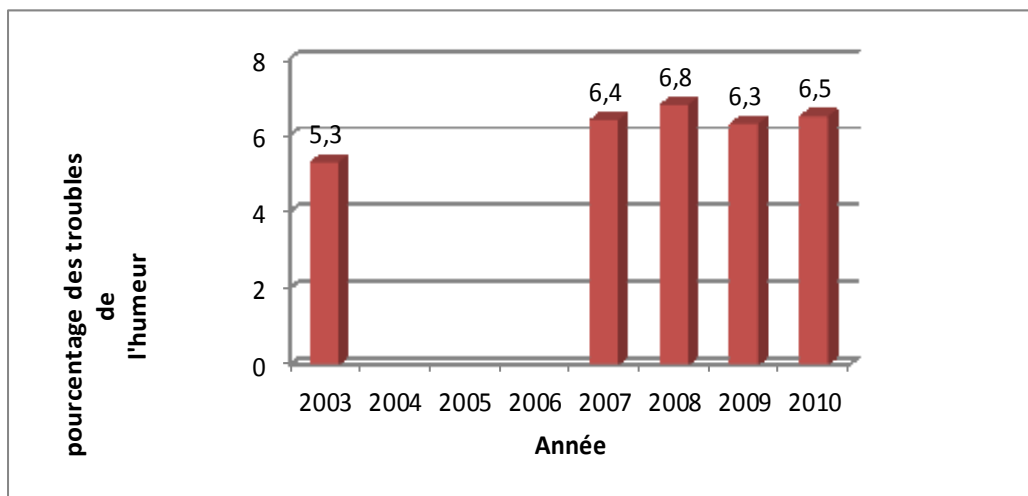


B. Les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques

1. Troubles de l'humeur

Le pourcentage de personnes atteintes de trouble de l'humeur a augmenté depuis les dernières années. En effet, le taux du trouble répertorié au cours de l'année 2003 était de 5,3 % et il est passé à 6,5 % en 2010 (voir graphique 2 données tirées de statistique Canada, absence de données entre 2004 et 2006) [33].

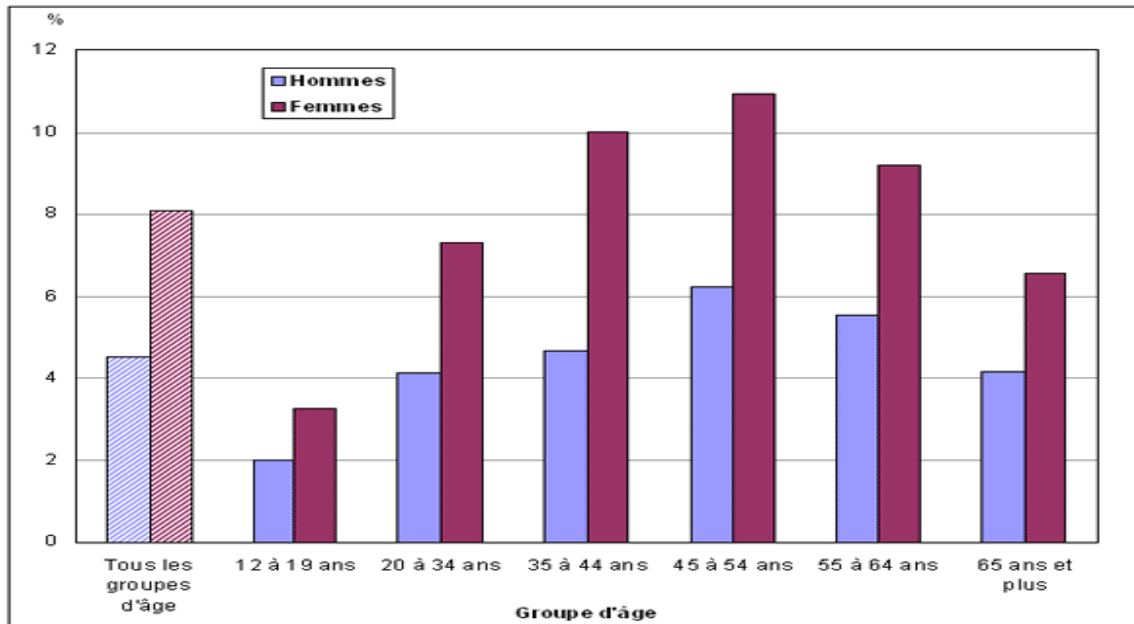
Graphique 2. Pourcentage d'individus affectés par des troubles de l'humeur répertoriés au Canada, selon les années



