

2017-2018

## THÈSE

pour le

### DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

# Place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles bipolaires

**FAUCK Anne-Gaëlle**

Née le 06 décembre 1988 à Evry (91)

Sous la direction de Monsieur FONSEGRIVE Guillaume

Sous la co direction de Madame de CASABIANCA

#### Membres du jury

Madame le Professeur BARON Céline	Président
Monsieur le Docteur FONSEGRIVE Guillaume	Directeur
Madame le Docteur de CASABIANCA Catherine	Codirecteur
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Eric	Membre
Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile	Membre
Monsieur le Docteur PICHON Emmanuel	Membre

Soutenue publiquement le :  
21 décembre 2017



UFR SANTÉ



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Anne-Gaëlle FAUCK  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **20/11/2017**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR** : Pr Isabelle RICHARD

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric LAGARCE

**Directeur du département de médecine** : Pr Nicolas LEROLLE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Géraud	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine

BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie

CHIKH Yamina  
FISBACH Martine  
LAFFILHE Jean-Louis  
LETERTRE Elisabeth  
O'SULLIVAN Kayleigh

Économie-Gestion  
Anglais  
Officine  
Coordination ingénierie de formation  
Anglais

Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine

# REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Céline Baron,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous avez pu enrichir ma réflexion au fil de mon internat au travers de vos cours et lors de la validation du DES. Recevez ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Guillaume Fonsegrive,

Merci d'avoir si spontanément accepté de te lancer dans la direction de ce travail, et su me conseiller de façon si enrichissante et surtout synthétique ! Ton approche littéraire de la médecine et ton soutien sur la longueur m'ont permis de réaliser le projet de thèse qui me correspond, merci encore.

A Madame le Docteur Catherine Decasabianca,

Encore merci pour votre présence et votre analyse subtile lors de nos échanges qui m'ont apporté des axes de réflexion supplémentaires, dans ce travail auquel j'ai pris beaucoup de plaisir. Votre expérience et votre pertinence m'ont permis de mener à bien ce projet.

A Monsieur le Professeur Eric Cailliez et Madame le Docteur Cécile Angoulvant,

Je vous remercie d'avoir si gentiment accepté de participer à mon jury. Je vous exprime toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Pichon,

Je te remercie d'avoir immédiatement répondu présent pour juger mon travail. Ta motivation permanente, ton esprit créatif en consultation, ainsi que ton approche originale et stimulante des patients m'ont beaucoup apporté, aussi bien sur le plan personnel que professionnel.

A Elise,

Travailler avec toi était un plaisir, tu m'as beaucoup appris, et je suis ravie que cela continue (souvent au pied levé pour des avis de dernière minute auxquels tu réponds toujours présente!). J'ai énormément apprécié nos longues discussions et nos petits thérapéutiques. Merci pour ce que tu m'as apporté et ton soutien dans mon parcours.

A tous les médecins et les équipes paramédicales que j'ai pu côtoyer au cours de mes stages ou par la suite, qui m'ont aidée à devenir le médecin que je suis. Une pensée particulière à ceux qui m'ont encadrée et amenée à découvrir l'addictologie, par leur approche aux patients avec un tel esprit d'ouverture, et la richesse des échanges qui en résultent.

A tous les médecins généralistes ayant contribué à ce travail, sans qui cette thèse n'aurait pas pu voir le jour.



# REMERCIEMENTS

A ma famille, mes parents, mes grands-parents, mes frères Yohan et Adrien, qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours, m'ont permis d'en arriver à cette soutenance malgré des moments parfois difficiles, des moments de doute, et de découragement. Grâce à vous, je me suis construite, et j'ai pu me découvrir à travers vos encouragements dans mes projets. Particulièrement à toi maman, toujours présente, qui sait généralement trouver les mots et me comprendre.

A mes marraines de cœur, Laurence et Haïette qui m'accompagnent depuis de nombreuses années.

A Laura, Vincent, Céline, Florian, mes amis d'enfance, que je connais depuis si longtemps que je n'étais pas en âge de m'en souvenir. Je suis ravie que notre amitié perdure encore malgré les kilomètres, de voir que nous avons évolué dans la même direction et que nous continuons de nous retrouver au fil des étapes de notre vie.

A Leïla : je n'ai pas les mots pour t'exprimer mon amitié, après tant de nombreuses aventures. Merci pour tous nos échanges et le plaisir de tout ce qu'on continuera à partager ensemble.

A mes amis de médecine de Toulouse, Clémence, Marine, Paul, et tous les autres, ainsi que ceux d'Angers, Aurélie, Daphné, Gauthier, Geneviève, Greg, JM, Kamélia, Lise, Maëlys, Noémie, Romain, et tous les autres compagnons de route..., Merci pour votre soutien au quotidien, à tous nos délires, nos vacances, tous nos échanges et d'avoir grandi avec moi.

A Matias, tout simplement merci.

Et comme promis...merci à Léon !

## Liste des abréviations

CIM	Classification Internationale des Maladies
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MG	Médecin Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale

# **Plan**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

## **RESUME**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

## **RÉSULTATS**

### **I. Caractéristiques de la population**

### **II. Données recueillies**

1. De l'importance du diagnostic comme pronostic ou l'impossible incertitude : Représentations de la maladie mentale
2. Etre médecin généraliste d'un patient bipolaire
3. Les retentissement de la maladie mentale
4. Le travail collaboratif médecin généraliste-psychiatre

## **DISCUSSION**

1. Le patient bipolaire est-il à considérer comme n'importe quel patient porteur d'une maladie chronique ?
2. Le suivi du patient bipolaire en médecine générale
3. Améliorer le suivi du patient bipolaire
4. Critique de la méthode

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

## RESUME

La prévalence de la pathologie bipolaire en soins primaires était estimée de 1 à 2,5%. Cependant, le point de vue du médecin traitant impliqué dans la prise en charge globale de ces patients est peu abordé dans la littérature. L'objectif de ce travail est d'explorer la perception des généralistes quant à leur place dans la filière psychiatrique, en approchant notamment leurs représentations vis à vis de ces patients.

Une analyse qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes du Maine et Loire a été réalisée pour une analyse thématique.

Les médecins de soins primaires, éléments de premier recours et interlocuteurs privilégiés pour les patients et leur entourage, considéraient les patients bipolaires comme toute autre personne atteinte d'une pathologie chronique, avec toutefois un suivi au long cours pouvant être qualifié de complexe. L'adhésion au suivi ainsi que l'observance au traitement restaient difficiles et fluctuantes en fonction des variations thymiques, et les risques de décompensation associés, pouvant nécessiter une hospitalisation en urgence, étaient sources d'insécurité pour les praticiens. Le travail conjoint avec les psychiatres permettait néanmoins de faciliter la prise en charge, même si la qualité des liens avec eux étaient encore jugée insuffisante.

Il apparaît donc prioritaire de favoriser les liens entre spécialités afin de limiter le sentiment d'isolement des généralistes et d'améliorer leur vécu dans ce type de suivi. Des liens de qualité étant généralement associés à une représentation plus positive de la pathologie et à des soins mieux coordonnés, une implication conjointe des médecins généralistes et des psychiatres dans l'étude et l'évolution du parcours de soins des patients en santé mentale semble indispensable, et pourrait prendre corps au travers des implications de la loi de modernisation du système de santé de 2016.

# INTRODUCTION

La pathologie bipolaire est un trouble caractérisé, dans sa forme typique, par une alternance de phases d'excitation hypomaniaque ou maniaque et de phases dépressives.

Sa prévalence était estimée à 2,4% dans la population mondiale en 2011. Cette estimation est proche de celle retrouvée au niveau national en soins primaires, qui était de 1 à 2,5% d'après une étude de 2010 [1,2]. Le médecin généraliste, élément de premier recours, au carrefour du soin, est donc souvent confronté à des patients qui en présentent les symptômes, dont le diagnostic n'est pas toujours identifié. Ce dernier est posé par les psychiatres après un délai minimum d'environ 7 à 10 ans de troubles psychiques [3].

Le médecin traitant, impliqué dans la prise en charge globale des patients [4, 5,6] les reçoit dans le cadre de motifs de consultations multiples. Il a notamment à faire avec des questions de prévention, dépistage, soins, suivi thérapeutique, réinsertion, des problématiques somatiques, psychiques ou sociales. A travers sa place privilégiée dans la prise en charge du patient, il est aussi fréquemment en lien avec l'entourage familial. Ainsi, avant et une fois le diagnostic de trouble bipolaire posé, la question du rôle du médecin traitant face à ces troubles apparaît centrale [7]. Cependant, la littérature s'intéressant à la place des médecins généralistes dans la filière psychiatrique est peu fournie, et leur point de vue concernant leurs fréquentes confrontations à la pathologie psychiatrique est peu connu. Il s'agit là pourtant de situations qui ne peuvent laisser le médecin indifférent, qu'il s'agisse de son vécu lors des consultations ou de sa perception de la prise en charge, que ses représentations de la maladie mentale soient positives ou négatives [8, 6,9].

Dans la population générale, la représentation mentale des troubles psychiques est encore marquée par la fréquence d'un amalgame avec l'image « du fou », et reste ainsi très stigmatisante [9]. De plus, l'étude SOFRES réalisée en 1999, comparant les images de la psychiatrie, par la population générale, par des psychiatres et par des médecins généralistes, retrouvait une représentation fréquemment négative de la psychiatrie en générale chez ces derniers (stigmatisation, peur, image du « fou » dangereux) [10]. Depuis, la place de la psychiatrie dans le système de soins et les soins psychiatriques ont évolué et se sont démocratisés.

Par ailleurs, depuis la mise en place du plan santé mentale 2011-2015, les liens entre psychiatres et généralistes ont pu être resserrés avec une plus grande place pour des formations sur cette discipline en soins primaires, ainsi que pour des échanges entre ces deux spécialités dans le but de tendre vers une prise en charge plus synergique [11, 12,6]. Ce plan avait pour enjeu majeur de prévenir les ruptures de parcours de soins des patients souffrant de trouble psychique, quel qu'il soit, et d'améliorer leur qualité de vie. Cette question est d'ailleurs d'autant plus actuelle que la loi de santé, promulguée le 26/01/16, souligne la nécessaire coopération territoriale entre les professionnels de la santé mentale et les équipes de soins primaires dans lesquelles les médecins généralistes occupent une place centrale.

Ainsi, l'objectif de ce projet est d'explorer comment les médecins généralistes perçoivent leur place dans la prise en charge des patients présentant des troubles bipolaires. Pour cela, cette étude se propose d'approcher les représentations de la maladie mentale au sens général du terme chez ces médecins, et s'intéresse plus particulièrement à la bipolarité. Ce trouble à la spécificité nosographique établie et au repérage diagnostique plus évident que d'autres maladies psychiatriques, occupe une place significative dans les pathologies mentales rencontrées en médecine générale. La question de leur ressenti vis à vis de ces patients est abordée, ainsi que leur capacité à se sentir compétent à ce sujet, notamment pour le suivi, l'orientation vers les spécialistes ou non, et la prise en charge chimiothérapeutique qui occupe une place centrale dans ces prises en charge. Par ailleurs, les liens plus ou moins étroits qu'ils peuvent entretenir avec les psychiatres dans le cadre du suivi en collaboration semblent avoir un impact direct sur cette perception vis à vis de la prise en charge et de la place qu'ils peuvent y occuper [7,10].

## MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée de mai 2016 à février 2017 par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Maine et Loire, contactés en premier lieu par appel téléphonique.

Les entretiens ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien qui n'était cependant pas figé. Le chercheur avait la possibilité de poser des questions qui n'étaient pas prévues initialement, notamment si l'interviewé évoquait des thèmes nouveaux pouvant enrichir le travail. L'ordre des questions n'était pas non plus prédéfini, dans l'objectif de laisser l'entretien se dérouler sous forme de discussion la plus fluide possible.

Les médecins généralistes inclus dans cette étude devaient être installés depuis au moins 1 an. L'hypothèse était ici que ce temps leur permettait d'avoir un recul suffisant sur leur patientèle et leur pratique, et d'avoir eu à priori l'occasion de prendre en charge un patient bipolaire sur plus d'une consultation. Ces médecins devaient nécessairement exercer dans un cabinet situé sur le secteur 3 du CESAME, et avoir dans leur patientèle au moins un patient habitant sur la zone géographique de ce même secteur. Cette exigence géographique a permis de limiter le nombre de médecins à une zone définie, zone relevant d'un même secteur de psychiatrie avec de fait une offre de soins publique spécialisée homogène. Nous avons arbitrairement défini ce secteur qui est celui dont le Dr Fonsegrive est le chef de pôle.

Le recrutement a été fait en faisant varier au maximum les critères d'âge du médecin interrogé, son sexe, sa date d'installation ainsi que son mode et lieu d'exercice. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à ce que le phénomène de saturation des données ait pu être observé de façon théorique.

Le mode d'entretien, la durée d'environ 25 minutes et l'anonymisation des entretiens enregistrés étaient précisés lors de la prise de contact. Un formulaire de consentement écrit a été signé par tous les médecins interrogés afin d'autoriser l'éventuelle publication de la retranscription intégrale des entretiens.

Les interviews ont été réalisées de façon individuelle, en face à face, selon leurs possibilités de rendez-vous. Ce type de rencontre a été choisi plutôt qu'un focus groupe dans l'objectif de faciliter la parole, en laissant libre court à leur pensée, sans être orienté par les possibles suggestions de confrères, et recueillir au mieux leur

vécu et leurs perceptions. L'enregistrement vocal était effectué à l'aide d'un double dictaphone numérique, après accord des participants, puis retranscrit intégralement mot à mot sans reformulation.

