



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2016

Thèse N° 103

La prévalence et les caractéristiques des comportements addictifs chez les patients bipolaires

THÈSE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/06/2016

PAR

M^{lle} KHAOULA LAKLOUMI

Née le 09 Aout 1990 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLÉS :

Dépression – Accès maniaque – Toxiques – Addiction – Trouble bipolaire

JURY

M^{me}. F. ASRI

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENTE

M^{me}

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. A. BENALI

Professeur agrégé de Psychiatrie

M^{me}. M. ZAHLANE

Professeur agrégée de Médecine Interne

M^{me}. I. ADALI

Professeur agrégée de Psychiatrie

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي
تَبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ





Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je
m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes
malades sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles
traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

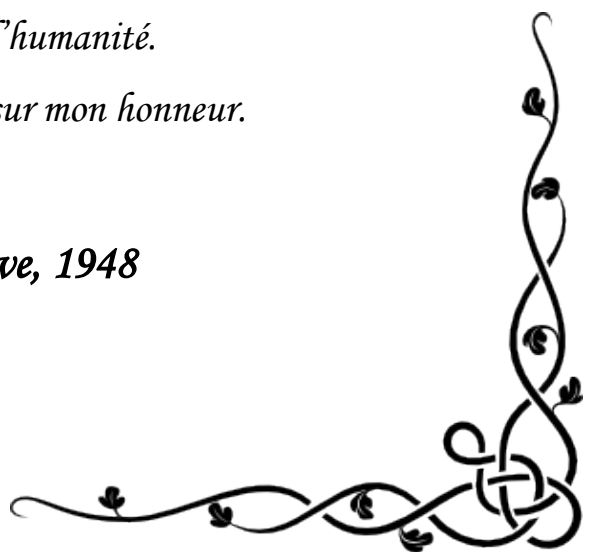
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon
contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





UNIVERSITÉ CADI AYYAD
FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

MARRAKECH

Doyens Honoraires

:Pr Badie Azzaman MEHADJI

:Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

:Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

:Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

:Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

:Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologieobstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANHoussine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie

BOUSKR AOUI	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- reanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire

BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOuat Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSI	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- reanimation
CHERIF IDRISSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virology
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virology
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

PROFESSEURS ASSISTANTS

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie -orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



DÉDICACES



*Un humble geste exprimant l'affection, l'estime, le respect et la reconnaissance que je ressens envers les êtres qui me sont chers...
Je dédie ce travail :*

À MON TRÈS CHER PÈRE, DR. LAKLOUMI MOHAMED

*À celui qui a illuminé mon chemin vers le savoir, ce patrimoine inestimable.
Au meilleur de tous les pères, celui qui m'a accordé son attention, imprégné
les nobles valeurs de la vie, et appris le sens du devoir, de l'altruisme, et de
la loyauté.*

Merci de m'avoir inlassablement soutenue tout au long de mes études.

*Tu es et resteras un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ton
jusqu'au-boutisme et ton perfectionnisme.*

*Aucun mot ne saura refléter l'ampleur de mon respect, mes égards, et mon
éternelle gratitude. J'implore Allah de me préserver le flambeau que tu es,
qui a longtemps illuminé mon chemin...*

*Le mérite de ce travail te revient, vu que tu as veillé à tout mettre à ma
disposition sans jamais te plaindre. J'aurais aimé pouvoir te rendre toute la
tendresse et dévotion que tu m'as offertes, mais les fruits de toute une vie
en sont incapables. Je me contente à présent de te dédier ce mémoire qui
saura, j'espère, y contribuer en partie...*

À MA TRÈS CHÈRE MÈRE, MME AMINA LAHLALI

À ma complice, mon alliée et ma très chère maman.

À celle qui m'a donné la vie, et veillé à ce que j'y sois ravie.

Rien dans ce bas-monde ne pourra égaler l'amour, la tendresse et le respect que je te dois.

Qu'Allah te procure joie et santé, et me donne le pouvoir de te rendre peu de ce que tu ne cesses de me concéder.

Je te dédie ce travail qui, sans toi, n'aurait jamais pu être, espérant ainsi avoir concrétisé ton rêve le plus cher de me voir médecin.

Ton soutien inconditionnel, tes encouragements réanimateurs, ton amour inégalé, ta générosité sans réserve et ton omniprésence ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tes prières sont celles qui illuminent mon chemin, constituant une armure tout au long de mes études.

J'espère que cette thèse saura témoigner de ma reconnaissance, mon profond amour et mon éternel respect.

Puisse Allah l'omnipotent te protéger de tout mal, te donner longue vie, bonheur et santé afin que je te rende peu de ce que tu m'as beaucoup donné.

À MES TRÈS CHERS FRÈRES ANAS, MOUAD, ET HAMZA

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma gratitude et mon attachement.

Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider davantage.

Je ne pourrais d'aucune manière exprimer mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis, votre aide et votre générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.

Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous assurer ma profonde et grande reconnaissance. Qu'Allah vous apporte bonheur et santé, et que tous vos rêves voient le jour.

*À TOUTE LA FAMILLE LAKLOUMI ET TOUTE LA FAMILLE
LAHLALI*

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération.

J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux.

Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous honorer.

Tous mes vœux de bonheur, de santé et de prospérité...

À MES CHÈRES AMIES ET COLLEGUÉS

*En particulier ; SOUMIA LAHIAOUNI, SIHAM LALAOUI
RACHIDI, FATIMA-EZZAHRA LAIRANI, JINANE
KHARBOUCH, SALMA BAHY, GHITA LAOUSY, HOUDA
KADDIOUI, NESRINE ZEROUAL, YASMINE LAKTIB,...*

Et tous ceux et celles que j'ai omis de citer

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens
solides qui nous unissent.*

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite
et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que privée.*

Je prie Allah pour que notre amitié et fraternité soient éternelles...



REMERCIEMENTS



*À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR FATIMA ASRI
Professeur de l'Enseignement Supérieur de Psychiatrie
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Puissent des générations et des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que votre sagesse et votre bonté.

Veillez, Chère Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération et notre profond respect pour avoir guidé les premiers pas de ma carrière.

*À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR FATIHA MANOUDI
Professeur de l'Enseignement Supérieur de Psychiatrie
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Vous m'avez honoré par votre confiance en me confiant cet excellent sujet de travail.

Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect de tous.

Les conseils fructueux que vous nous avez prodigué ont été très précieux, et nous vous en remercions chaleureusement.

Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et profond respect.

Veillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR MOUNA ZAHLANE
Professeur Agrégée en Médecine Interne
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Permettez-nous, Chère Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABDESSALAM BENALI
Professeur Agrégé en Psychiatrie
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Nous vous remercions de la spontanéité et de la simplicité avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail.

Votre probité au travail et votre dynamisme, votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR NAWAL ADALI
Professeur Agrégée en Neurologie
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Vous êtes une femme de science et un médecin attentif au bien-être de ses patients.

Nous avons pu, au cours du stage d'externat passé sous votre direction, apprécier vos qualités humaines, votre savoir-faire et vos compétences scientifiques.

Veillez trouver dans ce travail, Chère Maître, l'expression de notre estime et de notre considération.

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR IMANE ADALI
Professeur Agrégée en Psychiatrie
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Nous avons été sensibles à l'amabilité de votre accueil et l'intérêt que vous avez accordé à ce travail en acceptant de le juger.

Veillez trouver ci-joint, chère maître, le témoignage de notre reconnaissance et notre grande estime.

