du trouble en lien avec le travail et de permettre finalement une meilleure insertion professionnelle.

Par ailleurs, le rôle du médecin généraliste apparaît fondamental dans la prise en charge du trouble bipolaire (60) au vu des très fréquentes comorbidités somatiques. Ces patients présentent des troubles métaboliques importants. Le

risque de survenue d'évènements cardiovasculaires y est particulièrement élevé (60,91). Une étude française révèle qu'environ deux tiers des patients ne sont pas correctement pris en charge concernant ces comorbidités cardio-vasculaires. Seule une proportion de 14% des médecins généralistes accorderait une attention particulière aux troubles métaboliques chez leurs patients bipolaires, ce qui souligne sans doute la méconnaissance de leur association avec le trouble bipolaire. En pratique psychiatrique, ils sont importants à prendre en considération dans le choix des thérapeutiques : en effet les traitements neuroleptiques en favorisent nettement la survenue. Une pesée régulière, associée à la recherche d'anomalies métaboliques par un bilan sanguin doivent être effectués régulièrement.

a. La médication, un équilibre à repenser

La thérapie médicamenteuse nécessite la prise en compte de nombreux facteurs afin de permettre une intégration optimale dans le travail. Il s'agit d'un équilibre parfois difficile à atteindre. Certains traitements peuvent s'avérer nécessaires, et bien tolérés lors de la prise en charge de l'épisode maniaque ou dépressif. Lors de la phase euthymique consécutive, ils peuvent être à l'origine d'effets indésirables invalidants. Le risque serait alors de contribuer à impacter le fonctionnement au travail, malgré une rémission symptomatique.

La question de la stratégie thérapeutique est à négocier avec le patient qui en est un des décisionnaires. Il s'agit d'explorer avec lui ce qu'il est possible d'en attendre, l'impact des effets secondaires, ainsi que les adaptations possibles sans risquer de compromettre la stabilisation. Le clinicien par ses connaissances de la pathologie et des traitements cherche à guider le patient dans l'accession

à de bonnes qualité d'insight, ce qui en passe nécessairement par la gestion et l'observance du traitement. Il s'agit d'inclure le patient dans la discussion et de l'accompagner dans sa recherche d'équilibre, le sensibiliser à l'importance capitale des traitements en lui permettant d'accéder progressivement à une meilleure compréhension et gestion de sa pathologie.

Il peut s'avérer judicieux, dans les premiers temps du retour à l'emploi, de proposer des consultations médicales plus rapprochées. Ceci permettrait d'adapter plus finement les thérapeutiques en fonction des exigences du poste.

Les effets indésirables doivent être interrogés. Sur le plan émotionnel, un émoussement des affects attribué au traitement par le patient peut être mal vécu. Il est important dans nos choix thérapeutiques de prendre en compte les traits de personnalité ou tempéramentaux du patient, afin de ne pas chercher à les supprimer en les considérant à tort comme des symptômes résiduels. La présence d'une sédation, d'une fatigue peut également être particulièrement gênante dans le travail.

Les traitements de maintenance (7) recommandés en monothérapie en première intention, sont le lithium, le valproate, la quetiapine, la lamotrigine. L'aripiprazole peut également s'avérer intéressant, bien qu'il n'ait pas encore suffisamment fait preuve d'une action préventive sur les récurrences dépressives et qu'on préférera souvent l'instaurer suite à un épisode maniaque. Il offre en revanche l'avantage d'être le seul parmi l'ensemble de ses traitements envisageables à être proposé sous une forme à libération prolongée qui a montré son efficacité (134) et peut permettre de favoriser l'observance thérapeutique.

b. Les psychothérapies

Comme exposé au cours de notre deuxième partie, les personnes souffrant d'un trouble bipolaire présentent une certaine vulnérabilité en phase intercritique. Afin de permettre une insertion professionnelle adéquate, les troubles cognitifs persistants, la gestion des émotions, les capacités d'insight et les phénomènes de stigmatisation semblent à considérer.

Face à des éléments évocateurs de troubles cognitifs invalidants, la consultation d'un neuropsychologue peut s'avérer judicieuse (71). En effet, le fonctionnement cognitif représente l'un des déterminants des perspectives professionnelles dans la bipolarité (35), la présence de dysfonctionnements dégrade certaines aptitudes nécessaire en milieu professionnel (68). En pratique, lorsque des difficultés semblent émerger en lien avec les capacités d'organisation, de maintien dans une tâche, d'apprentissage et de raisonnement, l'impact sur le fonctionnement professionnel apparaît évident. L'objectif serait double. En premier lieu, une évaluation neuropsychologique permettrait d'établir un profil cognitif de la personne bipolaire en phase de rémission. Quelques échelles et tests peuvent être utilisés à cette fin, en voici une liste non exhaustive. Le Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (CSIP) (135) consiste en une batterie de tests neuropsychologiques développée pour l'exploration des troubles dans la pathologie mentale. Il explore la mémoire verbale, la mémoire de rappel, la mémoire de travail, la fluence verbale et la vitesse de travail, autant de déficits retrouvés chez certains patients bipolaires en rémission. Le International Society for Bipolar Disorder - Battery for Assessment of Neurocognition (ISBD-BANC) (136) évalue, à partir de cinq subtests de la WAIS IV la mémoire verbale, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, la vitesse d'exécution, l'attention et

les raisonnement verbal et perceptif. Dans une visée plus globale, la Functional Assessment Short Test (FAST) (137) permet d'évaluer le retentissement fonctionnel du trouble. Elle explore l'autonomie, le fonctionnement en activité, le fonctionnement cognitif, la gestion des finances, les relations interpersonnelles et le temps libre.

Dans un second temps, des techniques de remédiation cognitive pourraient permettre une amélioration fonctionnelle de la personne bipolaire en lien avec les déficits relevés objectivement par les tests (38). La remédiation cognitive ouvre des perspectives de progression et d'amélioration de l'autonomie en visant la diminution des déficits cognitifs à travers l'acquisition de nouvelles stratégies cognitives (68). Elle implique l'entraînement des fonctions altérées et le développement de compétences alternatives reposant sur les processus cognitifs préservés. Elle apparaît efficace contre les répercussions des troubles neurocognitifs sur l'emploi en ce qui concerne l'insertion, le maintien ou les performances au travail. Dans un objectif d'efficacité optimale, l'acquisition de stratégies cognitives pertinentes doit être contextualisée à des situations effectivement rencontrées. Il est donc essentiel de définir, avec la personne souffrant d'un trouble bipolaire, des objectifs professionnels concrets basés sur les plaintes cognitives subjectives, les données objectives du profil neurocognitif et les caractéristiques du poste visé. La remédiation cognitive doit cibler les domaines cognitifs impliqués dans la réalisation des tâches professionnelles et permettre l'entraînement à de nouvelles stratégies efficaces dans ces domaines. Cet entraînement est d'abord réalisé en séance avec un thérapeute puis appliqué sur le lieu de travail. Cette technique se montre particulièrement efficace lorsqu'elle est associée à des programmes de soutien à l'emploi. Le dispositif emploi accompagné que nous présenterons par la suite pourrait s'apparenter à

ce type de programme.

Evidemment, le vécu subjectif de ces troubles est à prendre en considération puisqu'il a clairement été relié à l'absence d'activité professionnelle (41) et à la motivation au travail (44). Une échelle, utilisable en pratique clinique quotidienne, peut permettre de les évaluer. La Rating Scale of Subjective Complaints in Bipolar Disorder (COBRA) (138) explore de manière subjective le fonctionnement exécutif, les capacités attentionnelles, la vitesse d'exécution et les fonctions mnésiques. La mise en perspective avec les tests neuropsychologiques pourrait permettre d'accéder à une vision plus adéquate des déficits objectifs.

Concernant la part émotionnelle dans les troubles bipolaires, les approches tendent à proposer l'emploi de stratégies de régulation des émotions par le biais des thérapies cognitives et comportementales (38). Bien que cette approche reste nécessaire, il semble pertinent de considérer prioritairement le traitement des troubles cognitifs étant donné que leur influence a été prouvée sur la régulation des émotions. Il apparaît donc probable que la remédiation cognitive ait un effet retour sur l'amélioration de la gestion des émotions.

