

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année : 2021

N° : 301

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

Léa SIMONIN
Née le 31 juillet 1994 à Strasbourg

**ÉTAT DES LIEUX SUR LE CHU DE STRASBOURG DE
LA PLACE DES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES DANS
LE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE L'HUMEUR**

Président du jury : Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année : 2021

N° : 301

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

Léa SIMONIN
Née le 31 juillet 1994 à Strasbourg

**ÉTAT DES LIEUX SUR LE CHU DE STRASBOURG DE
LA PLACE DES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES DANS
LE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE L'HUMEUR**

Président du jury : Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Asseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)**
- **Doyens honoraires :** (1976-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. GOICHOT Bernard
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique// HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P6 : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Dir : Directeur

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr ZIMMER Alexis		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schittigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétiq.ue) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HASSELLMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétiq.ue) / 01.09.09
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Haute-pierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À mon maître et Président du Jury de Thèse,
Monsieur le Professeur Vidailhet,
Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci également pour votre organisation de l'internat de psychiatrie à Strasbourg, qui est riche en possibilités et en qualité.

À mon maître et juge,
Monsieur le Docteur Foucher,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci également pour votre séminaire WKL pendant lequel vous nous transmettez avec passion une partie de vos connaissances ; ce séminaire m'a appris à porter un regard rigoureux sur chaque détail clinique.

À mon directeur de thèse,
Monsieur le Professeur Bertschy,
Je vous remercie profondément d'avoir encadré mon travail de thèse. Tout au long de ce travail, votre disponibilité et votre bienveillance m'ont permis d'avancer sereinement. Ce fût également un réel plaisir de travailler auprès de vous lors de mon stage au 3013.

À William,
Merci infiniment de saupoudrer d'un soupçon d'extravagance chacune de nos journées.
Merci d'être toi. Merci de m'encourager à être moi.

À toute ma famille (Margot, mes parents, mes grands-parents),
Merci pour votre curiosité qui m'a servie d'exemple tout au long de ma vie.
Je ne vous remercierai jamais assez pour vos encouragements, votre présence et votre amour inconditionnel.

Juliette,
Merci d'être la meilleure des amis depuis plus de 27 ans. Je pense déjà à notre prochain goûter !

À Sylvie Rivière,
Merci pour ton aide précieuse mais aussi pour tous les moments que nous avons partagés.

À tous mes amis,
Merci pour tous nos bons souvenirs.

À tous les soignants, médicaux et para-médicaux, amis et collègues, qui partagent avec moi leur passion du métier.

Aux patients, auprès desquels j'apprends sans cesse.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	19
INTRODUCTION	21
I. LES TROUBLES DE L’HUMEUR	23
1. CIM-11 et DSM-5 : dichotomie bipolaire-unipolaire	23
2. Des limites floues	27
a. À l’origine	27
b. Spectre bipolaire.....	30
3. Conséquences thérapeutiques	33
4. Structures d’aide au diagnostic.....	38
a. Centre Expert.....	38
b. Consultation spécialisée au CHU de Strasbourg.....	39
II. ÉTUDE.....	41
1. Matériel et méthode	41
a. Type d’étude.....	41
b. Objectif.....	41
c. Facteurs étudiés	42
d. Population et échantillon	43
e. Récolte et analyse des données	44
f. Éthique.....	44
2. Résultats	44
a. Caractéristiques démographiques.....	45
b. Mode d’adressage.....	46
c. Antécédents familiaux psychiatriques.....	47
d. Diagnostic de trouble de l’humeur avant la consultation spécialisée.....	48
e. Comorbidités somatiques	48

f. Comorbidités psychiatriques	49
g. Diagnostics psychiatriques posés à l’issue de la consultation spécialisée	50
h. Traitements	54
i. Autres recommandations	56
3. Discussion	58
a. Synthèse et commentaire des résultats	58
i. <i>Mode d’adressage</i>	58
ii. <i>Diagnostics</i>	60
iii. <i>Traitement</i>	65
b. Forces et limites de l’étude	66
CONCLUSION	69
ANNEXES	72
ANNEXE 1 : Index de bipolarité de Sachs	73
ANNEXE 2 : Plaquette descriptive du centre expert pour les troubles bipolaires à Besançon	75
ANNEXE 3 : Plaquette descriptive du centre expert pour la dépression résistante à Besançon	77
ANNEXE 4 : Recueil du consentement du patient.	79
ANNEXE 5 : Avis favorable du Comité d’Éthique pour la réalisation de cette étude	80
ANNEXE 6 : Définition du trouble cyclothymique dans le DSM-5	81
ANNEXE 7 : Définition du trouble cyclothymique dans la CIM-10	82
BIBLIOGRAPHIE	83

Liste des tableaux

Tableau 1 :	place des stabilisateurs de l'humeur dans la prise en charge de la dépression résistante selon (28)	35
Tableau 2 :	Recommandations pour le traitement des épisodes dépressifs bipolaires (CANMAT et ISBD, 2009) adaptées pour les molécules commercialisées en France, selon (31)	37
Tableau 3 :	indicateurs démographiques des patients (sexe, âge).....	45
Tableau 4 :	modalité d'adressage des patients inclus	46
Tableau 5 :	antécédents familiaux psychiatriques des patients inclus	47
Tableau 6 :	diagnostic de trouble de l'humeur avant la consultation spécialisée	48
Tableau 7 :	comorbidités somatiques des patients inclus	48
Tableau 8 :	comorbidités psychiatriques des patients inclus	49
Tableau 9 :	diagnostic posé à l'issue de la consultation	50
Tableau 10 :	détail du diagnostic de trouble dépressif.....	51
Tableau 11 :	détail du diagnostic de trouble bipolaire	51
Tableau 12 :	diagnostic épisodique actuel des patients présentant un trouble bipolaire	52
Tableau 13 :	recherche d'un lien entre le mode d'adressage et le moment de diagnostic de bipolarité	53
Tableau 14 :	recherche d'un lien entre le mode d'adressage et le diagnostic épisodique	53

Tableau 15 : recherche d'un lien entre le diagnostic épisodique et le moment où le diagnostic est fait	54
Tableau 16 : traitement pré-consultation des patients inclus	54
Tableau 17 : traitement pré-consultation des patients bipolaires	55
Tableau 18 : modification thérapeutique des patients bipolaires	55
Tableau 19 : propositions de prise en charge non médicamenteuse	56

INTRODUCTION

Être d'attaque, avoir la banane, être plein d'entrain, avoir la pêche, sauter de joie, rugir de plaisir, péter la forme, exploser de joie, voir la vie en rose, rire comme un bossu, être au septième ciel, prendre son pied, croquer la vie à pleines dents, se lever du bon pied, être transporté de joie, déborder d'enthousiasme, être aux anges, être en extase, planer, être sur un petit nuage, nager dans le bonheur...

Mais aussi : pleurer des torrents de larmes, avoir le blues, toucher le fond, baigner dans la tristesse, être pâle comme la mort, avoir le cafard, avoir une tête d'enterrement, avoir la vague à l'âme, être triste comme le ciel noir, avoir le moral dans les chaussettes, porter son fardeau....

Bien qu'il soit reconnu en tout et pour tout 6 émotions « primaires » (peur, joie, dégoût, tristesse, colère, surprise), le vécu et l'expression de ces émotions n'ont pas de limite. Seul un vocabulaire imagé, hyperbolique et dynamique peut laisser à voir la complexité de nos ressentis.

Mais à partir de quand peut-on considérer ces émotions comme pathologiques ? Et si maladie il y a, quelle est-elle ? Comment peut-on classifier des émotions ? Quels points communs a-t-on trouvé pour regrouper des états émotionnels si variables et personnels ?

C'est des questions auxquelles s'attèle la psychiatrie. Au cours des siècles, plusieurs points de vue se sont affrontés pour tenter de comprendre et classifier les états émotionnels pathologiques.

Dans la première partie de ce travail nous aborderons l'évolution des classifications des troubles de l'humeur.

L'objectif de ces tentatives de classifications est avant tout de venir en aide aux patients qui souffrent de leurs émotions. Ces regroupements diagnostiques permettent une prise en charge plus objective, basée sur des connaissances solides. Actuellement, des centres d'expertise se forment pour porter conseil devant des situations cliniques complexes. C'est l'exemple des consultations spécialisées dans les troubles de l'humeur du service de psychiatrie 2 du CHU de Strasbourg. Nous vous présenterons une étude observationnelle rétrospective portant sur ces consultations dans une seconde partie de ce travail.

I. LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Le terme de polarité est, en psychiatrie, intrinsèquement lié à l'humeur. On oppose l'humeur exaltée à l'humeur triste. Ces deux états opposés sont considérés comme pathologiques lorsque leur intensité, leur durée sont augmentées et qu'ils entraînent des répercussions sur la vie de la personne ou sur son environnement.

Au travers des siècles, nombres de cliniciens ont tenté de classifier ces états. Certains ne voyaient dans ces dérèglements thymiques qu'un symptôme appartenant à une maladie plus vaste ; d'autres faisaient de ces traits thymiques le point cardinal de leur classification.

1. CIM-11 et DSM-5 : dichotomie bipolaire-unipolaire

En 1957, Leonhard propose une classification des troubles mentaux, qui vient compléter les travaux de son maître Kleist (1). Il part de l'hypothèse que les différents états cliniques qu'un patient présente au cours de sa vie, sont la résultante d'une même pathologie.

Il identifie alors 35 troubles (qu'il nomme psychoses) et les classe selon le critère de polarité ainsi que sur l'accumulation de symptômes entre les épisodes.

Le critère d'accumulation des symptômes comprend les symptômes résiduels présents (ou non) lors des moments de stabilité clinique.

La notion de polarité introduite par Leonhard concerne l'évolution au cours du temps de la sphère affective, la sphère de la pensée et la sphère de la psychomotricité du patient. Chaque sphère étudiée présente deux pôles opposés. Si un patient présente, au

cours de sa vie (ou de l'épisode), une alternance entre les deux pôles d'un même domaine psychique, alors son évolution est considérée comme bipolaire. Si la clinique reste stable (peu importe le pôle de chaque sphère), alors l'évolution est considérée comme unipolaire.

Leonhard identifie alors 3 catégories de troubles à évolution bipolaire : la psychose maniaco-dépressive, les psychoses cycloïdes et les schizophrénies non systématisées. Il les oppose aux troubles unipolaires de l'humeur. Selon lui, leur évolution clinique, leur réponse thérapeutique, leur hérédité en font des troubles complètement différents.

La psychose maniaco-dépressive décrite par Leonhard est l'entité la plus proche du trouble bipolaire actuel. Bien sûr, des différences existent : notamment, il n'est pas nécessaire que le patient présente d'épisode (hypo)maniaque afin de poser le diagnostic de psychose maniaco-dépressive.

Par la suite, cette théorie sera reprise dans une étude de grande ampleur, dirigée par J. Angst, élève de Leonhard. Ce travail de recherche réalisé à Zurich a inclus 591 patients de 19-20 ans. Une cohorte prospective sur 20 ans a permis d'évaluer l'influence de différents facteurs sur l'apparition d'un trouble psychiatrique (2).

Parallèlement, mais de manière indépendante, d'autres auteurs chercheront à catégoriser les troubles selon leur polarité thymique. C'est le cas de C. Perris en Suède et de G. Winokur et P. Clayton aux États-Unis.

Tout comme Leonhard, Angst, Perris, Winkur et Clayton mettent en évidence des différences socio-démographiques, psychologiques et cliniques entre les patients présentant une forme bipolaire et les patients présentant une forme unipolaire de trouble de l'humeur.

C'est en 1980, date de publication du DSM-III (3), que la distinction entre les troubles bipolaires et les troubles unipolaires se fait à l'échelle internationale.

Dans les classifications internationales précédentes des maladies mentales (dans le DSM-I et II mais aussi dans la classification de l'Inserm de 1969 ou la CIM-9 de 1979), l'accent était mis sur une différenciation psychose vs névrose reposant essentiellement sur le regroupement catégoriel de pathologies ayant une théorie étiologique ou physiopathologique commune.

Le DSM-III apporte un grand bouleversement dans les classifications internationales psychiatriques. Les théories étiopathogéniques sont abandonnées au profit de la clinique. Les pathologies sont alors définies par des critères diagnostics explicites : symptômes, durée de l'épisode, etc., et elles sont regroupées entre elles selon leurs caractéristiques cliniques communes.

On y retrouve la classe des « troubles affectifs » définie par « un ensemble de troubles consistant en une perturbation de l'humeur associée à un syndrome dépressif ou maniaque, complet ou partiel, qui n'est dû à aucun autre trouble physique ou mental ». Dans la version révisée du DSM-III (DSM-III-R (4)), cette classe est rebaptisée « troubles de l'humeur ».

Cette catégorie du DSM-III est subdivisée en 3 groupes en fonction de la sévérité, de la polarité et de la durée de l'épisode :

- les troubles affectifs majeurs,
- les troubles affectifs spécifiques,
- les troubles affectifs atypiques.

De cela résulte une séparation nette entre les troubles bipolaires, définis par un épisode maniaque ou hypomaniaque ; et les troubles unipolaires caractérisés par un ou des épisodes dépressifs sans aucun moment d'élévation de l'humeur.

À l'heure actuelle, la scission est encore plus nette.

Dans le DSM-5 (5), dernière classification en date de la Société Américaine de Psychiatrie publiée en 2013, la plus utilisée actuellement dans le monde en clinique ainsi qu'en recherche, les troubles bipolaires sont exclus de la catégorie des troubles de l'humeur. Ils sont rangés dans le chapitre C appelé « troubles bipolaires et troubles connexes » alors que les états dépressifs unipolaires sont dans le chapitre D.

Dans la CIM-11 (6) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé, la section « mood disorders » comprend, de manière bien distincte, les « bipolar or related disorders » et les « depressive disorders ».

