



HAL
open science

**Dépistage des troubles bipolaires en médecine générale.
À propos d'une enquête sur les pratiques d'une
population de généralistes Hauts-Normands**

Maxime Alessandroni

► **To cite this version:**

Maxime Alessandroni. Dépistage des troubles bipolaires en médecine générale. À propos d'une enquête sur les pratiques d'une population de généralistes Hauts-Normands. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01203170

HAL Id: dumas-01203170

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203170>

Submitted on 22 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

ALESSANDRONI Maxime

Né le 02 Juillet 1983 à Ambilly (74)

Présentée et soutenue publiquement le 4 Juin 2015

**Dépistage des troubles bipolaires en médecine générale :
À propos d'une enquête sur les pratiques d'une population de
généralistes Hauts-Normands**

Président du Jury :

Pr Olivier Guillin

Membres du jury par ordre alphabétique :

Pr Emmanuel Lefebvre

Pr Bruno Mihout

Pr Bernard Proust

Directeur de thèse :

Dr Remy Wiela

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUARTH (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et deréadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	
	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Mr le Pr Guillin :

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous en témoigne ma sincère gratitude pour l'apport de votre expertise.

A Mr le Pr Lefebvre :

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je profite de ce travail pour vous témoigner ma reconnaissance quant à votre implication passionnée pour nous enseigner la médecine générale en troisième cycle.

A Mr le Pr Mihout :

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie chaleureusement de vous rendre disponible suite à ma sollicitation tardive.

A Mr le Pr Proust :

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous en remercie et vous assure de ma respectueuse gratitude.

A Mr le Dr Wiela :

Je te remercie sincèrement pour ta grande disponibilité, tes conseils précieux lors de l'élaboration de ce travail et la transmission de ton savoir lors de mon stage dans ton service.

A ma tendre épouse, Pin-Ju, merci pour ton soutien quotidien et tes éclairages qui m'ont grandement aidé à traverser les étapes de ma formation depuis nos années lyonnaises.

A mes chers enfants, Lingo & Marco, votre joie de vivre et votre énergie me remplissent chaque jour de bonheur et de motivation.

A mes parents, qui ont respecté mes choix et sans qui l'accomplissement de mes études n'aurait pu se faire.

A mes collègues lyonnais et co-internes rouennais, merci pour votre émulation tout au long de ces étapes.

A mes collègues remplaçants et titulaires de la clinique des Essarts ; merci pour vos échanges et les expériences professionnelles que vous me permettez d'acquérir.

A tous les médecins avec qui je travaille actuellement, qui me font confiance régulièrement en me confiant leur patientèle.

Un grand merci également aux Drs Adam, Fainsilber et Laval dont la complémentarité m'a beaucoup enrichi pendant le semestre passé en leur compagnie.

A tous les médecins qui ont acceptés avec sympathie de consacrer quelques minutes à la l'élaboration de ce travail en répondant à mon questionnaire.

-SERMENT D'HIPPOCRATE-

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

- SOMMAIRE -

Introduction.....	17
1.Rappels théoriques sur les troubles bipolaires.....	19
1.1 Rappel historique	19
1.2 Définition du trouble bipolaire	23
1.2.1 Préambule.....	23
1.2.2 L'épisode dépressif.....	23
1.2.3 L'épisode maniaque	25
1.2.4 L'hypomanie	26
1.2.5 L'espace intercritique ou intervalle libre.....	27
1.2.6 Troubles bipolaires.....	27
1.2.7 Le spectre bipolaire	29
1.2.8 Evolution des classifications DSM depuis les années 80.....	32
2. Epidémiologie	35
3. Physiopathologie.....	36
3.1 Facteurs génétiques	36
3.2 Facteurs environnementaux.....	36
3.2.1 Le stress	36
3.2.2 Le modèle du kindling	37
3.2.3 Facteurs biologiques.....	38
3.2.4 La théorie auto inflammatoire actuelle.....	39
3.3 La place de l'imagerie.....	40
4. Comorbidités.....	42
5. Risque suicidaires et répercussions psychosociales.....	44
5.1 Le risque suicidaire.....	44
5.2 Les répercussions sociales et familiales	45

6. Moyens diagnostiques.....	46
6.1 Les critères cliniques	47
6.2 Les outils de dépistage	48
7. Diagnostics différentiels	50
8. Traitements.....	51
8.1 Traitements pharmacologiques.....	51
8.2 Traitements non pharmacologiques.....	53
8.3 Le traitement idéal ?	54
9. Matériel et méthodes.....	56
9.1 Type d'étude.....	56
9.2 Population étudiée.....	56
9.3 Le questionnaire	56
9.4 Analyse des données.....	57
10.Résultats	58
10.1 Constitution de l'échantillon	58
10.2 Profil des généralistes interrogés	58
10.3 Formation des médecins	59
10.4 Considérations et connaissances des troubles bipolaires	60
11. Discussion	68
10.1 Les limites de l'étude	68
10.2 Les résultats des questionnaires.....	69
10.3 Le dépistage du trouble bipolaire.....	75
10.4 Mode de formation médicale.....	76
10.5 Perspectives.....	77
Conclusion	80
Bibliographie.....	82
Annexes	91

- INTRODUCTION -

Les troubles bipolaires sont une pathologie grave, dont les répercussions professionnelles et familiales sont parfois dramatiques.

Le dépistage de la dépression bipolaire est difficile en raison de la multiplicité des tableaux cliniques.

Pourtant, ce dépistage, plus il est précoce, plus il permet d'améliorer le pronostic évolutif du trouble. (1)

Outre les problèmes posés par les formes atténuées (hypomanie, cyclothymie) ou complexes, la principale difficulté pour le médecin généraliste est de les repérer parmi les épisodes dépressifs majeurs.

En effet, si le diagnostic peut paraître aisé devant un tableau maniaque bruyant, il est plus difficile en pratique devant les formes hypomaniaques ou si le patient consulte en phase dépressive.

De plus, les acteurs de soins primaires sont en première ligne et sont consultés par les patients bipolaires en majorité à l'occasion d'une dépression (2) et non pour une phase d'exaltation maniaque ou hypomaniaque.

Ces problèmes diagnostiques peuvent être également expliqués d'une part par les difficultés des patients eux-mêmes à se souvenir de leur phase (hypo)-maniaques (3) .

Par ailleurs, ces symptômes ne sont souvent pas décelés car ils peuvent passer pour l'exacerbation d'un comportement normal et parfois, le tableau comorbide, comme une consommation excessive d'alcool peut être au premier plan, désorientant ainsi le diagnostic. Cette hétérogénéité de présentation du trouble, tant dans ses formes que dans son intensité, explique en partie le retard diagnostique qui est évalué à 8 ans en moyenne (4) et pendant lequel peut s'installer une dégradation « biopsychosociale » majeure .

Le généraliste a un donc un rôle capital dans la reconnaissance et la gestion initiale de ces pathologies car des études récentes suggèrent que près de 30% des patients diagnostiqués dépressifs en soins primaires seraient atteints de troubles bipolaire (5) (6) .

La distinction entre dépression intégrant un trouble bipolaire et épisode dépressif majeur (anciennement dit unipolaire) paraît difficile certes, mais est impérative, en raison du recours à des modes de traitement et des perspectives de chronicité et donc de suivi, différents.

il est fondamental de connaître quelle compréhension les généralistes ont de cette maladie afin de trouver des solutions pour améliorer la précocité du diagnostic.

Notre étude a donc pour but :

- de savoir comment les médecins généralistes tout d 'abord perçoivent ce trouble.
- d'évaluer leurs connaissances des critères devant leur faire évoquer un trouble bipolaires .
- d'identifier les moyens mis en œuvre par ces confrères pour le dépistage et ses difficultés de réalisation.

1. Rappels théoriques sur les troubles bipolaires.

1.1 Rappel historique

Nous retrouvons les premières traces de la manie et de la dépression au Vème siècle av. JC à l'époque d'Hippocrate, premier à en établir une description qui soit parvenue jusqu'à nous : la transformation de la mélancolie (du grec « mêlas kholé » ou bile noire) en folie (« mania » en grec).

Arrêtée de Cappadoce (1er siècle après J-C), auteur hellénophone établi à Alexandrie, adepte d'Hippocrate, a décrit chez des sujets une succession d'état mélancolique et d'état d'exaltation.

Il fut le premier à établir un lien entre ces deux entités cliniques, manie et mélancolie, en un sens à être l'initiateur du concept bipolaire.(7)

Ce n'est qu'au milieu du XIXe siècle que le concept moderne de la maladie maniaco-dépressive sera introduit.

Ce sont deux élèves d'Esquirol, les psychiatres de la Salpêtrière Jean-Pierre Falret (1794-1870) et Jules Baillarger (1809-1890) qui entre 1851 et 1854, ont simultanément l'idée de caractériser une nouvelle maladie en la définissant par la succession de la manie et de la mélancolie, en ne considérant plus ces deux états comme deux maladies différentes chez le même patient.

Le premier l'appelle « folie circulaire », le second l'appelle « folie à double forme », dénomination très proche de bipolaire.

Les deux ont déjà une vision clairvoyante du trouble : le retour à un état normal entre les accès est décrit comme l'une des caractéristiques principales de l'affection.

C'est la première fois dans l'histoire de la médecine que l'évolution sur plusieurs années voire sur la vie entière, sert de critère pour définir un trouble mental.

Falret fait à l'époque un constat désespérant d'incurabilité, en même temps qu'il note déjà l'importance du facteur héréditaire.

Les thérapeutiques d'alors se limitaient à une pharmacopée rudimentaire, à l'hydrothérapie, aux purgations et autres saignées.

Pour les plus démunis, l'asile restait encore le seul recours, alors qu'ils seraient sans doute sortis de l'hôpital entre leurs accès si l'on en était resté aux diagnostics de manie et de mélancolie.(7) (8)

De nombreux travaux sont consacrés à ce trouble dans les décennies qui suivent.

C'est un autre français, Antoine Ritti (1844-1920) qui publie en 1883 le premier ouvrage qui lui soit exclusivement consacrée, réunissant toutes les connaissances alors :

Le traité clinique de la folie à double forme.

Il faudra attendre une quinzaine d'année plus tard, en 1899 pour qu'un médecin allemand, Emile Kraepelin (1856-1926), professeur à Heidelberg, considéré comme l'un des pères de la psychiatrie moderne, décrive la conception moderne et actuelle de la maladie maniaco-dépressive (ou « folie maniaco-dépressive ») dont le nom sera véritablement énoncé pour la première fois en 1907 par Deny et Camus.

Cette dénomination va s'imposer pendant 80 ans.

L'idée forte de Kraepelin est, en reprenant l'approche de Falret, de séparer, à partir de leur évolution durant toute la vie des sujets atteints, *la folie maniaco-dépressive* de l'autre grande psychose qu'il a décrite, *la démence précoce*, devenue plus tard la schizophrénie.

La première comporte des accès répétés avec rétablissement suivi de rechute au bout d'un délai plus ou moins long, mais sans détérioration des facultés intellectuelles.

La seconde est une dégradation progressive vers un état d'affaiblissement des fonctions mentales.

Le terme de psychose renvoie ici à l'altération fondamentale du contact avec la réalité même si cette dernière n'est que momentanée et dure le temps de la phase maniaque.

Il va ainsi définir en 1899 *la folie maniaco-dépressive* comme une entité nosologique unique dont la clinique peut varier au fil du temps.

Déjà, il précise que le trouble est composé d'une alternance de phases d'excitation et d'inhibition. (7) (9)

Son travail s'accompagne d'une description du tempérament dépressif, maniaque, cyclothymique et irritable.

Ceci permet de grandes avancées en termes de compréhension diagnostic et pronostic de ce que l'on appellera plus tard la maladie bipolaire.

Kraepelin est en effet le premier à intégrer les états mixtes dans ce cadre ;

il conçoit l'état mixte comme un état de transition entre manie et mélancolie.

Plus tard Kraepelin deviendra moins tranchant dans ses définitions et décrira des formes dépressives et circulaires de démence précoce, de même que des symptômes d'allure schizophrénique dans la psychose maniaco-dépressive.

À noter d'ailleurs qu'Emil Kraepelin est né la même année que Freud et qu'il est l'un des artisans principaux du développement de la psychiatrie au tournant du XIXe et XXe siècle.

Au milieu du XXe siècle, l'approche dichotomique remplace la vision unitaire de Kraepelin.

Au même moment, le psychiatre allemand Karl Kleist introduit en 1953 le qualificatif bipolaire pour désigner des maladies où se succèdent états dépressifs et états maniaques.

À partir de critères reposant sur l'hérédité, la personnalité des sujets et l'évolution des accès, le psychiatre suisse Jules Angst et le suédois Carlos Perris, reprenant les principes de Kleist, en 1966, différencient les formes unipolaires dépressives des formes bipolaires de la maladie comportant à la fois des accès maniaques et dépressifs.

Ces dernières correspondent à l'affection décrite 100 ans plus tôt à la Salpêtrière par Baillarger.

Angst s'est appuyé sur 326 cas, Perris 280. Contrairement au siècle précédent, entre Falret et Baillarger, il n'y aura pas de rivalité entre eux. (31) (32)

C'est alors, grâce notamment à un article commun, que le terme bipolaire entre définitivement dans le vocabulaire psychiatrique.

En 1976, Duner initie la classification des troubles bipolaires en distinguant les sujets ayant eu à une reprise au moins une phase maniaque suffisamment sévère pour avoir nécessité un traitement spécifique (Bipolaire type1) et les patients dépressifs et connaissant des périodes hypomanes (altération significative sans traitement spécifique (bipolaire type 2).

Depuis les années 80, à la suite des travaux d'Akiskal aux Etats-Unis et de Angst en Suisse, nous assistons à un retour vers une approche unitaire avec la notion de *spectre bipolaire* établissant une classification plus complexe mais aussi plus fine pour le clinicien. Nous y reviendrons en détail par la suite.

Une véritable révolution théorique survient avec les travaux d'Akiskal qui en 1977 suggère pour la première fois l'existence de formes atténuées de troubles bipolaires.

Il propose une clinique des tempéraments : cyclothymique, hyperthymique, dysthymique et irritable qui constitueraient autant de formes atténuées de la maladie.(10)

En définitive, jusqu'à nos jours vont continuer à s'opposer la conception unitaire de la maladie, formalisée par Kraepelin, et la conception binaire, dualiste, d'Angst et Perris.

Aux Etats-Unis, la première est reprise par les professeurs de psychiatrie Frederick Goodwin et Kay Redfield Jamison, avec le sous-titre de leur ouvrage encyclopédique

Troubles bipolaires et Dépression récurrente. (120)

La seconde est entérinée par le DSM américain. Mais les deux conceptions ont trouvé leur source sur le Vieux Continent.

1.2 Définition du trouble bipolaire

1.2.1 Préambule

L'idée de caractériser une maladie mentale par une perturbation de l'humeur ne va pas de soi.

Dire qu'une personne est psychiquement perturbée en se basant sur les propos qu'elle tient, sur les bizarreries de sa conduite, sur la perte de ses capacités intellectuelles ou sur la dégradation de son mode de vie, ne pose aucun problème.

Cependant, l'humeur connaît des variations chez chacun d'entre nous.

La vie de chacun est composé d'évènement l'orientant vers la tristesse ou vers la joie.

Le seuil pathologique est franchi lorsque la joie se transforme en manie dysphorique et la tristesse en dépression.

Classiquement décrit dans le DSM IV-TR, 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 dépressifs.

L'état maniaque correspond à un sentiment de « toute puissance », accompagnée d'agitation euphorique.

Pour note, les définitions ci-dessous seront basées sur celles du DSM IV et non de la CIM 10.

1.2.2 L'épisode dépressif

Il est défini chez des adultes par la présence pendant au moins deux semaines, soit d'une humeur triste, soit de perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes les activités.

Les symptômes classiques comportent un ralentissement psychomoteur associant aboulie, une incapacité à prendre des décisions et des difficultés de concentration.

S'y ajoute un sentiment d'inutilité, de culpabilité injustifiée, une autodévalorisation quasi constante aboutissant à des idées récurrentes de mort pouvant aboutir à une scénarisation suicidaire.

Les plaintes somatiques sont constantes, multiples mais souvent centrée sur une asthénie.

L'insomnie, classiquement définie par un réveil précoce, aggrave cette grande fatigue.

D'après le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e version révisé, DSM-IV-TR , DSM pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, l'épisode dépressif majeur se définit comme une période distincte d'au moins deux semaines pendant laquelle le patient présente soit une humeur triste soit une perte d'intérêt ou de plaisirs, ayant un retentissement significatif sur son fonctionnement social et, ou professionnel.(11)

La présence d'au moins 5 des symptômes suivants est nécessaire :

- Anhédonie, c'est-à-dire diminution voir absence d'intérêt et de plaisir pour les activités habituelles
- Humeur dépressive
- Perte ou gain de poids
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Anergie, asthénie
- Sentiment de dévalorisation ou culpabilité
- Idées de mort récurrentes
- Difficultés de concentration

Toutefois des nuances sont à noter si nous nous en tenons à cette définition du DSM IV-TR , en pratique quotidienne et notamment en repérage diagnostique, cœur de l'objet de ce sujet. En effet, les critères DSM IV-TR de l'épisode dépressif majeur ne sont pas spécifiques aux dépressions bipolaires et permettent également de poser le diagnostic d'épisode dépressif majeur isolé ou récurrent.

Plusieurs spécifications du DSM font classiquement évoquer un trouble bipolaire :

les dépressions avec caractéristiques mélancoliques (renvoyant à la dépression dite endogène), psychotiques et atypiques, auxquelles nous pouvons ajouter la dépression dite hostile.

L'étude française EPIDEP, réalisée sur un groupe de 500 patients présentant les caractéristiques cliniques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM- IV identifie 22% de troubles bipolaires de type 2 selon le DSM IV –TR lors de l'entretien index et 40% de bipolaires type 2 dans l'acceptation élargie un mois plus tard.(12) (13)

Donc comment différencier cliniquement une dépression s'inscrivant dans la bipolarité d'une dépression dite simple et par conséquent, quand donner des thymorégulateurs ou des antidépresseurs aux patients déprimés .

Cette question est importante compte tenu du risque de virage de l'humeur des bipolaires sous antidépresseurs et d'une augmentation de la fréquence des cycles thymiques.

D'autre part, l'étude EPIDEP montre que les outils cliniques classiques ne sont pas très performants pour différencier les dépressions bipolaire et unipolaire puisque la moitié des patients diagnostiqués finalement bipolaires ne l'étaient pas lors de l'entretien initial.

Cette étude montre d'ailleurs qu'une majorité des critères de présentations clinique et de sévérité des symptômes sont identiques : dans la dépression bipolaire, nous retrouvons un âge de survenue du premier épisode plus précoce , des idées suicidaires et une hypersomnie plus fréquentes lors de l'épisode index, de scores plus élevés sur les échelles d'hypomanie et de tempérament cyclothymiques et irritables et de plus forts taux de virage de l'humeur sous traitement .(13)

1.2.3 L'épisode maniaque

Il est défini par la présence d'un état d'euphorie expansive pouvant associer de l'irritabilité qui dure depuis au moins une semaine.

Le patient présente une hyperactivité inhabituelle, une tendance à la multiplicité des contacts Elle s'accompagne d'idées de grandeur, d'une toute puissance, de tachypsychie.

Les symptômes typiques dans le discours sont la logorrhée, le passage du coq à l'âne, la fuite des idées.

En outre, on retrouve une grande distractibilité, une insomnie sans fatigue, une hyperactivité, la possibilité de conduites délictueuses ou de comportements à risque.

Le patient se présente le plus souvent comme enjoué, jovial, volubile, familier, voire extravagant.

