

# Les troubles bipolaires de l'humeur : les points essentiels en médecine générale

Professeur Gilles Bertschy

Service de Psychiatrie II

Pôle de psychiatrie et santé mentale

Hopitaux Universitaires de Strasbourg

Ce chapitre ne vous propose pas une revue complète du trouble bipolaire tel qu'on pourrait l'enseigner à des étudiants en médecine avec l'objectif de leur donner une vision d'ensemble des soins psychiatriques aux patients souffrant de troubles bipolaires.

Ce chapitre se focalise sur des aspects essentiels du point de vue de la pratique du médecin généraliste. C'est pourquoi après (1) un bref rappel critique sur le champ des troubles bipolaires, nous aborderons (2) les enjeux et risques de la non reconnaissance du trouble bipolaire et (3) la question du dépistage des troubles bipolaires de type II.

## ***Le champ des troubles bipolaires***

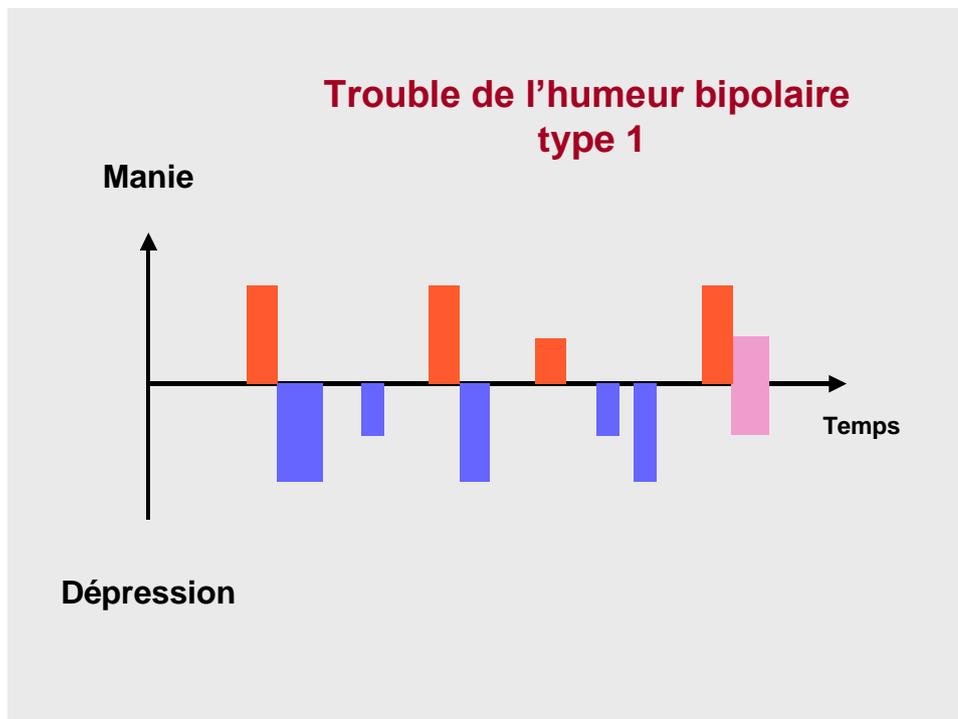
Les troubles bipolaires de l'humeur sont caractérisés par la survenue d'épisodes d'élévation anormale et persistante de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable. Cette modification de l'humeur s'accompagne de modifications de l'activité psychique et du comportement dans le sens d'une activation ou d'une excitation que nous préciserons plus loin.

Lorsque l'ensemble de ces modifications sont suffisamment sévères pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation, on qualifiera ces épisodes d'épisodes **maniaques**. Lorsque ces modifications sont moins sévères, on qualifiera ces épisodes d'**hypomanes**. Une durée minimale de plusieurs jours (quatre dans les deux classifications nosographiques dominantes) est requise pour le diagnostic d'hypomanie, d'une semaine pour le diagnostic de manie. Les patients bipolaires développent à un moment ou à un autre des **épisodes dépressifs** majeurs, mais cette règle générale souffre des exceptions. Lorsqu'un épisode associe des symptômes maniaques et des symptômes dépressifs on le qualifie d'**épisode mixte**.