Ainsi, à travers l'Histoire, de nombreux auteurs se sont attachés à différencier et à caractériser les troubles thymiques. La classification de Leonhard insiste sur la différence des profils évolutifs des patients. En analysant rétrospectivement le parcours de vie de ses patients, il différencie la psychose maniaco-dépressive des psychoses phasiques unipolaires. Par la suite, d'autres auteurs abandonnent la vision étiopathogénique pour s'appuyer sur une classification clinique évolutive. La Société Américaine de Psychiatrie entérine le tournant en 1980, lors de la publication du DSM-III. Le trouble bipolaire est alors différencié du trouble unipolaire, par la survenue, au cours de l'évolution du patient, d'un épisode maniaque ou hypomaniaque. Cette

dichotomie bipo vs unipolaire est toujours d'actualité, les deux troubles n'étant même plus classés dans le même chapitre du DSM-5 comme nous l'avons évoqué plus haut.

2. Des limites floues

a. À l'origine

Comme les autres branches médicales, la psychiatrie a longtemps cherché à classer les pathologies en fonction de leur étiologie.

Les premières descriptions d'état thymique perturbé remontent au temps d'Hippocrate (460-377 av. J.-C.) où déjà les termes de "mélancolie" et de "manie" sont employés. Bien que leur signification soit différente de leur sens actuel, un pont est vu entre ces deux états thymiques opposés.

Hippocrate décrit ces différents états affectifs pathologiques, et y voit une cause organique. Il fait l'hypothèse d'une « théorie des humeurs ». L'euthymie est définie comme un état de stabilité interne où les différentes humeurs composant le corps (le sang, la phlegme, la bile jaune et la bile noire) sont mélangées dans une juste proportion. Si cet équilibre n'est pas maintenu, il en résulte alors une maladie. Par exemple, un surplus de bile noire a pour conséquence une mélancolie.

Tous les états affectifs sont donc la résultante d'un savant mélange organique ; et chaque patient peut présenter tous les états différents si un facteur intérieur ou extérieur vient à perturber la stabilité interne des humeurs.

Par la suite, Arétée de Cappadoce (I^{er} siècle ap. J.-C.) écrit : « nous voyons que les mélancoliques [...] deviennent facilement maniaques, et que, lorsque la manie cesse, la mélancolie recommence » ; “La mélancolie [...] me paraît être un commencement de manie” (7). Ce médecin repère une succession thymique répétitive. La mélancolie et la manie seraient deux phases d’un même épisode et seraient intrinsèquement liées.

Dans le tome IV du Dictionnaire Universel de Médecine, paru en 1746, R. James affirme leur interdépendance. Il note : « [il est] absolument nécessaire de réduire la mélancolie et la manie à une seule espèce de maladie, et uniquement de les examiner d’un même coup d’œil ; car nous trouvons par nos expériences et par nos observations journalières, qu’elles ont l’une et l’autre la même origine et la même cause (8) ».

Au début du siècle suivant, Pinel publie un Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale (9).

Il y décrit une pathologie unique, l’aliénation mentale et différentes expressions cliniques de cette pathologie : la manie, la mélancolie, la démence et l’idiotisme.

Dans la manie, tout comme dans la mélancolie, le patient présente un délire. Cependant, dans le premier cas, le délire est généralisé tandis que dans le second cas, le délire est circonscrit. Le diagnostic ne s’attache pas au pôle thymique qui caractérise l’épisode ; ainsi, il existe des mélancolies gaies, euphoriques ou orgueilleuses : « C’est quelquefois une bouffissure d’orgueil et l’idée chimérique de posséder des richesses immenses ou un pouvoir sans bornes. C’est d’autres fois l’abattement le plus pusillanime, une consternation profonde ou même le désespoir (9). »

La composante thymique sera plus détaillée par Esquirol en 1819, qui subdivise la mélancolie en deux entités : la monomanie, qui est une passion expansive, euphorique et la lypémanie ou « folie triste ». Il précise qu'un patient peut passer d'un état à l'autre.

En 1854, deux auteurs majeurs regroupent la manie et la mélancolie dans une même maladie. Jean-Pierre Falret élabore la folie circulaire. Au même moment, Baillarger définit la folie à double forme. Dans les deux cas, le patient alterne entre des périodes de mélancolies et des périodes maniaques. Ce n'est plus l'étiopathogénie qui est au centre de leur réflexion mais la conception évolutive, et donc la récurrence des accès.

Kraepelin (1856-1926) va encore plus loin, en créant la psychose maniaco-dépressive (10). Cette nouvelle pathologie est définie comme étant un trouble thymique à évolution cyclique. Là encore, l'évolutivité de la pathologie est au 1^{er} plan. Elle comprend 18 types évolutifs, des formes uni ou bipolaires. Il y détaille également l'état mixte, qui est alors considéré comme la démonstration du lien étroit entre état mélancolie et état maniaque. Là encore, la manie et la mélancolie ont une étiologie commune. Chaque forme étant une évolution clinique possible d'une même étiologie.

Il est à noter que le terme de dépression fait son entrée dans le domaine de la santé mentale dans la deuxième moitié du XIX^e siècle seulement. C'est Emmanuel Régis qui en fait la première définition en 1885 : « état inverse de l'excitation, réduction de l'activité générale (11) ».

Certaines nosographies parlent de dépression « névrotique », « psychogène » ou « réactionnelle » mais aucune définition consensuelle n'a permis sa persistance à travers les siècles.

Ce terme est donc très peu employé jusqu'au XXI^e siècle. On lui préfère le mot de mélancolie dont la définition a pourtant beaucoup évolué au fil des siècles. Dans la dépression, comme dans la mélancolie, il est important de constater que ce sont des états et que leur définition implique leur appartenance à un trouble plus élargi. Jusqu'au DSM-III, les troubles unipolaires et les troubles bipolaires sont indissociables. Ils font chacun partie d'une pathologie plus vaste, que ce soit la folie à double forme, ou la psychose maniaco-dépressive. Et les auteurs n'excluent pas qu'un patient puisse basculer d'une forme à une autre.

On constate que plusieurs écoles de pensées ont évolué parallèlement. D'un côté, une recherche de classification a-théorique a permis l'élaboration du DSM-5 qui différencie les troubles bipolaires et des troubles unipolaires par leur profil évolutif. En opposition, d'autres auteurs ont détaillé des classifications regroupant les troubles uni et bipolaires au sein d'une même pathologie avec la possibilité de passer d'une forme à l'autre.

b. Spectre bipolaire

La notion de spectre bipolaire a été introduite par G. Klerman en 1981 (12,13). Il y range six sous-types de troubles bipolaires :

- Trouble bipolaire de type I : présence d'un épisode maniaque
- Trouble bipolaire de type II : présence d'un épisode hypomaniaque
- Trouble bipolaire de type III : épisode (hypo)maniaque consécutif à la prise de tricyclique

- Trouble bipolaire de type IV : tempérament cyclothymique
- Trouble bipolaire de type V : antécédent familial de trouble bipolaire
- Trouble bipolaire de type VI : épisode maniaque sans antécédent d'épisode dépressif.

Cette classification a par la suite été remaniée par H. Akiskal et P. Pinto en 1999

(14,15) :

- Trouble bipolaire 1/2 : trouble schizo-bipolaire
- Trouble bipolaire I : maladie maniaco-dépressive
- Trouble bipolaire I 1/2 : dépression avec hypomanie prolongée
- Trouble bipolaire II : dépression associée à des phases hypomaniaques spontanées discrètes
- Trouble bipolaire II 1/2 : dépression sur fond de tempérament cyclothymique
- Trouble bipolaire III : dépression avec hypomanie induite par les antidépresseurs ou un autre traitement
- Trouble bipolaire III 1/2 : oscillations marquées de l'humeur associées à un contexte addictif ou un abus d'alcool
- Trouble bipolaire IV : dépression sur fond de tempérament hyperthymique

Ces propositions de classification viennent répondre aux difficultés diagnostiques inhérentes à l'utilisation du DSM. On constate une grande hétérogénéité des manifestations du trouble bipolaire et certains patients ne rentrent pas « stricto-sensu » dans les critères du DSM et se retrouvent alors sans diagnostic.

Les nosographies proposées par Klerman, Akiskal et Pinto portent une attention particulière aux tempéraments des patients (on retrouve ici l'influence de Kraepelin). Ils y voient un état pré-morbide, à fort risque de bipolarisation voire un trouble bipolaire méconnu (16). Ils prennent aussi en compte les épisodes atténués (de part leur durée ou leur intensité) et les antécédents familiaux de bipolarité. Il n'est alors plus nécessaire d'attendre un épisode (hypo)maniaque pour présenter un trouble du spectre bipolaire et donc d'accéder aux traitements adéquats.

Ces travaux ont depuis été complétés par de nombreuses recherches : Akiskal (17), Chiaroni (18), Evans (19) et Kesebir (20) ont montré une sur-agrégation des tempéraments hyperthymiques et cyclothymiques chez les apparentés de patients bipolaires. Se pose alors la question d'une étiologie génétique et/ou biologique des tempéraments. Cela encourage à davantage de recherches pour mieux caractériser le continuum des troubles de l'humeur.

Ces propositions ont été en partie prises en compte dans le DSM-5 qui, en plus du trouble bipolaire de type I et de type II, propose d'autres sous-catégories du trouble bipolaire :

- trouble bipolaire de type I
- trouble bipolaire de type II
- trouble cyclothymique
- trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament
- trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale
- autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié
- trouble bipolaire ou apparenté non spécifié.

Cela n'a pas été pris en compte par la CIM-10, qui sépare encore les troubles bipolaires « caractéristiques » des « autres troubles de l'humeur » (comprenant les cyclothymies mais aussi les dysthymies et les troubles dépressifs récurrents brefs).

D'autres auteurs, afin de s'aider dans la démarche diagnostique, ont développé des outils d'aide au diagnostic.

C'est le cas de l'index de bipolarité de Sachs (2004) qui prend en compte de nombreuses données sociodémographiques tel que l'âge de début, la réponse au traitement, etc. (critères non inclus dans le DSM), afin de renforcer le poids du diagnostic. Ainsi, un index supérieur à 60 est en faveur d'un trouble caractérisé (21,22). (Le questionnaire est représenté dans l'annexe 1).

Les pathologies de l'humeur ne se laissent pas saisir par une entité nosographique simple. Les débats actuels ne tendent pas à identifier une définition univoque du trouble bipolaire. Certains auteurs plaident pour remettre à l'ordre du jour la notion « d'humeur » et s'interrogent alors sur un continuum entre les différents troubles de l'humeur.

3. Conséquences thérapeutiques

Si cette question de classification est si débattue, c'est qu'elle engendre un changement de prise en charge considérable.

Chacun sait que le traitement médicamenteux du trouble bipolaire diffère du trouble unipolaire sur de nombreux points.

Au sujet de l'épisode dépressif caractérisé unipolaire, les guidelines actuelles encouragent la mise en place d'un traitement antidépresseur pour les troubles dépressifs moyens à sévères (23).

En cas d'inefficacité, les référentiels ne sont pas univoques mais, là encore, les différentes propositions proposent de rester dans la classe des antidépresseurs (majoration des doses, switch ou combinaison). L'intérêt du lithium sur l'amélioration clinique et sur la prévention des rechutes dépressives a été démontré mais n'est proposé qu'en 3^e intention et toujours en association à un antidépresseur (24,25). Les autres thymorégulateurs n'ont été que très peu étudiés dans la dépression unipolaire (26,27). Une autre stratégie consiste à associer un antipsychotique de deuxième génération au traitement antidépresseur. Là encore, d'autres études devront être menées pour confirmer l'efficacité de ces associations. D'autres molécules sont aussi étudiées et de nouvelles AMM apparaissent pour les dépressions résistantes : la triiodothyronine, la buspirone, la kétamine, ... Elles sont encore trop peu utilisées en pratiques cliniques.

En cas de premier épisode dépressif caractérisé, il est préconisé de garder l'antidépresseur 6 mois à 1 an après résolution totale des symptômes, il pourra ensuite être progressivement arrêté (23).

Voici un résumé des propositions médicamenteuses des différentes classifications internationales devant un épisode dépressif ne répondant pas à un premier traitement antidépresseur.

Tableau 1 : place des stabilisateurs de l'humeur dans la prise en charge de la dépression résistante selon (28)

	WFSBP	CANMAT	BAP	NICE	APA
Première ligne	Augmenter la posologie de l'AD	Changer d'AD <i>ou</i> potentialisation par aripirazole, quétiapine ou rispéridone	Augmenter la posologie de l'AD	Potentialisation par lithium <i>ou</i> Associer deux AD de classe différente <i>ou</i> Potentialisation par olanzapine, quétiapine ou aripirazole	Augmenter la posologie de l'AD
Deuxième ligne	Changer de classe d'AD	Potentialisation par olanzapine, lithium <i>ou</i> Changer d'AD (IMAO, tricyclique)	Changer d'AD		Changer d'AD en restant dans la même classe <i>ou</i> Changer de classe d'AD <i>ou</i> Potentialisation par lithium, olanzapine, quétiapine, ou aripirazole
Troisième ligne	Changer d'AD en restant dans la même classe		Potentialisation par lithium, olanzapine, quétiapine ou aripirazole		
Quatrième ligne	Associer deux AD de classe différente				
Cinquième ligne	Potentialisation par lithium, olanzapine, quétiapine ou aripirazole				

AD : antidépresseur ; **APA** : American Psychiatric Association ; **BAP** : British Association for Psychopharmacology ; **CANMAT** : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment ; **NICE** : National Institute of Clinical Excellence ; **WFSBP** : World Federation of Societies of Biological Psychiatry

En opposition, le traitement de l'épisode dépressif bipolaire ne fait généralement pas appel aux antidépresseurs. Il est admis d'un commun d'accord que la prescription d'un antidépresseur pour un trouble bipolaire augmente les risques de virage maniaque et/ou d'accélération des cycles. Les données de la littérature sont pourtant assez minces à ce sujet.