Source [33]

Selon tous les groupes d'âges confondus, le trouble de l'humeur est davantage observé chez la femme que chez l'homme, comme le démontre le graphique 3. Ce phénomène s'expliquerait en partie par des facteurs culturels [17, 33].

Graphique 3. Pourcentage de personnes ayant déclaré des troubles de l'humeur, selon le groupe d'âge et le sexe, population de 12 ans et plus, Canada, 2009



Source : [33]

Dans la classification la plus utilisée au Canada et en Amérique du Nord [14], la catégorie diagnostique des troubles de l'humeur inclut deux grandes sous-catégories, les troubles dépressifs et les troubles bipolaires.

1.1 Les troubles dépressifs

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e Édition (DSM-IV) reconnaît dans cette sous-catégorie plusieurs diagnostics, le trouble dépressif majeur, l'épisode isolé, l'épisode récurrent, le trouble dysthymique ainsi que le trouble dépressif non spécifique. Nous nous intéressons à deux diagnostics les plus répandus ; la dépression majeure et le trouble dysthymique.

La dépression est une maladie de plus en plus diagnostiquée dans notre société. Pourtant, elle semble être encore un mystère pour la majorité des gens. Elle est souvent jugée banale et les impacts de ses symptômes sont minimisés. Parmi la population, environ 17 % des gens seront touchés par la dépression à un moment ou à un autre dans leur vie [1]. De plus, environ 5 % des personnes sont nouvellement atteintes chaque année [1, 6]. Elle est plus fréquente chez la femme, principalement au cours de sa période fertile, comme la puberté et la ménopause, tandis que chez les hommes, elle survient davantage après l'âge de quarante ans [1, 6]. Les dépressions sont en fait des troubles de l'humeur caractérisés par une perte de motivation et d'élan de vivre.

Dans l'identification d'un trouble à caractère dépressif, il est important de prendre compte l'intensité et le nombre de symptômes en cause pour déterminer de quel type de trouble il s'agit. Afin de déterminer s'il s'agit d'une psychopathologie, le médecin appuie son diagnostic sur son évaluation clinique de l'intensité de certains facteurs tels que le degré de tristesse ressentie par la personne, une modification de l'estime de soi, les impressions négatives qu'a la personne à propos de la vie, l'altération du sommeil et de l'appétit et la durée de ses symptômes [1, 2, 14]. Les facteurs expliquant l'humeur dépressive peuvent être de nature biologique, causée par un déficit dans l'activation des neurotransmetteurs [1, 2, 32].

1.1.1 Trouble dépressif majeur

Il atteint environ 4,8 % de la population et encore une fois, c'est un trouble qui est plus souvent observé chez la femme [17]. Plusieurs termes sont employés pour définir ce dysfonctionnement. Souvent, quand le contexte de travail est à l'avant-plan des pensées de la personne, il sera question d'épuisement professionnel dans le langage populaire. Lorsque le trouble est suivi d'un accouchement, il sera défini de trouble dépressif majeur avec un début de post-partum et si la dépression n'est pas connue et contestée de l'individu, elle sera alors appelée dépression masquée [6, 17]. Ce trouble est associé à un risque élevé de suicide. Il représente 2 % de tous les décès, 22 % de tous les décès chez les personnes entre

15 et 24 ans et 17 % de tous les décès chez les personnes entre 25 et 44 ans. Le taux de suicide est plus élevé chez l'homme, même si le trouble atteint principalement les femmes. En fait, il y a davantage de femmes qui tentent de se suicider, mais davantage d'hommes réussissent leur passage à l'acte. De plus, le risque de récurrence est directement proportionnel au nombre d'épisodes dépressifs présentés par l'individu. En effet, le risque de récurrence est de 50 % suite au premier épisode, il est de 70 % suite au deuxième épisode et de 90 % par la suite [17].

