

Veillez laisser ce champ vide

Souscrivez à notre infolettre

La Bipolarité en Questions – Parl.I ASBL

La Bipolarité en Questions

Tout ce que t'as toujours voulu savoir sans oser le demander

Entre les mythes TikTok, les peurs des gens et la science, la bipolarité ça soulève mille questions. Voici des réponses claires, basées sur la recherche médicale actuelle, pour mieux comprendre et déconstruire les idées reçues.

Est-ce que la bipolarité est contagieuse ?

Non, absolument pas. Tu peux vivre avec, partager ta paille, ton chargeur, ton lit — tu ne vas pas « attraper » la bipolarité. Ce n'est ni une infection, ni un virus, ni rien qui se transmet par contact.

La bipolarité, c'est un truc neuropsychiatrique complexe qui vient d'un mélange entre facteurs génétiques, biologiques et environnementaux. Le stress ou les traumatismes peuvent déclencher des épisodes chez quelqu'un qui a déjà une prédisposition, mais ça ne « transmet » pas la maladie.

La bipolarité touche environ 1 à 2% de la population mondiale, soit plus de 70 millions de personnes. Tu connais forcément quelqu'un qui vit avec, même si tu ne le sais pas. C'est juste pas écrit sur leur front.

C'est quoi l'histoire de la bipolarité ? C'est une invention moderne ?

On en parle depuis l'Antiquité, mais ça ne veut pas dire que ça n'existait pas avant. Les premières descriptions écrites remontent à Hippocrate (460-370 av. J.-C.), le père de la médecine. Il décrivait déjà deux états extrêmes : la mélancolie (une forme de dépression profonde) et la

manie (une excitation anormale).

Au 1er siècle après J.-C., le médecin grec Arétée de Cappadoce a été le premier à comprendre que ces deux états opposés étaient en fait les deux faces d'une même réalité. Il racontait des patients qui « riaient, jouaient, dansaient nuit et jour » pour devenir ensuite « torpides, tristes et abattus ».

Le concept moderne de « folie circulaire » a été formalisé en 1854 par le psychiatre français Jean-Pierre Falret. Il a aussi remarqué que la maladie se transmettait dans les familles, suggérant une base génétique. C'est le psychiatre allemand Emil Kraepelin qui, en 1899, a regroupé toutes ces formes sous le terme de « psychose maniaco-dépressive ».

Le mot « bipolarité » lui-même est plus récent : il date des années 1950-60, quand les chercheurs ont voulu séparer cette maladie de la schizophrénie. Donc oui, on en parle depuis longtemps, mais le nom est récent.

Est-ce que la bipolarité réduit l'espérance de vie ?

Malheureusement, oui, et c'est l'un des aspects les plus préoccupants. Une méta-analyse majeure publiée dans *The Lancet* en 2023 montre

que les personnes atteintes de bipolarité perdent en moyenne 9 à 12 ans de vie par rapport à la population générale.

Mais ces chiffres doivent être relativisés :

- La différence varie selon les pays : jusqu'à 29 ans de vie perdus en Afrique, contre environ 12 ans en Europe
- Les causes de décès sont majoritairement naturelles (maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancers) et non naturelles (suicide) en proportions similaires
- Le risque de suicide est 20 à 30 fois plus élevé que dans la population générale, particulièrement dans les premières années de la maladie

Ce n'est pas une fatalité

Ces stats traduisent surtout des inégalités d'accès aux soins, des problèmes de santé physique sous-traités et des retards de diagnostic. Avec une prise en charge précoce et complète (traitement, suivi médical régulier, hygiène de vie), on peut réduire considérablement cet écart.

Peut-on guérir de la bipolarité ?

Non, on ne guérit pas de la bipolarité au sens strict. C'est une condition chronique, comme le diabète ou l'hypertension. Mais — et c'est une nuance cruciale — on peut vivre très bien avec.

Le concept important est celui de rémission : des périodes parfois très longues, voire permanentes, sans épisode. Avec un traitement adapté, une psychoéducation et un mode de vie structuré, plein de gens atteints de bipolarité mènent une vie épanouissante, ont des carrières qui déchirent et des relations qui durent.

Le mot « guérison » est délicat parce qu'il suggère que la maladie disparaît complètement. En vrai, la vulnérabilité reste, mais elle peut être gérée. Certains préfèrent parler de « rétablissement » plutôt que de guérison, pour souligner ce processus actif de gestion et d'adaptation.

La bipolarité, c'est juste changer d'humeur comme tout le monde ?

Non, ce n'est pas comparable. Tout le monde a des hauts et des bas, mais dans la bipolarité, ces changements sont extrêmes, prolongés et désorganisés.

Imagine : pendant une manie, tu ne dors pas pendant 3 jours, tu

claques des milliers d'euros impulsivement, tu parles si vite que personne ne peut t'interrompre, et tu crois pouvoir sauver le monde. Puis, brutalement, tu tombes dans un état où tu ne peux plus te lever de ton lit, où la douleur morale est physique, et où la mort semble la seule issue.