L'étude de Post (2006) examine le risque de virage maniaque avec l'adjonction de venlafaxine bupropion ou de sertraline chez des patients bipolaires traités par thymorégulateurs. Les résultats montrent un risque accru de virage avec la venlafaxine (29).

La revue de littérature réalisée par Bond en 2008 montre que le risque de virage maniaque est moins important dans les troubles bipolaires de type II comparativement aux troubles bipolaires de type I mais plus élevé comparativement à un épisode dépressif caractérisé (30).

Par principe de précaution, la majorité des guidelines internationales ne recommandent pas l'adjonction d'un antidépresseur en première intention lors d'un épisode dépressif bipolaire. On préfère alors prescrire des thymorégulateurs ou certains antipsychotiques deuxième génération, qui seront à poursuivre au long cours.

Voici ci-dessous, à titre d'exemple, un tableau synthétisant les différentes recommandations thérapeutiques de la Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) et de l'International Standard Bibliographic Description (ISBD), dans l'épisode dépressif bipolaire.

Tableau 2
Recommandations pour le traitement des épisodes dépressifs bipolaires
(CANMAT et ISBD, 2009) adaptées pour les molécules
commercialisées en France, selon (31)

Option 1	Lithium <i>ou</i> Lamotrigine <i>ou</i> Quétiapine <i>ou</i> Lithium ou valproate + ISRS <i>ou</i> Olanzapine + ISRS <i>ou</i> Lithium + valproate <i>ou</i> Lithium ou valproate + bupropion (Zyban®)
Option 2	Quétiapine + ISRS <i>ou</i> Valproate <i>ou</i> Lithium ou valproate + lamotrigine <i>ou</i> Ajout de modafinil
Option 3	Carbamazépine <i>ou</i> Olanzapine <i>ou</i> Lithium + carbamazépine <i>ou</i> Lithium + pramipexole <i>ou</i> Lithium ou valproate + venlafaxine <i>ou</i> Lithium + IMAO <i>ou</i> ECT <i>ou</i> Lithium ou valproate ou APA + ATC <i>ou</i> Lithium ou valproate ou carbamazépine + ISRS + lamotrigine <i>ou</i> Ajout de topiramate
Non recommandé	Monothérapie avec gabapentine ou aripiprazole

APA : antipsychotique atypique ; **ATC** : antidépresseur tricyclique ; **ECT** : électroconvulsivothérapie ;
IMAO : inhibiteur de la mono-amineoxydase ; **ISRS** : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

Ainsi, la question diagnostique est essentielle. C'est elle qui guide la prise en charge médicamenteuse. Les molécules utilisées dans le trouble dépressif unipolaire sont différentes de celles préconisées pour le trouble dépressif bipolaire. Pire encore, les molécules antidépressives prescrites communément dans le trouble dépressif unipolaire risqueraient d'aggraver la symptomatologie si elles étaient utilisées dans le trouble bipolaire.

4. Structures d'aide au diagnostic

Afin d'épauler les psychiatres dans leur réflexion diagnostique, des structures ont vu le jour. Nous vous présentons ici deux initiatives françaises.

a. Centre Expert

La Fondation FondaMental a été créée par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en 2007. Elle a pour but de lutter contre les troubles psychiatriques majeurs considérés comme les plus invalidants : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles du spectre de l'autisme, la dépression résistante, les troubles obsessionnels compulsifs, les conduites suicidaires et le stress post-traumatique. Elle s'organise sur le territoire national en centres experts : il existe 13 centres pour la dépression résistante et 14 centres pour les troubles bipolaires. Leur mission est quadruple : diagnostic, recherche, diffusion des savoirs et lutte contre les préjugés (32).

Les experts rencontrent des milliers de patients venant de tout le territoire et les données récoltées sont utilisées à des fins de recherche. Par exemple, le travail conjoint de neuf centres FondaMental a permis la création d'une cohorte de plus de 800 patients

diagnostiqués bipolaires. Cette cohorte, nommée FACE-BD, a été à l'origine de nombreuses publications (33,34).

Les patients doivent être adressés par le psychiatre ou leur médecin généraliste lorsque leur état clinique est stable. Un diagnostic n'est pas nécessairement déjà posé.

Chaque patient est d'abord vu lors d'une première consultation pour un avis diagnostic et/ou thérapeutique.

Si cela est jugé nécessaire, un bilan élargi est réalisé. Il s'étend sur plusieurs demi-journées et comporte un examen somatique et biologique ; une exploration approfondie du parcours de vie personnel du patient ; une recherche de comorbidités et d'antécédents familiaux ; une évaluation des répercussions du trouble sur la vie quotidienne ; un bilan neuropsychologique.

Enfin, le patient est revu lors d'une dernière consultation de restitution d'information du bilan. Il lui est proposé par la suite des consultations espacées (tous les 6 mois à 1 an) pour une surveillance de l'évolution du trouble. L'annexe 2 représente la plaquette descriptive du centre expert FondaMental pour les troubles bipolaires de Besançon tandis que l'annexe 3 présente la plaquette du centre expert FondaMental pour la dépression résistante de Besançon.

Les Centres Experts, labellisés par la fondation FondaMental, offrent une évaluation multidisciplinaire et longue.

b. Consultation spécialisée au CHU de Strasbourg

Hors du réseau des Centres experts se sont créés d'autres alternatives plus légères. À Strasbourg, il existe, depuis 2009, des consultations spécialisées dans les troubles de

l'humeur dans le Cadre du Service de psychiatrie 2 au sein du Pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Ces consultations sont à l'initiative du Pr. Bertschy à son arrivée à Strasbourg en 2009 qui a, au fil de son parcours professionnel, orienté ses activités cliniques et de recherche vers le domaine des troubles de l'humeur. Il s'agit d'un modèle de consultation approfondie qui peut durer deux heures ou plus selon la complexité des situations et les comorbidités associées avec ensuite rédaction d'un rapport médical détaillé adressé au(x) médecin(s) du patient avec une copie pour le patient. Il s'agit d'une consultation appelée « Troubles de l'humeur » : elle concerne les troubles dépressifs et les troubles bipolaires, mais très rapidement, probablement par besoin d'une expertise locale et régionale dans ce domaine, les patients avec troubles bipolaires ont été beaucoup plus nombreux que les patients avec troubles dépressifs unipolaires. Cette consultation « Troubles de l'humeur » a ensuite été intégrée sous un chapeau plus large de consultations approfondies « Troubles de l'humeur et troubles attentionnels ». Ce changement d'appellation était lié au fait que le service a été de plus en plus identifié comme ayant une expertise dans le domaine du trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) : il fallait rendre visible cette expertise dans le TDAH mais il n'était pas possible de séparer complètement ces deux consultations car beaucoup de patients souffrent d'un TDAH et de troubles de l'humeur et que le motif de consultation peut porter sur les deux.

Plus de 10 ans après la création de ces consultations, il paraît intéressant d'étudier le profil des usagers et de décrire la nature des rendus de ces consultations d'évaluations approfondies (diagnostic, avis thérapeutique). Au fil des années ces consultations ont bénéficié du renfort d'autres médecins : praticien hospitalier (Dr. Sébastien Weibel) et

tout récemment un chef de clinique (Dr. Adrien Rohmer). Dans ce présent travail nous souhaitons faire une sorte de photographie ou état des lieux en nous focalisant sur les consultations des dernières années effectuées par le Pr. Gilles Bertschy.

Il s'agit de mieux connaître les patients vus dans ces consultations en termes sociodémographiques et cliniques et de décrire le service rendu diagnostique et/ou thérapeutique par ces consultations spécialisées.

II. ÉTUDE

1. Matériel et méthode

a. Type d'étude

Ce travail de recherche est une étude épidémiologique à visée descriptive. Elle est rétrospective, transversale et mono-centrique.

b. Objectif

Comme nous l'avons vu, les consultations spécialisées en troubles de l'humeur au CHU de Strasbourg sont un dispositif spécifique. Il a pour but, entre autres, de faciliter le diagnostic des troubles de l'humeur et notamment des troubles bipolaires afin de proposer, le plus tôt possible, des thérapeutiques adaptées.

L'objectif de ce travail est de réaliser une étude descriptive des caractéristiques démographiques, cliniques et thérapeutiques des patients bénéficiant de ces consultations spécialisées en troubles de l'humeur.

Les données récoltées pourront ainsi être comparées aux données de la littérature.

c. Facteurs étudiés

Les critères d'évaluations recueillis dans les comptes rendus des consultations sont les suivants :

- sexe
- âge
- mode d'adressage
- antécédents familiaux psychiatriques
- comorbidités
- diagnostic psychiatrique posé avant l'entretien spécialisé
- traitement pré-consultation
- diagnostic psychiatrique longitudinal posé pendant l'entretien spécialisé
- diagnostic psychiatrique épisodique posé pendant l'entretien spécialisé
- proposition de changement thérapeutique suite à la consultation
- proposition d'approche non médicamenteuse.

d. Population et échantillon

Nous étudions la population des personnes venant à une consultation spécialisée dans les troubles de l'humeur du Professeur Bertschy au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, dans le service de Psychiatrie 2.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- primo-consultation spécialisée mettant en avant des symptômes de troubles de l'humeur auprès du Pr. Bertschy au service de psychiatrie 2 dans le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg (les patients dont la demande de consultation était liée à des symptômes ou un diagnostic de TDAH n'étaient pas inclus dans la population étudiée) ;
- consultation ayant eu lieu dans les années 2018 et 2019 ;
- non-opposition du patient à l'utilisation scientifique de ses données personnelles à des fins de recherche scientifique.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- opposition du patient à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de recherche scientifique ;
- existence préalable d'une consultation spécialisée antérieure dans les troubles de l'humeur auprès du Pr. Bertschy (les informations recueillies au cours de la première consultation n'étant pas accessibles).

e. Récolte et analyse des données

Les données récoltées sont tirées des comptes rendus détaillés des consultations spécialisées.

Le logiciel Microsoft Excel a été utilisé pour l'analyse statistique des données.

f. Éthique

Lors de la consultation spécialisée, le psychiatre recherche le consentement libre et éclairé du patient à l'utilisation de ses données personnelles pour la réalisation de recherche scientifique. Le recueil du consentement se fait oralement et est consigné dans le dossier médical du patient (annexe 4).

Le protocole de cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique des Facultés de Médecine, d'Odontologie, de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (annexe 5).

Toutes les informations recueillies ont été anonymisées par la mise en place d'un numéro d'identification pour chaque patient, qui ne pouvait être identifié que par l'investigateur.

2. Résultats

Sur les années 2018 et 2019, 197 patients ont bénéficié d'une consultation spécialisée des troubles de l'humeur auprès du Pr. Bertschy au CHU de Strasbourg.

5 patients ont été exclus de l'étude car ce n'était pas leur première consultation. Aucun patient n'a refusé l'utilisation scientifique de ses données.

L'effectif total étudié est donc de 192 cas.

Les résultats sont présentés sous forme de moyenne, de minimum et de maximum pour les variables quantitatives ; et sous forme d'effectif et de fréquence pour les variables qualitatives.

a. Caractéristiques démographiques

Les différentes caractéristiques démographiques recueillies sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : indicateurs démographiques des patients (sexe, âge)

Échantillon clinique (n = 192)	
Sexe (pourcentage ; effectif)	
Masculin	43 % (n = 82)
Féminin	57 % (n = 110)
Age	
Moyenne	41 ans
Minimum/Maximum	17 ans/83 ans
< 18 ans	2 % (n= 3)
[18 ans - 25 ans[14 % (n = 26)
[25 ans - 35 ans[23 % (n = 45)
[35 ans – 45 ans[22 % (n = 43)
[45 ans – 55 ans[21 % (n = 41)
[55 ans – 65 ans[10 % (n = 19)
≥ 65 ans	8 % (n = 15)

b. Mode d'adressage

Tableau 4 : modalité d'adressage des patients inclus

Échantillon clinique (n=192)	
Adresseur	
Patient (de lui-même)	33 % (n = 63)
Médecin généraliste traitant	9 % (n = 18)
Psychiatre	49 % (n = 95)
Psychologue	4 % (n = 7)
Autre	5 % (n = 9)

Parmi les 9 patients inclus dans la catégorie « autre » on retrouve :

- 6 patients adressés par des médecins spécialistes du sommeil (5 médecins généralistes et 1 neurologue) ;
- 2 patients adressés par un neurologue ;
- 1 patient chez qui l'adresseur n'a pas été clairement identifié.

Pour les patients venus d'eux-mêmes le rapport médical était ensuite adressé à leur médecin et/ou leur psychiatre (d'entente avec le patient).

c. Antécédents familiaux psychiatriques

Tableau 5 : antécédents familiaux psychiatriques des patients inclus

Échantillon clinique (n=192)	
Antécédents familiaux	
Aucun antécédent familial	21 % (n = 40)
Dépression	48 % (n = 93)
Trouble bipolaire confirmé	19 % (n = 37)
Troubles bipolaires possibles sans diagnostic confirmé	18 % (n = 35)
Addiction	33 % (n = 64)
TDAH confirmé	4 % (n = 8)
TDAH possible sans diagnostic confirmé	25 % (n = 48)
Trouble psychotique	10 % (n = 19)
Suicide (toute étiologie confondue)	8 % (n = 16)
Autres troubles psychiatriques	6 % (n = 12)

Parmi les autres troubles psychiatriques retrouvés, il y a :

- 5 proches présentant des Troubles Obsessionnels Compulsifs
- 4 proches présentant des Troubles du Comportement Alimentaires (1 boulimie, 3 anorexies)
- 1 proche présentant un syndrome de Kleine-Levin
- 1 proche ayant un symptôme de pyromanie
- 2 proches présentant des troubles de la personnalité
- 2 proches présentant un trouble du spectre autistique
- 2 proches présentant une dyslexie importante

d. Diagnostic de trouble de l'humeur avant la consultation spécialisée

Tableau 6 : diagnostic de trouble de l'humeur avant la consultation spécialisée

	Échantillon clinique (n = 192)
Diagnostic	
Bipolarité	17 % (n = 33)
Épisode dépressif majeur en cours	18 % (n = 34)
Aucun diagnostic de trouble de l'humeur posé	65 % (n = 125)

e. Comorbidités somatiques

Les comorbidités somatiques recherchées lors des consultations spécialisées semblent être essentiellement traumatiques, cardio-vasculaires, respiratoires et hormonales.

