

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Christine MIRABEL-SARRON

Isabelle LEYGNAC-SOLIGNAC

Les troubles bipolaires

De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif

Préface de
Frédéric Rouillon

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2015

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-072781-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 3352 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Préface

S I LE STATUT nosologique de la bipolarité est toujours source de débats, le patient souffrant d'un trouble bipolaire est encore trop souvent diagnostiqué plusieurs années après le début de ses troubles, pâtissant ainsi d'un retard considérable dans la mise en route d'un traitement adapté et de nombreuses conséquences médicales et psychosociales aggravent encore la vie de ce patient.

Les professionnels de la santé, les patients et leurs proches trouveront dans ce livre une description claire des symptômes exprimés, de l'origine multifactorielle de la maladie et de ses traitements.

En effet, au-delà du traitement d'un épisode aigu, l'objectif de la prise en charge thérapeutique est de prévenir la survenue d'une rechute ou d'une récurrence et d'offrir au patient une qualité de vie optimale. Cette prise en charge s'amorce dès que les symptômes (maniaques, mixtes ou dépressifs) commencent à s'amender et se prolongent pendant des années, pour ne pas dire toute la vie. Elle doit être adaptée à la forme clinique du trouble bipolaire, à ses modalités évolutives, au caractère partiel ou total de la rémission obtenue au décours de la phase aiguë du traitement, mais aussi aux caractéristiques du patient (son âge, son niveau socio-éducatif, sa personnalité, sa demande de soin, etc.).

Si la pharmacothérapie est incontournable pour le trouble bipolaire, il est préconisé de lui associer une prise en charge psychothérapeutique comprenant une phase de psychoéducation et/ou des mesures d'assistance psychosociale.

Des questions essentielles sont abordées dans cet ouvrage de manière très claire : quels sont les médicaments essentiels à prescrire ? Quels sont les traitements disponibles pour les phases aiguës ? Quelles sont les idées reçues qui altèrent la compliance thérapeutique ? Quelles sont les aides psychologiques possibles ? Pour qui ? Dans quels buts ?

Les auteurs décrivent de manière précise et argumentée la démarche, les outils et les phases de la prise en charge cognitivo-comportementale des patients qui souffrent de troubles bipolaires, que ce soit pour les accès ou la prévention des récurrences.

Plusieurs études ont montré que l'aide apportée par les thérapies comportementales et cognitives permettait d'améliorer l'observance du traitement médicamenteux, de diminuer le taux de rechutes, d'augmenter l'estime de soi et la qualité des relations interpersonnelles, de réduire la fréquence des réhospitalisations, de favoriser la régularité des consultations en

installant une relation de confiance avec le soignant, de promouvoir des stratégies efficaces pour atténuer l'effet du stress, de contribuer à la résolution de problèmes intrafamiliaux par des conseils adaptés, et de conduire globalement à une déstigmatisation de cette pathologie. Il en résulte une amélioration indéniable de la qualité de vie et une augmentation significative de l'estime de soi.

Cette psychoéducation de la personne en TCC, développée spécifiquement pour la souffrance bipolaire depuis une dizaine d'années, est associée au traitement biologique.

Elle aborde des questions essentielles : comment évaluer l'humeur ? Comment reconnaître les symptômes de la maladie ? Quels sont les signes précurseurs des épisodes maniaques ou dépressifs ? Comment lutter contre l'inhibition comportementale de la dépression ? Comment réguler le rythme de vie (sommeil, alimentation, abus éventuels de substances, etc.) ? Comment repérer les pensées excessives ou dépressives ? Comment produire des pensées alternatives ? Comment identifier des schémas cognitifs dysfonctionnels et les discuter ? Comment diminuer ce perfectionnisme sous-jacent ? Comment gérer les stress environnementaux précipitant les accès ? Comment restaurer l'estime de soi ? Ces différentes questions sont traitées successivement tout au long de cet ouvrage et illustrées par de nombreux exemples cliniques.