Les principaux symptômes de ce trouble regroupent une humeur dépressive, une perte d'appétit et une perte de plaisir pour la majorité des activités. Cependant, on y retrouve aussi une perte de contact possible avec la réalité, une forte désorganisation de la personnalité, une perte d'envie de vivre et des habitudes d'auto-accusation [1,2,6,14].

Pour en venir à un diagnostic concluant, les symptômes doivent demeurer au moins deux semaines. Pour être en mesure de juger du degré d'intensité du trouble, il faut se baser sur certaines caractéristiques. Lors d'un trouble léger, il doit y avoir présence de cinq ou six symptômes dépressifs accompagnés d'une faible atteinte du fonctionnement psychosocial. Lors de trouble sévère, il faut retrouver la quasi-totalité des symptômes ainsi qu'une incapacité à bien fonctionner dans les milieux sociaux, familiaux, personnels et professionnels. Ce portrait peut s'accompagner selon la gravité d'idées délirantes ou d'hallucinations auditives. Dans ce cas-ci, il s'agira d'un trouble dépressif majeur sévère avec des caractéristiques psychotiques. Le trouble moyen fera référence à un portrait clinique se situant entre le trouble léger et le trouble sévère [2, 14, 17].

Certaines spécifications sont reliées au trouble dépressif majeur. Si la dépression a des caractéristiques mélancoliques, alors une perte de plaisir ou une absence complète de réactions aux stimuli agréables seront constatées. Si elle a des caractéristiques catatoniques, alors un trouble psychomoteur marqué sera observé. L'individu peut même présenter de l'échopraxie, de l'écholalie, de l'immobilité motrice et du mutisme. Enfin, si elle a des caractéristiques atypiques, alors une réactivité de l'humeur sera observable. Dans ce dernier

cas, si l'individu vit quelque chose d'agréable, il sera capable de mieux se sentir. Cette sensation demeurera aussi longtemps que le stimulus restera [17].

Il semblerait que ce sont des facteurs culturels qui expliqueraient que les deux derniers troubles expliqués touchent davantage les femmes. Elles refoulent leurs tensions au lieu de les expulser et elles n'expriment pas leurs émotions afin de ne pas paraître faibles devant les hommes [2, 17].

Le trouble dépressif majeur peut parfois être causé par un mauvais traitement de l'information cognitive, comme pour le trouble dysthymique (voir section 1.1.2). Cependant, il est souvent impossible de dire si les incapacités cognitives étaient présentes avant l'arrivée du trouble, car la dépression induit souvent ce type de symptômes [4, 17].

Enfin, selon les théories psychodynamiques, certains facteurs prédisposent l'individu à l'arrivée du trouble; des vulnérabilités comme l'angoisse d'abandon et de destruction [17]. Ces facteurs prennent leurs origines dans l'histoire de vie de la personne comme la perte d'un parent ou une séparation lors de l'enfance, la perte de la mère avant l'âge de onze ans, l'absence de relations intimes et le fait de faire partie d'une famille nombreuse de trois ou quatre enfants de moins de quatorze ans et dont les parents sont sans travail. Certains événements dramatiques de la vie peuvent augmenter le risque de dépression. Il s'agira alors d'événements humiliants, comme un divorce désiré par le partenaire, des événements mettant en jeu la contrainte ou une perte [17].