Permettez-nous, Chère Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

Puisse Allah le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

*À PROFESSEUR LATIFA ADERMOUCH et son équipe
Professeur Assistante en Médecine communautaire et Épidémiologie
CHU Mohamed VI – Marrakech*

Vous m'avez beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi un grand apport. Je vous remercie pour votre sympathie et votre bienveillance. Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

*À Docteur MESSAOUDI My Abdelaziz
Médecin Psychiatre
Service Psychiatrique de l'Hôpital Ibn Nafis – Marrakech*

L'enthousiasme et l'emballement avec lesquels vous avez soutenu mon travail reflètent parfaitement votre engagement aux côtés des jeunes médecins. Ils reflètent aussi votre souci de perfection dans votre noble mission ; celle de nous guider vers la réussite et nous former en tant que médecins - citoyens qui aiment et œuvrent pour le développement de notre cher pays. Veuillez accepter mes plus respectueuses salutations.

À tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.

*Aux médecins résidents au Service Universitaire Psychiatrique
CHU Mohammed VI Marrakech*

Merci à vous tous pour le soutien et l'aide que vous m'avez apportés pour la réalisation de ce travail.

Veillez accepter mes plus respectueuses salutations.

*À tout le personnel médical, infirmier et
administratif de l'hôpital IBN NAFIS*

Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que vous m'avez réservés à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener à bien cette étude scientifique.

Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi vous y a participé de loin ou de près.

*À tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce
travail.*

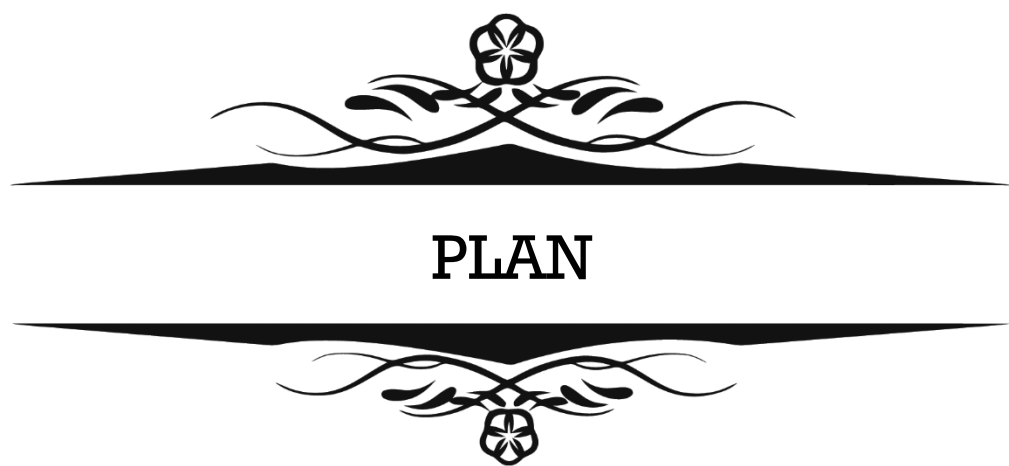


ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

APA	:	Accès Psychotique Aigu.
ATD	:	Antidépresseur.
BZD	:	Benzodiazépines.
CHU Med VI	:	Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI.
CIM	:	Classification Internationale des Maladies.
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders.
ECA	:	Epidemiologic Catchment Area.
ECT	:	Electroconvulsivothérapie.
NCS	:	National Comorbidity Survey.
NESARC	:	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.
NIMH	:	National Institute of Mental Health.
NLA	:	Neuroleptique Atypique.
NLC	:	Neuroleptique Classique.
PA	:	Paquets/Année.
SPA	:	Substances Psychoactives.
TB	:	Trouble Bipolaire.



INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODES	04
I- Type de l'étude	05
II- Population	05
III- Fiche d'exploitation	05
IV- Collecte des données	06
V- Considération éthiques	06
VI- Méthodes statistiques	07
RESULTATS	08
I- Analyse descriptive	09
II- Analyse bivariée	37
DISCUSSION	65
I- Généralité sur le trouble bipolaire	66
II- Généralité sur l'addiction	96
III- Relation entre les troubles bipolaires et la consommation abusive des substances	106
IV- Discussion de nos résultats	112
V- Les limites de l'étude	125
SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	126
CONCLUSION	129
RESUMES	131
ANNEXES	135
BIBLIOGRAPHIE	145



INTRODUCTION



Dans l'ensemble de la pathologie mentale, le trouble bipolaire est celui pour lequel la comorbidité addictive est la plus fréquente. Il y a plus de 80 ans, Kraepelin soulignait déjà la forte prévalence de l'alcoolisme observée chez les patients présentant une maladie maniaco-dépressive. Depuis, de nombreuses études ont confirmé la fréquence de l'association troubles bipolaires – troubles liés à l'utilisation de substances, ainsi que la forte proportion de comorbidité addictive « indépendante » du trouble bipolaire, survenant en dehors des épisodes thymiques. En effet il ya environ 40 % de sujets dépendants parmi les bipolaires selon les études. [1, 2, 3, 4]

Rien que par les chiffres de prévalence, cette comorbidité représente un problème considérable de santé, d'autant plus qu'elle cause plusieurs soucis ; notamment, un nombre accru d'hospitalisations des patients, essentiellement pour les épisodes de manie, des taux plus élevés de manie dysphorique, de cycles rapides, de suicides, de non-adhésion aux traitements, une moindre réponse aux traitements, marquée par un temps plus long pour la rémission clinique. Les patients bipolaires présentant une addiction guérissent moins vite d'un premier épisode maniaque et le tableau est alors souvent marqué par une labilité émotionnelle accrue et des troubles du comportement à type d'impulsivité et de violences. [5, 2, 6, 1]

Malgré l'importante prévalence du trouble bipolaire et des conduites de dépendances, les relations liant l'un à l'autre ne sont pas parfaitement comprises. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ces liens, dont les plus fréquentes :

- Un renforcement de la vulnérabilité à l'abus de substances par le trouble bipolaire,
- Une décompensation d'un trouble bipolaire induit par l'abus de substances chez des sujets vulnérables,
- L'addiction est un symptôme des troubles bipolaires
- Des facteurs de vulnérabilité communs.
- L'addiction est une tentative d'automédication du trouble bipolaire. [7, 6, 1, 8]

Au Maroc, la santé mentale et la toxicomanie constituent un véritable problème de santé publique. La prévalence actuelle des épisodes maniaques, est de 3,2 % dans la population générale selon l'enquête nationale réalisée en 2003 (publiée en 2007) par le ministère de la santé étudiant la prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine, et 2,8 % souffre d'une dépendance aux substances soit 2% de la population générale. [9, 10]

Ainsi, faire face à un patient présentant un trouble bipolaire associé à un trouble lié à l'utilisation de substances est une situation fréquemment rencontrée en pratique clinique, et vu la disponibilité des substances psychoactives dans notre pays, nous avons mené cette étude dont les objectifs sont les suivants :

1. Déterminer la prévalence de cette comorbidité.
2. Déterminer les produits les plus consommés.
3. Connaître les caractéristiques des conduites addictives chez les patients bipolaires.
4. Connaître les caractéristiques des patients bipolaires qui peuvent influencer les conduites addictives.
5. Evaluer les conséquences de cette comorbidité sur le cours évolutif du trouble bipolaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type de l'étude :

L'étude que nous avons menée est de type transversal portant sur une série de 100 patients atteints de trouble bipolaire, hospitalisés et consultants au niveau du service psychiatrique universitaire du CHU Med VI de Marrakech sur une période d'un an. Il s'agit d'une étude descriptive et analytique.

II. Population étudiée :

L'échantillon étudié comporte 100 patients hospitalisés et consultants chez qui le diagnostic de trouble bipolaire est retenu selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders dans sa quatrième version (DSMIV).

Bien que l'entité « trouble bipolaire III » n'existe pas en tant que telle dans le DSM IV, nous l'avons utilisée pour catégoriser les patients de notre échantillon ayant eu des virages maniaques sous antidépresseurs.

1. Critères d'inclusion :

- Les patients bipolaires diagnostiqués selon DSM IV.
- Les patients hospitalisés et consultants stables.

