



HAL
open science

Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : Enquête Bipolact Impact

F. Rouillon, I. Gasquet, R.P. Garay, S. Lancrenon

► **To cite this version:**

F. Rouillon, I. Gasquet, R.P. Garay, S. Lancrenon. Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : Enquête Bipolact Impact. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2009, 167 (8), pp.611. 10.1016/j.amp.2009.08.005 . hal-00580179

HAL Id: hal-00580179

<https://hal.science/hal-00580179>

Submitted on 27 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : Enquête Bipolact Impact

Authors: F. Rouillon, I. Gasquet, R.P. Garay, S. Lancrenon

PII: S0003-4487(09)00235-2
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.08.005
Reference: AMEPSY 1067

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S, Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : Enquête Bipolact Impact, *Annales médico-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.08.005

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : Enquête Bipolact Impact
Prevalence of bipolar disorder in patients consulting general practitioners: Bipolact
Impact Survey****F. Rouillon ^a, I. Gasquet ^b, R. P. Garay ^c, S. Lancrenon ^d**^a *CMME, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France*^b *INSERM, Unité 669, Paris, France*^c *EA2381, Université Paris VII, Paris, France*^d *Sylia-Stat, Bourg-la-Reine, France*

Auteur correspondant : Dr Ricardo P. Garay, 46 bis, rue du Maréchal Galliéni, 91360
Villemoisson-sur-Orge, France

Tél/Fax : 01 69 04 80 34

Adresse email : ricardo.garay@orange.fr

Résumé

Le médecin généraliste est souvent en première ligne pour le dépistage des troubles bipolaires. Or, la prévalence des troubles bipolaires en médecine générale est mal connue. Nous avons donc décidé de mener une enquête (enquête Bipolact Impact) chez des patients consultant en médecine générale, à partir du questionnaire MDQ (Mood disorder questionnaire) autoadministré et anonymisé. Le questionnaire MDQ a été rempli par 10 265 patients (âge : $47,2 \pm 18,0$ ans, hommes : 40 %) dans les salles d'attente de 95 médecins généralistes. Mille vingt-cinq questionnaires, avec données manquantes, ont été exclus de l'analyse. Un score MDQ ≥ 7 (sur 13 items) est fortement prédictif de l'existence des troubles bipolaires. L'échantillon recueilli a permis de vérifier la légitimité de ce score calculé. Une analyse en composantes principales (ACP) a été effectuée à partir de la matrice des corrélations tétrachoriques afin d'étudier l'homogénéité des 13 items. Neuf mille deux cent quarante observations (sans donnée manquante) ont pu être analysées. La consistance interne des 13 items est très forte (coefficient Alpha de Cronbach = 0,92). L'ACP avant rotation a mis en évidence un facteur global (facteur 1) qui correspond au score calculé à partir des 13 items (tous les items participent très fortement à ce facteur) et expliquant 50 % de la variance totale. Outre le nombre d'items présents, le seuil pathologique du questionnaire MDQ est défini par le fait que plusieurs de ces items sont apparus durant la même période de

temps et ont été considérés comme un « problème sérieux » par le patient. 3,7 % des patients ont été identifiés comme bipolaires avec cette définition (valeur minimale étant donnée la restriction « problème sérieux »). Les patients ayant eu un score considéré comme pathologique au MDQ étaient plus jeunes, plus souvent séparés ou divorcés et au chômage. En conclusion, la prévalence des troubles bipolaires définie par le questionnaire MDQ auprès de 9 240 patients consultant au cabinet des médecins généralistes est au moins de 3,7 %, une valeur égale ou supérieure à celles qui ont été rapportées précédemment pour la population générale [9].

Mots clés : Bipolact ; Hypomanie ; Prévalence ; Trouble bipolaire

Abstract

We investigated the prevalence of bipolar disorder in patients consulting general practitioners, by using the MDQ questionnaire (Mood disorder questionnaire). This survey (Bipolact Impact Survey) included 95 general practitioners and 10265 patients (47.2 ± 18.0 years old, 40% males). 1025 patients, who did not completed the questionnaire, were excluded from the analysis. Cronbach's alpha coefficient of the MDQ questionnaire was 0.92. Principal component analysis revealed a first factor explaining 50% of total variance, with all items contributing strongly. MDQ positive patients were restricted to those answering "serious problem" to question number 3. Using this restrictive criteria, 3.7% of patients were classified as MDQ positives. Positivity was significantly higher in young patients, divorced or unemployed. In conclusion, the prevalence of bipolar disease in 9240 patients consulting 95 general practitioners was at least 3.7%, a value similar or higher than that previously reported for the general population (9).