1.1.2 Trouble dysthymique

Ce trouble atteint environ 4 % de la population et il touche plus particulièrement les femmes. Il fait référence à un trouble chronique de l'humeur, puisque les symptômes persistent toute la journée. Le diagnostic est posé quand l'humeur dépressive est présente pendant au moins deux ans, et ce, plus d'une journée sur deux [14]. Les symptômes s'y rattachant englobent un sentiment d'insuffisance, une perte généralisée d'intérêt ou de plaisir, un retrait social, un sentiment de culpabilité ou de rumination à propos du passé,

une tendance à l'auto-apitoiement, une diminution de l'efficacité et de la productivité [2, 14]. Contrairement à la dépression majeure, les individus réussissent parfois à éprouver du plaisir, ils n'ont pas de perte de contact avec la réalité et ils n'ont pas non plus de désorganisation importante en ce qui concerne la personnalité [14].

Selon l'approche théorique cognitivo-comportementale, le trouble dysthymique est la somme d'une symptomatologie cognitive renvoyant à l'individu une image négative de lui-même. Ce phénomène serait à l'origine d'un mauvais traitement de l'information. Lorsque ce traitement est appelé interférence arbitraire, cela veut dire que l'individu porte des conclusions sans preuve évidente. Lorsqu'il est question de l'abstraction sélective, cela veut dire qu'il s'attarde sur un détail, très souvent négatif, en oubliant les autres. Lorsqu'il s'agit de surgénéralisation, l'individu rattache alors toutes situations à une expérience malheureuse. Lorsqu'il use de maximisation ou de minimisation, la personne augmente les effets des aspects négatifs et diminue ceux des aspects positifs. Enfin lorsqu'il s'agit de personnalisation, cela indique que la personne amplifie sa part de responsabilité lors de situations malheureuses [4, 17].

1.1.3 Traitements

Quelques traitements s'offrent aux personnes souffrant de troubles dépressifs permettant la réduction des symptômes, l'amélioration de leur état général et l'amélioration de leur qualité de vie.

Une première forme de traitement relève de la psychothérapie. C'est une forme d'intervention permettant d'apporter à l'individu le soutien dont il a besoin et de fournir les informations nécessaires à sa famille dans les débuts. Elle permet aussi à l'individu de s'investir dans son processus de guérison. Une aide spécifique et individuelle est souvent recommandée lors de périodes de crise. Deux types de psychothérapies sont régulièrement employées, soit la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle [6]. La première agit en modifiant les comportements et les pensées problématiques de l'individu [4] et la seconde s'intéresse aux rapports personnels de l'individu en lien avec

l'apparition et l'augmentation de ses symptômes dépressifs [5]. À la suite de cette période de crise, l'individu pourra suivre une thérapie plus profonde et ses proches pourront être intégrés dans différentes approches thérapeutiques.

L'autre forme de traitement est de nature biologique. Ce traitement agit sous forme de médicaments nommés antidépresseurs. Ces médicaments doivent être prescrits pendant au moins six mois suivant la rémission afin d'atténuer les risques de récives. Par contre, le traitement peut se poursuivre plus longtemps si cela s'avère nécessaire. Lorsque l'objectif est la rémission complète, ce traitement s'est avéré efficace chez 75 % des individus [6]. Son rôle est de normaliser le niveau des neurotransmetteurs et de permettre aux individus de retrouver l'appétit, le sommeil, des pensées positives, une meilleure concentration, un regain d'énergie, une baisse de l'anxiété, etc. Cependant, il faut savoir qu'il est possible de combiner deux sortes d'antidépresseurs ou de joindre d'autres traitements si le premier choix de médicaments ne fonctionne pas. En effet, des hormones, de la tryptophane, des stabilisateurs de l'humeur, des neuroleptiques et des psychostimulants pourraient contribuer à une bonne rémission [6].

1.1.4 Dépressions et santé physique

Les individus atteints de dépressions sévères ont très souvent besoin d'être hospitalisés et d'avoir recours à la médication afin de traiter leur dépression [2]. Il est observé que cette population clinique est très souvent dans un état de déconditionnement physique. Du point de vue scientifique, selon l'article de Callaghan (2011), les personnes atteintes de maladies mentales sont davantage sujettes aux problèmes de santé physique et à une mort prématurée comparativement aux personnes saines. En effet, des données récentes ont démontré que les personnes souffrant de problèmes psychologiques sont plus souvent en mauvaise santé physique et ont une espérance de vie de dix ans inférieurs [8, 32].