2. Critères d'exclusion :

- L'absence de consentement.
- Les patients instables.

III. Fiche d'exploitation : (Annexe 1)

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation, conçue à cet effet, permettant de recueillir l'ensemble des données caractéristiques pour chaque patient.

Elle comporte six rubriques:

1. La première rubrique :

Elle décrit les caractéristiques sociodémographiques du patient.

2. La deuxième rubrique :

Elle renseigne sur les antécédents familiaux et personnels du patient en mettant l'accent sur les antécédents psychiatriques, toxiques et judiciaires des patients bipolaires.

3. La troisième rubrique :

Détaille les caractéristiques et modalités de consommation de chaque conduite addictive.

4. La quatrième rubrique :

Constitue une évaluation du retentissement de l'usage de substances chez les patients, et renseigne sur le début de la consommation par rapport à la maladie.

5. La cinquième rubrique :

Renseigne sur les caractéristiques du trouble bipolaire, son mode de début, ses aspects évolutifs, et de symptomatologie clinique prédominante au cours des épisodes.

6. La sixième rubrique :

Précise les troubles anxieux associés au trouble bipolaire.

IV. Collecte des données :

Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'entretien avec les malades.

V. Considération éthique :

La considération éthique a été respectée à savoir l'anonymat, la confidentialité des informations notées sur les dossiers des malades, ainsi que le consentement des malades.

VI. Méthodes statistiques :

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes :

- Une analyse descriptive à deux variables : Qualitative et quantitative.
 - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
 - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts types.
- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment :
 - Le test de student pour comparer deux moyennes.
 - L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
 - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est SPSS dans sa dixième version. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.



RÉSULTATS



I. ANALYSE DESCRIPTIVE :

1. Prévalence des conduites addictives chez les patients bipolaires :

Plus des deux tiers des patients (65%) sont usagers de SPA dans notre population étudiée. Le tabac (62%), le Cannabis (47%), l'Alcool (46%), sont les SPA les plus consommées par les patients dans notre étude (Figure 1).

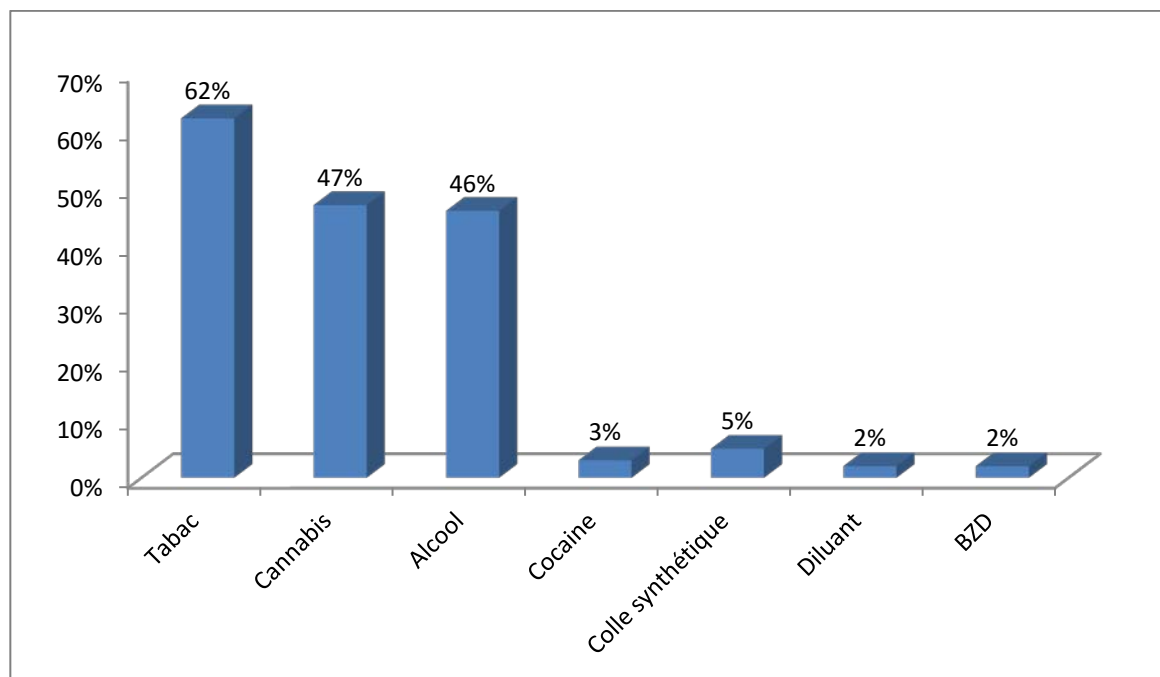


Figure 1 : Répartition des patients selon les SPA utilisées.

2. Profil sociodémographique des patients :

2.1. Age :

L'âge moyen des patients était de 37,66 ans avec des extrêmes allant de 19 à 74ans. Plus des 2/3 d'entre eux (77% soit 77 patients) avaient un âge compris entre 18 et 45 ans : 28% avaient un âge entre 18 et 30 ans et 49% des patients avaient un âge entre 31 et 45 ans (figure2)

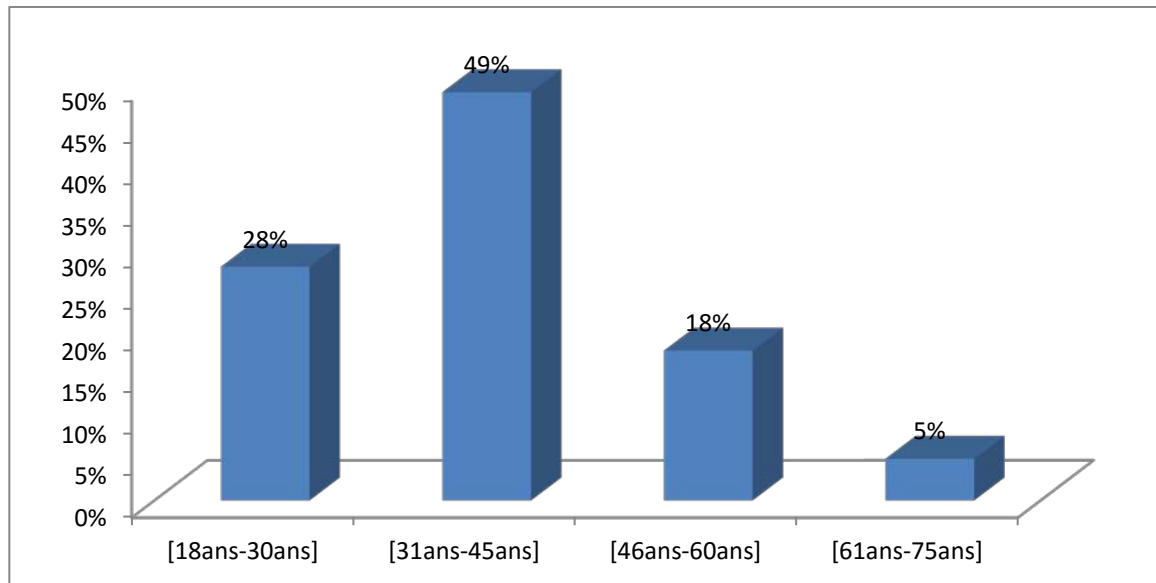


Figure 2 : Répartition des patients selon l'âge.

2.2. Sexe :

Presque les deux tiers de notre échantillon étaient de sexe masculin (69%) (Figure 3).