Les critères cliniques distinguent nettement les fluctuations normales des épisodes pathologiques : durée (minimum 4-7 jours), intensité (altération du fonctionnement), et impact sur la vie quotidienne. Ce n'est pas « être de bonne ou de mauvaise humeur » — c'est une déstabilisation totale du fonctionnement psychique et physique.

Les personnes bipolaires sont-elles toutes des génies créatifs ?

C'est un mythe romantique... et dangereux. Il est vrai que certaines études montrent une association entre créativité et traits maniaques, et que des artistes célèbres (Van Gogh, Hemingway, etc.) vivaient avec cette maladie. Mais la grande majorité des personnes bipolaires ne sont pas des génies, et la grande majorité des génies créatifs ne sont pas bipolaires.

Ce mythe est problématique pour plusieurs raisons :

- Il minimise la souffrance réelle de la maladie

- Il peut inciter certains à arrêter leur traitement pour « préserver leur créativité » — avec des conséquences souvent désastreuses
- Il crée une pression sociale irréaliste

La vérité est plus nuancée : la bipolarité peut parfois accompagner une pensée divergente, une fluidité verbale accrue, ou une sensibilité particulière, mais ces traits ne font pas le talent. Et surtout, la stabilité permet mieux l'épanouissement créatif que le chaos.

Est-ce héréditaire ? Mes enfants vont-ils l'avoir ?

Il y a une composante génétique, mais ce n'est pas une fatalité. Si tu as un parent bipolaire, ton risque d'en être atteint est environ 10 à 25% (contre 1-2% dans la population générale). Si les deux parents sont concernés, le risque monte à 30-50%.

Mais attention : la génétique n'est pas le destin. Le trouble bipolaire résulte d'une interaction complexe entre :

- Predisposition génétique (vulnérabilité)
- Facteurs environnementaux (stress, traumatismes, consommation de substances)
- Protectors (éducation stable, réserve cognitive, soutien social)

Avoir des antécédents familiaux ne signifie pas « condamner » tes enfants. Ça signifie être vigilant, favoriser un environnement stable, et chercher de l'aide précoce si des signes apparaissent. Plein de gens à risque génétique ne développeront jamais la maladie.

Faut-il prendre des médicaments à vie ?

En général, oui. Les recommandations internationales suggèrent un traitement de fond (thymorégulateurs) sur le long terme, souvent à vie, car le risque de rechute est élevé après l'arrêt — environ 80% des patients rechutent dans les 12-24 mois suivant l'arrêt brutal.

Cependant, « à vie » ne signifie pas « inchangé » :

- Les dosages peuvent être ajustés au fil du temps
- Certains patients, après des années de stabilité, peuvent tenter une réduction progressive sous surveillance médicale stricte
- Le traitement s'adapte aux phases : parfois renforcé, parfois allégé

L'objectif n'est pas de « droguer » les patients, mais de prévenir les rechutes qui, à chaque épisode, aggravent le pronostic et réduisent la réponse aux traitements. C'est une protection, pas une punition.

Peut-on conduire, travailler, avoir des enfants ?

Oui, oui, et oui ! La bipolarité n'est pas une condamnation à l'inactivité ou à l'isolement.

Conduire : En phase stabilisée, avec un traitement adapté, il n'y a généralement pas de contre-indication. Pendant un épisode (maniaque ou dépressif), il est évident qu'il faut éviter — comme pour toute condition altérant les facultés.

Travailler : Beaucoup de personnes bipolaires ont des carrières très réussies. Certaines activités peuvent même être avantageuses : créativité, énergie, capacité à penser « hors des sentiers battus ». Le défi est souvent de gérer le stress et les horaires irréguliers.

Avoir des enfants : Absolument possible. Ça demande une planification (certains médicaments doivent être adaptés pendant la grossesse), un soutien familial, et une vigilance accrue pendant la période post-partum (risque de rechute). Mais plein de parents bipolaires élèvent magnifiquement leurs enfants.

Qu'est-ce qui déclenche les épisodes ?

Les facteurs déclenchants varient d'une personne à l'autre, mais les plus courants sont :

Facteur	Explication
Sommeil perturbé	Le manque de sommeil est le déclencheur le plus puissant, notamment pour la manie
Stress majeur	Décès, rupture, déménagement, perte d'emploi, examens
Saisons	Les épisodes dépressifs sont plus fréquents en automne/hiver, les manies au printemps
Consommation de substances	Alcool, cannabis, stimulants peuvent déclencher ou aggraver les épisodes
Arrêt brutal des médicaments	L'arrêt « sauvage » est un déclencheur majeur de rechute
Période post-partum	Les changements hormonaux et le stress du nouveau-né augmentent le risque
Réseaux sociaux & FOMO	Le scrolling compulsif, la comparaison permanente, l'anxiété de manquer quelque chose

Apprendre à identifier ses propres signaux précurseurs (irritabilité croissante, besoin de sommeil diminué, etc.) permet parfois d'intervenir avant que l'épisode ne soit pleinement installé.

La bipolarité type I et type II, c'est quoi la différence ?