Face à la stigmatisation que rencontrent les personnes bipolaires, plusieurs moyens peuvent être employés afin de l'enrayer (139). L'information des patients, de leurs proches et du grand public sur la maladie, ses mécanismes, ses traitements et leurs succès en constitue la première étape. Dans le milieu professionnel, nous pouvons faire l'hypothèse qu'informer les employeurs ainsi que le personnel sur la maladie pourrait favoriser l'insertion et le maintien en emploi. L'organisation de rencontres ou de conférences dans lesquelles les patients parlent de leur expérience permettrait de lutter contre les stéréotypes. Cela dit, cette étape paraît difficilement applicable dans le monde du travail. Face

à la discrimination, il est important de défendre les droits des personnes. A cet effet, la loi sur le code du travail stipule que « aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement [...], aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié, ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire directe ou indirecte [...] en raison de [...] son état de santé ou de son handicap » (140). Elle oblige d'ailleurs toute entreprise de plus de 300 salariés à proposer une formation à la non-discrimination aux employés chargés des missions de recrutement et ce, tous les cinq ans.

L'autostigmatisation a un impact sur l'insertion professionnelle puisqu'elle amène le sujet bipolaire à refuser des opportunités d'emploi (101). Toutefois, les personnes souffrant d'un trouble psychique n'internalisent pas systématiquement les stéréotypes. Certaines s'y montrent insensibles, d'autres s'en indignent. Dans ce refus de l'injustice peut se trouver l'antidote à l'autostigmatisation nommé « empowerment ». Ce terme que l'on pourrait traduire par reprise de pouvoir implique les notions de contrôle, d'activisme et d'optimisme. Il encourage les personnes à croire en leur potentiel à atteindre des objectifs. Hélène Richard-Lepouriel (92) propose un programme de restructuration cognitive axé sur les croyances auto-stigmatisantes d'une patiente souffrant d'un trouble bipolaire. Cette intervention se construit en trois étapes : psychoéducation, restructuration cognitive et exposition. L'auteure précise que ce programme doit être précédé d'une psychoéducation sur la maladie afin de permettre une bonne connaissance du trouble. Ce prérequis permet notamment de travailler sur les capacités d'insight mises à mal dans les troubles bipolaires. La première étape de psychoéducation concerne donc la stigmatisation et l'autostigmatisation. Quelques séances sont consacrées à une information générale sur ces phénomènes et leurs mécanismes, ainsi qu'à une mise en situation

personnalisée. Sont alors proposés des exercices d'auto-observation des pensées stéréotypées la concernant. La deuxième étape repose sur la restructuration cognitive. Il s'agit de permettre au patient de prendre du recul sur ses propres pensées afin de les réévaluer. Trois étapes y sont nécessaires, l'observation puis la modification des pensées négatives stéréotypées avec pour objectif la génération de pensées alternatives plus fonctionnelles. Ce travail débute par une définition des distorsions cognitives, c'est à dire les biais d'interprétation (vision dichotomique, focalisation arbitraire, shouldisme...). Une fois l'observation des distorsions cognitives et pensées stéréotypées réalisée, la restructuration peut débuter. Afin de concrétiser ce travail, l'auteure préconise de définir avec le patient un objectif précis. Dans le cadre de notre travail, cet objectif pourrait être la reprise du travail. La restructuration des pensées consiste à confronter les pensées dysfonctionnelles à la réalité. Pour ce faire, peuvent être utilisés le questionnement par l'évidence ou la minimisation des pensées négatives (réattribution, décentrage, distanciation). Une fois les pensées dysfonctionnelles déconstruites, la recherche de pensées alternatives sur la base de preuves ou d'observations concrètes peut commencer. La troisième et dernière étape de ce programme est l'exposition à l'objectif choisi lors de la seconde étape, c'est-à-dire, dans notre sujet, la reprise du travail. L'objectif de ce programme est de favoriser l'évolution du « Why try ? » (107) vers le « Et pourquoi pas ? » en diminuant les sentiments de honte et les stratégies de repli sur soi.

3. Le handicap et sa reconnaissance

a. Définition du Handicap

Selon la définition de l'OMS, « est handicapée toute personne dont

l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » (141).

Le handicap selon la loi française est défini dans la loi n°2005-102, du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle stipule que « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant (142).

Selon la Convention des Nations Unies pour le droit des personnes avec Handicap, « Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (143). Dans ses implications, cette définition est probablement la plus intéressante. D'ailleurs, la Classification International du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé (CIFSH) avait proposé ce changement de paradigme, puisqu'elle conceptualise le Handicap en tant que résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement (144). Les facteurs limitants à l'origine du handicap ne sont plus, comme dans les modèles précédents, intrinsèquement liés à l'individu, mais découlent principalement de l'environnement, de l'organisation sociétale ne permettant pas une adaptation ou une insertion

suffisante du sujet. En cela, elle se montre en cohérence avec la définition des nations-unies. Cette classification s'éloigne du modèle médical pour proposer une compréhension plus globale, fonctionnelle du handicap intriquant les éléments anatomiques (dont le cerveau et ses fonctions telles que les émotions et les fonctions cognitives), les éléments sociaux et environnementaux.

b. Reconnaissance et statut

La loi 2005 (142,145) a abouti à la création des Maisons départementales des Personnes Handicapées (MDPH), dont les missions reposent sur l'accueil, l'information, l'accompagnement, le conseil et la sensibilisation du public en matière de handicap. Elle permet la mise en œuvre du projet de vie de la personne et coordonne les dispositifs sanitaires et médicosociaux. Lui sont adjoints la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et une équipe pluridisciplinaire. L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est attribuée par la CDAPH.

Cette loi affirme également un nouveau principe, le droit à la compensation du handicap qui offre la possibilité d'aides et aménagements nécessaires à une vie la plus autonome possible. Elle regroupe l'ensemble des mesures relatives au travail, à la scolarité, au logement, aux loisirs et à la vie sociale intégrées au sein d'un plan personnalisé de compensation. L'application en est la Prestation de compensation du handicap (PCH).

La loi 2005 vise à promouvoir l'activité professionnelle pour les personnes handicapées. Dans ce but, elle propose l'accès à des foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés ou à des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) afin de favoriser l'insertion sociale et professionnelle.

La Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) (146) ouvre l'accès, à l'employeur comme au bénéficiaire, à des mesures favorisant l'insertion et le maintien dans l'emploi. Elle vise tout travailleur dont les problèmes de santé ont un retentissement sur les possibilités d'occuper son poste. Elle est attribuée par la MDPH. Elle n'est pas nécessairement définitive, la durée minimale est fixée à un an et peut aller jusqu'à cinq ans renouvelables. Sa mise en place nécessite l'avis du médecin du travail qui évalue les nécessités d'aménagement du poste au regard des difficultés rencontrées. Elle offre l'accès à des formations, à CAP emploi, à des aides financières et à un suivi médical renforcé par le médecin du travail.

Dans ses articles 23 à 40 (142,145), elle affirme de nouveau le principe de *non-discrimination*, en renforçant l'idée de la priorité donnée au travail en milieu ordinaire plutôt que protégé. Elle précise les mesures d'incitation à l'emploi des personnes handicapées par les employeurs. Le quota de travailleurs reconnus « handicapés » dans les entreprises privées est maintenu à 6% et étendu aux entreprises publiques. Elle renforce les sanctions à l'encontre des entreprises contrevenantes, qui doivent alors s'acquitter d'une contribution obligatoire à l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH). Cette association se donne pour mission de favoriser l'accès et le maintien en emploi des travailleurs handicapés, au travers de prestations de service par l'intermédiaire de ses partenaires (CAP Emploi...) et l'octroi d'aides financières à diverses étapes du parcours professionnel. D'autre part, la loi 2005 crée un fonds visant l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

Une attention particulière est apportée à la notion de handicap psychique

qui est désormais distinguée du handicap mental, le but étant de faire exister et reconnaître auprès des collectivités la vraie nature de ce handicap. Cette distinction s'opère sur trois critères : l'intelligence, la médicalisation et la variabilité. L'accent est mis sur les habilités psychosociales ainsi que sur l'alternance d'états psychiques empêchant la grande majorité des patients d'assurer une activité professionnelle sans que cela n'exclut une vie en milieu ordinaire. Elle prend en considération la fluctuation évolutive, la présence de troubles cognitifs et la faible demande d'aide majorée par la stigmatisation. Au regard des spécificités du trouble bipolaire et des difficultés rencontrées par les personnes en souffrant, les considérations amenées par la notion de handicap psychique apparaissent particulièrement pertinentes.

c. Dans le trouble bipolaire, pourquoi l'envisager ?