Lorsque le patient a présenté au moins un épisode de manie, on qualifie son trouble de **bipolaire de type I**. C'est le type clinique qui correspond à l'appellation traditionnelle, qui a maintenant été abandonnée, de **psychose maniaco-dépressive**. Le terme psychose était lié à

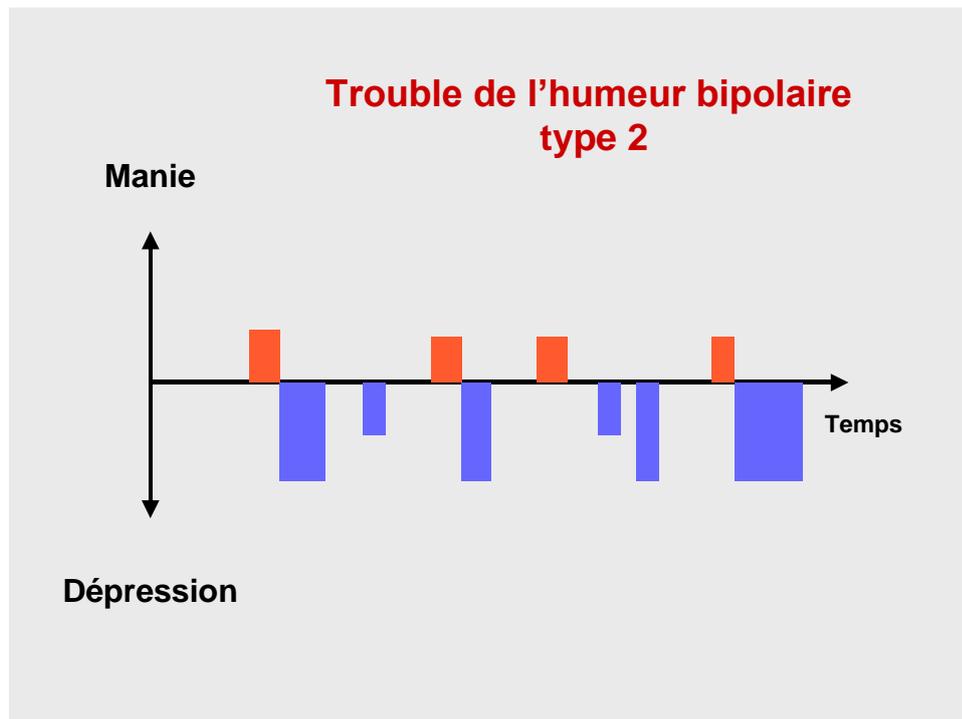
une conception de la nosographie s'appuyant sur la distinction névrose-psychose liée à la théorie psychanalytique. Si cette distinction ne s'applique plus dans le champ des troubles de l'humeur, il reste que les patients bipolaires peuvent présenter au cours d'épisodes dépressifs comme au cours d'épisodes maniaques, des caractéristiques psychotiques à type d'idées délirantes, d'hallucinations ou de manifestations catatoniques.

Nous proposons ci-dessous une représentation graphique des épisodes de troubles de l'humeur avec sur l'axe des ordonnées des épisodes de troubles de l'humeur selon leur intensité et leur polarité (dépression vers le bas et manie vers le haut ; épisode mixte à cheval sur la ligne de base) et, et sur l'axe des abscisses le temps. Nous utilisons dans notre pratique de telles représentations graphiques pour résumer l'évolution du trouble bipolaire d'un patient donné.



En miroir de la définition du trouble bipolaire de type I, on peut définir le **trouble bipolaire de type 2** par la survenue chez un patient donné de seuls épisodes hypomanes sans qu'aucun d'entre eux ne soit de sévérité suffisante pour justifier le diagnostic d'épisode maniaque.

