

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 Octobre 2015 à Poitiers
par **Ophélie MATUCHET**
née à Reims le 12/01/1983

Identification des facteurs prédictifs et des freins au dépistage du trouble bipolaire en soins primaire : une étude qualitative.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le **Professeur JAAFARI Nemathollah**

Membres : Monsieur le **Professeur GOMES José**

Madame le **Docteur LAFAY Claire**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur **FRECHE Bernard**



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Vous me faites l'honneur de présider ma soutenance de thèse.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Bernard FRÈCHE,

Merci pour la constance de votre investissement et votre disponibilité. Vos conseils et vos critiques pertinentes m'ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

Monsieur le Professeur José Gomes et Madame le Docteur Claire Lafay,

En tant que membres du jury de ma soutenance de thèse, vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A l'ensemble des internes avec qui j'ai pu travailler dans le groupe recherche du DMG.

Mention spéciale à Marion Trolly et Marion Rouet, merci pour votre participation à ce travail, pour vos conseils avisés et votre disponibilité.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail,

Merci pour ces échanges, votre écoute et votre disponibilité.

Aux médecins et à toutes les équipes paramédicales que j'ai pu rencontrer durant mon cursus,

Pour votre expérience, votre professionnalisme, votre disponibilité, votre gentillesse, votre regard sur la maladie et le malade... Je garde un précieux souvenir de mes stages passés à vos côtés.

A mes parents,

Pour m'avoir toujours soutenue, encouragée et guidée dans les décisions que j'ai eues à prendre au cours des différentes étapes de ma vie.

Merci d'avoir été présents à chaque moment important. C'est aussi grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.

Papa, je t'avais envoyé un message un jour de début Juillet 2002 où je te disais : « Un jour tu pourras m'appeler Docteur Matuchet... »

A ma petite sœur Maud,

Merci pour ton ouverture d'esprit et toutes les découvertes chaque jour plus enrichissantes que je peux faire à tes côtés, concernant les soins et le contact avec les patients, mais aussi avec le reste du monde... Je suis fière de toi, tu es une belle personne.

A mes hommes :

Vincent mon Amour, merci de ta patience et de ton calme. Tous ces projets...

Ariste et Léandre mes chéris, vous êtes notre moteur. Je vous aime.

L'important, c'est juste « nous ».

A mes BEAUX- parents : Dédé et Domi

Merci pour votre accueil il y a maintenant quelques années. Merci pour votre présence et votre soutien au quotidien.

A mes Chatons : Alex, Daph, Mathilde, Ju, Caro, Aurore. Jamais bien loin quand y a besoin... Vous verrez les filles on ira loin !

Merci aux copains de tous horizons d'être là quand y a besoin et aussi (surtout) quand y a pas besoin : Maït ma poulette (merci !) et Chaïchaï,, Kiki et Jéjé, Nanou et Swann, JB et Lucile, Toofic, Maïs le petit grain, Aurélie et Wilfried, Loulou et Chloé, Maké et Amélie et demi, Coco et Sandy, Greg et Caro, Pierre (le faux dur) et Laurence, Wally, Lucile et Thibaut, Bertouille,... à tous ceux que je n'ai pas cité mais que j'aime fort...

Merci aux Confrères avec qui j'aime travailler, je continue d'apprendre à vos côtés ce métier passionnant.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
-------------------	----

PARTIE I : RAPPELS THEORIQUES.....13

I-EVOLUTION DES IDEES JUSQU' AUX CLASSIFICATIONS ACTUELLES.....	13
---	----

- 1) Dichotomie unipolaire-bipolaire et spectre bipolaire dans les troubles de l'humeur... 13
- 2) Classification des troubles bipolaires..... 14

II-EPIDEMIOLOGIE, CARACTERISTIQUES CLINIQUES, COMORBIDITES ET MOYENS DE DEPISTAGE DE LA DEPRESSION BIPOLAIRE EN MEDECINE GENERALE.....	15
--	----

- 1) Epidémiologie..... 15
- 2) Caractéristiques cliniques..... 17
 - a. La manie aiguë et hypomanie..... 17
 - b. La dépression mixte..... 19
 - c. La cyclothymie..... 20
- 3) Les comorbidités..... 21
 - a. Comorbidités psychiatriques..... 21
 - b. Comorbidités somatiques..... 22
 - c. Les répercussions socioprofessionnelles et familiales..... 23
- 4) Les moyens de dépistage..... 23
 - a. Les indices de bipolarité..... 23
 - b. Les questionnaires de dépistage..... 24

PARTIE II : Etude qualitative portant sur le repérage du trouble bipolaire en soins primaires chez les patients suivis pour symptômes dépressifs.....25

I-OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	25
-----------------------------	----

II. METHODE.....	25
1) Type d'étude.....	25
2) Echantillonnage.....	26
3) Recueil des données.....	27
4) Guide d'entretien.....	28
5) Le Codage et l'analyse des données.....	29
III- RESULTATS.....	30
1) Analyse de l'échantillon de médecins interrogés.....	30
2) Perception des troubles de l'humeur par les médecins généralistes.....	31
• Fréquence.....	31
• Les facteurs de gravité et le risque suicidaire comme objectifs principaux de la prise en charge.....	31
• Ressenti sur les difficultés de diagnostic et de prise en charge des troubles de l'humeur.....	32
○ Une prise en charge chronophage.....	32
○ Peur de la stigmatisation, prise de recul de rigueur.....	32
○ Difficultés d'accès aux spécialistes, problème de coordination avec les réseaux spécialisés.....	32
○ Les pathologies psychiatriques ressenties comme complexes et usantes, nécessitant une modification dans les pratiques des médecins de soins primaires.....	33
3) Difficultés retrouvées dans l'orientation diagnostique du trouble bipolaire en soins primaires.....	34
• Liées à la méconnaissance de la pathologie.....	34
• La connaissance du patient dans sa globalité : une compétence du médecin généraliste déterminante pour le repérage.....	34
• Les comorbidités : un frein au repérage.....	34
• Un intérêt limité pour la pathologie	35
• L'accès au spécialiste limité comme aide au diagnostic.....	35
4) Facteurs orientant vers un diagnostic de bipolarité repérés par les médecins généralistes chez leurs patients présentant des symptômes de dépression.....	35
• La douleur	35
• Le ressenti, l'intuition.....	36
• Les antécédents personnels et familiaux, l'histoire de vie.....	36
• L'échec du traitement antidépresseur ou efficacité thérapeutique fulgurante.....	37
• La labilité de l'humeur	37
• Age précoce.....	37
• Comportement exalté / présentation atypique du patient	37
• Quid des échelles d'orientation diagnostique validées pour la pratique ?..	38

5) Comportements adoptés par les médecins généralistes en cas de modification d'orientation diagnostique.....	38
6) Outils proposés pour améliorer le dépistage ou l'orientation diagnostique en soins primaires.....	40
IV- DISCUSSION.....	41
1) Résultats principaux.....	41
a. Perception globale des troubles de l'humeur.....	41
b. Freins au dépistage du trouble bipolaire en soins primaires.....	42
c. Les facteurs prédictifs de bipolarité repérés par les médecins généralistes.....	43
d. Pistes pour l'amélioration des freins au dépistage.....	45
e. Nécessité d'un nouvel outil de soins primaire ?.....	47
2) Forces et faiblesses de l'étude.....	47
a. Les forces.....	47
b. Les limites.....	48
c. Les biais.....	49
3) Perspectives.....	49
V. CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	52

INTRODUCTION

Bien que très fréquents, les troubles bipolaires sont mal diagnostiqués, avec un retard au diagnostic de 8 à 10 ans en moyenne [1]. Outre les problèmes posés par les formes atténuées (hypomanie, cyclothymie) ou complexes, la principale difficulté en soins primaires est de les repérer parmi les dépressions majeures.

Le trouble bipolaire est une maladie fréquente : les études en population générale retrouvent une prévalence vie entière du trouble bipolaire allant de 0.6 à 3.9% [3]; [4]; [5]. Les données épidémiologiques actuelles concernant les troubles bipolaires justifient la nécessité de concentrer des moyens importants sur ces troubles [6] ; [7] ; [8]. Hirschfeld et al, dans une enquête menée en France auprès de plus de 9 000 patients consultant en cabinet de médecine générale [9], retrouvent une prévalence des troubles bipolaires, définie par le Mood Disorder Questionnaire, d'au moins 3,7 %.

Les troubles bipolaires sont à l'origine d'un retentissement important sur la sphère personnelle, familiale et socio-professionnelle, et termes de comorbidités psychiatriques et somatiques associées. Le retard diagnostic conduit souvent à une évolution chronique de la maladie ainsi qu'au développement de troubles associés, qui occasionnent des taux élevés d'invalidité, de chômage et une surmortalité [10], [11]. Ce délai grève donc sérieusement le pronostic, notamment fonctionnel, avec des conséquences parfois irréversibles. De plus, l'errance diagnostique conduit à différer les thérapeutiques appropriées et à exposer les patients à des traitements non efficaces, voir assortis d'effets délétères (comme les antidépresseurs).

Pour toutes ces raisons, les troubles bipolaires ont été classés au 4^{ème} rang des pathologies neuropsychiatriques les plus invalidantes selon l'OMS (Organisme Mondial de la Santé) avec un retentissement social (rupture professionnelle et familiale) et des conséquences socio-économiques importantes. On leur attribue la 9^{ème} position en nombre de DALYs (Disability Adjusted Life Years ; c'est-à-dire le nombre de vies perdues ou vécues en invalidité) [2]. Il s'agit donc d'un enjeu majeur en terme de santé publique.

Les classifications nosographiques actuelles internationales (DSM-5) et (CIM 10) donnent une définition commune de l'épisode dépressif majeur s'intégrant dans un trouble bipolaire ou unipolaire de l'humeur. L'amélioration de l'identification diagnostique des troubles bipolaires est capitale pour engager un traitement adapté dont la précocité est un élément important du pronostic. Ce retard à la prise en charge thérapeutique entraîne une pérennisation des phases de

la maladie, la survenue de comorbidités et d'une désocialisation qui sont des handicaps pour une stabilisation ultérieure de l'humeur.

De plus, selon les données issues du Baromètre santé 2010 de l'INPES, la part des personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois et ayant eu recours à un professionnel de santé pour cela est en augmentation depuis 2005 ; 47% ont consulté leur médecin généraliste. Le patient ne consultera pas le médecin généraliste pour une prise en charge de ces symptômes d'hypomanie mais pour une recherche de traitement au cours des épisodes dépressifs, favorisant les erreurs diagnostiques avec les troubles unipolaires. Dans le système de santé français, le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Ce rôle spécifique lui confère une connaissance du patient dans sa globalité, non seulement de son cadre de vie mais également une connaissance de son histoire dans le temps. Ceci est un avantage non négligeable dans le diagnostic des troubles de l'humeur : les antécédents familiaux et personnels socio-médico et certains traits sémiologiques ou thérapeutiques peuvent attirer l'attention. De manière générale, le médecin de soin primaire a un fonctionnement de prise en charge basé sur le dépistage et la prévention en se référant à des signes d'alertes.

Quelque soit le type de trouble, l'évolution est dominée par la présence de symptômes dépressifs sub-syndromiques [12], [13] essentiellement responsables de l'invalidité. Les dépressions bipolaires, et particulièrement celles incluses dans le trouble bipolaire de type II, sont largement sous diagnostiquées ou incluses à tort dans 40% des cas dans un trouble dépressif récurrent [14], [15], [16], [17].

Certains éléments cliniques permettent d'orienter vers la nature bipolaire du trouble dépressif [17], [18], [19]: la présence d'antécédents familiaux de trouble bipolaire, un âge de début précoce (< 25 ans), la récurrence des épisodes dépressifs majeurs, la présence de caractéristiques cliniques atypiques, un ralentissement psychomoteur marqué, la présence de symptômes psychotiques, la présence de symptômes hypomaniaques associés, la survenue d'un épisode dépressif dans le post-partum. Il est important de savoir repérer ces indices de bipolarités pour optimiser la prise en charge de ces patients présentant un épisode dépressif caractérisé.

De plus, il existe des outils d'évaluation spécifiques du trouble bipolaire ; Berk et collaborateurs [20] ont proposé par exemple un outil d'évaluation spécifique de la dépression bipolaire, la Bipolar Depression Rating Scale qui permettrait une évaluation précise et précoce du trouble dépressif s'intégrant dans un trouble bipolaire de l'humeur.

Ce travail de recherche a pour objectif principal de faire un état des lieux du repérage des troubles bipolaires de l'humeur en pratique courante de soins primaires, et particulièrement chez les patients présentant des épisodes dépressifs caractérisés. Au travers d'une enquête qualitative, nous chercherons quels sont les moyens mobilisés par les médecins généralistes pour préciser le diagnostic de bipolarité (outils diagnostic, avis spécialisés), quels sont les indices de bipolarités repérés ou recherchés. Comment améliorer ce dépistage en pratique (outils d'orientation diagnostic, formation continue, arbre décisionnel...) ?

Dans une première partie, nous ferons un rappel théorique sur la bipolarité, les caractéristiques cliniques et les moyens actuels de dépistage.

La seconde partie sera consacrée à notre recherche. Nous rappellerons les objectifs de notre étude et exposerons la méthode utilisée. Puis nous détaillerons nos résultats : habitudes de prises en charge, indices de bipolarités repérés, difficultés ressenties dans le dépistage du trouble bipolaire, besoin ressenti d'un nouvel outil.

PARTIE I : RAPPELS THEORIQUES

I- EVOLUTION DES IDEES JUSQU' AUX CLASSIFICATIONS ACTUELLES

1) Dichotomie unipolaire-bipolaire et spectre bipolaire dans les troubles de l'humeur

La distinction unipolaire-bipolaire fut officialisée avec le DSM III en 1980 à partir des travaux de J. Angst [21], C. Perris [22], G. Winokur et P. Clayton [23] qui séparaient les troubles unipolaires des bipolaires sur la base de différences cliniques, évolutives, familiales et des réponses thérapeutiques. Dans les troubles bipolaires, le différenciateur est représenté par l'épisode d'excitation maniaque ou hypomaniaque, qui permet la différenciation dans le DSM-IV (1994) des troubles bipolaires type I avec épisodes maniaques et les troubles bipolaires type II avec les épisodes d'excitation n'excédant pas le niveau d'intensité de l'hypomanie.