Maintenant que sont établies les bases de la reconnaissance du handicap, la question se pose de leur application au cas particulier du trouble bipolaire. Il semble pertinent de comprendre pourquoi et comment cette maladie répond aux critères de handicap psychique afin de justifier la possibilité d'obtention d'une RQTH pour ces patients. Les définitions du handicap s'accordent toutes sur une atteinte de l'intégrité physique ou mentale compromettant l'autonomie ainsi que l'aptitude à occuper un emploi. En conséquence la RQTH vise tout travailleur dont les problèmes de santé ont un retentissement sur les capacités à occuper un poste. Comme précédemment expliqué, la loi de 2005 (145) redéfinit la notion de handicap psychique par la présence d'une fluctuation, de troubles cognitifs et d'une faible demande d'aide majorée par la stigmatisation. Etant donné la persistance d'une labilité émotionnelle, d'une impulsivité et de troubles cognitifs durant la phase intercritique de la maladie, le trouble bipolaire semble

parfaitement correspondre aux critères d'un handicap psychique. De plus, nous avons démontré les phénomènes de stigmatisation rencontrés par ces personnes les amenant bien souvent à dissimuler leur maladie à autrui.

Dans la seconde partie de ce travail, nous avons explicité l'impact de ces vulnérabilités sur l'insertion professionnelle. La personne bipolaire souffre donc d'un trouble dont les fluctuations et perturbations cognitives entravent les capacités à occuper un poste de manière optimale, ce qui correspond à la définition du handicap. Il apparaît donc justifié qu'elle puisse bénéficier de la RQTH. Pour rappel, cette dernière ouvre l'accès à des mesures favorisant l'insertion et le maintien dans l'emploi. Par sa reconnaissance, elle permet donc aux personnes souffrant d'un trouble bipolaire une insertion facilitée dans le monde du travail par des aménagements adaptés aux difficultés inhérentes à la pathologie.

L'accès à la RQTH présente cependant certaines limites. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH reconnaît une difficulté dans l'évaluation des populations souffrant de troubles mentaux par manque de compétences et d'outils adaptés face à ce public spécifique (145). Il est également important de considérer les stratégies de coping fréquemment employées face à la stigmatisation, à savoir la non-divulgence du trouble, qui freinent les demandes potentielles de RQTH par les personnes souffrant d'un trouble bipolaire.

Cas clinique

Reprenons le cas de Mme F, 58 ans, dont les effets provoqués par les thérapeutiques sur la capacité au travail avaient permis d'illustrer la partie.

Il y a 30 ans, Mme F était institutrice et aimait son métier. Suite à une rupture

amoureuse, elle a connu une phase dépressive intense suivie d'une Bouffée Délirante Aigue (BDA). Le diagnostic de bipolarité a alors été posé par son médecin psychiatre au vu des antécédents familiaux de la patiente, sa mère souffrait de bipolarité. Le choix des thérapeutiques s'est axé sur la mise en place d'un régulateur de l'humeur associé à un antipsychotique, un antidépresseur et un anxiolytique. A l'époque, Mme F a fait plusieurs tentatives de suicide. Sur son lieu de travail, ce sont plutôt les symptômes de la BDA qui ont été perçus. Elle a alors été incitée à prendre un arrêt de travail qui a abouti sur un changement d'école, malgré un poste qu'elle appréciait et auquel elle s'était, jusque-là, bien adaptée. Elle souffrait dès lors des effets secondaires des thérapeutiques et des symptômes résiduels dépressifs persistaient. Malgré tout, elle a « tenu » 6 mois, stimulée par la « bienveillance des enfants » dont elle avait la charge.

Pour des raisons personnelles, Mme F a alors changé de département et a effectué plusieurs remplacements interrompus par de nombreux arrêts maladie. Elle exprime avoir « résisté » un an, jusqu'au déclenchement d'une première phase maniaque ayant nécessité une hospitalisation en psychiatrie. Au décours de cette hospitalisation, elle a opté pour une reprise en mi-temps thérapeutique d'une durée de six mois.

Après 7 ans d'enseignement, et un désinvestissement progressif du fait des ruptures de continuité dans sa profession, elle obtient sur concours un poste administratif dans l'éducation nationale. Elle s'occupe alors de l'organisation des temps scolaires et de l'élaboration de projets pour les enseignants, travail qu'elle apprécie malgré un changement poste tous les 5 ans. Le travail est considéré comme primordial et son investissement est important. Mme F évoque une dépense énergétique importante, au point d'en négliger sa vie personnelle. Les

quinze premières années suivant cette reconversion, où elle a d'abord travaillé en autonomie, se sont déroulées sans difficulté majeure, malgré une nouvelle décompensation maniaque.

Mme F décrit tout de même des difficultés s'étant majorées progressivement. Elle rapporte des difficultés en lien avec le regard des autres, une anxiété sociale, une baisse de l'estime de soi, des difficultés organisationnelles et d'affirmation de soi l'amenant souvent à adopter une position basse. Depuis peu, Mme F a été changée de poste vers un travail de saisie informatique la mettant en difficulté au vu de son manque de compétences dans le domaine. Elle travaille désormais en équipe et décrit son milieu professionnel comme « peu bienveillant ». Une collègue la culpabilise régulièrement de « ne pas réussir comme les autres ». Mme F souffre en effet d'une sédation importante liée aux traitements.

Au bout d'un an, Mme F a de nouveau décompensé sur une phase maniaque aussitôt suivie d'une phase dépressive ayant nécessité une nouvelle hospitalisation en psychiatrie. Elle n'a pourtant pas accepté un arrêt de travail immédiatement « j'ai résisté ». Aujourd'hui, Mme F n'est pas sûre d'être capable de reprendre le travail et hésite à faire une demande d'invalidité. Durant l'hospitalisation, elle a eu l'opportunité de rencontrer un médecin expert qui lui a proposé une mise en congé longue maladie jusqu'à une reprise en mi-temps thérapeutique. Elle a obtenu une RQTH qui impliquerait que des aménagements soient prévus par l'employeur, ce qui lui conviendrait si cela n'impliquait pas la divulgation de son diagnostic. Mme F se pose la question de la perception de son handicap.

Mme F, semble présenter des symptômes résiduels dépressifs persistants. Elle se montre assez pessimiste et exprime sa crainte de ne plus savoir travailler

en raison des effets indésirables des thérapeutiques (mémoire, ralentissement, concentration). Elle se retrouve prise dans une ambivalence entre ses craintes et sa culpabilité de « ne pas mener sa vie de femme au travail ». « Je n'y arrive pas aussi bien que les autres ». Pendant son arrêt maladie, Mme F a été remplacée par un contractuel. Elle suppose avec crainte qu'il n'ait effectué un travail plus productif que le sien, ce qui l'amène à penser que ses collègues pourraient percevoir négativement son retour. Elle exprime également ses craintes concernant une reprise en mi-temps, se questionnant sur le report de sa charge de travail sur ses collègues. A la fin de l'hospitalisation, Mme F a décidé une reprise en mi-temps thérapeutique qui a été décalée de 3 mois en accord avec le médecin expert.

Le cas clinique de Mme F illustre avec précision les difficultés émergeant de la phase intercritique et leur impact sur le fonctionnement professionnel. Mme F présente des troubles cognitifs, une anxiété sociale et une gestion émotionnelle basée sur des stratégies de soumission et de repli sur soi. Elle souffre des effets indésirables des traitements ce qui semble majorer ses difficultés cognitives, bien que nous n'en ayons que sa perception subjective. Face à ces difficultés, Mme F a tenté d'adapter son poste de travail en choisissant la voie de la reconversion professionnelle, stratégie qui s'est avérée efficace pendant une quinzaine d'années. Lorsque ses conditions de travail ont été modifiées d'un travail en autonomie vers un travail en équipe, Mme F s'est retrouvée déstabilisée. Le travail au sein d'une équipe a favorisé l'émergence de comportements discriminatoires avec à la clé dégradation de l'estime de soi et internalisation de cette stigmatisation.