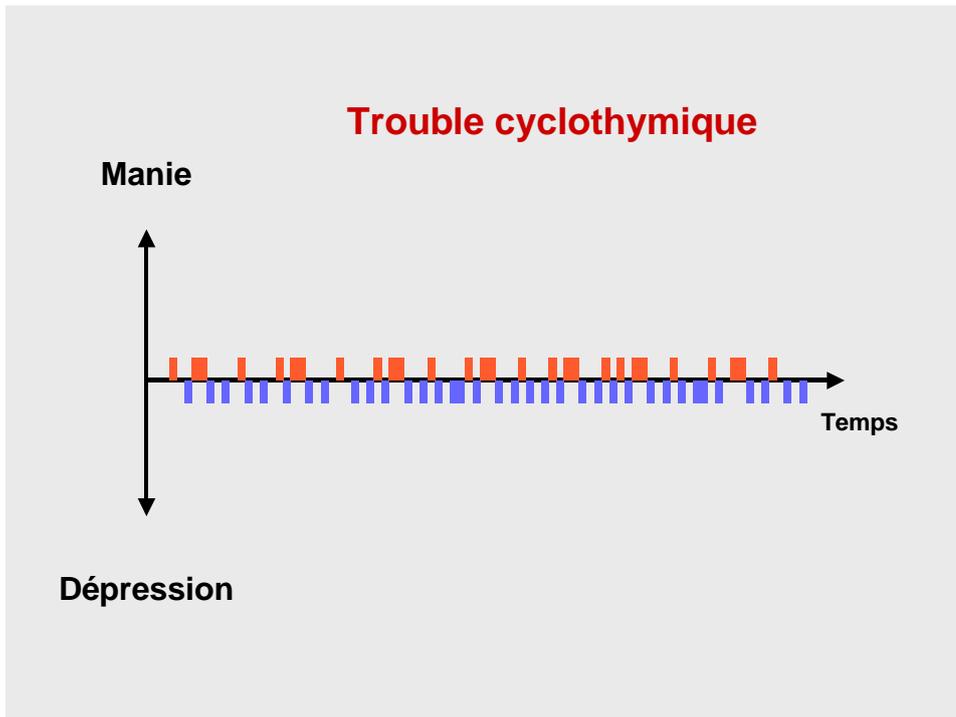
Ces deux grandes catégories peuvent donc recouvrir des réalités très diverses. Un patient qualifié de bipolaire de type II peut n'avoir fait qu'un ou deux épisodes hypomanes et beaucoup d'épisodes dépressifs alors qu'un autre patient présentera de fréquents épisodes hypomanes. Certains épisodes n'apparaîtront qu'à l'occasion de traitements antidépresseurs et, sans entrer dans des querelles d'école, on peut considérer qu'ils expriment un degré moindre de la bipolarité que les épisodes hypomanes de survenue spontanée.



Dans cette diversité clinique se pose la question de **la limite entre troubles bipolaires de l'humeur et variations normales** de l'humeur et de l'énergie. Un débat qui reste ouvert est celui de la durée minimale des symptômes hypomanes. Certaines personnes ont des hypomanies qui ne durent qu'un ou deux jours, voire moins..

Un autre concerne l'intensité minimale des symptômes. Certaines hypomanies peuvent être limitées à peu de symptômes. Chez d'autres les symptômes sont peu intenses mais fréquents. C'est le cas du tempérament cyclothymique (que l'on qualifiera de trouble **cyclothymique** seulement lorsqu'il entraîne une répercussion défavorable significative dans la vie du sujet) : il associe sur le long cours la survenue de nombreuses périodes avec des symptômes hypomanes légers ou des symptômes dépressifs légers. Certaines personnes pourront avoir tendance à présenter de façon stable seulement des caractéristiques d'hypomanie légère, que l'on pourrait qualifier de constitutionnelle et on parlera alors de tempérament hyperthymique (ce sont souvent des gens avec une vie très active et riche).

L'extension du concept de trouble bipolaire vers des formes plus discrètes a débouché sur le concept de **spectre des troubles bipolaires**. Cette extension du champ a été fortement critiquée par certains auteurs, d'autant plus que l'industrie pharmaceutique s'est engouffré dans ce qui s'est présenté comme un nouveau marché. Certains articles critiques (comme David Healy cité en référence) sont recommandables pour cultiver notre lucidité sur ces questions, mais nous défendons le point de vue que malgré tout cette extension du concept de bipolarité est bénéficiaire aux patients. Nous partageons avec d'autres spécialistes du domaine le point de vue que dès lors que ces patient souffrent aussi d'épisodes dépressifs majeurs, il est raisonnable de les considérer comme bipolaires type II ou, du spectre des troubles bipolaires, si la touche de bipolarité se limite à une hypomanie brève ou peu intense ( ou induite par les anti-dépresseurs ou mélangée à un état dépressif) ou à un tempérament de base cyclothymique ou hyperthymique. L'enjeu est de faire profiter ces patients d'une attention spécifique pour des risques que nous développonsci-dessous.