La construction du guide a été faite à partir d'hypothèses associées aux données de la littérature afin d'orienter les questions à aborder, notamment à l'aide de la référence n°10, étude analysant la prévalence des troubles bipolaires en médecine générale.

Ainsi, le postulat initial était que la perception de son rôle dans la prise en charge des patients bipolaires par le médecin généraliste est d'autant plus claire qu'il en a une représentation positive et a de bons liens, notamment en termes de communication, avec les psychiatres.

Le questionnaire était constitué d'une trame de questions ouvertes, afin de laisser une liberté de réponse et favoriser les associations d'idées. Des relances étaient envisagées si nécessaire pour permettre d'organiser les réponses et d'aborder certains sujets centraux s'ils n'étaient pas spontanément évoqués.

La première question visait à recueillir la représentation de l'interviewé vis-à-vis de la pathologie psychiatrique en général. Par la suite, il était demandé aux médecins de présenter un ou plusieurs de leurs patients bipolaires, ceci afin de favoriser l'ancrage vis-à-vis du sujet de recherche et leur permettre de se projeter plus facilement dans les réponses en se basant sur leur vécu. La suite des questions était liée à la prise en charge de ce ou ces patients.

Les entretiens ont été analysés sous forme de triangulation des données, afin d'améliorer l'objectivité de leur analyse. Celle-ci a été réalisée en deux temps : chaque entretien séparément initialement, puis en commun avec une recherche de cohérence thématique globale. Le codage individuel de chaque entretien a été effectué sur un tableur Excel. Des sous-thèmes ont été extraits à partir des idées émergentes de phrases ou groupe de mots, regroupés ensuite en thèmes, pour dégager les principaux points abordés au cours de chaque entretien. A partir de ce codage, une interprétation a pu être réalisée : les idées apportées et les thèmes ont été regroupés et réorganisés afin de faire émerger des avis. Une information apportée une fois lors d'un entretien pouvant alors avoir un poids équivalent à une autre évoquée plusieurs fois.



# RÉSULTATS

## I. Caractéristiques de la population

<u>Entretien</u>	<u>Sexe</u>	<u>Fourchette âge</u>	<u>Mode d'exercice</u>	<u>Lieu d'exercice</u>	<u>Durée installation</u>
<u>1</u>	Homme	60-65 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	32 ans
<u>2</u>	Homme	40-45 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	5 ans
<u>3</u>	Homme	60-65 ans	Seul	Urbain-CMP ville	35 ans
<u>4</u>	Femme	60-65 ans	Seule	Urbain-CMP ville	32 ans
<u>5</u>	Femme	40-45 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	1.5 ans
<u>6</u>	Homme	60-65 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	30 ans
<u>7</u>	Femme	60-65 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	25 ans
<u>8</u>	Femme	30-35 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	1.5 ans
<u>9</u>	Femme	45-50 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	15 ans
<u>10</u>	Femme	45-50 ans	Cabinet de groupe	Urbain-CMP ville	2 ans
<u>11</u>	Homme	35-40 ans	Cabinet de groupe	Semi urbain- CMP périphérie	10 ans
<u>12</u>	Homme	45-50 ans	Cabinet de groupe	Semi urbain- CMP périphérie	16 ans
<u>13</u>	Femme	40-45 ans	Cabinet de groupe	Semi urbain- CMP périphérie	12 ans

## II. Données recueillies

### 1. De l'importance du diagnostic comme pronostic ou l'impossible incertitude : Représentations de la maladie mentale

#### 1.1. La maladie mentale

##### 1.1.1. Rappel sur les classifications

Deux principales classifications internationales présentent une liste de troubles mentaux reconnus: le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'*American Psychiatric Association* et la Classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'*Organisation mondiale de la santé (OMS)*.

Le **trouble mental** est défini dans le DSM5 comme étant « *un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne, qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental* ». Les troubles mentaux sont généralement associés à une importante détresse ou un handicap dans les activités notamment sociales et professionnelles.

L'OMS a définie la **santé mentale** comme « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* ». Il semble important de signaler que selon cette définition, être en bonne santé mentale ne consiste donc pas uniquement à ne pas avoir de maladie.

Par opposition, la **maladie mentale** est parfois présentée telle que des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance. Elle se manifeste notamment par des signes que l'entourage peut observer dans le comportement de la personne atteinte, ainsi que des symptômes que ressent la personne elle-même [13].

##### 1.1.2. Pas une mais des définitions

Le terme de « **maladie mentale** » n'était pas définissable selon des termes précis par la plupart des médecins interrogés, comme lorsqu'ils répondaient « ce que vous appelez maladie mentale, car moi je n'ai pas forcément

de définition ». Cependant, ce qui était « qualifié maladie », serait « parce qu'il y aurait un présupposé qui dit qu'on peut traiter, ou qu'on a une cause, ou une idée d'évolution possible selon un certain nombre de normes et classifications »

Plutôt qu'une définition propre, une comparaison par rapport à une **norme pré-établie** était faite, avec une « sortie du cadre ». L'image d'un dysfonctionnement, un « désordre psychique », ou un mécanisme incohérent avec « des troubles du fonctionnement du psychisme humain qui sont non logiques », voire « des comportements anormaux » prédominait.

Un retentissement vis à vis de l'individu lui-même pouvait être évoqué puisqu'un patient pouvait être défini comme malade par l'un des médecins « à partir du moment où ça ne leur permet plus d'être adapté à la vie ».

Cependant, l'élément principal de référence le plus fréquemment évoqué était le rapport à la société qui définirait la norme, avec « une inadaptation à la société ou une société inadaptée à la maladie mentale ».

Pour certains médecins, l'inscription des symptômes dans la **durée** prédominait avec l'idée que « ça devient une maladie mentale quand ça devient une chronicité ou une lourdeur », ou lorsqu'ils observaient « une inefficacité de la prise en charge, où je me dis j'ai besoin d'un relais ».

Tandis que la pathologie mentale pouvait être décrite comme « une maladie à part entière » qui « nécessite une reconnaissance de l'autre », un médecin se posait la question de la limite du pathologique dans certains cas, avec « une partie qui n'est pas de la maladie pour moi ». Ceci concernait notamment « des patients qui ont une pathologie qui reste gérable avec une écoute ».

### 1.1.3. Quels impacts pour le patient ?

La question de la maladie mentale était associée à des **conséquences sur la vie quotidienne**, puisqu'il en ressortait une désocialisation pour les patients. Ceci était en lien avec l'idée du rejet par la société comme « la psychiatrie est toujours mal perçue par la population en général », associé au fait que « ça a encore une connotation péjorative ». Les troubles psychiatriques restent ainsi un sujet tabou, avec une représentation négative, d'autant plus que « le circuit psychiatrique fait peur à la plupart des patients ».

Cependant, de la part des médecins généralistes, l'intégration et l'acceptation semblaient prédominer. Pour eux, ces personnes sont « avant tout **des patients comme les autres** » avec « les mêmes besoins de soins primaires que toute autre personne ». Ils les recevaient ainsi « comme un autre patient ».

#### 1.1.4. Le suivi d'une maladie chronique

Des patients atteints d'une **pathologie chronique**, « avec des renouvellements, des adaptations, des orientations vers différents spécialistes », qui demandent malgré tout « une attention particulière, en dépistage et accompagnement », qui nécessitent « du temps », et un suivi adapté avec « une prise en charge multiple ». En effet, cela « peut évoquer des choses parfois un peu plus compliquées dans la prise en charge sociale ou le suivi », « avec des traitements sévères » et ainsi « une prise en charge plus lourde ».

De plus, le **lien entre psychologique et somatique** était souvent mis en avant, avec l'observation par un médecin du fait qu'il y a « toujours un rapport avec le corps ». Cette idée était illustrée par les plaintes qui se manifestent par des signes somatiques, qui rendent la part des choses difficile à faire, avec la sensation d'être « toujours pris entre les affections qui apparaissent physiques chez certaines personnes, et leur vécu psychologique ». Cependant, principalement, « la maladie mentale arrive toujours au premier plan, pas l'abord physique ». A tel point, que certains définiraient même au contraire le terme de maladie mentale par « ce qui n'est pas organique, qui n'est pas lié à une maladie physique ».

## 1.2. La maladie bipolaire

### 1.2.1. Poser le diagnostic

Pour poser le diagnostic de maladie bipolaire, « c'est souvent **avec le temps**, car ce n'est pas facile ». Ainsi, il faut « plusieurs consultations avant d'avoir peut-être une piste pour dépister une hypothèse, c'est long ». Même si « ça faisait un moment que je m'interrogeais sur une bipolarité », cette temporalité était jugée nécessaire par les médecins qui s'accordaient sur le fait que ce n'est possible qu'en « connaissant le patient ».

Cependant, « comme ce n'est pas du jour au lendemain, », un médecin admettait que « pour nous c'est dur, ce n'est pas comme une angine ».

Par ailleurs, le diagnostic du trouble psychiatrique est parfois **évolutif**, puisque pour un patient, « c'était une autre hypothèse diagnostic qui avait été faite », tandis qu'une autre fois, « un patient étiqueté bipolaire, et en consultation au bout d'un certain temps, commençait à me dire qu'il entendait des voix ». Plus fréquemment, « les gens sont catalogués dépressifs, et finalement, ils ont peut-être des troubles bipolaires ».

Il est important de signaler que cette pathologie **peut apparaître tôt dans la vie** des patients, comme chez cette « patiente relativement jeune », qui « voyait des psys depuis l'adolescence ». Cependant, le délai pour poser le diagnostic était compréhensible car « même quand on passe la main au psychiatre, on n'a pas forcément de réponse aux questions ». Malgré les classifications, pour certains, « ce n'est pas aussi tranché que dans les pathologies organiques ».

### 1.2.2. Cadre du diagnostic

Il n'était pas toujours évident de « de **cerner les limites** de la maladie bipolaire » en différenciant ce qui est de l'ordre du physiologique ou du pathologique. Parce qu'on « a des oscillations de l'humeur, c'est patent chez tout le monde », « on voit bien qu'il y a des patients fluctuants, mais de là à dire bipolaire ? ». Ce qu'il est important de percevoir, lorsque « ça les désadapte à la vie. Ainsi, comme l'a conclu un des médecins interrogés « sur l'histoire de vie, il faut quand même avoir repéré des moments qui durent un peu plus longtemps qu'une journée où les gens sont avec une humeur plutôt basse ».

De plus, il faut aussi parfois distancier ce qui relève d'un trouble physique pur, où ce qui peut être associé à une pathologie mentale. Par exemple chez un patient qui présentait « une somatisation de sa maladie qui se mettait petit à petit sous forme de migraine avec des vertiges ».

Lors de nos entretiens, il est apparu que le médecin généraliste avait un rôle manifeste dans le **dépistage**, avec l'idée que « sur le repérage et le diagnostic, on a une place essentielle ». Certains allant même jusqu'à poser ce dernier : « j'ai dû être le premier à lui en parler, posant la question de ces récurrences, s'il ne pouvait pas y avoir un lien dans tout ça ». Cependant, l'**adresse au psychiatre** était quasiment systématiquement citée, car pour les interrogés, ce diagnostic nécessitait majoritairement une posture spécialisée pour le fixer. « Si j'avais un doute sur une bipolarité, j'adresse pour avoir un avis psy », car « je pense qu'on est là pour les dépister ». L'idée de **laisser le psychiatre** poser « le nom de maladie », permettait « d'avoir un deuxième

avis », et comme certains l'évoquaient « je n'ai pas envie que ce soit moi qui le pose » en raison de ce que cela signifie. Se retrancher derrière l'image du spécialiste en expliquant aux patients que « vous n'êtes que médecin généraliste pour pouvoir poser une étiquette comme celle ci » était d'ailleurs une réponse possible pour un des médecins.

Fréquemment, le diagnostic avait été « fait sur la dépression », parce que « la forme dépressive, c'est surtout celle-là qu'on rencontre ». Mais ceci dans le cadre de syndrômes dépressifs bien particuliers, soit une dépression résistante inexpliquée, « à part le type dépression réactionnelle », « quand ça se prolonge trop, parce qu'on a du mal à comprendre pourquoi ces gens là font une dépression », soit « si je vois qu'il y a répétition d'épisodes dépressifs. D'autant plus que pour un médecin, c'est « plus facile à diagnostiquer dans la partie dépressive que la partie hypomane, car ils vont bien ».

Mais la maladie bipolaire pouvait aussi être évoquée lors de « moments qui vont très très bien », parce que « si j'ai un épisode maniaque, là c'est plus évident ». Ou encore, plus rarement, un patient avait été « diagnostiqué au cours d'une bouffée délirante aiguë ». Les modifications thymiques étaient aussi évoquées comme source d'alerte, notamment « quand je suis surprise par des changements d'humeur de gens que j'ai vu mal, sur une phase dépressive, et que je retrouve derrière un peu trop bien ».

Ainsi, l'évocation du diagnostic était basée sur un **bilan d'anamnèse** réalisé à partir de l'historique visible dans le dossier du patient, car « ce n'est pas quelque chose de ponctuel, cela se traduit dans le temps ». « En retraçant son histoire, on retrouve des épisodes plus anciens avec des phases de rémission », et « La répétition d'interrogations et de symptomatiques font qu'on va se dire il y a un truc ».