Tableau 7 : comorbidités somatiques des patients inclus

	Échantillon clinique (n=192)
Comorbidité somatique	
Thyroïdienne	8 % (n = 16)
SAOS	9 % (n = 17)
Facteur de risque cardio-vasculaire	10 % (n = 20)
Traumatisme crânien	5 % (n = 10)
Maladie neuro-dégénérative	1 % (n = 2)

SAOS : syndrome d'apnée obstructive du sommeil

f. Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques comprennent toutes les pathologies de santé mentale ne rentrant pas dans la catégorie des troubles de l'humeur et qui étaient déjà connues avant la consultation d'évaluation approfondie.

Tableau 8 : comorbidités psychiatriques des patients inclus

	Échantillon clinique (n=192)
Comorbidité psychiatrique	
Aucun diagnostic psychiatrique posé	53 % (n = 102)
Troubles anxieux	9 % (n = 18)
Addiction	36 % (n = 69)
- Tabac	15 % (n = 29)
- THC	13 % (n = 24)
- OH	12 % (n = 23)
- Amphétamines	1 % (n = 1)
- Cocaïne	3 % (n = 5)
- Héroïne	0 % (n = 0)
- Opiacés médicamenteux	3 % (n = 5)
- Addiction aux benzodiazépines	2 % (n = 3)
- Addiction sans substance	2 % (n = 6)
« Haut potentiel »	4 % (n = 8)
Autre	4 % (n = 7)

Parmi les comorbidités psychiatriques non détaillées dans ce tableau : 1 patient présente un TDAH, 2 patients ont des troubles du comportement alimentaire, 2 patients ont un trouble de personnalité et 2 autres patients ont un trouble psychotique. Le diagnostic de « Haut potentiel » est mis entre guillemets car il n'a pas de reconnaissance

dans les nosographies psychiatriques contemporaines et est parfois dépositaire de représentations sociales floues.

À noter que 11 patients (6 % de l'effectif total) se plaignent de troubles du sommeil sans que cela n'ait abouti à un diagnostic précis.

g. Diagnostics psychiatriques posés à l'issue de la consultation spécialisée

Tableau 9 : diagnostic posé à l'issue de la consultation

	Échantillon clinique (n=192)
Diagnostic longitudinal	
Bipolarité	69 % (n = 122)
Dépression unipolaire	14 % (n = 26)
TDAH	52 % (n = 99)
Trouble de la personnalité	16 % (n = 31)
Trouble anxieux (TOC, phobie, etc.)	8 % (n = 15)
Trouble du spectre de l'autisme	4 % (n = 7)
Trouble psychotique	0 % (n = 0)

Ainsi, les diagnostics posés ne relèvent pas tous des troubles de l'humeur. 83 % relève de trouble de l'humeur.

Nous avons inclus les patients présentant une cyclothymie (n = 24) dans le diagnostic de bipolarité. La cyclothymie appartenant au « trouble bipolaire ou apparenté » de la CIM10 (« trouble cyclothymique » 301 .13 dans le DSM5 comme nous le présentons dans l'annexe 6 et F34.0 dans la CIM 10 comme on peut le retrouver dans l'annexe 7).

Parmi les patients ayant un trouble bipolaire, 11 % présentent une forme à cycle rapide.

Parmi les troubles de la personnalité, 50 % sont un trouble de la personnalité borderline.

Parmi les 26 patients pour lesquels un diagnostic de dépression unipolaire a été posé, tous n'avaient pas été diagnostiqués avant la consultation spécialisée.

Tableau 10 : détail du diagnostic de trouble dépressif

Échantillon clinique (n = 26)	
Diagnostic longitudinal de dépression	
Confirmation de trouble dépressif	54 % (n = 14)
Nouveau diagnostic de trouble dépressif	46 % (n = 12)

Il y a donc 20 patients chez qui le diagnostic de trouble dépressif a été infirmé lors de la consultation spécialisée.

Tableau 11 : détail du diagnostic de trouble bipolaire

Échantillon clinique (n = 122)	
Diagnostic longitudinal de trouble bipolaire	
Confirmation de trouble bipolaire	27 % (n = 33)
Nouveau diagnostic de trouble bipolaire	73 % (n = 89)

Pour la quasi-totalité des patients déjà diagnostiqués bipolaires par un psychiatre, le diagnostic a été confirmé lors de la consultation spécialisée. Un seul cas n'a pas été confirmé mais une période d'observation en hospitalisation avec une fenêtre thérapeutique a été proposée à ce patient afin d'explorer plus en profondeur le diagnostic.

Pour les patients ayant été diagnostiqués bipolaires, les comptes rendus spécifiaient le diagnostic épisodique au moment de la consultation.

Tableau 12 : diagnostic épisodique actuel des patients présentant un trouble bipolaire

Échantillon clinique (n = 122)	
Épisode actuel	
Épisode maniaque ou hypomaniaque	5 % (n = 6)
Épisode dépressif caractérisé à la phase aiguë ou résiduelle	23 % (n = 28)
Épisode mixte	12 % (n = 15)
Phase de stabilité clinique	60 % (n = 73)

Il y a 61 patients présentant un double diagnostic de bipolarité et de TDAH, soit 32 % des patients venant en consultation. Cela signifie que 50 % des patients présentant un diagnostic de bipolarité ont comme comorbidité un TDAH ; à l'inverse, 62 % des patients présentant un TDAH ont comme comorbidité un trouble bipolaire au sein de cette population consultant pour un trouble ou des symptômes de trouble de l'humeur.

Afin de pousser plus loin nos investigations, nous cherchons des liens entre les différentes variables exposées.

Nous posons l'hypothèse que le mode d'adressage pourrait avoir une influence sur le moment où le diagnostic de trouble bipolaire est fait. On pourrait supposer qu'un nouveau diagnostic de trouble bipolaire est plus fréquemment posé lorsque l'adresseur est le patient lui-même. Cependant, on ne retrouve pas de dépendance statistiquement significative entre ces deux variables bien qu'il y ait une tendance dans ce sens liée à une proportion plus importante de nouveau diagnostic de trouble bipolaire pour les

patients qui ne se sont pas auto-adressés ou qui n'ont pas été adressés par leur psychiatre traitant.

Tableau 13 : recherche d'un lien entre le mode d'adressage et le moment de diagnostic de bipolarité

	Confirmation de trouble bipolaire	Nouveau diagnostic de trouble bipolaire	
Patient	10	27	37
Psychiatre	22	45	67
Autre	1	17	18
	33	89	122

Pearson Chi2 = 5,35 p-value = 0,07

Nous posons à présent l'hypothèse qu'il y a un lien entre le mode d'adressage du patient et le diagnostic épisodique au moment de la consultation spécialisée. D'après nos calculs, on ne retrouve pas de dépendance statistique significative.

Tableau 14 : recherche d'un lien entre le mode d'adressage et le diagnostic épisodique

	Épisode (hypo)maniaque	Épisode dépressif	Épisode mixte	Stabilité clinique	
Patient	1	12	2	17	37
Psychiatre	4	11	10	42	67
Autre	1	5	3	9	18
	6	28	15	73	122

Pearson Chi2 = 6,60 p-value = 0,36

Enfin, nous posons l'hypothèse d'un lien entre le diagnostic épisodique et le moment où le diagnostic de trouble bipolaire a été fait. Là non plus, nous ne retrouvons pas de dépendance statistique.

Tableau 15 : recherche d'un lien entre le diagnostic épisodique et le moment où le diagnostic est fait

	Manie	Dépressif	Mixte	Stabilité	
Confirmation de trouble bipolaire	3	7	3	20	33
Nouveau diagnostic de trouble bipolaire	3	21	12	53	89
	6	28	15	73	122

Pearson Chi2 = 2,04 p-value = 0,56

Toutefois, du fait du petit nombre d'échantillon, les conditions de validités de ces tests ne sont pas remplies.

h. Traitements

Tableau 16 : traitement pré-consultation des patients inclus

Échantillon clinique (n=192)	
Traitement avant la consultation	
Aucun traitement	32 % (n = 61)
Traitement AD	46 % (n = 89)
2 AD	2 % (n = 4)
Traitement antipsychotique de 2 ^e génération	23 % (n = 44)
Traitement thymorégulateur	28 % (n = 54)
2 thymorégulateurs	2 % (n = 3)
Méthylphénidate	1 % (n = 1)

On se focalise à présent sur les patients dont un diagnostic de bipolarité a été posé à l'issue de la consultation spécialisée.

Tableau 17 : traitement pré-consultation des patients bipolaires

Échantillon clinique (n=122)	
Traitement avant la consultation	
Aucun traitement	29 % (n = 35)
Traitement AD	47 % (n = 57)
2 AD	1 % (n = 1)
Traitement antipsychotique de 2 ^e génération	24 % (n = 29)
Traitement thymorégulateur	35 % (n = 43)
2 thymorégulateurs	2 % (n = 2)

À l'issue de la consultation spécialisée, un changement thérapeutique est proposé dans 88 % des cas.

Chez les patients diagnostiqués bipolaires à l'issue de la consultation, les propositions thérapeutiques ont été les suivantes :

Tableau 18 : modification thérapeutique des patients bipolaires

Échantillon clinique (n=122)	
Proposition thérapeutique	
Arrêt d'un antidépresseur	34 % (n = 42)
Prescription d'un antidépresseur	6 % (n = 7)
Prescription d'un thymorégulateur :	45 % (n = 55)
- Lithium	9 % (n = 11)
- Lamotrigine	30 % (n = 37)
- Valproate	2 % (n = 2)
Prescription d'un antipsychotique	3 % (n = 4)

Parmi les patients qui ont été diagnostiqués bipolaires, la majorité n'avait pas de traitement antidépresseur. Mais chez ceux qui en avaient un, son arrêt a été proposé dans 72 % des cas.

Lorsqu'un traitement antipsychotique a été proposé, la molécule choisie était la quétiapine. Elle était proposée à faible posologie, pour son action thymo-régulatrice.

Enfin, chez les 99 patients présentant un diagnostic de TDAH, 60 % se sont vus proposer un traitement par méthylphénidate (n = 57). Le pourcentage de traitement par méthylphénidate chez les patients présentant un double diagnostic de bipolarité et de TDAH était, quant à lui, de 51 % (n = 31).

i. Autres recommandations

Tableau 19 : propositions de prise en charge non médicamenteuse

Échantillon total (n = 192)	
Explorations complémentaires	
Hospitalisation	5 % (n = 9)
Bilan neuro-psy	5 % (n = 9)
Consultation sommeil	3 % (n = 5)
Centre Expert Asperger	1 % (n = 1)
IRM cérébrale	1 % (n = 1)
Recherche contre-indication à l'introduction d'un traitement	
Consultation cardiologique	8 % (n = 16)
Approfondissement bilan thyroïdien	2 % (n = 4)
Autre proposition thérapeutique	
Luminothérapie	3 % (n = 6)
Médecine douce (yoga, méditation)	3 % (n = 5)
Suivi psychiatrique	13 % (n = 24)

Échantillon total (n = 192)	
Suivi psychologique	5 % (n = 9)
Suivi addictologique en CSAPA	2 % (n = 3)
Groupe de psycho-éducation	9 % (n = 18)
Réunions d'échange (UNAFAM)	5 % (n = 10)
Groupe thérapeutique (IDEM)	4 % (n = 8)
HDJ gériatrique	1 % (n = 1)
Autre	
Démarche sociale (ALD, invalidité)	1 % (n = 2)

ALD : affection longue durée ; **CSAPA** : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; **HDJ** : hôpital de jour ; **IDEM** : Information, Découverte, Échange et Mobilisation ; **UNAFAM** : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

Une hospitalisation est proposée à 9 patients : dans un cas, c'est pour proposer une évaluation plus approfondie en mettant en place une fenêtre thérapeutique. Dans tous les autres cas, l'hospitalisation est proposée car l'état clinique du patient au moment de la consultation est jugé fragile et nécessitant une hospitalisation. 4 de ces patients présentent un épisode dépressif, tandis que 2 présentent un état mixte.

Parmi les suivis psychologiques proposés, les patients sont orientés spécifiquement vers une thérapie cognitivo-comportementale dans 9 des situations et vers une thérapie familiale dans le dernier cas.

Parmi les différentes prises en charge proposées, il y a notamment la participation à des réunions d'échange organisées par l'UNAFAM. L'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques) est une association créée en 1963 et reconnue d'utilité publique. (35) Elle compte environ 15 000 membres comprenant, entre autres, des patients, des membres de la famille de patient et des professionnels de santé mentale. Elle a pour objectif de déstigmatiser les

maladies mentales, d'améliorer les pratiques de soins et d'apporter du soutien aux familles (par l'écoute, l'accueil et la formation) et aux patients (par l'entraide entre pairs).

Le groupe thérapeutique IDEM-dépression (Information, Découverte, Échange et Mobilisation) est une initiative du Centre Hospitalier de Strasbourg, secondairement repris par plusieurs autres Centres Hospitaliers alsaciens. Il est constitué de 17 séances ouvertes de deux heures combinant psychoéducation et thérapie cognitivo-comportementale abordant différents thèmes en lien avec la dépression (émotions, sommeil, etc.). Une étude montre l'intérêt de cette prise en charge sur l'humeur (36).