Les résultats des travaux de H. Akiskal et al en 1995 [24] retrouvaient qu'au bout de 11 ans de suivi de 559 patients ayant présenté un état dépressif majeur type unipolaire, 12,5 p. 100 avaient présenté un état maniaque ou hypomaniaque. Les caractéristiques des patients entrant dans le cadre des troubles bipolaires type II (8,6 p. 100) étaient : labilité de l'humeur, énergie-activité, rêverie diurne.

Pour différents auteurs contemporains, la distinction n'est pas nette, d'où le succès du modèle d'un spectre bipolaire avec des formes intermédiaires et des risques de passage d'une forme à l'autre. De même, l'on déconseille vivement la prescription de médicaments antidépresseurs pour les patients bipolaires.

L'hypomanie est un indice sensible d'appartenance au registre bipolaire type II, mais la frontière peut sembler floue surtout si l'on accepte le critère d'une hypomanie durant 1 ou 2 journées de manière répétitive comme J. Angst qui inclut dans le spectre bipolaire élargi toutes les manifestations d'excitation qu'elle qu'en soit la durée, les circonstances et les causes déclenchantes.

Par ailleurs, le trouble bipolaire type III est défini par un virage maniaque ou hypomaniaque lié à une prise médicamenteuse (antidépresseur, corticoïdes...) ou de toxiques.

Si pour le DSM-IV, la prévalence du trouble bipolaire II est d'environ 0,5 p.100 dans la population générale (avec une probabilité de devenir sur 5 ans un trouble bipolaire type I dans 5 à 15 p. 100 des cas) pour de nombreux auteurs, beaucoup de dépressions sont « pseudo-

unipolaire » avec un état dépressif majeur qui relèverait du spectre des troubles bipolaires élargi dans au moins la moitié des cas [25] [26] [27] [28].

2) Classification des troubles bipolaires

La notion de « trouble bipolaire » est apparue dans les classifications psychiatriques officielles en 1980 avec la publication de la troisième édition du *Manuel et statistique de troubles mentaux* (DSM-III). Au cours des éditions suivantes, le concept a subi divers remaniements et a fait l'objet d'une nouvelle révision en mai 2013 (DSM-5). En ce qui concerne la Classification internationale des maladies, c'est en 1992 que l'on voit apparaître l'appellation « trouble bipolaire » dans la 10ème révision (CIM-10).

Dans le DSM-5, les troubles mentaux sont regroupés en 20 chapitres numérotés de A à V. Les troubles bipolaires sont réunis dans le chapitre C et sont séparés des troubles dépressifs (chapitre D). Le chapitre C comprend 6 catégories : le trouble bipolaire I, le 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 par ailleurs. Le groupe de travail a complété le critère A définissant les épisodes maniaques et hypomaniaques par la présence à côté d'une humeur élevée de façon persistante et anormale, celle d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie de manière persistante. Il est recommandé de spécifier par ailleurs la sévérité du trouble en utilisant soit le patient health questionnaire 9, soit l'impression clinique globale. La forme « mixte » est éliminée dans le DSM-5 au profit d'une spécification « avec caractéristique mixte » applicable aux épisodes maniaques, hypomaniaques ou dépressif majeur. La principale modification concerne la définition d'une nouvelle catégorie appelée « trouble disruptif lié à un dérèglement de l'humeur » afin d'enrayer le diagnostic par excès de trouble bipolaire chez les enfants et les adolescents.

La révision actuelle de la CIM-10 accorde une importance primordiale aux questions d'utilité clinique afin d'être utile, également et surtout, à tous les professionnels travaillant dans le cadre des soins de santé primaire afin de contribuer à mieux repérer les cas pathologiques et à améliorer les soins de santé mentale au niveau mondial.

II-EPIDEMIOLOGIE, CARACTERISTIQUES CLINIQUES, COMORBIDITES ET MOYENS DE DEPISTAGE DE LA DEPRESSION BIPOLAIRE EN MEDECINE GENERALE

1) Epidémiologie

On considère actuellement les épisodes bipolaires à symptomatologie franche, classique et complète (dépression et manie) comme les 2 pôles extrêmes d'un continuum de troubles dont les manifestations cliniques sont en fait très diversifiées et qui correspondent à un véritable « spectre bipolaire » [29]. La principale conséquence de cette évolution nosographique est une extension considérable du diagnostic de trouble bipolaire. Dans cette conception, la prévalence des troubles bipolaires est ainsi comprise entre 5 et 8 % selon les auteurs [30], [29] contrastants nettement avec le classique 1 % environ de la psychose maniaco-dépressive. L'intérêt du spectre bipolaire est d'inclure non seulement l'ensemble des syndromes affectifs du DSM (APA) et de la CIM (OMS), mais également des formes cliniques dites atténuées et apparentées au trouble bipolaire, négligées par les grandes classifications officielles. De nombreuses études montrent que ces dernières évoluent fréquemment vers les tableaux cliniques plus complets. Leur recherche systématique tente donc d'identifier précocement les sujets à risque du point de vue de la bipolarité et de mieux les traiter, de façon curative comme prophylactique. Ce point de vue nosographique a le mérite de correspondre aux différentes situations cliniques que l'on rencontre dans la pratique courante.

En moyenne, la prévalence vie entière du trouble bipolaire 1 est estimée à 1% [31], [32], [33]. La prévalence vie entière du trouble bipolaire 2 est estimée à 1.2% [32]. L'élargissement de la définition du trouble bipolaire révèle que 4 à 6 % de la population générale présente des symptômes de bipolarité [34]. La plupart du temps, ces sujets sont diagnostiqués comme présentant des troubles unipolaires de l'humeur [32]. L'étude internationale de Merikangas et collaborateurs portant sur un échantillon total de 61 392 personnes réparties dans onze pays différents retrouve une prévalence vie entière du trouble du spectre bipolaire de 2.4%. La prévalence sur 12 mois est évaluée à 1.5% pour le trouble du spectre bipolaire. Moins de la moitié des sujets inclus dans le trouble du spectre bipolaire reçoivent des soins spécialisés. La durée estimée entre l'apparition du premier épisode thymique et le diagnostic de trouble bipolaire est d'environ dix ans [35]. La prévalence de la dépression bipolaire est différente de

la prévalence du trouble bipolaire car certains patients auront tendance à présenter des épisodes de décompensation toujours sur le même pôle de la maladie.

Entre 45 et 70 % des patients bipolaires ont une polarité dominante, ce qui signifie que deux tiers des épisodes thymiques se font sur le même pôle [36]. Environ 60% ont une polarité dépressive prédominante et 40 % une polarité hypomaniaque ou maniaque prédominante [36], [37]. Il existe des différences entre les deux sous-groupes ; en effet, les sujets présentant une polarité dépressive prédominante présentent un âge de début de la maladie plus tardif, font plus de tentatives de suicide et sont plus fréquemment bipolaire de type 2. Ceux qui présentent une polarité maniaque prédominante ont un âge de début des troubles plus précoce et des comorbidités addictives plus fréquentes [36], [37], [38].

L'âge de début des troubles bipolaires se situe classiquement entre 20 et 30 ans mais des formes à début précoce comme tardif ne sont pas exceptionnelles [39], [40], [41]. L'étude de Bellivier et al [42], [43], reproduite par plusieurs équipes internationales, a précisé les âges de début des troubles avec finalement trois pics : à 17.4, 25.1 et 40.4 ans. Suite à cette étude, de façon consensuelle, les troubles bipolaires à début précoce correspondent à un début des troubles avant l'âge de 18 ans et les troubles bipolaires à début tardif à un début des troubles après l'âge de 45 ans. Le trouble bipolaire à début précoce présente une évolution plus sévère avec davantage d'épisodes de décompensation, une résistance accrue aux traitements thymorégulateurs, des antécédents familiaux de trouble de l'humeur plus fréquents et de manière générale une morbidité accrue [44]. Concernant le trouble dépressif unipolaire, l'âge médian de début du trouble varie en fonction des études allant de 25.6 ans [31] à 32 ans [45]. L'étude de Zisook et collaborateurs [46], qui a porté sur 4041 patients ayant présenté un épisode dépressif majeur, a tenté de définir des sous-groupes en fonction de l'âge de début du trouble. Ce travail montre que les sujets présentant un épisode dépressif majeur tôt dans leur vie auront une altération de leur qualité de vie et de leur fonctionnement social, des comorbidités associées plus fréquentes et plus importantes et un risque suicidaire plus important que ceux présentant un épisode dépressif majeur à un âge plus avancé.

Dans le trouble bipolaire, le sex-ratio est de 1 [47]. L'étude de Baldassano et collaborateurs [48] portant sur 500 patients bipolaires compare le genre entre les patients présentant un trouble bipolaire 1 et 2 ; ce travail retrouve que les femmes présentent plus fréquemment un trouble bipolaire 2 que les hommes (29% versus 15.3%) et inversement pour le trouble bipolaire 1 (70% versus 84%). Dans le trouble dépressif majeur, le ratio homme/femme est de 1/2 [49]. Dans l'étude de Hasin et collaborateurs [50] la prévalence vie entière du trouble dépressif majeur est

de 17% pour les femmes et de 9% pour les hommes ; la prévalence sur 12 mois est de 9% pour les femmes et de 3.6% pour les hommes.

2) Caractéristiques cliniques

a. La manie aiguë et hypomanie

Le DSM-IV donne une prévalence sur la vie entière du trouble bipolaire I en population générale située entre 0,4 et 1,6 %. L'épisode maniaque est généralement d'installation rapide voir brutale, commençant par un signal-symptôme avec une rupture nette dans le comportement du sujet, une modification de l'humeur, du fonctionnement cognitif, psychomoteur et des relations sociales. Il est rare qu'un état maniaque reste isolé : le DSM-IV indique que dans 90 % des cas il sera suivi d'un autre état maniaque.

Le tableau suivant reprend les différents symptômes de la manie aiguë d'après les travaux de F. Goodwin et K. Jamison [51].

Fréquence des différents symptômes de la manie aiguë

Symptômes thymiques	<i>p.100</i>	Symptômes psychotiques	<i>p.100</i>
Irritabilité	80	Mégalomanie	47
Euphorie	71	Persécution	28
Dépression	72	Influence	15
Labilité	69	Toutes hallucinations	18
Expansivité	60	Antécédents psychotiques	58
Symptômes cognitifs	<i>p.100</i>	Trouble de la pensée	19
Mégalomanie	78		
Fuite des idées	71		
Distractibilité, troubles de la concentration	71		
Confusion	25		
Comportements	<i>p.100</i>		
Hyperactivité	87		
Sommeil réduit	81		
Violence agression	49		
Logorrhée	98		
Hypersexualité	89		
Extravagance	55		
Religiosité	39		
Décoration céphalique	34		

Laissé à lui-même, un épisode maniaque durait classiquement 3 ou 4 mois et finissait par laisser place parfois à un état dépressif. Dans la moitié des cas d'ailleurs, une période dépressive précède l'accès maniaque.

Idéalement, le malade connu pour être bipolaire devrait, lui-même comme son entourage, connaître les prodromes de récurrences et prendre les mesures appropriées pour enrayer l'emballement hyper thymique. Il faut noter l'effet parfois dévastateur d'un épisode maniaque, mais aussi d'une période d'exaltation simplement hypomaniaque, et même d'un tempérament « hyper thymique » ou « irritable ». Ces patients vont perdre leurs amis ou même leurs proches. Ils seront déconsidérés, avec perte de la confiance des autres, perte de leur conjoint (trois fois plus de divorce), leur réputation et parfois leurs biens.

Tout cela représente des événements de vie négatifs, avec perte de l'estime de soi, et joue sur le comportement suicidaire ainsi que sur l'abus de d'alcool, de drogues et de médicaments.

Après une hospitalisation pour manie aiguë, passé 1 an, seulement 28 % ont retrouvé un fonctionnement familial, social et professionnel normal [52].

L'hypomanie est définie par une élévation anormale de l'humeur pendant une période limitée de 4 jours (DSM-IV et CIM 10).

Certains auteurs comme J. Angst défendent le modèle d'une hypomanie plus brève mais récurrente avec des épisodes de 2-3 jours. Le spectre bipolaire se retrouve élargi par la modification du concept hypomaniaque [53]. Ce critère de temps réduit est acceptable s'il y a une répétition évidente de ces épisodes hypomaniaques très courts avec 20 jours d'hypomanie sur un an. Dans cette étude, l'introduction de l'activité accrue comme troisième élément du critère A dépendra de l'insight et de la conscience du trouble du patient.

Selon de le DSM-IV, 5 à 15 % des personnes présentant une hypomanie développeront ultérieurement un épisode maniaque complet. C'est un symptôme parfois difficile à reconnaître d'autant qu'il peut s'agir d'un trait durable et correspondant à la clinique de la personnalité hyper thymique. On pourra observer : une inflation de l'estime de soi, une diminution du besoin de sommeil, une logorrhée, une fuite des idées avec une grande distractibilité, une hyper-implication dans toutes sortes d'activités avec engagement dans divers comportements de plaisir pouvant être préjudiciable (jeu, sexe, politique, actions caritatives, périodes mystiques etc.) Il n'y a pas nécessité d'hospitalisation car pas de désorganisation grave du comportement, ni d'éléments psychotiques (ce qui est le cas dans la manie aiguë). Le sujet se sent efficace,

créatif. Les inhibitions, les pesanteurs et les blocages antérieurs sont levés. C'est souvent l'entourage qui va remarquer la différence d'ambiance et de comportement.

Cependant il faut distinguer l'hypomanie des états d'excitation liés à une intoxication, la prise de drogues et/ ou de médicaments, et de s'assurer également qu'il n'y a pas d'affection cérébrale en cours.

Quand il y a un virage de l'humeur avec une chute rapide dans un état dépressif, le changement de l'état thymique est très douloureux, moralement insupportable pour le patient qui présente alors un risque suicidaire élevé.

b. La dépression mixte

La présence de symptômes sub-syndromiques de manie est fréquente chez les patients souffrant de dépression bipolaire, touchant jusqu'à trois quarts des patients [54] [55]. De plus certaines études montrent que certains types particuliers de dépression font bien partie du spectre des troubles bipolaires, comme la dépression agitée [55] ou la dépression irritable [56]. La fréquence vie entière des patients bipolaires qui souffriront d'un état mixte est estimée à 40 p.100 avec les critères classiques [14]. La fréquence importante des états mixtes, et particulièrement de la dépression mixte, est à mettre en rapport avec le nombre important de patients souffrant de dépression dont le diagnostic de bipolarité n'a pas été fait ou dont les symptômes restent sous le seuil [57].