Keywords: Bipolact; Bipolar disease; Hypomania; Prevalence

1. Introduction

Les troubles bipolaires sont généralement sous-diagnostiqués dans la pratique clinique quotidienne. Si la manie, dans sa forme classique (trouble bipolaire I) est assez facilement repérable, les formes modérées avec hypomanies (trouble bipolaire II et autres), sont peu reconnues ou mal diagnostiquées, car elles ne sont pas nécessairement évoquées spontanément par les patients. Dans l'enquête EPIMAN-II Mille, pour 34 à 42 % des patients,

le délai de reconnaissance du trouble est au moins égal à cinq ans, et près de 30 % d'entre eux ont consulté au moins quatre médecins avant d'avoir un diagnostic correct [8]. De sept à dix années s'écoulent encore, en moyenne, entre les premiers symptômes et le premier traitement thymorégulateur [7,8,16].

Les instruments nosographiques classiques du trouble bipolaire (DSM-IV et interviews semi-structurées) sont peu adaptés à la pratique clinique quotidienne. Hirschfeld et al. [11] ont développé un questionnaire (MDQ : *Mood Disorder Questionnaire*) susceptible de détecter les troubles bipolaires de façon simple, fiable et rapide. Ainsi, une enquête menée à l'aide du questionnaire MDQ auprès de 85 358 adultes américains a révélé un taux de trouble bipolaire de 3,7 % [9,10], une valeur bien au-delà du 1 % classiquement observé pour le trouble bipolaire du type I. Une version française de ce questionnaire a été développée par Weber Rouget et al. [17].

La prévalence des troubles bipolaires en médecine générale est mal connue. Nous avons donc décidé de mener une enquête auprès d'une population de patients « tout venant », consultant en médecine générale, et de comparer cette prévalence à celle retrouvée dans les précédentes études en population générale déjà publiées.

2. Méthodes

Dix mille deux cent soixante-cinq (10 265) patients, consultant chez 95 médecins généralistes, ont participé à l'enquête (Enquête Bipolact Impact), quel que soit le motif de consultation. Ces médecins généralistes étaient habitués à la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques (surtout dépressifs). Les patients ont rempli les questionnaires MDQ (*Mood disorder questionnaire*; cf. Tableau 1) de façon anonyme, dans la salle d'attente du cabinet médical.

2.1. Questionnaire MDQ

La « positivité » au questionnaire MDQ, fortement prédictive des troubles bipolaires, est définie en premier lieu à partir de la présence d'au moins sept symptômes sur une liste de 13 items (Q1 dans le Tableau 1). La validité de ce score calculé est ensuite vérifiée à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP, cf. Section Résultats). Outre le nombre d'items présents, le seuil considéré comme pathologique au questionnaire MDQ est défini par le fait que plusieurs de ces items sont apparus durant la même période de temps (Q2 dans le

Tableau 1) et qu'ils sont considérés comme un « problème sérieux » par le patient (Q3 dans le Tableau 1).

3. Résultats

3.1. Médecins participants

Quatre-vingt-quinze (95) médecins généralistes ont participé à l'étude. Leur moyenne d'âge était de $48,6 \pm 6,7$ ans (moyenne \pm écart type). Il s'agissait surtout de médecins de sexe masculin (72,5 %), appartenant au Secteur 1 (90,2 %) et exerçant dans des communes de moins de 100 000 habitants (75 %). La moitié d'entre eux (50 %) exerçaient en cabinet individuel et l'autre moitié en cabinet de groupe.

3.2. Population analysable

Le Tableau 2 résume les caractéristiques des 10 265 patients ayant rempli le questionnaire MDQ. À partir d'une donnée manquante, le nombre de OUI aux 13 items n'a pas été pris en compte. Suivant cette règle, 1 025 autoquestionnaires avec au moins une donnée manquante ont été exclus de l'analyse. La population analysable est donc de 9 240 patients.

3.3. Validité du questionnaire MDQ

La Figure 1 montre le nombre des OUI aux 13 items pour les 9 240 patients retenus.

Les quatre items les plus fréquents étaient :

I : « vous étiez beaucoup plus actif(ve) ou que vous faisiez beaucoup plus de choses que d'habitude » 38,7 % des patients ;

II : « vous étiez si facilement distrait(e) par ce qui vous entourait que vous aviez des difficultés à vous concentrer ou à poursuivre la même idée » 38,6 % ;

III : « vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude » 36,4 %

IV : « vous vous sentiez beaucoup plus sûr(e) de vous que d'habitude » 33,6 %.