### ***Les enjeux et risques de la non reconnaissance du trouble bipolaire***

Le médecin généraliste ne recevra pas un patient parce qu'il est hypomane (sauf si le patient se sait bipolaire) ou cyclothymique. Il le recevra parce qu'il est déprimé et vient chercher de l'aide pour son état dépressif. Les médecins généralistes voient beaucoup de patients déprimés à leur cabinet et ils en traitent eux-mêmes une bonne partie. Comme le risque sur la vie entière de faire un trouble bipolaire de type I est de l'ordre de 0,5 à 1,5 % et celui de faire une dépression majeure de 10 à 20 %, seul un déprimé sur 20 relève du trouble bipolaire de type I. Mais le risque sur la vie entière de trouble bipolaire de type II est de 0,5 à 2 % et celui de formes discrètes relevant du concept de spectre des troubles bipolaires est de 2 à 4%. Même si une petite minorité ne feront pas d'épisodes dépressifs majeurs, c'est quand même **30 à 40 % des déprimés qui émergent au spectre des troubles bipolaires.**

**Qu'est-ce que cela change lorsque je prend en charge un déprimé de savoir qu'il se situe dans le spectre des troubles bipolaires et à fortiori qu'il a un trouble bipolaire de type II ?**

Cela change au niveau de cinq risques:

1. Sous anti-dépresseur ce patient à un risque plus élevé d'**hypomanie** pour laquelle il ne vous rappellera souvent pas parce que cet état est trop plaisant et revalorisant après l'épreuve de la dépression. Il pourra cependant en résulter des conséquences financières, professionnelles et familiales douloureuses et le risque de rechute dépressive au décours est élevé.

2. Sous anti-dépresseur il peut développer un état mixte dont la variante la plus fréquente est **l'état dépressif mixte**, particulièrement difficile à repérer. Cet état, qui peut survenir après une phase d'amélioration initiale, nécessite le recours à des médications anti-maniaques (stabilisateurs de l'humeur ou anti-psychotiques sédatifs ou de nouvelle génération) et le plus souvent un arrêt de l'antidépresseur. Il se présente comme état dépressif en prime abord et il faut rechercher derrière cette présentation dépressive les symptômes d'excitation hypomane tels que notamment l'irritabilité et la tension psychique, la labilité de l'humeur, la tachypsychie subjective (souvent à type de pensées négatives et pessimistes grouillant dans la tête), une absence de ralentissement moteur parfois associée à de l'agitation, une hyperactivité dysphorique voire un discours dépressif trop prolixe.
3. Sous antidépresseur il peut développer **une évolution à cycles rapides**, dont une variante associe une large dominance de phases dépressives (souvent de l'ordre de quelques semaines) à des phases hypomanes très brèves (de l'ordre d'un ou deux jours) qui passeront inaperçues (surtout si elles sont peu marquées). Ces tableaux, comme le le précédent d'état mixte dépressif, risquent à tort d'être pris pour une dépression résistante avec une persévérance nuisible dans l'utilisation des antidépresseurs.
4. Tout ces éléments de labilité émotionnelle, de transition entre inhibition et désinhibition psychomotrice et désespoir devant l'absence de réponse au traitement favoriseront non seulement l'émergence d'**idées suicidaires** mais aussi leur mise en œuvre (les adolescents souffrant de dépressions majeure ont un risque spécifique d'apparition d'idées suicidaires – sans augmentation du nombre de suicide abouti, cependant – au cours de traitements antidépresseurs ; ce constat est à rapprocher du fait que la proportion de troubles bipolaires parmi eux est plus élevée encore que chez l'adulte). Ce risque n'est cependant pas l'apanage des patients déprimés bipolaires.
5. Parce que ces troubles de l'humeur se présentent de façon complexe et variable et qu'ils ont un risque particulièrement élevé de s'associer à des troubles anxieux, des abus de substance, une boulimie et un authentique trouble de la personnalité de type borderline (dont il existe des variantes hystérisiformes pour faire le lien avec une tradition psychopathologique alsacienne), la présence de la dépression ou du trouble de l'humeur risque d'être négligée au profit notamment du diagnostic de **trouble de personnalité**. Ceci dit, cela ne veut pas dire que le traitement du trouble de l'humeur va régler les autres troubles psychiatriques associés.