Le livre de nos collègues les Docteurs Christine Mirabel-Sarron et Isabelle Leygnac-Solignac constitue une aide pratique considérable à l'intention des étudiants en cours de formation, des professionnels de santé, ou encore des familles dont un ou plusieurs membres souffrent de bipolarité, qu'elle s'intitule cyclothymie ou maniaco-dépression.

Frédéric Rouillon,
Professeur de psychiatrie,
Université Paris Descartes,
Hôpital Sainte-Anne,
Centre Inserm Psychiatrie et Neurosciences.

Table des matières

Préface	III
Introduction	1
Leçon 1 Qu'est-ce que le trouble bipolaire ?	4
Comprendre le trouble bipolaire	6
Comment Reconnaître l'épisode maniaque ?	7
Comment détecter l'épisode hypomaniaque ?	9
Comment reconnaître l'épisode dépressif ?	9
Quelles sont les particularités de la dépression bipolaire ?	9
Quels sont les indices de prédictibilité ?	10
Comment reconnaître l'état mixte ?	13
L'espace intercritique souvent appelé intervalle libre	13
Comment dépister le trouble bipolaire ?	14
Quels troubles associés peuvent désorienter le diagnostic ?	20
Avec quels autres troubles ne pas confondre le trouble bipolaire ?	27
Leçon 2 Quelle description du trouble de l'Antiquité à nos jours ?	30
Qui furent les grands architectes ?	32

Quel est le concept actuel du spectre bipolaire ?	38
Une autre dimension bien fréquente dans le trouble bipolaire : l'impulsivité	40
Quelles sont les origines du trouble ?	41
Quelle est la prévalence du trouble ?	49
Quelle évolution pour ce trouble ?	51
Leçon 3 Quels traitements pour le patient bipolaire ?	58
Le traitement de fond : les molécules thymorégulatrices	62
Le traitement des phases aiguës	74
Quelle place pour les électrochocs ?	80
La photothérapie a-t-elle une utilité ?	81
Leçon 4 Quelles approches psychologiques pour les patients bipolaires ?	84
Les psychothérapies classiques proposées	89
Psychothérapie psychoéducative ou psychoéducation	92
Psychothérapies comportementales et cognitives	97
Quelle thérapie pour quel patient ?	116
Quelle place pour l'éducation thérapeutique pour patients bipolaires ?	117
Les quatre étapes de l'ETP	119
Leçon 5 Comment poser une indication de TCC et initialiser le projet ?	122
Première étape : comment créer une bonne alliance thérapeutique ?	124
Deuxième étape : analyse fonctionnelle	126
Troisième étape : l'évaluation quantitative de l'humeur	131

	Quatrième étape : la construction du contrat thérapeutique et ses objectifs	134
Leçon 6	La phase de psychoéducation	140
	Rappelons la définition de la psychoéducation ?	142
	Quels objectifs pour les patients bipolaires ?	143
	Illustrations cliniques séance par séance	145
	Auto-questionnaire pour aider le patient à évaluer son humeur	169
Leçon 7	Les techniques comportementales	172
	Méthode comportementale pour la gestion des fluctuations dépressives ou hypomaniaques	176
	Techniques pour relever l'humeur dépressive	180
	Techniques pour diminuer l'humeur maniaque	182
	Technique de résolution de problème	186
	La reconnaissance des signes d'alerte	191
	Un renforcement positif permanent	195
Leçon 8	Apprentissage des techniques cognitives	198
	Les cognitions, leur relevé systématisé	200
	Identifier les distorsions cognitives ou biais de pensées	204
	Changements cognitifs dans la manie	216
	Le cas particulier des pensées suicidaires	226
	Identification des schémas cognitifs après identification des processus	233
Leçon 9	La gestion des facteurs précipitant les rechutes et les entretiens de consolidation	238
	Séance 18	240