La distinction repose sur l'intensité des épisodes d'excitation :

Type I : Au moins un épisode maniaque complet dans l'histoire clinique. La manie dure minimum 7 jours, altère gravement le fonctionnement, et peut nécessiter une hospitalisation. Les épisodes dépressifs sont fréquents mais non obligatoires.

Type II : Au moins un épisode hypomaniaque (forme atténuée de la manie, 4+ jours, sans altération fonctionnelle majeure) ET des épisodes dépressifs majeurs. Jamais de manie complète — sinon le diagnostic devient type I.

Attention aux idées reçues

Le type II n'est pas une forme « bénigne » de bipolarité. Les patients souffrent souvent de dépressions plus longues et plus fréquentes. Le risque suicidaire est également significatif, parfois plus élevé qu'en type I.

Comment aider un proche qui vit avec la bipolarité ?

Première règle : ne pas vouloir « sauver » ou « guérir ». La bipolarité n'est pas une faiblesse de caractère qu'on surmonte par la volonté. Voici comment aider réellement :

- Écouter sans juger : « Je ne comprends pas ce que tu vis, mais je suis là » vaut mieux que « Tu exagères, reprends-toi »
- Apprendre à reconnaître les signes d'un début d'épisode (insomnie, irritabilité, dépenses excessives, retrait social)
- Encourager le respect du traitement sans harceler — rappeler que les médicaments protègent, pas qu'ils « droguent »
- Maintenir des routines : repas réguliers, heures de coucher fixes, activités calmantes
- En cas de crise : ne pas chercher à raisonner avec une personne maniaque (elle n'a pas d'insight), protéger des conséquences dangereuses (finances, risques sexuels), et appeler les secours si risque suicidaire avéré

Les proches ont aussi besoin de soutien. Vivre avec une personne bipolaire non stabilisée est épuisant. Les associations d'entraide et la thérapie familiale sont précieuses.

La bipolarité évolue-t-elle avec l'âge ?

Oui, le cours de la maladie change au fil du temps. Généralement :

- Début : Souvent par un épisode dépressif (type II) ou maniaque (type I), parfois confondu avec un trouble de l'adolescence
- Années suivantes : Les épisodes peuvent devenir plus fréquents si le traitement est insuffisant (phénomène de « kindling » ou amorçage)
- Après 50-60 ans : Tendance à moins de manies « euphoriques » et plus d'épisodes mixtes ou dépressifs. Risque accru de comorbidités physiques (cardiaques, métaboliques)

Le vieillissement avec bipolarité est un défi émergent : certains patients développent une forme de « cyclicité rapide » (plus de 4 épisodes par an), d'autres voient leurs symptômes s'atténuer. Un suivi médical régulier reste essentiel toute la vie.

Peut-on boire de l'alcool ou fumer du cannabis avec la bipolarité ?

C'est fortement déconseillé. Les substances psychoactives et la bipolarité font très mauvais ménage :

- Alcool : Désinhibiteur qui peut déclencher la manie, dépresseur qui aggrave les épisodes dépressifs, interfère avec les médicaments (lithium, valproate), perturbe le sommeil
- Cannabis : Risque accru de psychose, déclencheur de manie, effet sur la motivation qui masque les symptômes dépressifs
- Stimulants (cocaïne, amphétamines) : Déclencheurs directs de manie et de cyclicité rapide

De plus, les personnes bipolaires ont un risque accru de développer des troubles de l'usage de substances (dual diagnosis), compliquant encore le pronostic. La sobriété, même difficile à admettre, est souvent la condition d'une stabilité durable.

Quel est l'avenir de la recherche sur la bipolarité ?

La recherche avance sur plusieurs fronts prometteurs :

- Génétique : Identification de variants génétiques communs à la bipolarité, la schizophrénie et la dépression, ouvrant sur des traitements plus ciblés
- Imagerie cérébrale : Compréhension des circuits neuronaux impliqués dans les régulations émotionnelle et cognitive
- Chronothérapies : Utilisation de la lumière, du sommeil contrôlé, et des rythmes circadiens pour stabiliser l'humeur

- Médecine de précision : Traitements adaptés au profil individuel (inflammation, métabolisme, microbiome)
- Applications numériques : Suivi des humeurs en temps réel, détection précoce des signaux précurseurs via smartphone

Le lithium, découvert comme traitement en 1949 par John Cade en Australie, reste le seul médicament qui réduit spécifiquement le risque suicidaire dans la bipolarité — et ce, bien qu'on ne comprenne toujours pas entièrement son mécanisme d'action !

Sources et méthodologie : Cette FAQ s'appuie sur des méta-analyses publiées dans *The Lancet* (2023), *The British Journal of Psychiatry*, des revues Cochrane, et des travaux historiques de référence. Les données sur l'espérance de vie proviennent de la plus grande méta-analyse disponible à ce jour (109 études, 24 pays). Pour toute question médicale personnelle, consultez toujours un professionnel de santé qualifié.

Poser des questions, c'est déjà avancer

La bipolarité, comprise et traitée, n'empêche pas de vivre une vie riche et accomplie. La science progresse, les traitements s'améliorent, et chaque question posée contribue à déconstruire la peur et l'ignorance.

Parl.I ASBL — Parler, Écouter, Comprendre