### 1.2.3. Impact

La notion d'**étiquette** était régulièrement évoquée, en lien tout d'abord avec la nécessité d'un cadre nosographique le mieux défini possible, mais surtout avec l'idée de l'impact de ce diagnostic. « Je suis toujours un peu méfiant face à l'appellation bipolaire », exprimait un médecin. Un autre précisait alors le fait de prendre « toujours des pincettes, car c'est difficile de mettre dans un cadre aussi typé quelqu'un qui peut évoluer de manière favorable ». Ce diagnostic, « après, c'est lourd » car l'impact du diagnostic était associé à un **pronostic** avec l'idée que « quand on dit qu'il est bipolaire, c'est fini, il restera bipolaire toute sa vie ». Ne pas

le poser permettait donc de « leur laisser l'espoir d'un doute ». Ce retentissement diagnostique était aussi lié à la surinformation du web puisque « les gens vont sur internet et ils ont tout. Ils trouvent tout et rien d'ailleurs ». Comme l'exprimait un autre interviewé, « comment on peut se projeter dans quelque chose de positif sur lequel on a peu de pouvoir ? ». En effet, cela pouvait être délétère et source de difficulté lorsqu'ils « lisent tellement de choses qui disent que c'est une maladie chronique, il faudra qu'ils prennent un traitement à vie... ». Il apparaissait ainsi nécessaire d'expliquer et ne pas trop se précipiter pour « les faire rentrer dans un cadre », puisque une fois posé, il semblait plus difficile de leur laisser « la possibilité d'évoluer dans un sens ou dans l'autre, ne pas les enfermer ». « Une étiquette, donc plus tard on la pose, mieux ça se passe »

### **1.3. Le patient bipolaire : description- représentation**

#### **1.3.1. Un trouble invisible**

Un patient comme un autre, chez lequel ce trouble chronique « n'est pas marqué sur le visage, vraiment invisible la plupart du temps », ou parfois peu perceptible, notamment lorsqu'ils sont « plutôt stabilisés ». Quelques indices parlaient pour eux, par exemple en refaisant « le point sur leur traitement habituel, je me rends compte qu'ils sont bipolaires ». Toutefois, lorsqu'on connaît bien les patients, il est plus facile de « repérer très vite à sa manière de parler qui est plus rapide, plus diffidente que ça redémarre », ce qui signifie qu'ils sont « plus exaltés ».

#### **1.3.2. Suivi**

Parmi la patientèle de médecine générale, la prévalence semblait assez élevée. De plus, c'est un patient qui consulte fréquemment. Le **rythme des consultations** est pour certains de « toutes les semaines, tous les 15 jours », voire « des moments où elle consulte 2 à 3 fois par semaine à peu près » lors de périodes aiguës.

Ils venaient pour des motifs en lien avec leur pathologie, lors de changement de phase, ou pour leur traitement. Ce sont aussi « des personnes qu'on voit très souvent, puisque dès qu'ils ont un problème somatique, ils viennent nous voir ». Pour certains médecins, « c'est compliqué », car « ils se plaignent toujours de quelque chose », allant parfois jusqu'à percevoir « beaucoup d'hypochondrie » dans certains cas.

Finalement, pour beaucoup, il n'y avait pas forcément de différence de prise en charge avec une autre « maladie chronique », qui nécessite un suivi **régulier au long cours**. Pour un des médecins, lorsque le patient bipolaire consulte, « c'est comme si son diabète était déséquilibré, elle ne se sent pas bien, elle vient ».

Cependant, un qualificatif souvent présent lors des entretiens était l'idée d'un patient pour qui la prise en charge, « **c'est compliqué** ». Pour diverses raisons, le bipolaire est décrit comme associé à une « difficulté de prise en charge », comme cet exemple cité qui « ne va jamais bien ». Ces patients qui ont « tout un parcours », ont une image d'un suivi plus « difficile à gérer au long cours », ce qui se retrouverait finalement « comme dans toutes les maladies graves ». Notamment, il comportait souvent « un traitement lourd et des hospitalisations régulières pour des états dépressifs sévères ». De ce fait, le bipolaire amenait parfois le généraliste à se sentir entrer « vers des difficultés, puisque parfois on n'y arrive pas ». Ceci d'autant plus qu'ils étaient aussi souvent amenés à consulter pour des **comorbidités somatiques associées**, en lien avec la pathologie elle-même, l'état psychique, les traitements... Car « c'est tellement intriqué entre les symptômes physiques et psychiques que de toute façon, il y a une implication ». Par exemple, « des pathologies à côté obésité morbide, asthme », ou « parfois, soit de la boulimie, soit de l'anorexie ». Ou encore un patient qui « avait un problème social et une maladie médicale en plus ».

A travers le terme de compliqué, on retrouvait surtout la notion d'un patient qui **désorganise**. Il nécessite en effet une adaptabilité de la part de son médecin traitant. Du temps et surtout de la disponibilité sont nécessaires pour ces patients qui consultent beaucoup et parfois « restent presque trop longtemps ». Par exemple lorsqu'un des médecins raconte « je l'ai aperçue, j'ai pris sur moi, même si elle n'avait pas de rendez-vous, de discuter avec elle ».

### 1.3.3. Comportement de phases

C'est un patient qui vit au rythme des **alternances de phases** de sa pathologie. Il y a un « côté fluctuant et rémanent », une instabilité avec des « changements d'humeur assez variables », qui « oscille entre les 2 pôles, le pôle qui va bien et le pôle qui ne va pas bien », ou chez certains, « des épisodes dépressifs qui sont redondants ». Il est à noter qu'entre les phases de décompensations, la vie de ces patients est comme « normale », comme le décrivait un des médecins : « 75 % du temps, c'est des gens qui vont très bien et à un



moment, le train va se mettre à dérailler dans un sens ou un autre ». Dans l'intervalle de temps, « tout allait bien, comme si tout était passé ».

Deux perceptions possibles du caractère cyclique des phases étaient citées. Selon une vision positive, le patient peut se dire « si ça revient, c'est que ça repart. Je sais que ça va aller mieux, parce que ça se passe toujours comme ça ». Mais il peut aussi évoquer une forme de malédiction : « je vais bien mais de toute façon ça va rechuter à un moment donné ».

**La décompensation** était généralement décrite comme « brutale », puisque « tout d'un coup », « ça fait « poup » comme ça ». Il y avait un changement de comportement lorsqu'une patiente racontait que « elle a senti un déclic » et une rupture avec l'état antérieur, en ne se sentant « pas comme avant ».

Des comportements parfois extrêmes, « avec tous les excès dans les 2 sens », associés au risque « qu'il se mette en danger » lors de « forte instabilité d'humeur. ». C'est aussi un patient qui peut être compulsif « à vouloir acheter des trucs, commander sur internet ou encore « avec des compulsions sur l'ordinateur ». Ces comportements étaient des signaux d'alerte qu'il est nécessaire de prendre en compte pour anticiper la suite.

Toutefois, le diagnostic de pathologie bipolaire est assez vaste, avec des présentations différentes, mais aussi **d'intensité variable**. C'est parfois une pathologie « assez sévère », alors que dans d'autres cas, ce sont « des états pas forcément aux extrêmes ». « La bipolarité quand elle est gentille, où elle oscille avec un gradient qui est confortable, c'est plutôt pas mal » commentait un des médecins, mais malheureusement, « il y en a, c'est moins réussi que ça ».

#### 1.3.4. De la dépression à l'hypomanie

**En phase basse**, le patient bipolaire est replié sur lui même, « en isolement », et « il reste couché, à ne pas sortir de son lit ». Certains patients allant aussi jusqu'à « éviter les médecins ». Toutefois, « c'est plutôt les dépressifs qu'on voit », ils consultent plus et sont plus accessibles qu'en phase haute, « on a le temps de parler ».

Le risque vital n'est pas à négliger dans la mesure où « les idées suicidaires, ça peut aller loin, ils peuvent passer à l'acte ». Comme cette patiente qui « a fait une IMV ». Le mal être est tel qu'une anesthésie

émotionnelle totale est parfois observée : « si il y a un désir, ce sera de mettre fin à ses jours, si on lui redonne la force d'avoir un désir ».

A noter qu'il est important de différencier « la dépression du bipolaire », qui « n'est pas vraiment la même que celle du dépressif, de l'ordre de quelque chose qui ne leur appartient pas du tout, qu'ils subissent à 100% et sur lequel ils n'ont pas vraiment de pouvoir ». Elle semble donc presque inéluctable.

**En phase hypomane**, état le plus souvent décrit par les médecins interrogés, le patient bipolaire consulte moins. En effet, il **se sent bien**, « en forme comme on dit, mais c'est trompeur ». « Ils ne se plaignent pas d'aller trop bien » et « ne se rendent pas compte quand ils sont en épisode maniaque, qu'ils ne vont pas bien ». De ce fait, c'est « souvent banalisé par les patients au départ, et on peut passer à côté » car « ils n'en parlent pas », et de toute façon, « ils n'ont pas envie d'être remis sur les rails ».

Du fait d'une conscience fluctuante de leur état, il existait un fort risque d'arrêt du suivi ou des traitements, puisque comme un patient justifiait « je ne prends plus rien, ça allait bien ». Dans cette situation, le risque de décompensation plus sévère est donc majeur.

Le patient hypomane est **peu accessible**, « insaisissable », et « on a du mal à les retenir », en lien avec leur hyperactivité. De plus, comme l'illustre une des personnes interrogées « hyperexcité, il déménagerait le monde entier ». Un phénomène de surreprésentation était aussi observé, avec une logorrhée, laissant peu de place aux autres. Comme le notait un interviewé : « le côté remarquable, c'est la place qu'elle prend dans l'environnement de la consultation. Pour son mari, elle parle toujours à sa place ». Il y avait une forme de déconnection avec la réalité, avec une modification du contact aux autres lorsqu'un médecin racontait que « à ce moment là, ils ne perçoivent pas la personne en face ». Leur perception des choses est parfois un peu modifiée, avec une priorisation différente des choses, et « des propos souvent un peu obsessionnels, qui reviennent sur la même thématique ». Par ailleurs, ce sont des moments où ils sont très demandeurs, « ils viennent demander des tas d'examens, leur faire faire plein de choses... » et prennent « une dizaine de rendez-vous médicaux ».

Pour les généralistes, la manie est une phase à risque, « qui pourrait se compliquer d'excès dépensiers, de mises en danger, de troubles du sommeil », mais avec cependant un faible risque vital puisqu'il « y a moins d'accidents ».

### 1.3.5. Impact pronostic

Ainsi, comme évoqué dans le paragraphe précédent, le patient bipolaire semble avoir **peu de prise sur son humeur**. Cet état thymique avec des variations qui sont « quelque chose qui leur échappe totalement dans le déclencheur ». Il n'y avait pas toujours de lien à leur environnement, on parlerait d'un « état dissocié par rapport à leur vie », et « par rapport à eux-mêmes dans leur ressenti émotionnel ». « Ils n'ont pas d'élément expliquant que ça ne va pas bien » et « quand ils vont franchement bien, ils ne savent pas vraiment pourquoi ». De plus, les changements étant brutaux, cela donne l'impression de laisser peu de marge de manœuvre.

Le moyen pour le patient de garder un contrôle sur sa pathologie semblait passer nécessairement par les psychotropes, sinon, « le patient va avoir du mal à être stabilisé sans traitement ». Comme cela a été constaté plusieurs fois, le risque de « ne plus prendre le traitement », c'est de « se retrouver à nouveau avec des situations compliquées ». Cependant, cela signifie aussi que d'un point de vue pronostic, une amélioration est possible, comme ce patient qui « stabilisé depuis 5 ou 6 ans, il n'avait pas refait de décompensation », donc « maintenant ça va mieux ».

Mais soyons vigilants, **stabilisation** ne signifie pas que « les gens sont guéris pour autant ». Plusieurs médecins insistaient sur ce pronostic limité et surtout le retentissement sur la qualité de vie. Une patiente qui n'avait « pas vraiment de rechute dépressive, mais n'a aucun bonheur dans la vie », son médecin se disait que « ce n'est pas une vie très agréable ». Au final, il fallait comprendre que même si « ils sont mieux traités qu'il y a 30 ans », on ne peut pas dire que « la maladie psychiatrique se soigne bien ».

Une difficulté fréquemment rencontrée par les médecins interrogés restait l'**adhésion au suivi**. Tout d'abord, il y avait « pas mal de patients qui ne veulent pas voir de psychiatres », donc « le plus difficile, c'est de l'amener ». Par la suite, c'est souvent que « le suivi est irrégulier ». Et une fois dans le soin, avec leur symptomatologie nettement améliorée, alors qu'ils « sont stables pendant des années », ils « ne vont plus à leur rendez-vous ». C'est en cas de décompensation, que l'on réalise que « toute la mise en place du réseau, elle ne l'avait plus ».

C'est un patient pour qui, parfois, « il a bien fallu », parfois aller jusqu'à l'**hospitalisation**. Il y a en effet des « phases de décompensation qui le nécessitent ». Dans d'autres cas, certains trouvaient un équilibre en étant « hospitalisée plusieurs semaines régulièrement » afin de maintenir un état général stable.

Pour finir, c'est un patient pour qui le médecin traitant a interrogé les **co-addictions**. En effet, comme nous alertait un des médecins « on dit souvent en addicto qu'il faut faire très attention car il y a souvent des bipolarités qu'on n'a pas dépisté ». Ceci mettait en lumière une association possible entre la pathologie et un profil de consommateur dans certains cas. En outre, chez un patient bipolaire qui avait un antécédent « d'alcool-dépendance mais sevrée », la crainte principale de son médecin était « qu'il se réalcoolise », et le fait qu'il pouvait « être excessif sur les médicaments aussi, se bourrer de médicaments ».