Le travail revêt une importance fondamentale pour Mme F qui a continué

à chercher des solutions en s'adressant aux différents intervenants lui étant proposés, médecin psychiatre et médecine du travail. Mme F a alors choisi de faire une demande de RQTH qu'elle a obtenue. Bien que cette reconnaissance lui permettrait d'accéder à des aménagements sur son poste de travail, Mme F s'inquiète de la discrimination supplémentaire que cela pourrait engendrer. Dans ce cas, un accompagnement dans l'emploi semble tout à fait pertinent afin de la rassurer dans ses capacités et de permettre une restauration de l'estime de soi. Toutefois, un travail préalable de psychoéducation et de restructuration des pensées autostigmatisantes s'avèrerait pertinent afin de lui permettre d'accepter la révélation d'un handicap psychique sur le lieu de travail.

4. Le moment opportun : l'accompagnement dans l'emploi

a. Le dispositif emploi accompagné

Le retour à l'emploi a initialement été pensé en tant qu'objectif et corollaire des programmes de réhabilitation psychosociale (147). Se basant sur le principe de « Train and place », ils visaient à préparer et former afin de conduire à une rémission fonctionnelle suffisante pour envisager la reprise d'une activité professionnelle. Plus récemment, les programmes d'accompagnement dans l'emploi, inspirés des modèles nord-américain IPS, proposent une inversion du paradigme. Son principe en devient donc « Place and train », insérer puis former. Il s'agirait dès l'obtention d'une rémission symptomatique, même incomplète, de proposer au patient un accompagnement vers l'emploi le plus complet possible. La rémission fonctionnelle serait donc favorisée par la reprise de l'activité, entraînant la personne dans un cercle vertueux par la restauration d'un sentiment de compétence, le développement de capacités d'adaptation et la mise en action

des capacités cognitives.

Ainsi, la reprise de l'activité ne serait plus repoussée indéfiniment et les personnes souffrant d'un handicap psychique seraient insérées le plus rapidement possible en milieu ordinaire, sans étapes préparatoires.

L'objectif reposerait davantage sur l'apport d'un réel soutien sur le long terme par la mise en place de « job coach », dont le rôle reposerait sur l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, le soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail. Cela permettrait d'offrir un environnement propice aux ajustements, permettant par ailleurs d'aborder l'insight de manière dynamique et de le renforcer. La personne pourrait alors reprendre confiance en ses capacités et sortir des schémas d'autodénigrement par le biais de l'expérimentation.

Les missions du « job coach », ou « conseiller en emploi spécialisé », reposent sur l'évaluation des capacités initiales de la personne au travail et visent son intégration au sein de l'entreprise. Il peut contribuer aux ajustements des conditions de travail en fonction des possibilités du salarié mais aussi de l'employeur. Il permet l'équilibre entre les efforts d'adaptation de la personne et de l'organisation dans une juste mesure. Ce conseiller ne doit pas venir du monde médical mais bien du monde du travail et doit apporter des connaissances sur le monde de l'entreprise. La majorité de son travail se déroule sur le terrain, dans les entreprises où sont insérées les personnes prises en charge. Par sa présence, il suscite un effet de réassurance auprès de l'employeur dans le but de diminuer les phénomènes de stigmatisation liés au handicap psychique.

Cette méthode a fait ses preuves puisqu'elle obtient un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu lors du

recours aux pratiques traditionnelles d'insertion (147). Cette efficacité repose sur le principe de soutien personnalisé apporté spécifiquement aux personnes souffrant de handicap psychique. « L'emploi assisté est indissociable des concepts de responsabilisation, d'inclusion sociale, de dignité et de respect de la personne ». Le soutien est personnalisé dans le sens où il repose sur les attentes et intérêts de la personne dans l'élaboration du projet professionnel. Il s'agit de la sortir de son rôle de malade afin de la rendre actrice de son devenir. Cette approche se focalise sur les buts et sens de la personne plutôt que sur ses déficits. Dans ses principes, ce programme stipule que l'équipe de soutien à l'emploi doit être coordonnée à l'équipe soignante. En pratique, cela n'est pas toujours le cas.

b. Son application en France

Les dispositifs emploi accompagné nord-américain ont vu le jour dans les années 1990 (147). Ce n'est qu'en 2016 que ceux-ci ont été inscrits dans le code du travail français (148). Dans le cadre de ce travail, nous avons eu l'occasion de nous mettre en contact avec l'antenne lilloise de ce dispositif et de rencontrer l'un de leur « job coach ».

En activité depuis un an et demi, le dispositif lillois a été enclenché par l'association LADAPT, suite à un appel d'offre de l'ARS. Il représente à ce jour le seul dispositif financé à hauteur de 70% par l'ARS et 30% par l'AGEFIPH. Le budget qui lui a été alloué en 2019 est de 7,5 millions d'euros, financement minime selon le « job coach », ne permettant qu'un agrément de 50 places et un budget de 4000 euros par personne.

Comme prescrit par les modèles américains, ce conseiller en emploi, au

parcours hétérogène, possède une expérience du monde du travail et du monde associatif, notamment dans le domaine des addictions. Cependant, les compétences attendues restent assez souples et essentiellement motivées par une appétence pour le monde de l'entreprise, la compréhension des postes de travail, un intérêt pour les échanges humains et un sens du défi et de la créativité. L'antenne lilloise compte ainsi 4 « job coach », aux profils non spécifiques, prenant en charge l'insertion de 50 personnes en situation de handicap psychique spécifiquement. Le recours au dispositif implique d'avoir obtenu une RQTH. Le public ciblé comprend des demandeurs d'emploi non insérés dans le milieu professionnel, des salariés ESAT ayant un désir de transition vers le milieu ordinaire et des salariés insérés en milieu ordinaire dont les difficultés nécessitent des adaptations de poste. Ils sont la plupart du temps adressés par un médecin psychiatre dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Cependant, les services du dispositif emploi accompagné peuvent parfois être sollicités par l'entreprise elle-même, ce service étant gratuit pour l'employeur. Cette sollicitation ne peut, évidemment, se faire qu'avec l'accord de l'employé. La motivation est double, atteindre le quota obligatoire de 6% de travailleurs handicapés, permettre la mise en place personnalisée d'ajustements afin de favoriser l'efficacité du salarié. Le dispositif apporte également un effet rassurant pour l'employeur face à un handicap souvent associé à des notions d'instabilité et d'imprévisibilité.

Ce conseiller en emploi décrit son rôle en termes d'alliance avec la personne et de relation de confiance. Il nécessite des capacités d'adaptation reposant sur une réactivité, une disponibilité et un intérêt pour la souffrance psychique dans le cadre du monde professionnel. En effet, ses missions n'ont

pas été clairement explicitées par le dispositif ce qui est également le cas dans les modèles américains (147). A l'image de ces modèles, leur intervention est une intervention de terrain, dans l'entreprise au sein de laquelle a été insérée la personne en situation de handicap psychique. Le projet professionnel est construit selon le parcours de la personne et en fonction de ses besoins, il est donc individualisé. Il vise l'insertion par la prospection sur le marché de l'emploi. Les situations compliquées peuvent être évoquées au sein de groupe de réflexion. Ils sont d'ailleurs, à leur demande, supervisés par une psychologue sensibilisée à la problématique du travail.

Afin d'illustrer l'une de ses missions, ce conseiller en emploi nous a raconté l'une de ses interventions. Il donne l'exemple d'un salarié n'ayant pas osé contacter son employeur suite au dysfonctionnement d'une machine l'empêchant d'effectuer son travail correctement. Devant la peur d'avoir fait une erreur et que lui soit reproché son inactivité consécutive à la mise en arrêt de la machine, celui-ci a contacté son « job coach ». Ce dernier est alors venu dans l'entreprise et a instauré la communication employeur-employé. Son intervention a permis de désamorcer la situation, d'autant plus que la panne était générale à l'entreprise, diminuant ainsi le stress ressenti par le salarié.