La dépression mixte a fait son entrée dans le DSM-5 comme un sous-type de dépression [58]. On retrouve donc une dépression avec les éléments classiques de tristesse, aboulie, perte d'intérêt, pessimisme, désespoir, idées suicidaires, trouble du sommeil à type d'insomnie, anorexie, difficulté de concentration importante. Il faut savoir repérer les éléments hypomanes soit en tant que symptômes hypomanes classiques, soit en tant que modificateurs de symptômes dépressifs. Ceci se manifestera par une irritabilité avec tension intérieure, hyperesthésie et vulnérabilité psychique. Les relations interpersonnelles vont en pâtir du fait de l'agressivité verbale voir physique qui peut être parfois difficilement réprimée par le patient. Cette dysphorie de l'humeur comme résultante de l'association entre la baisse de l'humeur et l'excitation psychique permet de rendre compte de la clinique de l'état mixte dépressif avec une hyperréactivité émotionnelle douloureuse, et une absence d'inhibition psychomotrice qui rend l'expression de la souffrance parfois très dramatisée avec une verbalisation dans la forme trop plaintif, trop abondant. Ceci peut nuire à la crédibilité de l'intention suicidaire et faire mal évaluer le danger. Il faut rappeler que la composante hypomane mettra l'énergie et l'impulsivité

au service de l'intention suicidaire de la dépression [59] [60] [55]. Le symptôme d'hypomanie le plus fréquemment présent est certainement l'accélération des processus psychiques, perceptible parfois dans le discours quasi logorrhéique du patient avec un enchaînement trop rapide de pensées diverses à thèmes dépressifs [61] [60].

La dépression mixte présente un tableau clinique subtil et n'est pas toujours homogène. Le DSM-5 exige 3 symptômes hypomanes à l'exclusion de l'irritabilité ou de l'agitation [58].

Le diagnostic différentiel principal est le trouble de la personnalité borderline souvent attribué par excès [59]. Pour faire la part des choses, il est nécessaire d'obtenir des informations sur le fonctionnement antérieur du patient et de comparer la présentation clinique avec d'autres épisodes de dépression chez ce même patient. Même si le tableau de dépression mixte peut survenir de manière spontanée, dans le contexte actuel de large usage des antidépresseurs, il se développe fréquemment en cours de traitement antidépresseur [62].

c. La cyclothymie

Le DSM-IV définit la cyclothymie comme un tableau clinique caractérisé par la présence de symptômes thymiques de façon pratiquement permanente pendant une période d'au moins 2 ans. Ces symptômes sont caractérisés par des épisodes hypomanes et des symptômes dépressifs ne répondant pas au critère d'épisode dépressif majeur [51]. Ainsi définie, la cyclothymie est bien une forme atténuée de trouble bipolaire dans son expression symptomatique, avec une signification clinique et un enjeu thérapeutique. Les patients souffrant de ce trouble peuvent être amenés à consulter à l'occasion d'un fléchissement dépressif ou de variations trop invalidantes de leur humeur. Le motif initial de la prise en charge peut être en lien avec la consommation de substance ou un autre comportement addictif. Mais si les symptômes sont souvent discrets, labiles et peu significatifs, une biographie houleuse, des relations affectives instables ou des difficultés récurrentes au travail peuvent être des indices intéressants. Il semble qu'il y ait plus de trouble de l'humeur et en particulier de troubles bipolaires chez les apparentés de patients souffrant de cyclothymie et vice et versa. [63]. Un tiers environ des patients souffrant de cyclothymie développerait un trouble bipolaire [64].

3) Les comorbidités

Les études montrent que la très grande majorité des patients bipolaires présentent des maladies associées, somatiques ou psychiatriques, qui rendent d'autant plus complexe leur prise en charge. On estime qu'un patient atteint de trouble bipolaire ayant débuté vers 20 ans, aura une réduction de 9 ans d'espérance de vie, perdra 12 ans de vie en bonne santé et 14 ans d'activité professionnelle [2].

d. Comorbidités psychiatriques

Plus de 90 % des patients bipolaires présentent au moins un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie [35]. La comorbidité est associée à un début plus précoce de la maladie, à une accélération des cycles et à une plus grande sévérité des épisodes, avec pour conséquences un pronostic et une maladie plus sévères [99].

- **Le trouble anxieux** : L'anxiété tend à se majorer au cours du temps en raison d'une prise en charge tardive et de l'ampleur des conséquences socio-affectives du trouble bipolaire. Une étude de grande envergure a rapporté que la présence d'un trouble anxieux affectait plus de la moitié des patients bipolaires vie entière [65]. Il était significativement associé à un âge précoce d'apparition du trouble bipolaire, une qualité de rémission moindre avec moins de périodes de normothymie, une moins bonne qualité de vie ainsi qu'un moins bon niveau global de fonctionnement avec une propension à plus de tentative de suicide.
- **Les addictions** : La comorbidité addictive est la règle plus que l'exception dans le trouble bipolaire. Selon une étude américaine récente incluant 43000 patients, 40 % des sujets bipolaires souffraient de dépendance [66]. On retrouve une exposition au tabac multipliée par 2 à 3 par rapport à la population générale, ce qui contribue à la diminution de l'espérance de vie. La prévalence vie entière d'une alcoolo-dépendance serait 3 à 4 fois supérieure par rapport à la population générale [67]. Inversement la prévalence du trouble thymique chez les sujet alcoolo-dépendants est 10 fois supérieure à celle de la population générale. La consommation abusive de cannabis serait aussi élevée que celle de l'alcool. Les sujets bipolaires sont également plus exposés à la cocaïne : parmi les consommateurs 30 % présentent un trouble bipolaire [68]. D'autres types d'addiction, notamment comportementales comme le jeu, le sexe et la nourriture sont également très fréquemment retrouvées.

- **Trouble de la personnalité** : On peut parler de trouble de la personnalité quand les traits de caractère et les attitudes habituelles d'un sujet sont rigides, inadaptés, et qu'ils sont responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective. La question de la comorbidité entre trouble de la personnalité et trouble bipolaire soulève d'emblée le problème du diagnostic différentiel. Le diagnostic de trouble de la personnalité le plus problématique est celui de personnalité *borderline*, en raison d'un chevauchement important entre ses caractéristiques et celles du trouble bipolaire. On retrouve un taux très variable en fonction des études avec de 12 à 89 % des patients présentant un trouble bipolaire qui présente une comorbidité avec des troubles de la personnalité. C'est un facteur de résistance important du fait de la moindre observance thérapeutique chez environ 40 % de ces patients.
- **Le risque suicidaire** est plus grand chez les patients bipolaires II par rapport aux patients bipolaires I ou unipolaire. Cela pourrait être expliqué par le fait d'une plus grande période non traitée (première prescription de thymorégulateur 6 ans après le début des troubles pour TB I et 10 ans pour TB II [69]) ainsi que par le fait qu'ils soient généralement diagnostiqués comme unipolaires. Ils reçoivent alors des antidépresseurs au long court, ce qui a pour conséquences de favoriser la survenue de virages de l'humeur et induire toutes sortes de tableaux d'instabilité de l'humeur.

b. Comorbidités somatiques

Il apparaît aujourd'hui très clairement que la majorité des décès prématurés des patients bipolaires est secondaire à des comorbidités somatiques [70].

Le syndrome métabolique est 2 fois plus important que dans la population générale. Ceci est en partie corrélé à des troubles de l'alimentation (boulimie, binge eating) et/ou une mauvaise hygiène alimentaire. On retrouve également une proportion d'obésité plus importante que la population générale avec un syndrome d'apnée du sommeil et les autres comorbidités qui en découlent. La prévalence du diabète est elle aussi plus importante (10 à 25 % contre 3 % dans la population générale).

En ce qui concerne la dimension douloureuse dans le trouble bipolaire, les patients bipolaires rapportent significativement plus de dorsalgie que les sujets sains (15,4 versus 10 %). Les patients souffrant de trouble bipolaire rapportent un handicap fonctionnel en lien avec des plaintes algiques plus importantes que les patients déprimés ou anxieux et que la population

générale [71]. Par ailleurs il est intéressant de rappeler que les sujets souffrants de fibromyalgie ont 153 fois plus de risque de présenter un trouble bipolaire en comparaison avec des non fibromyalgies [72].

c. Les répercussions socioprofessionnelles et familiales

40 % des patients bipolaires sont sans emploi et présentent 3 fois plus de divorce qu'en population générale. La sensibilité prolongée au rejet social est une caractéristique de la dépression atypique. Ce type de dépression, définie aussi par une hyperphagie et hypersomnie ainsi que la sensation de jambe de plomb est plus fréquemment retrouvée chez les patients déprimés bipolaires qu'unipolaires [73].

4) Les moyens de dépistage

a. Les indices de bipolarité

Face à un premier épisode dépressif majeur, le clinicien doit être alerté par des éléments cliniques qui font suspecter un trouble bipolaire ou une évolution vers ce type de trouble. Ce repérage d'indice est essentiel. La plupart ont été mis en évidence à partir d'études prospectives longitudinales qui ont évalué les facteurs liés à des évolutions de diagnostic d'un épisode dépressif vers celui d'un trouble bipolaire :

- Age de début des trouble précoce : un premier épisode dépressif majeur avant l'âge de 25 ans est évocateur [39].
- Récurrence des épisodes dépressifs : le nombre de récurrence est un facteur prédictif de l'évolution vers la bipolarité. Une étude de cohorte a montré que le fait d'avoir plus de 6 épisodes dépressifs multipliait par 3 le risque d'avoir un changement de diagnostic. Il est suggéré de suspecter un trouble bipolaire à partir de 3 épisodes dépressifs. [25]
- Antécédents familiaux : la présence dans l'histoire familiale d'un trouble bipolaire est à rechercher chez les parents au 1^{er} et 2^{ème} degré. [25]
- Certains tempéraments : il faut rechercher un tempérament pré morbide hyper thymique ou cyclothymique. Un niveau de réactivité émotionnelle important est également évocateur [74] [75].

- Survenue d'un épisode en post-partum : la survenue d'une dépression au cours des 6 premiers mois après l'accouchement est un facteur à rechercher
- Présence de symptômes hypomaniaques dans l'histoire de vie du patient
- Réponses particulières aux antidépresseurs : l'échec de réponse thérapeutique à plus de deux traitements antidépresseurs bien conduits est un indice de bipolarité. La prescription d'antidépresseur chez un patient bipolaire entraîne fréquemment une évolution de type cycles rapides

Le tableau suivant synthétise les facteurs prédictifs de bipolarisation d'un état dépressif majeur apparemment unipolaire selon H. Akiskal [76]. Ces critères ont été retrouvés dans une étude portant sur 219 malades [77].

Variables prédisant une évolution bipolaire selon Akiskal

<i>Facteurs prédictifs</i>	<i>Sensibilité p. 100</i>	<i>Spécificité p. 100</i>	<i>Valeur prédictive p. 100</i>
Hypomanie pharmacologique	32	100	100
Histoire familiale de bipolarité	56	98	94
Forte charge héréditaire	32	95	87
Dépression avec hypersomnie et ralentissement	59	88	83
Début post-partum	58	84	88
Début avant 25 ans	71	68	69

b. Les questionnaires de dépistage

Plusieurs questionnaires de dépistage de bipolarité ont été développés, ce ne sont en aucun cas des outils diagnostiques mais ils peuvent aider à l'orientation.

Deux outils simples sont disponibles en français. L'HCL-32 (*hypomania checklist* à 32 items) développé par J. Angst [25] et validé en français par E. Hantouche et al [78], est un auto-questionnaire simple dont l'objectif est d'identifier des symptômes d'hypomanie chez les patients présentant un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. Une valeur seuil de 14 items positifs démontre une sensibilité de 80 % et une spécificité de 50 %. Le MDQ (*mood disorder questionnaire*), développé par R. Hirschfeld et al [79] et validé en français [80], est un auto-questionnaire bref comportant 15 questions. Il est caractérisé par une sensibilité et une spécificité correctes en pratique psychiatrique permettant d'identifier 7 patients bipolaires sur 10 et excluant le diagnostic de bipolarité de manière correcte chez 9 sujets non bipolaires sur 10.

PARTIE II : Etude qualitative portant sur le repérage du trouble bipolaire en soins primaires chez les patients suivis pour symptômes dépressifs.

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge des patients présentant un syndrome dépressif, que ce soit dans le cadre d'un suivi ou pour initier un traitement. Il nous a paru intéressant de leur demander comment ils les prenaient en charge dans leur pratique courante : se posaient-ils la question de la bipolarité, recherchaient-ils des indices évocateurs à l'interrogatoire, quels moyens mobilisaient-ils pour préciser leur diagnostic dans le cadre nosologique des troubles de l'humeur ?

L'objectif principal de l'étude est de comprendre s'il y a une préoccupation de la part des médecins généralistes de préciser la nature unipolaire ou bipolaire des syndromes dépressifs présentés par leur patients, les symptômes dépressifs étant les principaux motifs de consultation dans ce contexte.

Les objectifs secondaires sont de recueillir les moyens mobilisés pour orienter le diagnostic et de préciser dans quel contexte ils le sont, ainsi de comprendre les difficultés au repérage diagnostique de bipolarité.

II. METHODE

1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, avec recueil de données par entretiens semi dirigés, menée auprès de médecins généralistes du Poitou-Charentes et de Gironde. Ces entretiens se sont déroulés de Mai à Décembre 2014. Cette étude n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation au comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. Cette étude a été réalisée dans le cadre des travaux du pôle recherche du Département de

médecine générale de la faculté de Poitiers et plus particulièrement avec le groupe travaillant sur la thématique anxiété, dépression en soins primaires.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative [81].

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure ». Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des sujets, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. La recherche qualitative est de ce fait adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. La population à étudier doit être largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. Les enregistrements, après accord des participants à l'étude, sont ensuite intégralement retranscrits afin d'être analysés.

Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données. Le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments, autrement dit à saturation des données.