## **2. Etre médecin généraliste d'un patient bipolaire**

### **2.1. Repérer, dépister, accompagner**

#### **2.1.1. Fonctions**

Il a une fonction dans le « **repérage** », **dépistage, voire diagnostic**, mais surtout aussi « dans le suivi après le diagnostic ». « On est médecin **accompagnant**, écoutant » mais aussi là pour « rassurer les gens » nous rapportaient les interrogés. L'objectif des entretiens dans le cadre du suivi de la pathologie bipolaire n'est « pas forcément faire avancer les choses », mais au moins être à une place de « soutien », pour le patient lui-même, mais aussi « familial ». Par sa présence, le médecin traitant peut aider à « passer quelques mauvais caps ». Un outil précieux était alors évoqué pour les consultations : « avoir l'écoute attentive », notamment dans des périodes plus difficiles où « prendre un peu plus de temps » peut être utile, surtout lorsque « il y a moins de rendez-vous spécialisés ».

Lorsqu'un patient se présente en consultation, son généraliste a un rôle d'**évaluation**, notamment pour « savoir un petit peu dans quelle phase ils se trouvent à un moment donné », sachant que, comme l'évoquait un des médecins « les gens n'aiment pas admettre qu'ils ont peut-être un problème, que quelque chose ne va pas bien ». Dans le cadre de cette évaluation, il y a notamment la recherche d'un risque suicidaire, notamment chez ceux qui ont pu tenir des « propos de mise en danger », en posant assez facilement la question. Selon un des interrogés, il faut ainsi vraiment rester vigilant car « on passe à côté d'un certain nombre de choses ».

D'autant plus qu'il y a « pas mal de patients qui ne veulent pas voir de psychiatre » ; le généraliste a donc aussi la mission de **favoriser l'adhésion au suivi** psychiatrique, et ainsi, par la même occasion organiser « l'étayage » de ce suivi en les orientant vers les spécialistes si nécessaire.

A travers cet échange, il a aussi un rôle **informatif**, comme ce médecin qui a pris le temps d'expliquer « ce qu'était la bipolarité » une fois le diagnostic posé.

En outre, il était fréquemment sollicité pour « des **renouvellements de traitement** », lors desquels il le « réévaluait » au mieux.

De plus, dans le cadre de la pathologie bipolaire et les risques associés aux décompensations chez certains patients, la **protection** de ces derniers et de leur famille étaient évoquée à travers l'importance d'être « vigilant sur des mesures de sauvegarde et de mise sous tutelle » si besoin en était.

En plus de son rôle de soutien, le généraliste a une place dans l'**organisation des aides** autour du patient selon les difficultés repérées ou dont l'entourage aurait pu lui faire part. Un médecin cherchait en effet « à savoir s'il y a une structure autour qui puisse répondre s'il faut l'aider ou le soutenir, et nous on en fait partie ». « En mettant en place des garde-fous », cela permet de préparer une éventuelle décompensation et « rassurer un peu tout le monde ». Evaluer les possibilités de soutien de l'entourage est quelque chose de primordial car dans le cas d'un patient ayant « beaucoup d'amis, tous avec les mêmes problématiques que lui », on sait que le risque est plus important. Il faut donc « rester attentif, que l'aidant ne soit pas un peu à l'origine d'aggravation ». Ainsi, « la place du généraliste est toujours importante dans l'environnement du patient ».

### 2.1.2. Rôle

Le médecin généraliste était décrit avant tout comme « le **premier recours** » comme le définit bien le terme de « médecin de soins primaires ». Un des interrogés rapportait que les patients sont vus « au départ, car c'est nous qu'ils viennent voir », avec un rôle de centralisation des données. Le cabinet est « un petit peu repère », et sert souvent de « point d'ancrage », ou encore de « lieu où elle se pose », « pour cadrer les choses ». En tant que premier intervenant, certains se décrivaient comme une sorte de « gare de triage » ou de « Gate-keeper » qui va repérer les difficultés et orienter les patients selon les besoins. Mais avant tout, dans le cadre du suivi psychiatrique qui est un travail de « réseau », c'est « un des maillons », et parfois « la petite pierre angulaire qui fait le lien » avec les spécialistes.

Cette « place privilégiée » qu'occupe le généraliste est aussi en lien avec son statut de médecin traitant aux différents âges de la vie, qui suit ses patients « depuis des années », dont certains depuis très jeunes. Le suivi long terme permet de « vraiment connaître l'histoire des gens », et d'« avoir du recul ». Cela « fait que l'on **connaît bien les patients**, leurs réactions » rapportait un des médecins. Par ailleurs, le généraliste est souvent le « **médecin traitant de la famille** », ce qui lui confère « une place particulière du fait qu'on peut connaître l'environnement parfois familial », et lui permet aussi d'être justement « dans le soutien familial complet ».

A travers ce suivi « transversal », dans le temps et familial, le médecin généraliste a une vision globale de son patient.

De par « sa facilité d'accès », en lien avec notamment « la **disponibilité** ou la **proximité** » du cabinet de médecine générale, celui-ci est « un lieu d'écoute rapide » et « réactif » pour « les situations aiguës ». D'autant plus que certains médecins pouvaient avoir « le coup de téléphone facile » pour un patient plutôt isolé ou en grande difficulté, par exemple en prenant ponctuellement des nouvelles. Le suivi rapproché avec des consultations régulières auraient ainsi parfois un impact sur la stabilisation des patients bipolaires. Comme le notait un des médecins « ce qui fonctionne, c'est de les voir souvent, ou d'être disponible en tout cas pour pouvoir les entendre et reformuler ».

## **2.2. Communiquer avec et autour du patient bipolaire**

### **2.2.1. Lien médecin-patient**

La relation médecin patient était souvent décrite comme une **relation de confiance**. Cette relation qui s'était « établie » avec le temps, et permet d'aller « plus profond ». Il y a un échange et surtout une liberté de parole pour celui qui se présente alors que « ça ne va pas du tout ». Certains utilisaient même le terme de « confidences » à ce sujet. Était citée par exemple une patiente qui « devant sa fille, elle joue un rôle », et réussissait à se livrer en l'absence de cette dernière. Ainsi, pour « commencer à parler des choses » à son médecin traitant, une bonne accroche est nécessaire. En effet, comme l'abordait un des médecins, « les patients ont parfois peur » de ce qu'ils pourraient s'autoriser à dire, notamment concernant les troubles psychiatriques, puisque pour certains, « ils ont peur qu'on les garde ». Ce lien permettait aussi d'avoir un

impact dans la **gestion des décompensations**. Dans ce cas, un médecin expliquait qu'il alertait alors son patient en lui signalant que « ça chauffe un peu » ; tandis qu'un autre utilisait aussi le contact physique pour signifier les choses, racontant qu'il avait « juste à lui toucher la main, à lui dire ça redémarre là, on va faire ce qu'il faut » pour initier la suite. Le toucher prenait ici une place importante dans la relation de communication.

Il faut toutefois rappeler que de bonnes relations ne sont pas forcément associées à une accession totale aux demandes...« il faut savoir lui dire non », avec dans certains cas, le risque que cela porte préjudice au suivi comme l'expliquait un médecin qui disait « j'avais refusé, ce qui fait que je ne l'ai pas vu pendant quelques mois ». Heureusement, la plupart des patients étaient plutôt décrits comme « réceptifs ».

### 2.2.2. Lien médecin-entourage

Le lien avec l'entourage était présenté comme « primordial ». Il semblait important à tous d'**intégrer les proches** du patient au suivi, et « ne pas avoir peur de leur laisser de la place ». Les faire adhérer à la prise en charge «en étant en lien », permettait de faire « du meilleur travail », pour le bien-être du patient. Cette collaboration est constituée d'échanges, de « discussion, » sous forme de «vas et viens » autour du principal intéressé. Un médecin expliquait que de rencontrer « l'entourage, c'est une super source d'information ». En effet, dans le cadre du suivi et pour réaliser une évaluation la plus complète possible, « on a besoin de poser certaines questions, savoir comment les choses se passent » au domicile, dans la mesure où parfois les informations livrées par le patient sont partielles, ou dans le cas de patients n'ayant pas une vision objective sur leur situation.

Le lien du médecin généraliste avec les proches était souvent téléphonique mais selon les praticiens, des rencontres pouvaient être parfois privilégiées. Certains allant même parfois « demander à voir la famille », en cas de situations complexes où ils leurs faisaient « prendre un rendez-vous au cabinet pour en discuter ». Dans d'autres cas, le contact venait spontanément de la famille à travers « des coups de téléphone qui nous préviennent que ça ne va pas, qu'on va recevoir telle personne... ».

Malgré le fait que le « rapport avec la famille n'est pas toujours simple », ils reconnaissaient que « quand le patient va mal, heureusement qu'il y a l'entourage », on a donc « besoin d'eux, et ça on l'oublie ». Ce dernier a fréquemment un **rôle de soutien et d'accompagnement** comme une patiente pour qui son « mari était

partie prenante, il venait, on discutait, il avait bien compris la pathologie ». Dans d'autres cas, il permet d'« amortir un peu » lors de moments difficiles. Pour ce faire, il était essentiel que les proches aient pu avoir de bons contacts avec les médecins, notamment pour « leur expliquer la maladie, que les partenaires ou conjoints comprennent un petit peu comme ça se passe ». Un médecin avançait ainsi l'hypothèse que « si le patient sait que l'entourage est rassuré, je suis persuadée qu'il décompense moins, parce qu'il se sent plus en confiance ». Il apparaissait aussi utile aux généralistes d'informer sur les éventuelles « situations à risques », comme « quand il est maniaque et qu'il conduit, ou dépressif avec des risques de passage à l'acte », mais sans que cela ne devienne trop anxiogène. Ils insistaient aussi sur le fait d'expliquer aux proches que « les choses peuvent changer indépendamment d'eux-mêmes », sans forcément devoir se remettre en question.

Par ailleurs, l'entourage était souvent mis dans un **rôle d'alerte** du patient, en cas de signes précurseurs de décompensation, pour lui dire de faire « attention » et aussi les orienter vers leur médecin. Plusieurs situations d'exemple étaient citées, comme une personne « amenée par son ami. », ou une autre par sa fille, parce que « que ça n'allait pas du tout ». En effet, souvent, « l'entourage repérait les prémices », et les médecins interrogés insistaient sur la nécessité de rester « attentif à leurs alertes, parce qu'ils ont les petits signes plus fins que nous, ils connaissent bien » leur proche. Ils ont un « rôle de repérage » majeur, de même que celui de témoignage « des difficultés émotives et émotionnelles du patient » auxquelles les soignants n'ont pas forcément accès. A noter que souvent, « c'est le conjoint ou partenaire qui les amène à consulter » plutôt que les patients eux-mêmes.

De par leur place essentielle dans la prise en charge, les médecins interrogés insistaient sur leur lien à l'entourage dans le but « d'établir des protocoles » de suivi, comme « les engager à contacter » les soignants psychiatres ou eux-même en cas de besoin; mais aussi surtout pour les soutenir. Il est important de « **s'occuper aussi de cet environnement** », « écouter les aidants », « être compréhensif », les laisser verbaliser leurs difficultés car « j'imagine qu'au jour le jour, ce n'est pas facile » confiait un médecin, d'autant plus en en tant que « médecin traitant de la famille ».

La difficulté principale évoquée restait celle du « **secret médical** », la question de « jusqu'où on doit aller pour dire les choses ? », notamment lorsque les aidants prenaient contact en dehors de la présence du patient. Certains avaient alors choisi de ne jamais recevoir « l'entourage tout seul sans le patient, pour pas qu'il y ait d'histoire de confidentialité, que le patient n'ait pas peur de s'exprimer ensuite », tandis que d'autres faisaient



« attention » dans les échanges. Généralement, ils faisaient en sorte que le patient « soit au courant » de ce lien, « car c'est lui qui est au centre », et en demandant son accord.

### 2.3. Prescriptions de psychotropes

« Je préfère que ce soit les psychiatres qui prescrivent » car « je n'aime pas trop en **initier** » était la réponse la plus fréquente. Cela concernait principalement les neuroleptiques ou thymorégulateurs, traitements qualifiés de « sévères », avec lesquels « on marche sur des œufs ». Quelques uns considéraient en effet que « c'est le rôle du psychiatre de mettre les traitements », puisqu'ils n'avaient « pas les compétences pour gérer ou changer les traitements », avec en plus l'idée que « c'est une telle implication que je ne m'y autoriserais pas ». D'autres pouvaient « en initier » et « gérer un peu », sous réserve d'avoir « quand c'est compliqué » « un accord avec un psychiatre » pour des avis téléphoniques. Sinon, pour ce qui était « des antidépresseurs, des anxiolytiques et somnifères », cela ne leur posait pas de difficulté. Les traitements psychotiques étaient donc plutôt prescrits dans le cadre de **renouvellements**, mais certains médecins préféraient toutefois différencier les prescriptions somatiques de celles des troubles bipolaires, en les renouvelant uniquement « en dépannage », et en s'assurant de la présence d'un psychiatre dans le suivi.

Pour ce type de traitement, un suivi régulier était nécessaire, avec « des consultations répétées » pour le renouveler. Cependant, ces prescriptions étaient aussi perçues comme « un moyen de le faire venir » et de « faire le lien par rapport à ça ». Ceci d'autant plus que la particularité du traitement de la bipolarité était son aspect évolutif selon les phases, avec par exemple « un antidépresseur qu'on a supprimé ces temps-ci, quand elle n'est pas dans la période dépressive ».

Le **suivi de l'efficacité** était primordial pour « ne pas prescrire pendant longtemps un antidépresseur à quelqu'un qui ne va pas mieux ». Mais surtout, « ce sont des médicaments qui ont des effets secondaires », donnant au généraliste un vrai rôle pour « dépister si ça ne va pas dans le traitement », ou encore « surveiller le bilan hépatique quand ils sont sous régulateur ». Compte tenu des effets, une méfiance semblait perceptible chez certains à travers l'idée qu'un « régulateur d'humeur, quand tu commences, tu ne sais pas quand tu

l'arrêtes », et que ce sont « des traitements qui sont continus, permanents, les rendent moins bien », puisqu'ils « vont prendre 25 kg, qu'ils vont faire de l'HTA, avoir une peau qui n'est pas belle ».

