

Marion Leboyer

Responsable du pôle de Psychiatrie de Créteil, Directeur du laboratoire de Psychiatrie Génétique (INSERM, IMRB) et Directeur de la Fondation FondaMental (RTRS Santé Mentale)

Chantal Henry

PU-PH. Pôle de psychiatrie du CHU de Créteil, et INSERM, eq 15, IMRB et Fondation FondaMental (RTRS Santé Mentale)

Les troubles bipolaires sont la 6^e cause de handicap, avec une prévalence comprise entre 1 % pour le trouble bipolaire de type I (épisodes dépressifs et maniaques) et allant jusqu'à 4,4 % si on inclut les troubles du spectre bipolaire.

Ces troubles sont associés à une forte morbidité, due aux comorbidités psychiatriques (troubles anxieux et addictions) et somatiques (maladies cardio-vasculaires, syndrome métabolique et obésité, diabète) et mortalité (15 % des patients hospitalisés décèdent par suicide). L'espérance de vie des patients bipolaires est réduite de 30 %.

Au-delà de la souffrance pour les patients et les familles, le coût de cette pathologie est considérable. Le coût des troubles bipolaires aux USA est estimé à 43,7 billions \$, à 4.59 £ au Royaume-Uni avec une estimation de 1 510 millions £ pour les coûts indirects, bien au dessus des coûts du diabète. Une part considérable de ces coûts (40 %) est due aux maladies somatiques comorbides. La stigmatisation est encore très importante en France qui est un des rares pays européens où il n'y a pas de campagne d'informations spécifiques sur les troubles bipolaires. Ces données montrent bien l'importance d'améliorer la prise en charge de ces patients, de soutenir la recherche sur les troubles bipolaires, de développer la formation et les actions d'informations du grand public, des décideurs, des patients et de leurs familles.

Il y a 30 ans

- L'utilisation des anti-épileptiques comme thymorégulateur se développe en alternative ou en complément du lithium.
- Les mécanismes étiopathogéniques reposent essentiellement sur des modèles génétiques. (arguments épidémiologiques : études familiales, de jumeaux et d'adoption). L'héritabilité est voisine de 80 %).
- La première étude génétique est publiée dans *Nature* en 1988 (étude Amish).

Il y a 10 ans

- Guy Goodwin (Professeur de Psychiatrie de l'Université d'Oxford) écrit en 2000 que les troubles bipolaires sont la "Cendrillon de la psychiatrie", les financements de la recherche sont insuffisants, il n'y pas de prise de conscience de la gravité de cette maladie.
- Il s'agit d'une pathologie chronique et non simplement récurrente. Reconnaissance que les patients restent symptomatiques 50 % de leur existence et ce en dehors des épisodes de dépression ou de manie. Entre les épisodes persistent des dysfonctions cognitives (troubles mnésiques de dysfonctions exécutives), une instabilité émotionnelle et des troubles persistants du sommeil
- Les résultats des études de génétique suggèrent des facteurs de vulnérabilité génétique communs à la schizophrénie.
- Les études d'imagerie révèlent des anomalies de structure et des anomalies fonctionnelles notamment au niveau du cortex préfrontal, de l'amygdale et des anomalies de connectivité.