Le dispositif emploi accompagné est le premier à proposer un accompagnement de manière pérenne, tout au long du parcours de la personne. Il se base sur le modèle « Place and train », c'est-à-dire que l'insertion est prioritaire, la formation est secondaire. Le « job coach » explique ne pas demander le diagnostic de la personne, il recherche plutôt les blocages en terme fonctionnel. Le dispositif est adaptatif, il évalue les besoins, les obstacles et les limites que peut rencontrer la personne sur un poste donné. Sont ensuite

proposés des ajustements et aménagements dans le but de permettre la réalisation des tâches requises par le poste. Le travail du conseiller ne se limite pas aux compétences requises mais il vise également l'intégration au sein de l'équipe. Dans ce but, la communication s'effectue de manière bilatérale, envers le salarié mais également envers l'employeur, chacun devant s'ajuster aux difficultés rencontrées. Son rôle s'apparente alors à celui d'un traducteur des difficultés du salarié en termes compréhensibles pour l'employeur, et ce, dans un dialogue constant. Cela implique la signature d'une convention tripartite entre l'employeur, le salarié et le dispositif, selon laquelle, l'entreprise s'engage à respecter les aménagements prescrits.

Les limites rencontrées par le conseiller, au-delà du financement, concerne le type d'emploi visé. Il explique qu'il s'agit principalement d'emplois peu qualifiés (nettoyage, préparation de commande). Cependant, l'exigence est posée d'un salaire minimal équivalent au SMIC. Les principes du dispositif reposent davantage sur la pérennisation du parcours professionnel par la recherche de postes offrant des perspectives de Contrat à Durée Indéterminée (CDI). Une vigilance particulière est apportée à ne pas favoriser la précarisation de l'emploi par l'insertion sur de multiples Contrat à Durée Déterminée (CDD). Il explique également que certains corps de métier semblent difficiles à intégrer dans le dispositif, tel que le métier de professeur. En effet, les périodes d'observation nécessaires à l'évaluation des difficultés semblent complexes à effectuer au sein d'une classe d'élèves.

Une troisième limite apportée est le manque de coordination avec les principaux acteurs de la santé mentale. Le « job coach » évoque une communication difficile avec les Centres Médicaux Psychologiques (CMP) et les

professionnels libéraux. Il y perçoit un manque de considération de la part des intervenants médicaux, lui renvoyant fréquemment que l'insertion professionnelle ne relève pas de leur champ de compétences. Cette impression globale d'absence de lien concorde avec les constatations, que nous avons évoquées précédemment, sur la méconnaissance de la sphère professionnelle par les intervenants médicaux. Ces dires appuient l'hypothèse selon laquelle une mise en lien de tous les intervenants du champ de la santé mentale favoriserait l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.

La demande d'intégration dans le dispositif par les personnes en situation de handicap psychique est vaste. Le « job coach » souligne la disproportionnalité entre les besoins d'accompagnement et les possibilités réelles de prise en charge. A l'échelle de la région, 8000 personnes sont concernées et seulement 100 sont prises en charge. A titre comparatif, il indique que la Belgique compte 20000 personnes intégrées dans leur dispositif d'emploi accompagné. Il espère de nouveaux financements progressifs, 25 places supplémentaires sont attendues pour 2020.

Conclusion

Au travers de l'abord historique, des descriptions de ses manifestations aiguës et des nombreuses tentatives de classification ayant mené à de nombreuses oppositions dans sa conceptualisation, se révèle toute la complexité du trouble bipolaire. De la mélancolie à la manie, en tant qu'entités distinctes se dessinant au sein de la multiplicité des manifestations psychiatriques, au regroupement progressif au sein d'une même pathologie. En est repérée son caractère cyclique, mais c'est finalement la notion de curabilité qui permet de la séparer des maladies mentales déficitaires. De cette curabilité émerge la phase intercritique qui en est la marque, terrain sur lequel se développent les mouvements de l'humeur.

Cette apparente normalité a toutefois continué de questionner, par ses manifestations discrètes. Le repérage de certaines dimensions affectives, à l'origine des descriptions des tempéraments a conduit à s'interroger sur les fragilités inhérentes, sur un terrain de prédilection, laissant possible l'éclosion de la pathologie. Actuellement, les classifications internationales se consacrent à la caractérisation des épisodes de décompensation, le moment de l'intercritique s'en trouvant relégué au second plan.

Toutefois, ces dernières années de nombreuses recherches ont tenté d'en explorer les différents aspects. Ont pu être repérées quelques tendances, telles que des troubles cognitifs, des traits émotionnels, d'expression variable tant en proportion qu'en intensité. Certaines comorbidités psychiatriques particulièrement fréquentes telles que le trouble borderline et le Trouble

déficitaire de l'attention interrogent sur hypothèse d'un patrimoine commun. L'association avec les troubles du sommeil et les troubles métaboliques apparaît marquée. En émerge l'idée, d'une pathologie bien plus globale, à l'origine de dérégulations tant sur les plans psychiatrique que métabolique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

Le choix d'une approche de la période intercritique au travers du prisme de l'insertion professionnelle, est venue de l'idée de porter un regard sur les sujets en fonctionnement. Par le biais d'un système aux enjeux multiples engageant des interactions sociales complexes, des règles d'exercice, des enjeux de compétence, de place sociale, semblent se révéler les fragilités liées au trouble. Le défi auquel font face ces sujets s'avère parfois difficile à relever. En effet, la maladie bipolaire nécessite de nombreuses adaptations au quotidien, dans la recherche d'un équilibre entre la stabilisation symptomatique, la vie intime la vie familiale, la vie sociale et l'insertion professionnelle.

Chez la quasi-totalité des sujets, émerge de manière saillante un impact social. Il s'agit souvent de la problématique principale et d'un obstacle majeur en vue d'une résilience. Le regard que porte la société sur le trouble bipolaire paraît encore très empreint de préjugés, internalisés par les patients. Les mécanismes de stigmatisation, malgré une meilleure information sur les pathologies mentales persistent et se manifestent sur le lieu de travail. L'impact peut en être important. La stigmatisation est à l'origine d'une souffrance, constitue un obstacle majeur à la construction de l'insight et peut potentiellement être à l'origine d'un défaut de soin.

Chez certains, le travail apparaît bénéfique et prend la forme d'une stratégie, parfois non consciente, d'adaptation à la pathologie. Tel ce patient,

artisan depuis l'âge de 15 ans qui explique avoir voyagé pendant des années. Il a ainsi exercé dans plusieurs villes d'Europe. Il a finalement créé son autoentreprise itinérante, sa vie s'étant construite entre ce besoin de mouvement incessant et un investissement particulièrement marqué de la sphère professionnelle. Il relatait être attaché à une régularité dans son travail, auquel il s'adonnait avec passion. Sa pathologie a finalement décompensé sur un mode hypomaniaque suite à un arrêt temporaire forcé de son activité professionnelle et, dans ce contexte, à un recours massif à des consommations d'alcool.

La valeur placée dans le travail, apparaît souvent fondamentale chez les sujets bipolaires. Ils démontrent une grande détermination à la reprise du travail, ont des exigences de compétences, un sens du défi et semblent capables d'un investissement important dans les moments de stabilisation.

Cependant, les évolutions progressives du monde du travail entraînent une perte de sens et de valeur dans l'activité exercée. La complexification des structures hiérarchiques, la restriction du champ d'action du salarié, la normalisation des tâches et la traçabilité individualisée laissent peu de place à l'expression d'une créativité individuelle. Les échanges humains sont moins fréquents, les exigences de performance et de compétitivité sont de plus en plus présentes et détériorent les rapports humains (123). La souffrance et les plaintes en lien avec le travail concernent tous les travailleurs et entraînent des demandes de soins croissantes dans les structures de santé mentale.

Bleuler avait proposé le terme de syntonie pour décrire l'hyperréactivité repérée chez les sujets bipolaires, notion qui pourrait aujourd'hui prendre tout son sens. Il avait en effet souligné, chez ces sujets, une hypersensibilité à l'ambiance influant notablement sur leurs états émotionnels. L'idée pourrait être

avancée d'un travail qui ne serait finalement pas si révélateur de fragilités chez le sujet bipolaire. Par les décompensations pourrait être exprimé le message d'un environnement de travail en souffrance.