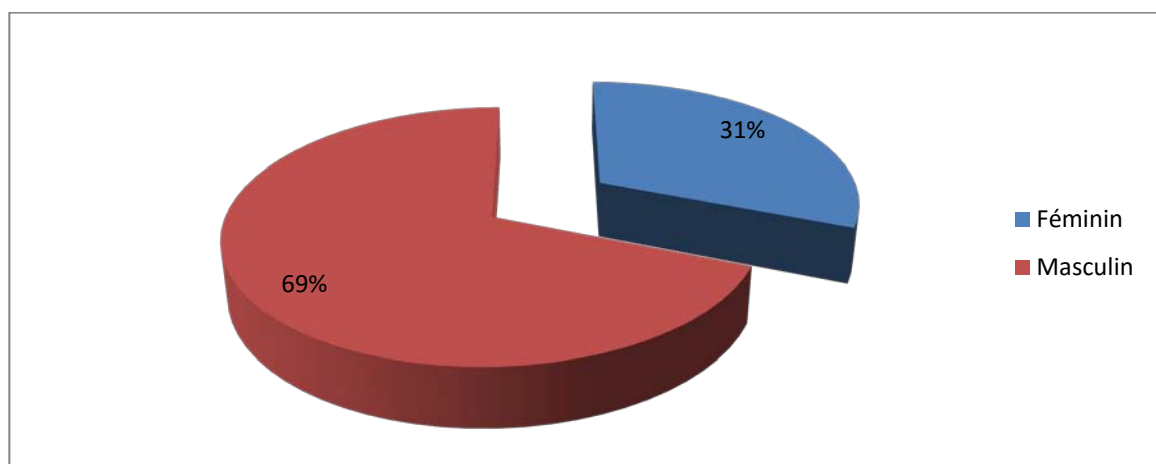


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe

2.3. La situation familiale :

Dans l'ensemble des patients étudiés, 52% des patients étaient mariés et 41% étaient célibataires (Figure 4).

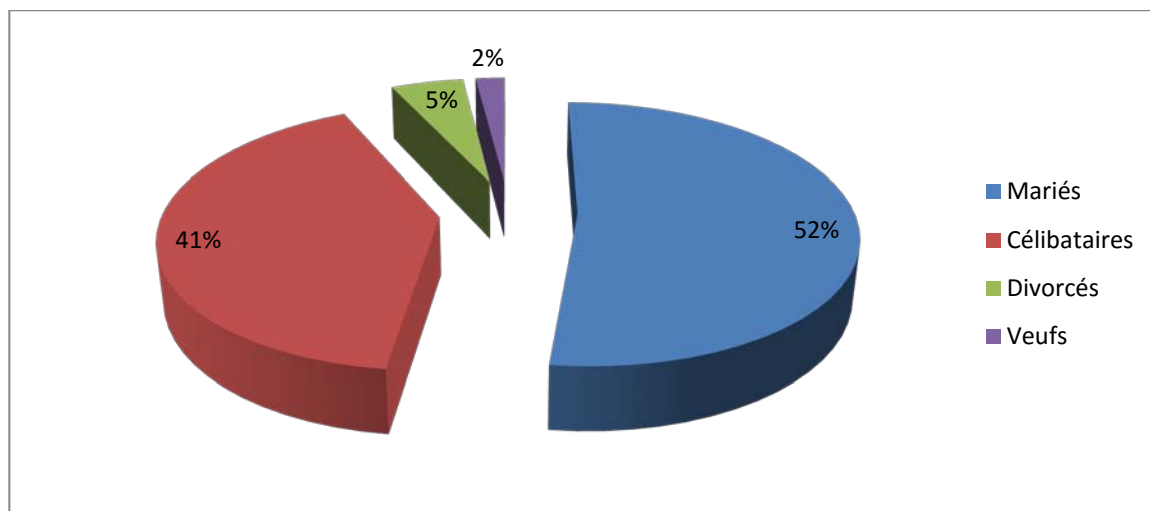


Figure 4 : Répartition des patients selon la situation familiale.

2.4. Le niveau d'instruction :

Presque les deux tiers (68%) n'avaient jamais été scolarisés ou n'avaient pas dépassé le niveau primaire (Figure 5).

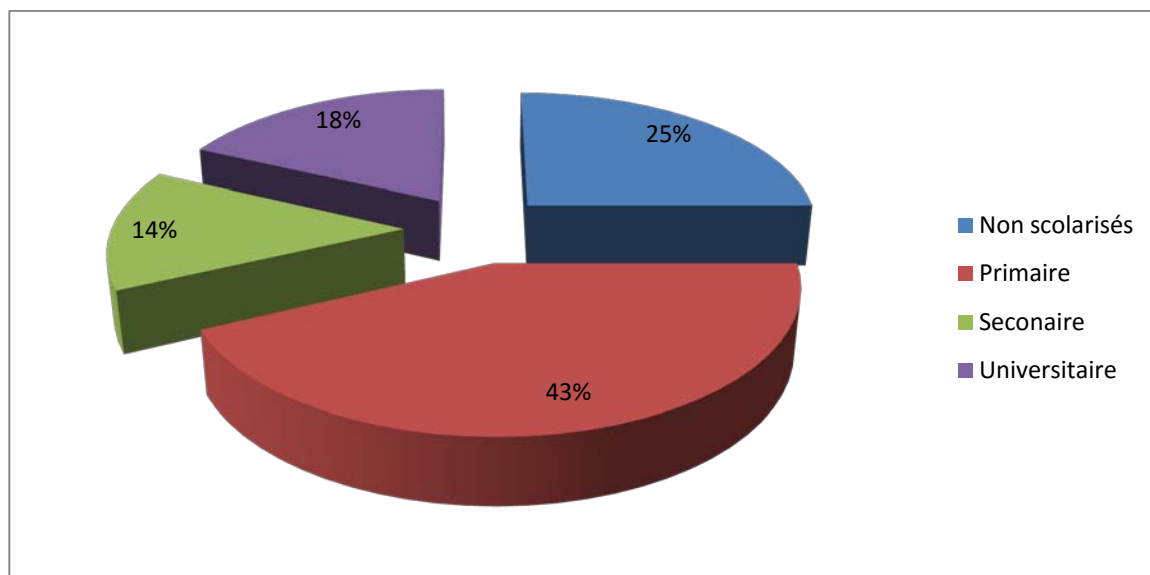


Figure 5 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.

2.5. La profession :

Plus du un tiers de nos patients (42%) étaient sans emploi, et 36% étaient de simples ouvriers (Figure 6)

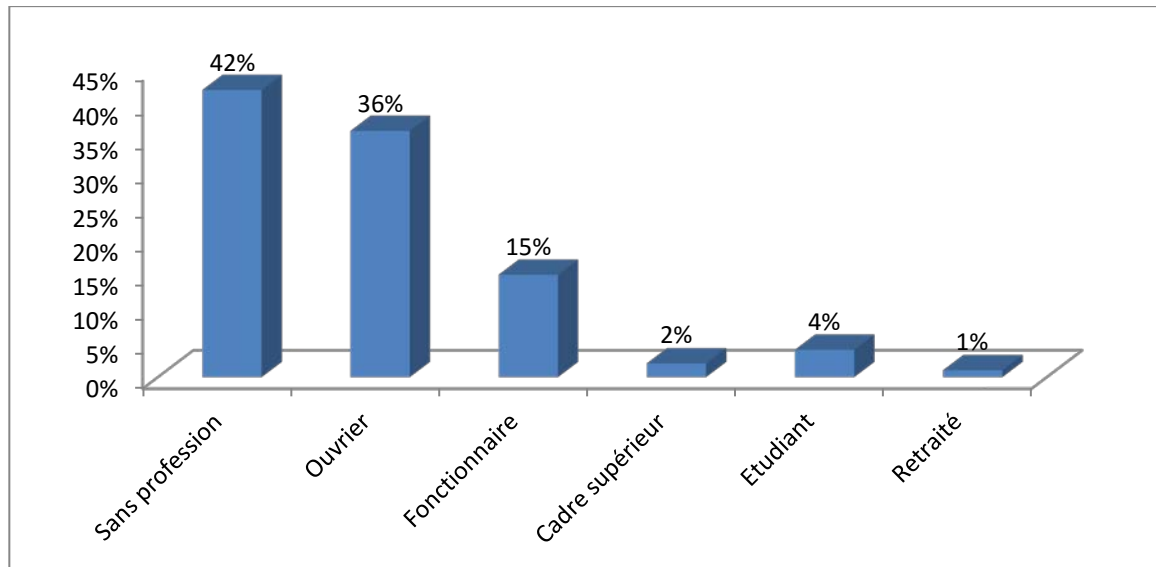


Figure 6 : Répartition des patients selon le statut professionnel.