Les autres items étaient présents chez moins de 30 % des patients.

Une analyse en composantes principales (ACP) a été effectuée à partir de la matrice des corrélations tétrachoriques afin d'étudier l'homogénéité des 13 items. Neuf mille deux

cent quarante observations sans donnée manquante ont pu être analysées. Un coefficient Alpha de Cronbach très positif (0,92) a été obtenu et l'ACP, avant rotation des facteurs, a mis en évidence un premier facteur expliquant 50 % de la variance totale, chaque item participant très fortement à ce facteur. Le score calculé à partir des 13 items a bien été statistiquement validé.

3.4. Prévalence des troubles bipolaires

La positivité au questionnaire MDQ est définie par (cf. Tableau 1):

Q1 : un score d'au moins sept sur la liste de 13 items ;

Q2 : plusieurs de ces items apparus durant la même période de temps ;

Q3 : un problème sérieux en découlant pour le patient.

Sur les 9 240 patients retenus, la positivité du questionnaire MDQ a pu être analysée sur 9 220 fichiers ne comportant aucune donnée manquante. Avec ces critères, 340 questionnaires MDQ ont été considérés comme supérieurs au seuil considéré comme pathologique, soit une prévalence de patients bipolaires de l'ordre de 3,7 % (IC_{95%} : 3.3 % à 4.1 %).

3.5. Particularités socioprofessionnelles des patients bipolaires

Afin de mettre en évidence les caractéristiques socioprofessionnelles des patients « MDQ positifs », un croisement a été lancé, avec les variables explicatives suivantes : sexe, âge, situation professionnelle et situation maritale. Le Tableau 3 montre que les patients « MDQ positifs » étaient significativement plus jeunes (41,7 années versus 46,4 années pour les patients « MDQ négatifs »), plus souvent divorcés ou séparés (24,5 % versus 8,9 % pour les patients « MDQ négatifs ») et plus souvent au chômage (22,0 % versus 6,6 % pour les patients « MDQ négatifs »). En revanche, la proportion de femmes et d'hommes n'était pas significativement différente des patients « MDQ négatifs » (Tableau 3).

4. Discussion

La prévalence des troubles bipolaires en médecine générale, observée ici à l'aide du questionnaire MDQ est d'au moins 3,7 %, une valeur similaire ou supérieure à celle rapportée

précédemment pour la population générale américaine à l'aide du même questionnaire (3,7 %) [9,10].

Bien que le questionnaire MDQ possède une forte sensibilité (73 %) et une bonne spécificité (90 %) pour détecter des troubles bipolaires [11,17], sa sensibilité semble moins importante dans la population générale [10]. Il est donc probable que la prévalence de 3,7 % obtenue ici soit sous-estimée. En effet, en utilisant la World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview chez 9 282 adultes américains, le National Comorbidity Survey Replication a obtenu une prévalence (vie entière) des troubles bipolaires de 4,5 % [14]. Une révision de 14 études épidémiologiques dans dix pays européens a aussi montré des prévalences très élevées des troubles bipolaires, pouvant monter jusqu'à 6 % de la population [15].

Nous avons observé plus de scores supérieurs au seuil pathologique du MDQ chez des patients jeunes, séparés, divorcés, ou au chômage. En effet, le retentissement sociofamilial et socioprofessionnel du trouble bipolaire est considérable : 57 à 75 % des patients divorcent, 60 % sont sans situation professionnelle stable et 55 % ont des difficultés financières [2], ce qui génère des coûts indirects importants. Ainsi, une étude réalisée aux États-Unis en 1995 [12] montre un coût total de 35 milliards de dollars pour les troubles bipolaires, dont 7 milliards pour les coûts directs et 28 milliards de coûts indirects. La prescription d'un thymorégulateur pourrait ainsi permettre de réaliser des économies d'environ 575 à 8 540 dollars par patient et par an, selon Keck et col. [12]. En France, le coût annuel est estimé à plus de 10 000 euros par patient dont 80 % liés aux coûts indirects, 15 % au coût de l'hospitalisation et 5 % au traitement médicamenteux [4]. L'utilisation de thymorégulateurs a un impact très important sur les coûts directs qu'elle divise par deux, ainsi que sur les coûts indirects lorsque le patient est stabilisé. Ces données soulignent donc l'importance du dépistage précoce d'un trouble bipolaire.

L'importance d'un diagnostic précoce du trouble bipolaire réside dans la fréquence élevée de suicide qui le caractérise. Environ 25 à 50 % des patients bipolaires font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et près de 20 % meurent par suicide [3]. Il existe également une surmortalité qui n'est pas liée au suicide et dépend des affections somatiques associées (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, affections endocriniennes...), souvent méconnues et mal traitées [13].