La principale problématique évoquée concernant les patients bipolaire était celle de l'**observance**. Comme le rapportait un médecin, « ce qui est difficile, c'est leur acceptation, cette envie à chaque fois d'arrêter le traitement, diminuer les doses », particulièrement « en phase haute, parfois ils arrêtent tout ». Or comme dit précédemment, l'adhésion au traitement était un facteur principal de stabilité, avec des risques de décompensation majeure lors des ruptures de suivi.

## **2.4. Prendre en charge l'urgence de la maladie psychiatrique**

Tout d'abord, « la prise en charge de l'urgence psychiatrique en médecine générale, ce n'est **pas facile** ». Heureusement, c'était quelque chose de **peu fréquent**, peut-être « une fois en 10 ans » pour la plupart des personnes interrogées. Ceci à tel point que la réponse était souvent « j'en ai tellement peu, que je ne peux pas vous dire qu'ils me stressent ». Principalement, cela concernait « des syndromes dépressifs avec idées suicidaires ».

Toujours **inattendue**, puisque « souvent du non programmé », « ça tombe toujours mal », comme « au moment où on a autre chose à faire, des consultations en salle d'attente ». D'autant plus que ça a un « côté chronophage », donc « c'est compliqué le temps que ça prend ». Souvent les médecins estimaient en effet que « ça peut durer 2h », voir plus lorsqu'il « fallait la faire hospitaliser et qu'elle ne voulait pas ».

Pour certains, c'était « quelque chose qui se gère bien dans le sens où les gens autour se rendent compte qu'il y a un truc qui ne va pas », et concernant le retentissement sur la patientèle, « les gens autour sont respectueux de ça et du temps qu'on va y passer ». Tandis que pour d'autres, cela pouvait être source d'appréhension s'ils avaient « des patients qui sont extrêmement compliqués ». La difficulté décrite était plutôt en cas de « refus de soins » auquel cas, « on est bien dans la merde ! ».

Episode aigu, souvent perçu comme « **violent** », qui se termine parfois « de manière un peu musclée », lorsqu'il faut « la prendre par la force » et qu'il y avait « du mal à la maintenir ». Les médecins insistaient

cependant sur l'importance, dans la mesure du possible, de « minimiser la violence sur la personne et les contentions ». Des discussions étaient parfois possibles, et certaines techniques d'approche avaient une utilité pour permettre à « la sauce de redescendre toute seule » et limiter le fait que « les gens s'énervent » en cas « de crise ».

L'**hospitalisation** était parfois nécessaire, notamment « quand on frôle l'épisode maniaque, ou la mélancolie avec des doutes sur le passage à l'acte ». Pour certains il était même clair que « l'urgence psychiatrique, c'est que de toute façon, ils ont besoin d'être hospitalisé ».

Dans ce contexte, la place du médecin généraliste était de « **repérer l'urgence** », de gérer « le minimum vital s'il y a des choses que je peux régler moi-même », et d'orienter. Dans ces cas là « il faut s'en occuper très vite ». Ils avaient le rôle d' « alerter » le psychiatre « si on pense qu'il y a une décompensation ». Pour les médecins interrogés, « si il y a un danger », la priorité restait principalement de protéger le patient et son environnement. Lorsqu'on « sent qu'il y a du risque, il faut bien faire quelque chose, soit pour eux, soit pour la famille ou l'entourage ». Un médecin expliquait alors que pour lui « dès qu'il y a des idées suicidaires j'adresse ». D'autant plus que les possibilités de prise en charge au cabinet restaient limitées par le fait que « dès qu'on veut utiliser des produits sédatifs ou autre, il y a un aspect médico-légal, qui fait qu'il faut quand même une surveillance à côté, donc on est obligé d'appeler le Samu malgré tout ».

## **2.5. L'hospitalisation est différente à organiser d'une autre hospitalisation**

« Ce n'est pas évident d'hospitaliser quelqu'un », car fréquemment « on est dans le **refus** » rapportait un médecin. L'hospitalisation psychiatrique étant souvent en lien avec des situations d'urgence, et cela ne participait pas à favoriser l'adhésion des patients. Les patients avaient une représentation négative des structures psychiatriques, et « ont parfois peur de ce qu'il peut se passer ». Ainsi, faire accepter l'hospitalisation relevait d'un exercice difficile, avec pour les médecins la sensation d'être « parfois limité » dans leurs possibilités. La question qui se posait alors était « à partir de quand on peut imposer ».

Les **hospitalisations sous contrainte** étaient associées à un vécu difficile pour les patients mais aussi les médecins qui avaient parfois « eu plusieurs mauvaises expériences ». Nombreuses difficultés logistiques étaient citées, les laissant « un peu perdus » avec le sentiment de ne pas être vraiment « aidé ». Rédiger le certificat posait problème dans la mesure où « parfois on n'a pas de tiers pour signer nos papiers », car il « n'ose pas » ou « ça les culpabilise ». De plus, parfois « ça prend l'après-midi », le temps de « parlementer », et devoir parfois justifier « si on est bien sûr du diagnostic, si c'est bien ça, si ça vaut le coup ». C'était donc « toujours un peu compliqué à faire », et il fallait savoir « qui il faut faire intervenir », puis « faire venir les forces de l'ordre sur une urgence psychiatrique », ce qui est compliqué car « ils préfèrent se déplacer sur un accident » rapportait un des interrogés.

Compte tenu de ces difficultés, l'**appui des aidants** restait ainsi décrit comme essentiel pour faciliter l'entrée en structure, sans oublier que comme le rappelait un médecin, dans le cadre d'un refus de soin, « si on a besoin d'une HDT un jour, c'est eux qu'on va appeler ».

Cependant, l'objectif principal était de **favoriser l'hospitalisation libre**. En effet, le retour à la consultation en sortie d'hospitalisation se passait mieux chez un patient ayant « très bien intégré sa maladie », pour qui « les hospitalisations se font de façon libre et entendue », tandis que dans le cas contraire, il y a un risque de « rupture de lien ». Parfois même, certains patients en faisaient spontanément la demande lorsqu'ils en ressentaient le besoin, comme cette dame qui était « directement allée voir le psychiatre pour être hospitalisée ».

### **3. Les retentissement de la maladie mentale**

#### **3.1. Sur le patient**

Une bonne hygiène de vie associée à un sommeil de qualité étaient nécessaires pour se stabiliser. La **vie quotidienne** était donc réglée afin de faire « en sorte d'adapter son rythme de vie à ses phases ».

**Le travail** servait de curseur de bien être pour les médecins, par exemple pour une patiente dont on l'estimait « à peu près équilibrée parce qu'elle travaille ». Malheureusement la vie professionnelle de ces personnes était

souvent ponctuée « d'arrêts quand ils ne vont pas bien », dont « beaucoup qui ne peuvent pas travailler » car « ils ont trop de problèmes de comportement », et pour qui la « question d'invalidité » était posée suite à un « arrêt de travail qui se prolongeait ». De plus, pour le jeune chez qui la pathologie débutait tôt, « on sait que son avenir, ses envies qu'il avait projetées vont être perturbées ». Une instabilité résiduelle était aussi décrite, avec notamment une patiente « qui rentre régulièrement en conflit avec ses employeurs », ce qui était source de difficulté. Toutefois, pour d'autres, la vie professionnelle est possible, avec même dans de rares cas un travail « en temps plein ».

A ces difficultés professionnelles se surajoutaient pour beaucoup des **conséquences financières**, surtout lors de phases maniaques où il pouvait y avoir « des folies dépensières ». Dans le cadre d'une déconnexion avec la réalité, un patient avait par exemple prévu de « lâcher mon travail et m'acheter une BMW ». Le risque était fort de « mettre en danger la famille ou autre par des dépenses inconsidérées ». Dans ce contexte, la mise en place de mesures de protection était souvent évoquée parce que « quand on n'est pas sous tutelle, ce n'est pas facile juridiquement après ».

Au fil du temps, les patients bipolaires étaient à risque d'être « en **isolement social** » puisqu'à force, ils « font un peu le vide autour d'eux au fur et à mesure ». Ils ont « un réseau social qui s'appauvrit », mais aussi, ils « sont parfois abandonnés de leur famille » parce que « quand ils ont des problèmes comme ça, les enfants n'existent plus ».

De même, l'impact de cette pathologie sur leur **vie affective** était fort, avec beaucoup de séparations. Un médecin racontait que en général, « ils sont divorcés, c'est rare quand ils ont une vie de famille normale ».

En résumé, le retentissement était tel que souvent, « ça les désadapte à leur travail, leur vie familiale et leur insertion dans la vie de tous les jours ». Et pour finir, l'impact le plus fort était celui du risque vital, en lien avec des « mises en danger » en phase maniaque ou « un risque suicidaire ». La bipolarité est donc « une maladie invalidante pour les gens. C'est eux qui en souffrent ».

### 3.2. Sur l'entourage familial

La maladie bipolaire avait aussi d'importantes conséquences sur les proches. Comme le rappelait un des interrogés, pour eux, au quotidien « c'est **compliqué à vivre** ». Ils doivent en effet faire face aux diverses sollicitations du patient, parfois gérer en « prenant la main », « essayer de les porter un peu » et être un soutien comme ce mari qui « prépare tous ses traitements ». Il faut parfois aussi rattraper les bêtises réalisées par les patients dans le cadre de décompensations, comme « cette dame qui refaisait les garagistes après pour rendre les clés, les contrats de voiture... ». L'entourage était alors souvent décrit comme « un point de repère » et un stabilisateur. Ceci était particulièrement visible chez cette patiente qui « décompense un peu à chaque vacances parce que son fils part chez son papa ». Tout ceci en plus de son rôle essentiel de veille et d'alerte lorsqu'il « repérait les prémices » comme décrit plus tôt.

De fait, cette pathologie pouvait être **anxiogène** pour l'entourage au vu des différentes conséquences pour le patient, mais aussi face au risque de « dilapider tout l'héritage familial ». L'obligation pour les proches de vivre au « rythme des décompensations » pouvait être lassante voire épuisante sur le long terme, avec des gens qui « ne vont pas bien parce qu'ils ont une situation difficile dans leur famille ». Cela rendait « une structure familiale un peu compliquée » finissant parfois par une séparation.

Ainsi, ce qui ressortait de ces entretiens était que ce sont généralement des situations qui « **font souffrir** l'entourage », certains médecins parlant même de « drame familial » puisque « c'est toute la famille qui en pâtit ». Il nous semblait cependant important de noter l'absence de références directes aux conséquences sur les enfants d'un parent bipolaire. N'avaient en effet été cités pour exemple que les conjoints et les parents.

### 3.3. Sur le MG

Lors de notre étude, il ressortait l'idée que pour les soignants aussi, la prise en charge de patients bipolaires avait un impact et pouvait susciter de nombreuses réactions.

### 3.3.1. Par rapport aux liens avec le patient

Tout d'abord, concernant le diagnostic, il pouvait être parfois **difficile d'avoir du recul** sur des situations, en raison de la relation de proximité entretenue avec les patients. Un médecin disait ainsi « c'est bien quand je peux le repérer, mais c'est difficile car je connais bien les gens » surtout, lorsque « la personne se modifie peu à peu ». Percevoir le côté pathologique n'était donc pas toujours immédiat.

Souvent les **échanges** étaient décrits comme bons, voire constructifs, comme avec ce patient « assez sympathique, qui exprime très bien les choses, avec qui on peut échanger ». Un médecin concluait alors que finalement, « le côté bipolarité c'est presque lui dans son cheminement qui m'a apporté ».

En contrepartie, une **méfiance** vis à de ces patients était aussi évoquée, se demandant s'il n'y avait pas un côté « manipulateur », avec « l'impression qu'il surjoue un peu les choses, qu'il joue un peu de ça ». La difficulté alors ressentie était pour « faire la part des choses entre réalité et ce qu'il me raconte », savoir « si il est vraiment si malade que ça », notamment lorsqu'il « justifie lui-même ses propres excès en disant c'est la faute de ma maladie ». Ce côté « pathologie-excuse » pouvait être pris pour de la provocation, comme ce médecin qui se demandait « s'il ne vient pas titiller un peu ma crainte en m'expliquant ».

### 3.3.2. Face au comportement du patient

Le patient bipolaire était parfois difficile à **cadrer** en consultation, un médecin se sentait ainsi ennuyé de ne pas pouvoir réussir à « les faire sortir, ils parlent ils parlent... ». Mais surtout, il était perçu comme quelqu'un qui échappe, dont le médecin pouvait avoir l'impression de perdre le contrôle, allant jusqu'à être en difficulté, se demandant : « qu'est ce que je peux lui dire ? ». Il **inquiétait** aussi parfois avec ses « problèmes alarmants », qui pouvaient faire « un peu peur parfois parce que c'est quelqu'un qui peut se mettre en danger ». En conséquence, un des interviewé expliquait ainsi : « c'est arrivé que je me pose des questions », notamment lorsque survenait « le moment où ça me met en porte à faux parce qu'il n'y a plus de dialogue possible », le patient étant « inaccessible », comme en cas de délires mystiques. Dans ce genre de situations, certains se sentaient « **démunis** ».

Concernant leurs inquiétudes, les médecins interrogés n'avaient « pas trop peur de ce genre de patient », la principale difficulté était « le patient menaçant », ou « des gens un peu violents », qui ne mettaient « pas à

l'aise », mais surtout parce que cela devenait « toujours compliqué pour hospitaliser ». D'ailleurs, la question des hospitalisations soulevait le vécu qui y était associé, notamment lorsqu'un médecin évoquait la rancœur d'une patiente, qu'il avait perçue lorsqu'il concluait : « elle m'en veut, elle ne me consulte plus ».