2.6. Le niveau socioéconomique :

Chez presque les deux tiers des patients (62 %), nous avons retrouvé un niveau socio-économique bas avec un revenu mensuel ne dépassant pas 2000 Dhs. (Figure 7)

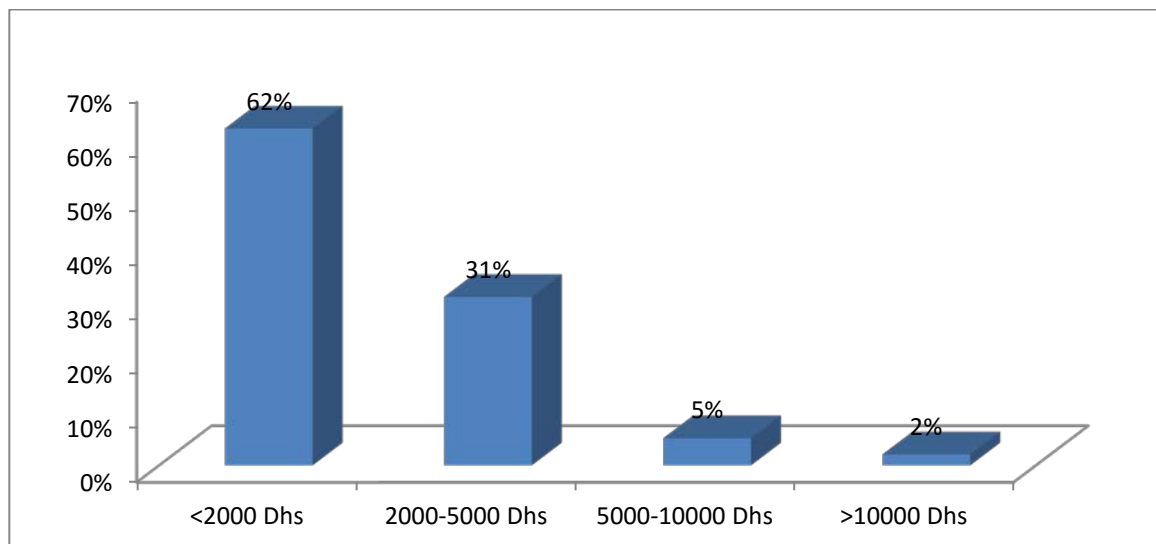


Figure 7 : Répartition des patients selon le niveau économique.

2.7. L'origine géographique :

Plus de la moitié de la population étudiée était d'origine urbaine (51%) (Figure 8).

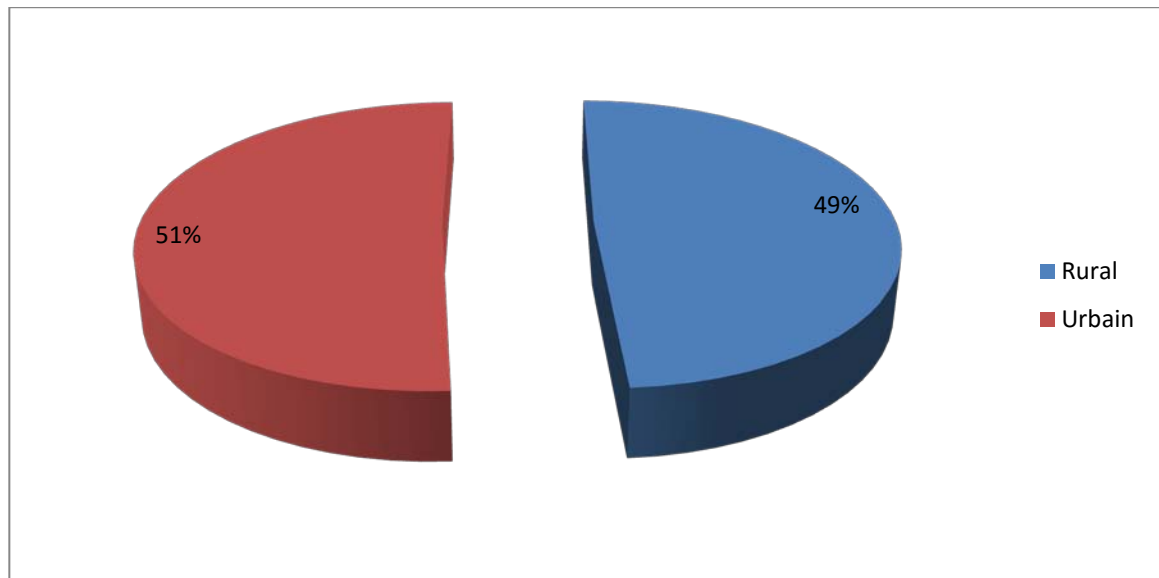


Figure 8 : Répartition des patients selon l'origine géographique.

Tableau récapitulatif I : Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age :		
– 18–30 ans	28	28%
– 31–45 ans	49	49%
– 46–60 ans	18	18%
– 61–75 ans	5	5%
Sexe :		
– Masculin	69	69%
– Féminin	31	31%
Etat marital :		
– Mariés	52	52%
– Célibataires	41	41%
– Divorcés	5	5%
– Veufs	2	2%
Niveau d’instruction		
– Illettré	25	25%
– Primaire	43	43%
– Secondaire	14	14%
– Supérieur	18	18%
Niveau socio-Economique :		
– <2000 Dh	62	62%
– 2000 – 5000 Dh	31	31%
– 5000–10000 Dh	5	5%
– >10000 Dh	2	2%
Statut professionnel :		
– Sans profession	42	42%
– Ouvrier	36	36%
– fonctionnaire	15	15%
– Cadre supérieur	2	2%
– Etudiant	4	4%
– retraité	1	1%
Origine géographique :		
– Rural	49	49%
– Urbain	51	51%

3. Les antécédents :

3.1. Familiaux :

a. Psychiatriques :

Des antécédents psychiatriques familiaux avaient été retrouvés chez 45% des patients, notamment le trouble bipolaire dans 6 cas, la schizophrénie dans 2 cas, et des tentatives de suicide dans 9 cas. Cependant, 62,2% des patients avaient présenté des antécédents familiaux dont la nature n'était pas précisée (Figure9)