Il n'existe pas un tableau clinique unique mais plusieurs types de manies: aiguës, délirantes, stuporeuses, mixtes.

L'alternance de ces deux états détermine la maladie maniaco-dépressive ou trouble bipolaire de type I qui, dans ses deux versants, peut associer des éléments délirants de toute-puissance mégalomane pour l'un et d'idées délirantes de culpabilité, par exemple de ruine financière pour l'autre (appelés alors signes psychotiques).

Selon le DSM IV, l'épisode maniaque correspond à une période de plus d'une semaine au cours de laquelle le sujet présente une hyperactivité inhabituelle, qui entraîne une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social et qui s'accompagne classiquement d'au moins trois des symptômes suivants :

- idées de grandeurs
- insomnie sans fatigue
- grande communicabilité
- distractibilité
- fuite des idées
- augmentation de l'activité orientée vers un but
- engagement excessif dans une activité agréable

Ces symptômes n'étant pas dus aux effets psychoactifs d'une substance, ou d'une affection médicale générale et ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

1.2.4 Hypomanie

Il s'agit d'une forme atténuée de la manie, qui correspond à une période d'au moins quatre jours avec humeur exaltée, accélération psychomotrice, mais qui à la différence de l'épisode maniaque n'interfère pas de façon majeure dans la vie relationnelle même du patient, même si cette perturbation doit être indiscutable et être remarquable par l'entourage du patient. Toujours selon le DSM IV, la présence de symptômes psychotiques fait exclure le diagnostic d'hypomanie.

Des discussions sont nées autour de la définition de l'hypomanie selon les critères du DSM IV TR. (14)

On pense aujourd'hui qu'une durée de deux jours des symptômes suffit pour poser le diagnostic d'hypomanie.

1.2.5 L'espace intercritique appelé aussi intervalle libre

En période intercritique, les sujets sont a priori indemnes de tout symptôme thymique : c'est l'euthymie. Cette période laisse alors s'exprimer d'autres souffrances possibles du sujet : perturbations anxieuses, traits de personnalité particuliers.

A noter toutefois que cette phase intercritique ne peut se dédouaner de suivi de l'évolutivité du trouble sur le plan cognitif.

1.2.6 Troubles bipolaires

Dans le DSM IV, le trouble bipolaire est classé parmi les troubles de l'humeur. L'humeur étant définie comme l'état qui régit les émotions et l'affectif et témoigne d'un degré d'implication émotionnelle d'un individu dans son environnement.

Les personnes souffrant de trouble dits de « l'humeur » présentent des fluctuations excessives voire extrêmes de l'humeur oscillant entre des épisodes dépressifs et maniaques espacées comme nous l'avons vu par des intervalles libres.(15)

4 types de troubles bipolaires sont distingués :

- **le trouble bipolaire de type I**, caractérisé par l'association d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et d'un ou plusieurs épisodes dépressifs (ce qui correspond à la définition historique de la psychose maniaco dépressive).
- **le trouble bipolaire de type II** : il correspond à l'association d'un ou plusieurs épisodes dépressifs et d'au moins un épisode hypomaniaque ; c'est donc le repérage de l'hypomanie qui est essentiel. Le trouble bipolaire de type II a été individualisé en 1976 par Dunner et Gershon.(33)

- **la cyclothymie** correspond à plusieurs périodes d'hypomanie et plusieurs périodes dépressives modérées, ne répondant pas aux critères d'épisode maniaque et d'épisode dépressif. Elle correspond à un trouble à début précoce (vers 20 ans), avec des cycles courts intermittents avec euthymie peu fréquente. Elle est marquée par des oscillations brutales d'une phase à l'autre avec manifestations subjectives telles que léthargie, pessimisme ruminations alternant avec optimisme et attitudes insouciantes, estime de soi incertaine, ou à l'inverse confiance excessive limite mégalomane ; et d'autre part des manifestations comportementales telles que :
 - hypersomnie alternant avec insomnie sans fatigue
 - repli sur soi alternant avec recherche sociale désinhibée
 - pleurs inexplicables suivies de plaisanteries
 - irrégularité qualitative et quantitative dans la productivité

Le DSM IV exclut le diagnostic de cyclothymie en cas d'absence pendant plus de deux mois.

- **le trouble bipolaire non spécifié** qui correspond aux autres formes de bipolarité n'entrant pas dans les définitions précédentes .

Cette dernière catégorie se base sur les travaux de Akiskal en 1977 qui individualisent 8 formes de troubles bipolaires. Il y intègre les formes atténuées, comme par exemple les épisodes dépressifs récurrents avec épisodes maniaques d'une durée inférieure à quatre jours, les formes induites par un traitement antidépresseur, les tempéraments hyperthymiques, les épisodes hypomaniaques, ou encore les dépressions récurrentes avec antécédents familiaux de bipolarité.

Akiskal et de nombreux auteurs dénoncent le manque de sensibilité de ces diagnostics établis par les classifications du DSM IV, que les mentions « Trouble cyclothymique » et « Trouble bipolaire non spécifié » ne comblent que très partiellement. Cela rejoint le débat sur l'existence d'un **spectre bipolaire** permettant d'élargir le champ de la bipolarité. (16)

1.2.7 Le spectre bipolaire

L'utilisation du terme « *spectre* » dans le trouble bipolaire, fait passer le référentiel d'une approche catégorielle, établie par le DSM-IV-TR (reconnaissant comme nous l'avons vu seulement comme trouble bipolaire les types I II, le trouble cyclothymique et Trouble bipolaire non spécifié) à une approche dite *dimensionnelle* qui apporte plusieurs avantages (17) :

- La bipolarité devient alors associée à des groupes de symptômes isolés et des traits tempéramentaux, n'appartenant pas à la définition du DSM. Des formes atténuées et subsyndromiques de bipolarité peuvent être intégrées dans ce spectre et comme le souligne Maser et Patterson en 2002 (18), cela évite des seuils diagnostiques artificiels. C'est en effet important pour le trouble bipolaire de type II, dont le diagnostic DSM manque de sensibilité pouvant entraîner de nombreux faux négatifs préjudiciables sur le plan pronostique.
- Cette approche permet également une meilleure prise en compte des périodes dites intercritiques, délaissant ainsi la vision figée en périodes ou phases pathologiques du DSM IV reposant sur la polarité et l'intensité des épisodes.

Apparaît alors une vision dite *diachronique* avec, comme le souligne Chiaroni et colle en 2004(19), un intérêt accru pour les éléments biographiques du patient .

Par ailleurs cette approche inclut dans le même spectre des troubles de natures différentes au moins au premier abord (par exemple, bipolarité et addictions) mais dont on découvre par la suite des bases physio- et psychopathologiques communes.

- En outre, comme le souligne Katzow et coll. en 2003 (20), bien que l'approche catégorielle des classifications des troubles bipolaires dans le DSM soit utile pour la recherche, l'approche dimensionnelle paraît plus proche de la réalité clinique.

Nous pouvons cependant remarquer que l'intérêt pour cette approche dimensionnelle est aussi intéressante en recherche fondamentale pour mieux établir des nouveaux

paradigmes de compréhension de ce trouble d'un point de vue génétique et neurobiologique.

Ce concept de spectre bipolaire est donc l'héritier des classiques descriptions de la maladie maniaco dépressive de Kraepelin 1921 puis Kretshmer en 1936.

Celles-ci évoquent des variations de l'humeur de l'état le plus sévère au moins grave entretenant des liens étroits avec des tempéraments prédisposés à ces troubles.

En 1999, Akiskal et Pinto proposent une classification élargissant le spectre du DSM-IV-TR .

Le concept de spectre bipolaire bouscule la trop simple dichotomie entre trouble bipolaire de type I et de type II. (21)

Leur classification est la suivante :

- . Le trouble bipolaire type I ; dépression + au moins un épisode maniaque franc
- . Le trouble bipolaire type I ½ : hypomanie prolongée + dépression
- . Le trouble bipolaire type II : hypomanie spontanée discrète + dépression
- . Le trouble bipolaire type II ½ : dépression + tempérament cyclothymique
- . Le trouble bipolaire type III : dépression + manie ou hypomanie induites par les antidépresseurs
- . Le trouble bipolaire II1/2 : oscillations marquées par l'humeur associées à un contexte addictif ou à un abus d'alcool
- . Le trouble bipolaire IV : dépression + tempérament hyperthymique

À ces principales formes, certains auteurs ajoutent d'autres sous types tels :

- . Le trouble bipolaire type V (dépression familiale récurrente avec histoire familiale de bipolarité
- . Le type VI : manie récurrente sans évidence de dépression alternée .

Cette conceptualisation moderne du trouble rend davantage compte de la diversité des formes de la maladie.

Comme nous l'avons vu dans le rappel historique le concept de bipolarité est en perpétuelle évolution depuis ses premières descriptions datant de l'Antiquité.

Le terme à proprement parlé "bipolaire" (zweipolig) a été utilisé en 1953 par le psychiatre allemand Karl Kleist pour définir des formes de troubles de l'humeur caractérisées par des oscillations entre états d'excitation maniaque et états dépressifs, qualifiés d' "unipolaires" (einpilig).

Auparavant Kraepelin utilisait le terme de folie maniaco-dépressive qui a évolué en France avec notamment Gaston Deny en Psychose maniaco-dépressive au début du XXe siècle, souvent contracté ultérieurement en « PMD » qui va longtemps servir à désigner la maladie.

Le qualificatif de bipolaire a été repris en 1966 par le psychiatre suisse Jules Angst et son collègue suédois Perris, pour définir une forme de la maladie de Kraepelin

C'est aussi en Allemagne que le terme cyclothymie a été créé, dès 1880, à partir de deux mots grecs, *kuklos* (cercle) et *thumos* (humeur, affect).

Autrefois synonyme de bipolaire, il ne sert, comme nous l'avons vu, plus qu'à désigner que certaines formes de la maladie, dans lesquelles les accès sont d'une moindre intensité que ceux des formes classiques.

1.2.8 Evolution des classifications DSM depuis 1980:

Le terme bipolaire fut utilisé comme tel dans les classifications internationales à partir du DSM III(1980) .

La troisième édition du DSM marque une rupture nette avec les classifications psychiatriques anciennes.

En effet les troubles mentaux étaient partagés essentiellement en fonction de la dichotomie psychose-névrose . Un glossaire précisant leurs principales caractéristiques permettaient leur classification.

Les troubles actuellement bipolaires étaient classés avec les troubles affectifs majeurs comme formes maniaque, dépressive, circulaire maniaque, circulaire dépressive ou autre de la "psychose maniaco-dépressive".

Avec les travaux de Angst, Perris Winokur et Clayton, les troubles bipolaires deviennent alors une catégorie diagnostique autonome séparée des troubles dépressifs dit unipolaire;

Pour les troubles bipolaires, le différenciateur cardinal dans le DSM III est représenté par l'intensité de l'épisode d'excitation : maniaque ou hypomaniaque.(22)

Ces deux derniers syndromes permettent de différencier dans le DSM IV (1994)(11) les troubles bipolaires type I avec épisodes maniaques des troubles bipolaires type II, avec des épisodes d'excitation n'excédant pas le niveau d'intensité de l'hypomanie.

Dans le DSM-IV, les troubles maniaques restent groupés avec les troubles dépressifs dans une même classe appelée dorénavant trouble de l'humeur.

Le DSM-IV introduit par ailleurs plusieurs nouveautés qui s'appliquent aux troubles de l'humeur en général et donc au troubles bipolaires en particulier, dont en particulier un trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale et d'un trouble de l'humeur induit par une substance psychoactive.

Il propose enfin de nouvelles spécifications notamment sur l'évolution du trouble : à côté de la spécification " avec caractère saisonnier", présente dès le DSM-II-R, le DSM-IV permet de préciser si le trouble est « avec ou sans guérison complète entre les épisodes », ou qu'il s'agisse d'un trouble à « cycles rapides » .

Le DSM-IV-TR apporte un certain nombre de corrections et de précisions au texte du DSM-IV mais il ne modifie pas l'organisation générale de la classification et il n'introduit aucun changement au niveau des critères diagnostiques.

Les travaux de révisions du DSM-IV et du DSM-IV-TR ayant permis d'aboutir au DSM-V ont été guidés par la prise en compte d'une approche dimensionnelle comme décrite plus haut dans la définition du *spectre bipolaire* pour arriver à une nouvelle structure des classifications.

Ainsi, dans le DSM-V, les troubles mentaux sont classés en 20 parties, numérotés de A à V.

Dans ce regroupement, les troubles bipolaires se situent dans le chapitre C, appelé « troubles bipolaires et troubles connexes » (*bipolar and related disorders*).

Ils sont distincts des troubles dépressifs qui sont inclus dans le chapitre D.

Le chapitre C comprend 6 catégories : le trouble bipolaire type I , le trouble bipolaire II , le trouble cyclothymique , le trouble bipolaire associé à une autre affection médicale, le trouble bipolaire dû à un abus de substance et le trouble bipolaire non classé ailleurs.

Comme dans les éditions précédentes, la définition des troubles bipolaires I et II repose sur les critères diagnostiques explicites définissant les épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs majeurs.(23)

La forme « état mixte » est éliminée dans le DSM-V au profit d'une spécification « avec caractéristiques mixtes » appliquée à la fois aux épisodes maniaque, hypomaniaque ou dépressif majeur.

La grande catégorie des troubles de l'humeur disparaît et les troubles bipolaires sont désormais bien distincts des troubles dépressifs.

Le changement principal concernant l'appartenance ou non à cette catégorie est l'importance donnée au critère « niveau d'énergie et activité » et non seulement à l'humeur.(24)

En effet , la principale différence avec les versions précédentes de DSM, concerne la définition d'une nouvelle catégorie introduite par le chapitre D « Troubles dépressifs » du DSM-V, appelé « trouble disruptif lié à un dérèglement de l'humeur (disruptif en référence à une décharge électrique qui éclate avec une étincelle) *disruptive mood dysregulation disorder* .

Ce nouveau trouble est proposé pour éviter l'écueil de diagnostic par excès de troubles bipolaire chez les enfants et les adolescents.

Il permet d'affiner d'autre part le diagnostic différentiel entre le trouble bipolaire et le trouble oppositionnel avec provocation et enfin le trouble de l'attention avec hyperactivité.(25)

Au total, les troubles de l'humeur sont connus depuis l'Antiquité.

Les classifications nationales et internationales séparent les troubles dépressifs des troubles bipolaires.

Toutefois, ces classifications proposent une définition identique pour l'épisode dépressif majeur s'intégrant dans un trouble bipolaire et dans un trouble de l'humeur dit unipolaire.

D'autres classifications alternatives font l'hypothèse d'une continuité entre dépression unipolaire et trouble bipolaire.

La définition propre des troubles bipolaires a une histoire qui a commencé au XIXe siècle et qui n'a cessé de se préciser et d'évoluer jusqu'à nos jours avec les nouvelles spécificités des nouvelles classifications du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM – V.

Cependant, la définition du DSM-IV-TR reste celle qui est la plus utilisée en pratique clinique.

A noter, par ailleurs, que les concertations entre l' American Psychiatric Association et l'Organisation Mondiale de la Santé ont permis de préciser et d'affiner la classification et d'aboutir à une conception globale pratiquement identique des troubles bipolaires dans la Classification Internationale des Maladies ,10eme révision (CIM 10) et le DSM-IV-TR.(26)

Dans un monde global, il semble qu'il y ait de moins en moins de place pour des classifications nationales, et toute référence à une classification française des troubles mentaux aura dorénavant tout au plus un intérêt historique.

2.Epidémiologie

Le trouble bipolaire apparaît généralement au début de l'âge adulte, en moyenne entre 18 et 24 ans.

Mais il peut se révéler dès l'enfance ou, à l'opposé, nettement plus tard dans la vie.

Le trouble bipolaire classique touche environ 1,2 % (0,4% à 1,6%) de la population adulte soit plus de 1 000 000 cas en France.

La prévalence peut atteindre 5 à 7% de la population en incluant tout le « spectre » bipolaire, c'est-à-dire tous les troubles apparentés.

Les deux sexes sont atteints dans les mêmes proportions.(27)

Le trouble serait plus fréquent en zone urbaine sans que le niveau socioéconomique n'explique cette différence.

Il n'existe pas de différences ethniques de répartition, cependant il est admis que les aspects transculturels peuvent faire apparaître les épisodes de différentes manières.

Ces aspects sont à prendre en compte dans l'approche diagnostique et psychothérapeutique.(28)(24)

La complexité du trouble bipolaire réside dans la multiplicité de ses formes cliniques de présentations et à divers degrés.

En l'absence de traitement, le trouble bipolaire occupe le 6ème rang parmi les maladies génératrices de handicap en termes de coût social et économique.

Ces prévalences varient selon l'importance donnée au « spectre bipolaire » dans la définition utilisée en point de départ.

La prévalence du trouble bipolaire type I est de 0,8 à 3% et celle de type II est de 2.2 à 5.7 %.
(29)(30)

Ces études s'accordent aussi sur le fait que 25 à 50 % de patients présentant un trouble dépressif récurrent seraient en fait des patients bipolaires non diagnostiqués.

Le risque de décès par suicide est de 10 à 15% pour les bipolaires de type I .

Il est de 15 à 20% toutes formes confondues en l'absence de prise en charge.(30)(24)

3. Physiopathologie

Le trouble bipolaire est une maladie à déterminisme complexe, associant des facteurs de vulnérabilités génétiques et des facteurs environnementaux.

3.1 Facteurs génétiques

Les apparentés du premier degré ont un risque de développer ce trouble 5 fois supérieur à la population générale. Nous pouvons donc parler d'une vulnérabilité génétique pour cette maladie.

En ce sens, les études de jumeaux monozygotes (100% de gènes communs) retrouvent que les deux jumeaux seront atteints dans 65 % des cas, contre seulement 20% chez les jumeaux dizygotes.(34)

De nombreux facteurs psycho environnementaux sont susceptibles de précipiter la survenue d'accès thymique ou d'accélérer le déclenchement de la maladie.

A l'heure actuelle, aucun gène majeur déterminant n'a été clairement impliqué dans le trouble bipolaire. Il semblerait plutôt qu'il existe de nombreux gènes de susceptibilité, qui contribueraient à l'apparition de la maladie lorsque certains facteurs environnementaux sont présents.

3.2 Facteurs environnementaux

3.2.1 Le stress

Impact des stress psychosociaux .

Certains stress psychosociaux seraient responsables de l'apparition de la maladie, et joueraient aussi un rôle important dans le déclenchement des rechutes.

Parmi ceux-ci, les complications périnatales, les traumatismes de l'enfance (exposition à la violence et aux conflits familiaux, abus sexuels, carence affective...) et les événements de vie stressants ont été mis en cause.

Les événements de vie stressants précipitant les rechutes peuvent être à tendance négative (décès d'un proche, perte d'emploi, problèmes conjugaux...), mais aussi globalement positives (promotion professionnelle, mariage, naissance...)(35) .

Les traumatismes affectifs de l'enfance sont probablement le facteur environnemental le plus étudié dans le trouble bipolaire. Dans une étude menée chez des sujets bipolaires de type I et II, environ la moitié des patients avaient subi des stress précoces. (36)

3.2.2 Le modèle du kindling

Tous ces événements stressants pourraient avoir un impact croissant au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Il y aurait donc un phénomène de sensibilisation, comme cela a été suggéré par la théorie du kindling (littéralement « embrasement ») de Post pour l'épilepsie.(37)

Au début, un stress n'induirait une perturbation de l'humeur qu'à un certain seuil d'intensité. Ensuite, plus leur nombre augmente, plus des stimuli stressants de moins en moins forts pourraient provoquer des épisodes sévères, jusqu'à induire des cycles spontanés (dit « autonomes ») (figure 1).