Selon Win et al. (2011), la dépression a été associée à un taux de mortalité accrue chez les personnes âgées principalement, dû à la médication et à l'inactivité physique. Cette équipe de chercheurs a fait une étude parmi les personnes de 65 ans et plus afin de découvrir si l'inactivité physique associée à des symptômes dépressifs augmente le risque

de mortalité cardiovasculaire [29, 41]. Les participants devaient remplir des questionnaires déterminant leur niveau d'état dépressif. Les résultats ont démontré que des personnes ayant des scores élevés de dépression avaient un risque 67 % plus élevé de mortalité cardiovasculaire que des personnes avec un faible score. En évaluant l'inactivité physique associée à des symptômes dépressifs de ces mêmes personnes, le pourcentage du risque de mortalité relié aux maladies cardiovasculaires a augmenté de 25 %. Donc, l'inactivité physique est un facteur de risque important de mortalité cardiovasculaire dont il faut tenir compte. En conséquence, à titre préventif et curatif, les programmes de santé et d'activité physique devraient fortement être encouragés chez cette population clinique [29].

Selon Dragan et al. (2007), il existerait un lien entre la dépression et l'obésité [24, 40]. Il est démontré que l'état de détresse psychologique causé par l'obésité peut conduire à la dépression [24, 40]. De plus, les résultats apportés par Dragan et al. démontrent que l'IMC et la dépression sont directement associés entre eux. En effet, un IMC plus élevé entraînerait des formes plus sévères de dépression [24]. Cependant, la même conclusion ne peut pas être tirée de l'effet des dépressions sur l'IMC. Une forme de dépression plus majeure ne pourrait pas causer un gain de poids. Ce phénomène serait davantage observable chez les hommes, car plus la forme de dépression est élevée, plus l'IMC est faible. Ce phénomène s'expliquerait par plusieurs facteurs : la prise d'une nouvelle médication qui n'aurait aucun effet secondaire sur le poids, l'entraînement physique plus élevé et une bonne gestion du stress. Cependant, chez les femmes les résultats ne sont pas aussi significatifs en ce sens [24].

Une autre recherche exécutée par Dockray et al. (2009) démontre que l'obésité ne serait pas que la cause de la dépression, et que le contraire serait aussi possible [28]. De récentes études ont démontré que les enfants déprimés seraient plus susceptibles d'être obèses. La dépression est souvent associée à une perte d'appétit ou de l'apport alimentaire, mais il y a des groupes de personnes pour qui le contraire se produit. Dans le cas de la dépression atypique, l'appétit augmente au lieu de diminuer. Ce phénomène peut aussi être expliqué par un mécanisme physiologique [28]. Une hormone stéroïde nommée cortisol est libérée dans l'organisme en réponse à un stress physique ou psychologique. Pendant le

stress, la glande corticosurrénale sécrète des hormones corticostéroïdes dont fait partie le cortisol [23, 28]. Lorsqu'il est sécrété, le cortisol a pour objectif de fournir un apport énergétique nécessaire au cerveau afin d'affronter les agents stressants. Le rôle du cortisol est important et il s'étend dans tout l'organisme. Il intervient dans la régulation de la tension artérielle, du métabolisme des glucides, de la fonction cardiovasculaire et de la fonction immunitaire. Cependant, lors de périodes de stress chronique, la sécrétion du cortisol entraîne un épuisement progressif des glandes corticosurrénales [23]. Ce phénomène produit différents troubles métaboliques et organiques comme l'hypertension artérielle, l'ostéoporose, la dépression, l'obésité principalement de type abdominal, etc. En effet, le risque de gain de poids et de développer des maladies est élevé. Une sorte de cercle vicieux se crée, car plus le stress est élevé et constant, plus la libération du cortisol est importante. Par la suite, l'organisme finit par s'adapter et soumet l'individu à une hyperinsulinémie, ce qui cause une augmentation de sécrétion de cortisol entraînant de nouveaux gains de poids. De plus, les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité libèrent davantage de cortisol que des individus au poids normal [23, 28].