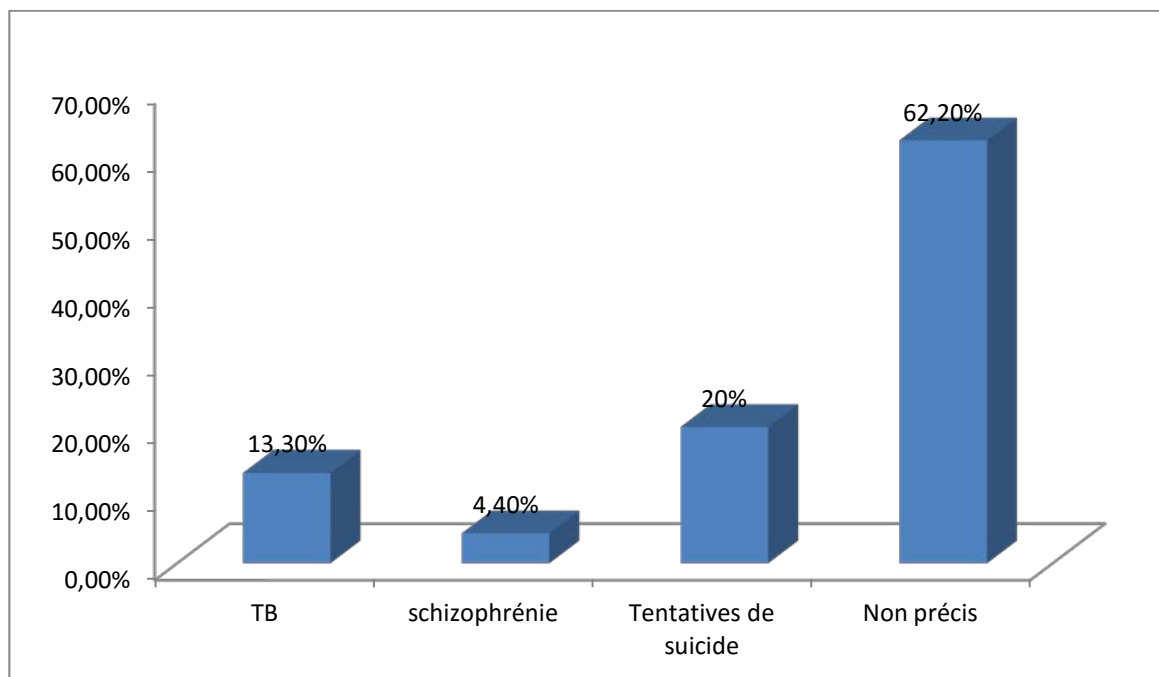


Figure 9 : Répartition de la population selon la nature des antécédents familiaux psychiatriques.

b. Addictives :

Plus d'un tiers des patients de notre étude (37%) ont des antécédents d'addiction dans la famille, avec une prédominance de la consommation du Tabac dans 91,8 % des cas suivi de l'alcool dans 35,1% des cas (Figure10).

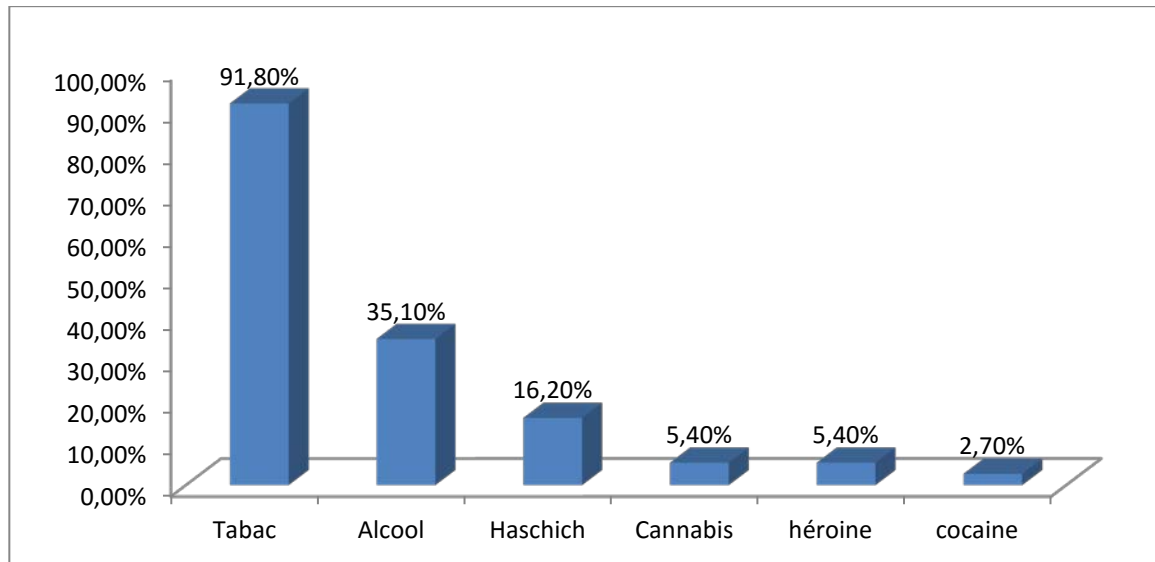


Figure 10 : Répartition des patients selon les antécédents addictifs familiaux.

3.2. Répartition des antécédents personnels :

Les antécédents personnels toxiques étaient les plus représentés dans notre étude chez 65% des patients (Figure 11).

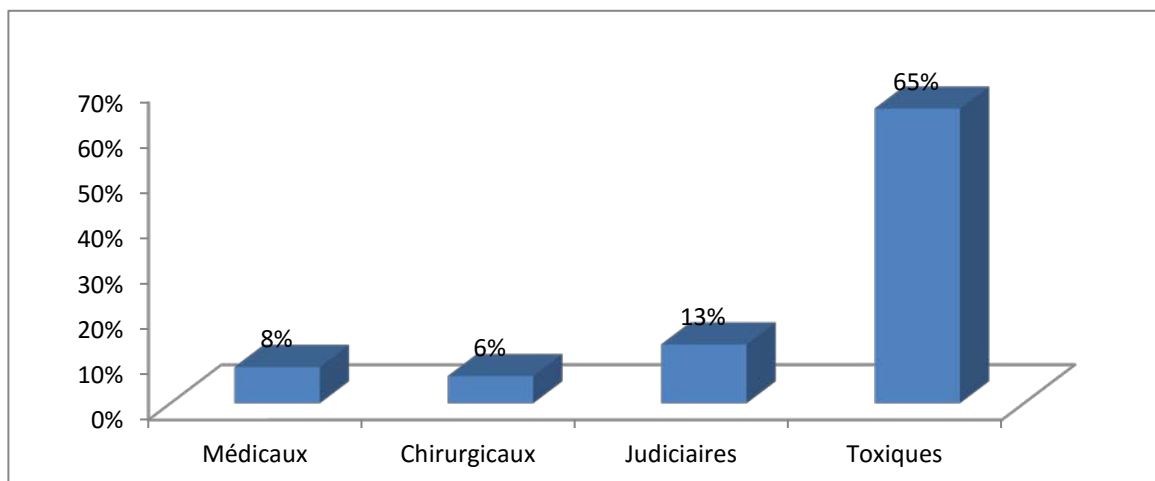


Figure 11 : Répartition des patients selon les antécédents personnels.

a. Toxiques :

Plus des deux tiers de nos patients (65%) avait des antécédents de consommation de toxiques (Figure 12).

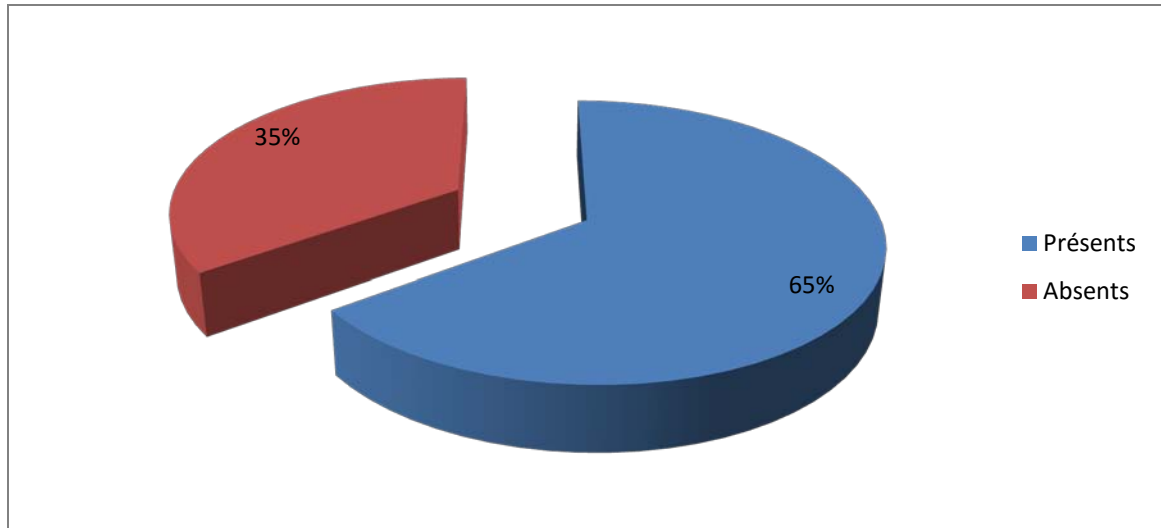


Figure 12 : Répartition des patients selon les antécédents toxiques.

b. Judiciaires :

Ils ont été notés chez 13 patients dont ; un emprisonnement pour 11 patients et 2 emprisonnements pour 2 patients. Plus des deux tiers d'entre eux (69,2%) avaient pour motif « coups et blessures » (figure 13), et l'été fut leur période de survenue par excellence puisque 61,5% des emprisonnements notés avaient eu lieu au cours de cette saison (Figure14).