Bibliographie

1. Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire
2. Troubles mentaux [Internet]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. HAS. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. 2014.
4. O'Donnell L, Himle JA, Ryan K, Grogan-Kaylor A, McInnis MG, Weintraub J, et al. Social Aspects of the Workplace Among Individuals With Bipolar Disorder. *J Soc Soc Work Res.* 2017;8(3):379-98.
5. Haustgen T. Idées reçues sur les troubles bipolaires. Le Cavalier Bleu Editions; 2013. 191 p.
6. Murru A, Pacchiarotti I, Verdolini N, Reinares M, Torrent C, Geoffroy P-A, et al. Modifiable and non-modifiable factors associated with functional impairment during the inter-episodic periods of bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* déc 2018;268(8):749-55.
7. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20(2):97-170.
8. Haustgen T, Akiskal H. French antecedents of “contemporary” concepts in the American Psychiatric Association’s classification of bipolar (mood) disorders. *J Affect Disord.* 1 déc 2006;96(3):149-63.
9. Haustgen T. Les troubles bipolaires à travers les siècles. *PSN.* 4 juill 2016;Volume 14(2):53-91.
10. Kaladjian A, Azorin J-M, Adida M, Fakra E, Da Fonseca D, Pringuey D. Troubles affectifs : évolution des modèles nosographiques. *L'Encéphale.* déc 2010;36:S178-82.
11. Garrabé J. Remarques historiques sur la nosographie des troubles thymiques : de la psychose maniaco-dépressive à la bipolarité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2014;172(8):642-51.
12. Haustgen T. Pierre Pichot et l'histoire de la psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2018;176(10):1009-14.
13. Van Valkenburg C, Kluznik JC, Speed N, Akiskal HS. Cyclothymia and labile personality: is all folie circulaire? *J Affect Disord.* déc 2006;96(3):177-81.

14. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2016.
15. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord*. 2001;17.
16. Bourgeois ML, Gay C, Henry C, Masson M. Dichotomie unipolaire-bipolaire et spectre bipolaire dans les troubles de l'humeur [Internet]. 2014 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=cairnle&ezurl=http://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782257205650.htm>
17. Médard E. Les troubles bipolaires et le milieu de travail. *Arch Mal Prof Environ*. oct 2009;70(5):559-66.
18. Angst J. Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems and perspectives. *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 23 août 2013 [cité 16 juin 2020];1. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230689/>
19. Pull CB. 3. Classification des troubles bipolaires : de la CIM-9 à la CIM-11 et du DSM-III au DSM-5 [Internet]. Les troubles bipolaires. Lavoisier; 2014 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-17.htm?contenu=resume>
20. Hantouche E. Dépression et tempérament. Fond Pierre Deniker. :15.
21. Georges PD. De quoi Kretschmer est-il le nom ? Cause Freudienne. 2009;N° 73(3):138-53.
22. Revaz O. La syntonie, notion-clé du « spectre » bipolaire ? *Psychol Clin Proj*. 2013;n° 19(1):75-89.
23. Azorin J-M, Fakra E, Adida M, Belzeaux R, Cermolacce M, Mazzola P, et al. Les endophénotypes tempéramentaux. *L'Encéphale*. 1 déc 2012;38:S70-4.
24. Pompili M, Innamorati M, Gonda X, Erbutto D, Forte A, Ricci F, et al. Characterization of patients with mood disorders for their prevalent temperament and level of hopelessness. *J Affect Disord*. sept 2014;166:285-91.
25. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, Keller M, et al. Switching from « unipolar » to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry*. févr 1995;52(2):114-23.
26. Henry C, Van den Bulke D, Bellivier F, Etain B, Rouillon F, Leboyer M. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizer. *J Clin Psychiatry*. mars 2003;64(3):331-5.
27. Dakhlaoui O, Larguèche M, Elloumi H, Haffani F. Trouble unipolaire – trouble bipolaire : comparaison clinique et évolutive. *Inf Psychiatr*. 2009;Volume 85(3):267-73.

28. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am.* sept 1999;22(3):517-34, vii.
29. Gottesman II, Gould TD. The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *Am J Psychiatry.* avr 2003;160(4):636-45.
30. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche EG, Fraud J-P, Gury C, et al. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: Overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *J Affect Disord.* déc 2006;96(3):197-205.
31. OMS. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1993. 305 p.
32. Eusop-Roussel E, Colliot P. Évaluation neuropsychologique chez l'adulte. *Wwwem-Premiumcomdatatraiteski26-62266* [Internet]. 5 oct 2013 [cité 20 mai 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/842392/resultatrecherche/16>
33. Mémoire [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/memoire>
34. Szmulewicz AG, Samamé C, Martino DJ, Strejilevich SA, Szmulewicz AG, Samamé C, et al. An updated review on the neuropsychological profile of subjects with bipolar disorder. *Arch Clin Psychiatry São Paulo.* oct 2015;42(5):139-46.
35. Cipriani G, Danti S, Carlesi C, Cammisuli DM, Di Fiorino M. Bipolar Disorder and Cognitive Dysfunction: A Complex Link. *J Nerv Ment Dis.* oct 2017;205(10):743-56.
36. Kurtz MM, Gerraty RT. A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: Profile and effects of clinical state. *Neuropsychology.* 2009;23(5):551-62.
37. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *J Affect Disord.* 1 févr 2009;113(1):1-20.
38. Lima IMM, Peckham AD, Johnson SL. Cognitive deficits in bipolar disorders: Implications for emotion. *Clin Psychol Rev.* 1 févr 2018;59:126-36.
39. Ehrminger M, Brunet-Gouet E, Cannavo A-S, Aouizerate B, Cussac I, Azorin J-M, et al. Longitudinal relationships between cognition and functioning over 2 years in euthymic patients with bipolar disorder: a cross-lagged panel model approach with the FACE-BD cohort. *Br J Psychiatry.* 13 août 2019;1-8.
40. Baune BT, Malhi GS. A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder.

41. Luo X, Zhu Y, Lu D, Zong K, Lin X. Subjective cognitive dysfunction in patients with bipolar disorder: The prevalence, related factors and effects on predicting psychosocial functioning and suicidal ideation. *Psychiatry Res.* févr 2020;284:112669.
42. Lin X, Lu D, Huang Z, Chen W, Luo X, Zhu Y. The associations between subjective and objective cognitive functioning across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in Chinese bipolar patients. *J Affect Disord.* 15 avr 2019;249:73-81.
43. Miskowiak KW, Petersen JZ, Ott CV, Knorr U, Kessing LV, Gallagher P, et al. Predictors of the discrepancy between objective and subjective cognition in bipolar disorder: a novel methodology. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;134(6):511-21.
44. Martínez-Camarillo S, Yoldi-Negrete M, Fresán-Orellana A, Ortega-Ortiz H, Becerra-Palars C. Work motivation in patients with bipolar disorder: Associated factors. *Int J Soc Psychiatry.* 1 juin 2019;65(4):300-4.
45. Dubois M, Azorin J-M, Fakra E, Adida M, Belzeaux R. Endophénotypes émotionnels et troubles bipolaires. *L'Encéphale.* 1 déc 2012;38:S85-92.
46. Fakra E, Dubois M, Adida M, Corréard N, Kaladjian A, Mazzola P, et al. Les endophénotypes émotionnels dans les troubles bipolaires et la schizophrénie. *L'Encéphale.* 1 déc 2012;38:S93-7.
47. Leblanc A, Jarroir M, Vorspan F, Bellivier F, Leveillee S, Romo L. Dimensions affectives et impulsives dans le trouble bipolaire et le trouble de la personnalité borderline. *L'Encéphale.* mai 2017;43(3):199-204.
48. Gershon A, Eidelman P. Inter-episode affective intensity and instability: predictors of depression and functional impairment in bipolar disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2015;46:14-8.
49. Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K, et al. Impulsivity in anxiety disorder patients: Is it related to comorbid cyclothymia? *J Affect Disord.* oct 2011;133(3):600-6.
50. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* mai 2007;64(5):543-52.
51. Maremmani I, Perugi G, Pacini M, Akiskal HS. Toward a unitary perspective on the bipolar spectrum and substance abuse: Opiate addiction as a paradigm. *J Affect Disord.* juill 2006;93(1-3):1-12.
52. Bailly D. Troubles bipolaires et abus de substances. *L'Encéphale.* 1 déc 2007;33:114-9.
53. Amann BL, Radua J, Wunsch C, König B, Simhandl C. Psychiatric and