Conséquences psychologiques engendrées par le trouble bipolaire	243
Les signes précurseurs de rechute	244
Séance 19	247
Séance 20	259
Leçon 10 Optimiser la prévention des rechutes dépressives et maniaques	266
effets de la psychoéducation sur la prévention des rechutes dans la littérature scientifique	268
La psychoéducation : programmes longs et programmes courts	268
Les entretiens de consolidation mensuels	279
Place de la démarche de pleine conscience (<i>Mindfulness Based Cognitive Therapie</i>) sur la prévention des rechutes thymiques	284
Conclusions et perspectives	291
Annexe 1 — Évaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20	295
Caractéristiques de l'épisode (sur 20)	296
Âge de début [premier épisode ou syndrome] (sur 20)	296
Évolution, troubles associés (sur 20)	297
Réponse au traitement (sur 20)	297
Histoire familiale (sur 20)	298
Annexe 2 — Synthèse des dix outils appris au cours de la psychoéducation TCC bipolaire	299
Thème de la séance 20 : revue des dix outils thérapeutiques principaux appris au cours de la démarche psychoéducative TCC	300
Bibliographie	314

Introduction

LE TROUBLE bipolaire, dont on trouve des descriptions depuis l'Antiquité, est une affection fréquente dans le monde entier. Ce trouble est passé à la postérité par le biais de grands personnages de l'histoire, hommes politiques (Napoléon Bonaparte, Winston Churchill), artistes (Robert Schumann, Ernest Hemingway, Virginia Woolf) ou encore professionnels de la santé comme Kay Redfield Jamison qui présentaient cette affection. Leur créativité et leur allant, mais aussi leurs « hauts » et leurs « bas », faisaient leur particularité.

Le trouble bipolaire est une perturbation de l'humeur récurrente le plus souvent chronique aux formes très variées et trompeuses, amenées à être définies par plusieurs types de bipolarités qui seront décrites dans la leçon 1.

Ces troubles se manifestent tout au long de la vie et sont généralement sources de conséquences psychologiques personnelles et socioprofessionnelles délétères.

L'ancienne dénomination de psychose maniaco-dépressive recouvre aujourd'hui la notion de trouble bipolaire de type I.

Ce trouble de l'humeur représente la sixième cause de handicap mondial. Sa prévalence sur un an est estimée à 1,7 % de la population générale (Rouillon, 2008), donnée indépendante de l'origine ethnoculturelle. Tous les pays sont donc concernés et aussi bien les hommes que les femmes. Cela peut paraître peu, mais rapporté à la population générale française, la bipolarité concernerait directement environ neuf cent mille personnes.

La majorité des troubles bipolaires se manifeste par la survenue d'épisodes maniaques et dépressifs, et de périodes intercritiques encore appelées « intervalles libres ». Cette succession de montées et de baisses de l'humeur, de « hauts » et de « bas », débute le plus souvent vers l'adolescence, soit entre 15 et 24 ans.

Malheureusement cette altération de l'humeur est encore diagnostiquée trop tardivement, après environ une dizaine d'années d'évolution, et ceci dans tous les pays au monde. Ses manifestations à bas bruit ou ses symptômes passant pour l'exacerbation d'un comportement normal, expliquent en grande partie ce retard diagnostique. Or, malheureusement, cette période pendant laquelle la maladie n'est pas traitée s'accompagne souvent d'une dégradation psychologique, affective et sociale, d'hospitalisations, de ruptures des parcours scolaires et professionnels, ainsi que d'une augmentation du taux de mortalité.

La question est essentielle, en termes de dépenses et de santé publiques, et aussi en termes d'amélioration de la qualité de vie de la population.

Se pose donc la question cruciale de l'amélioration du soin.

La prévention du trouble bipolaire passe par la prise en charge thérapeutique et par un meilleur dépistage des troubles. Ce repérage concerne bien sûr la forme la plus classique de la maladie dite de type I, mais aussi les formes atténuées du trouble qui, selon différentes sources, atteindraient 6 % à 12 % de la population générale française (soit environ sept millions de personnes).

Comment reconnaître le trouble ?