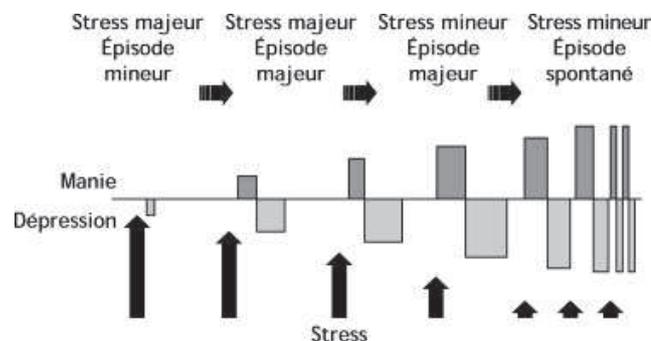


Figure 1 : Représentation du modèle du *kindling* (adaptation d'après Post et Al. 1983)

Bien que difficile à valider en raison de nombreux biais méthodologiques (38) (39), comme le souligne notamment Bender et Alloy en 2011, le modèle du kindling a l'avantage d'être cohérent au niveau des différents concepts mis en jeu : social (les événements de vie stressants sont des stimuli déclencheurs), psychique (la dépression et la manie sont des réponses observées), et thérapeutique (des antiépileptiques ont fait la preuve de leur efficacité dans le trouble bipolaire

3.2.3 Facteurs biologiques

Les théories récentes retiennent que des anomalies sérotoninergiques seraient présentes chez tous les patients présentant un trouble de l'humeur ainsi que le système noradrénergique avec diminution de la noradrénaline corticale.

Les théories neurobiologiques du trouble bipolaire se sont d'abord focalisées sur les monoamines, par analogie avec l'hypothèse monoaminergique relative à la dépression unipolaire, qui postulent qu'un déficit de la neurotransmission cérébrale des monoamines serait à l'origine des symptômes dépressifs (40).

Cette hypothèse fut développée principalement grâce à la découverte du mécanisme d'action des premiers antidépresseurs dans les 1950, les tricycliques, qui consiste en une inhibition forte de la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline et dans une plus faible proportion de la dopamine.

Alors que cette théorie est toujours d'actualité pour l'épisode dépressif majeur, les études menées dans le but d'étayer l'hypothèse monoaminergique chez les sujets bipolaires n'ont pas été concluantes.

Ainsi, les régimes appauvris en tryptophane, acide aminé essentiel pour la synthèse de la sérotonine, qui sont connus pour entraîner une rechute chez les patients dépressifs unipolaires stables et sous traitement (41), ne précipitent pas les rechutes chez les sujets bipolaires traités en phase euthymique (42)

Cependant, il semblerait qu'il y ait un consensus pour la noradrénaline avec un déficit de son métabolite principal en phase dépressive et un excès en phase maniaque (43).

A l'heure actuelle, la preuve la plus convaincante de l'implication du système monoaminergique provient de de l'efficacité thérapeutique des antipsychotiques atypiques. En effet, ces agents agissent sur divers récepteurs dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques.

D'autre part, la chronicisation du stress par répétition de situations traumatiques réduit le tonus inhibiteur de l'hypothalamus entraînant une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire (44)

Quelques études ont documenté une hyperactivité hypothalamo-hypophysaire chez les patients bipolaires avec une hypercortisolémie observée en phase maniaque, euthymique ou dépressive (45).

Les perturbations du sommeil et les troubles de l'humeur sont étroitement liés.

Dans le trouble bipolaire, elle se manifeste classiquement par une réduction du besoin de sommeil durant un épisode maniaque ou par une hypersomnie (80%) ou insomnie (20%) durant la phase dépressive (46)

La diminution du temps de sommeil est d'ailleurs un symptôme prodromique fiable du virage maniaque (47)

Outre les perturbations du sommeil, la mesure d'indicateurs physiologiques révèle des altérations des rythmes circadiens chez les patients bipolaires.

Plus récemment la protéine kinase C, protéine majeure dans le fonctionnement des voies de signalisation intracellulaire est apparue comme une cible thérapeutique potentielle dans le mécanisme d'action de certains thymorégulateurs comme le lithium et le valproate . (48)

3.2.4 La théorie auto inflammatoire actuelle :

Le rôle de mécanisme immuno-inflammatoires dans la genèse de des troubles bipolaires fait l'objet de nombreuses prospections scientifiques actuellement.

L'hypothèse retenue repose sur une possible implication de la réactivation de rétrovirus endogènes (HERV) par des infections intercurrentes.

Pour rappel les HERV sont des gènes normalement latents pouvant être réactiver par des infections intercurrentes.

Une cascade de phénomènes immuno-inflammatoires déclenchée par cette réactivation pourrait, en fonction du terrain génétique du sujet, accélérer la survenue du trouble bipolaire. (50)

Cette théorie est également à l'étude concernant la schizophrénie.

Si la piste immuno-inflammatoire ouvre une nouvelle perspective de compréhension de certaines maladies psychiatriques, elle ouvre aussi de réelles perspectives de traitements novateurs .

Des études sont actuellement menées pour évaluer le rôle de l'acide acétylsalicylique ou de certains anti-inflammatoires non stéroïdiens comme traitement adjuvant dans les troubles bipolaires et la schizophrénie. (49) (50)

3.3 La place de l'imagerie

Les nouveaux outils d'imagerie permettent aujourd'hui un repérage très précis des anomalies structurales présentes au sein des aires cérébrales. Même si les troubles mentaux ne sont pas considérés comme des pathologies « organiques », il n'en demeure pas moins que des modifications anatomiques discrètes, dont on ignore si elles sont la cause ou la conséquence de la maladie, peuvent être observées par les techniques d'imagerie. L'anomalie la plus fréquente est la présence de zones de forte intensité au niveau de la substance blanche (hyperintensités), révélées par imagerie par résonance magnétique (IRM). Bien que la signification fonctionnelle et physiopathologique de ces hyperintensités ne soit pas élucidée, il a été proposé qu'elles pourraient endommager le tissu cérébral, et venir perturber les circuits nécessaires au fonctionnement affectif normal (51).

Par ailleurs, un élargissement bilatéral des ventricules latéraux a été fréquemment rapporté, et a été corrélé au nombre et à la sévérité des épisodes maniaques (52).

Ce phénomène reflète peut-être des mécanismes de compensation résultant de l'atrophie des structures environnantes.

En effet, bien que le volume cérébral total reste inchangé entre des sujets bipolaires et des contrôles sains, de nombreuses études ont mis en évidence des modifications volumétriques régionales, en particulier au niveau des structures fronto-lobiques, lesquelles sont impliquées dans le contrôle des processus cognitifs et émotionnels.

Ainsi, une diminution du volume des régions dorsolatérale et orbitale du cortex préfrontal, d'une du cortex cingulaire et du noyau acumbens a été observée.

Les études volumétriques des autres régions sont plus controversées.

On a ainsi rapporté une atrophie ou une hypertrophie de l'amygdale, une augmentation ou pas de différence du volume du thalamus et du striatum (53)

En ce qui concerne l'hippocampe, structure impliquée dans la mémoire et la régulation des émotions, à part quelques études qui ont rapporté une diminution de son volume (la majorité ne trouve pas de différences entre les sujets bipolaires et sains.

Les techniques d'imagerie fonctionnelle, comme la tomographie par émission de positons et l'IRM fonctionnelle, permettent d'estimer l'activité des aires cérébrales via la mesure des modifications locales du métabolisme cérébral ou du flux sanguin. Ces approches ont permis de détecter un motif d'activation anormal dans les régions frontolimbiques des sujets bipolaires. Ainsi, en réponse à des stimuli émotionnels, et indépendamment de l'épisode thymique, on a pu constater une sous-activation des aires de certaines aires du cortex pré frontal (ventrolatéral et orbital), accompagnée d'une suractivation du système limbique (hippocampe, amygdale, thalamus, cortex cingulaire antérieur) et des ganglions de la base(54).

Au total, comme nous venons de le voir, depuis quelques décennies, de nombreuses hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer les mécanismes physiopathologiques sous-tendant les troubles bipolaires.

Ces hypothèses ne sont pas spécifiques aux troubles bipolaires : elles sont partagées par des affections proches, comme la dépression majeure ou la schizophrénie.

Il est important de noter que, comme pour la majorité des troubles psychiatriques, la distinction entre causes et conséquences de la maladie demeurent problématiques, et on ignore encore largement quelles altérations existent dès le début de la maladie, lesquelles représentent des séquelles à long terme, ou sont dues aux traitements.

En raison de la diversité des théories sur le trouble bipolaire d'une part et de présentation clinique du trouble d'autre part, et du taux de réponse relativement faible aux traitements disponibles, l'état actuel des connaissances plaide en défaveur *d'une hypothèse unifiée du trouble bipolaire*, et suggère que cette affection serait un trouble cliniquement et étiologiquement hétérogène.

L'un des enjeux majeurs à l'heure actuelle est donc de pouvoir parvenir à intégrer les hypothèses pertinentes afin de proposer une vue plus globale de la physiopathologie du trouble bipolaire.

Sullivan et al. proposent ainsi en 2012 (55) un schéma général dans lequel des variations génétiques au niveau de nombreux gènes seraient responsables de l'altération de plusieurs processus biologiques.

Ceux-ci ne seraient plus assez robustes pour contrecarrer les effets néfastes de facteurs environnementaux, favorisant ainsi l'émergence du trouble bipolaire

4. Comorbidités

Les troubles bipolaires sont associées dans plus de 60% des cas à au moins une comorbidité même si en pratique clinique, il est difficile de différencier une comorbidité d'une conséquence directe du trouble.

Les comorbidités peuvent également être à l'origine du retard diagnostique car elles peuvent désorienter ce dernier.

En premier lieu, les comorbidités addictives seraient 6 fois plus importantes que dans la population générale.

Le trouble bipolaire est la pathologie la plus fréquemment associée à un abus ou à une dépendance à l'alcool qui aggrave considérablement le pronostic et rend plus difficile le diagnostic (56).

La fréquence des conduites addictives est 6,6 fois supérieure chez les patients bipolaires que dans la population générale (56).

L'étude ECA , par Regier et al de 1990, rapportent une prévalence sur la vie entière de 60.7% de dépendance et ou abus de substance dans le trouble bipolaire de type I.(57)
C'est de loin l'abus d'alcool qui arrive en premier position avec une prévalence de 42%.
Le cannabis s'élève à 16% (58).

La consommation de tabac selon Largue et al est également plus élevée avec toutes les conséquences délétères que l'on peut imaginer.(59)

Si la relation de comorbidités entre les troubles bipolaires et abus de substances est bien reconnue, la nature de cette relation a encore du mal à être établie avec différentes hypothèses :

- Confusion diagnostique
- Facteurs de vulnérabilités communs
- Décompensations d'un trouble bipolaire induit par une substance

Une hypothèse forte repose sur le fait que les substances psychoactives seraient un moyen pour les patients *d'autoréguler* leur humeur selon les phases qu'ils traversent.

Les différentes substances ne semblent pas agir de la même façon sur le cours de la maladie.

Par exemple, l'alcool paraît associé de façon plus importante que le cannabis à l'initiation et au maintien d'épisodes thymiques.

Strakowski et coll. (60) ont suggéré qu'en fait, l'alcool pourrait être plutôt associé à la dépression et le cannabis plutôt aux épisodes maniaques.

En effet, ces auteurs ont montré, dans une étude prospective sur deux ans et cinquante bipolaires en début de maladie, que les patients présentant de plus longues périodes d'abus et de dépendance au cannabis avaient aussi de plus longues périodes de manie. La cause de cette relation ne pouvait être déterminée.

Une étude de Henquet et coll. réalisée en 2006, permet de préciser cette relation.

Dans ce travail prospectif sur 3 ans comprenant 4815 sujets de population générale, les auteurs ont montré que la consommation de cannabis au début de l'étude était à risque de symptômes maniaques ultérieurs (avec probablement un effet dose).

La consommation de cannabis de l'étude n'était en revanche pas corrélée à une incidence plus élevée de symptômes maniaques, ce qui suggère que l'émergence de ces symptômes n'est pas liée aux effets aigus du cannabis mais plutôt à l'exposition prolongée à cette substance.

Par ailleurs, l'existence de symptômes maniaques en début d'étude n'est pas corrélée à une consommation ultérieure de cannabis, ce qui n'est pas en faveur de l'hypothèse de l'automédication. (61)

Par ailleurs les troubles métaboliques sont plus fréquents chez les populations de patients bipolaires avec près de 60 % d'entre eux présentant une obésité modérée (62), celle-ci pouvant avoir comme conséquence diabète et autres complications cardiovasculaires (63).

Les comorbidités psychiatriques sont à prendre en compte car il est parfois difficile de distinguer une comorbidité vraie d'une conséquence du trouble.

Elle concerne 60% des patients bipolaires traités dont un tiers des sujets de types I.

En premier lieu, les troubles anxieux occupent une place privilégiée: plus de 50% des patients présentent au moins un trouble anxieux associée (64) .

Le trouble panique serait d'après Goodwin et Howen en 2002 une association pathologique majeur des troubles bipolaires.(65)

Cette association majore la symptomatologie avec une apparition plus précoce des troubles et une intensification des symptômes du trouble panique.

A l'opposé, les patients souffrant de trouble panique ont plus de risques (13 à 23 %) de développer un trouble bipolaire que les patients de la population générale (66) .

Le trouble anxieux généralisé vient en second rang des associations comorbides psychiatrique avec 6 à 32% selon les études toujours selon Gorwood (66).

Le trouble obsessionnel compulsif s'exprime souvent en phase intercritique mais se révèle encore davantage lors des accès de fléchissement thymique .

Selon les auteurs il concernerait 60 à 80% des patients bipolaires (67).

Les troubles de la personnalité sont également associés avec, dans l'étude de Schiavone et al de 2004 , tout d'abord la personnalité borderline (41%), puis la personnalité narcissique (20.5%),la personnalité dépendante (12.8%) et enfin la personnalité histrionique (10.3%).(68)

5 . Risque suicidaire et répercussions psychosociales

5.1 Le risque suicidaire

L'évolution à long terme de cette pathologie est surtout marquée par trois grandes possibilités préjudiciables :

Le suicide, les abus de substances toxiques comme vus précédemment et les répercussions psychosociales.

En effet, 25% à 50 % des patients atteints de troubles bipolaires feront une tentative de suicide dans leur vie , le plus souvent en phase dépressive (69)(70).

Le risque suicidaire est supérieur chez les patients bipolaires de type II par rapport au bipolaires de type I.

Les comportements suicidaires (tentatives et suicide) sont un risque majeur des troubles bipolaires, évalué à 15 fois celui de la population générale dans une met analyse de Harris et Barracloughen de 1997 (29).

Le risque de suicide en cas de non traitement est évalué à 18.9% .

Cela suggère que la mortalité du trouble bipolaire non traité est proche de celles des pathologies cardiovasculaires.

Ces comportements sont associés à des épisodes d'hospitalisations, de conduites addictives et à la présence d'antécédent familiaux de trouble de l'humeur (71)

Comme facteurs de risque suicidaires sont retenus :

- Un âge de début précoce
- Des épisodes dépressifs mixtes ou de manies dysphoriques
- L'entrée brutale en phase maniaque due à la prise d'un antidépresseur
- La présence de cycle rapide

5.2 Répercussions psychosociales et familiales

Les conséquences sociales apparaissent nombreuses et certaines sévères.

Le retentissement socio-familial et socioprofessionnel est important.

Les causes de ces répercussions sont autant dues à la maladie bipolaire en elle-même qu'à ses comorbidités.

En effet, les conduites à risque notamment en phases maniaque ou hypomaniaque (dépenses excessives jeux, alcool, imprudence automobiles, conduites sexuelles désinhibées...) peuvent affecter considérablement la vie sociale, professionnelle ou familiale.

En France, Romans et coll. 1992 (72) ont montré que 51 % de ces sujets n'occupaient pas d'emploi rémunéré, que 22 % ne travaillaient qu'à temps partiel et que 16 % avaient un emploi à temps plein.

Sur le plan conjugal, seulement un patient sur quatre serait en couple (73) 45% seraient divorcés ou séparés et 32 % célibataires (74).

Pour beaucoup de patients, les emprunts et endettements liés aux dépenses majeures pendant les phases maniaques, et la négligence de gestion en phase dépressive altèrent la vie familiale et professionnelle.

L'entourage doit être pris en compte précocement au cours de la maladie afin de prendre la mesure du trouble et de ses conséquences.

La maladie perturbe non seulement les conjoints mais aussi tout l'entourage des patients qui exprime dans 90% des cas une détresse proportionnelle à l'intensité du trouble.

Le diagnostic de bipolarité d'un proche n'est pas facile ni à accepter ni à comprendre pour une famille.

Cependant, l'entourage ne doit pas être tenu à l'écart de l'information sur la maladie, son traitement et sa prise en charge. (75)

6. Moyens diagnostiques

Si devant un épisode dépressif majeur la mise en évidence d'antécédents maniaques ou hypomaniaques permet généralement d'en reconnaître le caractère bipolaire, le diagnostic s'avère plus difficile quand de tels antécédents sont absents.

De plus, la dépression constitue une des phases les plus récurrentes des troubles bipolaires(76). Sa place dans l'expression de la maladie est centrale.

En effet, pour la majorité des patients atteints d'un trouble bipolaire de type I, la dépression constitue le mode d'entrée dans la maladie le plus souvent observé et le mode préférentiel de décompensation .(77)

D'après les équipes du Pr Vieta, 67% des patients atteints de troubles bipolaires I ou II débutent leur maladie par un épisode dépressif majeur .

Cependant, devant l'absence de signes pathognomoniques, le clinicien peut hésiter entre une dépression unipolaire ou bipolaire.

Ainsi plusieurs moyens diagnostiques sont utilisables : les éléments cliniques prédictifs d'une part et d'autre part des outils validés de dépistage.

6.1 Les critères cliniques

Ils sont regroupables en 4 catégories le plus fréquemment associées à la bipolarité (78) :

A . les antécédents familiaux de bipolarité ou de suicide d'une part et les antécédents personnels de tentative de suicide.

B. l'évolution de la maladie :

- L'âge de début précoce du trouble avant 25 ans
- La durée des épisodes dépressifs majeurs plus courte en moyenne inférieure à 3 mois.
- La présence d'épisodes dépressifs récurrents supérieur ou égal à 3 épisodes.

C. les particularités symptomatiques de l'épisode dépressif retrouvé :

- Symptômes maniaques associées à cette dépression
- Symptômes atypiques comme prise de poids massive, hyperphagie, hypersomnie, sensation d'asthénie permanente
- Retrait social
- Traits psychotiques de dépression avec mélancolie délirante comme idées exagérées d'inutilité, de ruine financière
- La notion de dépression du post partum comme entrée dans la symptomatologie dépressive récurrente pour le femmes ou antécédent familial de dépression du post partum

D. la réponse atypique à un traitement antidépresseur tel que :

- Absence de réponse thérapeutique
- Aggravation des symptômes
- Apparition d'agitation, d'attaque de panique , de symptômes hypomaniaques, d'idées suicidaires récurrentes

6.2 Les outils cliniques de dépistage

Devant l'existence d'un épisode dépressif majeur, la reconnaissance de son appartenance au spectre bipolaire peut s'appuyer sur l'utilisation d'outils de dépistage des troubles bipolaires .

- **Le Mood Disorder Questionnaire (MDQ)** (annexe 2) est un instrument de dépistage comportant treize questions relatives à la symptomatologie maniaque .il détecte de façon correcte les trouble bipolaire de type I mais est moins sensible pour les troubles bipolaires de type II.