Aujourd'hui

- Les troubles bipolaires sont considérés comme une maladie chronique, grave, fréquente dont les causes sont hétérogènes. Ils sont caractérisés par des récurrences d'épisodes dépressifs et maniaques, mais aussi par la persistance de troubles entre les épisodes : difficultés de sommeil, hyper-réactivité émotionnelle, persistance de symptômes résiduels, troubles cognitifs. Ces facteurs méconnus nécessitent d'être évalués et traités afin de diminuer les risques de rechute.
- Les traitements devraient être largement préventifs, mais le retard au diagnostic et donc aux traitements spécifiques est important : les délais entre le début des troubles et le diagnostic est de 8 ans en moyenne).
- Sur le plan thérapeutique :
 - les antidépresseurs sont encore trop souvent prescrits en première intention sans thymo-régulateur (hors recommandations) ;
 - les traitements médicamenteux doivent être complétés par des thérapeutiques non médicamenteuses qui améliorent considérablement le pronostic : c'est le cas de la psycho-éducation connue pour diminuer de 50 % les rechutes et les ré-hospitalisations. Cette thérapie brève qui pourrait réduire de manière considérable de coût de la prise ne fait pas partie des recommandations de la loi HPST ;
 - d'autres traitements non pharmacologiques tels que les thérapies cognitivo-comportementale, le traitement des dysrégulations du rythme circadien ou les programmes de remédiation cognitive devraient être également développés. Il est important de mieux étudier et de pouvoir proposer de nouveaux algorithmes de prise en charge tenant compte de l'hétérogénéité du trouble et des divers traitements mis à notre disposition tant pharmacologiques que psychosociaux.

- Le dépistage et le traitement des pathologies somatiques comorbides sont encore très insuffisants en raison de la stigmatisation dont sont victimes ces patients et de l'organisation actuelle du système de soins en psychiatrie, trop souvent isolé des autres disciplines médicales. Ces comorbidités grèvent lourdement le pronostic.
- La stigmatisation reste majeure en France. Un sondage récent montre que la majorité des Français pensent que les schizophrènes sont des malades dangereux (étude réalisée par la fondation Fondamental, 2009). Aucune campagne d'information n'a été réalisée en France à la différence de la majorité des pays européens.
- Les financements pour la recherche restent très insuffisants. A titre d'exemple quand les financements européens pour la recherche sont de 39 millions pour la schizophrénie, ils sont de 20 millions pour la dépression, le suicide et les troubles bipolaires alors que la prévalence des seuls troubles bipolaires est la même que celle de la schizophrénie.
- Développement de thérapeutiques ciblées sur de nouvelles hypothèses étio-pathogéniques (vaccins, traitements anti-inflammatoires par exemple...).
- L'étude des facteurs de vulnérabilité génétique et environnementale a permis d'identifier les sujets à risque et a conduit au développement de stratégie de prévention et d'information sur les facteurs de risque identifiés chez des sujets à risque.
- Les actions de communication ont diminué la stigmatisation, améliorant de fait les actions de dépistage, de diagnostics, de compliance aux soins, d'insertion sociale et professionnelle.
- Le coût lié aux soins a diminué grâce à la réduction des hospitalisations temps plein, les coûts indirects enfin maîtrisés ont diminués et ces patients, correctement et précocement soignés restent dans la vie active
- Mise en place de mesures de prévention :
 - prévention primaire sur la base d'une meilleure connaissance des facteurs d'environnement et des sujets à risque,
 - prévention secondaire grâce à la mise en place de consultations spécialisées (centres experts) permettant de réduire le délai entre le début de la maladie et la mise en route de thérapeutiques spécifiques et personnalisées,
 - prévention tertiaire par le développement d'hôpitaux de jour utilisant toute la palette des outils thérapeutiques prescrits grâce à un bilan complet.

En 2025 ?

- Des programmes de traitements personnalisés impliquant des approches médicamenteuses et non médicamenteuses sont dispensés en hôpital de jour faisant suite à des bilans complets réalisés par des équipes spécialisés. Le parcours de soins implique un suivi avec des équipes multidisciplinaires, impliquant tous les acteurs du soins.

Comment passer de 2010 à 2025 ?

- Donner plus de moyens à la recherche en psychiatrie et en particulier au domaine des troubles bipolaires.
- Développer les actions de dépistage, de diagnostic et de prévention : mettre en place le réseau des centres experts comme lien entre soins et recherche, suivi de cohorte pour identifier les facteurs de risque et de rechutes et évaluer l'impact des traitements.
- Actions d'informations et de communication sur les troubles bipolaires en particulier auprès des décideurs...