2) Echantillonnage

Population étudiée : Notre étude a été menée auprès des médecins généralistes exerçant en milieu libéral dans les régions du Poitou-Charentes et de la Gironde.

Ces régions ont été choisies pour des questions pratiques, car j'y effectue des remplacements en cabinet régulièrement. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis après synthèse des données de la littérature et après discussion au sein du groupe de recherche.

Critères d'inclusion : Médecins généralistes thésés ou non thésés inscrits au conseil de l'ordre des médecins, exerçant en cabinet libéral : seuls ou en groupe, rural, semi rural ou urbain, installés ou remplaçants.

Critères d'exclusion : Médecins généralistes exerçant exclusivement en milieu salarié.

Variables de sélection : Afin d'obtenir un échantillon raisonné de médecins généralistes, nous avons utilisé une approche de variation maximale. Le but était de recueillir un éventail d'opinions le plus large possible avec des réponses diverses voire extrêmes de la part des médecins généralistes interrogés. Les variables démographiques retenues pour le choix des médecins généralistes étaient : le sexe, l'âge, le lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain), le

type d'exercice (cabinet de groupe ou seul), la pratique de médecine à exercice particulier (homéopathie, acupuncture...)

Recrutement des participants : Une pré-sélection a été faite à partir de la liste des généralistes exerçant dans le Poitou-Charentes et la Gironde sur le site internet des pages jaunes de France Telecom. La liste de médecins généralistes à contacter a été établie en tenant compte des variables de sélection. L'échantillonnage n'a pas été probabiliste mais orienté et ciblé. J'ai sélectionné ces médecins afin de faire émerger les divergences de représentation et de pratiques concernant les troubles de l'humeur. Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué jusqu'à saturation des données. Après avoir répertorié un certain nombre de médecins dans chaque catégorie définie par les différentes variables, je les ai contacté par téléphone afin de présenter notre travail et de solliciter un entretien individuel avec eux. Une brève présentation orale de mon travail a été faite auprès du secrétariat ou du médecin lui-même avant de solliciter une participation à l'étude (cf. ci-dessous)

« Bonjour, je suis interne en médecine générale et je fais actuellement une thèse sur la prise en charge des patients dépressifs et le repérage des troubles bipolaires en médecine générale. Dans le cadre de cette recherche en collaboration avec le département de médecine générale, je fais des entretiens d'une trentaine de minutes auprès de médecins généralistes. Si vous êtes d'accord, je souhaiterais vous rencontrer afin d'avoir votre opinion sur ce sujet. L'entretien sera de 30 minutes environ et se déroulera dans le lieu de votre choix et selon vos disponibilités. »

3) Recueil des données

J'ai décidé d'effectuer des entretiens individuels afin d'aborder des thématiques pouvant paraître délicates pour les praticiens et ainsi faciliter la prise de parole. Ce type d'entretien m'a également semblé plus facile à organiser que des focus group afin de recueillir une plus grande variété de profil de praticien.

Les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins interviewés, cela étant plus pratique pour eux. Il n'a pas été réalisé d'entretiens téléphoniques car cela ne permettait pas de retranscription de l'entretien mot pour mot. Ce mode de recueil n'a pas été utilisé afin de ne pas perdre ou déformer les propos de l'interviewé. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une application dictaphone pour smartphone après accord éclairé des participants. Les médecins

étaient informés du caractère anonyme des entretiens ainsi que de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien.

4) Guide d'entretien

Ce guide a été élaboré avec des questions ouvertes, neutres, en veillant à ne pas laisser transparaître l'avis de l'interviewer dans leur construction. Le guide comportait trois parties : les premières questions ont permis de connaître au mieux le profil du médecin et sa représentation des troubles bipolaires, les questions suivantes ont exploré les habitudes de prise en charge des médecins et les dernières questions de l'étude concernaient les possibilités d'amélioration de la prise en charge et du repérage. Ce guide d'entretien comportant 10 questions a été soumis à l'avis du groupe de recherche « dépression et anxiété » du département de médecine générale de Poitiers. Le questionnaire était précédé d'une introduction explicative lors des entretiens avec les médecins interviewés :

« Bonjour, nous réalisons cet entretien enregistré avec votre accord, anonymement, dans le cadre d'un travail de recherche pour une thèse de médecine générale, sous la direction du département de recherche de médecine générale de l'université de Poitiers. Cette recherche porte sur les pratiques actuelles en soins primaires concernant les troubles de l'humeur et plus précisément le repérage de la bipolarité par les médecins généralistes. »

- 1) *Tout d'abord, est ce que vous pouvez vous présenter succinctement et décrire votre mode d'exercice ? J'entends par là votre âge, sexe, type d'exercice et durée d'installation. Avez-vous un domaine de prédilection ou des formations complémentaires ?*
- 2) *Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?*
- 3) *Quelles sont les grandes lignes de votre prise en charge concernant vos patients dépressifs ?*
- 4) *Quel est votre ressenti concernant les troubles bipolaires (fréquences, clinique, diagnostic, suivi...)*
- 5) *Comment pensez-vous à un trouble bipolaire face à un patient dépressif ?*
- 6) *Comment faites-vous préciser le diagnostic de bipolarité ?*
- 7) *A quel moment de votre prise en charge faites-vous appel à un spécialiste ?*
- 8) *Quelle modification thérapeutique ou de prise en charge instaurez-vous en cas de suspicion de bipolarité ?*

9) *A votre avis, quels sont les difficultés rencontrées dans le dépistage du trouble bipolaire en soins primaire ?*

10) *Quel type d'outils permettrait un meilleur repérage en pratique ?*

5) Le Codage et l'analyse des données

Retranscription des données : La totalité des entretiens a été anonymisée puis retranscrite intégralement sous format texte (verbatim) par la seule et même personne ayant réalisé les entretiens, sans aide de logiciel spécifique (Annexe).

Codage : Les transcriptions ont ensuite été codées manuellement. L'analyse était basée sur les principes de la « Grounded theory » ou théorisation ancrée avec un premier codage ouvert centré sur la question de recherche, réorganisée par la suite pour faire émerger différents thèmes. Cette méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967 a pour objectif de construire la théorie à partir des données recueillies [81]. Son intitulé est parfois utilisé de façon plus générique pour désigner la construction théorique faite à partir de l'analyse des données qualitatives. La démarche était inductive sans code défini avant l'analyse des verbatims.

Dans un premier temps, plusieurs lectures des entretiens étaient effectuées afin d'appréhender le contenu général des verbatims. Les entretiens étaient analysés au fur et à mesure des entretiens. Chaque entretien a été d'abord analysé de manière indépendante, verticale, afin d'en saisir le sens général. Cela nous a permis de réaliser un codage descriptif (ou « ouvert »), permettant de résumer et de rassembler les différentes données.

L'analyse qualitative et inductive des données a ainsi permis d'identifier des catégories qui, une fois les données regroupées et ré-agencées, ont fait émerger des thèmes centraux. Cette deuxième étape constituée par l'analyse thématique de contenu s'appelle le codage thématique (ou « axial ») des transcriptions.

Triangulation et analyse des données : Deux chercheurs ont travaillé indépendamment dans un premier temps et repéré dans chaque entretien les thèmes principaux et les sous-thèmes puis comparé leurs réponses aux différentes questions afin de réaliser une synthèse globale. La comparaison de ces travaux a permis la discussion de tous les points de divergence concernant les thématiques rencontrées dans chaque entretien et la construction d'une grille commune de lecture, afin de permettre une analyse plus horizontale et de mettre en relation l'ensemble des entretiens réalisés. En cas de désaccord entre les codeurs, les codes ont été rediscutés jusqu'à obtention d'un consensus.

Nous avons ensuite réorganisé les différents codes axiaux en quatre thèmes principaux, centrés sur la question de recherche et les objectifs :

- la perception globale des troubles bipolaires de l’humeur par les médecins généralistes et les difficultés ressenties dans l’orientation diagnostic de la bipolarité, afin de situer le contexte d’exercice
- les facteurs prédictifs de bipolarité repérés par les généralistes, objectif principal de cette recherche
- le comportement adopté en cas de suspicion diagnostique
- les propositions d’outils pour l’amélioration de l’orientation diagnostique

III- RESULTATS

1) Analyse de l’échantillon de médecins interrogés

Entre mai et décembre 2014, nous avons réalisé 12 entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes du département de la Vienne et de la Gironde. Parmi les médecins, on retrouvait 4 femmes et 8 hommes.

L’âge des médecins s’étendait de 31 ans à 64 ans. Trois médecins avaient moins de 37ans, cinq avaient entre 37 et 50 ans et quatre avaient plus de 50 ans. Concernant le lieu d’exercice des médecins interrogés, 7 exerçaient en milieu urbain, 1 en milieu semi rural, 2 en milieu rural et 2 médecins remplaçants exercent dans différents secteurs. La majorité des médecins interrogés exerçait en cabinet de groupe et 5 étaient installés seuls. Le tableau suivant résume les formations spécifiques ou les domaines de prédilection des médecins interrogés :

Médecin 1 (M1)	46 ans femme	Homéopathie/ phytothérapie	urbain
Médecin 2 (M2)	64 ans homme	Thérapie manuelle/ chirurgie	Seul rural
Médecin 3 (M3)	31 ans homme	remplaçante	
Médecin 4 (M4)	46 ans femme	Addictologie/ psychothérapie	urbain
Médecin 5 (M5)	62 ans homme	Patientèle âgée	Rural seul
Médecin 6 (M6)	42 ans homme	Médecine du sport/ psychothérapie	urbain
Médecin 7 (M7)	37 ans femme	Pédiatrie/ gynécologie	Semi-rurale
Médecin 8 (M8)	51 ans homme	Psychothérapie tabacologie	urbain
Médecin 9 (M9)	> 55ans homme	régulation	urbain
Médecin 10 (M10)	31 ans femme	remplaçante	
Médecin 11 (M11)	43 ans homme	Traumatologie pédiatrie	Semi rural
Médecin 12 (M12)	45 ans femme	psychiatrie	urbain

2) Perception des troubles de l'humeur par les médecins généralistes

- Fréquence

Ces troubles psychiatriques ont été ressentis globalement comme fréquents mais cette fréquence peut apparaître comme difficile à évaluer pour certains.

Comme l'exprime le médecin 7 (« *Je trouve qu'on en voit quand même pas mal hein* »), les pathologies psychiatriques comme les troubles de l'humeur sont, de manière globale, ressenties comme fréquentes avec une impression de prévalence croissante dans la population générale pour certains médecins : « *Toujours est-il qu'il y en a de plus en plus je trouve* » (M4) ; « *qu'on en voit de plus en plus en consultation* » (M6).

Nous retrouvons également une difficulté à évaluer cette fréquence pour cinq des médecins interrogés : « *Je crois que c'est quand même assez fréquent, mais moi j'en ai pas beaucoup* » (M2).

Ceci est souvent lié à une impression de sur-diagnostic consécutif à une prescription d'antidépresseurs injustifiée (« *qu'il y a beaucoup de patients sous antidépresseurs mais je ne suis pas sûr qu'ils soient dépressifs* » (M3)) ou des diagnostics non fondés : « *c'est des coups de mou, des dépressions saisonnières* », « *On a l'impression qu'actuellement c'est un statut social plus qu'une pathologie* » (M9) ; « *J'ai l'impression que ça a été une mode* » (M5) ; « *à la mode y a quelques années, on en parlait beaucoup* » (M2) ; « *J'ai l'impression qu'on diagnostique ça de plus en plus et je suis pas toujours d'accord avec ça [...] je trouve aussi que les gens s'autodiagnostiquent un peu. Pour moi c'est un peu le grand cadre nosologique fourre-tout.* » (M12).

Trois médecins ressentaient, au contraire, le sous-diagnostic : « *c'est sous diagnostiqué et qu'il y a un gros retard au diagnostic* » (M3) ; « *c'était quand même plus fréquent que ce qu'on en pense* » (M7) ; « *Je trouve qu'au final c'est un trouble assez fréquent qu'il faut savoir repérer* » (M8).

- Les facteurs de gravité et le risque suicidaire comme objectifs principaux de la prise en charge

La priorité pour les médecins de soins primaires interrogés était d'abord d'évaluer le risque suicidaire en repérant des facteurs de gravité face à leur patient dépressifs. En effet, dix des médecins interrogés expriment clairement vouloir en premier lieu prévenir un rapt suicidaire

comme les médecins 3,4 et 5 : « *je m'assure plus du risque suicidaire* » (M3), « *Là où je fais plus gaffe c'est le risque suicidaire* » (M4), « *ce qui compte c'est d'anticiper sur des comportements à risque suicidaires surtout* » (M5), « *Oui donc d'abord il faut trier les choses en fonction du degré de gravité* » (M12).

- Ressenti sur les difficultés de diagnostic et de prise en charge des troubles de l'humeur.

➤ Une prise en charge chronophage

Le temps est problématique pour la prise en charge de ces pathologies, à la fois car leur prise en charge nécessite un temps de consultation plus important pour la communication avec le patient : « *déjà un manque de temps c'est sûr... quand t'as pas le temps déjà de bien dialoguer* » (M10), « *Ça prend du temps tout ça, pour eux et pour nous aussi* » (M4), « *C'est des consultations longues, je n'ai pas toujours le temps de discuter comme il faudrait je pense...* » (M6) ; mais également du temps pour le diagnostic : « *tous les diagnostics psy comme ça il faut prendre son temps* » (M3), « *c'est clair qu'il faut du temps et du recul pour les diagnostics de pathologies psy* » (M3).

➤ Peur de la stigmatisation, prise de recul de rigueur

Certains médecins ont décrit leur crainte d'étiqueter leur patient avec une pathologie psychiatrique posée trop rapidement, à la fois pour le patient lui-même mais également au regard des autres et notamment des autres professionnels de santé : « *qu'après le patient porte le poids du diagnostic aussi* » (M3), « *en psychiatrie c'est tact et mesure. Avec les diagnostics il faut être prudent, surtout pas leur coller une étiquette* » (M8), « *je veux pas mettre les gens dans des « boîtes » trop vite en quelque sorte* » (M1).

La prise de recul est alors un élément important pour le diagnostic chez ces médecins : « *tous les diagnostics psy comme ça il faut prendre son temps* » (M3), « *Le mieux c'est d'avoir du recul de toutes façons.* » (M4), « *ce genre de diagnostic ne se fait pas en une consult', il faut les revoir, réévaluer, discuter...* » (M6).