Si l'organisme est soumis à fournir constamment de l'adrénaline et du cortisol, il devra alors continuellement renouveler ses réserves énergétiques. Pour résoudre cette contrainte, l'organisme stockera des hormones dans ses graisses, principalement au niveau abdominal. Cette situation permettra aux glandes surrénales, libérant le cortisol, situées juste au-dessus des reins, d'avoir un passage facile. Donc, si l'organisme en a besoin il pourra puiser dans ses graisses pour les transformer en sucre. [23] Cependant, Dockray et al. (2009) suggèrent qu'il est aussi possible que les voies neurologiques et le milieu socio-environnemental et familial pourraient contribuer à prévenir et à maintenir la dépression et l'obésité [28].

Jusqu'à maintenant, le lien entre activités physiques et troubles dépressifs est peu documenté scientifiquement. Toutefois, les écrits laissent croire à des avenues d'interventions cliniques bénéfiques. Selon plusieurs auteurs, comme Patrick Callaghan (2011), Alan Gill (2010), Marije van der Rot et Andreas Ströhle (2010), l'activité physique permettrait de prévenir les dépressions dans un premier temps et de servir de traitement

dans un deuxième temps. Les études de Gill (2010) ont déterminé que l'activité physique, pour certains types de dépressions, est aussi efficace que d'autres traitements déjà utilisés comme la pharmacologie, la thérapie cognitivo-comportementale et la luminothérapie [9]. Elle permet d'améliorer le bien-être psychologique, physique et physiologique. Elle contribue à la diminution de l'angoisse, du stress et de l'anxiété et elle améliore l'humeur générale des patients. Selon Dragan et al., la gestion du stress a une relation directe avec la dépression. Les personnes ayant une capacité réduite à gérer le stress ont tendance à souffrir davantage de dépression. L'exercice permet aussi d'augmenter et de libérer les monoamines telles que les hormones d'endorphines et de sérotonines [11]. Lorsque les endorphines sont libérées dans le corps, elles entraînent une sensation d'euphorie et de bien-être, tandis que la libération de sérotonines permet un meilleur contrôle des émotions, en particulier sur l'agressivité [11]. Ce phénomène conduit à l'affect positif et réduit le risque de dépression. [27]. L'activité physique peut aussi servir de distraction à l'affect négatif et favoriser l'estime de soi [27].

Dans certains pays comme le Royaume-Uni, les gens croient que l'activité physique est une intervention utile et efficace pour traiter les personnes présentant des symptômes de dépression [10]. Cependant, il est important de suivre certains paramètres afin de constater des impacts significatifs sur les symptômes. La plupart des auteurs s'entendent sur le sujet en recommandant des entraînements d'une durée de 45 à 60 minutes en raison de 3 fois par semaine, pendant 10 à 14 semaines lorsqu'il s'agit de dépression mineure [9, 10]. Cependant, Gill et al. (2010) suggèrent une augmentation de la fréquence de 3 à 5 jours et une réduction de la durée à 30 minutes pour les cas de dépression majeure [9]. En effet, l'intensité de l'exercice jouerait un rôle important sur les symptômes.

Par contre, les pays ne suivent pas tous la même optique. L'option de l'activité physique comme traitement est loin d'être considérée comme une priorité aux États-Unis. Les citoyens n'ont donc rien mis sur pied en lien avec cette approche [11, 26]. De plus, l'état actuel des recherches sur cette problématique ne peut prouver avec certitude que l'exercice peut agir au même titre qu'un antidépresseur et un anxiolytique [11]. Il serait donc intéressant de pousser davantage les recherches à ce niveau. Dans un premier temps, il

serait intéressant de vérifier l'état de déconditionnement de ces personnes en comparaison avec des sujets sains. Ensuite, il serait pertinent de vérifier l'impact de l'activité physique sur la condition physique et mentale des patients dépressifs afin de savoir si elle aura des effets sur les symptômes des patients ainsi que sur la prise de certains médicaments.