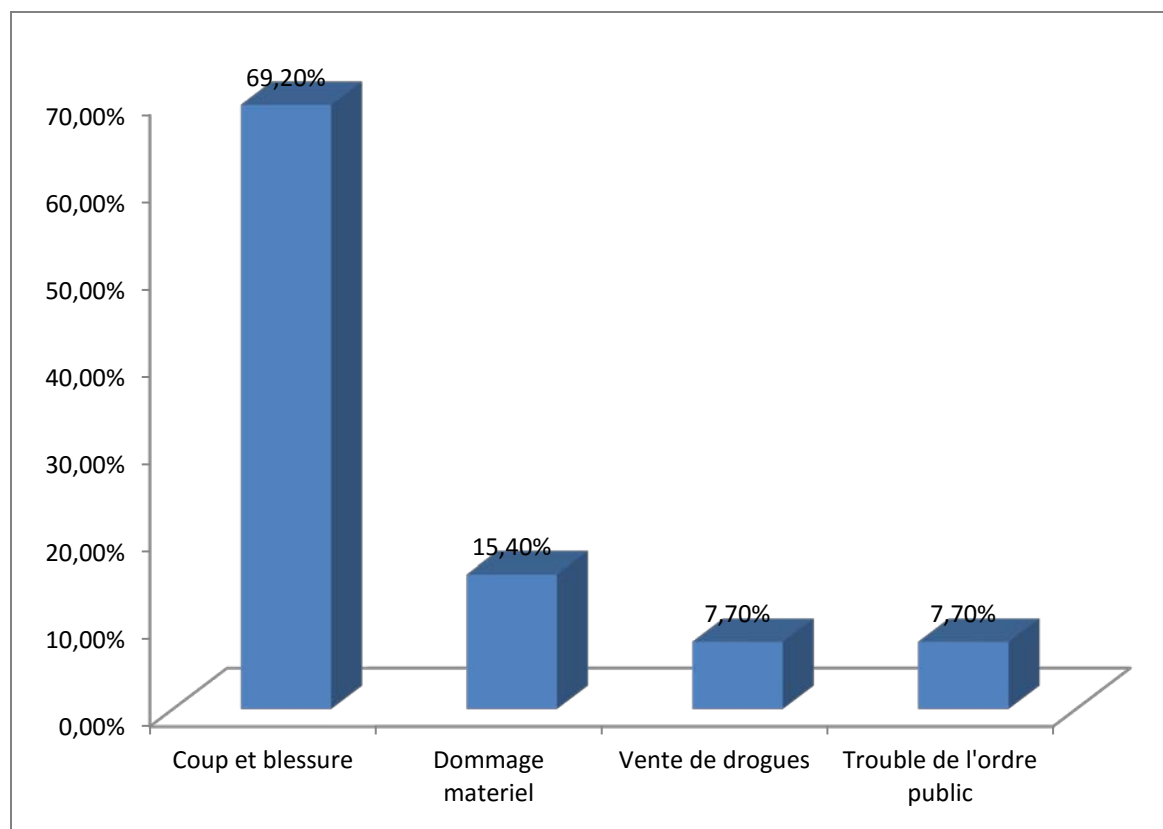


Figure 13 : Répartition selon les causes de l'incarcération.

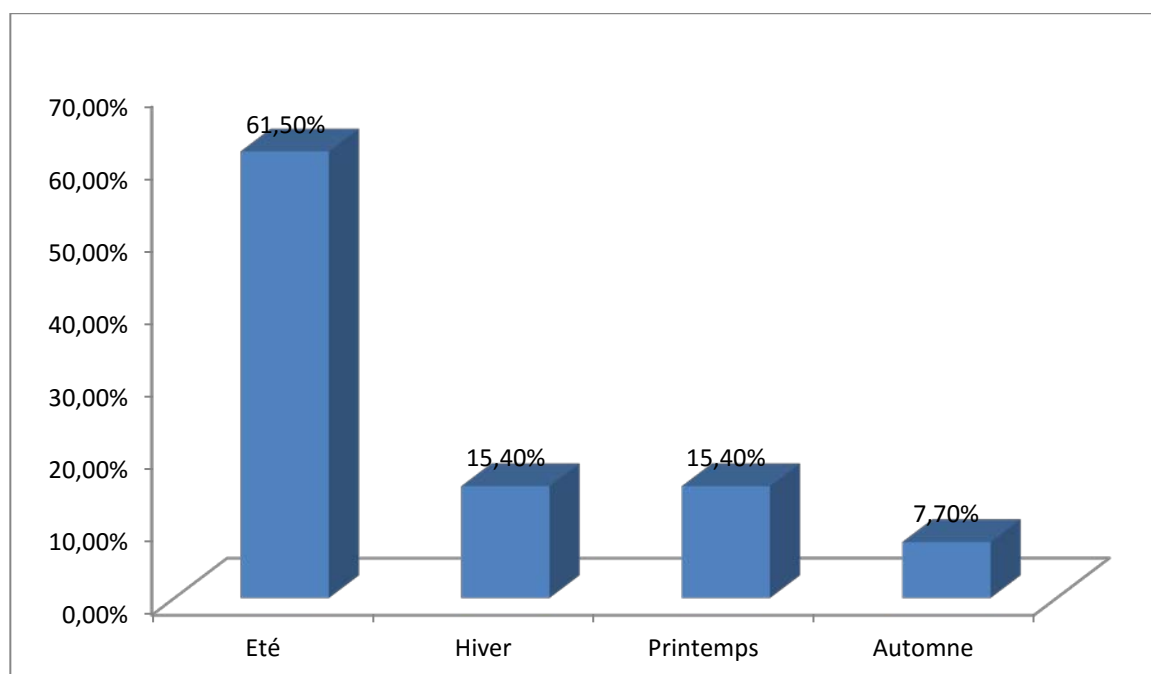


Figure 14 : Répartition selon les périodes de l'incarcération.