3. Discussion

Nous allons maintenant comparer les résultats obtenus dans notre étude aux données de la littérature.

a. Synthèse et commentaire des résultats

i. Mode d'adressage

Un tiers des patients venant à une consultation spécialisée dans les troubles de l'humeur du Pr. Berstchy viennent d'eux-mêmes. Ce taux peut être sous-évalué du fait qu'une partie des patients aient pu solliciter leur médecin afin d'être adressé à cette consultation.

Cela suggère d'abord une juste perception des symptômes thymiques par les patients qui se tournent spontanément vers un spécialiste des pathologies de l'humeur. Ensuite, on pourrait supposer que ces patients se lancent d'eux-mêmes à la recherche de l'origine de leur mal-être, sans suivi psychiatrique préalable ou par le non contentement des réponses médicales apportées jusque là.

L'éducation du trouble bipolaire au grand public semble donc permettre aux patients de mieux identifier leurs symptômes. Les patients sont pleinement acteur de leur santé, et sont en demande de réponse précise à leur problématique. Les consultations spécialisées en troubles de l'humeur du Service de psychiatrie 2 de Strasbourg viennent répondre à la demande des patients.

Ce dispositif de consultation spécialisée est peu sollicité par les médecins non spécialisés en santé mentale. Peut-être cela est-il dû au système de soin qui favorise une prise en charge de plus en plus spécialisée au fur et à mesure que les ressources médicales tentées n'ont pas amenées de réponse satisfaisante aux problèmes du patient ? Ainsi, les médecins généralistes orienteront plutôt leur patient vers un psychiatre et ce dernier, en cas de nécessité, adressera le patient au Pr. Bertschy pour un avis surspécialisé.

Près de la moitié des patients sont adressés par un psychiatre. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le patient aura pu être adressé par le médecin généraliste au psychiatre qui, dans un second temps, demande un avis surspécialisé. Ce pourcentage peut également mettre en évidence la difficulté diagnostique des troubles de l'humeur. Même un médecin spécialisé dans les troubles mentaux peut se trouver confronté à une

difficulté diagnostique ou thérapeutique. Les consultations spécialisées sont alors une réponse pertinente à cette demande comme il existe dans d'autres spécialités médicales et cela correspond aussi à la vocation d'un centre hospitalo-universitaire.

ii. Diagnostics

Diagnostic précédant la consultation :

La grande majorité des patients n'ont aucun diagnostic de trouble de l'humeur ni même de diagnostic psychiatrique lorsqu'ils se présentent à cette consultation. Pourtant, la majorité a un traitement psychotrope. Ce paradoxe tend à montrer la complexité diagnostique des troubles présentés par les patients ; les thérapeutes s'efforçant alors de traiter les symptômes sans arriver à identifier clairement le trouble sous-tendant ces symptômes.

De plus, la moyenne d'âge est de 41 ans. Le diagnostic de trouble bipolaire est souvent posé avec retard. Dans une étude menée en 1994 par la National Depressive and Manic-Depressive Association (NDMDA), 48 % des patients ont dû consulter au minimum trois médecins avant d'avoir un diagnostic de trouble bipolaire (37).

En 2003, la même association publie un nouvel article qui tend aux mêmes conclusions. Les auteurs évaluent à 10 ans la période s'écoulant entre un premier épisode et l'instauration d'un traitement adapté (38). Ce retard est encore accentué lorsque les patients présentent plusieurs comorbidités.

Dans cette même étude, 69 % des patients avaient jusque là un diagnostic erroné ; généralement un diagnostic de dépression récurrente ou un diagnostic de trouble anxieux.

Contrairement à cela, notre travail retrouve en premier lieu un diagnostic de trouble addictif mais viennent ensuite le trouble dépressif puis le trouble anxieux.

La majorité des patients venant consulter pour une évaluation des troubles de l'humeur sont des femmes. Cela s'expliquerait par le fait que les femmes ayant un trouble bipolaire subissent plus d'errance diagnostique, sans doute parce que ce sont elles qui sont plus à risque d'épisode dépressif et de trouble bipolaire de type II. Le diagnostic est alors plus difficile car il faut faire le diagnostic différentiel avec un épisode dépressif caractérisé (38). Le diagnostic de trouble bipolaire de type I, plus représenté chez les hommes est plus facile à repérer sur le plan clinique.

Diagnostic à l'issue de la consultation :

Les diagnostics posés à l'issue de la consultation spécialisée intègrent, pour la plupart, la catégorie des troubles de l'humeur. Comme il l'a été évoqué plus haut, cela peut indiquer la bonne reconnaissance des symptômes thymiques par les patients, mais aussi par les médecins adresseurs.

Nous constatons un taux de trouble bipolaire élevé (69 %). Nous n'avons pas trouvé d'article avec une population de patient similaire, permettant de comparer ces résultats. Cependant, le pourcentage de nouveau diagnostic (73 %) tend à montrer une sous-estimation diagnostique. Les consultations spécialisées apparaissent alors comme un moyen de rattrapage diagnostique.

Diagnostic épisodique :

Les patients viennent essentiellement consulter lorsque leur état clinique est relativement stable. Les patients traversant un épisode (hypo)maniaque sont les moins représentés. Cela pourrait être expliqué par le fait que cet état clinique est généralement apprécié par le patient, qui ne se rend pas compte de son caractère pathologique.

Si leur symptomatologie actuelle ne s'inscrit pas dans un diagnostic d'épisode actif, les consultations sont une preuve supplémentaire de la souffrance des patients engendrée par leur pathologie. La proposition d'adaptation thérapeutique vient répondre à une instabilité du trouble, non pas épisodiquement, mais dans un espace temps videntière. Par ailleurs ces consultations de recours sont très demandées et la disponibilité des cliniciens est limitée : il y a donc souvent des délais de plusieurs mois avant l'obtention d'un rendez-vous ce qui favorise une focalisation sur des problématiques long cours (récurrences trop rapides, instabilité de la rémission, symptômes résiduels).

Antécédents familiaux :

Les patients présentent en grande majorité des antécédents familiaux de troubles de l'humeur avérés ou suspectés. Le pourcentage augmente encore si l'on prend en compte tous les troubles psychiatriques familiaux, toute catégorie confondue. Cela corrobore les pistes génétiques et environnementales des troubles de l'humeur.

Comme le montre l'étude de Reilly-Harrington de 1999, les événements de vie négatifs chez les patients avec un trouble bipolaire, majorent le risque d'épisode maniaque (39). Les événements de vie négatifs sont évalués par un auto-questionnaire : Le Life Experiences Survey (LES), créé par Sarason, Johnson et Siegel en 1978. Il

propose une série de 57 items, représentant chacun un événement de vie. Parmi ces items, il y en a plusieurs qui impliquent les membres de sa famille (maladie, mort, changement social, conflits). Avoir un membre de sa famille malade, implique le fait que notre propre environnement soit moins stable. Nous sommes à même de rencontrer des évènements de vie négatifs comme par exemple, assister à un épisode de décompensation thymique, être moins soutenu et encadré par un parent qui est pris par ses propres difficultés, souffrir des conséquences socio-économiques d'un parent ne pouvant pas travailler du fait de son handicap,... Un environnement instable favorise le développement de trouble de l'humeur.

Aussi, plusieurs auteurs cherchent à trouver les « gènes de la dépression ». Il s'avèrerait qu'une association de plusieurs gènes de susceptibilité favoriserait le développement d'un trouble de l'humeur. Plusieurs gènes sont étudiés, comme par exemple le gène du transporteur de la sérotonine (SLC6A4), ou le gène du transporteur de la dopamine (SLC6A3).

Comorbidités somatiques :

Notre travail montre une forte prévalence des comorbidités somatiques et psychiatriques ; ce qui concorde avec les données de la littérature.

Dans une revue de la littérature publiée en 2009, Roshanaie-Moghaddam et Katon vont jusqu'à montrer que les patients ayant un trouble bipolaire associé à une comorbidité cardiovasculaire, cérébro-vasculaire et/ou endocrinienne ont un risque plus grand de décès du fait de cette comorbidité, comparé à des patients avec la même pathologie somatique sans trouble bipolaire associé (40).

Comorbidités psychiatriques :

Plus d'un tiers des patients se présentant à une consultation spécialisée présente une comorbidité addictive. Ce taux se rapproche du pourcentage retrouvé dans la littérature. L'enquête NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) menée entre 2001 et 2002 regroupe 43 000 sujets et trouve un taux d'addiction de 40 % chez les patients avec un trouble bipolaire. Les addictions les plus représentées sont l'alcool et le cannabis ; ce qui est également retrouvé dans notre travail (41). On peut supposer que l'association de comorbidité au trouble bipolaire rend plus difficile le diagnostic mais également la prise en charge médicamenteuse ou non médicamenteuse.

À l'issue de la consultation spécialisée, 52 % des patients ont un diagnostic de TDAH alors qu'un seul patient uniquement avait ce diagnostic avant la consultation.

Cela peut-être expliqué par une méconnaissance du trouble par les médecins adresseurs mais aussi par une difficulté diagnostique. En effet, certains symptômes sont communs au TDAH et aux troubles de l'humeur comme, par exemple, la distractibilité, l'énergie accrue, l'élocution rapide, etc.

Brus insiste sur la difficulté à différencier les deux troubles et se concentre sur la façon dont nous pourrions les distinguer (42). Il met notamment en évidence les différences de prévalence des symptômes. Il apparaît donc nécessaire que le médecin rencontrant le patient ait une connaissance fine de l'épidémiologie du trouble bipolaire et du TDAH.

Dans cette même étude, il conclut que 20 % des patients présentant un TDAH ont un trouble bipolaire associé ; et que 10 à 20 % des patients atteints d'un trouble bipolaire

ont un TDAH. Ces taux sont moins élevés que ceux retrouvés dans notre travail. Cela peut s'expliquer par un biais de sélection : les patients venant aux consultations spécialisées présentent une clinique complexe pour laquelle, justement, un avis surspécialisé est demandé. Il est même possible que des médecins ou des psychiatres adressent des patients avec un TDAH à cette consultation troubles de l'humeur du CHU de Strasbourg sans pouvoir identifier clairement cette problématique mais en pensant, par analogie clinique avec d'autres de leurs patients qui ont été vus dans les années précédentes à cette consultation, qu'il s'agit de patients « profil » consultations troubles de l'humeur des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Un tel mécanisme pourrait contribuer à considérablement renforcer le recrutement de ce type de patients.

iii. Traitement

Beaucoup de patients présentent plusieurs traitements psychotropes tels qu'une association d'antidépresseur et de thymorégulateur. Selon les guidelines, ces associations sont à envisager en cas de résistance à un premier traitement. Cela tend à confirmer le fait que les patients consultant à ces consultations ont déjà bénéficié de plusieurs traitements, sans complète efficacité. Nous sommes alors en situation de pathologie complexe mettant à rude épreuve les compétences des différents cliniciens. Les consultations troubles de l'humeur des Hôpitaux universitaires de Strasbourg apparaissent alors comme une aide utile auprès des praticiens.

La prise en charge médicamenteuse proposée aux patients ayant un diagnostic bipolaire à l'issue de la consultation semble suivre les guidelines (43). Souvent, le traitement antidépresseur est arrêté et un traitement par thymorégulateur est débuté.

Dans un recueil de la littérature réalisé par Perugi en 2015, l'auteur insiste sur une approche médicamenteuse hiérarchique. Il encourage la stabilisation de l'humeur avant de débiter un traitement pour le TDAH (44). Cette démarche semble suivie par le Pr. Bertschy lors des entretiens spécialisés et explique qu'un traitement de méthylphénidate n'est proposé à court terme que dans 60 % des cas. Les autres cas nécessitant de réévaluer la problématique TDAH après stabilisation du trouble de l'humeur.

Plusieurs propositions thérapeutiques non médicamenteuses sont proposées aux patients. Ces consultations sont une voie d'entrée vers une prise en charge plus spécifique. Ainsi, la participation à des groupes de parole ou d'éducation thérapeutique est proposée. Un suivi psychiatrique ou psychologique est proposé à une grande part des patients qui n'avaient pas de suivi jusqu'à présent, ce qui rappelle le rôle central d'un accompagnement psychothérapeutique chez les patients présentant un trouble bipolaire.

b. Forces et limites de l'étude

Notre travail décrit le dispositif de consultation spécialisée dans les troubles de l'humeur du CHU de Strasbourg. Nous n'avons trouvé aucun article présentant ce genre de dispositif en France ou ailleurs.

L'originalité de notre travail permet donc de décrire le profil d'activité de ce type de consultation et d'identifier la nature des potentiels services rendus en termes de diagnostics et de traitement.

Nos investigations montrent un taux important de nouveau diagnostic de trouble bipolaire. Ce dispositif de consultation spécialisée permet donc un diagnostic et une prise en charge précoces des troubles de l'humeur. Il répond à une demande importante des patients mais également des professionnels de la santé. Il permet de proposer une vision qui prend en compte les dernières données de la littérature et de suggérer un traitement qui suit les recommandations internationales.

Notre travail insiste sur le fort pourcentage de comorbidités somatiques et psychiatriques. Il montre notamment l'importance du double diagnostic de trouble bipolaire et de TDAH. Il fera l'objet d'une publication. Nous espérons que cela mènera à de nouveaux travaux et que les praticiens chercheront de manière plus systématique l'existence de ce co-diagnostic.

Notre travail présente aussi des limites. Pour des raisons de volume de travail nous sommes limités à l'analyse des comptes rendus sur deux années civiles de consultation (2018 et 2019). Avec 197 patients, la taille de cet échantillon est certainement suffisante pour atteindre les objectifs purement descriptifs de ce travail.

Il y a aussi un biais de recrutement intrinsèque à l'étude, du fait des différents modes d'adressage.

Puisque les patients venant consulter se trouvent dans une impasse diagnostique et/ou thérapeutique qui rend leur situation très spécifique, nous ne pouvons pas extrapoler nos résultats à l'ensemble des patients venant consulter en psychiatrie.