➤ Difficultés d'accès aux spécialistes, problème de coordination avec les réseaux spécialisés.

Certains médecins associent la difficulté de pris en charge à une problématique d'accès aux soins spécialisés: « *c'est pas évident d'avoir un rendez-vous rapidement avec les spécialistes pour nous avoir un avis et traiter les troubles* » (M9), « *Je pense que le premier psychiatre est*

à un peu plus d'une demi-heure de route et en plus avec les délais c'est pas gagné » (M2). L'amélioration de cet accès aux spécialistes pourrait selon eux faciliter le diagnostic ainsi que le suivi. Il est important d'ailleurs de noter que la moitié des médecins interrogés refuse de poser le diagnostic seul et préfère se référer à un avis spécialisé : « Je ne fais pas les diagnostics de dépression ou de trouble de la personnalité ou de bipolarité » (M4), « Je ne fais pas de diagnostic de psychiatrie » (M5), « comme je ne connais pas bien je demanderai l'avis d'un spécialiste » (M7), « Non pour moi c'est une affaire de spécialiste » (M9), « voilà je poserai pas l'avis et le traitement toute seule c'est clair ! » (M10).

- Les pathologies psychiatriques ressenties comme complexes et usantes, nécessitant une modification dans les pratiques des médecins de soins primaires

De manière globale les pathologies psychiatriques sont considérées comme une affaire de spécialiste avec une prise en charge difficile à intégrer dans le mode d'exercice des médecins interrogés : « délicat les consultations avec les patients dépressifs » (M10), « c'est pas simple, c'est pas simple de toute façon la psy » (M1), « que c'est fatigant je trouve » (M2), « mais faut pas faire que ça sinon...sinon c'est crevant...parce que quand même c'est long comme consultation... » (M7), « c'est trop complexe la machine humaine à ce niveau-là » (M4).

Beaucoup de médecins généralistes décrivent donc devoir adapter leurs pratiques aux pathologies psychiatriques. En organisant leur temps de travail de manière à avoir le temps de dialogue nécessaire : « je leur propose de revenir en bloquant du temps » (M3), « leur redonne un rendez-vous en fin de journée si possible ou je bloque deux créneaux pour avoir le temps de parler » (M6) ; ou réalisant un effort particulier sur le dialogue et l'écoute : « j'essaie de me montrer dispo et à l'écoute » (M3), « il faut les revoir pour parler, les accompagner » (M1), « une écoute attentive c'est déjà beaucoup » (M10). La moitié des médecins explique devoir organiser le suivi de manière à potentialiser la fréquence des consultations : « il faut les revoir pour parler et les accompagner, étant à l'écoute, j'essaie de les voir régulièrement » (M1), « je leur demande de revenir me voir plus tôt » (M2), « qu'il faut absolument un suivi » (M3), « je trouve ça bien de les voir souvent au début pour les surveiller sur le plan du comportement » (M10), « c'est indispensable de pouvoir les voir toutes les semaines au début » (M8).

3) Difficultés retrouvées dans l'orientation diagnostique du trouble bipolaire en soins primaires

- Liées à la méconnaissance de la pathologie

La moitié des médecins a reconnu un manque de connaissance concernant le trouble bipolaire avec de ce fait une absence de repérage des symptômes associés : « *un manque de connaissance sur le sujet* » (M2), « *puis tout simplement, il faut y penser et pour y penser il faut connaître la pathologie* » (M3), « *qu'on a pas toujours les connaissances nécessaires pour penser à tout mais il faut aussi en avoir un intérêt* » (M6), « *je n'ai pas assez de connaissance sur le sujet c'est sûr...* » (M7), « *je m'intéresse à tout mais je n'ai pas toujours le temps d'être heu...à la page* » (M5). Il en découle nécessairement un sentiment d'incompétence à dépister et prendre en charge cette pathologie comme l'exprime les médecins 5 et 12 : « *je ne me sens vraiment pas compétant dans ce domaine* » (M5), « *le manque de pratique aussi, faut en voir pour y penser et réciproquement* » (M12).

- La connaissance du patient dans sa globalité : une compétence du médecin généraliste déterminante pour le repérage.

Les médecins généralistes ont souligné un repérage du trouble bipolaire facilité par la connaissance du patient dans sa globalité : environnement socio-professionnel et relation de soin sur la durée. En effet, tout comme la prise de recul pour les diagnostics psychiatriques semble nécessaire à la plupart des soignants interrogés, une relation de soin de qualité permettant une meilleure approche du patient facilite le repérage de certains symptômes associés à la bipolarité : « *ça aide de connaître la personne, son environnement* » (M2), « *que pour le médecin qui voit le patient dans son fonctionnement de base ça doit être plus simple de sentir qu'il est un peu up de base en fait...* » (M10), « *La force du généraliste c'est de connaître l'histoire, le terrain familial tout ça* » (M12).

A l'inverse, le manque de contact et de relation avec le patient rendent le dépistage de même que la prise en charge laborieux : « *Si on ne connaît pas le fonctionnement de base du patient ça doit être très difficile de penser à la bipolarité.* » (M6), « *c'est pas facile parce que comme je suis remplaçant, je suis quand même plutôt amené à voir les gens ponctuellement* » (M3).

- Les comorbidités : un frein au repérage.

Le comportement des patients peut être modifié par les addictions ainsi que les comorbidités psychiatriques et/ou somatiques, compliquant le repérage du trouble bipolaire par les praticiens,

comme le décrivent les médecins 4 et 6 : « *les signes de manie ne sont pas simples à diagnostiquer entre guillemets car s'ils sont sous substances ça peut perturber le fonctionnement de base* » (M4), « *je demande l'avis d'un psychiatre surtout s'il y a des addictions* » (M6).

- Un intérêt limité pour la pathologie

Les médecins généralistes interrogés ont évoqué un manque d'intérêt concernant la connaissance ainsi que la prise en charge du trouble bipolaire, induisant un manque de connaissance (« *Donc peut être un manque de connaissance et puis de centre d'intérêt* » M5) et de repérage évident : « *qu'on a pas toujours les connaissances nécessaires pour penser à tout mais il faut aussi en avoir un intérêt* » (M6), « *y en a plein qui me disent « la psy moi ça me soule* »...(M8), « *Et puis ça te parle ou pas, y en a qui aime pas ça* » (M10), « *que ça t'intéresse aussi parce que la psy ça plait pas à tout le monde...* » (M10), « *mais il faut qu'on soit intéressé sinon on retient rien* » (M1).

- L'accès au spécialiste limité comme aide au diagnostic

Le médecin 12 souligne « *Notre premier travail c'est le triage mais malgré la motivation y a quand même un problème d'accès au spécialiste* ». Le spécialiste est considéré comme la personne la plus à même de réaliser le diagnostic et d'initier le traitement pour une majorité des généralistes interrogés qui voient leur rôle plutôt basé sur le suivi et le renouvellement des traitements en coordination avec celui-ci. C'est ce qui est exprimé également par le médecin 9 : « *c'est pas évident d'avoir un rendez-vous rapidement avec les spécialistes pour nous avoir un avis et traiter les troubles* ».

4) Facteurs orientant vers un diagnostic de bipolarité repérés par les médecins généralistes chez leurs patients présentant des symptômes de dépression

- La douleur

Un médecin a évoqué la douleur non systématisée ou sans explications physiologiques comme l'orientant vers une dépression bipolaire : « *des symptômes comme les douleurs sans fondement clinique, des douleurs qu'on n'arrive pas à expliquer et qui reviennent* » (M1).

- Le ressenti, l'intuition

Ce 6ème sens en soins primaires ou « good feeling », retrouvé dans la littérature [97], est à nouveau au premier plan dans l'orientation diagnostique du trouble bipolaire, comme l'évoquent de nombreux médecins interrogés : « *Si j'ai l'intuition je vais demander l'avis du spécialiste* » (M9), « *les bipolaires ça se sent quand même un peu* » (M1), « *C'est du ressenti plutôt* » (M2), « *seulement s'il y a eu un truc qui m'a fait tilt quoi [...] Une présentation un peu inhabituelle [...] Et puis c'est aussi un truc qu'on sent* » (M3).

- Les antécédents personnels et familiaux, l'histoire de vie

Les antécédents de conduites addictives sont les principaux antécédents repérés pour 9 des médecins généralistes interrogés: « *Ah et surtout, des addictions...euh...médicaments, tabac, alcool* » (M7), « *je recherche des addictions, c'est un gros facteur de comorbidités...parfois c'est plus facile aussi de les aborder par leur addiction* » (M8), « *les addictions* » (M10).

Les antécédents personnels sont globalement recherchés, notamment ce qui rentre dans le cadre des symptômes hypomaniaques avec des comportements fluctuants considérés comme excessifs : « *Ils sont quand même un peu dans l'excès* » (M1), « *les symptômes en gros c'est surtout des symptômes maniaques avec de l'excès dans tout, les achats, l'alcool, le tabac, la personnalité un peu extravertie...Y a les conflits aussi, mais ça va avec l'excès* » (M2), « *Enchaînement de ruptures, conduite à risque, excès etc...* » (M4), « *les mises en danger comme les points de permis pour excès de vitesse etc...les jeux d'argents...* » (M8).

Les situations socio-professionnelles compliquées sont également un facteur recherché : « *Enchaînement de ruptures, conduite à risque, excès etc...* » (M4), « *plutôt des personnes speed, irritables, avec souvent des situations sociales compliquées, des conflits avec les autres...de l'anxiété aussi* » (M7), « *Et y a les ruptures aussi... euh ...divorce, perte d'emplois ou emploi multiples sans raison...* » (M8).

Les épisodes dépressifs à répétition ont été évoqués comme facteur de bipolarité par trois médecins : « *ou quand on retrouve des récurrences* » (M6), « *Faut rechercher aussi les précédents épisodes de dépression* » (M8), « *sa dépression revient* » (M3).

Les antécédents de pathologies psychiatriques dans la famille sont également un facteur recherché par certains praticiens : « *y a le côté génétique aussi. Quand on connaît la famille, souvent on peut y penser si on sait que la mère est bipolaire, je me méfie* » (M2), « *des antécédents familiaux* » (M3), « *ou que c'est comme sa mère* » (M3), « *les antécédents de maladie psychiatrique dans la famille, les suicides, l'âge et les traitements des uns et des autres...* » (M8), « *sur les antécédents perso et familiaux* » (M10).

- L'échec du traitement antidépresseur ou efficacité thérapeutique fulgurante

Cinq des généralistes interrogés considèrent une efficacité trop rapide ou une absence d'efficacité d'un traitement antidépresseurs bien conduit comme un facteur prédictif de bipolarité comme l'expliquent les médecins 3, 8 et 10 : « *ils vont prendre des anti déprimeurs pendant des années sans que ça ne les empêche de représenter à nouveau des symptômes dépressifs alors là je pense qu'il faut se demander si c'est bien une dépression classique effectivement.* » (M3), « *les traitements pris et leur efficacité...Des fois quand l'antidépresseur est trop efficace faut se méfier aussi...* » (M8), « *les antidépresseurs qui ne marchent pas ou alors qui marchent trop bien justement* » (M10).

- La labilité de l'humeur

Dans notre étude, la fluctuation de l'humeur est un indice de bipolarité très fréquemment repéré par les médecins généralistes dans le cadre du suivi de leur patient dépressif : « *un jour tout va très bien, un jour le monde s'écroule* » (M1), « *une alternance un peu rapide d'humeur hyper speed, surtout avec des substances* » (M4), « *Et bien c'est la labilité de l'humeur, il a des phases d'excitation maniaque où il te dit qu'il pète la forme machin* » (M9).

- Age précoce

Un médecin a évoqué le début des symptômes à un âge jeune comme l'orientant plutôt vers une dépression bipolaire : « *le truc qui va me mettre un peu sur le chemin c'est si c'est un jeune....* » (M2).

- Comportement exalté / présentation atypique du patient

Dix des praticiens interrogés s'orientent vers une bipolarité lorsqu'ils perçoivent un comportement exalté, impulsif ou non adapté à l'état dépressif dont se plaint le patient: « *Quelqu'un d'exubérant, ou un peu désinhibé ou exalté... qui se plaint des symptômes dépressifs mais qu'a pas la présentation clinique qui va avec, genre faciès souriant, bien habillé, se tient bien* » (M3), « *c'est un comportement qui m'interpelle. Un décalage entre la plainte et la présentation* » (M1), « *une présentation un peu inhabituelle* » (M3), « *avec les humeurs et les comportements qui ne sont pas congruents etc...* » (M10) ; et recherchent clairement des symptômes d'hypomanies voir de manie dans l'histoire du patient : « *tout ce qui est logorrhée, tachypsychie, trouble de la concentration...* » (M4), « *ce sentiment d'être*

invincible, un peu déconnecté de la réalité » (M4). Les patients seront perçus comme impulsifs, difficiles à canaliser comme les décrivent les médecins 5,6 et 7 : « Je sais qu'on retrouve surtout des comportements excessifs avec des difficultés à canaliser ces personnes » (M5), « les gens impulsifs aussi » (M6), « plutôt des personnes speed, irritables, avec souvent des situations sociales compliquées, des conflits avec les autres » (M7).

- Quid des échelles d'orientation diagnostique validées pour la pratique ?

La moitié des praticiens interrogés ont connaissance de l'existence de tels outils mais ne les trouvent pas simple d'utilisation en pratique courante, souvent par méconnaissance de leur utilisation : *« je sais qu'il existe des questionnaires mais je ne les utilise pas en pratique. » (M2), « Je sais qu'il y a des échelles et tout mais je ne suis pas assez familiarisé pour utiliser ça » (M6), « moi je les utilise pas, j'ai pas l'habitude peut être que ce serait mieux... » (M10).*

Seulement deux médecins ont expliqué utiliser ces échelles de manière régulière dans leur pratique : *« quand j'ai le temps de bien faire, j'aime bien utiliser l'échelle d'Hamilton. Je la trouve pratique et je trouve que pour le patient ça fait sérieux, on se base sur quelque chose de concret quoi. Je pense en plus que plus tard je l'utiliserai pour le suivi, ça permet de montrer au patient les améliorations [...] J'utilise la MQD, la mood disorder questionnaire [...] je fais l'auto-questionnaire avec le patient [...] les échelles ça peut rendre un peu l'orientation diagnostic légitime, » (M3), « le questionnaire d'hypomanie de Angst ou le MDQ, voilà, c'est surtout pour une orientation diagnostic [...]. J'utilise beaucoup l'échelle de dépression de Hamilton pour apprécier l'intensité des symptômes dépressifs d'une part mais surtout pour apprécier l'évolution de ces symptômes dans le temps » (M8).*

5) Comportements adoptés par les médecins généralistes en cas de modification d'orientation diagnostique

Dans la situation où le médecin généraliste repère des facteurs prédictifs de bipolarité chez son patient dépressif, nous avons voulu savoir quelles modifications cela engendrait sur sa prise en charge.