### 3.3.3. Liés au suivi

Les situations de patients stables mais peu améliorés, dont la consultation « tournait autour des mêmes choses », n'étaient « pas toujours satisfaisantes », voire frustrantes pour les soignants. Il était parfois difficile pour eux de souvent devoir « aller chercher ». Une patiente « stabilisée », mais finalement plutôt « anesthésiée » d'après son médecin, pouvait donner la sensation de le figer lui-même dans son suivi, avec une forme d'« **inertie** ». « C'est difficile de se renouveler » expliquait un autre, on a « l'impression que ça a déjà été fait, que tout a été tenté »....et d'être ainsi « dans le compromis tout le temps », avec l'obligation de « se satisfaire d'un entre-deux tolérable », sans avoir « de moment où tout se passe bien ». Dans cette situation, un des interrogés disait : « je ne me sens pas médecin traitant dans ce genre de cas que j'assume et j'accepte, mais heureusement qu'on a des rhumes et angines à côté ». Toutefois, un médecin tentait plutôt de projeter positif, en axant sur les possibilités d'amélioration permettant « une insertion sociale tout à fait possible ».

Le sentiment qui ressortait le plus était celui de l'isolement, la **sensation de solitude** face aux difficultés de suivi, particulièrement dans les situations aiguës. « Une espèce de colère » pouvait être décrite par certains, un autre se disait « perdu », « pas tellement aidé », avec un « non soutien de nos collègues psychiatres » lorsqu'ils sont appelés en urgence. Un médecin se sentait « voué à ce qu'on m'envoyait promener » suite à la réponse « c'est à vous de l'hospitaliser, de faire l'HDT » de la part de l'hôpital. Tout ceci alors que « les situations compliquées, c'est super dur de les suivre seul ». Il semblait donc important de « faire appel à un psychiatre pour que ce soit allégé », et ainsi étayer le suivi pour « que les gens puissent avoir plusieurs points de repère », et que le généraliste « ne soit pas la seule ressource » à porter cette situation. Un médecin révélait même qu'en cas de situation à risque de complications, son « appréhension énorme, c'est de ne pas avoir de psychiatre dans le suivi ».

La question de « **la limite** » était fréquemment abordée lors des entretiens. Afin d'empêcher un éventuel épuisement, se protéger était parfois nécessaire. Pour ce faire, il était important de s'écouter et poser d'une part sa « limite intérieure », le « baromètre interne », comme par exemple quand on est « mal à l'aise », ou



que l'« interaction » n'est pas bonne, et oser « passer la main » lorsque « ce n'est plus possible » ; et d'autre part, sa « limite de compétence », qui relève plus des capacités médicales. Un médecin expliquait ainsi « je connais mes capacités, je sais où ça s'arrête », et orientait lorsque selon lui cela ne relevait plus de son domaine. La limite posée par chacun était variable avant d'atteindre « un sentiment d'impuissance » : Pour certains lorsque « c'est un petit peu trop chaud à domicile », pour d'autres « quand je patine, que ça n'avance pas, que j'ai l'impression d'être tout le temps à côté, que je ne le sens pas ».

Presque tous les médecins interrogés rapportaient la sensation d'un **manque de compétences professionnelles** en matière de prise en charge psychiatrique. La plupart ne se sentaient « pas performant », « pas assez formé à gérer ça », ou se disaient qu'ils ne pouvaient « pas aider comme le psychiatre ». Ceci était particulièrement prégnant concernant les traitements. Beaucoup ne se trouvaient « pas du tout apte à gérer l'instauration de ces traitements ou les modifier sans l'avis ». Une des personnes racontait aussi à propos d'un neuroleptique, qu'elle « n'avait pas osé le mettre toute seule comme il était déjà suivi par un psychiatre », se posant la question de sa « légitimité » d'aller contre l'avis du spécialiste pour des traitements psychotropes, alors que ce sont des « thérapeutiques que vous ne connaissez pas forcément bien ». Pour contrer leurs manques, certains essayaient « de s'aider au niveau des formations », dont celle « en psychothérapie pour être un petit peu plus à l'aise ». De plus, l'apprentissage se faisait aussi via les patients qui connaissent leur pathologie, et l'expérience avait un impact bénéfique sur l'appréhension des suivis compliqués.

Toutefois, le plus important, restait de ne pas oublier que « le bon médecin n'est pas celui qui sait tout, c'est celui qui sait qu'il ne sait pas grand chose ».

## **4. Le travail collaboratif médecin généraliste-psychiatre**

### **4.1. Le travail en réseau : qui fait quoi ?**

**L'orientation** des patients bipolaires vers un psychiatre pouvait être pour une « interrogation sur un diagnostic » ou « savoir ce qu'il faut faire », et par la suite organiser « un suivi spécialisé », si possible régulier.

Concernant les traitements aussi, le lien avec le psychiatre semblait important, comme le disait un médecin : « c'est exceptionnel que j'adapte les doses sans avis psychiatrique », ainsi lorsqu'il adressait un patient, c'est dans l'idée que le psychiatre « va décider du traitement, de quel dosage aussi pour la personne, puis faire la psychothérapie ».

Les médecins prenaient parfois contact s'ils étaient « inquiets » pour leur patient. Majoritairement, les patients étaient adressés vers un spécialiste si la situation devenait trop difficile ou s'ils jugeaient que le suivi au cabinet devenait insuffisant. Ainsi, « quand on n'y arrive pas, quand ce n'est pas une dépression classique », était une situation d'orientation spécialisée. Il y avait par contre un médecin qui se faisait « toujours aider par un psy », quelque soit la situation, dès qu'il y a « quelque chose qui ne va pas » d'un point de vue psychiatrique, expliquant que : « je le vois pour tout sauf ça ».

Il pouvait donc être utile d'avoir « un échange transversal » à travers le **réseau** qui présentait un « intérêt primordial » et « une aide indéniable ». Cette prise en charge « **pluridisciplinaire** », permettait « un travail d'équipe », qui fait que « on appelle quand on a un souci, puis on communique, on échange ». Les soignants évoquant la possibilité de « partager nos propres doutes », ce qui constituait pour eux « la base pour le bien-être du patient et pour le bien être des professionnels, pour ne pas se sentir seul ». Lors d'un suivi conjoint, « être en lien » permettait par ailleurs de **se répartir** les tâches. Par exemple, comme l'expliquait un médecin : « on discute ensemble », car parfois « sur un mode psychanalytique, le psychiatre dit de laisser le renouvellement au médecin généraliste » mais « d'autres fois c'est le psychiatre qui le fait ».

Le respect de l'intimité du patient, à travers un « courrier bref qui ne raconte pas tout » de l'entretien lors des consultations spécialisées était à préserver pour les généralistes. Cela permettait de respecter « la pensée du patient, ses désirs de parler » et de le laisser dire à son généraliste « ce qu'il veut ensuite ». Il était aussi jugé important d'obtenir « l'accord du patient de faire du lien ».

## 4.2. Types de liens : recours et contenu

Les échanges avec les psychiatres étaient **écrits ou surtout téléphoniques**. Plusieurs médecins estimaient leurs rapports avec les psychiatres comme « plutôt bons », « bien confraternels », et n'avaient « pas du tout de problème avec ça ». Ils notaient aussi « de gros progrès sur la communication et les échanges » et essayaient donc « d'être toujours en correspondance avec les psychiatres ».

Les principaux courriers reçus au cabinet restaient ceux du Césame. De façon générale, les généralistes étaient souvent demandeurs de courriers, car « c'est agréable », et cela permettait de savoir « un petit peu ce qui s'est passé. ». Cependant certains se déclaraient au contraire plutôt « contente quand il y en a qui m'appellent », et ne retrouvaient « **pas de souci** particulier quand j'ai besoin des les appeler ».

D'autres au contraire, évoquaient des **échanges limités**, se plaignant de n'avoir justement pour seul courrier que « des lettres de l'hôpital quand ils sont hospitalisés ». Selon eux, « les psychiatres ne nous écrivent jamais ou ne nous téléphone jamais pratiquement », ainsi, « il n'y a que très peu de lien, parce qu'il n'y a pas de retour », particulièrement de la part des « psys de villes ». Ils se disaient que puisqu'ils étaient « tenus de leur écrire pour leur envoyer les gens », normalement « ils sont tenus de nous répondre ». Le manque d'information sur le suivi posait problème, et plus particulièrement vis à vis des traitements pour lesquels ils n'étaient parfois « absolument pas au courant du changement ». Ils devaient donc se « débrouiller » en cas de renouvellement. Malheureusement, dans ce contexte de manque « de cohésion », un médecin avait ainsi eu « une patiente qui prenait 2 neuroleptiques parce qu'il avait fait un changement sans me le dire ».

Pour palier les difficultés d'échanges avec les spécialistes, certains expliquaient avoir « **choisi** » « certains psychiatres de ville avec qui c'est plus facile de communiquer », et évitaient les psychiatres « avec qui je sais que je vais être mal reçue ». L'adresse était donc à ceux « que je connais bien » pour « pouvoir facilement communiquer avec eux ». Ainsi, le réseau contribuait à créer « une sorte de confiance pré-établie » qui facilitait les orientations. Par ailleurs, le choix des psychiatres était aussi parfois basé sur le mode de d'exercice, pour essayer de « trouver des correspondants qui prescrivent ».

### 4.3. Accès aux spécialistes

L'orientation vers un psychiatre était souvent source de difficultés, en raison « des rendez-vous dans 2 mois ». Ces « gros **délais** » ne pouvaient en plus pas être compensés puisqu'il n'y a pas non plus « assez de disponibilité des IDE psychiatriques ». Ainsi, pour hospitaliser ou simplement avoir un rendez-vous de consultation, on est face à « la difficulté qui est le débordement, pas de place, pas assez de psychiatre ». D'autant plus que, pour les patients déjà suivis, « c'est une fois par mois seulement », et « c'est rare qu'ils soient vus de façon plus rapprochée ».

Il fallait parfois **insister pour avoir un avis**, puisqu'ils ne sont pas non plus « toujours faciles à joindre ». Certains évoquaient d'ailleurs avoir l'impression de devoir « harceler les psychiatres » pour obtenir quelque chose. Cela contribuait à la sensation de manque de soutien de leur part face à une situation d'urgence, de même que la réponse qui leur était parfois faite « c'est à vous de l'hospitaliser, on vous le renvoie », de la part de psychiatre qui n'avaient « rien mis en place ». Cela les amenait alors à conclure que de toute façon, « une HDT ou HO, c'est pour notre pomme ! ».

Cependant, les généralistes qui avaient de bons liens avec les psychiatres, trouvaient que malgré tout, « globalement, j'arrive toujours à avoir le psy dans la journée ».

Une différence d'approche était perceptible entre « les cabinets de ville » et « l'institution » où « ils sont joignables plus facilement », et « on peut avoir au moins l'infirmier qui fait le lien », malgré le fait que cela signifie d'échanger avec « quelqu'un d'autre que le médecin qui s'en occupe ». D'autre part, les psychiatres libéraux, étaient considérés comme « un peu moins loquaces » par plusieurs médecins, certains faisant même un peu « obstacle », comme s'ils « considéraient ça comme une intrusion », ou que « d'appeler, c'était comme si on questionnait la prise en charge ». Pour d'autres, le fait que ce soit plus « compliqué » était surtout lié au fait « qu'ils n'ont pas de secrétariat », et trouvaient que « souvent on est très bien reçus quand on a un souci ».

Pour finir, plusieurs médecins abordaient le fait que leur **perception de l'état** du patient était parfois différente de celle des psychiatres. Cela pouvait s'expliquer par le fait que les rendez-vous étant espacés, « le psychiatre ne les voit pas forcément quand ils ne vont pas bien ». L'écart et l'absence de communication pouvaient être tels qu'un des médecins rapportait une situation où « je me disais, mais les psychiatres sont complètement aveugles de ce qui est en train de se passer en ce moment ». Seulement, certaines choses pouvaient ainsi avoir été dites au cabinet de médecine générale, et « en fait ce n'est jamais ressorti ». Tout ceci semblait moins présent chez les médecins qui rapportaient de bons liens d'échanges avec les psychiatres.

## DISCUSSION

### 5. Le patient bipolaire est-il à considérer comme n'importe quel patient porteur d'une maladie chronique ?

#### 5.1. Comprendre les représentations du patient bipolaire

Les patients atteints d'une pathologie chronique, parfois invalidante, souffrent souvent d'une stigmatisation sous-tendue par des représentations négatives de ce type de maladie dans la population générale. Dans le cadre du trouble bipolaire, cette stigmatisation est retrouvée dans les propos des professionnels du soin, que ce soit du fait de comportements parfois inadaptés ou envahissants, ou en lien avec un suivi jugé « difficile ». Le patient bipolaire était ainsi généralement décrit comme instable, avec des variations de comportement selon son état psychique, une adhésion aux soins souvent fragile, et la pathologie elle-même jugée compliquée, avec des retentissements pouvant toucher toutes les sphères psychiques de la vie du sujet, qu'elle soit affective, familiale, professionnelle ou sociale. Dans le mémoire de B. Pignon sur la santé mentale, on retrouvait l'abord de la question de la stigmatisation dont peuvent souffrir les patients bipolaires. Il en ressortait alors que, finalement, la stigmatisation « n'est pas seulement une conséquence pernicieuse de la maladie mentale, c'est également un facteur de risque pour la santé ainsi qu'une cause directe d'incapacité et de handicap » [15,16].