Le dépistage du trouble bipolaire du type II (épisodes dépressifs majeurs et phases hypomaniaques) est particulièrement important parce que les épisodes hypomaniaques sont souvent passés sous silence, les praticiens se focalisant sur les épisodes dépressifs et prescrivant parfois des antidépresseurs qui aggravent l'évolution du trouble. Si un épisode

dépressif unipolaire est en théorie facilement identifiable, il n'en est pas de même de la dépression bipolaire. Un tiers des diagnostics de dépression unipolaire sont erronés et correspondent à des diagnostics de dépression bipolaire [6]. Celle-ci inaugure une fois sur deux le trouble bipolaire et justifie des mesures thérapeutiques spécifiques en raison du risque majeur de virage maniaque de l'humeur (notamment en cas de prescription en monothérapie d'antidépresseurs), mais aussi des risques de résistance, d'aggravation ou de récurrence, et des cycles rapides [1,5,6]. Compte tenu de cette situation, l'Afssaps recommande [1] : « Dans les troubles bipolaires, la prescription d'un antidépresseur est déconseillée dans les épisodes dépressifs majeurs d'intensité légère et recommandée dans les épisodes dépressifs d'intensité modérée à sévère, en association avec les thymorégulateurs ».

En conclusion, l'Enquête Bipolact Impact a mis en évidence une prévalence importante des troubles bipolaires en médecine générale. Le questionnaire MDQ est simple, fiable et rapide à remplir, il semble donc bien adapté pour la pratique clinique quotidienne.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr. AHCÈNE HAMEG (Sanofi-aventis France, Paris) pour l'aide apportée dans la mise en place de l'enquête, la rédaction et révision des protocoles et rapports d'étude.

Conflits d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] Afssaps. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte, 2006.
- [2] Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders* 2003;73:133-46.
- [3] Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, Davies MA, Frye MA, Keck PE, et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry* 2003;64:425-32.
- [4] Dardennes R, Thuile J, Friedman S, Guelfi JD. Coût du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2006;32:18-25.
- [5] Gay C. Troubles bipolaires de l'humeur. *Rev Prat* 2005;55:479-80.
- [6] Ghaemi SN, Hsu DJ, Soldani F, Goodwin FK. Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Disord* 2003;5:421-33.

- [7] Ghaemi SN, Sachs GS, Chiou A, Pandurangi AK, Goodwin FK. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* 1999;52:135-44.
- [8] Hantouche EG, Azorin JM, Châtenet-Duchêne L, Lancrenon S, Allilaire JF, Akiskal HS. Caractérisation de la manie dans la cohorte nationale de 1 090 patients de l'étude « EPIMAN-II-Mille » : fréquence des sous-types cliniques, début et errances diagnostiques. Mania in a national cohort of 1 090 patients from "EPIMAN-II-Mille" study: frequency of clinical sub-types, onset, and diagnostic errors. *Ann Med Psychol (Paris)* 2003;161:359-66.
- [9] Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003;64:53-9.
- [10] Hirschfeld RMA, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A General Population Study. *Am J Psychiatry* 2003;160:178-80.
- [11] Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE Jr, et al. Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000;157:1873-5.
- [12] Keck P, McElroy S, Arnold L, Dewan N, Bennett J. The costs of treatment of bipolar disorder. In: *Bipolar Disorders* 2002;437-48.
- [13] McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL, Woldeyohannes HO, Law CW, Miranda A, et al. Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:406-16.
- [14] Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:543-52.
- [15] Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, Pezawas L, Angst J, Cassano GB, Wittchen HU. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology* 2005;15:425-34.
- [16] Slama F. Épidémiologie des troubles bipolaires de l'humeur. *Rev Prat* 2005;55:481-5.
- [17] Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry JM. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Journal of Affective Disorders* 2005;88:103-8.

Discussion

Pr J.-D. Guelfi – On doit remercier F. Rouillon pour l'intérêt de sa communication et pour la prudence de sa conclusion quant à la distinction entre outil de

dépistage et outil à visée diagnostique. On doit toujours rester vigilant quant à l'utilisation des réponses de patients à des questionnaires. Il existe des formes mineures de troubles bipolaires où des anomalies sont minimisées par les patients. Il existe aussi des problèmes diagnostiques difficiles chez certains patients pour lesquels on hésite entre trouble bipolaire et trouble de la personnalité particulièrement borderline. Il existe enfin des états d'excitation non bipolaires, toxiques surtout.