Beaucoup d'entre nous sont concernés par ces troubles de l'humeur, directement ou par le biais de membres de sa famille, de son entourage amical ou professionnel. Reconnaître au plus tôt le trouble garantit une évolution favorable, l'identification des premiers symptômes est donc primordiale.

Quelle que soit sa forme clinique, le traitement de choix est un médicament thymorégulateur prescrit en continu, comme par exemple, les sels de lithium ou d'autres nouvelles molécules régulatrices de l'humeur, que nous décrirons dans la leçon 3.

Pourquoi ajouter une phase de psychoéducation ?

Si pendant longtemps, le trouble bipolaire était considéré comme une maladie purement biologique, ne nécessitant qu'un traitement pharmacologique, on a commencé récemment à s'intéresser à l'approche psychologique de cette pathologie.

En effet, de nombreuses études ont montré que les facteurs psychosociaux et les événements de vie jouaient indéniablement un rôle fondamental dans le déclenchement des rechutes maniaques ou dépressives. Si pour certains patients, le traitement régulateur de l'humeur est miraculeux et fait disparaître toute la souffrance, il s'avère insuffisant dans environ 40 % des cas, d'où l'importance de développer des aides éducatives et psychothérapiques.

Parmi elles, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), dont l'efficacité est reconnue dans de nombreuses pathologies mentales, dont les dépressions récurrentes, à court, moyen et long terme, montre désormais son efficacité dans la prévention des rechutes des patients bipolaires.

Cet ouvrage a pour objectifs :

- de vous faire découvrir le vécu du patient bipolaire dans sa forme médicale académique (type I ou ancienne maladie maniaco-dépressive) et dans ses formes atténuées telles que la cyclothymie ;
- d'envisager l'ensemble des traitements proposés aujourd'hui ;

- de décrire chronologiquement toute la démarche de thérapie comportementale et cognitive (TCC) spécifique pour patients bipolaires étape par étape. Cette démarche structurée, dont nous vous donnerons de nombreux exemples, se déroule en thérapie individuelle ou en thérapie de groupe (leçons 4, 5 et 6) ; elle apprend au sujet le maniement d'une dizaine d'outils psychologiques issus des TCC dont l'utilisation permettra la prévention des rechutes dépressives et maniaques.

La TCC adaptée à la bipolarité dans tous ses états comporte toujours trois phases : une étape psychoéducative (leçon 7), une partie consacrée à la gestion des « hauts » et des « bas » (leçons 8 et 9) et une dernière partie consacrée à la consolidation et à la gestion des conséquences psychosociales du trouble (leçons 10 et 11).

L'ensemble de cette démarche vise à améliorer la qualité de vie du sujet et à diminuer la fréquence des « hauts » et des « bas ».

Leçon 1

**Qu'est-ce que
le trouble bipolaire ?**

SOMMAIRE

Comprendre le trouble bipolaire	6
Comment Reconnaître l'épisode maniaque ?	7
Comment détecter l'épisode hypomaniaque ?	9
Comment reconnaître l'épisode dépressif ?	9
Quelles sont les particularités de la dépression bipolaire ?	9
Quels sont les indices de prédictibilité ?	10
Comment reconnaître l'état mixte ?	13
L'espace intercritique souvent appelé intervalle libre	13
Comment dépister le trouble bipolaire ?	14
Les entretiens psychologiques	14
Les outils d'auto-évaluation	15
L'évaluation de l'intensité de l'humeur dépressive	18
Les échelles d'hétéro-évaluation	18
Quels troubles associés peuvent désorienter le diagnostic ?	20
Les troubles anxieux	20
Les phobies sociales	22
Les conduites addictives	22
Les troubles de la personnalité	24
Avec quels autres troubles ne pas confondre le trouble bipolaire ?	27

« Certes, il y a de bons et de mauvais moments,
mais notre humeur change plus souvent que notre fortune. »
Jules Renard

COMPRENDRE LE TROUBLE BIPOLAIRE



Objectifs de la leçon

- Reconnaître les différents épisodes, maniaque, hypomaniaque et dépressif.
- Reconnaître la spécificité de l'état mixte.
- Se familiariser avec les outils de dépistage.
- Distinguer le trouble bipolaire d'autres affections trompeuses.
- Cerner la place du trouble bipolaire au sein des classifications internationales.