Nous avons fait le choix de recueillir uniquement les consultations faites par le Pr. Bertschy pour avoir un échantillon homogène sachant qu'en fait un seul autre

praticien du service exerce la même activité en y consacrant moins de temps (son activité étant plus tournée vers le TDAH en tant que motif de consultation). Par là même, nous avons un biais de sélection homogène, ces consultations troubles de l'humeur du Service de psychiatrie 2 des Hôpitaux universitaires de Strasbourg étant fortement associées encore au nom du chef de ce service. Mais il pourrait être pertinent de collecter les mêmes données auprès d'autres praticiens spécialisés et de les comparer.

Il pourrait également être intéressant de recontacter les patients à distance pour savoir si le traitement conseillé a été mis en place et s'il a permis une amélioration clinique.

CONCLUSION

Les troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires) font partie des dix maladies les plus préoccupantes du XXI^e siècle selon l'OMS (45). Ils sont responsables d'une importante morbidité et invalidité dans le monde. Ces dernières années, de nombreux travaux ont permis d'affiner les diagnostics et de proposer des prises en charge adaptées.

Depuis 2009, le Service de psychiatrie 2 au sein du Pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg propose des consultations spécialisées dans les troubles de l'humeur.

Notre travail propose un état des lieux de ces consultations, sur les années 2018 et 2019. Il se présente sous la forme d'une étude épidémiologique rétrospective, transversale, mono-centrique. Le recueil des données se fait sur les compte-rendus de consultations réalisées auprès du Pr. Bertschy.

Cent quatre-vingt-dix-sept patients ont bénéficié d'une consultation spécialisée entre 2018 et 2019. La majorité avait été adressée par un psychiatre, mais près d'un tiers sont venus d'eux-mêmes. Ce dispositif de consultation vient donc répondre à une demande importante de la part des patients et des médecins.

La moyenne d'âge est de 41 ans. La plupart n'ont pas de diagnostic psychiatrique posé. Soixante-treize pour cent des patients chez qui un trouble bipolaire a été diagnostiqué à l'issue de la consultation, n'avaient pas ce diagnostic jusque là. En accord avec les données de la littérature, nous avons constaté un retard diagnostique important chez les patients présentant un trouble bipolaire. Cela est associé à une prise en charge médicamenteuse inadaptée, et notamment la prescription d'antidépresseurs.

Les consultations spécialisées proposées par le Service de psychiatrie 2 permettent de limiter l'errance diagnostique. Elles permettent une prise en charge précoce des troubles et la mise en place d'un traitement mieux adapté.

Les patients présentent en grande majorité des comorbidités somatiques et psychiatriques. On retrouve, en accord avec la littérature, des troubles addictifs, des troubles anxieux mais aussi des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cette dernière comorbidité est souvent méconnue des médecins généralistes et de certains psychiatres. Du fait des symptômes communs entre les deux troubles, poser un diagnostic devient encore plus délicat. La très haute prévalence de ce trouble parmi des patients vus dans le cadre de cette consultation spécialisée en troubles de l'humeur est certainement liée à un biais de recrutement et d'adressage mais elle rappelle que ce diagnostic de TDAH de l'adulte reste encore trop souvent un diagnostic orphelin.

L'intrication des comorbidités avec le trouble bipolaire justifie un regard expert. C'est justement ce qu'apportent les années d'expérience acquises à travers les

consultations spécialisées. Les comorbidités sont recherchées de manière systématique. Et notamment le TDAH de l'adulte qui est un trouble encore trop peu étudié. Ce trouble peut bénéficier d'un traitement par méthylphénidate, dont la première prescription doit être hospitalière. La consultation spécialisée a alors un intérêt double, de diagnostic et de prescription.

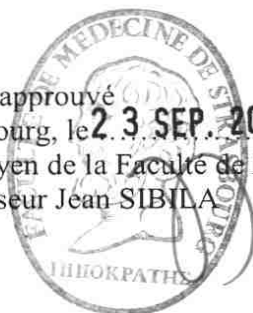
Les résultats de notre étude montrent l'intérêt de ce type de consultation spécialisée. Le développement de ce dispositif, notamment par l'implication de nouveaux praticiens, permettra de répondre aux demandes des patients et des médecins adresseurs. Le recueil de ces données amènera à une publication et permettra de poursuivre ce travail et d'améliorer toujours plus les propositions de prise en charge et de soins de ces patients.

VU
Strasbourg, le 20 septembre 2021



Le président du Jury de Thèse
Professeur Pierre VIDAILHET

VU et approuvé
Strasbourg, le **23 SEP. 2021**
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILA



ANNEXES

ANNEXE 1 : Index de bipolarité de Sachs.

Évaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20 pour un index de bipolarité variant de 0 à 100. D'après Gary Sachs (2004)	
1- Caractéristiques de l'épisode (sur 20)	
20	Épisode documenté maniaque aigu ou mixte avec prédominance de l'euphorie, d'idées grandioses ou d'expansivité excessive, sans notion de cause médicale générale ou de cause étiologique secondaire
15	Épisode aigu et franc de type mixte, ou manie irritable ou dysphorique, sans notion de cause médicale générale ou de cause étiologique secondaire
10	Hypomanie ou cyclothymie franches sans cause médicale générale ou cause étiologique secondaire
10	Manie secondaire à l'utilisation d'antidépresseur
5	Hypomanie franche secondaire à l'utilisation d'antidépresseur
5	Épisodes caractéristiques d'hypomanie mais dont les symptômes, la durée ou l'intensité sont atténués par rapport à un épisode franc d'hypomanie ou de cyclothymie
5	Épisode dépressif unique avec manifestations psychotiques ou signes atypiques : hypersomnie, hyperphagie, impression de jambes Lourdes
5	Dépression du post-partum
2	Dépression unipolaire typique et récurrente
2	Histoire de manifestations psychotiques (délires, hallucinations, fabulations, pensée magique...)
0	Absence d'excitation, de dépression récurrente et de psychose
	TOTAL /20
2- Âge de début [premier épisode ou syndrome] (sur 20)	
20	15 à 19 ans
15	Avant 15 et entre 20 et 30
10	30 à 45
5	Après 45
0	Absence de troubles de l'humeur (pas d'épisode, cyclothymie, dysthymie, trouble bipolaire)
	TOTAL/20
3- Évolution, troubles associés (sur 20)	
20	Intervalle libre entre épisodes maniaques de très bonne qualité(récupération complète)
15	Intervalle libre entre épisodes hypomaniaques de très bonne qualité (récupération complète)
15	Intervalle libre entre épisodes maniaques de qualité moyenne(récupération partielle)
10	Abus de substance
10	Manifestations psychotiques durant les épisodes aigus
10	Antécédents judiciaires en rapport avec un épisode maniaque
5	Dépression récurrente avec trois épisodes ou plus de dépression majeure
5	Hypomanies récurrentes et intervalle libre de qualité moyenne(récupération partielle)
5	Mauvaise observance du traitement
5	Personnalité borderline, troubles anxieux, troubles des conduites alimentaires, hyperactivité avec déficit de l'attention
5	Comportements à risque qui posent un problème pour le patient, la famille et les amis
5	Aggravation des troubles de l'humeur au cours du cycle menstruel
2	Personnalité hyperthymique (mais sans manie ou dépression)
2	3 mariages ou plus incluant des remariages avec la même personne
2	A commencé un nouveau travail dans les deux dernières années ou plus et en a changé moins d'un an après
2	A plus de deux diplômes d'études supérieures
0	Aucune de ces manifestations
	TOTAL /20
4- Réponse au traitement (sur 20)	
20	Stabilisation avec 4 semaines de traitement par un régulateur de l'humeur
15	Stabilisation après 12 semaines de traitement par un thymorégulateur ou rechute dans les 12 semaines qui suivent l'arrêt d'un thymorégulateur
15	Virage vers une manie aiguë ou mixte dans les 12 semaines qui suivent le début d'un traitement par antidépresseur ou l'augmentation de sa posologie
10	Aggravation d'un état dysphorique ou mixte durant un traitement par antidépresseur
10	Réponse partielle après 12 semaines de traitement par un ou deux thymorégulateurs
10	Cycle rapide induit ou aggravé par un antidépresseur
5	Résistance à un traitement par 3 antidépresseurs ou plus
5	Virage maniaque ou hypomaniaque après un arrêt brutal d'un traitement antidépresseur
2	Réponse pratiquement complète (en 1 semaine ou moins) à un traitement antidépresseur
0	Aucun de ces éléments ou aucun traitement
	TOTAL /20

Évaluation en 5 dimensions cotées de 0 à 20 pour un index de bipolarité variant de 0 à 100. D'après Gary Sachs (2004)	
5- Histoire familiale (sur 20)	
20	Au moins 1 parent du 1 ^{er} degré ayant un trouble bipolaire documenté
15	Un parent de second degré ayant un trouble bipolaire documenté
15	Un parent du 1 ^{er} degré ayant un trouble unipolaire documenté et un comportement suggérant un trouble bipolaire
10	Un parent du 1 ^{er} degré ayant un trouble unipolaire documenté ou un trouble schizo-affectif
10	Un parent de second degré ayant un trouble unipolaire documenté et un comportement suggérant un trouble bipolaire
5	Un parent du 1 ^{er} degré avec histoire documentée de dépendance à des toxiques
5	Un parent du 1 ^{er} degré avec trouble bipolaire possible
2	Un parent du 1 ^{er} degré avec trouble unipolaire possible
2	Un parent du 1 ^{er} degré avec anxiété, trouble alimentaire, déficit de l'attention et hyperactivité possibles
0	Aucun de ces éléments ou aucun antécédent psychiatrique familial
	TOTAL/20
	TOTAL /100

ANNEXE 2 : Plaquette descriptive du centre expert pour les troubles bipolaires à Besançon

Les Centres Experts Fondamental, un dispositif de soins et de recherche

Labellisés par la Fondation Fondamental et hébergés au sein de services hospitaliers, les Centres Experts Fondamental sont spécialisés dans l'évaluation, le diagnostic et l'aide à la prise en charge d'une pathologie psychiatrique spécifique. Conçus autour d'équipes pluridisciplinaires, ils utilisent tous les mêmes standards d'évaluation. Ils sont destinés à faciliter une prise en charge personnalisée des patients et permettent le développement de la psychiatrie.

CONCRÈTEMENT, LES CENTRES EXPERTS FONDAMENTAL PROPOSENT AUX PATIENTS :

- Des consultations spécialisées pour un diagnostic ou un avis thérapeutique ;
- L'accès à un bilan exhaustif et systématique réalisé en hospital de jour pour des patients adressés par un médecin généraliste ou un psychiatre ;
- Des soins peu utilisés en pratique courante (psychothérapie, ateliers de gestion du stress, méditation cognitive, etc.) ;
- La participation à des projets de recherche clinique visant à mieux comprendre la pathologie et à développer de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Où trouver un Centre Expert pour les troubles bipolaires ?

- BESANCON (CHRU, Hôpital Jean Minjoz)
- BORDEAUX (Centre Hospitalier Charles Perrens)
- CLEMONT-FERRAND (CHU, Hôpital Gabriel Montpied)
- COLUMBES (Hôpital Louis Mourier)
- CRETEIL (Hôpital Albert Chenevier)
- GRENOBLE (CHU de Grenoble)
- MARGELLE (Hôpital Sainte Marguerite)
- MONACO (Centre Hospitalier Prince de Grèce)
- MONTPELLIER (Hôpital Lapeyronie)
- NANCY (Centre Psychiatrique de Nancy)
- PARIS (Hôpital Foch, Hôpital Avicenne)
- VERSAILLES (Hôpital André Mignot)

La Fondation Fondamental

Créée en 2007 par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, la Fondation Fondamental est une fondation de coopération scientifique dédiée à la lutte contre les maladies psychiatriques. Son statut lui permet de recevoir des dons et legs au profit de ses actions et projets.

SES MISSIONS

- Améliorer le diagnostic, le pronostic et la prise en charge des patients souffrant de maladie psychiatrique
- Encourager et soutenir la recherche en psychiatrie ;
- Former les professionnels de santé et les chercheurs

SON CHAMP D'ACTION

La Fondation Fondamental se concentre sur certaines maladies psychiatriques parmi les plus fréquentes et les plus invalidantes. Les troubles bipolaires, la schizophrénie, les troubles du spectre de l'autisme sont des affections invalidantes. Les dépressions récurrentes, les troubles anxieux, les TOC, les phobias et les autres post-traumatiques.

SES MEMBRES FONDATEURS



Les réseaux des Centres Experts Fondamental

Il existe aujourd'hui 43 Centres Experts en France et 4 Mondos organisés en quatre réseaux spécialisés :

- 10 Centres Experts dédiés aux troubles bipolaires
- 10 Centres Experts dédiés à la schizophrénie
- 8 Centres Experts dédiés aux troubles du spectre de l'autisme
- 5 Centres Experts dédiés à la dépression récurrente

La Fondation Fondamental assure auprès des Centres Experts Fondamental l'hébergement et les mises à jour du dossier médical informatisé. Elle assure aussi le développement de projets de recherche, l'animation et la formation des équipes médicales ainsi que le suivi qualité.

www.fondation-fondamental.org



RÉSEAU DES CENTRES EXPERTS FONDAMENTAL POUR LES TROUBLES BIPOLAIRES

fondation fondamental

RESEAU DE CENTRES EXPERTS POUR LES TROUBLES BIPOLAIRES

BESANCON :

Coordonnateur :
Pr Emmanuel HOFFEN

Chef de service :
Pr Pierre VANDEL

Service de consultations de psychiatrie de l'adulte
CHRU de Besançon, Hôpital Jean Minjoz
3 Bd Fleming 25030 BESANCON CEDEX
Secrétariat médical : 03.81.01.33.13
e.hoffen@chu-besancon.fr

EN PRATIQUE

Centres Experts Troubles Bipolaires

PATIENTS CONCERNÉS

Les Centres Experts Fondamental s'adressent à tous les patients qui souffrent de troubles bipolaires déjà diagnostiqués mais aussi aux sujets dont le diagnostic est envisagé mais pas encore établi et qui souhaitent bénéficier d'une confirmation de diagnostic. Le patient devra être suffisamment stable, c'est à dire à distance d'un épisode de dépression ou d'exacerbation caractéristique.