## ***Le dépistage des troubles bipolaires de type 2***

Il n'est pas absolument simple, mais il est tout à fait accessible au médecin généraliste, sans exiger une formation psychopathologique approfondie. La première difficulté est qu'en règle générale les déprimés, justement parce qu'ils sont déprimés et ont de ce fait des biais cognitifs liés à la dépression, ont de la peine à se remémorer leurs phases hypomanes.

Par ailleurs l'humeur est en général un peu euphorique pendant les phases hypomanes mais elle peut aussi être irritable et si elle était euphorique les patients ne se le rappellent pas forcément ou parfois simplement ne comprennent pas bien ce mot. Il ne faut donc pas clore l'investigation simplement parce que le patient a répondu non à la question « avez-vous déjà connu des périodes où vous vous sentiez euphorique? ».

Il vaut mieux commencer par des questions peu techniques et à adapter à l'âge et au contexte socio-culturel du patient, dont les versions les moins triviales pourraient être « **Avez-vous connu des périodes, de quelques jours ou quelques semaines où vous vous sentiez en super-forme ? des périodes où vous aviez beaucoup d'énergie, où vous étiez capable de faire beaucoup plus de choses que d'habitude ?** ». On peut toujours selon le contexte aider le patient avec des images concrètes empruntées à la mécanique automobile (carburateur plus puissant), l'électricité (augmenter le voltage) ou encore l'informatique (microprocesseur plus rapide) ou aux mathématiques (être à 120 ou 150% de ses moyens habituels).

L'essentiel est de créer le bon amorçage, c'est à dire que le patient fasse le lien entre notre question et son vécu dans la ou les périodes que nous recherchons. Il faut ensuite lui demander de se focaliser sur le souvenir de cette période. Quand il en a eu plusieurs (ce qui est le cas le plus fréquent), il faut lui demander de se focaliser sur celle où cette augmentation d'activité ou d'énergie était la plus marquée.

Après avoir obtenu des informations sur l'augmentation de l'énergie et/ou de l'activité vous pourrez ensuite continuer à privilégier dans votre questionnement le côté **énergie et activation** à la recherche de la survenue au cours de cette même période des symptômes tels que (NB : il faut préciser plusieurs fois en cours d'investigation : « on se focalise toujours sur cette période où vous étiez.... » - reprendre là l'expression qui a semblé la plus parlante au patient):

- La réduction du besoin de sommeil (dormir moins tout en se sentant en pleine forme)
- L'accélération psychique (tout va très vite dans la tête, les pensées défilent)
- La distractibilité (tout stimulus extérieur même insignifiant attire et détourne l'attention)
- Le besoin de parler plus que d'habitude
- 

avec ce que cela peut comporter de **désinhibition** :

- Engagement excessif dans des activités agréables mais aux conséquences dommageables (familiarité inappropriée, achats peu réfléchis, conduites sexuelles inhabituelles...)
- 

pour finir par l'impact sur **la perception de soi et de la vie**, marquée en général par l'optimisme exagéré (tout est possible) en précisant notamment :

- L'augmentation de l'estime de soi (sensation de plaire, d'être irrésistible, avec parfois même une touche mégalomane).
- L'humeur euphorique en sachant qu'elle peut alterner avec ou être remplacée par une humeur irritable (l'humeur doit être distincte de l'humeur non dépressive habituelle du sujet).

Le diagnostic d'une hypomanie nécessite la présence du changement de l'humeur associé à au moins trois autres symptômes parmi ceux présentés ci-dessus et ce pendant quatre jours. Normalement une phase hypomane est identifiée par l'entourage comme un changement du

comportement habituel mais quand il s'agit d'un diagnostic rétrospectif le patient ne se rappelle pas toujours si son entourage lui a fait des remarques. Et si le patient est cyclothymique l'entourage s'est habitué à des incessantes variations d'humeur.