- physical comorbidities and their impact on the course of bipolar disorder: A prospective, naturalistic 4-year follow-up study. *Bipolar Disord.* 2017;19(3):225-34.
54. Henry C. Troubles bipolaires et personnalités borderline chez l'adulte. *L'Encéphale.* 1 déc 2007;33:110-3.
 55. Perugi G, Angst J, Azorin J-M, Bowden C, Vieta E, Young AH. Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIDGE study. *J Affect Disord.* janv 2013;144(1-2):72-8.
 56. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, et al. Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry.* 1 déc 2004;161(12):2222-9.
 57. Cazard F, Ferreri F. Troubles bipolaires et troubles anxieux comorbides : impact pronostique et enjeux thérapeutiques. *L'Encéphale.* 1 févr 2013;39(1):66-74.
 58. Brown TE. Trouble déficit de l'attention-hyperactivité chez l'enfant et l'adulte: guide d'une approche contemporaine du TDAH. 2019.
 59. Troubles bipolaire : connaissances, représentation et prise en charge.
 60. Godin O, Etain B, Henry C, Bougerol T, Courtet P, Mayliss L, et al. Metabolic Syndrome in a French Cohort of Patients With Bipolar Disorder: Results From the FACE-BD Cohort. *J Clin Psychiatry.* 28 oct 2014;75(10):1078-85.
 61. Masson M, Barde M, Henry C, Gay C. 39. Syndrome métabolique, maladies cardiovasculaires et dysthyroïdies : co-morbidités somatiques prépondérantes dans les troubles bipolaires [Internet]. *Les troubles bipolaires.* Lavoisier; 2014 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-287.htm>
 62. Duval F. Affections métaboliques et psychiatrie. *Wwwem-Premiumcomdatatraitesses37-60022* [Internet]. 6 mars 2013 [cité 20 juin 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/788884/resultatrecherche/6>
 63. Palagini L, Miniati M, Caruso D, Massa L, Novi M, Pardini F, et al. Association between affective temperaments and mood features in bipolar disorder II: The role of insomnia and chronobiological rhythms desynchronization. *J Affect Disord.* avr 2020;266:263-72.
 64. Eidelman P, Talbot LS, Gruber J, Hairston I, Harvey AG. Sleep architecture as correlate and predictor of symptoms and impairment in inter-episode bipolar disorder: taking on the challenge of medication effects. *J Sleep Res.* déc 2010;19(4):516-24.

65. Geoffroy PA, Micoulaud Franchi J-A, Lopez R, Poirot I, Brion A, Royant-Parola S, et al. Comment caractériser et traiter les plaintes de sommeil dans les troubles bipolaires ? *L'Encéphale*. 1 août 2017;43(4):363-73.
66. Soreca I, Wallace ML, Frank E, Hasler BP, Levenson JC, Kupfer DJ. Sleep duration is associated with dyslipidemia in patients with bipolar disorder in clinical remission. *J Affect Disord*. 10 déc 2012;141(2):484-7.
67. Pancheri C, Verdolini N, Pacchiarotti I, Samalin L, Delle Chiaie R, Biondi M, et al. A systematic review on sleep alterations anticipating the onset of bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 1 mai 2019;58:45-53.
68. Favrod J, Franck N. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.
69. Daglas R, Cotton SM, Allott K, Yücel M, Macneil CA, Hasty MK, et al. A single-blind, randomised controlled trial on the effects of lithium and quetiapine monotherapy on the trajectory of cognitive functioning in first episode mania: A 12-month follow-up study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. janv 2016;31:20-8.
70. Kessing LV, Søndergård L, Forman JL, Andersen PK. Lithium Treatment and Risk of Dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 3 nov 2008;65(11):1331-5.
71. Xu N, Huggon B, Saunders KEA. Cognitive Impairment in Patients with Bipolar Disorder: Impact of Pharmacological Treatment. *CNS Drugs*. janv 2020;34(1):29-46.
72. Stewart SA. The Effects of Benzodiazepines on Cognition. *J Clin Psychiatry*. :5.
73. Llorca P-M, Gourion D. 59. Antipsychotiques [Internet]. *Les troubles bipolaires*. Lavoisier; 2014 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-464.htm>
74. Dupont S, Masson M. 58. Anticonvulsivants et stabilisation de l'humeur [Internet]. *Les troubles bipolaires*. Lavoisier; 2014 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-452.htm>
75. Bertini M-J. Usages épistémiques et sociaux de la stigmatisation. Pour une approche philosophique du concept de stigmatisation. *Inf Psychiatr*. 2007;Volume 83(8):663-5.
76. Goffman E. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit; 1975. 175 p.
77. Croizet J-C, Leyens J-P. *Mauvaises réputations: Réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*. Armand Colin; 2003. 176 p.
78. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster; 2009. 164 p.

79. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* août 2001;27(1):363-85.
80. Ancet P. Être marqué dans sa chair. *Champ Psy.* 2015;N° 68(2):11-24.
81. Benoist J. Logiques de la stigmatisation, éthique de la destigmatisation. *Inf Psychiatr.* 2007;83(8):649.
82. Gargiulo M, Rosenblum O. Avant-propos. *Champ Psy.* 2015;N° 68(2):5-10.
83. Bonnington O, Rose D. Exploring stigmatisation among people diagnosed with either bipolar disorder or borderline personality disorder: A critical realist analysis. *Soc Sci Med.* 1 déc 2014;123:7-17.
84. Nilsson KK, Kugathasan P, Straarup KN. Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *J Affect Disord.* 1 avr 2016;194:196-201.
85. Wolkenstein L, Meyer TD. Attitudes of young people towards depression and mania. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2008;81(1):15-31.
86. Wolkenstein L, Meyer TD. What factors influence attitudes towards people with current depression and current mania? *Int J Soc Psychiatry.* mars 2009;55(2):124-40.
87. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* juill 2012;53(5):484-9.
88. Scharnitzky P. Les pièges de la discrimination. *L'Archipel*; 2006. 137 p.
89. Putman S. Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008;15(8):684-93.
90. Weiner B, Perry R, Magnusson J. An Attribution Analysis of Reactions to Stigmas. *J Pers Soc Psychol.* 1 déc 1988;55:738-48.
91. Un sondage Ipsos pour FondaMental et Klesia [Internet]. Fondation FondaMental. 2014 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/610>
92. Richard-Lepouriel H. Trouble bipolaire, auto-stigmatisation et restructuration cognitive : une première tentative de prise en charge. *J Thérapie Comport Cogn.* 1 nov 2017;27(4):177-83.
93. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord.* 2007;9(1-2):126-43.
94. Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C. 'It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illn.* 1 sept

2011;7(3):209-24.

95. Thomé ES, Dargél AA, Migliavacca FM, Potter WA, Jappur DMC, Kapczinski F, et al. Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 2012;19(8):665-71.
96. Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *J Affect Disord*. sept 2013;150(2):181-91.
97. Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study. *J Affect Disord*. mai 2002;69(1-3):61-7.
98. Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe*/BEAM survey I - Global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord*. 2003;5(4):265-78.
99. Markowitz FE. The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. *J Health Soc Behav*. 1998;39(4):335-47.
100. Corrigan P. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 1 févr 2002;9:35-53.
101. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*. août 2012;57(8):464-9.
102. Cavayas M, Raffard S, Gély-Nargeot M-C. Stigmatization in Alzheimer's disease, a review. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement*. sept 2012;10(3):297-305.
103. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophr Bull*. 27 oct 2006;33(6):1312-8.
104. Aydemir O, Akkaya C. Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *Acta Neuropsychiatr*. oct 2011;23(5):224-8.
105. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *J Affect Disord*. 1 mars 2011;129(1):56-63.
106. Levy B, Tsoy E, Brodt M, Petrosyan K, Malloy M. Stigma, social anxiety, and illness severity in bipolar disorder: Implications for treatment. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. févr 2015;27(1):55-64.
107. Corrigan PW, Larson JE, Rüsçh N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. juin 2009;8(2):75-81.
108. Calvez M. Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une

sociologie de la liminalité. *Sci Soc Santé*. 1994;12(1):61-88.