Le dépistage est considéré comme positif s'il existe sept symptômes, si deux symptômes au moins sont co-occurents.

D'après Hirschfield et al en 2000 (79), cet outil a une bonne sensibilité (73%) et une très bonne spécificité (90%) sur les patients ambulatoires suivis en psychiatrie

Pour sa version en langue française, récente, les qualités métrologiques du MDQ pour les patients suivis pour troubles de l'humeur montrent de très bons résultats avec une sensibilité de 73% et une spécificité là aussi de 90% .

Ce questionnaire en langue française a été validé sur une population présentant un trouble de l'humeur en Suisse.

Les patients étaient suivis dans un centre spécialisé dans les troubles de l'humeur.

- **La check-list d'hypomanie de ANGST** (annexe 3) est un questionnaire comportant une liste de 32 symptômes hypomaniaques.

Elle permet le dépistage de l'hypomanie mais sans différence entre le trouble bipolaire de type I et II. Sont considérés comme potentiellement bipolaires, les individus ayant un score total de 14 ou plus. (80)

- **La Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)** (annexe 4) est un auto-questionnaire présentant dix-neuf phrases relatives à plusieurs symptômes caractéristiques du trouble bipolaire que le sujet doit cocher s'il estime qu'elle s'applique à son état (81)

Le sujet doit également coter de façon globale le degré selon lequel l'histoire dans laquelle ces phrases s'insèrent et s'applique ou non à lui-même.

Cet instrument possède une sensibilité équivalente pour les troubles bipolaires de type I et II et II non spécifié. Un score > 13 indique la probabilité d'un diagnostic de bipolarité.

- **L'index de bipolarité** proposé par Sachs et al (annexe 5) est un système intégré d'évaluation du profil patient. (82)

Il évalue la bipolarité selon cinq dimensions :

- . les caractéristiques de l'épisode ;
- . l'âge de début ;
- . l'évolution de la maladie ;
- . la réponse au traitement ;
- . l'histoire familiale .

La bipolarité est considérée comme une variable continue dans cet index.

Un score > 60 est hautement en faveur de bipolarité.

Le recours aux outils de dépistage peut donc permettre faciliter la reconnaissance d' un trouble bipolaire mais ne peut occulter la recherche d'*indices* de bipolarité qui passera forcément par l'entretien clinique du patient et de sa famille ;

Les limites bien sûr de ces auto-questionnaires tiennent en partie à la conscience des troubles par l'individu.

En général, il est admis par les auteurs qu'une absence de prise de conscience de la maladie est responsable d'une sous-évaluation par les échelles d'auto-évaluation (81)

Selon certains auteurs, le trouble bipolaire de type II serait plus concerné par ce défaut d'appréciation que le trouble de type I (83) car l'épisode hypomaniaque n'est pas perçu comme pathologique par le sujet.

7. Les diagnostics différentiels

Avant de poser un diagnostic de trouble bipolaire devant un tableau clinique, il ne faut pas négliger une potentielle pathologie somatique, des substances psychoactives qui peut imiter le trouble.

Certaines pathologies somatiques pouvant induire une dépression ou mimer un état maniaque :

- . trouble neurologique (Parkinson, sclérose en plaques)
- . infections microbiennes
- . maladie endocrinienne notamment les affections thyroïdiennes
- . prises de toxiques ou médicaments tels que corticoïdes, amphétamines
- . déficit vitaminique
- . maladie chroniques ou douloureuses
- . certaines tumeurs cérébrales
- . La schizophrénie

La schizophrénie est sans doute le diagnostic différentiel le difficile à faire.

Tout d'abord, une origine génétique commune à ces deux pathologies fait actuellement (84). Le gène de la neuroréguline 1 joue un rôle dans une variété de processus cérébraux, dont le développement et le renforcement de la communication entre les neurones.

Une variation sur ce gène est liée à la fois un risque accru de développer une schizophrénie ou un trouble bipolaire mais également à une augmentation de la créativité.

Le polymorphisme de la schizophrénie, sa tendance à l'isolement social, ses périodes délirantes, son âge de début, sont autant d'éléments de confusions potentiels.

De plus, il peut arriver que des signes psychotiques comme des idées délirantes, des hallucinations ponctuelles, des discours désorganisés peuvent être présents tant en phase maniaque que dépressive d'un trouble bipolaire.

8. Traitements

8.1. Les traitements pharmacologiques

La question du traitement dépasse l'objet de cette thèse mais quelques points sont toutefois à préciser afin de comprendre l'impact de l'instauration d'un traitement adéquat.

Le traitement est essentiellement préventif et repose sur un traitement pharmacologique thymorégulateur qui devra être le plus souvent poursuivi à vie.

Le trouble bipolaire est difficile à traiter, en raison de sa complexité et de la variabilité interindividuelle des symptômes. Le traitement pharmacologique a pour objectif primaire de réduire le risque suicidaire et la sévérité des symptômes. A plus long terme, il s'attache à stabiliser l'humeur et à prévenir les rechutes. Le choix médicamenteux repose notamment sur la nature de la phase présentée par le patient au moment de sa prise en charge, et s'adapte en fonction de l'évolution de la maladie.

Manie aiguë

Introduit dans les années 1950, le lithium est le thymorégulateur (ou « stabilisateur de l'humeur ») de référence pour les troubles bipolaires. Il est prescrit en première intention chez les patients en phase maniaque.

Des antiépileptiques, comme le valproate et la carbamazépine, sont également utilisés en alternative ou en combinaison avec le lithium.

C'est généralement l'association d'un antipsychotique à un thymorégulateur qui est l'approche thérapeutique la plus efficace.

En raison de leurs nombreux effets secondaires, les antipsychotiques typiques (halopéridol) ont été peu à peu remplacés par les antipsychotiques de deuxième génération, dits « atypiques » (olanzapine, quétiapine, rispéridone, aripiprazole, clozapine...). Ceux-ci sont également plus efficaces pour atténuer l'hyperactivité et les symptômes psychotiques.

(85)

Dépression aiguë

Bien que les antidépresseurs soient le traitement standard pour la dépression majeure unipolaire, les traitements de première intention pour la dépression bipolaire sont le lithium, la quétiapine ou la lamotrigine (un antiépileptique) (121).

En effet, les taux de réponse aux médicaments antidépresseurs sont plus faibles chez les patients atteints de trouble bipolaire que ceux souffrant de dépression unipolaire (87).

La prise d'un antidépresseur en monothérapie au cours d'un épisode bipolaire dépressif est, en outre, associée à un risque de virage maniaque ou d'accélération des cycles. (88)

Toutefois, si un patient sous thymorégulateur présente les symptômes d'un épisode dépressif sévère, un inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine (ISRS), comme la fluoxétine, peut lui être administré, en complément du thymorégulateur. (89)

Enfin, comme le souligne Sachs et al en 2000 et Ghami et al en 2003, les antidépresseurs tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sont particulièrement à éviter pour les patients présentant souvent des phases mixtes et/ou avec des cycles rapides, car ils risquent d'exacerber leurs symptômes (90-91)

Traitement de maintenance

Il fait suite aux traitements aigus et doit se poursuivre à long terme, voire à vie, car la rémission totale de cette pathologie est rare. Les rechutes surviennent chez un tiers des patients dans la première année, et chez plus de 70% des patients dans les cinq ans suivant le début du traitement (92)

Le traitement à long terme repose sur la prescription d'un thymorégulateur avec le plus fréquemment : lithium, lamotrigine ou valproate combiné ou non avec un antipsychotique atypique.

Cependant, il n'y a pratiquement aucune étude sur l'impact d'un tel traitement à long terme au-delà de 18 mois.

8.2 Les traitements non pharmacologiques

Psychothérapie

La psychothérapie vise en premier lieu à améliorer l'observance médicamenteuse et l'acceptation de la maladie par le patient mais aussi par sa famille, et à réduire les facteurs de risque environnementaux.

Une large gamme d'interventions psychothérapeutiques est disponible à cette fin, y compris la thérapie cognitivocomportementale, la psychoéducation, la thérapie familiale et la thérapie du rythme interpersonnel et social.

Ces approches sont généralement utilisées en complément de la pharmacothérapie d'entretien, chez des patients stabilisés.

Elles contribueraient à l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage, en réduisant le nombre d'hospitalisations, de rechutes, et en atténuant l'intensité des symptômes anxio-dépressifs, par rapport aux patients sous thymorégulateurs seuls (93).

Bien qu'aucune des approches psychothérapeutiques n'ait clairement démontré sa supériorité par rapport aux autres, des études suggèrent que les techniques qui mettent l'accent sur l'observance du traitement auraient plus d'impact sur les symptômes maniaques, alors que les thérapies cognitivo-comportementales seraient plus efficaces sur les épisodes dépressifs (94).

Les traitements somatiques

L'**électroconvulsivothérapie** est une thérapie qui consiste à induire, par application d'un courant électrique, une crise d'épilepsie chez un patient anesthésié et curarisé (95).

L'efficacité de l'électroconvulsivothérapie a été clairement établie : elle améliore significativement les symptômes maniaques, dépressifs ou mixtes chez 50 à 80% des patients bipolaires (96).

Néanmoins, elle est à l'origine d'effets secondaires tels que des pertes de mémoire transitoires, et nécessite une structure hospitalière avec la présence d'un anesthésiste. De plus, elle serait associée à un virage maniaque dans 4 à 40% des cas .

Elle reste donc le plus souvent utilisée chez les patients réfractaires aux traitements pharmacologiques, ou en première intention lorsque le pronostic vital du patient est engagé : un passage à l'acte suicidaire envisageable, une agitation extrême, et/ou des symptômes psychotiques ou catatoniques sévères.

La **stimulation magnétique transcrânienne** est une technique non invasive relativement récente, qui permet de stimuler des régions cérébrales spécifiques. Basée sur des données empiriques révélant une spécificité hémisphérique des effets sur l'humeur, elle consiste à stimuler à haute fréquence le cortex préfrontal gauche pour traiter la dépression, ou le cortex préfrontal droit (96). Contrairement aux résultats encourageants obtenus pour le traitement de la dépression unipolaire, les données restent, chez les patients bipolaires, encore trop parcellaires pour conclure à une réelle efficacité.

8.3 Le traitement idéal ?

Depuis six décennies, des avancées notoires en matière de traitement des troubles bipolaires ont conduit à l'élaboration de différentes stratégies thérapeutiques. Cependant, le lithium, dont on connaît les propriétés thymoleptiques depuis les années 1950, demeure toujours le traitement de choix pour cette maladie.

Pourtant, il est encore loin d'être le thymoregulateur idéal : ses nombreux effets secondaires sont responsables d'une mauvaise observance, une majorité des patients ne répond ni à la lithiothérapie ni à aucun autre traitement pharmacologique, et, enfin, les premiers effets thérapeutiques ne se font ressentir qu'après plusieurs semaines de traitement, ce qui représente un risque considérable pour le patient.

C'est en effet durant ce laps de temps que l'on constate habituellement une augmentation des suicides. De plus, même sous traitement, la durée moyenne de rétablissement d'un épisode est de 7 semaines (97).

C'est un délai beaucoup trop long lorsque l'on prend en considération l'impact psycho-social et la souffrance qu'engendre cette maladie.

En définitive, la difficulté pour la prise en charge des patients bipolaires réside dans le manque de consensus international dans le choix des stratégies thérapeutiques face à une dépression bipolaire.

Pourtant plusieurs recommandations internationales récentes se démarquent.

Tout d'abord les recommandations de la British Association of Psychopharmacology limitent le choix thérapeutique en première intention à seulement deux options : la quétiapine en monothérapie, ou la lamotrigine en monothérapie (98).

En second lieu, les recommandations internationales de la Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), révisées en 2013 (99), proposent en première intention d'employer soit des stratégies dites « classiques » (par ex : lithium en monothérapie ou en combinaison avec un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, association lithium+divalproex), soit des stratégies plus novatrices (monothérapie lamotrigine, monothérapie quétiapine, ou bien association olanzapine+fluoxétine).

Une méta-analyse par Vieta et al en 2010, portant sur 19 études (100) a comparé ces différentes stratégies thérapeutiques : la monothérapie quétiapine ou avec l'association olanzapine+fluoxétine ressortent avec le meilleur niveau de preuve pour le traitement curatif de la dépression bipolaire.

Par ailleurs, aucune différence significative avec le placebo n'a été retrouvée pour le traitement curatif pour le lithium, la lamotrigine, l'aripiprazole et la paroxétine.

L'efficacité de la quétiapine a été prouvée dans plusieurs essais cliniques randomisés contrôlés dans le traitement des épisodes dépressifs associés au trouble Bipolaire I ou II, notamment dans l'étude d'Embolden, Young et al en 2010 ainsi que dans l'étude Embolden II, où la dose de 300 à 600 mg par jour réduisait de façon statistiquement significative les symptômes de dépression avec persistance de cet effet pendant les huit semaines de traitement de l'étude.(101-102)

Le lithium en revanche ne se différencie pas significativement du placebo. Dans le groupe sous quétiapine, on retrouve 70 % des patients en rémission à 8 semaines contre 62 % sous lithium et 56 % sous placebo.

La quétiapine ressort comme un thymorégulateur de premier choix en termes de balance bénéfices-risques d'après les méta-analyses comparatives pour le traitement de la phase aiguë de la dépression bipolaire.

9. Matériel et méthode

9.1 Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale réalisée sur un échantillon de médecins généralistes ayant une activités libérale et exerçant dans la région Haute-Normandie . Cette étude a été » réalisée entre les mois de mai 2014 et octobre 2014.

9.2 Population étudiée

Cette étude s'est portée sur des médecins généralistes ayant une activité dite « libérale ». Une liste nominative des a tout d'abord été obtenue par département (Seine Maritime et Eure) à partir du moteur de recherche des pages jaunes.

Cette liste de données a permis d'effectuer un tirage au sort par département à l'aide d'un générateur de nombre aléatoire.

Un objectif de 160 questionnaires validés a été fixé afin d'atteindre au moins 10% des médecins généralistes installés en Normandie d'après les chiffres de l'Atlas du conseil de l'ordre de 2013.

Les médecins généralistes retenus après tirage au sort aléatoire à activité spécifique exclusive (médecine esthétique, acupuncture, homéopathe) ainsi que ceux en cours de cessation temporaire ou définitive d 'activité ont été retirés de la sélection obtenue.

9.3 Le questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire (annexe) destiné à répondre à plusieurs rubriques :

- caractéristiques individuelles des médecins :âge, sexe, ancienneté d'installation, formation éventuelle en psychiatrie
- fréquence des consultations concernant des troubles de l'humeur en médecine générale.
- connaissance des signes devant alerter ou faire évoquer une bipolarité face à un patient en épisode dépressif majeur.

- connaissance et utilisation d'outils standardisés concernant les troubles de l'humeur.
- connaissance de la fréquence des troubles bipolaires, de l'importance relative du risque suicidaire.
- Connaissance des traitements à envisager pour les patients bipolaires

Le questionnaire a été au préalable testé auprès de quelques médecins afin de modifier ou supprimer des questions ambiguës.

Les questionnaires ont pour moitié été remis en mains propres au cabinet des médecins généralistes sélectionnés et pour une autre moitié envoyé par voie postale avec notice explicative et lettre timbrée pour le retour ainsi qu'appel téléphonique du médecin pour s'assurer la bonne réception et garantir une meilleure chance de renvoi.

Il a été précisé aux médecins interrogés qu'il fallait en moyenne dix à quinze minutes pour répondre au questionnaire sans toutefois temps imparti et que l'utilisation de documents n'était pas autorisée.

9.4 Analyses des données

Les données qualitatives sont présentées sous forme de proportions et les données quantitatives sous forme de moyenne et d'écart-type.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 22.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Les tests statistiques utilisés sont le chi² pour la comparaison de pourcentage et le test t de Student pour la comparaison des moyennes.

Le seuil de signification statistique fut fixé à $p = 0,05$.

10. Résultats

10.1 Constitution de l'échantillon

A partir de la liste de médecins généralistes libéraux exerçant en Haute-Normandie, 160 médecins ont été tirés au sort et donc 160 questionnaires ont été remis ou envoyés pour se rapprocher d'une représentation échantillonnaire de 10 % des médecins exerçant en Haute-Normandie.

60 questionnaires ont été remis en mains propres. Lors de ces rencontres brèves souvent en début de consultation, seulement 8 refus ont été essayés faute de temps déclaré de la part des confrères, soit un total de 52 questionnaires répondus.

Les 100 questionnaires restant ont été envoyés par voie postale. 61 questionnaires ont été renvoyés.

Au final 113 questionnaires ont été collectés sur une période d'environ 6 -8 mois d'octobre 2013 à mai 2014.

10.2 Profil des médecins interrogés

- Age et sexe

Notre échantillon définitif était représenté par 78 hommes soit 69% et 35 femmes soit 31%, avec un âge moyen de 50,6 ans.

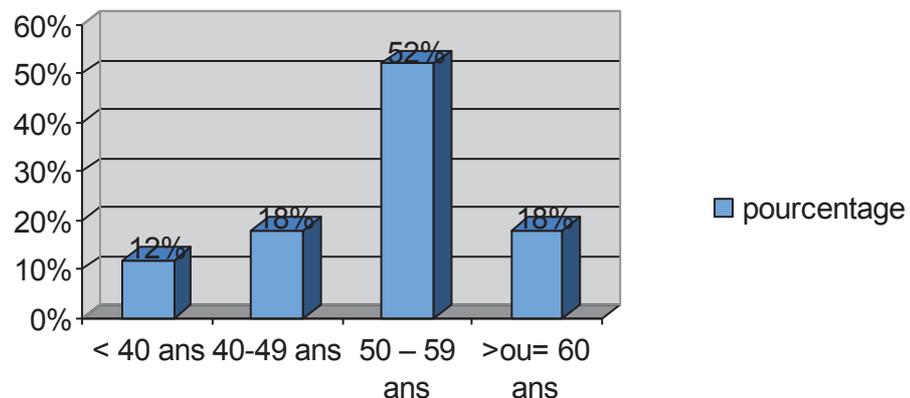


Figure 2 : répartition en fonction de l'âge

- Durée et mode d'exercice

Sur les 113 médecins interrogés, 62 exercent seuls soit 55 %, et 51 soit 45 % exercent en cabinet de groupe.

La moyenne de durée d'exercice est de 22,3 ans (écart type : 9 ; extrêmes 3 – 39 ans).

- Nombre de consultations hebdomadaires

Les médecins interrogés réalisent en moyenne 108 actes par semaine (écart type 53,2) extrêmes (60-200).

Le pourcentage moyen de consultations pour motif psychiatrique par semaine se situe pour 96 des médecins interrogés (85%) entre 0 et 30% et pour les autres (17 médecins) entre 30 et 50 % des consultations.

Aucun médecin n'évalue à plus de 50% par semaine ses consultations pour motifs psychiatriques. Nous précisons que par « motif psychiatrique », nous voulons dire toute consultations ayant rapport avec une prescription éventuelle de psychotropes ou de suivi psychothérapeutique.

10.3 Formation des médecins

Sur les 113 médecins de l'étude, seulement 11 d'entre eux (9,7%) ont relaté avoir fait un stage en psychiatrie avant leur doctorat et 18 (16%) une formation post doctorat en rapport avec la psychiatrie avec dans ces chiffres 3 médecins ayant répondu OUI aux deux questions.

Il en ressort que le nombre de médecins généralistes formés à la psychiatrie est de 23 soit 20% de l'échantillon.

41 médecins de l'étude soit 37% , ont répondu se sentir suffisamment formé en psychiatrie pour leur pratique en médecine générale

- Sources d'informations

Les médecins interrogés utilisent comme source d'actualisation de leurs connaissances majoritairement les Formations Médicales Continues et groupe de pairs (86%) et la presse médicale 79% .En troisième position vient internet 66% puis les visiteurs médicaux 55% . Les congrès et les autres sources représentent respectivement 16 et 7 % des médecins interrogés.