LES APOPORTS DU BILAN CENTRE EXPERT

Il vise à établir un diagnostic, à évaluer les caractéristiques du trouble comme les réponses aux traitements antérieurs et à rechercher des comorbidités psychiatriques et somatiques. Il peut proposer un bilan neuropsychologique et permet de bénéficier de recommandations thérapeutiques personnalisées en fonction des données les plus récentes de la littérature scientifique. Il s'agit donc de proposer un « état des lieux » complet de la maladie, ce qui permet de définir les orientations possibles de la prise en charge thérapeutique, mais aussi de suivre l'évolution de la maladie.

MODALITÉS D'ACCÈS

Les Centres Experts reçoivent les patients adressés par leur psychiatre ou leur médecin généraliste. Les évaluations réalisées au Centre Expert ne se substituent pas ou sont réalisées par le médecin ou psychologue traitant.

Processus au sein des Centres Experts

- 1 Le patient est d'abord reçu pour une consultation spécialisée qui débouche sur une première approche diagnostique ou un acte thérapeutique.
- 2 Si l'indication d'un bilan est posée et si l'informeur du patient est satisfait avec celui-ci, le patient est reçu par l'équipe du Centre Expert composée d'un médecin psychiatre, d'un psychologue, d'un neuro-psychologue et d'une infirmière pour une journée et demi de bilan organisé au hôpital de jour.

3 Au terme des évaluations, un rendez-vous est proposé au patient afin de faire la restitution des informations obtenues lors du bilan. Des recommandations sur le mode de prise en charge (modification du traitement médicamenteux, proposition d'interventions psychosociales, règles de surveillance...) sont proposées.

Un compte-rendu détaillé est remis au patient et est adressé au médecin référent.

RENOUVELEMENT TYPE DU BILAN :

Cette organisation est renouvelable selon les patients et selon les Centres Experts Fondamental.

	1 ^{re} journée d'évaluation (Médic et esprit -sillil)	2 ^e journée d'évaluation (Médic et uniquement)
Bilan informatif : visite hospitalière, prise des coordonnées	Bilan neuropsychologique (évaluation, concertation, rédaction, envoi)	
Bilan somatique : traitement usuel, caractéristiques, etc.	Prise en charge	
Objet à évaluer : Évaluation de la symptomatologie, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, etc.	Évaluation de la symptomatologie, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, etc.	
Modalités : évaluation individuelle et collective, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, etc.	Autre-évaluation	
Prise en charge : évaluation individuelle et collective, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, etc.		
Après-avis : évaluation individuelle et collective, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, évaluation de l'impact de l'usage de médicaments, etc.		

A L'ISSUE DU 1^{er} BILAN

Un bilan plus restreint est proposé tous les six mois ou tous les ans. Il vise à surveiller l'évolution des troubles et évaluer l'impact de la prise en charge prescrite.

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Les consultations et la restitution du bilan sont des prestations médicales spécialisées. Les évaluations sont réalisées dans le cadre d'une prise en charge en hôpital de jour. Pour ce type de bilan, les patients doivent idéalement disposer d'une prise en charge à 100%. Dans le cas contraire, une partie des frais sera à la charge de leur mutuelle ou à la charge des patients eux-mêmes.

CENTRE EXPERT TROUBLES BIPOLAIRES DE BESANCON :

Les évaluations ont lieu au sein du service de consultations de Psychiatrie de l'adulte du CHRU de Besançon.

UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- Coordination : Pr Emmanuel HAFREN
- Evaluations et consultations : Pr RUSFEN, Dr MENOULAT
- Evaluation et bilan neuropsychologique : Mme RIFF, Mme BEUCHET
- Secrétaire : Mme OLERIO 03.81.21.33.16

ANNEXE 3 : Plaquette descriptive du centre expert pour la dépression résistante à Besançon

Les Centres Experts Fondamental, un dispositif de soins et de recherche

Labellisés par la Fondation Fondamental et hébergés au sein de services hospitaliers, les Centres Experts Fondamental sont spécialisés dans l'évaluation, le diagnostic et l'aide à la prise en charge d'une pathologie psychiatrique spécifique. Construits autour d'équipes pluridisciplinaires, ils mettent en œuvre des protocoles standardisés d'évaluation. Ils sont destinés à faciliter une prise en charge personnalisée des patients et permettent le développement de la recherche clinique.

CONCRÈTEMENT, LES CENTRES EXPERTS FONDAMENTAL PROPOSENT AUX PATIENTS :

- des consultations spécialisées pour un diagnostic au sein d'un réseau hospitalier ;
- l'accès à un bilan exhaustif et systématique réalisé en hospitalisation de jour ou complète avec des patients adressés par un médecin généraliste ou un psychologue ;
- des soins peu utilisés en pratique courante (psychoéducation, ateliers de gestion du stress, remédiation cognitive, etc.) ;
- la participation à des projets de recherche clinique : visant à mieux comprendre la pathologie et à identifier de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Où trouver un Centre Expert pour la dépression résistante ?

- BESANÇON (CHRU, Hôpital Jean Minot)
- BORDEAUX (Centre Hospitalier Charles Ferréal)
- BREIOT (CHRU, Hôpital Bichat)
- BRON (Centre Hospitalier La Vierge)
- CLERMONT-FERRAND (CHU, Hôpital Gabriel Montpied)
- CRETEIL (CHU Henri Mondesir)
- DRENOULE (CHU, Hôpital Nocard)
- LILLE (CHRU, Hôpital Michel Fournil)
- MARSEILLE (CHU, Hôpital Sainte-Marguerite)
- MONTPELLIER (CHU, Hôpital Lapeyronnie)
- PARIS (Hôpital Fernand Widal)
- TOULOUSE (CHU Toulouse-Purpan)
- TOURS (CHRU)

La Fondation Fondamental

Créée en 2007 par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, la Fondation Fondamental est une fondation de coopération scientifique dédiée à la lutte contre les maladies psychiatriques. Son statut lui permet de recevoir des dons et legs ou/et d'être à des fins d'éducation et de recherche.

SES MISSIONS

- Améliorer le diagnostic, le diagnostic et la prise en charge des patients souffrant de maladies psychiatriques
- Encourager et soutenir la recherche en psychiatrie
- Former les professionnels de santé à des objectifs

SON CHAMP D'ACTION

La Fondation Fondamental se concentre sur certaines maladies psychiatriques parmi les plus fréquentes et les plus invalidantes : les troubles bipolaires, la schizophrénie, les troubles de haut niveau (ou syndrome d'apergé), les dépressions résistantes, les TOU résistants et le stress post-traumatique.

SES MEMBRES FONDATEURS



Les réseaux des Centres Experts Fondamental

Il existe aujourd'hui 46 Centres Experts en France et à Monaco organisés en quatre réseaux spécialisés

- 14 Centres Experts dédiés aux troubles bipolaires
- 10 Centres Experts dédiés à la schizophrénie
- 9 Centres Experts dédiés aux troubles du spectre de Lewy
- 13 Centres Experts dédiés à la dépression résistante

La Fondation Fondamental assure auprès des Centres Experts Fondamental l'installation et la mise à jour du dossier médical informatisé. Elle assure aussi le développement de projets de recherche, l'animation et la formation des équipes médicales ainsi que le suivi qualité.

www.fondation-fondamental.org



RÉSEAU DES CENTRES EXPERTS FONDAMENTAL POUR LA DÉPRESSION RÉSISTANTE



BESANÇON :
 Chef de service :
 Pr. Emmanuel HAFFEN
 Coordinateur :
 Pr. Emmanuel HAFFEN
 Service de consultations de psychiatrie de l'adulte
 CHRU de Besançon, Hôpital Jean Minot
 3 rue Fleming 25030 BESANÇON CEDEX
 Secrétaire médicale : 03.81.21.93.18
 secret@chu-besancon.fr

EN PRATIQUE

Centres Experts Dépression Résistante

La dépression résistante se définit par un échec au moins à deux traitements antidépresseurs bien conduits. Elle impose souvent le recours à une prise en charge spécialisée.

PATIENTS CONCERNÉS

Les Centres Experts s'adressent à tous les patients déjà diagnostiqués mais aussi aux sujets dont le diagnostic est suspecté mais pas encore établi et qui souhaitent bénéficier d'une confirmation diagnostique.

LES APPORTS DU BILAN CENTRE EXPERT

Le bilan propose une évaluation objective, répétée dans le temps, de l'étendue et des caractéristiques du trouble, à partir d'échelles et de questionnaires standardisés. Il poursuit trois objectifs :

- Diagnostiquer la dépression résistante ;
- Evaluer les différentes dimensions de la maladie ;
- Proposer des interventions adaptées et spécialisées en fonction des données scientifiques et internationales les plus récentes.

Ces évaluations permettent de « tester » un état des lieux complet « de la maladie mais ne se substituent pas au suivi réalisé par le médecin ou le psychologue traitant. Il s'agit d'un regard objectif et complémentaire à l'évaluation clinique habituelle sur l'évolution de la maladie et ses traitements.

MODALITES D'ACCES

Les Centres Experts Fondamental, reçoivent les patients adressés par leur psychiatre (libéral ou de secteur) ou leur médecin généraliste.

Processus de soin des Centres Experts

1 Le patient est d'abord reçu pour une première consultation de pré-diagnostic. Elle vise à confirmer le diagnostic de dépression résistante et à explorer un diagnostic de trouble bipolaire. Si le diagnostic de dépression résistante est confirmé, un formulaire d'information est remis au patient et un rendez-vous pour la première évaluation lui est proposé.

2 Le bilan est organisé en 4 demi-journées en hôpital de jour avec l'équipe du Centre Expert (un médecin psychiatre, un neuropsychologue et une infirmière).

3 Au terme des évaluations, un rendez-vous est proposé afin de faire la restitution des informations obtenues lors du bilan. Des recommandations sur les traitements sont proposées. Un compte rendu détaillé est également remis au patient et adressé au médecin référent.

DÉROULEMENT TYPE DU BILAN :

Le bilan se déroule sur 4 jours. Cette organisation est modulable selon les Centres Experts Fondamental et les patients.

Le bilan comprend :

- un bilan initial ;
- un bilan somatique (paramètres physiques, Kciroscopie-gammes, bilan sanguin) ;
- une évaluation de l'intensité des symptômes et des troubles associés (hormonal, addictions, troubles associés) ;
- une évaluation des antécédents personnels et familiaux, des traitements antérieurs et de leurs effets indésirables ;
- une évaluation sociale et fonctionnelle ;
- une évaluation neuropsychologique (Hefner, échelle d'attention et de concentration).

A L'ISSUE DU 1^{er} BILAN

Un bilan plus révélateur est proposé tous les six mois ou tous les ans. Il vise à surveiller l'évolution des troubles et évaluer l'impact de la prise en charge préconisée.

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Les consultations et la restitution du bilan sont des prestations réalisées spécialisées. Les évaluations sont réalisées dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation de jour ou complète, sur ce type de bilan, les patients arrivent généralement disposer d'une prise en charge à 100%. Dans le cas contraire, une partie des frais sera à la charge du patient ou à celle de sa mutuelle.

CENTRE EXPERT DÉPRESSION RÉSISTANTE DE BESANCON :

Les évaluations ont lieu au sein du service de consultations de Psychiatrie de l'adulte du CHU de Besançon.

UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- Coordonnateur :
Pr Emmanuel HAPPEN
- Évaluateurs et consultations :
Pr HAPPEN, Dr BENNABI
- Évaluation et bilan neuropsychologique :
Mme RYFF, Mme BENOCHET
- Secrétaire :
Mme OLERO
03.81.21.93.18

ANNEXE 4 : Recueil du consentement du patient.

Page 01

HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE STRASBOURG
Fédération des Services de Physiologie d'Exercice

Nom : _____ Prénoms : _____ Sexe : _____
ou
Nom de jeune fille : _____ Sexe de naissance : _____
N° de patient : _____

Adresse : _____
A.S. M.
Fonction : _____
Membre de l'Association : Oui Non Agée de l'étranger :

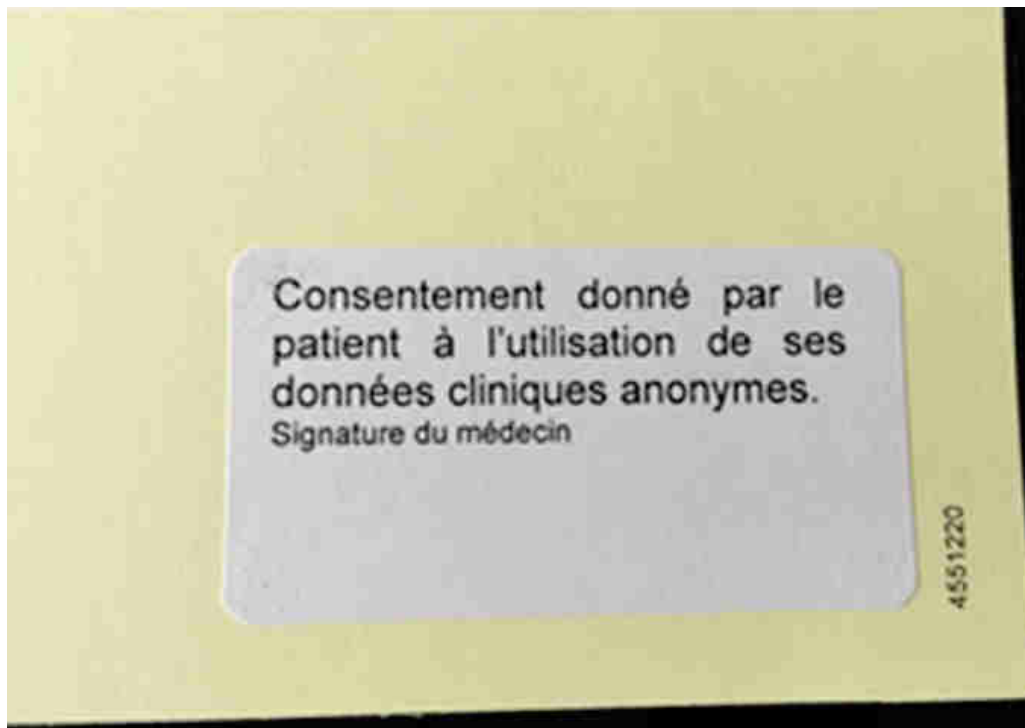
Nom : _____ Prénoms : _____ Sexe de naissance : _____
N° de patient : _____ N° de dossier : _____ FACTEUR DE RISK : _____
N° de téléphone : _____

Signature : _____
Date : _____

Signature du médecin : _____

Signature du patient : _____

Consentement donné par le patient à l'utilisation de ses données cliniques anonymes.
Signature du médecin



ANNEXE 5 : Avis favorable du Comité d'Éthique pour la réalisation de cette étude.