1.2 Trouble bipolaire

Ce trouble est caractérisé par une variation significative de l'humeur, passant de l'exaltation à de forts sentiments de dépression. Les épisodes maniaques sont généralement d'une durée de quelques semaines à plusieurs mois [14, 15]. Ils sont habituellement plus courts et ils se terminent plus abruptement que les épisodes de dépression majeure. Le trouble bipolaire peut être la cause d'absentéisme et d'échec scolaire ou professionnel et même de divorce. Environ 10 à 15 % des personnes atteintes de ce trouble en viennent au suicide, car lors de « la descente » de la phase maniaque, elles affirment être prêtes à tout pour échapper aux profondeurs de la dépression auxquelles elles ont déjà fait face [15].

1.2.1 Le trouble bipolaire I

Il existe deux formes selon le DSM, le trouble bipolaire I et le trouble bipolaire II [14, 15]. Pour diagnostiquer le trouble bipolaire I, la personne doit avoir vécu au moins un épisode maniaque complet au cours de sa vie. Ces épisodes se caractérisent par un laps de temps, d'au moins une semaine, où l'humeur est anormalement élevée et persistante [14, 15]. De plus, la personne doit présenter au moins trois manifestations parmi les suivantes : surestimation de soi, idées de grandeur, confiance aveugle en-soi, énergie débordante, réduction du besoin de sommeil, capacité d'investissement démesurée, sociabilité accrue, fuite des idées, actions inconsidérées et un manque de jugement. Il est même possible que la désorganisation soit tellement importante qu'elle comporte des caractéristiques psychotiques (hallucinations et idées délirantes). Le taux de prévalence pour le trouble bipolaire I est entre 0,4 et 1,6 % seulement [14, 15].

1.2.2 Le trouble bipolaire II

Pour diagnostiquer un trouble bipolaire II, la personne doit avoir vécu un ou plusieurs épisodes de dépression majeure avec au moins un épisode hypomaniaque. Lors d'épisodes hypomaniaques, la variation de l'humeur ne provoque pas d'altération marquée du fonctionnement psychosocial et ne comporte pas de caractéristique psychotique. Le trouble bipolaire II est aussi relativement rare, son taux de prévalence est de 0,5 % [14, 15].

1.2.3 Facteurs explicatifs du trouble bipolaire

Les facteurs génétiques jouent un rôle important dans l'arrivée du trouble. Cependant, les gènes ne sont pas les seuls en cause. Les facteurs stressants de la vie ainsi que d'autres influences biologiques peuvent interférer avec la prédisposition génétique pour augmenter la vulnérabilité à développer le trouble. De plus, les facteurs psychosociaux jouent aussi un rôle, dont le soutien social apporté par les amis et la famille permettra l'amélioration de la condition des individus en diminuant les facteurs négatifs causés par le stress [15].

1.2.4 Troubles bipolaires et santé physique

Selon la littérature scientifique, les personnes atteintes de troubles bipolaires ont une espérance de vie plus courte que la population en général, car elles seraient prédisposées à des facteurs de risques liés aux maladies cardiovasculaires ainsi que métaboliques [51]. Leur mode de vie inciterait le gain de poids, l'obésité, l'hyperglycémie, diabète de type 2, l'hyperlipidémie et le déconditionnement physique. De plus, ces troubles se déclencheraient plus tôt que pour une personne non atteinte. De récentes études cliniques à grande échelle ont démontré que la majorité des adultes bipolaires souffrent de surpoids ou d'obésité. Les données épidémiologiques canadiennes affirment que la prévalence de surpoids et d'obésité est significativement plus grande chez les personnes atteintes de trouble bipolaire que pour la population générale. Les données provenant du « National comorbidity survey replication » attestent que l'obésité est associée à un risque de 25 % de