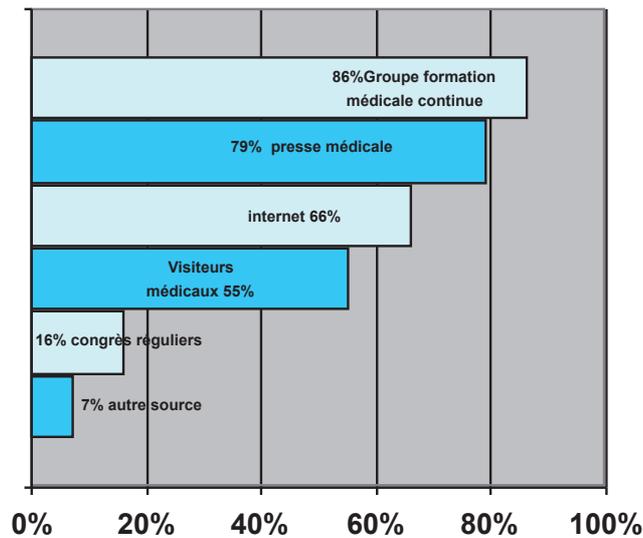


Figure 3 : source de formations des médecins

10.4 Considérations et connaissances des troubles bipolaires par les médecins généralistes .

- Considération des troubles bipolaires

Pour 92 des médecins (81%) les troubles bipolaires sont une pathologie relevant des soins spécialisés et dont la prise en charge en médecine générale est marginale.

19 (17%) ne se sont pas prononcés et 2 (2%) médecins généralistes jugent cette pathologie courante en soins primaires et dont le suivi est compatible avec leur mode d'exercice.

- Connaissance des signes orientant vers un trouble bipolaire

Les médecins participant à notre enquête devaient identifier les symptômes évocateurs d'une bipolarité chez un patient suivi pour épisode dépressif caractérisé.

Les signes les plus fréquemment reconnus étaient la présence de symptômes hypomaniaques pendant la dépression (96%), la présence d'antécédents familiaux de trouble bipolaires (91%) et la manie ou l'hypomanie induite par un traitement antidépresseur (85%).

Viennent ensuite l'échec de plusieurs traitements successifs antidépresseurs (78%), la présence d'éléments psychotiques (76%), l'âge de début de l'épisode dépressif avant 30 ans (75%) et les antécédents de passage à l'acte suicidaires (72%)

D'autres signes étaient moins souvent reconnus comme la présence d'une conduite addictive (56%), l'influence saisonnière (53%).

Enfin, les problèmes sociaux et/ou conjugaux dans un contexte de dépression (33%) la prise de poids significative (32%) et le début en post partum (28%) étaient les items les moins considérés.

Ces chiffres ont été interprétés à partir de la question 12 de notre questionnaire.

Cette question s'est basée sur une proposition de grille de lecture à partir de critères cliniques précis proposé par Ghaemi en 2002 (103) et affiné par Mitchell en 2008(78).

Tableau 1 : tableau récapitulatif sur les critères cliniques retrouvés par les médecins questionnés

Présence de symptômes maniaque ou hypomaniaques pendant la dépression	96 %
Antécédents familiaux de bipolarité	91%
Virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseurs	85%
Echec de traitements antidépresseurs successifs	78%
Présence d'éléments psychotiques avec l'épisode dépressif majeur	76%
Age de début de la dépression avant 30 ans	75%
Antécédents de passage à l'acte suicidaires	72%
Conduite addictive associée	56%
Influence saisonnière de l'état dépressif	53%
Problèmes sociaux et/ou conjugaux dans un contexte de dépression	33%
Prise de poids significative	32%
Début en post partum	28%

Ainsi, la moyenne des bonnes réponses était de 8,2/12 avec une médiane à 8 (écart type 2,2 ; extrêmes 4-12).

Un tiers des médecins interrogés reconnaissait 9 signes ou plus évoquant une dépression entrant dans une maladie bipolaire, un quart en reconnaissait moins de 6 signes

Les 42% restant ont eu entre 6 et 9 bonnes réponses.

Aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre le taux de bonnes réponses et le fait d'avoir fait ou non un stage en psychiatrie avant le doctorat ($p=0,48$).

Il n'y a également aucune différence statistiquement significative entre le taux de bonnes réponses et la durée d'activité des médecins interrogés.

- Attitude des médecins face à un patient consultant pour épisode dépressif

La majorité des médecins (86%) ont déclaré se sentir à l'aise ou très à l'aise dans la prise en charge d'un patient consultant pour motif de dépression (sans distinction entre unipolaire ou bipolaire) alors que 14% se sentent mal ou très mal à l'aise.

Très à l'aise	12%	86%
Plutôt à l'aise	74%	
Plutôt mal à l'aise	13%	14%
Très mal à l'aise	1%	

Tableau 2: sentiment des médecins face à un patient consultant pour épisode dépressif majeur

- Concernant la prise en charge de ces mêmes patients

88 % des médecins interrogés instaurent eux-mêmes un traitement antidépresseur s'il l'estiment nécessaire et 12% l'adressent systématiquement au psychiatre avant toute mise en route de traitement médicamenteux

A noter que 73 % des médecins proposent en parallèle de réaliser une psychothérapie avec un psychologue.

Chez les médecins généralistes instaurant eux-mêmes un traitement, 93% adressent leurs patients à un psychiatre en cas d'échec d'un ou plusieurs traitement médicamenteux.

- Attitude des médecins face à un patient consultant pour un trouble bipolaire reconnu

Concernant leur capacité à prendre en charge les patients bipolaires, la grande majorité des médecins (75%) déclare se sentir mal à l'aise ou très mal à l'aise, alors que 25% déclarent se sentir à l'aise ou très à l'aise .

Très à l'aise	6 %	25%
Plutôt à l'aise	19%	
Plutôt mal à l'aise	62%	75%
Très mal à l'aise	13%	

Tableau 3 : sentiment des médecins dans la prise en charge d'un patient bipolaire

Concernant la prise en charge *thérapeutique*, si un trouble bipolaire est suspecté par les médecins interrogés, 86% d'entre eux n'instaurent aucun traitement thymorégulateur et demandent un avis psychiatrique alors que 12% soit 13 médecins initient un traitement sans avis spécialisé

Parmi les treize médecins qui initient eux-mêmes un traitement, 9 soit 8% de l'échantillon total instaurent en premier intention un thymoregulateur devant une suspicion de trouble bipolaire et 2 soit 4.4% instaurent en première intention un antidépresseur.

Deux médecins prescrivent ensemble thymorégulateur et antidépresseur devant une suspicion de trouble bipolaire.

- Attitude face à un virage hypomaniaque ou maniaque suite à la prescription d'un antidépresseur par un généraliste :

43 médecins (38%) ont déclaré avoir déjà observé un virage maniaque ou hypomaniaque sous antidépresseur.

Sur ces 43 médecins, 26 soit 60% ont arrêté le traitement et adressé au psychiatre voire aux urgences psychiatriques selon l'intensité du virage.

12 soit 27% ont adjoint un traitement sédatif benzodiazépine et/ou neuroleptique sans arrêter l'antidépresseur.

5 soit 12% ont substitué par un autre antidépresseur le traitement initial.

- Connaissances des médecins généralistes sur le trouble bipolaire

Seulement 22% des médecins estiment correctement la prévalence du trouble bipolaire chez les patients suivis pour épisode dépressif majeur prévalence estimée entre 25 et 35%.

73% des médecins estiment que la prévalence du trouble bipolaire chez les patients dépressifs est inférieure à 25% alors que 5% estiment que plus de 35% des patients dépressifs seraient atteints de trouble bipolaire.

Estimation de la prévalence du trouble bipolaire chez des patients suivi pour EDM	Médecins en pourcentage
Plus de 50%	1
De 35% à 50%	4
De 25 à 35%	22
De 15 à 25%	20
De 5 à 15%	38
Moins de 5%	15

Tableau 4 : Estimation de la prévalence du trouble bipolaire chez des patients suivi pour EDM

En ce qui concerne le risque suicidaire inhérent au trouble bipolaire, la grande majorité des généralistes questionnés (66%) sous-estiment la prévalence du taux de suicide chez les patients bipolaires non traités en donnant une estimation à moins de 15%, tandis que 9% des médecins la surestiment à plus de 20%.

Un quart des répondants estiment correctement cette prévalence entre 15 et 20% de suicides chez les patients bipolaires non traités.

Concernant le traitement des patients bipolaires, 91% connaissent l'indication du lithium en monothérapie, 82% celles du divalproate de sodium, 72% celle des antipsychotiques atypiques tels que l'aripiprazole, l'olanzapine, la quétiapine et la risperidone.

Seulement 43% connaissent la carbamazépine, antiépileptique classique, comme traitement en deuxième intention dans la prévention des rechutes des troubles bipolaire.

Parallèlement, 29 % d'entre eux déclarent que la prescription en monothérapie d'antidépresseurs tricycliques est possible et 39 % pour la prescription en monothérapie des antidépresseurs IRSS ou IRSNA.

- Dépistage de hypomanie

Dans notre échantillon de médecins interrogés , 76 % sont d'accord avec le fait qu'un outil de dépistage standardisé de l'hypomanie peut leur être utile en pratique quotidienne.

Les médecins opposés à cette idée (24%) estiment eux au contraire que ce genre d'outil de dépistage n'est pas adapté à la médecine générale .

Seulement 11 médecins (9,7%) lors de l'étude ont déclaré connaître une échelle de dépistage de l'hypomanie mais aucun n'a déclaré l'utiliser régulièrement.

Les raisons invoquées étaient le manque de temps de consultation ou le manque de spécificité.

Le dépistage systématique de l'hypomanie en lui-même paraît utile pour :

- 89 % des médecins questionnés chez un patient ayant des antécédents de tentative de suicide,
- 72 % des médecins devant un patient présentant une pathologie addictive associée
- 64 % des médecins devant un patient suivi pour épisode dépressif majeur

10. Discussion

10.1 Les limites de l'étude

- Représentativité de l'échantillon

L'interprétation des données collectées peut sembler difficile face à la taille de notre échantillon .

Nous avons fixé à 160 le nombre de médecins à contacter afin de représenter environ 10% de la population des médecins généralistes libéraux installés en Haute-Normandie.

Sur les 160 questionnaires remis en mains propres ou envoyés ,47 n'ont pas été retournés .

Notre échantillon final fut donc constitué de cent treize médecins généralistes libéraux.

Bien que cette taille d'échantillon fait manquer de puissance à l'étude, rendant les comparaisons insuffisamment significatives statistiquement, le taux de réponse de 70 % permet toutefois une interprétation des données.

L'échantillonnage aléatoire des médecins s'est fait à l'aide du site des pages jaunes compte tenu qu'aucune liste nominative n'est disponible via le conseil de l'ordre des médecins suite à l'interdiction de diffusion des données à caractère personnel par la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

- Limites du questionnaire

La réponse par écrit a pour avantage de mobiliser le médecin interrogé à un moment opportun choisi par ce dernier garantissant une meilleure compréhension des questions et donc une meilleure qualité de réponse.

L'inconvénient est que le temps imparti pour répondre n'est pas contrôlé et que bien que le questionnaire ait été élaboré pour être réalisé en maximum quinze minutes, nous ne pouvons-nous assuré du temps réel (en plus ou en moins) consacré.

Par rapport au nombre de patients vus pour trouble de l'humeur, ou spécifiquement atteints d'un trouble bipolaire, les chiffres obtenus ne peuvent être qu'une évaluation du médecin et non une statistique objective précise.

En effet, la consultation en médecine générale, par son aspect global (faisant référence au modèle bio psycho social), peut aborder différents motifs.

Ainsi, lorsqu'une consultation relève d'un motif psychiatrique pour le patient, il peut être dissimulé par ce lui en arrière-plan d'une plainte somatique ou autre.

En ce sens, il en résulte une probable sous-évaluation du nombre de consultations réalisées concernant ce type de pathologie en médecine générale.

Une étude sur ce sujet publiée en février 2005 par Amar K D'as et Al (104) retrouvait jusqu' à 10% de patients dépistés comme bipolaires .

Cette étude présentait toutefois le fait de ne pas représenter de façon homogène différents niveaux socio-économiques d'une population car le recrutement des patients s'est fait uniquement dans un seul hôpital d'un quartier de New York aux Etats-Unis.

10.2 Les résultats des questionnaires

cette étude avait pour objectif :

- Evaluer les connaissances pratiques des médecins généralistes face à un épisode dépressif compliqué ou rebelle aux traitements .
- Evaluer les connaissances concernant les critères cliniques évocateurs d'un trouble bipolaire.
- Repérer les moyens mis en œuvre pour le dépistage et les difficultés rencontrées.
- afin d'identifier les besoins en terme de formation et de sensibilisation au dépistage des troubles bipolaires.

- La place des troubles bipolaires en médecine générale.

Les consultations pour motif psychiatrique représente une part non négligeable de l'activité des médecins généralistes .

Notre étude retrouve 25 à 30 % en moyenne de consultations pour motifs psychiatrique tous confondus .Ce résultat est supérieur à plusieurs études qui retiennent en moyenne que 10% des consultations de médecine revêtent un motif psychiatrique.

Le trouble bipolaire est par contre sous-estimé par les médecins interrogés.

Cela s'explique en partie par l'évolution du concept de bipolarité qui inclut désormais des formes atténuées, élargissant ainsi la prévalence du trouble.

- Connaissances et attitude des praticiens face à un patient bipolaire.

Concernant la question 12, en référence aux grilles de lectures citées extraite de l'article de Mitchell (78) ,le nombre moyen de réponses retrouvées concernant les signes évocateurs de trouble bipolaire chez un patient suivi pour dépression était de 8,2 sur 12 possibles.

Ce résultat peut sembler encourageant mais des nuances sont à noter :

- si certains signes sont facilement reconnus comme étant évocateurs de trouble bipolaire chez les patients, il s'agit principalement des caractéristiques concernant l'évolution de la dépression (échec de traitements antidépresseurs successifs, virage maniaque sous antidépresseurs, états dépressifs récurrents) et des antécédents (âge des prodromes, antécédents familiaux de bipolarité).
- La présence de symptômes dépressifs dits atypiques est beaucoup moins facilement reconnue par les médecins (hypersomnie, prise de poids, début en post partum) alors que ces symptômes permettent une orientation diagnostic précoce.

En effet, la détection précoce du trouble bipolaire est actuellement au cœur de débat chez les spécialistes ; l'objectif étant de pouvoir réaliser de la prévention secondaire du trouble bipolaire afin de pouvoir « enrayer » le trouble dès sa phase débutante et ce non forcément par des moyens médicamenteux.

Les troubles bipolaires débutants constituent un domaine d'intérêt nouveau qui a bénéficié des stratégies de prévention de la schizophrénie.

Cependant, différentes études prospectives et rétrospectives réalisées n'ont pas permis d'identifier des symptômes suffisamment spécifiques, ni suffisamment caractéristiques pour pouvoir donner lieu à des instruments de dépistage de la phase prodromale du trouble bipolaire.

Une des première études rétrospectives sur cette phase prodromale, c'est à dire par définition cet état subsyndromique précédant l'entrée dans la maladie ,s'est basée sur les signes précédant l'entrée dans la maladie de 500 personnes souffrant de troubles bipolaires, toutes faisant partie d'une association de patients (National Depressive and Manic Depressive Association) (105)

Les résultats montraient une minorité d'entre eux environ 30% rapportaient des troubles thymiques récurrents et plus rarement des symptômes psychotiques à type d'idée de persécution.

Un autre étude , plus récente conduite par Fergus Miller et Luckenbaugh parue en 2003(106), a tenté cette fois-ci de différencier en fonction de l'âge les symptômes prodromiques les plus caractéristiques de la maladie bipolaire.

En appliquant un recueil de données similaires, c'est à dire basé sur des auto-questionnaires adressés aux parents d'enfants souffrant soit de trouble bipolaire soit, étant donné les liens potentiels avec la bipolarité, des enfants atteint de trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) soit des enfants non malades.

Il apparaissait dans cette étude une association de signes incluant des troubles du caractère, un impulsivité, une irritabilité, une hyperactivité et accroissement des comportements agressifs qui différenciaient précocement les enfants souffrant de bipolarité des autres groupes.

Ces études comportent cependant plusieurs biais méthodologiques tant par l'absence de taux de prévalence dans ces études et également par la nature même des questionnaires remis qui précisait trop l'intensité, la durée et les conséquences des symptômes objectivés. Ces études ont toutefois montré l'importance des comorbidités parfois présente dès cette phase débutante de la maladie.

Pour revenir à notre étude, nous avons constaté que ces caractéristiques décrites ci-dessus sont peu connues des généralistes interrogés.

Les antécédents de troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention pourtant régulièrement vu en suivi, sont peu connus des généralistes interrogés.

Par ailleurs, le retentissement socio familial et les comorbidités addictives semblent peu alerter les médecins.

En effet, seulement 56% des médecins interrogés cherchent un trouble bipolaire en cas de conduite addictive pathogénique.

En définitive, les médecins généralistes interrogés reconnaissent davantage le trouble bipolaire sur son évolution que sur la présence de prodromes comme des symptômes dépressifs atypiques ou les antécédents familiaux.

Cet aspect de la reconnaissance diagnostique plus longitudinale qu'initiale pourrait expliquer en partie l'important retard diagnostique de 8 ans en moyenne constaté chez les patients.

D'après l'étude GAMIAN EUROPE (107) de 2003 portant sur 3450 patients en 2003, plus de 60% des patients présentant un trouble bipolaire rapportent qu'ils ont reçu entre un et quatre diagnostics avant celui de trouble bipolaire.

De plus, la reconnaissance de la bipolarité dans cette étude a pu prendre jusqu'à dix ans pendant lesquels les patients reçoivent des traitements inappropriés et inefficaces.

Une étude qualitative réalisée par l'équipe du Pr Oud aux Pays-Bas montre en ce sens que les médecins généralistes n'appliquent pas une conduite à tenir systématique face aux patients consultant pour trouble psychiatrique mais répondent a posteriori aux demandes des patients et de leur famille.(108)

Dans cette étude, huit catégories de facteurs influencent la pratique des médecins généralistes : la présentation du patient, l'impact émotionnel, leurs connaissances médicales, l'attitude professionnelle, la famille, la liaison avec des spécialistes en psychiatrie, l'organisation pratique des consultations du médecin .

- Concernant leur capacité à prendre en charge les patients bipolaires, les médecins interrogés se révèlent assez mal à l'aise.

Ce résultat rejoint celui d'une étude réalisées en Ontario sur 147 médecins généralistes qui retournait également que deux tiers des médecins interrogés se déclarent peu à l'aise et pensent avoir besoin formation continue sur le diagnostic et le traitement des troubles bipolaires

- Autre aspect paradoxal des résultats de notre étude : alors qu'ils sont 88% à déclarer instaurer un traitement en cas d'épisode dépressif majeur, les médecins sont 74 % à demander directement un avis psychiatrique avant toute décision thérapeutique s'ils suspectent un trouble bipolaire, quel que soit son sous type chez leurs patients.

Comme nous l'avons vu 12 % des médecins interrogés instaurent un traitement psychotrope sans avis spécialisé concernant ces mêmes patients dont les trois quarts instaurent à tort un antidépresseur en monothérapie contre seulement un quart, à raison, un régulateur de l'humeur

L'étude menée par P. Stang a retrouvé des résultats comparables.