Pour vous faciliter le travail n'hésitez pas à utiliser un questionnaire de dépistage.. Nous vous proposons ci-dessous le **questionnaire de troubles de l'humeur** (traduction et validation française de Weber-Rouget et al 2005 du Mood Diagnostic Questionnaire développé par Hirschfeld et al 2000 ). Sept réponses « oui » à la rubrique 1 et une réponse au moins de type problème mineur à la rubrique 3, prédisent avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité un trouble bipolaire. Il constitue une bonne entrée en matière et un bon aide-mémoire : en faisant commenter au patient chacune de ces réponses vous obtenez une information clinique précieuse

### Le questionnaire de trouble de l'humeur

1.	Est-ce qu'il y a déjà eu une période au cours de laquelle vous n'étiez pas vraiment vous-même et ...	OUI	NON
	...vous vous sentiez tellement bien ou accéléré(e), au point que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas dans votre état habituel ou que le fait d'être tellement accéléré(e) vous attira des ennuis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous vous sentiez tellement irritable que vous avez insulté des gens ou que vous avez déclenché des bagarres ou des disputes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous vous sentiez beaucoup plus sûr(e) de vous que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et vous trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous étiez beaucoup plus loquace ou parliez plus vite que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...les pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir le cours de votre pensée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous étiez si facilement distrait(e) par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir de la peine à vous concentrer ou à rester sur une idée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous étiez beaucoup plus actif(ve) ou faisiez bien plus de choses que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous étiez beaucoup plus sociable ou ouvert(e) que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	...vous étiez beaucoup plus intéressé(e) par la sexualité que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu considérer comme excessives, stupides ou risquées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...les dépenses que vous avez faites ont causé des problèmes à vous ou à votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Si vous avez coché « Oui » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période. <i>Merci de n'entourer qu'une seule réponse.</i>		
	OUI	NON	
3.	A quel point ceci vous a-t-il causé des problèmes – comme être dans l'incapacité de travailler; avoir des problèmes familiaux, financiers ou légaux ; vous impliquer dans des disputes ou des bagarres ? <i>Merci de n'entourer qu'une seule réponse.</i>		
	Aucun problème	problème mineur	problème modéré
			problème sévère

(Hirschfeld et al 2000, version française Weber-Rouget et al 2005)

Si au terme de cette investigation systématique le patient ne répond pas aux critères d'une hypomanie parce que la durée est plus brève ou le nombre ou l'intensité des symptômes un peu trop faible, le diagnostic de trouble bipolaire de type II n'est pas retenu mais le trouble de l'humeur appartient quand même au spectre des troubles bipolaires. Il est alors particulièrement pertinent si les variations sont très fréquentes de rechercher des phases sub-dépressives pour identifier un tempérament ou un trouble cyclothymique ou sinon un tempérament hyperthymique.

Ne craignez pas trop le diagnostic de trouble bipolaire de type II par excès. Le diagnostic est parfois laborieux chez les patients à la phase de dépression et il faut souvent revenir plusieurs fois sur le sujet pour voir petit à petit les réponses se préciser. Les patients bipolaires se caractérisent par un retard diagnostique de plusieurs années : ils ont souvent reçu d'autres diagnostics avant d'être reconnus comme tels. Les **diagnostics par excès** sont le cas de patients avec troubles de la personnalité borderline ou, dans une moindre mesure, un abus de substances, et qui présentent des variations psycho-comportementales ressemblant au trouble bipolaire. Mais n'oublions pas que ces diagnostics peuvent aussi être associés et il n'est pas toujours simple de démêler l'écheveau.

De toute façon la suspicion du trouble bipolaire par le médecin généraliste devrait toujours bénéficier d'une **confirmation par un psychiatre**. Ce souhait peut buter sur le fait que tous les psychiatres, selon les écoles, ne partagent pas la perspective développée dans ce chapitre sur l'étendue du champ des troubles bipolaires et des risques thérapeutiques spécifiques qui s'y rapportent. Mais cela arrive aussi dans d'autres spécialités médicales, non ?

**L'important** est finalement de savoir suspecter la présence d'une dimension bipolaire chez votre patient déprimé car le traitement de son état dépressif peut se révéler plus complexe du fait du risque de virage d'humeur hypomane ou dépressif mixte ou d'évolution de type cycles rapides, du risque d'émergence d'une suicidalité ou de sous-estimer l'importance de la dépression dans un tableau clinique complexe avec comorbidités psychiatriques.

## **Bibliographie**

Bipolar disorder--focus on bipolar II disorder and mixed depression Lancet: 2007; 369: 935-45

Healy D. The latest mania: selling bipolar disorder. PLoS Med; 2006; 3: e185.  
doi:10.1371/journal.pmed.0030185