Concernant les modifications thérapeutiques, seulement deux médecins exprimaient ne pas prescrire d'antidépresseurs en cas de doute sur une bipolarité : *« Je me méfie, je leur mets pas d'anti dépresseur, je leur demande de revenir me voir plutôt » (M2), « si j'ai un doute sur une*

dépression mixte par exemple déjà c'est clair que je vais pas mettre un anti-dep comme ça direct » (M10).

Cinq médecins précisait ne jamais prescrire de thymo-régulateur de manière générale du fait du manque de suivi des patients ou d'une trop faible connaissance de ces thérapeutiques : « *je ne prescris pas de thymo-régulateurs du fait que je ne vais pas suivre les patients moi-même derrière.* » (M3), « *je n'y connais rien sur les traitements [...] Je me sens à l'aise avec les antidépresseurs et les anxiolytiques mais c'est tout* » (M5), « *Je n'ai jamais prescrit de thymo-régulateur* » (M6), « *sur le plan des traitements je n'instaurerai pas seul un thymo-régulateur* » (M6), « *Je prescris rarement des thymo-régulateurs seul [...].J'aurai le sentiment de choisir les molécules au hasard* » (M8). Un seul médecin a déclaré en prescrire si besoin.

Sept des praticiens interrogés reconnaissent prescrire des antidépresseurs ou des anxiolytiques dans le but d'atténuer les symptômes anxio-dépressifs : « *aussi parfois un antidépresseur* » (M4), « *globalement des antidépresseurs, des anxiolytiques, des somnifères si besoin* » (M11), « *parfois ajouter ou modifier un traitement par benzo ou anti-dep* » (M8), « *assez à l'aise avec les anti-dépresseurs, je rajoute souvent un anxiolytique au début si je sens que la personne est à bout de nerf* » (M6), « *Je me sens à l'aise avec les antidépresseurs et les anxiolytiques mais c'est tout.* » (M5), « *des anxiolytiques et des antidépresseurs, souvent du PROZAC* » (M3).

Dans le cadre du suivi on retrouve également une adaptation du discours de soins avec une accentuation du dialogue avec par exemple pour objectif de conseiller sur l'hygiène de vie et l'éviction des conduites à risques : « *conseils d'hygiène de vie, les bipolaires il faut les recadrer souvent, parce que parfois ça part dans tous les sens !* » (M1), « *on travaille sur l'éviction des conduites à risque.* » (M4), « *j'essaie de leur faire prendre du recul sur leur comportement en général* » (M5).

Certains orientent leur patients vers des thérapies cognitivo-comportementales chez le psychiatre ou le psychologue : « *que j'interviens plus dans le suivi en psychothérapie de soutien et cognitive, pour éviter des rechutes.* » (M4), « *la psychothérapie cognitivo comportementale, leur expliquer la pathologie, le normal et le subnormal, les addictions etc....* » (M8), « *Je fais souvent appel au spécialiste, j'ai tendance à diriger vers des psycho analytiques* » (M9).

Une majorité de médecins va préférer un suivi conjoint avec le spécialiste ou en réseau : « *que je préfère qu'il y ait un suivi avec spécialiste dans l'idéal* » (M2), « *à deux avec le spé, si il y a une bonne communication je trouve ça mieux* » (M3), « *je les oriente vers ces centres pour qu'ils bénéficient aussi d'une aide sociale.* » (M4), « *et surtout sur avis du psychiatre avec qui j'ai un bon échange* » (M4), « *chacun son domaine quand ça devient plus compliqué* » (M6),

« souvent je les suis avec le CMP justement [...] ça ne m'épuise pas et ça me prend pas trop de temps [...] je sens bien que quand même avec une prise en charge un peu globale comme ça c'est mieux. » (M11).

6) Outils proposés pour améliorer le dépistage ou l'orientation diagnostique en soins primaires.

Un de nos objectifs secondaires était de savoir si les médecins généralistes ressentent le besoin d'avoir à leur disposition un outil d'orientation diagnostique dans leur pratique.

Un nouvel outil de type questionnaire ne semble pas les intéresser pour leur pratique. Ils soulignent plutôt la méconnaissance dans l'utilisation des outils déjà validés, ainsi que de la pathologie: *« c'est pas un problème d'outils je crois que des outils on en a déjà en soi ! C'est juste que c'est pareil, il faut les connaître et prendre le temps de les utiliser » (M3), « Je pense que des « outils » comme vous dites il doit déjà y en avoir, le tout c'est de les utiliser. Jusqu'à là je m'en suis passé et je pense pas que je vais changer ma façon de faire » (M2), « peut être des critères facilement repérables et fiables avec des cotations simples...mais est-ce que ça change vraiment quelque chose en pratique ? » (M5), « ce qui existe est déjà très bien et facile à utiliser mais faut les connaître » (M8).*

Pour l'amélioration du dépistage de la bipolarité, beaucoup de praticiens pointent le manque de connaissances générales de la pathologie ainsi que de sa prise en charge, en partie liée à un manque d'intérêt. Ils expliquent qu'une meilleure diffusion de la connaissance potentialiserait certainement leur prise en charge: *« C'est plus de la connaissance qu'il faut, des lectures...mais faut qu'il y ait un intérêt pour ça. Oui, il faut des formations adaptées à nos pratiques avec des cas concrets, que les médecins sachent sur quoi doit porter leur attention. » (M4), « les gens utilisent ce dont ils ont connaissance et qu'ils maîtrisent...c'est toujours pareil...Je pense que la diffusion des connaissances pour nous ça passe par les groupes de pairs ou le travail en groupe... » (M8).*

Deux médecins rapportent tout de même un intérêt à l'utilisation d'un outil plutôt comme un moyen mnémotechnique: *« je suis pas contre un outil qui pourrait rappeler les critères sémiologiques pour la pratique et permettrait d'orienter quand même » (M12).*

IV- DISCUSSION

1) Résultats principaux

L'objectif de notre étude était de comprendre les modalités de dépistage de la dépression bipolaire et de connaître les facteurs prédictifs de bipolarité repérés comme tels par les médecins généralistes chez leurs patients dépressifs en pratique quotidienne. Cela nous a également permis de comprendre quelles perceptions de la pathologie bipolaire avaient ces praticiens, ainsi que les difficultés ressenties dans la prise en charge globale.

L'objectif secondaire était d'évaluer le besoin d'un nouvel outil d'aide à l'orientation diagnostique ressenti par les médecins généralistes.

a) Perception globale des troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur ainsi que les pathologies psychiatriques dans l'ensemble sont perçus comme complexes et chronophages pour les médecins généralistes. Ces pathologies nécessitent une adaptation de la pratique qu'il n'est pas toujours aisé de mettre en place : l'organisation des consultations sur rendez-vous uniquement ou des suivis très réguliers avec des consultations plus longues, une écoute plus attentive, une plus grande disponibilité pour ces patients.

Par ailleurs, la complexité ressentie de cette pathologie est un frein évident dans la recherche diagnostique avec une crainte d'établir un diagnostic erroné par excès qui pourrait impacter « à défaut » en stigmatisant le patient. A l'opposé, nous ne relevons pas dans le discours des praticiens de soins primaires l'importance de la mise en danger et de l'impact délétère qu'un retard au diagnostic va entraîner... On pourrait penser au vu du contexte qu'un diagnostic par excès entraînant un avis spécialisé serait moins dommageable. Et dès lors on en revient à une difficulté mise en évidence dans les propos des médecins interrogés qui est la difficulté d'accès aux spécialistes ou aux réseaux spécialisés.

Cette difficulté d'accès aux spécialistes est une donnée connue et souvent retrouvée dans les études portant sur la prise en charge des pathologies psychiatriques en soins primaires [93] [98]. La démographie médicale actuelle [94] et la prévalence croissante des pathologies psychiatriques expliquent cette situation. Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiatriques, on peut noter la création en 2007 de la fondation FondaMental

[95] qui est un réseau de soins et de recherche avec notamment un axe dédié aux troubles bipolaires avec 8 centres experts implantés en France qui ont pour objectif de promouvoir la diffusion des connaissances, l'aide au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique. Ces 8 centres ont reçu en 2010 un financement du Ministère de la Santé afin d'optimiser leur fonctionnement.

b) Freins au dépistage du trouble bipolaire en soins primaires

En interrogeant les médecins généralistes sur les difficultés rencontrées concernant le repérage de la bipolarité chez leurs patients dépressifs nous avons pu constater que beaucoup affirmaient une méconnaissance évidente de la pathologie entraînant de ce fait un sentiment d'incompétence pour sa prise en charge. Ce défaut de connaissance est également un facteur important dans le manque de préoccupation du repérage du trouble bipolaire comme l'a bien expliqué le médecin 3 : « *puis tout simplement, il faut y penser et pour y penser il faut connaître la pathologie* ». On retrouve également en lien avec cette méconnaissance, un intérêt parfois très limité pour les pathologies psychiatriques et leur prise en charge.

Il est évident que le médecin généraliste a pour fonction la prise en charge des pathologies tout venantes de la population générale et les centres d'intérêt dans le domaine médical vont varier de tout à chacun. Nous avons pu ressentir au cours de l'analyse les variations de connaissances et de centres d'intérêt concernant les troubles de l'humeur en fonction des profils et des personnalités des médecins interrogés. Le vécu négatif de la complexité de prise en charge des pathologies psychiatriques peut être à l'origine d'une prise en charge non adaptée favorisant le retard diagnostique.

Les comorbidités associées au trouble bipolaire ont également été décrites par certains praticiens comme un facteur limitant le repérage de la bipolarité. Cet argument est clairement établi dans la littérature [96], [100] notamment en ce qui concerne les addictions et les troubles anxieux. : 65 % des patients bipolaires souffrent de comorbidités dont 42 % de troubles anxieux, 42 % de troubles d'utilisation de substances et 9,5 % de troubles du comportement alimentaire [99]. Les troubles de la personnalité et les dépressions névrotiques ou réactionnelles sont souvent les premiers diagnostics posés durant la période sans traitement adapté.

Dans la littérature, une explication du retard au diagnostic est que la dépression est la manifestation initiale la plus fréquente des troubles bipolaires, et les patients passent environ trois fois plus de temps en phase dépressive qu'en phase maniaque. Face à un patient déprimé,

il est difficile de savoir s'il souffre d'un trouble dépressif unipolaire ou s'il va par la suite développer un trouble bipolaire [82]. Tous les tableaux cliniques de dépression, du plus banal au plus marqué peuvent se rencontrer. Il est donc important de rechercher des indices de bipolarités devant tout type de dépression. De nombreux auteurs ont essayé de dégager les éléments permettant de distinguer les dépressions unipolaires des bipolaires, dans le souci de pouvoir évoquer plus précocement le diagnostic. F. Goodwin et K. Jamison [83] répertorient les éléments suivants. Les dépressions bipolaires ont un début plus précoce, sont plus à risque suicidaire et sont plus souvent associées à des éléments psychotiques. Dans la symptomatologie on retrouve plus fréquemment une hypersomnie, une hyperphagie, un ralentissement moteur important, un état plus sévère le matin, un état anxieux et agité avec irritabilité ou crise de colère. Certaines formes sévères de dépression comme le type mélancolique ou avec caractéristiques psychotiques doivent faire évoquer le diagnostic de manière systématique. Selon Conus et al. [82] en 2008, l'une des causes importantes de retard dans le traitement des troubles bipolaires réside dans le fait que les états maniaques et hypomaniaques restent souvent non diagnostiqués durant les phases initiales du trouble, ceci pour plusieurs raisons :

- la présentation est souvent atypique chez l'adolescent et le jeune adulte (épisodes mixtes, irritabilité, excès d'énergie et fuite des idées plutôt qu'euphorie et idées de grandeur) ;
- la présence fréquente et simultanée de symptômes psychotiques induit un risque important de confusion avec la schizophrénie ;
- les troubles du comportement conduisent à la confusion avec les troubles de la personnalité ;
- le taux élevé de comorbidité (avant tout abus de substances) complique souvent la présentation ;
- la manie et l'hypomanie sont souvent vécues comme agréables et ne motivent pas les patients à demander de l'aide (retard dans la démarche de soin)

c) Les facteurs prédictifs de bipolarité repérés par les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont dans l'ensemble tous insisté sur le fait que la connaissance du patient dans sa globalité était un point fort des soins primaires dans l'orientation diagnostique de cette pathologie, ce que nous pensons également. Le médecin généraliste en France est au

cœur du système de soins et a un rôle de prévention et de dépistage au premier plan. La médecine générale est basée sur la conjonction de quatre caractéristiques indissociables : les soins primaires, la continuité des soins, les soins personnalisés, les soins à la constellation famille et/ou à la communauté. Cette position professionnelle va permettre d'accéder « naturellement » à des informations essentielles tant pour la lecture et l'analyse des demandes de soins que pour les réponses curatives et préventives.

Dans les facteurs associés à la bipolarité établis dans la littérature, bon nombre sont des indices repérables dans l'histoire du patient, ce qui fait du médecin généraliste un acteur important dans l'amélioration du retard diagnostic. Les antécédents personnels et familiaux ainsi que l'histoire de vie des patients notamment les situations socioprofessionnelles complexes et les addictions sont les principaux facteurs recherchés ou repérés par les médecins généralistes, d'où l'importance de connaître le patient. On note également, toujours dans ce sens, que les deux médecins remplaçants interrogés reconnaissent les difficultés au repérage de ces éléments quand il y a une très faible connaissance du patient. L'étude *Mental Illness in General Health Care* de l'Organisation mondiale de la santé dans 14 pays a quantifié ce phénomène en montrant qu'être le généraliste habituel d'un patient permet de doubler les scores de reconnaissance des troubles mentaux [101]. Nos résultats vont également dans ce sens qu'une approche médicale ponctuelle, non personnalisée, dispersée et/ou non coordonnée contribue à un risque d'erreur ou de retard diagnostique.