72 % des médecins adressant tous leurs patients suspectés à un psychiatre et 6% instaurant eux-mêmes un traitement.(109)

La faible connaissance du traitement est confirmée par le fait que dans notre étude 26% des médecins généralistes pensent que la prescription d'antidépresseurs tricycliques et 35 % celle d'antidépresseurs IRSS ou IRSNA est possible en monothérapie dans le cadre d'initiation de traitement du trouble bipolaire, alors que les recommandations de la Haute Autorité de Santé de mai 2009 préconisent que cela ne doit être le cas qu'avec une association à un thymorégulateur , avec comme précisé en ces termes « précaution et sous étroite surveillance, en raison du risque accru de comportement suicidaire et en raison du virage maniaque » et ce notamment avec les antidépresseurs tricycliques.(110)

Toujours pour citer l'étude de P. Stang, 22 % des médecins recensés dans cette dernière ne connaissent pas la place des antidépresseurs en cas de trouble bipolaire et seulement 43% connaissent le risque d'accélération de cycle dans cet usage.

Cependant, la grande tendance des généralistes à orienter les patients vers un psychiatre est un atout dans la prise en charge car il permet, quand le dépistage est fait (et c'est là le problème) une optimisation du traitement en phase débutante.

Or comme le souligne Daban, Colom et Sanchez sur leur étude concernant le trouble bipolaire débutant (111), le problème du traitement médicamenteux du premier épisode n'est pas dénué d'une certaine spécificité dans la mesure où comme le montre Goldberg et Ernst (112), il existe un lien entre la polarité du premier épisode et la polarité prédominante ultérieure de la maladie.

En ce sens, le choix du thymorégulateur initial pourrait alors revêtir une importance forte dans la prévention de nouveaux épisodes.

En outre, comme le souligne Hirschfield (113), Les traitements psychothérapeutiques trouvent à cette phase de l'affection une indication privilégiée.

La seule réponse médicamenteuse paraît donc insuffisante à ce moment et l'aspect psychothérapeutique que peut avoir la consultation avec le médecin généraliste, dit médecin traitant, en amont du psychiatre, prend ici toute sa place.

Le risque évolutif majeur du trouble bipolaire non diagnostiqué est le décès par suicide. Or, dans notre étude près des deux tiers (66%) des médecins questionnés sous estiment la prévalence du taux de suicide chez les patients bipolaires non traités. Cette méconnaissance de la gravité potentielle de cette maladie est probablement en cause dans le manque d'intérêt des médecins généralistes pour ce trouble. Cependant, il est important de noter que les caractéristiques des passages à l'acte suicidaire d'un patient permettent en eux-mêmes de guider le diagnostic de bipolarité. En effet, dans sa phase dépressive, le trouble bipolaire est associé à des gestes de forte létalité avec conduites suicidaires violentes (pendaison, arme à feu). Il en va de même pour les antécédents familiaux de suicides ou de tentatives de suicides qui sont tout autant à considérer. (115)

10.3 Le dépistage du trouble bipolaire

Les outils de dépistage que sont la Check List d'Angst et le Mood Disorder Questionnaire (annexe 2 et 3) sont très peu connus des médecins généralistes.

Seulement 9.7 % d'entre eux connaissent ces outils mais aucun n'a déclaré les utiliser régulièrement.

Ils sont cependant très intéressés par l'aide que peut apporter un tel outil en le jugeant utile dans leur pratique à 76 % et ce malgré les limites telles le temps requis, la singularité de la consultation de médecine générale.

L'étude menée par Stang rapporte que 94 % des médecins étaient disposés à utiliser une échelle de dépistage du trouble bipolaire mais à condition, que son usage soit bref et simple.

Le recours aux outils de dépistage doit permettre de faciliter l'existence d'un trouble bipolaire. Cependant, plusieurs revues de la littérature concernant les outils psychométrique de dépistage du trouble bipolaire attestent que ces outils sont valables mais seulement en complément de l'entretien clinique car l'état thymique du sujet au moment de la passation ne peut être dénué d'un risque de biais.

En effet, comme le souligne Benazzi (116), nous pouvons nous poser la question de la fiabilité des réponses concernant les épisodes passés d'hypomanie des patients en état dépressif majeurs .

Des patients répondant à un questionnaire dans un tel état clinique peuvent présenter des biais cognitifs négatifs conduisant à ne pas se rappeler des moments positifs de leur vie ou à les minimiser.

Sachant que la persistance de symptômes dépressifs ou maniaques semblent affecter, par exemple, l'autoévaluation faite sur sa qualité de vie, il apparaît alors souhaitable que la passation d'instruments de dépistage se fasse en période euthymique. (116)

10.4 Mode de formation médicale

Les résultats de notre étude retrouvent que les médecins généralistes en majorité participent à des sessions de formations médicales continues et à la lecture de la presse médicale pour se former.

Néanmoins, notre étude n'établit pas de lien statistiquement significatif entre la connaissance des symptômes d'un état dépressif ou de signes évocateurs d'un trouble bipolaire et la réalisation pré ou post-doctorat d'une formation en psychiatrie.

Ces résultats peuvent être liés au fait que l'impact d'une formation médicale ponctuelle n'ait qu'une durée limitée dans le temps.

Il semble donc nécessaire, aux vues de ces résultats, que la formation médicale continue et la presse médicale doivent régulièrement aborder les mises à jour sur le sujet des troubles bipolaires afin d'envisager un changement durable dans la pratique des médecins généralistes.

10.5 Perspectives

L'élargissement du concept de bipolarité aux formes atténuées et la tendance à la disparition de la dichotomie psychose/névrose dans les classifications nosologiques actuelles rendent le trouble bipolaire comme une affection beaucoup plus fréquente que l'on pouvait le supposer, remettant ainsi la façon dont il était dépisté jusque-là.

La médecine générale ne semble pas avoir pris conscience des enjeux, notamment en terme de santé publique, que représente une prise en charge optimale du trouble bipolaire.

Le médecin généraliste, et, a fortiori dans le système de soins français avec le rôle de médecin traitant, représente le maillon fondamental de la prise en charge de nombreux patients et précisément pour tous les patients atteints d'une forme atténuée ou dépressive récurrente.

Dans l'étude ECHO France de 2011 (118), le délai moyen entre la première consultation et le diagnostic est d'environ cinq ans. Dans 92 % des cas, le psychiatre est l'intervenant de santé qui a posé le diagnostic alors que 74 % des patients étaient également suivis par un médecin généraliste.

Néanmoins, étant donné que dans la majorité des troubles bipolaires, les épisodes dépressifs prédominent largement en durée comme en intensité sur les épisodes maniaques, l'existence d'un épisode (hypo)-maniaque est difficile à reconnaître dans les antécédents « vie entière » d'un patient.

L'étude CDS du NIMH va dans ce sens : en effet, le suivi prospectif durant 13,4 ans de 146 patients bipolaires évalués tous les 6 à 12 mois montrent que les patients bipolaires passent près du tiers de leur vie déprimés ou su déprimés (119).

D'autre part, les patients identifient rarement leurs épisodes (hypo-)maniaques comme étant pathologiques et s'en souviennent volontiers comme ayant été des moments particulièrement agréables de leur vie. À cet égard, le regard de l'entourage peut-être d'une aide précieuse pour le diagnostic.

Sur ce point , le médecin généraliste en tant souvent que médecin dit « de famille » peut avoir une carte importante à jouer pour servir de médiateur familial avant l'avis spécialisé. Par ailleurs ,comme nous l'avons vu, même si les critères diagnostiques de dépression bipolaire sont les mêmes que ceux définis pour l'épisode dépressif majeur du DSM, le clinicien doit porter son attention sur des indices cliniques assez spécifiques de la dépression bipolaire .

Il paraît nécessaire que les médecins généralistes soient sensibiliser à ces subtilités pour ne pas tomber dans l'échec thérapeutique récurrent ou pire l'aggravation clinique via un virage maniaque et/ou une accélération des cycles thymiques.

Enfin se pose la question de l'utilisation systématique d'un outil de dépistage de l'hypomanie.

En effet, d'après Goodwin et Jamison en 2007 (120),le risque suicidaire est plus important dans les dépressions bipolaires que dans les dépressions unipolaires.

Il apparait même dans un rapport quasiment du simple au double lorsque l'on compare bipolaires de type II (24% de tentatives de suicide) et dépressions unipolaires (12%).

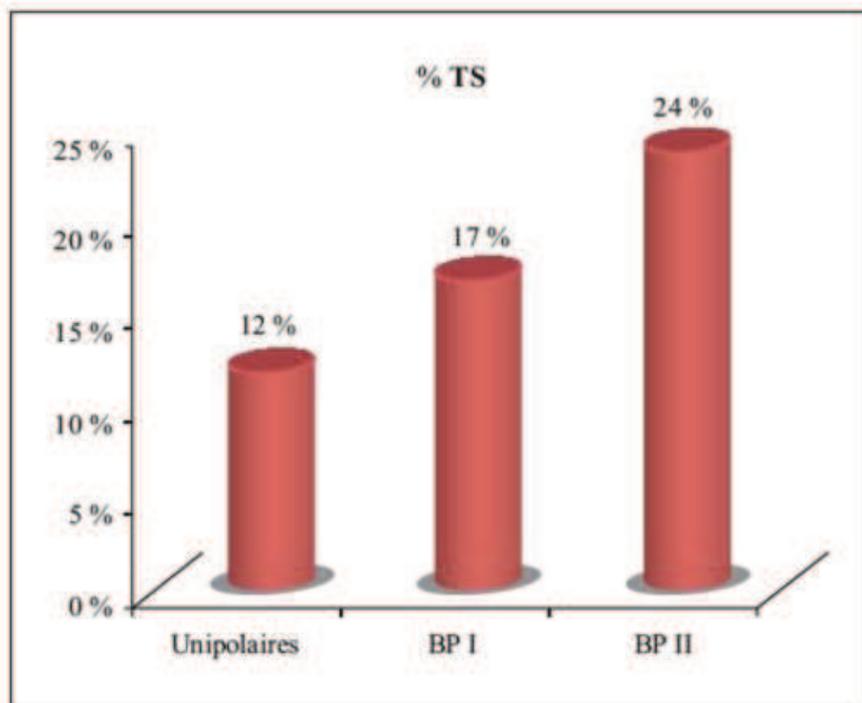


Figure 4: Pourcentage de conduites suicidaires (TS) « vie entière » en fonction du type de bipolarité (d'après une synthèse portant sur six études de Goodwin et Jamison en 2007)

Un outil de dépistage d'utilisation simple et rapide, comme la check-list d'Angst pourrait être applicable à la pratique médicale en soins primaires. Bien que ce type d'outil ne puisse comme nous l'avons évoqué se substituer complètement à la clinique pour faire le diagnostic et que son résultat peut être biaisé par l'état thymique du patient au moment de sa passation, il pourrait toutefois permettre aux médecins d'évoquer de manière systématique l'éventualité d'une bipolarité devant un patient consultant pour état dépressif majeur.

Cette utilisation systématique pourrait également être posée comme un préalable à toute prescription initiale d'antidépresseurs en médecine générale.

- Conclusion -

En définitive, le trouble bipolaire ressort comme une pathologie plus fréquente qu'elle ne semble l'être. Malheureusement elle reste souvent mal ou alors trop tardivement diagnostiquée.

Les médecins généralistes constituent par leur rôle même , les premiers voir les seuls professionnels de santé que ces patients rencontrent.

Leur rôle et leur connaissance sur cette pathologie sont donc primordiaux afin d'optimiser la prise en charge.

Notre étude a permis de préciser la part que représente les trouble de l'humeur dans les consultations de 113 médecins de la région Haute-Normandie.

Nous avons ensuite étudié leurs connaissances et leurs attitudes face à des patients suspectés de présenter un trouble bipolaire , parmi notamment leurs patients considérés comme atteints d'un épisode dépressif majeur.

Les médecins n'ayant pas une approche systématique des patients dépressifs, ils ont tendance à se baser sur l'évolution de la maladie pour évoquer la bipolarité et non sur les critères diagnostiques et les antécédents personnels et familiaux du patient.

Par ailleurs, la connaissance du traitement adéquat initial est apparue insuffisante.

La dépression bipolaire pose au clinicien une série de questions en terme de repérage diagnostique.

Le médecin généraliste, confronté quotidiennement à cette problématique dans ses consultations de patients dépressifs, a souvent ce travail de repérage compliqué par la présence de symptômes (hypo)maniaques associé à la dépression bipolaire.

Toutefois, nous pouvons suggérer l'idée de l'application systématique d'une grille de lecture, telles celles proposées par Ghaemi ou Mitchell. (78-103) ou de l'index de bipolarité développé par Sachs (82 – annexe 5)

Ces grilles de lecture clinique permettraient le recueil exhaustif des éléments symptomatiques, familiaux et évolutifs.

Elles sont par ailleurs d'utilisation très simple en pratique.

Une application systématique de cette démarche, en complément à la réalisation d'un auto-questionnaire remis au patient telle le Bipolar Spectrum Diagnostic Scale ou la Checklist d'hypomanie de Angst, devant tout épisode dépressif majeur représenterait une des solutions proposées pour réduire l'errance diagnostique et le délai à l'instauration d'un traitement approprié.

De même, il ressort de notre étude la nécessité d'un besoin en formation dans la connaissance de cette pathologie par nos confrères généralistes, notamment par leur place d'acteur majeur de dépistage dans un grand nombre de domaines médicaux. Cette idée est notamment marquée par le malaise qui ressort de nos résultats quant à l'attitude des médecins face à un patient atteint de trouble bipolaire.

Enfin, nous pouvons évoquer en perspective qu'une meilleure harmonie dans la relation médecin généralistes – psychiatres apparaît indispensable pour cette pathologie.

En effet, la discussion du rapport bénéfice/risque de la prescription d'antidépresseurs pour cette maladie reste complexe avec le risque liés aux virages de l'humeur et d'ailleurs selon les recommandations internationales récentes, ces derniers ne doivent jamais être proposés en première intention en monothérapie dans la dépression bipolaire.

Pour finir, le partenariat médecin traitant – psychiatre a également un rôle capital pour la prise en charge au long cours et la prévention des rechutes thymiques.

Le médecin généraliste traitant peut jouer un rôle d'alerteur lors des phases de rémission clinique avec une vigilance par rapport aux symptômes résiduels pouvant nécessiter des avis spécialisé associé.

- BIBLIOGRAPHIE -

- 1) Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002 Nov; 63 (11): 985-91
- 2) Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:530-537
- 3) Kayes NS. Is your depressed patient bipolar? *Jam Board Fam Pract* 2005;18:271-81
- 4) Lish JD¹, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirshfield. The national depressive and Manic-depressive association survey of bipolar members. *J Affect Disord*. 1994 Aug;31(4):281-94.
- 5) Piver A, Yatham LN, Lam RW. Bipolar spectrum disorders. New perspectives. Review. Erratum in: *Can Fam Physician* 2002 Jul; 48:1190.
- 6) S. Nassir Ghaemi, M.D.; Erica E. Diagnosing Bipolar Disorder and the Effect of Antidepressants: A Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 2000 : 6 : 804-808
- 7) Angst J., Marnaros A , « Bipolarity from ancient to modern times : conception, birth and rebirth » *J. Affect. Disord.* , 2001 : 67, 3-19
- 8) Baillarger J. "De la folie à double forme", *Ann. Med. Psychol.*, 1854, 6, 369-384
- 9) Angst J., Sellaro, "Historical perspectives and natural history of bipolar disorder" , *Biol. Psychiatry*, 2000; 48, 455-457
- 10) Akiskal HS . The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L, ed *Psychiatry The American Psychiatric* 1983 : 271-92.
- 11) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-IV-TR), 1994,2000
- 12) Hantouche EG, *et al.* *J Affect Disord* 1998;50:163-73
- 13) Allilaire JF, Hantouche EG *et al.* Fréquence et aspects cliniques du trouble bipolaire II dans une étude multicentrique française : EPIDEP. *Encéphale*, 2001 ; XXVII : 149-158.
- 14) Angst J, Gamma A, Benazzi F *et al*, Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Aff Disord* 2003 ; 73 : 133-146
- 15) Azorin JM: Qu'est-ce que le trouble bipolaire? *Encéphale* 2006 ; 32 : 506-11, cahier 2.
- 16) Akiskal H, Bourgeois ML, Angst J et al. Re-evaluating the prevalence and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 200;59 suppl 1 ; S5-S30.
- 17) Akiskal HS, Pinto O The evolving bipolar spectrum : prototypes 1, II, III, and IV *Psychiatr Clin N Am*, 1999,22, 5 17-34.

- 18) Maser J, and Patterson T (2002) ; Spectrum and Nosology : implication for DSM-V. Psychiatr.Clin.North America . 25, 855-85.
- 19) Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J et coll. Etude des tempéraments dépressif et hyperthymique chez 165 sujets contrôles et à risque pour les troubles de l'humeur L'Encéphale, 2004, XXX, cahier 1,509-15
- 20) Katzow JJ, Hsu DJ, Ghaemi SN The bipolar spectrum : a clinical perspective Bipolar Disorder, 2003, 5,436-42
- 21) Akiskal HS, Pinto O The evolving bipolar spectrum : prototypes 1, IIj III, and IV Psychiatr Clin N Am, 1999,22, 5 17-34
- 22) American Psychiatric Association: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3e ed. 1980. Traduction de l'anglais coordonnée par JD Guelfi. Paris Masson, 1989 , 624 pg
- 23) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders DSM-V first publication may 2013 ; www.dsm5.org
- 24) Blader JC Carlson GA. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among US child, adolescent and adult inpatients. Biol Psychiatry,2007,62 : 107-114.
- 25) Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al. Prevalence, clinical correlates and longitudinal course of severe mood and behavioral dysregulation in children. Biol Psychiatry,2006,60 : 991-997
- 26) International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conception framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry, 2011, 10:86-92.
- 27) Hinkle P. Bipolar Illness in primary care: an overview. Lippincott's Prim care Pract.2000;4 : 162-173
- 28) Tohen M, Goodwin FC , Epidemiology of bipolar disorder, in Tsuang M.T, Tohen M Zahner ed textbook in Psychiatric Epidemiology, New-York, Wiley-Liss, 1995,301-315
- 29) Harris EC, Barraclough B, Suicide as an outcome for mental disorders. a meta-analysis. Br. J. Psychiatry, 1997 suppl I,20-26
- 30) Lopez P, Mosquera F de Leon J et al; Suicide attempts in bipolar patients. J.Clin. Psychiatry,2001,62,963-966
- 31) Angst, J. 1966. [On the etiology and nosology of endogenous depressive psychoses. A genetic, sociologic and clinical study]. Monogr Gesamtgeb Neurol Psychiatr, 112, 1-118.
- 32) Perris, C. 1966. A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Introduction. Acta Psychiatr Scand Suppl, 194, 9-14.