Ma question porte sur les études préliminaires de validation réalisées par Hirschfeld. Combien y avait-il dans ces travaux de faux positifs et de faux négatifs ?

Dr P. Houillon – Cette intéressante étude attire notre attention sur la manière dont les troubles bipolaires sont recensés notamment en médecine générale. Il convient, sans doute, d'être vigilant pour que les méthodologies utilisées ne facilitent pas l'abus des diagnostics de troubles bipolaires. Il faut dire que dans le langage courant, ce terme passe mieux que celui de dépressif dont la connotation psychiatrique est plus directe. Cette dénomination qui tend à trop de généralisation et qui relève moins d'une base scientifique que d'un effet de mode, n'est pas sans retentir sur les comportements des praticiens et les traitements qu'ils mettent en place. Il ne serait pas sans intérêt de savoir à quel type de dépression ont affaire les omnipraticiens qui sont, il faut le rappeler, les plus grands prescripteurs d'antidépresseurs.

Pr M. Laxenaire – Je voulais vous demander comment vous expliquez que le chômage a un impact sur les troubles bipolaires, parce que en principe ça n'a aucun rapport.

Dr J.-P. Luauté – Vous avez étudié la prévalence des troubles bipolaires en médecine générale mais, concernant l'adaptation sociale, ne pensez-vous pas que dans la population générale, des troubles bipolaires (hypomanie) peuvent être un facteur de réussite sociale ?

Réponse du Rapporteur – (à compléter par l'auteur)

Tableau 1. *Questionnaire MDQ destiné aux patients***Q1. Y a-t-il jamais eu des périodes de temps où vous n'étiez pas comme d'habitude et où...**

- | | | |
|------------|---|---|
| 1. | vous vous sentiez si bien et si remonté que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas comme d'habitude ou que vous étiez si remonté que vous alliez vous attirer des ennuis | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 2. | vous étiez si irritable que vous criiez après les gens ou que vous provoquiez des bagarres ou disputes | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 3. | vous vous sentiez beaucoup plus sûr(e) de vous que d'habitude | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 4. | vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 5. | vous étiez beaucoup plus bavard(e) et parliez beaucoup plus vite que d'habitude | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 6. | des pensées traversaient rapidement votre tête et vous ne pouviez pas les ralentir | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 7. | vous étiez si facilement distrait(e) par ce qui vous entourait que vous aviez des difficultés à vous concentrer ou à poursuivre la même idée | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 8. | vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 9. | vous étiez beaucoup plus actif(ve) ou que vous faisiez beaucoup plus de choses que d'habitude | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 10. | vous étiez beaucoup plus sociable ou extraverti(e) que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à vos amis au milieu de la nuit | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 11. | vous étiez beaucoup plus intéressé(e) par le sexe que d'habitude | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 12. | vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres gens pensaient être excessives, imprudentes ou risquées | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 13. | vous dépensiez de l'argent de manière si inadaptée que cela vous attirait des ennuis ou à votre famille | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

- Q2. Si vous avez coché « oui » à plus d'une des questions précédentes, est-ce que plusieurs d'entre elles sont apparues durant la même période de temps ?** oui non
- Q3. À quel point, une de ces questions a été pour vous un problème au point de ne plus travailler, d'avoir des difficultés familiales, légales, d'argent, de vous inciter à des bagarres ou des disputes ?**
- pas de problème problème mineur problème moyen problème sérieux

M.D.Q. (Mood Disorder Questionnaire) : Questionnaire « Trouble de l'Humeur » d'après Hirschfeld et al. [11]

Tableau 2. *Caractéristiques des patients ayant rempli le questionnaire MDQ.*

	Nombre de patients* (n = 10 265)
Age (années)	47,2 ± 17,9
Sexe masculin	40 %
Sexe féminin	60 %
Divorcé(e) ou séparé(e)	9,8 %
Chômage	7 %
Étude supérieur	28,1 %

*En % ou en moyenne ± écart type

Tableau 3. *Caractéristiques socioprofessionnelles de patients MDQ positifs.*

	Patients MDQ positifs (n= 340)	Patients MDQ négatifs (n = 8 880)	P
Sexe masculin (%)	44,8	40,5	0,108 (ns) ¹
Age (années)	41,7	46,4	< 0,0001* ²
Divorcés ou séparés (%)	24,5	8,9	< 0,0001* ¹
Au chômage (%)	22,0	6,6	< 0,0001* ¹

*Statistiquement significatif. ns : statistiquement non-significatif. ¹Test Chi-2. ²Test de Student.

Légendes des Figures

Figure 1. Fréquence des items positifs pour les 9 240 patients retenus.

Figure 1