L'intuition ou sorte de 6eme sens est un élément que l'on retrouve souvent dans la littérature concernant les soins primaires [97]. Plusieurs médecins l'ont évoqué à propos de leur patients dépressifs qu'ils ne ressentent pas comme « une dépression classique » sans pour autant avoir des critères objectifs pour le définir.

L'échec du traitement antidépresseur ou une efficacité trop rapide sont des facteurs repérés en soins primaires probablement car les médecins généralistes sont globalement assez à l'aise avec la prescription d'antidépresseurs même en première intention. Ils sont donc amenés à réévaluer l'efficacité et la tolérance de ces traitements dans le cadre du suivi et donc à s'interroger quand l'efficacité est jugée « atypique ».

La labilité de l'humeur et le comportement exalté sont des éléments de connaissance générale de la pathologie bipolaire en soins primaires et donc facilement associés comme tel quand ils sont repérés.

Enfin, on notera la quasi non utilisation par les médecins interrogés, des échelles d'orientation diagnostique pourtant validées pour la pratique de soins primaires [78], [80]. Ceci s'explique également par un défaut soit de connaissance de leur existence, soit de connaissance de leur utilisation en pratique. Par contre, les médecins qui l'utilisent, l'utilisent très régulièrement pour le dépistage comme pour le suivi.

d) Pistes pour l'amélioration des freins au dépistage

- Le risque suicidaire comme levier motivationnel :

Comme nous nous y attendions, le souci principal des médecins de soins primaires est de dépister l'urgence médicale dans un premier temps. L'évocation des troubles de l'humeur entraîne immédiatement l'association au risque suicidaire et sa prévention. Ce risque suicidaire n'est pas toujours perçu dans l'esprit des praticiens interrogés comme plus fortement associé au trouble bipolaire, hors le trouble bipolaire favorise les conduites suicidaires avec un taux de suicide 15 à 30 fois supérieure à la population générale [84]. Les médecins généralistes ayant la connaissance de cette association comme le médecin 8 paraissent d'autant plus vigilant au dépistage de la dépression bipolaire. Il en découle également une prudence quant à la prescription d'antidépresseurs chez ces patients : « *On ne met pas d'antidépresseur quand le risque suicidaire semble élevé...* » M8.

Il nous semble que le renforcement des connaissances à ce sujet pourrait interpellé une majorité de praticiens de soins primaire à augmenter leur vigilance quant au dépistage de la bipolarité.

- Diffusion des connaissances :

Le sociologue Aiach a montré que l'intérêt pour les questions psychologiques était bien plus fort que pour la psychiatrie. Les médecins généralistes qui identifient le plus les troubles mentaux sont ceux qui sont le plus intéressés par ces questions [102].

Les médecins généralistes réalisent au cours de leur carrière une formation médicale continue qui les amène à mettre à jour des connaissances sur des pathologies variées. Cependant, ils ont le choix de se former sur une discipline ou une autre en particulier. Les médecins généralistes non intéressés par la psychiatrie ne pourront donc pas intégrer de nouvelles notions concernant les pathologies psychiatriques pourtant rencontrées dans leur pratique quotidienne. Peut-être

faudrait-il rendre les formations concernant cette discipline plus adaptés pour les soins primaires afin de susciter l'intérêt pour certains confrères ?

Une étude française de 2011 a montré que la formation des médecins généralistes au dépistage et à la prise en charge des troubles bipolaires avait un impact significatif sur le repérage des patients bipolaires et la prescription de thymo-régulateurs [85].

Par ailleurs, de plus en plus de médecins généralistes participent à des groupes de pairs qui consistent en des réunions régulières pour échanger sur leurs pratiques. C'est également un bon moyen de diffuser leurs connaissances. Comme les centres d'intérêts des médecins participant à ces groupes vont être variés, les connaissances le seront aussi. Cela peut être un bon moyen pour les médecins généralistes intéressés par la problématique du trouble bipolaire et les pathologies psychiatriques de diffuser leurs connaissances concernant les facteurs prédictifs de bipolarités ou l'utilisation des échelles de dépistage.

Enfin, beaucoup de connaissances et de mise en place de pratiques se font durant le troisième cycle d'étude médicale qui est une période très riche sur le plan pédagogique. Malheureusement le cloisonnement entre les étudiants en psychiatrie et les autres étudiants limite les échanges concernant nos spécialités. Or même un échange informel sur les pathologies rencontrées par les uns et les autres pourrait stimuler l'intérêt des pathologies psychiatriques chez les futurs confrères de soins primaires, et modifier ce ressenti de « pathologies trop complexes » retrouvé dans nos résultats.

- L'amélioration de l'accès aux spécialistes :

Une meilleure organisation des réseaux de soin locaux avec notamment l'intégration des psychiatres libéraux sur certains axes thérapeutiques ou une collaboration bien définie pourrait être envisagée afin d'améliorer l'accès aux spécialistes et la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients. Cependant, il faut noter que la démographie médicale actuelle et à venir compromet l'accès aux soins de manière globale.

Pour faire face à ce travail en réseau parfois laborieux, la Haute Autorité de santé (HAS) publie une note de cadrage relative à une meilleure « coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » afin d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients. Le texte a été validé par le collège le 23 avril dernier. Ce projet vise à « identifier des dispositifs de coordination éprouvés, pertinents pour les professionnels, répondant aux attentes des patients et de leur entourage et à les promouvoir » [103].

e) Nécessité d'un nouvel outil de soins primaire ?

L'objectif secondaire était d'évaluer la nécessité d'un nouvel outil ressenti par les praticiens de soins primaires. Aux vues de nos résultats, la majorité des médecins ne ressent pas le besoin d'un outil spécifique et explique ne pas utiliser ceux déjà existants et validés dans leur pratique. Il semble effectivement inutile de développer une échelle ou un questionnaire d'aide au diagnostic qui ne serait pas plus utilisé que ceux de référence. Cependant deux médecins ont évoqué l'aide qu'apporterait un outil mnémotechnique pour repérer les facteurs prédictifs de bipolarité en pratique et cette option nous semblerait plus efficace dans la mesure où elle pourrait en partie pallier au déficit de connaissance de ces facteurs.

2. Forces et faiblesses de l'étude

a) Les forces

Beaucoup d'études ont été réalisées pour mettre en évidence les défauts de diagnostic de bipolarité dans la population générale et notamment en soins primaires [86], [87], [88], [89] mais peu d'études se sont intéressées aux difficultés de réalisation de ces diagnostics rencontrés par les praticiens de soins primaires. Or, afin d'améliorer ce repérage, il nous semble essentiel de comprendre les freins ressentis par les médecins généralistes dans la prise en charge de ces pathologies.

La préoccupation qui prévaut pour les cliniciens et qui transparaît dans la littérature internationale est la reconnaissance aussi précoce que possible du trouble bipolaire face aux récurrences dépressives, laquelle repose sur la recherche des indices de bipolarités [90], [91]. La diminution du retard diagnostique du trouble bipolaire constitue un enjeu de santé publique majeur sur le plan international. En France, le médecin généraliste est en première ligne dans la rencontre avec le patient, que ce soit pour la prise en charge de symptômes dépressifs ou de comorbidités associées au trouble bipolaire. Aussi comprendre sa pratique permet donc de proposer des solutions pour l'amélioration du repérage de cette pathologie.

Il s'agit d'un sujet d'actualité puisque les autorités sanitaires françaises ont, dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge du trouble dépressif au sein du programme « psychiatrie et santé mentale » qui s'échelonne de 2013 à 2016, émis une note de cadrage qui vise à présenter

le projet d'élaboration d'une fiche mémo « Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours » [104].

Les objectifs de cette fiche mémo sont :

- Améliorer le repérage des patients souffrant d'un trouble bipolaire en premier recours.
- Améliorer par un repérage précoce la prévention des complications des troubles bipolaires.

Cette fiche mémo est principalement destinée aux médecins de premier recours : les médecins généralistes. Notre recherche s'inscrit donc dans cette continuité d'action et vient donc enrichir la littérature sur cette thématique.

Les critères de qualité et de rigueur des études qualitatives [92] ayant été respectés lors de la réalisation de notre étude, cela nous a permis de nous assurer de son critère de validité interne. La méthode de recueil des données est clairement exposée dans notre paragraphe « Matériel et méthode » ; les données recueillies sont conformes à la réalité et tous les entretiens ont été transcrits de façon minutieuse ; une triangulation a par ailleurs été réalisée lors de l'analyse des données.

Tout cela assure donc la fiabilité de cette analyse.

b) Les limites

Nous pouvons nous poser la question de la puissance de notre étude. Certains auteurs semblent recommander l'analyse d'une centaine de verbatim pour atteindre une saturation des données suffisante ; d'autres, encore, observent, selon les statistiques, que la réalisation de 15 à 20 entretiens est, pour ce faire, suffisante [81].

Nous avons eu, malgré la faiblesse de l'échantillon de notre étude, le sentiment d'atteindre une saturation des données au bout de 12 médecins interrogés.

Le manque d'expérience de l'enquêteur est également une des limites de l'étude, avec l'existence probable de réponses induites lors de la réalisation des entretiens. En effet, il a pu d'une part engendrer des biais verbaux, tels que :

- des évaluations morales : l'enquêteur intervient personnellement au cours de l'entretien en faisant connaître son approbation ou sa désapprobation, c'est-à-dire en donnant son opinion personnelle, ce qui n'a pas lieu d'être.
- des reprises biaisées : l'enquêteur reformule de façon imparfaite les propos de la personne interviewée en l'amenant vers une position qui n'est pas vraiment la sienne.

D'autre part, il a pu être émis des suggestions non verbales mal maîtrisées : doute dans la voix, regard gêné, ton plus affirmatif par exemple.

Tous les éléments suscités ont ainsi pu engendrer des modifications dans les propos des médecins et/ou induire des réponses qu'ils n'auraient pas forcément exprimées spontanément.

c) Les biais

Le principal biais de notre étude est un biais de sélection de la population de l'échantillon. En effet, le recrutement des médecins ne s'est effectué que dans les zones d'exercice de remplacement de l'interviewer. La diversification des lieux de recrutement (plutôt urbain dans notre étude) aurait peut-être permis d'obtenir un échantillon plus varié. Pour limiter ce biais, nous avons néanmoins tenté de constituer des profils de médecins très hétérogènes, de façon à obtenir un échantillon le plus divers et représentatif possible.

On note également un biais d'interprétation inhérent à la méthode de recherche qualitative. En effet, l'existence d'une différence de codage thématique selon les chercheurs lors de la triangulation révèle la subjectivité du codage des entretiens.

2) Perspectives

Cette étude faite auprès d'un petit échantillon de médecins généralistes du Poitou-Charentes et de la Gironde nous a permis d'appréhender les ressentis et les pratiques des médecins généralistes concernant leurs patients dépressifs et le repérage du trouble bipolaire. Ceci nous a permis d'entrevoir des pistes qui pourraient améliorer ce repérage et ainsi réduire le retard diagnostique de cette pathologie.

L'effectif de notre étude étant relativement faible. D'autres études qualitatives sur des zones géographiques plus importantes pourraient apporter d'autres éléments de réponses.

De plus, des études quantitatives auprès d'échantillons représentatifs des médecins généralistes permettraient de confirmer si les suggestions d'améliorations identifiées dans notre étude sont représentatives de l'opinion des médecins français. Elles permettraient également d'identifier quel moyen de sensibilisation des praticiens de soins primaires au repérage de la bipolarité serait le plus efficace.

V. CONCLUSION

La prévalence des troubles psychiques dans la population et la place de la médecine générale dans les soins médicaux primaires conduisent le médecin généraliste à être impliqué dans tous les champs de la santé mentale. Les questions de prévention, de soins et de réinsertion sont interdépendantes. Elles constituent les multiples facettes d'interventions dans lesquelles les données somatiques, familiales et sociales sont intriquées. Les stratégies explicites et implicites mises en œuvre s'appuient sur les spécificités de la médecine générale.

Les troubles bipolaires sont, dans leur majorité, diagnostiqués tardivement et traités après plusieurs années d'évolution et après l'intervention de plusieurs médecins. A priori, le diagnostic devrait être facile en raison de l'évolution périodique des troubles et de la symptomatologie maniaque et hypomaniaque caractéristique. Dans la pratique, il s'avère que ce n'est pas si simple, du fait de la fréquence des troubles associés qui peuvent masquer la symptomatologie thymique, et de la méconnaissance ou de la banalisation des phases d'exaltation par le sujet lui-même.

Dans notre étude, nous avons pu constater que les médecins généralistes interrogés savaient repérer les facteurs prédictifs de bipolarité mis en évidence dans la littérature. Ce repérage est plus ou moins sciemment mené; les généralistes s'appuyant également sur leur instinct pour leur prise en charge.

Cependant, la majorité des praticiens de soins primaires de notre étude exprime une réticence à diagnostiquer seul un trouble bipolaire ainsi qu'à instaurer une thérapeutique adaptée sans avis spécialisé. Cette relation avec le spécialiste apparaît elle aussi comme défailante.

L'amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux est un des objectifs fixés par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de son programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Le projet est décliné en deux volets : le volet 1 dont l'objectif est de mettre à disposition des acteurs professionnels, institutionnels et usagers, un état des lieux des pratiques et une synthèse des données scientifiques sur la coordination et la communication interprofessionnelles dans la prise en charge des troubles mentaux et le volet 2 établissant des préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.

Par ailleurs, toujours dans un souci d'amélioration du dépistage du trouble bipolaire, les autorités sanitaires ont en projet l'élaboration d'une fiche mémo « Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours » à destination des différents acteurs de soins en santé mentale et surtout en soins primaire.