- 33) Cuellar, A. K., Johnson, S. L. & Winters, R. 2005. Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clin Psychol Rev*, 25, 307-39.
- 34) Baum AE et al. , 2008 A genome-wide association study implicates diacylglycerol kinase eta (DGKH) and several other genes in the etiology of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 13:197-207
- 35) Tsuchiya KJ, Byrne M, Mortensen PB , 2003 ,Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord* 5:231-242
- 36) Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA 2005 ; Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 186:121-125
- 37) Post RM 2007 ;Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neurosci Biobehav Rev* 31:858-873
- 38) Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK ; 1999, Kindling and second messengers: an approach to the neurobiology of recurrence in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 45:137-144
- 39) Bender RE, Alloy LB, 2011 ; Life stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clin Psychol Rev* 31:383-398
- 40) Hindmarch I 2002 ; Beyond the monoamine hypothesis: mechanisms, molecules and methods. *EurPsychiatry* 17, Suppl 3:294-299
- 41) Ruhé HG, Mason NS, Schene AH 2007 ; Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Mol Psychiatry*12:331-359
- 42) Hughes JH, Dunne F, Young AH , 2000 ; Effects of acute tryptophan depletion on mood and suicidal ideation in bipolar patients symptomatically stable on lithium. *Br J Psychiatry* 177:447-451
- 43) Berns GS, Nemeroff CB , 2003 ; The neurobiology of bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 123C:76-84
- 44) Daban C, Vieta E, Mackin P, Young AH ,2005 ; Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 28:469-480
- 45) Cervantes P, Gelber S, Kin FN, Nair VN, Schwartz G, 2001 ; Circadian secretion of cortisol in bipolar disorder. *J Psychiatry Neurosci* 26:411-416
- 46) Harvey AG , 2011 ; Sleep and Circadian Functioning: Critical Mechanisms in the Mood Disorders? *Annu Rev Clin Psychol* 7:297-319
- 47) Plante DT, Winkelman JW ,2008 ; Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *Am J Psychiatry* 165:830-843

- 48) Kim SH, Kim MK, Yu HS, Kim HS, Park IS, Park HG, Kang UG, Kim YS ,2010 : Electroconvulsive seizure increases phosphorylation of PKC substrates, including GAP-43, MARCKS, and neurogranin, in rat brain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 34:115-121
- 49) Grignon S, Deslauriers J., 2012 ; Disturbances of oxidative and inflammatory status in schizophrenia and bipolar disorder, *revue Medecine Science Amerique* , Université de Sherbrook Vol.1,No.4
- 50) Leboyer M, Soreca I, Scott J, et al., Can bipolar disorder be viewed as a multi-system inflammatory disease? *J Affect Disord* 2012.
- 51) Schloesser RJ, Huang J, Klein PS, Manji HK ,2008 ; Cellular plasticity cascades in the pathophysiology and treatment of bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology* 33:110-133
- 52) Strakowski SM, DelBello MP, Zimmerman ME, Getz GE, Mills NP, Ret J, Shear P, 2002 ; Ventricular and periventricular structural volumes in first- versus multiple-episode bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 159:1841-1847
- 53) Hajek T, Carrey N, Alda M ,2005 ; Neuroanatomical abnormalities as risk factors for bipolar disorder ; *Bipolar Disord* 7:393-403
- 54) Chen C-H, Suckling J, Lennox BR, Ooi C, Bullmore ET , 2011 ; A quantitative meta-analysis of fMRI studies in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 13:1-15
- 55) Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet* 2012 - 13:537-551
- 56) Nlro V., Rouillon F., *Epidémiologie du trouble bipolaire, L'Encéphale,Supp.III, 2001 ; 1-6*
- 57) Regier DA.,Kaelber CT., The Epidemiological Catchment Area (ECA) Program : studying the prevalence and incidence of psychopathology , in *Epidemiological Psychiatry* 1990 p.35-155
- 58) Mc Elroy S.L, Kotwal R., Akiskal H.S, Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders : distinct or related disorders with shared dysregulations ? , *J. Affect. Disord*, 2005, 86,107-127
- 59) Aubin H.J, *Nicotine et troubles neuropsychiatriques, Paris, Masson, 1997.*
- 60) Strakowski SM, Del Bello MP ,Fleck DE, et coll. Effects of Co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania *Arch Gen Psychiatry*, 2005,62,85 1-8
- 61) Henquet C, Krabbendam L, de Graaf R et coll. Cannabis use and expression of mania in the general population *J Affect Disord*, 2006,95,103-110
- 62) Mc Elroy SL, FRye MA, and Suppes T. et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* .2002. 63 : 207-213 .

- 63) Cassidy F, Ahearn E, Carroll BJ. Elevated frequency of diabetes mellitus in hospitalized manic-depressive patients. *Am. J. Psychiatry.* 1999 ; 156 : 1417-1420
- 64) Henry C., Van Del Bulke D., Bellivier F et coll. Anxiety disorders in 318 bipolar patients: prevalence and impact on illness severity and response to mood stabilizers *J Clin Psychiatry*, 2003,64,331-5
- 65) Goodwin R.D., Hoven C.W., Bipolar-panic comorbidity in the general population: prevalence and associated morbidity; *J.Affect Disorder*, 2002, 70, 27-33.
- 66) Gorwood P., Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire, *L'Encéphale*, 2004, XXX, 182-193.
- 67) Hantouche E.G., Akiskal H.S., Demonfaucon C, Barrot L, *Annales médico psychologiques*, 2002 ; 160, 34-41.
- 68) Schiavone P., Dorz S., Conforti D., Scarso C., Borgherini G. Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study. *Psychol Rep.* 2004;95:121-128.
- 69) Jamison KR. Suicide and bipolar disorder . *J. Clin. Psychiatry.* 2000 ; 61 (Suppl 9) 47-51
- 70) Tondo L., Baldessarini RJ, Hennen J . Lithium and suicide risk in bipolar disorder. *Prim Psychiatry* 199 ; 6 , 51-56
- 71) Lopez P, Mosquera F., De Leon J. et al ; Suicide attempts in bipolar patients, *J Clin. Psychiatry*, 2001, 62 (12), 963-966
- 72) Romans S.E, McPherson H.M, The social networks of bipolar affective disorders patients ; *Journal of Affective Disorders* , 1992 ;25, 221-228
- 73) Jude LL, Akiskal H.S., The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population : re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases . *J. Affect Disorders.* 2003 Jan, 73 : 123-31
- 74) Coryell W, The enduring psychosocial consequences of mania and depression ; *Am. J. Psychiatry* 1993 ; 150 : 720
- 75) Gay C. *Vivre avec un maniaco-dépressif*, Paris, Hachette littératures, 2008.
- 76) Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sánchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder *J Affect disor* 2006 Jul ; 93 (&-3) 13-7
- 77) Daban C, Colom F, Sanchez-Moreno J, García-Amador M, Vieta E. Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder *Compr Psychiatry.* 2006 Nov-Dec;47(6):433-7.
- 78) Mitchell PB et al. Diagnostic guidelines for bipolar depression : a probabilistic approach. *Bipolar Disorders* 2008 ;10 : 144-52

- 79) Robert MA.,Hirschfield M.D., The Mood Disorder Questionnaire . A simple , patient-rated screening Instrument for bipolar disorder
- 80) Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W.Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord.* 2003 Jan;73(1-2):133-46.
- 81) Ghaemi S, Miller CJ, Berv DA, Klugman J, Rosenquist KJ, Pies RW. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale *J Affect Disord.* 2005 Feb;84(2-3):273-7.
- 82) Sachs GS. , Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management ; *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(422):7-17.
- 83) Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A, Rossi A, Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB. ; Awareness of illness and subjective experience or cognitive complaints in patients with bipolar I and II disorder . *Am J Psychiatry.* 1999 Jul ;156(7):1094-6.
- 84) Lichtenstein P,Benjamin H Yip, Björk C, Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study ; *The Lancet* ; Volume 373, No. 9659, p234 -239, January 2009.
- 85) Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M ;Bipolar disorder. *The Lancet* 2002 359:241-247
- 86) Price AL, Marzani-Nissen GR ; Bipolar disorders: a review.2012 *Am Fam Physician* 85:483-493
- 87) Compton MT, Nemeroff CB .The treatment of bipolar depression. 2000 *J Clin Psychiatry* 61, Suppl 9:57-67
- 88) Harel EV, Levkovitz Y ; Effectiveness and safety of adjunctive antidepressants in the treatmentof bipolar depression: a review.2008 ; *Isr J Psychiatry Relat Sci* 45:121-128
- 89) Sidor MM, Macqueen GM Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: asystematic review and meta-analysis. 2011 ; *J Clin Psychiatry* 72:156-167
- 90) Sachs GS, Koslow CL, Ghaemi SN. ; The treatment of bipolar depression. 2000 ; *Bipolar Disord* 2:256-260
- 91) Ghaemi SN, Hsu DJ, Soldani F, Goodwin FK ; Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. 2003 ; *Bipolar Disord* 5:421-433
- 92) Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C ; Relapse and impairment in bipolar disorder. 1995 , *Am J Psychiatry* 152:1635-1640
- 93) Schöttle D, Huber CG, Bock T, Meyer TD ; Psychotherapy for bipolar disorder: a review of the most recent studies. 2011 , *Curr Opin Psychiatry* 24:549-555

- 94) Miklowitz DJ., Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. 2008 Am J Psychiatry 165:1408-1419
- 95) Keltner NL, Boschini DJ., Electroconvulsive therapy.2009 ; Perspect Psychiatr Care 45:66-70
- 96) Loo C, Katalinic N, Mitchell PB, Greenberg B ;Physical treatments for bipolar disorder: a reviewof electroconvulsive therapy, stereotactic surgery and other brain stimulation techniques. 2011 ; J Affect Disord 132:1-13
- 97) Solomon DA, Leon AC, Coryell WH, Endicott J, Li C, Fiedorowicz JG, Boyken L, Keller MB; Longitudinal course of bipolar I disorder: duration of mood episodes. 2010 ; Arch Gen Psychiatry , 67 :339-347
- 98) Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Möller HJ, Kasper S; WFSBP Task Force On Treatment Guidelines For Bipolar Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. World J Biol Psychiatry. 2010 Mar;11(2):81-109.
- 99) Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, O'Donovan C, Macqueen G, McIntyre RS, Sharma V, Ravindran A, Young LT, Milev R, Bond DJ, Frey BN, Goldstein BI, Lafer B, Birmaher B, Ha K, Nolen WA, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar Disorder, 2013 Feb;15(1):1-44
- 100) Vieta E, Locklear J, Günther O, Ekman M, Miltenburger C, Chatterton ML, Aström M, Paulsson B. Treatment options for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials ; J Clin Psychopharmacol , 2010 , 30 (5) : 579-90
- 101) Young AH, McElroy SL, Bauer M, Philips N, Chang W, Olausson B, Paulsson B, Brecher A., EMBOLDEN I ; A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and lithium monotherapy in adults in the acute phase of bipolar depression (EMBOLDEN I). J Clin Psychiatry. 2010 Feb;71(2):150-62.
- 102) Mc elroy SL, Weisler, Chang W, Olausson B, Paulsson B , Brecher M Agambaram, Nordenhem A, Young AH. : EMBOLDEN II A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monotherapy in adults with bipolar depression (EMBOLDEN II). J. Clin Psychiatry 2010, FEB ; 71(2) :163-74
- 103) Ghaemi SN et al ; « Cade's disease » and beyond misdiagnosis, antidepressant use, and a proposal definition for bipolar spectrum disorder. Can J. Psychiatry 2002 ; 47 ;125-34
- 104) Amar K. Das, MD, PhD; Mark Olfson, MD, MPH; Marc J. Gameroff, PhD; Daniel J. Pilowsky, MD, MPH; Carlos Blanco, MD, PhD; Adriana Feder, MD; Raz Gross, MD, MPH; Yuval Neria, PhD; Rafael Lantigua, MD; Steven Shea, MD; Myrna M. Weissman, PhD . Screening for Bipolar Disorder in a Primary Care Practice ; JAMA. 2005; 293(8):956-963.

- 105) Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC., Price RA., Hirschfield RM. ; The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members ; J Affect Disord ; 1994 ; 31 : 281-94
- 106) Fergus EL., Miller RB, Luckenbaugh DA, Leverich DS, Findling RL, Speer AM, Post RM. ; Is there progression from irritability/dyscontrol to major depressive and manic symptoms? A retrospective community survey of parents of bipolar children ; J Affect Disorder 2003 Oct ; 77(1) : 71-8
- 107) 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 Disorder ; 2003 , 5 ; 265-78
- 108) Oud MJ., Schuling J, Slooff CJ, Meyboom - de Jong B, How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients ? ; BMC Fam Pract. 2007, Jun : 8-37
- 109) Stang P., Frank C, Ulcickas Yood M., Bipolar Disorder Detection, Ascertainment, and treatment : Primary Care Physician Knowledge, Attitudes and Awareness . J Clin Psychiatry, 2006 ; 8 (3) : 147-152
- 110) HAS / Services des bonnes pratiques professionnelles / Guide médecin – ALD 23 « Troubles bipolaires » Mai 2009
- 111) Daban C, Colom F., Sanchez-Moreno J., Garcia-Amador M., Vieta E., Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. ; Compr Psychiatry , 2006 ; 47(6) : 433-7
- 112) Goldberg JF., Ernst CL., Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. J Clin Psychiatry, 2002 ; 63(11):985-91
- 113) Hirschfield R .MA., BOWden CL, Gitlin MD., Keck P , Thase M., Wagner K. ; Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder ; Second Edition , November 2009, American Psychiatric Association ; 159 (4 Suppl) : 1-50
- 114) Guillaume S, Jaussent I., Jollant F., Rihmer Z. Malafosse A, Courtet P. ; Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression J Affect Disord , 2010 Apr ; 122 : 53-9
- 115) Hantouche E., Angst J., Azorin JM., Explained factors of suicide attempts in major depression. ; J Affect Disord. 2010 Dec ; 127(1_3) : 305-8
- 116) Benazzi F., Bipolar disorder-focus on bipolar II disorder and mixed depression. Lancet, 2007 Mar 17 ; 369: 935-45
- 117) Piccinni A., Catena A., Del Debbio et al . Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients. Comprehensive Psychiatry, 2007, 48 : 323-328

- 118) Guillaume, S., Courtet, P., Chabane J.-P. « Prises en charge, besoins et attentes de patients souffrant de troubles bipolaires I (Étude ECHO – France) ». L'encéphale. 2011 ; Fasc.4 : p.332-338.
- 119) Judd LL ; Akiskal HS., et al.,The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders?; J Affect Disord. 2003 ; 73(1-2) : 19-32
- 120) Goodwin FK.,Jamison R.,Manic-Depressive Illness ,Bipolar Disorders and Recurrent Depression, second edition. OUP USA editions ; 2007 April
- 121) Price AL, Marzani-Nissen GR . Bipolar disorders: a review.2012 Am Fam Physician 85:483-493

-ANNEXES -

Annexe 1 : le questionnaire de l'étude

Questionnaire sur le dépistage des troubles bipolaires en médecine générale.

1. Age:
2. Sexe H F
3. Nombre d'années d'installation :

4. mode d'exercice :
 - a. rural
 - b. semi rural
 - c. urbain
 - d. cabinet de groupe
 - e. seul

5. Nombre moyen de consultations par semaine :

6. pourcentage moyen de consultations pour motif psychiatrique par semaine :
 - a. 0-30 %
 - b. 30-50%
 - c. >50%

7. Formation initiale
 - a. Avez-vous réalisé un stage en milieu psychiatrique avant votre doctorat?
 - a.
 - b. Oui Non
 - c.
 - b. Avez-vous réalisé une formation complémentaire type DU, DIU... en rapport avec la psychiatrie ?
 - a.
 - b. Oui Non
 - c.

8. Vous sentez vous suffisamment formé en psychiatrie pour votre pratique actuelle de la médecine générale?
 - a.
 - b. Oui Non
 - c.

9. Formation actuelle (plusieurs choix possibles)

1. visiteurs médicaux
2. presse médicale
3. internet (vidéos, podcasts, e-DPC)
4. congrès réguliers
5. association FMC, groupe de pairs
6. Autre

10. Pour vous les troubles bipolaires représentent:

- a. Une pathologie relevant des spécialistes psychiatres et dont la prise en charge en soins primaires est marginale
- b. Une pathologie courante en soins primaires et dont le suivi est compatible avec votre mode d'exercice

11. Suivez-vous des patients bipolaires ?

Oui Non

12) Parmi les patients que vous suivez pour épisode dépressif majeur (i.e. caractérisé) Certains d'entre eux sont considérés par vous-même comme potentiellement bipolaire car :(plusieurs choix possibles)

- 1) il présente des symptômes hypomaniaques et des états dépressifs récurrents malgré plusieurs traitements antidépresseurs bien conduit successifs
- 2) L'état dépressif est associé à des éléments psychotiques
- 3) Âge de début des troubles inférieur à 30 ans
- 4) trouble du comportement alimentaires associé, telle une prise de poids significative avec IMC > ou égal à 25.
- 5) antécédent de passage à l'acte suicidaire
- 6) antécédents familiaux de troubles de l'humeur
- 7) conduite addictive
- 8) plus de 3 épisodes dépressifs sur la vie entière
- 9) pour les femmes, début du trouble de l'humeur en post partum
- 10) effet paradoxal du traitement antidépresseur avec irritabilité, hyperthymie du patient

Pour vous le risque suicidaire est plus élevé chez

- 1) les patients atteints de dépression mélancolique
- 2)----- de trouble bipolaire authentifié

13) Adresser un patient à un psychiatre est pour vous quelque chose (1 seul choix):

- a. de facile à proposer à vos patients
- b. de délicat mais possible si cela s'avère nécessaire
- c. d'un sujet tabou ne relevant pas de vos habitudes d'exercice

14) Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de vos patients dépressif (i.e. atteint d'un épisode dépressif majeur authentifié par vous-même ou par un psychiatre) (entourez)

Oui Non

15) Vous sentez vous à l'aise dans la prise en charge de vos patient atteint d'un trouble

bipolaire authentifié (par vous-même ou par un psychiatre)

Oui Non

16) D'après vous, le diagnostic des troubles bipolaire est :

- a. uniquement basé sur l'entretien clinique et biographique
- b. standardisable grâce des échelles diagnostiques
- c. basé sur clinique et nécessite également des examens sanguins et d'imagerie spécialisés

17) D'après vous quel pourcentage de patients initialement traités pour épisode dépressif en médecine générale serait en réalité bipolaire?

- d. moins de 5 %
- e. de 5 à 20%
- f. de 20 à 35 %
- g. de 35 à 50 %
- h. plus de 50 %

18) D'après vous, quel est le taux de mortalité par suicide des patients bipolaires non traités?

- a. Moins de 5 %
- b. de 5 à 10 %
- c. de 10 à 15%
- d. de 15 à 20 %
- e. de 20 à 30%
- f. plus de 30%

19) D'après vous, combine y a-t-il d'années écoulées en moyenne actuellement en France entre les premiers symptômes du trouble et le diagnostic et la mise en route d'un traitement adapté :

- a. Moins de 2 ans
- b. De 2 à 5 ans
- c. De 5 à 7 ans
- d. De 7 à 10 ans
- e. De 10 à 12 ans

20) Actuellement, avec le trouble bipolaire est une pathologie:

- a. nécessitant un ou plusieurs traitements de façon transitoires selon les états dépressifs, maniaque ou mixtes
- b. une pathologie chronique nécessitant un traitement au long cours
- c. une pathologie dont l'interruption progressive du traitement est possible après plusieurs mois ou années de stabilisation

21) Devant tout épisode dépressif caractérisé que vous suivez ou dont vous débutez la prise en charge, vous posez vous systématiquement la question de l'éventualité d'une dépression intégrant un trouble bipolaire ?

Oui Non

22) Devant un de vos patient présentant une pathologie addictive intense, vous vous systématiquement la question de l'éventualité d'une comorbidité intégrant un trouble bipolaire ?

Oui Non

23) Pensez-vous qu'un outil standardisé de dépistage de l'hypomanie pourrait vous être utile en pratique quotidienne en vue du dépistage d'un trouble bipolaire?

Oui Non

24) Connaissez-vous les critères diagnostiques d'hypomanie utilisés dans la check list d'Angst (test rapide à 20 items)

Oui Non

Vous connaissez une autre échelle ; si oui, laquelle :

24) Au final, quand vous suspectez un patient de présenter un trouble bipolaire vous l'adrez à un psychiatre :

- a. Jamais
- b. Parfois
- c. Souvent
- d. systématiquement

26) Chez un patient atteint d'un trouble bipolaire avéré et pris en charge, jugez-vous utile de réaliser une information sur le risque familial de ce trouble?