A travers cette notion, est appréhendée la nécessaire évolution de l'image de la maladie mentale, en population générale bien entendu, mais aussi de la part des généralistes. En effet, en tant qu'acteurs du soin de premier recours, ces derniers rencontrent des patients qui portent eux-mêmes ce type de représentations, facteur de faible compliance aux soins et de retard diagnostic. Une approche plus positive des troubles mentaux par les médecins semble pouvoir garantir un travail d'accompagnement plus adapté et une collaboration plus synergique avec les acteurs de la santé mentale. Est perçue la nécessité de les appréhender « comme tout autre patient », en s'assurant notamment d'avoir un regard sur leur environnement global, tel qu'essayaient de le faire les médecins généralistes interrogés.

## 5.2. Comparaison avec les autres pathologies chroniques

La maladie chronique est un type d'atteinte pouvant être définie à partir d'un certain nombre de caractéristiques suivantes comme le proposait le HCSP dans son texte [17,18] : Etat pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive de nature à durer, d'une ancienneté minimale de 3 mois, avec un retentissement sur la vie quotidienne comme une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis à vis d'un médicament, d'un régime, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours médico-social.

Cependant, quelques caractéristiques particulières pouvaient ressortir de notre étude, comme notamment le fait que la pathologie bipolaire, certes associée à la notion de suivi au long cours de par sa chronicité, était de par son évolution marquée par des épisodes **aigus** dont la prise en charge pouvait être complexe.

Le recours à l'**urgence** et le risque de **passage à l'acte** chez ces patients semblaient ainsi préoccupants pour les médecins questionnés. Le risque de décès par suicide des patients bipolaires est d'ailleurs estimé à 11 à 19% dans cette population, soit 30 fois supérieur à la population générale [19,20], sachant que cette pathologie estimée à 1-2,4% en France est très fréquente [21]. La gestion nécessaire de ces crises aiguës et le risque encouru par ces patients rendent donc cette pathologie particulière.

Mais l'organisation même de l'hospitalisation constitue une particularité de cette pathologie, avec notamment la fréquente nécessité de mise en place de **soins psychiatriques sans consentement**. Ce type de soins s'impose lorsqu'un trouble mental, dans une phase aiguë, justifie des soins hospitaliers pour lesquels le patient, de par son état de santé, n'est pas en capacité de donner son consentement. Cette incapacité est souvent sous-tendue par une anosognosie, c'est-à-dire l'absence de conscience des troubles par le sujet. Si un certain nombre de troubles mentaux, tels que la schizophrénie ou les délires de persécution chroniques, sont fréquemment associés à une anosognosie, le trouble bipolaire se distingue, dans les phases hypomaniaques et maniaques notamment, par un ressenti du patient très différent ; alors qu'un patient schizophrène peut rapporter des angoisses ou une profonde souffrance, qu'un patient délirant chronique en phase de décompensation peut être à même de décrire une baisse de ses capacités d'adaptation, un patient bipolaire

présentant une exaltation de l'humeur rapporte souvent un vécu de bien-être et un sentiment d'augmentation de ses performances psychiques, cognitives et sociales. Ainsi, le médecin généraliste, malgré sa place habituelle d'interlocuteur de proximité et de confiance, peut se trouver en difficulté pour négocier une admission en psychiatrie avec un patient qui se sent parfaitement bien, voire bien mieux qu'auparavant, et donc craindre une évolution négative du lien relationnel. Par ailleurs, si nombre de troubles mentaux se traduisent dans leurs phases aiguës par un repli social et une perte du lien à l'autre, les phases d'exaltation de l'humeur sont associées à des comportements impulsifs et bruyants, des attitudes démonstratives en société et une explosivité émotionnelle rendant bien souvent périlleux le moment même de l'organisation d'une hospitalisation.

Pour finir, il semblait ressortir des entretiens l'importance pour les médecins généralistes du **recours au spécialiste** dans le but d'avoir un avis pour poser le diagnostic de maladie bipolaire, mais aussi généralement initier un traitement et poursuivre le suivi au long cours en association. Concernant d'autres pathologies chroniques, l'orientation spécialisée dès les premières alertes ne semble pas aussi systématique, et de même l'initiation d'un premier traitement n'est pas forcément source d'autant d'incertitude. Le travail conjoint avec les spécialistes, s'il reste un élément majeur de toute prise en charge, semblait ici avoir une place particulière dans le suivi de ces patients.

## **6. Le suivi du patient bipolaire en médecine générale**

### **6.1. Référentiel métier du médecin généraliste**

D'après notre étude, être le médecin généraliste d'un patient bipolaire consiste à repérer les troubles, puis coordonner les soins en ayant recours au spécialiste notamment pour poser un diagnostic, évaluer les différentes phases de la pathologie et surtout les risques associés, et ainsi organiser une éventuelle hospitalisation si nécessaire, assurer le suivi et le dépistage des comorbidités, organiser les aides paramédicales autour du patient si besoin, soutenir l'entourage, et interroger la mise en place des mesures de protection. La prise en charge des patients bipolaires ainsi décrite par les médecins interrogés correspondait finalement aux

attentes du référentiel métier du médecin généraliste, que l'on pouvait retrouver résumé par « la marguerite des compétences » [22].

## **6.2. Ce qui est compliqué : le lien avec les psychiatres**

D'après notre étude, le suivi conjoint psychiatre-médecin généraliste était le type de suivi qui semblait le plus adapté pour une prise en charge optimale. Dans le cadre du réseau, le caractère pluridisciplinaire, mais aussi le fait de permettre aux patients d'avoir plusieurs lieux où s'adresser en cas de besoin apparaissaient être recommandés par les médecins interrogés. Ces derniers rapportaient d'ailleurs à ce propos des situations dans lesquelles ils s'étaient sentis en difficulté en raison d'un sentiment de solitude dans le suivi. Des liens de qualités entretenus avec les psychiatres permettaient de limiter ce vécu.

Ce travail inter-spécialité est soutenu depuis de nombreuses années dans divers textes officiels tels que les recommandations HAS de 2010 et 2011, le plan santé mentale 2011-2015, et plus récemment la loi de modernisation du système de santé de 2016 [11, 12, 23,24]. Ce dernier texte de loi, ciblant comme prioritaire la territorialisation des soins, valide dans l'article 69 l'importance de la sectorisation en psychiatrie, modalité d'organisation à même d'apporter à la population des lieux de soins dédiés de proximité. Ceci se traduit aussi en partie dans les commentaires des praticiens interrogés dans notre étude, avec néanmoins quelques remarques concernant la complexité d'avoir à faire à des interlocuteurs différents dans une même prise en charge. L'article 69 propose par ailleurs l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) « défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire », et associant notamment en son sein « les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé ». Instauré en 2017 sur le Maine et Loire, le PTSM a donc pour objectif, à travers le diagnostic partagé, d'organiser « la coordination territoriale de second niveau » et de définir les actions à entreprendre afin de répondre aux éventuelles « insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services ». Il



ressort de notre étude que le trouble bipolaire pourrait être un exemple pertinent pour analyser concrètement le parcours de soins du patient en santé mentale, et questionner les liens entre les différents intervenants.

Soulignons enfin, que notre étude fait ressortir un sujet déjà abordé dans plusieurs travaux, ici non spécifiquement questionné, concernant les correspondances avec les psychiatres. Celles-ci semblaient ainsi parfois très limitées, un certain nombre de médecins déplorant le manque de courriers de la part de ces spécialistes. Cette problématique est notamment développée dans la thèse du Dr Amiel en 2016 qui analysait les échanges de courriers entre psychiatres et médecins généraliste en Mayenne. Le manque de communication semble ainsi être une question récurrente et centrale pour les acteurs du soin, évoquant un axe d'amélioration majeur [25].

## **7. Améliorer le suivi du patient bipolaire**

### **7.1. Améliorer la coordination psychiatres-médecins généralistes**

Pour faciliter le travail en coordination au sein des réseaux et les échanges avec les spécialistes comme le préconisait l'HCSP dans son évaluation du plan santé mentale en 2016, il apparaît aujourd'hui important d'agir sur la formation des médecins généralistes [26]. Des stages de prise en compte de la souffrance psychique lors de la formation initiale des médecins généralistes ont été mis en place, stages dont il serait intéressant de mesurer l'impact, notamment en ce qui concerne la connaissance des réseaux de soins psychiatriques par les médecins généralistes ; cette donnée spécifique n'a pu être étudiée dans notre travail, ce qui nécessiterait probablement une étude comparative entre médecins ayant bénéficié ou non de ces stages. Notre étude fait par ailleurs ressortir la question de la formation médicale continue des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale, formation sur laquelle il serait aussi intéressant d'agir afin de favoriser leurs compétences dans ce domaine. Toutes ces pistes d'évolution potentielles permettraient ainsi de modifier le constat actuel vis à vis des échanges et de la coordination des soins de santé mentale.

## 7.2. Favoriser la psycho-éducation du patient

Lors des entretiens réalisés pour notre étude, les médecins évoquaient souvent le rapport de confiance qui existait au sein de leur consultation en cabinet. A travers leur place de médecin traitant inscrit dans un suivi au long cours, et parfois aussi de médecin de famille, une relation d'échanges, voire de confidences était fréquemment retrouvée.

Dans ce contexte, les médecins avaient une place privilégiée pour accompagner le patient dans un soutien de proximité face à cette pathologie. Que cela concerne le vécu psychologique au moment du diagnostic, le fait d'avoir «une étiquette » posée sur des troubles parfois anciens, ou bien l'acceptation de la chronicité de la pathologie et de la nécessité d'un traitement au long cours, l'accompagnement soignant doit se faire dans la durée. Ainsi, intégrer la pathologie dans son quotidien, avoir une bonne observance des traitements, reconnaître les signes précurseurs de décompensations et devenir « expert de sa maladie » ne peuvent être un objectif à atteindre qu'à travers une acceptation et un apprentissage. Le médecin généraliste a alors toute sa place dans la « psycho-éducation du patient », pour lui permettre d'acquérir ces compétences de « maîtrise » de sa pathologie. En l'accompagnant, en le soutenant, en étant en lien régulièrement avec lui, il contribue à cette évolution. L'INSERM publiait d'ailleurs en 2013 un document à destination des médecins généralistes pour leur expliquer l'intérêt de ce type de travail. Tout cet apprentissage peut permettre un suivi plus facile, une meilleure stabilité et un meilleur rapport au soin pour les patients. Il reste donc un des objectifs phares du suivi [26].

Un autre sujet d'importance, déjà abordé en partie dans notre discussion, nous amène à questionner le rôle du médecin généraliste dans la psycho-éducation : le risque suicidaire chez le patient bipolaire. La question de la prévention du suicide a pu notamment être abordée en 2008 à Bruxelles dans le cadre du « Pacte européen pour la santé mentale et le bien être », où cinq domaines prioritaires d'action ont été identifiés [28]. Si ces domaines ciblent notamment la formation des professionnels ou la sensibilisation du grand public, il nous semble ici important de souligner la place du médecin généraliste dans le repérage des facteurs de risque. Déménagement, séparation, perte d'un emploi sont autant de facteurs de risque suicidaire, et correspondent à des moments de vie où le médecin traitant peut être interpellé en première intention par un patient. Et si, au travers d'une approche psycho-éducative, le médecin traitant participe à apporter au patient les compétences

nécessaires dans le repérage de ces facteurs de vulnérabilité, s'il contribue à faciliter l'abord de la question des idées suicidaires au travers d'une relation de confiance et de proximité, le soutien et la mise en place de soins adaptés n'en seront certainement que plus efficaces.

## **8. Critique de la méthode**

### **8.1. Originalité de l'étude**

La maladie bipolaire est un trouble psychiatrique pour lequel nombreux écrits de présentation étaient publiés, décrivant la symptomatologie, les risques, les conséquences de la pathologie et les traitements. De plus, des recommandations sur la prise en charge de ces patients sont accessibles, afin d'améliorer leur suivi [3, 4, 5,6].

Il était par ailleurs possible de retrouver des études concernant l'image de la maladie mentale dans la société [9,10]. Cependant, le point de vue des médecins généralistes concernant leur représentation de la pathologie et leur place dans la prise en charge, alors qu'ils sont souvent consultés en premier recours, n'était jamais réellement abordé. Il semblait ainsi intéressant de sortir de l'approche parfois théorique de la maladie pour aller vers une vision pratico-pratique et un vécu de ces soignants vis à vis de ce suivi.

### **8.2. Echantillon des médecins interrogés**

Les 13 médecins généralistes avaient été choisis à partir d'une liste établie des médecins du secteur géographique choisi. Nous sommes allés jusqu'à saturation des données, mais la diversification des profils de médecins n'était toutefois pas optimale. En effet, la parité hommes-femmes et la variabilité des âges des interviewés étaient respectées ; cependant la majorité des médecins étaient installés dans un secteur urbain. Seulement 3 des interrogés étaient situés à l'extérieur de la ville d'Angers, dépendant du CMP de périphérie, en semi-urbain, et il n'y avait aucun médecin du milieu rural. Par ailleurs, uniquement 2 médecins exerçaient seuls dans leur cabinet, tous les autres étaient dans des cabinets de groupe à minimum 2 associés. De ce fait, la

représentation ou le vécu des médecins de campagne vis à vis de cette pathologie, ainsi que la question de leurs liens avec le psychiatre auraient pu être modifiés de part leur isolement géographique. Il serait intéressant de voir si, pour eux, la gestion de ces patients est la même que pour les cabinets situés à proximité de l'hôpital.