Il sera alors intéressant de réévaluer la qualité du dépistage de la pathologie bipolaire après la mise en place de ces projets qui visent la coordination des soins et la diffusion des connaissances sur ce trouble auprès des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Drancourt N, Etain B, Lajnef M et al. Duration of untreated bipolar disorder : missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 2013, *127* : 136-144
2. World Health Organization- the world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva. Switzerland: World Health Organization-2002
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990b Nov 21; 264(19):2511-8, 2005
4. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. Prevalence comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol*. 2007; 3:137-58
5. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar; 68(3):241-51
6. Rouillon F. Epidemiology of bipolar disorders current studies. *Encephale* 1997 Jan
7. Rouillon F. Epidemiologie des troubles bipolaires, *L'information psychiatrique*. 2005 ; 81 (10) : 863-8
8. Rouillon F. Epidemiologie des troubles psychiatriques. *Annales medicopsychologiques* 2008
9. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(2):161-74
10. Collins PY, Patel V, Joestl SS et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*, 2011, 475 : 27-30
11. Leboyer M, Kupfer DJ. Bipolar disorder : new perspectives in health care and prevention. *J Clin Psychiatry*, 2010, 71 : 1689-1695
12. 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
13. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ et al. A prospective investigation of a natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2003, 60 : 261-269
14. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re- evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disorder* 2000 Sep

15. Dunner DL. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disord* 2003 Dec
16. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. « Cade's disease » and beyond : misdiagnosis antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002 Mar
17. Perlis RH, Brown E, Baker RW et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry*.2006 Feb;163(2):225-31
18. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G et al. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Mar;62(3):212-6
19. Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF et al. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord*.2008 Feb;10(1 Pt 2):144-52
20. Berk M, Malhi GS, Cahill C et al.The Bipolar Depression rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipolar Disord*.2007 Sep;9(6):571-9
21. Angst J. Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressive Psychosen. Berlin, Springer, 1966
22. Perris, D'Elia G. A Study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses : mortality, suicide, and life cycles. *Acta Psychiatr Scand*, 1966, 42 : 172-183
23. Winokur G, Clayton PJ, Reich T. Manic depressive illness. S Louis. CV Mosby, 1969
24. Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ et al. Switching from « unipolar » to bipolar II : An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictor in 559 patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1995, 52 : 114-123
25. Angst J, Adollfsson R, Benazzi F et al. The HCL-32 towards a self assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*, 2005, 86 : 217-233
26. Akiskal HS, Akiskal K.Cyclothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In : A Tasman, MB Riba. Review of psychiatry, vol 11, ch 3. Washington, American Psychiatric Press, 1993
27. Cassano GB, Akiskal HS, Savino M et al. Proposed sub-types of bipolar II and related disorders : with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament. *J Affet Disord*, 1992, 26 : 127-140
28. Cassano GB, Savino M, Perugi G et al. Major depressive episode : unipolar and bipolar II. *Rencontres thématiques internationales, unipolaires et bipolaires : les deux maladies de l'humeur*, Bordeaux, 2 mars 1991. *Encephale*, 1992, XVIII : S15-18
29. Akiskal HS. Le spectre bipolaire : acquisitions et perspectives cliniques. *Encephale* 1995 (n° Spécial VI) : 3-12
30. Berk M, Malhi GS, Cahill C et al.The Bipolar Depression rating Scale (BDRS):its development, validation and utility.*Bipolar Disord*.2007 Sep;9(6):571-9

31. Angst J. Épidémiologie du spectre bipolaire. *Encephale* 1995 (n° Spécial VI) : 13-20
32. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*.1996 Jul 24-31;276(4):293
33. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. Prevalence comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol*.2007;3:137-58
34. Collins PY, Patel V, Joestl SS et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*, 2011, 475 : 27-30
35. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*.2007;64:543-552
36. Judd LL, Akiskal HS. 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 Disorder*. 2003 Janv
37. Hirschfeld RM, Lewis L, Vernik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national Depressive and Manic-Depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*.2003.64:16-74
38. Colom F, Vieta E, Daban C et al. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1-3):13-7
39. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. « Cade's disease » and beyond : misdiagnosis antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002 Mar
40. Rosa AR, Andreazza AC, Kunz M et al. Predominant polarity in bipolar disorder: diagnostic implications. *J Affect Disord*. 2008 Apr; 107(1-3):45-51
41. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*.1990b Nov21;264(19):2511-8, 2005
42. Bellivier F, Golmard JL, Henry C et al. Admixture analysis of age at onset in bipolar I affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 May;58(5):510-2
43. Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M et al. Age at onset in bipolar I affective disorder : further evidence for three subgroups *Am J Psychiatry*. 2003 May;160(5):999-1001
44. Solomon DA, Leon AC, Maser JD et al. Distinguishing bipolar major depression from unipolar major depression with the screening assessment of depression polarity (SAD-P). *J Clin Psychiatry*.2006 Mar ; 67(3) :434-42
45. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*.1990b Nov21;264(19):2511-8, 2005

46. Zisook S, Rush AJ, Albala A et al. Factors that differentiate early vs. later onset of major depression disorder. *Psychiatry Res.* 2004 Dec 15;129(2):127-40
47. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ 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.* 2003b Jan;73(1-2):19-32
48. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L. Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disord.* 2005 Oct;7(5):465-70
49. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity survey Replication (NCS R). *JAMA.* 2003 Jun 18;289(23):3095-105
50. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS et al. Epidemiology of major depressive disorder: results from the national Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Oct;62(10):1097-106
51. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic depressive illness*, New York, Oxford University Press, 1990
52. Keck PE, McElroy SL, Strakoski SM, et al. 12 month outcome of patient, the bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry*, 1998, 155 : 646-652
53. Angst J, Azorin JM, Bowden CL et al. Prevalence in characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode. *Arch Gen Psychiatry*, 2011, 68 : 791-798
54. Goldgerg JF, Perlis EH, Bowden CL, et al. Manic symptoms during depressive episodes in 1380 patients with bipolar disorder : finding from the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 2009, 166 : 173-181
55. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal H et al. Prévalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *J Affect Disord*, 2012, 138 : 440-448
56. Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). *Eur Psychiatry*, 2004, 19 : 85-90
57. 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 Affect Disord*, 2003, 73 : 133-146
58. First MB. DSM-5 proposals for mood disorders : a costbenefit analysis. *Curr Opin Psychiatry*, 2011, 24 :1-9
59. Akiskal H. Targeting suicide prevention to modifiable risk factors : has bipolar II been overlooked ? *Acta Psychiatr Scand*, 2007, 116 : 395-402

60. Akiskal HS, Benazzi F, Perugi G, Rhimer Z. Agitated « unipolar » depression re-conceptualized as a depressive mixed state : implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord*, 2005, 85 : 245-258
61. Benazzi F, Akiskal H. Irritable-hostile depression : further validation as bipolar depressive mixed state. *J Affect Disord*, 2005, 23 : 40-48
62. Benazzi F. Bipolar disorder : focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*, 2007, 369 : 935-945
63. Baldessarini RJ, Vazquez G, Tondo L. Treatment of cyclothymic disorder : commentary. *Psychother Psychosom*, 2011, 80 :131-135
64. Alloy LB, Urosevic S, Abramson LY, Jager-Hyman S et al. Progression along the bipolar spectrum : a longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. *J Abnorm Psychol*, 2012, 121 : 16-27
65. Simon NM, Orro MW, Wisniewski SR et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients : data from the first 500 participants in systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD) *Am J Psychiatry*, 2004, 161 :2222-2229
66. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E et al. Prevalence correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64 : 830-842
67. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54 : 313-321
68. Marremmani I, Pacini M, Lamanna F et al. Mood stabilizers in the treatment of substance use disorders. *CNS spectrum*, 2010, 15 : 95-109
69. Drancourt N, Etain B, Lajnef M et al. Duration of untreated bipolar disorder : missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 2013, 127 : 136-144
70. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illness among persons with bipolar disorder : a review. *Psychiatr Serv*, 2009, 60 : 147-156
71. Goldstein BI, Houck PR, Karp JF. Factors associated with pain interference in an epidemiologic sample of adults with bipolar I disorder. *J Affect Disord*, 2009, 117 : 151-156
72. Arnold LM, HudsonJI, Keck PE et al. Co-morbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry*, 2006, 67 : 1219-1225
73. Agosti V, Stewart JW. Atypical and non-atypical subtypes of depression : comparison of social functioning, symptoms, course of illness, co-morbidity and demographic features. *J Affect Disord*, 2001, 65 : 75-79

74. Henry C, Van den bulke D, Bellivier F et al. Affective lability and affect intensity as core dimensions of bipolar disorders during euthymic period. *Psychiatry Res*, 2008, 159 : 1-6
75. M'bailara K, Demotes-Mainard J, Swendsen L et al. Emotional hyperreactivity of normothymic bipolar patients faced with neuronal stimulations. *Bipolar Disord*, 2009, 11 : 1-7
76. Akiskal HS. The bipolar spectrum : new concepts in classification and diagnosis. In : L Grinspoon. *Psychiatry Update*. Washington, American Psychiatry Press, vol. II : 1983 : 271-292
77. Bourgeois ML, Verdoux H, Peyre F, Dupart A. Indices et facteurs prédictifs de bipolarité dans les états dépressifs. Etude de 219 patients hospitalisés pour dépression. *Ann Méd Psychol*. 1996, 154 : 577-588
78. Hantouche EG, Angst J, Lancrenon S et al. Faisabilité de l'autoévaluation dans le dépistage de l'hypomanie. *Ann Méd Psychol*, 2006, 164 : 721-25
79. Hirschfeld R, Williams J, Spitzer R et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder : the mood disorder questionnaire. *Am J Psychiatry*, 2000, 157 : 1873-1875
80. Rouillon F, Gasquet I, Garay RP et al. Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : enquête Bipolact Impact. *Ann Méd Psychol*, 2009, 167 : 611-615
81. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Lille : Université de Lille II, 2009, 39 p. Disponible sur : <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>. (consulté mars 2015).
82. Conus P, Berger G, Theodoridou A, Schneider R, Umbricht D, Michaelis-Conus K, et al. Intervention précoce dans les troubles bipolaires. *Forum Méd Suisse* 2008;8(17):316-9
83. Goodwin FK, Jamison KF. *Manic-depressive illness*. New York, Oxford University Press, 2007
84. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 1997, 170 : 205-228
85. Rouillon F, Gasquet I et al. Impact of an educational program on the management of bipolar disorder in primary care. *Bipolar Disorders* 2011, 13 : 318-322
86. Frederick T. Lewis, Ethan Kass, Robert M. Klein. An Overview of Primary Care Assessment and Management of Bipolar Disorder ; *JAOA Supplement* 6 • Vol 104 • No 6 • June 2004
87. Mark Olfson et al. Bipolar Depression in a Low-Income Primary Care Clinic ; *Am J Psychiatry* 2005; 162:2146–2151
88. Dubovsky SL, Leonard K, Griswold K, et al. Bipolar disorder is common in depressed primary care patients. *Postgraduate Medicine* Sept 2011, vol. 123 (5), pp.129-33

89. B. Weber-Rouget, J-M. Aubry. Dépistage des troubles bipolaires : une revue de la littérature. L'Encephale, Juin 2008
90. Angst J, Azorin JM, Bowden CL et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode : the BRIDGE study. Arch Gen Psychiatry, 2011, 68 : 791-798
91. Azorin JL, Angst J, Gamma A et al. Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression : finding from the international BRIDGE study. J Affect Disord, 2012, 136 : 710-715
92. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;19(84):142-5. 2008;19(84):142-5.25 ([uploads/Validite%20interne%20par%20type%20d'etude.pdf](http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Validite%20interne%20par%20type%20d'etude.pdf). [Internet]. [consulté 16 avril 2015]. Disponible sur : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Validite%20interne%20par%20type%20d'etude.pdf>.) (Mays N, Pope C. Qualitative Research in Health Care. Assessing quality in qualitative research. BMJ Books. 2000;320:50-2.
93. C. Passerieux : Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78 : Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 165, Issue 10, December 2007, Pages 741-745
94. http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
95. <http://www.fondation-fondamental.org/> (consulté en Avril 2015)
96. Mc Elroy S, Altshuler L, Suppes T et al. Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 420-6.
97. Magali Coppens, Pierre Barraine, Marie Barais, Patrice Nabbe, Christophe Berkhout, Erik Stolper, Jean-Yves Le Reste. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exercer* 2011;95:16-20
98. Gallais JL et Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*, 37-956-A-20, 2002, 6 p.
99. Mc Elroy S, Altshuler L, Suppes T et al. Psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 420-6.
100. Thomas P. The many forms of bipolar disorder: a modern look at an old illness. *J Affect Disord* 2004 ; 79 : S3-S8.
101. Ustûn TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. An international study. New York : OMS-John Wiley, 1995 : 1-395
102. Aiach P, Cebe D. Diagnostic et gestion du trouble psy en médecine générale. *Synapse* 1986 ; 23 : 23-41

103. « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux » Note de cadrage du 23 avril 2015. HAS
104. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has (consulté le 28 mai 2015)

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



INTRODUCTION

Les troubles bipolaires sont fréquents, responsables de surmortalité et coûteux pour le sujet qui en souffre mais aussi pour sa famille et la société. L'amélioration de l'identification diagnostique des troubles bipolaires est capitale pour engager un traitement adapté dont la précocité est un élément important du pronostic. Le médecin généraliste a, par sa spécificité, une connaissance du patient dans sa globalité. L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux du repérage des troubles bipolaires de l'humeur en pratique courante de soins primaires.

METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés, menée auprès de 12 médecins généralistes de Mai à Décembre 2014. Le but était de recueillir un éventail d'opinions large avec des réponses diverses de la part des médecins généralistes interrogés.

RESULTATS

Les pathologies psychiatriques sont ressenties comme complexes et usantes, nécessitant une modification de leur pratiques. La peur de la stigmatiser le patient entraîne une volonté de prise de recul sur les symptômes et un besoin de réseaux spécialisés avec une difficulté d'accès ressentie. La méconnaissance de la pathologie ainsi que les comorbidités sont des freins au repérage. Les facteurs prédictifs de repérés par les médecins généralistes sont globalement ceux retrouvés dans la littérature. A cela s'ajoute une intuition médicale qui influe sur la prise en charge.

CONCLUSION

L'amélioration du retard diagnostique du trouble bipolaire paraît liée à une plus grande diffusion des connaissances de cette pathologie ainsi qu'à une coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins en santé mentale qui sont les objectifs fixés par la Haute Autorité de Santé dans son programme « psychiatrie et santé mentale ».