Chez chacun d'entre nous, le propre de l'humeur est sa variabilité en fonction des circonstances de la vie. Des événements négatifs orientent tout naturellement l'humeur vers la tristesse, tandis que des événements heureux l'orientent normalement vers la gaieté. Ces variations n'excèdent cependant pas les limites d'une normalité thymique à l'intérieur de laquelle elles restent contenues.

Le franchissement de ces limites dans un sens expansif ou dépressif détermine le seuil de la pathologie. Nous allons donc parler de ce seuil et de ses différentes possibilités de débordements.

Le trouble bipolaire dans sa forme la plus typique (bipolarité dite de type I) est une affection chronique de l'humeur qui se manifeste par la succession à un rythme indéterminé d'états thymiques maniaques et/ou dépressifs. L'humeur hors normes est devenue comme indépendante du sujet qui n'en contrôle plus ni la survenue, ni les conséquences existentielles.

Mister Jones (1993)

L'acteur Richard Gere campe un personnage dont les épisodes maniaques et dépressifs successifs le conduisent à passer beaucoup de son temps en Hôpital Psychiatrique.

L'alternance de ces deux états maniaque et dépressif détermine la maladie maniaco-dépressive ou trouble bipolaire de type I qui, dans ses deux versants, peut associer des éléments délirants de toute-puissance mégalomaniaque pour l'un, et de ruine culpabilisée pour l'autre ; on parle alors de trouble bipolaire avec signes psychotiques.

Ainsi, les troubles bipolaires associent aux états dépressifs des états inverses d'expansivité de l'humeur. Cette humeur euphorique, accompagnée d'agitation et souvent de pensées « de

toute-puissance », porte le nom d'humeur maniaque qui n'a donc rien de commun avec son homonyme de la langue française désignant un comportement méticuleux, méthodique et précis.

Mosquito Coast (1996)

Dans ce film, le personnage Allie Fox, interprété par l'acteur Harrison Ford, montre les côtés mégalomaniques et paranoïaques que peuvent parfois ressentir les patients bipolaires au cours de leurs fluctuations thymiques.

Ce trouble de l'humeur périodique, intermittent, variant dans sa forme et son intensité, est source d'importantes difficultés diagnostiques. Ces difficultés ont été objectivées par plusieurs études. Ainsi, Goldberg (2003) observe un délai moyen de dix ans entre l'apparition des premiers symptômes évocateurs de trouble bipolaire et l'instauration d'un traitement adapté suite au diagnostic. Cette période de dix années sans traitement adapté est confirmée par de très nombreuses études sur tous les continents.

Par ailleurs, Hirschfeld, en 2003, montre que 69 % des patients bipolaires avaient un premier diagnostic erroné. On avait évoqué chez ces patients une moyenne de 3,5 diagnostics différents et ils avaient vu en moyenne quatre médecins avant qu'un diagnostic correct ne leur soit proposé. Le trouble bipolaire était le plus souvent confondu avec un état dépressif caractérisé (60 % des cas), un trouble anxieux (26 %), une pathologie schizophrénique (18 %) ou une personnalité de type borderline (17 %).

Le cumul toujours possible de deux pathologies (par exemple, trouble bipolaire et trouble anxieux, trouble bipolaire et borderline) rend le diagnostic encore plus délicat.

Un des enjeux actuels est de dépister de manière plus précoce les troubles bipolaires afin de pouvoir instaurer un traitement efficace pour améliorer la qualité de vie personnelle et sociale de l'individu. C'est pourquoi, dans cette première leçon, nous vous proposons de reprendre les caractéristiques cliniques des épisodes aigus, maniaques, hypomaniaques, dépressifs et mixtes.