### **8.3. Limites des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés sous forme semi-dirigée, à travers un guide d'entretien pré-établi. Ce dernier s'était enrichi au fil du temps, n'étant pas figé, ce qui a permis aux médecins de laisser libre court à leur pensée, et faire des associations d'idées sans être interrompus. Cependant, l'exercice qui consistait à cibler la pathologie bipolaire s'est avéré parfois difficile pour certaines questions, nécessitant de revenir à la pathologie psychiatrique en général plutôt que rester spécifiquement sur ce trouble. Cette situation s'étant particulièrement retrouvée pour la question de l'urgence au cabinet, peu rencontrée par la plupart des interrogés.

## CONCLUSION

Notre étude confirme la place essentielle qu'occupe le médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques, et notamment du trouble bipolaire qui était tout particulièrement interrogé dans ce travail.

Les représentations portées par les médecins traitants concernant ces troubles avaient un impact direct sur leur positionnement vis à vis du suivi. Mais si les patients souffrant d'un trouble bipolaire pouvaient être décrits comme imprévisibles, par moments insécurisants, et si cette pathologie, jugée compliquée à suivre, pouvait nécessiter des temps de consultation parfois très longs, les médecins s'attachaient néanmoins à les recevoir « comme n'importe quel autre patient ». Par ailleurs, de par leur place dans la prise en charge au long cours, les médecins généralistes rapportaient une très bonne connaissance de leur patient, avec bien souvent aussi l'avantage d'une vision globale, notamment grâce à des liens d'échange et de soutien de l'entourage. Les difficultés principales évoquées étaient alors associées à une adhésion au traitement parfois faible, des risques de décompensation pouvant nécessiter une hospitalisation en urgence dont l'organisation pouvait s'avérer complexe, et des phases dans lesquelles l'accessibilité du patient était variable.

Les liens avec les psychiatres semblaient avoir un retentissement sur le suivi par les médecins et leur représentation positive de la pathologie. Ainsi, de bons échanges entre les spécialités paraissaient permettre de limiter d'éventuels ressentiments de la part des médecins généralistes, et pouvaient diminuer le sentiment d'isolement dans le suivi ou l'urgence, sentiment fréquemment rapporté par les généralistes. Cela améliorait par ailleurs les possibilités d'orientation et de travail pluridisciplinaire, adaptés aux besoins des patients. Dans le même souci de favoriser le suivi le plus adapté et un vécu plus positif de la prise en charge, les médecins interrogés évoquaient souvent un besoin de formation ; ceci était particulièrement prégnant quand était abordée la question de leur sentiment de compétences vis à vis des troubles psychiatriques, et plus particulièrement dans le maniement des traitements psychotropes. Cette formation semblerait pouvoir s'organiser autour d'une amélioration des échanges avec les psychiatres, et plus spécifiquement de façon ciblée sur les points qui les mettent en difficulté.

Enfin, si ce travail permet d'enrichir nos connaissances sur les attentes des médecins généralistes concernant leur place dans la prise en charge des troubles psychiatriques, et si les psychiatres eux-mêmes pourraient se prononcer sur la place centrale du médecin traitant dans le soutien à leurs prises en charge, ainsi que dans la prise en compte des comorbidités somatiques fréquentes et aux conséquences souvent majeures, les attentes du patient restent à préciser. Si nous envisageons qu'une synergie doit être recherchée, que la connaissance que chacun peut avoir du patient doit être partagée, il ne faut pas oublier que chaque patient, dans sa singularité, doit être libre de s'exprimer et de choisir ses soins, et que le respect de la subjectivité de l'individu permet de garantir la spontanéité de la rencontre, ciment de la relation thérapeutique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ROUILLON F. Epidémiologie du trouble bipolaire. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2009 ; 167(2009) : 793-795. <http://www.em-premium.com/article>
2. ROUILLON F, GASQUET I, GARAY RP, LANCRENON S. Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : enquête Bipolact Impact. ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2009 ; 167(8) : 611-5. <http://www.em-premium.com/article/227030>
3. FAVRE-BONTE Joelle, HAUTE AUTORITE DE SANTE. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Rapport d'élaboration. Saint-Denis la Plaine : Haute autorité de santé, 2015.
4. K Kjernisted, Trouble bipolaire : Le trouble bipolaire pour les médecins de famille - Partie 2 : Prise en charge – le rôle des antipsychotiques atypiques. Clinicien plus, mai 2012 : p41-51
5. OLIE, E., COURTET, P., GUILLAUME, S., CHABANNES J.P., MEYNARD J.A., Les besoins et attentes des patients bipolaires. SANTE MENTALE 2012 ; (167) : 42-5.
6. Plaussy, C. (2006). «Le trouble bipolaire en médecine générale». *L'encéphale*, 32: 553-6, cahier 2.
7. Gallais, J.L. (2014). «Médecine générale, psychiatrie et soins primaires: Regards de généraliste». *L'Information psychiatrique*, 2014: 90:323-9
8. Gallais, J.L., Alby, M.L. (2002). «Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale». Encyclopédie médico-chirurgicale (Editions Scientifiques et Médicales SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-956-A-20, 6p
9. Samson, S. (2005). «Image de la Maladie mentale, dans la pratique de médecine générale à partir d'une enquête en population générale». Thèse d'état de docteur en médecine générale. Angers. 136P
10. ILLEL, K. (1999), Enquête SOFRES-Images de la psychiatrie, Synapse, 155: p6-17.
11. Loi santé 2016-41 du 26/01/2016, de modernisation de notre système de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.doc?idTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
12. Ministère de la santé, Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [http://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_psychiatrie\\_et\\_sante\\_mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.cnsa.fr/documentation/plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2011-2015.pdf)
13. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale>
14. Fédération Française de Psychiatrie (2015). Recommandations de bonne pratique en psychiatrie: «Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique».

15. Baptiste Pignon. Mémoire DIU Santé Mentale dans la communauté, p16.  
<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/m%C3%A9moire-Pignon.pdf>
16. Giordana J-Y. Introduction: un enjeu de santé publique. Stigmatisation En Psychiatr. En Santé Ment., Issy-les-Moulineaux: Elsevier; 2010, p. 117-34
17. Briançon S, Guerin G, Sandrin Berthon B. Maladies chroniques. ADSP n°72, septembre 2010.  
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>
18. Haut Conseil de la santé publique (HCSP), Commission spécialisée "Maladies chroniques" (CSMC), 2009  
<http://chronisante.inist.fr/?France,223>
19. Centres Experts FondaMental Troubles bipolaires (03/2017)  
  
"Troubles bipolaires et risque suicidaires" [https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/cp\\_etude\\_ff\\_suicide\\_et\\_tb.pdf](https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/cp_etude_ff_suicide_et_tb.pdf)
20. Ducasse D. et al. FondaMental Advanced Centers of Expertise in Bipolar Disorders (FACE-BD) Collaborators., Olié E, Courtet P. "Affect lability predicts occurrence of suicidal ideation in bipolar patients: a two-year prospective study". Acta Psychiatr Scand. 2017 Mar 5.
21. Note de cadrage HAS (2014), Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles\\_bipolaires\\_reperage\\_et\\_diagnostic\\_en\\_premier\\_recours\\_-\\_note\\_de\\_cadrage\\_2014-06-13\\_10-53-16\\_714.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf)
22. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. "Définitions et descriptions des compétences en médecine générale". exercer 2013;108:148-55
23. Guide HAS 2010, vivre avec un trouble bipolaire. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/ald\\_23\\_gp\\_troublebipolaire\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/ald_23_gp_troublebipolaire_web.pdf)
24. Collège National pour la qualité des soins en psychiatrie, 2010, La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres . <https://www.cnpp-cngsp.com/blank-dvouy>
25. Amiel, M-A. Thèse dirigée par Dr Caillez (2016) "Echanges de courriers entre médecins généralistes et psychiatres: évaluation des pratiques et des attentes, pour le suivi ambulatoire des patients en Mayenne."
26. HCSP (2016) "Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015"
27. INSERM UMR 1061, MG-PSY, 2013. Psychoéducation. <http://www.mg-psy.org/php/prise-en-charge/psycho-education.php>
28. Pacte Européen 2008 [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf)



# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>12</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>14</b>
<b>I. Caractéristiques de la population.....</b>	<b>13</b>
<b>II. Données recueillies.....</b>	<b>14</b>
<b>1. De l'importance du diagnostic comme pronostic ou l'impossible incertitude : Représentations de la maladie mentale .....</b>	<b>15</b>
1.1. La maladie mentale .....	15
1.2. La maladie bipolaire .....	17
1.3. Le patient bipolaire : description- représentation .....	20
<b>2. Etre médecin généraliste d'un patient bipolaire .....</b>	<b>25</b>
2.1. Repérer, dépister, accompagner.....	25
2.2. Communiquer avec et autour du patient bipolaire.....	27
2.3. Prescriptions de psychotropes.....	30
2.4. Prendre en charge l'urgence de la maladie psychiatrique .....	31
2.5. L'hospitalisation est différente à organiser d'une autre hospitalisation .....	32
<b>3. Les retentissement de la maladie mentale .....</b>	<b>33</b>
3.1. Sur le patient .....	33
3.2. Sur l'entourage familial.....	35
3.3. Sur le MG .....	35
<b>4. Le travail collaboratif médecin généraliste-psychiatre .....</b>	<b>38</b>
4.1. Le travail en réseau : qui fait quoi ? .....	38
4.2. Types de liens : recours et contenu .....	40
4.3. Accès aux spécialistes .....	41
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>42</b>
<b>5. Le patient bipolaire est-il à considérer comme n'importe quel patient porteur d'une maladie chronique ? .....</b>	<b>42</b>
5.1. Comprendre les représentations du patient bipolaire .....	42
5.2. Comparaison avec les autres pathologies chroniques .....	43
<b>6. Le suivi du patient bipolaire en médecine générale .....</b>	<b>44</b>
6.1. Référentiel métier du médecin généraliste .....	44
6.2. Ce qui est compliqué : le lien avec les psychiatres .....	45
<b>7. Améliorer le suivi du patient bipolaire.....</b>	<b>46</b>
7.1. Améliorer la coordination psychiatres-médecins généralistes.....	46
7.2. Favoriser la psycho-éducation du patient.....	47
<b>8. Critique de la méthode.....</b>	<b>48</b>
8.1. Originalité de l'étude .....	48
8.2. Echantillon des médecins interrogés .....	48
8.3. Limites des entretiens .....	49

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>52</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

## ANNEXES



*Tableau réalisé par un adhérent de l'association "Bipôles 31" illustrant la pathologie bipolaire*



**Place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles bipolaires**

**RÉSUMÉ**

La prévalence de la pathologie bipolaire en soins primaires était estimée de 1 à 2,5%. Cependant, le point de vue du médecin traitant impliqué dans la prise en charge globale de ces patients est peu abordé dans la littérature. L'objectif de ce travail est d'explorer la perception des généralistes quant à leur place dans la filière psychiatrique, en approchant notamment leurs représentations vis à vis de ces patients.

Une analyse qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes du Maine et Loire a été réalisée pour une analyse thématique.

Les médecins de soins primaires, éléments de premier recours et interlocuteurs privilégiés pour les patients et leur entourage, considéraient les patients bipolaires comme toute autre personne atteinte d'une pathologie chronique, avec toutefois un suivi au long cours pouvant être qualifié de complexe. L'adhésion au suivi ainsi que l'observance au traitement restaient difficiles et fluctuantes en fonction des variations thymiques, et les risques de décompensation associés, pouvant nécessiter une hospitalisation en urgence, étaient sources d'insécurité pour les praticiens. Le travail conjoint avec les psychiatres permettait néanmoins de faciliter la prise en charge, même si la qualité des liens avec eux étaient encore jugée insuffisante.

Il semble donc prioritaire de favoriser les liens entre spécialités afin de limiter le sentiment d'isolement des généralistes et d'améliorer leur vécu dans ce type de suivi. Des liens de qualité étant généralement associés à une représentation plus positive de la pathologie et à des soins mieux coordonnés, une implication conjointe des médecins généralistes et des psychiatres dans l'étude et l'évolution du parcours de soins des patients en santé mentale semble indispensable, et pourrait prendre corps au travers des implications de la loi de modernisation du système de santé de 2016.

**Mots-clés : PSYCHIATRIE-MEDICINE GENERALE-ENQUETE QUALITATIVE-PATHOLOGIE BIPOLAIRE-REPRESENTATIONS-LIENS GENERALISTES-PSYCHIATRES**

**The role of the general practitioner in the management of bipolar disorder**

**ABSTRACT**

The prevalence of bipolar pathology in primary care has been estimated at 1 to 2.5%. However, the point of view of the attending physician involved in the overall care of these patients is not often discussed in literature. The objective of this work is to explore the perception of general practitioners on their status in the psychiatric sector, in particular approaching their representations towards these patients.

A qualitative analysis of semi-directed interviews with 13 GPs from "Maine et Loire" was conducted for a thematic analysis. Primary care physicians, first line and privileged interlocutors of patients and their close relatives, viewed bipolar patients as any other person with a chronic pathology, With nonetheless a long-term follow-up that could be described as complex. Adhesion to follow-up and adherence to treatment remained difficult and fluctuating depending on thymic variations, and the associated risks of decompensation, which may require hospitalization in emergency, were a source of insecurity for practitioners. A joint work with psychiatrists facilitated care, although the quality of the exchanges with them was still considered insufficient.

It seems to be a priority to promote links and exchanges between specialties in order to limit the feeling of loneliness of GPs and to improve their experience in this type of follow-up. Qualitative exchanges are usually associated with a more positive representation of the pathology and more coordinated care, a joint involvement of general practitioners and psychiatrists in the study and evolution of mental health patient' care seems essential, and could take place through the implications of the 2016 Health System Modernization law.

**Keywords : PSYCHIATRY-GENERAL MEDICINE-QUALITATIVE STUDY-BIPOLAR PATHOLOGY-REPRESENTATIONS-LINKS BETWEEN GPs-PSYCHIATRIST**