développer un trouble de l'humeur ou d'anxiété et à 50 % de développer un trouble bipolaire [51]. Des études ont affirmé que les problèmes de poids dans les troubles bipolaires étaient associés à des degrés de sévérité de la maladie. En effet, des individus avec une histoire suicidaire ont un plus grand indice de masse corporel (IMC) que ceux qui n'en ont pas eu et les individus présentant une obésité extrême seraient davantage portés à faire des tentatives de suicide que les individus sans problème d'obésité [51]. Selon les recherches de Fagioloni et al. (2002), une prévalence de 68 % de surpoids ou d'obésité a été constatée chez les individus bipolaires [52].

Les troubles bipolaires sont difficiles à étudier et à traiter à cause de la complexité et la variabilité des symptômes ressentis par les patients au cours du temps. Contrairement à d'autres maladies mentales graves, le trouble bipolaire est particulièrement défini par une alternance de périodes maniaques et de dépression conduisant à des variations dans le fonctionnement psychosocial. La maladie est caractérisée par un état complexe et chronique qui doit être géré, comme le diabète ou l'asthme [52]. Donc, le traitement biologique doit être personnalisé et adapté pour répondre à la tolérance unique du patient aux thérapies pharmacologiques, car un mauvais dosage pourrait être dangereux pour la santé de la personne. La mauvaise gestion des symptômes de l'humeur peut conduire à la psychose et à une sévère déficience fonctionnelle et sociale pouvant entraîner une détresse psychologique. De plus, les patients bipolaires sont à risque élevé de dérégulation de l'humeur si la médication est administrée avec la prise de substances illicites ou de nicotine. Jusqu'à maintenant, la pharmacothérapie est la principale solution de traitement, cependant l'intervention psychosociale est aussi nécessaire pour gérer le trouble bipolaire. Ces soins permettent la gestion des symptômes et l'ajustement des interpersonnelles ce qui permet l'amélioration du fonctionnement de l'individu, de sa qualité de vie, etc. [52].

Des études plus récentes sur les traitements visant à combiner l'amélioration de la santé mentale et physique ont suggéré un engagement régulier de l'activité physique de façon modérée. Cette stratégie permet à la fois de faire face aux symptômes de la maladie et de diminuer les risques liés aux maladies cardiovasculaires [52]. D'autres recherches ont démontré que l'activité physique peut servir à la fois de stratégie d'activation

comportementale pour l'amélioration de la fonction ainsi que pour améliorer les symptômes d'adaptation. L'exercice peut aussi présenter une stratégie efficace pour réguler l'excès d'énergie et promouvoir la normalisation des cycles du sommeil-éveil. Cependant, il y a très peu de recherches sur le sujet et il n'y a aucune étude concernant l'effet de l'activité physique sur la manie ou l'hypomanie. Il serait intéressant de faire des études afin d'expliquer si l'exercice réduit la fréquence des épisodes maniaques ou atténue la durée et la gravité des épisodes hypomaniaques [52].

Puisque les troubles bipolaires sont des troubles de l'humeur, les paramètres d'entraînement demeurent les mêmes que l'on a vus précédemment, soit d'une durée de 45 à 60 minutes en raison de 3 fois par semaine, pendant 10 à 14 semaines [9, 10]. Par contre, un programme d'entraînement en aérobie à haute intensité permettrait de meilleurs résultats, comme il en est le cas pour les personnes schizophrènes. En effet, ce programme permettrait la réduction du risque élevé de maladie cardiovasculaire, l'amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie. De plus, il permettrait une nette amélioration sur le Vo₂max. Selon les recherches de Heggelund and al. (2011), une augmentation de 12 % sur le Vo₂max est constatée après un entraînement à haute intensité de 8 semaines chez les personnes atteintes de trouble bipolaire [37].