COMMENT RECONNAÎTRE L'ÉPISODE MANIAQUE ?

Il s'agit d'un état expansif, joyeux, enthousiaste ou irritable qui dure depuis une semaine au moins et dans lequel le sujet présente une hyperactivité inhabituelle, une multiplication des contacts sociaux. Peu à peu une euphorie s'installe, accompagnée d'idées de grandeur et de toute-puissance, avec une accélération de la pensée ; le sujet est distrait par la moindre stimulation, son attention est éparpillée et il est en proie à une insomnie sans fatigue ; son débit verbal est accéléré et logorrhéique.

Peuvent être ajoutés à ce tableau une hyperactivité locomotrice, parfois une augmentation de la consommation de substances telles que le tabac, l'alcool ou les drogues, une augmentation du nombre des achats dits « pathologiques » et plus rarement, l'apparition de conduites délictueuses.

Le patient se présente le plus souvent enjoué, jovial, volubile, familier, voire extravagant. Il est de contact facile et s'enthousiasme pour d'innombrables projets.

Au mieux l'humeur du maniaque est un état d'hyperesthésie affective avec une augmentation de l'amplitude des émotions, une hyperréactivité émotionnelle et une capacité exagérée mais syntone à ressentir des émotions. Il existe parallèlement une hypersensorialité : tous les sens sont affûtés. La perception des stimulations externes est amplifiée, ce qui contribue à la déstabilisation de l'humeur.

Gérard Garouste

Dans son livre écrit avec Judith Perrignon, *L'intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre*, le peintre Gérard Garouste raconte sa vie de bipolaire et notamment une crise maniaque particulièrement aigüe restée si vive en sa mémoire :

« Un matin, je me suis enfui, [...], je suis parti sans rien, j'ai fait du stop, donné mon alliance au conducteur et pris le train...

En arrivant à Paris... je suis sorti de la gare... il y avait une longue queue aux taxis, j'ai opté pour une voiture de maître. J'ai donné au chauffeur l'adresse de mes parents... Tout en conduisant, il me regardait d'un air suspicieux dans le rétroviseur. J'ai ouvert mon portefeuille, j'en ai sorti ma carte d'identité et je l'ai jetée par la fenêtre...

À Alésia, il s'est arrêté. Il a dit qu'il ne pouvait m'emmener plus loin...

J'ai donc marché... jusqu'au pavillon de mes parents. Ils n'étaient pas chez eux au mois d'août, je savais où trouver la clé. Et aussi leur argent et les bijoux de ma mère. J'ai tout pris. Je suis reparti avec un coffret à la main et leur richesse à l'intérieur.

J'ai fait du stop. Comme personne ne s'arrêtait, je me suis mis face aux voitures...

J'ai marché. J'ai fini par attraper un taxi, je lui ai demandé de m'emmener au Ritz. Il m'y a déposé, j'ai sorti du coffret un billet de 500 francs, je le lui ai tendu sans attendre la monnaie.

Dans le hall, j'ai demandé une suite, le majordome m'a toisé du regard et fait comprendre que l'hôtel était complet. J'ai sorti 3 billets de 500 francs en disant : « vous allez bien me trouver ça », et j'ai finalement été conduit vers une petite suite avec chambre et bureau.

Je n'aimais pas la décoration. J'ai arraché les tentures et les rideaux. Au bout d'un quart d'heure, quelqu'un a frappé à ma porte, un employé prenant prétexte de mes bagages qui n'arrivaient pas, venait voir ce qui se passait. Je l'ai congédié et je suis parti à mon tour¹. »

En fait, il n'existe pas un tableau clinique unique des manies mais différentes formes selon l'intensité et les symptômes associés ; on en distingue ainsi plusieurs types : aiguës, délirantes, stuporeuses ou mixtes, et dont certaines formes revêtent un caractère d'urgence médicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital pour déshydratation, dénutrition, etc.

1. Gérard Garouste, *L'intranquille. Autoportrait d'un fils, d'un peintre*, éd. L'Iconocraste, 2009.