109. Au C-H, Wong CS-M, Law C-W, Wong M-C, Chung K-F. Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. mars 2019;57:7-12.
110. Rüscher N, Nordt C, Kawohl W, Brantschen E, Bärtzsch B, Müller M, et al. Work-related discrimination and change in self-stigma among people with mental illness during supported employment. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 déc 2014;65(12):1496-8.
111. Jaafari N, El Fairouqi Y, Harika-Germaneau G. Insight et bipolarité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. févr 2018;176(2):205-8.
112. Látalová K. Insight in Bipolar Disorder. *Psychiatr Q*. sept 2012;83(3):293-310.
113. Camelo E, Mograbi DC, de Assis da Silva R, Santana CMT, Ferreira do Nascimento RL, de Oliveira e Silva AC, et al. Clinical and Cognitive Correlates of Insight in Bipolar Disorder. *Psychiatr Q*. juin 2019;90(2):385-94.
114. Silva R de A da, Mograbi DC, Camelo EVM, Amadeo LN, Santana CMT, Landeira-Fernandez J, et al. The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder: an exploratory study. *Trends Psychiatry Psychother*. sept 2018;40(3):210-5.
115. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*. 5 août 2015;15(1):189.
116. Niard C, Franck N. Psychoéducation et troubles du spectre bipolaire. [Wwwem-Premiumcomdatatraitesps37-60006](http://www.em-premium.com/traitements/37-60006) [Internet]. 11 janv 2020 [cité 12 janv 2020]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/1344732>
117. Larousse É. Définitions : divulguer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/divulguer/26189>
118. Corbière M, Villotti P, Toth K, Waghorn G. La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail : deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*. juin 2014;40:S91-102.
119. Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley EA, et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*. 16 févr 2012;12(1):11.
120. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental->

121. Coutanceau R. Stress, burn-out, harcèlement moral: de la souffrance au travail au management qualitatif. 2016.
122. Molinier P, Flottes A. Travail et santé mentale : approches cliniques. *Trav Empl.* 13 nov 2012;n° 129(1):51-66.
123. Christophe D, Isabelle G, DEJOURS Christophe. Psychopathologie du travail. 2° éd. rev. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. 6-176 p. (Les âges de la vie - Psychopathologie).
124. Palazzi S. La loi de modernisation sociale : la prise en compte de la « santé mentale » dans l'entreprise. *J Français Psychiatr.* 2003;no19(2):44-5.
125. Cour de cassation, civile, Chambre sociale, 5 mars 2008, 06-45.888, Publié au bulletin [Internet]. Publié au bulletin. 2008 [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000018234005>
126. Pachoud B, Llorca PM, Azorin JM, Dubertret C, de Pierrefeu I, Gaillard R, et al. Comment améliorer les pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie en France ? *L'Encéphale.* 1 déc 2015;41(6):507-14.
127. Borg M, Veseth M, Binder P-E, Topor A. The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qual Soc Work Res Pract.* mai 2013;12(3):323-39.
128. Bergh S, Hjorthøj C, Sørensen HJ, Fagerlund B, Austin S, Secher RG, et al. Predictors and longitudinal course of cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders, 10years after baseline: The OPUS study. *Schizophr Res.* 1 août 2016;175(1):57-63.
129. DGT_Marc.T, DGT_Marc.T. Risques psychosociaux [Internet]. Ministère du Travail. 2020 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>
130. Bottai T, Aubin V, Loftus J, Swartz HA. 65. Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) ou thérapie interpersonnelle et d'aménagement des rythmes sociaux (TIPARS) [Internet]. *Les troubles bipolaires.* Lavoisier; 2014 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-512.htm>
131. Boivin DB. Comment réduire les effets négatifs du travail de nuit sur la santé et la performance? *Gestion.* 2010;Vol. 35(3):47-52.
132. Genty V, Fantoni Quinton S. Les subtilités du temps partiel thérapeutique. *Arch Mal Prof Environ.* nov 2018;79(5):666-9.
133. Manaouil C. Secret médical en santé au travail. *Wwwem-*

Premiumcomdatarevues12467391v2018i153S1246739118300459
[Internet]. 19 nov 2018 [cité 21 juin 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/1258591/resultatrecherche/6>

134. Calabrese JR, Sanchez R, Jin N, Amatniek J, Cox K, Johnson B, et al. Efficacy and Safety of Aripiprazole Once-Monthly in the Maintenance Treatment of Bipolar I Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled, 52-Week Randomized Withdrawal Study. *J Clin Psychiatry*. 29 mars 2017;78(3):324-31.
135. Purdon S. Purdon (2005) SCIP Manual. 2005.
136. Yatham LN, Torres IJ, Malhi GS, Frangou S, Glahn DC, Bearden CE, et al. The International Society for Bipolar Disorders-Battery for Assessment of Neurocognition (ISBD-BANC). *Bipolar Disord*. juin 2010;12(4):351-63.
137. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3(1):5.
138. Rosa AR, Mercadé C, Sánchez-Moreno J, Solé B, Mar Bonnin CD, Torrent C, et al. Validity and reliability of a rating scale on subjective cognitive deficits in bipolar disorder (COBRA). *J Affect Disord*. 15 août 2013;150(1):29-36.
139. Bichsel DN. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev MÉDICALE SUISSE*. 2017;4.
140. Travail M du, Travail M du. La protection contre les discriminations [Internet]. Ministère du Travail. 2020 [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/egalite-professionnelle-discrimination-et-harcelement/article/la-protection-contre-les-discriminations>
141. Les-differents-types-de-handicap - CCAH [Internet]. [cité 17 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAHA/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
142. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000809647>
143. Nations unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Disponible sur: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
144. OMS. Classification International du fonctionnement du Handicap et de la santé.
145. Giraud-Baro E, Duprez M. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits

et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. EMC - Psychiatr. janv 2009;6(3):1-12.

146. AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) - Ministère du Travail [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/agefiph>
147. Pachoud B, Allemand C. Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de « job coaching »): une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. L'Évolution Psychiatr. janv 2013;78(1):107-17.
148. L'emploi accompagné | LADAPT [Internet]. [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ladapt.net/lemploi-accompagne>
149. Harvey PD. Defining and achieving recovery from bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 9:14-8; discussion 36-42.

AUTEUR : Nom : HOUQUE

Prénom : DAMIEN

Date de soutenance : Lundi 6 juillet 2020

**Titre de la thèse : L'insertion professionnelle dans le trouble bipolaire :
Les enjeux et perspectives au cours de la période intercritique**

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : trouble bipolaire, travail, vulnérabilité, stigmatisation, euthymie,

Résumé

Contexte : Le trouble bipolaire est une maladie invalidante dont le diagnostic est complexe. Les conséquences du trouble sont multiples et les répercussions psychosociales impactent particulièrement la sphère professionnelle. Les enjeux du travail se manifestent au travers de la période intercritique.

Méthode : La première partie se consacre à l'historique des conceptions du trouble bipolaire afin d'introduire ses manifestations en période intercritique. Dans une seconde partie les caractéristiques et enjeux de cette période seront décrits et mis en lien avec les difficultés rencontrées dans l'insertion professionnelle. La troisième partie s'attache à en repérer des propositions de prises en charge centrées sur le travail. La mise en regard d'expériences de patients et d'une revue de la littérature permettront d'en formuler des pistes de compréhension et des perspectives thérapeutiques.

Résultats : Face aux difficultés rencontrées par les patients souffrant d'un trouble bipolaire, une prise en charge pluridisciplinaire apparaît nécessaire. Les dispositifs d'accompagnement dans l'emploi pourraient favoriser une meilleure insertion dans le monde du travail.

Conclusion : La problématique de l'insertion professionnelle est révélatrice de la multiplicité des enjeux lors de la période intercritique du trouble bipolaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Thomas

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva
Madame la Professeur Sophie Fantoni-Quinton**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean Paul Durand