Oui Non

27) Pour vous le traitement des troubles bipolaire doit forcément intégrer un antidépresseur (type ISRS, IRSNA, tricycliques...) afin de prévenir les rechutes dépressive?

Oui Non

28) Pour vous le traitement des troubles bipolaires doit forcément intégrer un thymorégulateur?

Oui Non

29) Dans le cadre d'un trouble bipolaire, on peut prescrire en monothérapie :

Carbamazépine (tegretol)	oui	non
sels de lithium (theralite)	oui	non
divalproate de sodium (depakote)		
oui non		
antidépresseur IRSS ou IRSNA (deroxat, effexor, seroplex ...)	oui	non
Antipsychotique atypique (Quetiapine, Zyprexa, Abilify ...)	oui	non
Antidépresseur tricyclique (Laroxyl, Anafranil ...)	oui	non
Benzodiazépines (xanax, lexomil, valium, tranxène, seresta...)	oui	non

30) Avez-vous déjà observe un virage de l'humeur sous antidépresseur ?

Oui Non

31) Si oui, qu'avez-vous fait ? (Plusieurs choix possibles)

1. Arrêter l'antidépresseur et remplacer par un autre
2. Adresser au psychiatre sans arrêter l'antidépresseur
3. Arrêter immédiatement l'antidépresseur et adresser au psychiatre (voir aux urgences psychiatriques selon le degré d'intensité du virage)
4. Ajouter un traitement sédatif renforcé à l'antidépresseur sur une courte durée (benzodiazépine ou neuroleptique sédatif)
5. Informer le patient de la possibilité d'une autre cause à son trouble

32) Cochez les affirmations qui vous semblent vraies:

1. Les épisodes maniaques peuvent être spontanés ou déclenchés par des événements de vie positifs (mariage, promotion professionnelle...), négatifs (deuil, licenciement...) ou par des atteintes somatiques (infections, troubles métaboliques...).
2. Les patients atteints de trouble dépressif unipolaire sont plus à risque de suicide que les patients bipolaires
3. Le questionnaire MDQ Mood Disorder Questionnaire nécessite présence du médecin pour être réalisé
4. Le risque de divorce est multiplié par 3 chez un patient bipolaire non traité
5. Sous antidépresseurs, un patient bipolaire peut développer un état mixte, c'est à dire un état dépressif derrière lequel des symptômes d'hypomanie avec tension interne, irritabilité, ruminations accélérées de pensées négatives.

33) Enfin, citez, si vous vous en sentez inspiré, une personnalité célèbre (cinéma, artistes, écrivains, musiciens, politiques, etc...) vivante ou défunte que vous savez ou que vous considérez comme bipolaire
:.....

Merci d'avoir consacré quelques minutes de votre précieux temps.

Alessandroni Maxime, étudiant 3^e cycle médecine générale

Annexe 2 : Le Mood Disorder Questionnaire (MDQ) d'après Hirschfield et al (2000).

A. Avez-vous déjà connu une période dans votre vie où vous n'avez pas été comme vous êtes d'habitude, et où ...		Oui	Non
1.	...vous vous êtes senti tellement bien, tellement excité que les autres ont pensé que vous n'étiez pas comme vous êtes normalement, ou tellement excité que cela vous ait amené des problèmes?		
2.	...vous avez été irritable au point de crier après les gens ou de provoquer des disputes ou des bagarres?		
3.	...vous avez eu beaucoup plus confiance en vous que d'habitude?		
4.	...vous avez dormi beaucoup moins sans vraiment ressentir que vous manquiez de sommeil?		
5.	...vous avez parlé plus vite ou beaucoup plus que d'habitude?		
6.	...vos pensées sont allées très vite et vous avez été incapable de les ralentir?		
7.	...vous avez été facilement distrait par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir du mal à vous concentrer ou à maintenir la direction de vos pensées?		
8.	...vous avez eu beaucoup plus d'énergie que d'habitude?		
9.	...vous avez été beaucoup plus actif ou vous avez fait beaucoup plus de choses que d'habitude?		
10.	...vous avez été beaucoup plus sociable ou extraverti que d'habitude, par ex : vous avez téléphoné à des amis au milieu de la nuit?		
11.	...vous avez été beaucoup plus intéressé par le sexe que d'habitude?		
12.	...vous avez fait des choses inhabituelles pour vous ou que les autres auraient pu trouver excessives, bizarres ou risquées?		
13.	...vous avez dépensé beaucoup d'argent au point de vous amener des problèmes, à vous ou à votre famille?		
B.	Si vous avez répondu OUI à plus d'une réponse ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces caractéristiques se sont produites durant la même période? <i>Encercler une réponse.</i> OUI NON		
C.	A quel point ces comportements ou impressions vous ont-ils causé des problèmes? Par exemple : être incapable de travailler; avoir des problèmes familiaux, légaux, d'argent; avoir des disputes ou des bagarres? <i>Cochez une seule réponse.</i>		
	<input type="checkbox"/> Aucun problème modéré	<input type="checkbox"/> Problème	
	<input type="checkbox"/> Problème mineur sérieux	<input type="checkbox"/> Problème	

Réf. : Hirschfield, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5 *Traduction et adaptation :* Gaëtan Grondin, m.d., André Tremblay, t.s., J. Leblanc, m.d., *Clinique des maladies affectives, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Juillet 2004*

Annexe 3 : la checklist d'hypomanie de Jules Angst et al (2005 – version française Hantouche 2007)

Données personnelles:

Age :

Sexe :

A certains moments de sa vie, chacun manifeste des changements ou des oscillations du niveau d'énergie, d'activité et humeur ("hauts et bas"). L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer les caractéristiques des périodes de "hauts".

1) En premier, comment vous vous sentez aujourd'hui par rapport à votre état habituel :

(Soulignez la réponse qui vous convient)

Nettement pire que d'habitude

Moins bien que d'habitude

Légèrement moins bien que d'habitude

Ni mieux, ni moins bien que d'habitude

Un peu mieux que d'habitude

Mieux que d'habitude

Nettement mieux que d'habitude

2) Comment êtes-vous d'habitude par rapport aux autres ?

Indépendamment de votre état actuel, veuillez nous dire comment est votre état habituel par comparaison aux autres, en indiquant une des énoncés qui vous décrit au mieux.

Comparé aux autres, mon niveau d'activité, énergie et humeur...

(Soulignez la réponse qui vous convient)

... est souvent plutôt stable et égal

... est en général plus élevé

... est en général plus bas

... présente de manière répétée des hauts et des bas

3) Veuillez-vous rappeler une période durant laquelle vous étiez dans un état de "haut".

Comment vous sentiez-vous alors ? Veuillez répondre à l'ensemble des items listés en pensant aux états antérieurs de "haut" et de manière indépendante de votre état actuel.

Dans une telle période :

Répondre par oui ou par non.

1. J'ai besoin de moins d'heures de sommeil.....

2. Je me sens plus énergique et plus actif.....

3. J'ai davantage confiance en moi-même.....

4. J'ai davantage de plaisir à faire mon travail.....

5. Je suis plus sociable (plus d'appels téléphoniques, plus de sorties).....

6. Je veux voyager et faire davantage de voyages.....

7. J'ai tendance de conduire plus vite ou prendre des risques au volant.....

8. Je dépense davantage (ou trop) d'argent.....

9. Je prends plus de risques dans ma vie de tous les jours (travail, autres activités).....

10. Je suis physiquement plus actif (sport etc.).....

11. Je planifie davantage de projets ou d'activités.....

12. J'ai davantage d'idées créatives.....

13. Je suis moins timide ou inhibé.....

14. Je porte des habits (maquillage) plus colorés et extravagants.....

15. Je veux rencontrer (ou j'ai déjà rencontré) plus de gens.....

16. J'ai plus d'intérêt et/ou de désir sexuel.....

17. Je flirte plus que d'habitude et/ou suis sexuellement plus actif.....

18. Je suis plus bavard

19. Je pense plus vite

- 20. Je fais plus de farces ou plaisanteries
- 21. Je suis plus facilement distrait
- 22. Je m'engage beaucoup dans de nouvelles choses
- 23. Mes pensées sautent d'un sujet à un autre
- 24. Je pense de manière plus rapide et/ou facile
- 25. Je suis plus impatient et/ou plus facilement irritable
- 26. Je peux être épuisant ou irritant pour les autres
- 27. Je me querelle plus que d'habitude
- 28. Mon humeur est euphorique, exagérément optimiste
- 29. Je consomme plus de café
- 30. Je fume plus de cigarettes
- 31. Je consomme plus d'alcool
- 32. Je prends plus de médicaments (sédatifs, anxiolytiques, stimulants...)

Nombre total de OUI :

4) Impact de vos "hauts" sur les différents domaines de votre vie :

(choisissez une de ces quatre réponses et reportez là en face de chacun des 4 domaines de votre vie)

Positif et négatif

Positif

Négatif

Pas d'impact

Vie de famille

Vie sociale

Travail

Loisirs

5) Réactions et commentaires des autres au sujet de vos "hauts".

De quelle manière, les personnes proches de vous ont-elles réagi ou commenté au sujet de vos "hauts" ?

(soulignez une des réponses suivantes)

Positive (encourageante ou supportrice)

Neutre

Négative (soucieuse, ennuyée, irritée, critique)

Positive et négative

Pas de réactions

6) Durée habituelle de vos "hauts" (en moyenne) :

(indiquez "OUI" à côté d'une des réponses suivantes)

1 jour

2-3 jours

4-7 jours

Plus d'une semaine

Plus d'un mois

Autre durée :

7) Avez-vous manifesté de telles périodes de "hauts" au cours des 12 derniers mois ?

Oui

Non

8) Si oui,

Veillez estimer combien de jours, vous passez dans les "hauts" au cours des 12 derniers mois:

En comptabilisant toutes les périodes : environ jour

Annexe 4: THE BIPOLAR SPECTRUM DIAGNOSTIC SCALE (BSDS)

Développée par Pr Ronald Pies et testé par Pr Ghaemi et collaborateurs.

Instructions:

Please read through the entire passage below before filling in any blanks.

Some individuals notice that their mood and/or energy levels shift drastically from time to time_____.

These individuals notice that, at times, their mood and/or energy level is very low, and at other times, very high_____.

During their "low" phases, these individuals often feel a lack of energy; a need to stay in bed or get extra sleep; and little or no motivation to do things they need to do_____.

They often put on weight during these periods_____. During their low phases, these individuals often feel "blue", sad all the time, or depressed_____. Sometimes, during these low phases, they feel hopeless or even suicidal_____. Their ability to function at work or socially is impaired_____. Typically, these low phases last for a few weeks, but sometimes they last only a few days_____.

Individuals with this type of pattern may experience a period of "normal" mood in between mood swings, during which their mood and energy level feels "right" and their ability to function is not disturbed_____.

They may then notice a marked shift or "switch" in the way they feel_____.

Their energy increases above what is normal for them, and they often get many things done they would not ordinarily be able to do_____.

Sometimes, during these "high" periods, these individuals feel as if they have too much energy or feel "hyper"_____.

Some individuals, during these high periods, may feel irritable, "on edge", or aggressive_____. Some individuals, during these high periods, take on too many activities at once_____.

During these high periods, some individuals may spend money in ways that cause them trouble_____.

They may be more talkative, outgoing, or sexual during these periods_____. Sometimes, their behavior during these high periods seems strange or annoying to others_____.

Sometimes, these individuals get into difficulty with co-workers or the police, during these high periods_____.

Sometimes, they increase their alcohol or non-prescription drug use during these high periods_____.

Now that you have read this passage, please check one of the following four boxes:

() This story fits me very well, or almost perfectly () This story fits me fairly well () This story fits me to some degree, but not in most respects () This story does not really describe me at all Now please go back and put a check after each sentence that definitely describes you.

Scoring: each sentence checked is worth one point. Add 6 points for "fits me very well," 4 points for "fits me fairly well," and 2 points for "fits me to some degree."

Total Score = _____

BIPOLAR SPECTRUM DIAGNOSTIC SCALE (BSDS) SCORING INSTRUCTIONS

The BSDS scoring ranges from 0 to 25 points (see Table below). A total score from 20 to 25 points indicates that bipolar spectrum disorder is highly likely; a score from 13 to 19 indicates moderate probability; a score from 7 to 12 indicates low probability; and a score from 0 to 6 indicates that bipolar disorder is highly unlikely.

TOTAL SCORE	RANGE	LIKELIHOOD OF BIPOLAR DISORDER
	0 – 6	Highly unlikely
	7 – 12	Low probability
	13 - 19	Moderate probability
	20 – 25	High probability

Optimum threshold for positive diagnosis: score of 13 or above.

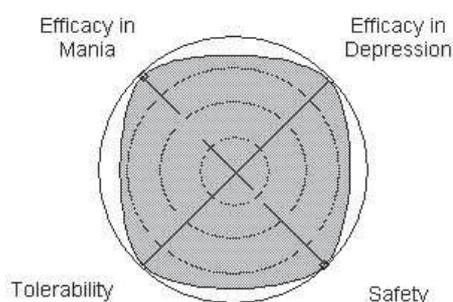
Annexe 5 : l'Index de Bipolarité d'après Sachs

Évaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20 pour un index de bipolarité variant de 0 à 100. D'après Gary Sachs (2004)	
1- Caractéristiques de l'épisode (sur 20)	
20	Épisode documenté maniaque aigu ou mixte avec prédominance de l'euphorie, d'idées grandioses ou d'expansivité excessive, sans notion de cause médicale générale ou de cause étiologique secondaire
15	Épisode aigu et franc de type mixte, ou manie irritable ou dysphorique, sans notion de cause médicale générale ou de cause étiologique secondaire
10	Hypomanie ou cyclothymie franches sans cause médicale générale ou cause étiologique secondaire
10	Manie secondaire à l'utilisation d'antidépresseur
5	Hypomanie franche secondaire à l'utilisation d'antidépresseur
5	Épisodes caractéristiques d'hypomanie mais dont les symptômes, la durée ou l'intensité sont atténués par rapport à un épisode franc d'hypomanie ou de cyclothymie
5	Épisode dépressif unique avec manifestations psychotiques ou signes atypiques : hypersomnie, hyperphagie, impression de jambes lourdes
5	Dépression du post-partum
2	Dépression unipolaire typique et récurrente
2	Histoire de manifestations psychotiques (délires, hallucinations, fabulations, pensée magique...)
0	Absence d'excitation, de dépression récurrente et de psychose
TOTAL /20	
2- Âge de début [premier épisode ou syndrome] (sur 20)	
20	15 à 19 ans
15	Avant 15 et entre 20 et 30
10	30 à 45
5	Après 45
0	Absence de troubles de l'humeur (pas d'épisode, cyclothymie, dysthymie, trouble bipolaire)
TOTAL/20	
3- Évolution, troubles associés (sur 20)	
20	Intervalle libre entre épisodes maniaques de très bonne qualité (récupération complète)
15	Intervalle libre entre épisodes hypomaniaques de très bonne qualité (récupération complète)

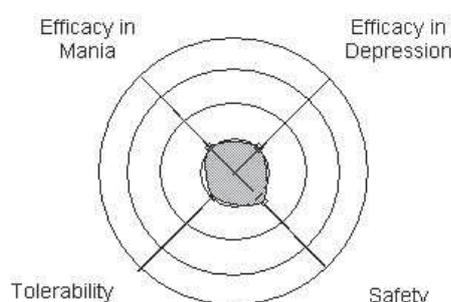
Annexe 6 : Profil du thymorégulateur, et des molécules utilisées pour le traitement des troubles bipolaires. Adapté de Ghaemi . Extrait de <http://www.argos2001.org/thymo-parfait.html>

Les qualités requises du thymorégulateur idéal seraient tout d'abord une efficacité contre les phases maniaque et dépressive de la maladie, tout en limitant les rechutes à long terme (prophylaxie). Il agirait avec un délai d'action rapide, préviendrait le risque de suicide, et serait efficace sur une large majorité de patients (bipolaires I, II, cyclothymiques et autres). Il entraînerait également peu d'effets secondaires (tolérance) et pas d'intoxication relative à un surdosage (sécurité). Les molécules utilisées actuellement dans le traitement du trouble bipolaire ont toutes des profils différents, comme on peut le constater dans les exemples proposés : des thymorégulateurs (lithium, valproate, lamotrigine), un antipsychotique (olanzapine) et un antidépresseur (fluoxétine).

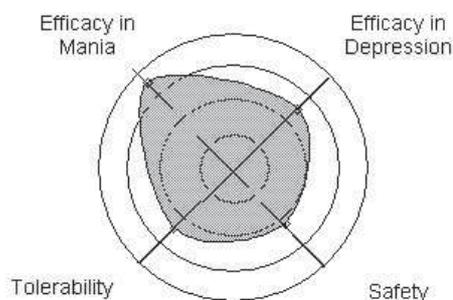
The Perfect Mood Stabilizer



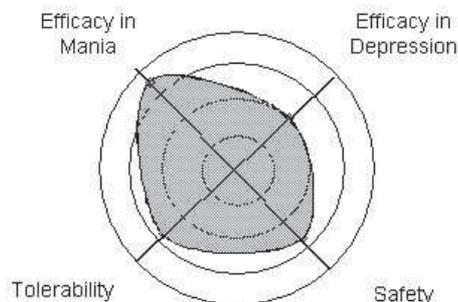
A Lousy Mood Stabilizer



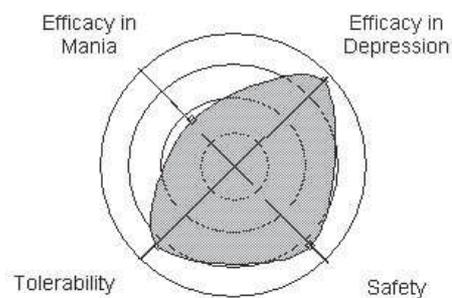
Lithium



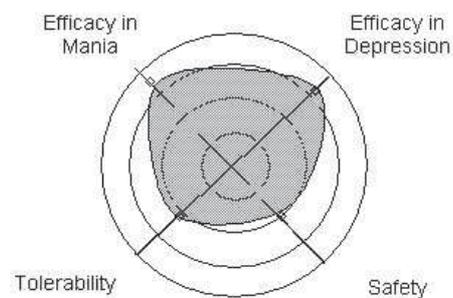
Divalproex



Lamotrigine



Olanzapine



Résumé

Les troubles bipolaires sont une pathologie touchant 1 à 3 % de la population mondiale. Les répercussions psychosociales et en terme de santé publique en font une pathologie dont le repérage diagnostique doit être des plus précoces possibles.

La place de la médecine générale, revêt un rôle capital dans les dépistages.

Notre étude a donc sondé une population de médecins généralistes de Haute-Normandie afin de connaître leur attitude et leurs connaissances face à ce trouble et d'en tirer des conclusions concernant les objectifs à atteindre en matière de formation notamment.

Il en ressort une difficulté des médecins interrogés à repérer le trouble et à le distinguer devant des patients atteints d'un épisode dépressif majeur, notamment par la méconnaissance de guide clinique de dépistage clairement établi.

Par ailleurs, il ressort que l'amélioration de la prise en charge précoce de la dépression bipolaire passe par une meilleure relation entre les généralistes et les médecins psychiatres et l'optimisation de la formation sur ces troubles dont la définition clinique et les moyens thérapeutiques sont en perpétuelle évolution.

La diffusion de grilles de lecture cliniques à usage systématique en médecine générale devant un patient en épisode dépressif majeur pourrait également être une solution à proposer pour améliorer la précocité du dépistage.

Mots clés

Bipolar disorders, screening, primary care practice, hypomania, delayed diagnosis, mood disorder, major depressive disorder, bipolar spectrum, manic depressive illness, general medicine.