COMITE D'ETHIQUE

des Facultés de Médecine, d'Odontologie,
de Pharmacie, des Ecoles d'Infirmières, de
Kinésithérapie, de Maïeutique et des Hôpitaux

Strasbourg, le 15 juillet 2021

Pr Bertschy et Dr Simonin

HUS

Jean SIBILIA
Doyen

Affaire suivie par
Anne-Marie KASPROWICZ
NHC
Tél. : (33) 03 69 55 08 79
Anne-marie.medina@chru-
strasbourg.fr

Référence : CE-2021-99

Chers collègues

Horaires d'ouverture :

- du lundi au vendredi
de 08h00 à 12h00
de 13h00 à 16h00

Le comité d'éthique vous remercie d'avoir soumis l'étude non interventionnelle intitulée
«**Etude MOOD : Etat des lieux sur le CHU de Strasbourg de la place des
consultations spécialisées dans le diagnostic des troubles de l'humeur**».

Après en avoir délibéré, le comité d'éthique émet un avis favorable à cette étude et
nous restons à votre disposition pour les aspects éthiques et réglementaires.

Pr François Clauss



Faculté de médecine
Secrétariat Général
4, rue Kirschleger
F-67085 Strasbourg Cedex
Tél : (33) 03 68 85 34 98
Fax : (33) 03 68 85 34 24
www-unistra.fr
medecine@adm-ulp.u-strasbg.fr

ANNEXE 6 : Définition du trouble cyclothymique dans le DSM-5

Trouble cyclothymique**301.13 (F34.0)**

-
- A. Existence pendant au moins 2 ans (au moins 1 an chez les enfants et les adolescents) de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé.
- B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus (1 an chez les enfants et les adolescents), les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes.
- C. Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis.
- D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique.
- E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou à une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
- F. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si : Avec détresse anxieuse.

ANNEXE 7 : Définition du trouble cyclothymique dans la CIM-10.

F34.0 Cyclothymie

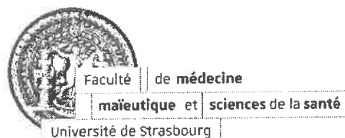
Instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'élation légère. Cette instabilité débute habituellement chez l'adulte jeune et évolue sur un mode chronique, même si l'humeur peut être normale et stable pendant des périodes persistant plusieurs mois. Les fluctuations de l'humeur sont habituellement ressenties par le sujet comme indépendantes de tout facteur extérieur. Pour faire ce diagnostic, on doit disposer d'une période d'observation prolongée ou d'informations précises concernant le comportement antérieur du sujet. Comme les fluctuations de l'humeur sont peu importantes et les périodes d'élation habituellement agréables, une cyclothymie n'amène pas forcément à consulter. Dans certains cas, les variations de l'humeur peuvent être moins marquées que les modifications cycliques de l'activité, de la confiance en soi, de la sociabilité ou des intérêts. On peut spécifier, si besoin, le début précoce du trouble (à la fin de la deuxième ou au cours de la troisième décennie) ou son début tardif.

BIBLIOGRAPHIE

1. Foucher J R. 35 psychoses : la classification des psychoses endogènes de Karl Leonhard. Synopsis et revue des travaux. Books on Demand. 288 p.
2. Angst J, Gamma A, Neuenschwander M. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2005 ; 14(02) : 68-78.
3. American Psychiatric Association. DSM-III-R : diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington D.C. : A P A ; 1980, 494p.
4. American Psychiatric Association. DSM-III-R : diagnostic and statistical manual of mental disorder. Washington D.C. : A P A ; 1987, 567p.
5. American Psychiatric Association. DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5ème édition. Washington D.C. : A P A ; 2013, 991p.
6. World Health Organization. International Classification of Diseases -11 [En ligne]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Consulté en juin 2021.
7. De Cappadoce A. Des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques : ouvrage d'Aretée, traduit du grec, avec un supplément et des notes, par M. L. Renaud. Paris : Editions Lagny ; 1834. [En ligne]. Disponible sur: <http://asklepios.chez.com/areteus/renaud.htm>. Consulté en juin 2021.
8. James R. Dictionnaire universel de médecine, de chirurgie, chymie, botanique, anatomie, pharmacie (Ed. 1946) traduit par Diderot Mrs. Vol. IV. Paris : Hachette. 2018, 888p.
9. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. 2ème édition. Paris: J.A. Brosson; 1809. 496 p. [En ligne]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>. Consulté en juin 2021.
10. Kraepelin E. La folie maniaco-dépressive. 8ème édition. Grenoble : Ed J. Million ; 1993. 152 p.
11. Régis E. Manuel pratique de médecine mentale. Paris : Editions Doin ; 1885, 611p.
12. Klerman G L. The Spectrum of Mania. *Comprehensive Psychiatry.* 1981 ; 22 (1). : 11-20.
13. Hirschfeld R M. Diagnosis and Classification in Psychiatry : Gerald Klerman's Contribution. 1994 ; 1(6) : 306-309.
14. Akiskal H S, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. 1999 ; 22(3) : 517-534.
15. Akiskal H S, Akiskal K K, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study : The prominence of BP-II 1/2. *J Affect Disord.* 2006 ; 96(3) : 207-213.
16. Von Zerssen D, Akiskal H S. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. *J Affect Disord.* 1998 ; 51(1) : 1-5.

17. Akiskal H S. Affective Disorders in Referred Children and Younger Siblings of Manic-Depressives. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 ; 42(10) : 996-1003.
18. Chiaroni P, Hantouche E, Gouvernet J, Azorin J M, Akiskal H S. The cyclothymic temperament in healthy controls and familiarly at risk individuals for mood disorder : endophenotype for genetic studies? *J Affect Disord*. 2005 ; 85(1-2) : 135-145.
19. Evans L, Akiskal H S. Familiarity of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J Affect Disord* 2005 ; 85(1-2) : 153-168.
20. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F. Affective temperaments as measured by TEMPS-A in patients with bipolar I disorder and their first-degree relatives: a controlled study. *J Affect Disord*. 2005 ; 85(1-2) : 127-133.
21. Sachs G S. strategies for improving treatment of bipolar disorder :integration of measurement and management. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004 ; (422) : 7-17.
22. Aiken C B, Weisler R H, Sachs G S. The Bipolarity index : a clinician-rated measure of diagnostic confidence. *Journal Affect Disord*. 2015 ; 177 : 59-64.
23. Haute Autorité de Sante. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pou la pratique clinique. Recommandation pour la pratique clinique. 2017. 45p. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf. Consulté en juin 2021.
24. Rush A J, Trivedi M H, Wisniewski S R, Nierenberg A A, Stexart J W, Warden D et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps : a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006 ; 163(11) : 1905-1917.
25. Coryell W. Augmentation strategies for inadequate antidepressant response: a review of placebo-controlled studies. *Ann Clin Psychiatry*. 2000 ; 12(3) : 141-146.
26. DeBattista C, Solomon A, Arnow B, Kendrick Ellen, Tilston J, Schatzberg A. The efficacy of divalproex sodium in the treatment of agitation associated with major depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2005 ; 25(5) : 476-479.
27. Thomas S P, Nandhra H S, Jayaraman A. Systematic review of lamotrigine augmentation of treatment resistant unipolar depression (TRD). *J Ment Health* . 2010 ; 19(2) : 168-175.
28. Bellivier F, Haffen E. *Actualités sur les maladies dépressives*. Paris : Lavoisier ; 2018, 592.
29. Post R M, Altshuler L L, Leverich G S, Frye M A, Kupka R W, Suppes T et al. *Br J Psychiatry*. 2006 ; 189 : 124-131.
30. Bond D J, Noronha M M, Kauer-Sant'Anna M, Lam R W, Yatham L N. Antidepressant-associated mood elevations in bipolar II disorder compared with bipolar I disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2008 ; 69(10) : 1589-1601.
31. Bourgeois M-L, Gay C, Henry C, Masson M. *Les troubles bipolaires*. Paris : Lavoisier ; 2014, 620 p.
32. Henry C, Etain B, Mathieu F, Raust A, Vibert L-F, Scott J et al. A French network of bipolar expert centres: A model to close the gap between evidence-based medicine and routine practice. *J Affect Disord*. 2011 ; 131(1-3) : 358-363.

33. Roux P, Raust A, Cannavo A S, Aubin V, Aouizerate B, Azorin J-M et al. Cognitive profiles in euthymic patients with bipolar disorders: results from the FACE-BD cohort. *Bipolar Disord.* 2017 ; 19(2) : 146-153.
34. Henry C, Etain B, Godin O, Ayub Dargel A, Azorin J-M, Gard S et al. Bipolar patients referred to specialized services of care : not resistant but impaired by sub-syndromal symptoms. Results from the FACE-BD cohort. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015 ; 49(10) : 898-905.
35. UNAFAM. Nos valeurs et nos missions. Disponible sur : <https://www.unafam.org/nous-connaître/nos-valeurs-et-nos-missions>. Consulté en juin 2021.
36. Weiner L, Garcia-Krafes E, Garcia S, Berthomier C, Morali A, Metzger J-Y. IDEM-dépression : caractéristiques et évaluation d'un groupe ouvert combinant psycho-éducation et thérapie cognitive-comportementale . *L'Encéphale.* 2018 ; 44(2) : 141-147.
37. Lish J D, Dime-Meenan S, Whybrow P C., Price R A, Hirschfeld R M. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord.* 1994 ; 31(4) : 281-94.
38. Hirschfeld R, Lewis L, Vornik L. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003 ; 64(2) : 161-174.
39. Reilly-Harrington N A, Alloy L B, Fresco D M, Whitehouse W G. Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *J Abnorm Psychol.* 1999 ; 108(4) : 567-578.
40. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatr Serv.* 2009 ; 60(2) : 147;156.
41. Hasin D S, Stinson F S, Ogburn E, Grant B F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 ; 64(7) : 830-842.
42. Brus M J, Solanto M V, Goldberg J F. Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *J Psychiatr Pract.* 2014 ; 20(6). 428-437.
43. Yatham L N, Kennedy S H, Parikh S Vn Schaffer A, Bond D J, Frey B N. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 2018 ; 20(2) : 97-170.
44. Perugi G, Vannucchi G. The use of stimulants and atomoxetine in adults with comorbid ADHD and bipolar disorder. *Expert Opinion on Pharmacother.* 2015 ; 16(14) : 2193-2204.
45. OMS [En ligne]. Rapport de 2004. Disponible sur : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/. Consulté en juin 2021.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : SIMONIN Prénom : Léa

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 25/08/2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Contexte : Les troubles de l'humeur sont partagés en plusieurs sous-catégories, les troubles bipolaires d'une part et les troubles unipolaires d'autre part. La frontière qui les distingue est floue et de plus en plus d'auteurs parlent désormais de « spectre » pour parler des troubles de l'humeur. Afin d'éclairer les patients et les professionnels, des structures ont vu le jour. Depuis 2009, le Service de psychiatrie 2 au sein du Pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg propose des consultations spécialisées dans les troubles de l'humeur.

Objectifs : Étude descriptive des caractéristiques cliniques des patients venant aux consultations spécialisées dans les troubles de l'humeur auprès du Pr Bertschy.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective qui inclue les patients venant à une primo-consultation spécialisée dans les troubles de l'humeur au sein du Service de psychiatrie 2 au sein du Pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie des Hôpitaux universitaires de Strasbourg auprès du Pr Bertschy entre 2018 et 2019. Le recueil des informations a eu lieu à partir des compte rendus des consultations.

Résultats : 197 patients ont bénéficié d'une consultation spécialisée entre 2018 et 2019. La plupart ont été adressés par un psychiatre. A l'issue de la consultation, 73% des patients pour qui un diagnostic de bipolarité a été posé pendant la consultation n'avait pas eu ce diagnostic jusque là. Parmi les comorbidités retrouvées, on constate un fort taux de Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Conclusion : Ce dispositif de consultation vient répondre à une demande importante de la part des patients mais également des médecins. L'avis diagnostic et thérapeutique proposé s'appuie sur les recommandations actuelles ainsi que sur les données de la recherche. La poursuite de ces consultations permettra, en outre, un diagnostic précoce du trouble bipolaire ainsi que la fine distinction avec les diagnostics comorbides tel que le TDAH.

Rubrique de classement : Thèse doctorat de médecine, mention psychiatrie.

Mots-clés : Troubles de l'humeur, dépression, bipolarité, consultation spécialisée, épidémiologie

Président : Professeur Pierre VIDAILHET

Assesseurs : Professeur Gilles BERTSCHY

Docteur Jack FOUCHER

Adresse de l'auteur : 5 rue Graumann
67 000 STRASBOURG