Tableau récapitulatif II : Les antécédents personnels et familiaux des patients.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Les antécédents personnels :		
– Médicaux	8	8%
– Chirurgicaux	6	6%
– Judiciaires	13	13%
– Toxiques	65	65%
Les antécédents psychiatriques familiaux :		
– Trouble bipolaire	6	13,3%
– Schizophrénie	2	4,4%
– Tentatives de suicide	9	20%
– Imprécis	28	62,2%
Les antécédents familiaux de toxicomanie :		
– Présents	37	37%
– Absents	63	63%

4. Le comportement addictif :

4.1. La drogue la plus recherchée :

La drogue la plus recherchée était fumée dans 95% des cas (Figure 15)

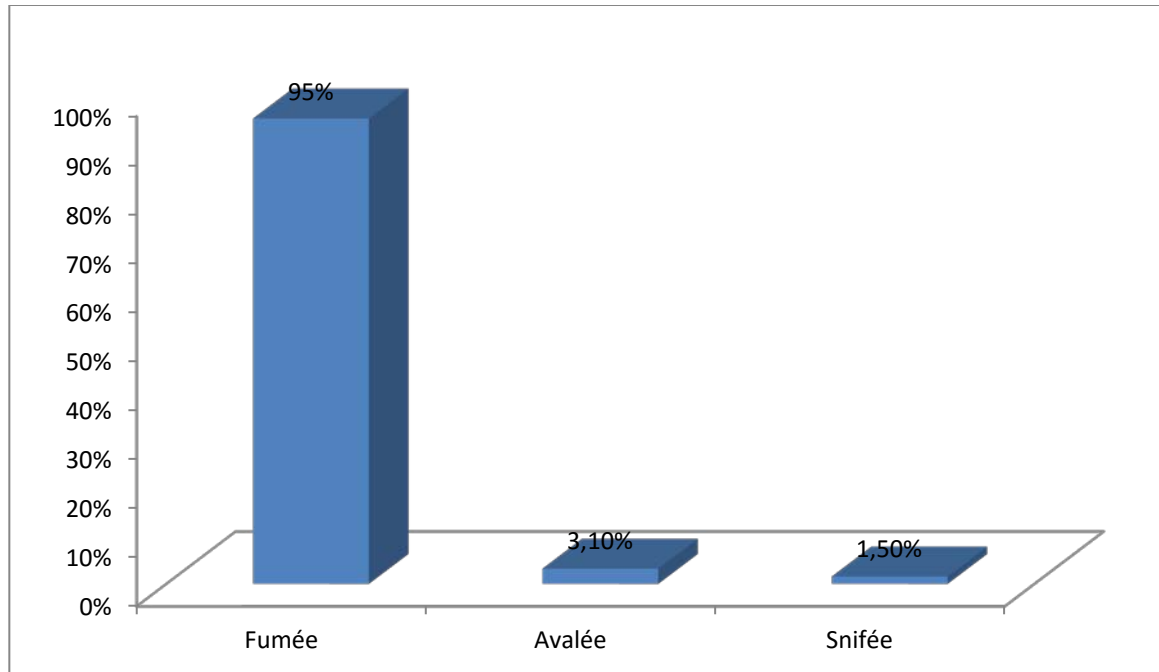


Figure 15 : Répartition des patients usagers de substances selon la drogue la plus recherchée.

4.2. La consommation du tabac :

a. Age du début :

L'âge du début de la consommation du tabac dans notre étude varie entre 10 ans à 37 ans, avec une moyenne d'âge de 18,6 ans.

b. Quantité consommée par jour :

Le nombre de cigarettes par jour chez les usagers du tabac dans notre étude varie entre 1 cigarette et 100 cigarettes, avec une moyenne de 17,89 cigarettes par jour.

La moyenne de paquets année dans notre étude est 17,53 PA.

c. Notion d'abus et de dépendance :

La majorité des patients de notre étude usagers du tabac (82,3%) sont au stade de dépendance (Figure 16).

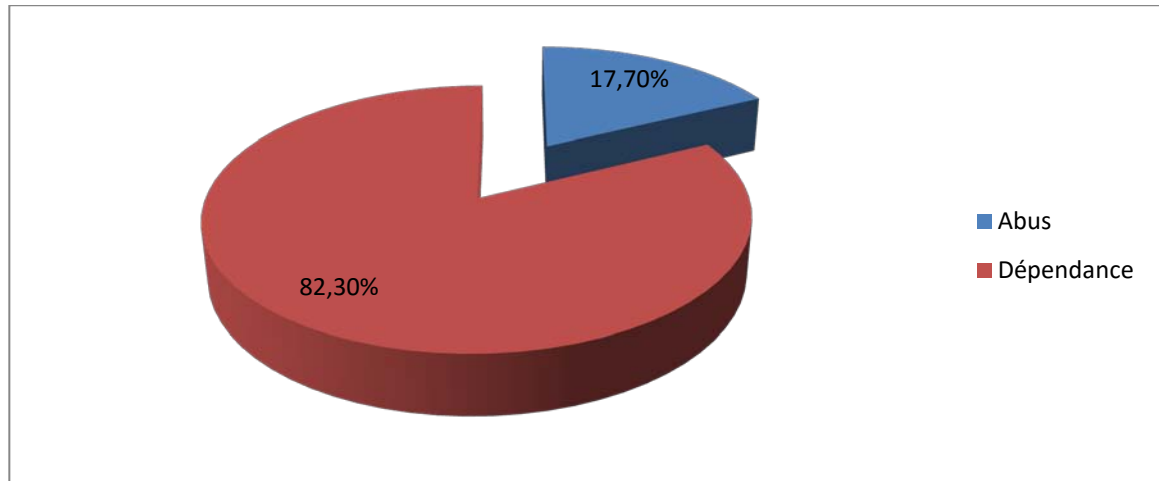


Figure 16 : Répartition des patients usagers du tabac selon la notion d'abus ou de dépendance.

d. Contexte psychosocial de consommation :

La solitude (41,9%) et les conflits (37,1%) étaient les raisons de consommation les plus citées par nos patients (Figure 17).

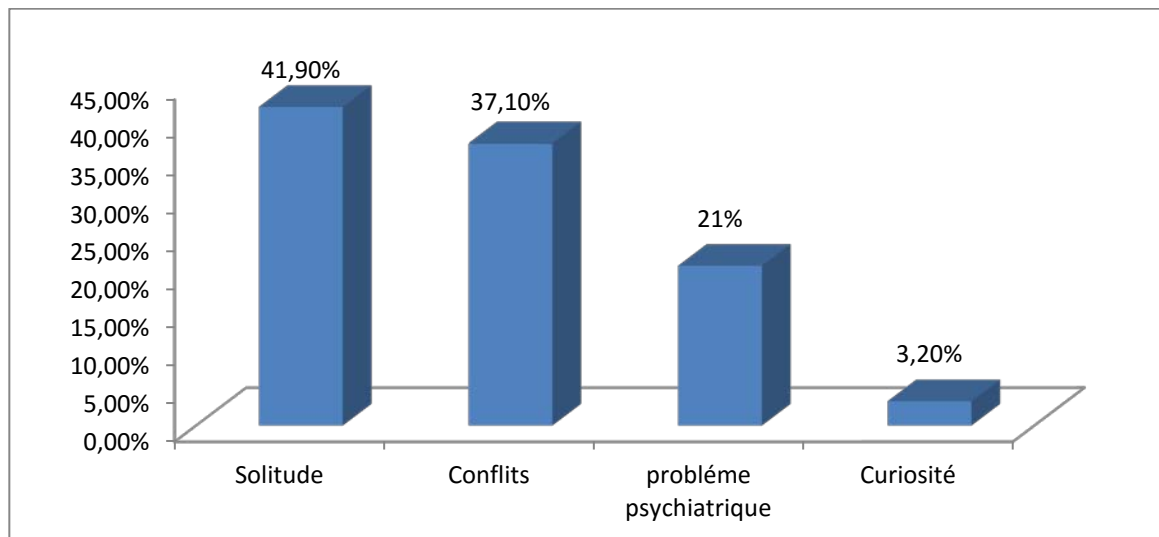


Figure 17 : Répartition des patients usagers du tabac selon le contexte psychosocial de la consommation.

4.3. Consommation du cannabis :

a. Age de début :

L'âge du début de la consommation du cannabis dans notre étude varie entre 12 ans à 41 ans, avec une moyenne de 21,62 ans.

Presque la moitié des patients bipolaires consommateurs du cannabis (46,8%) ont commencé sa consommation avant l'âge de 20 ans (Figure 18).

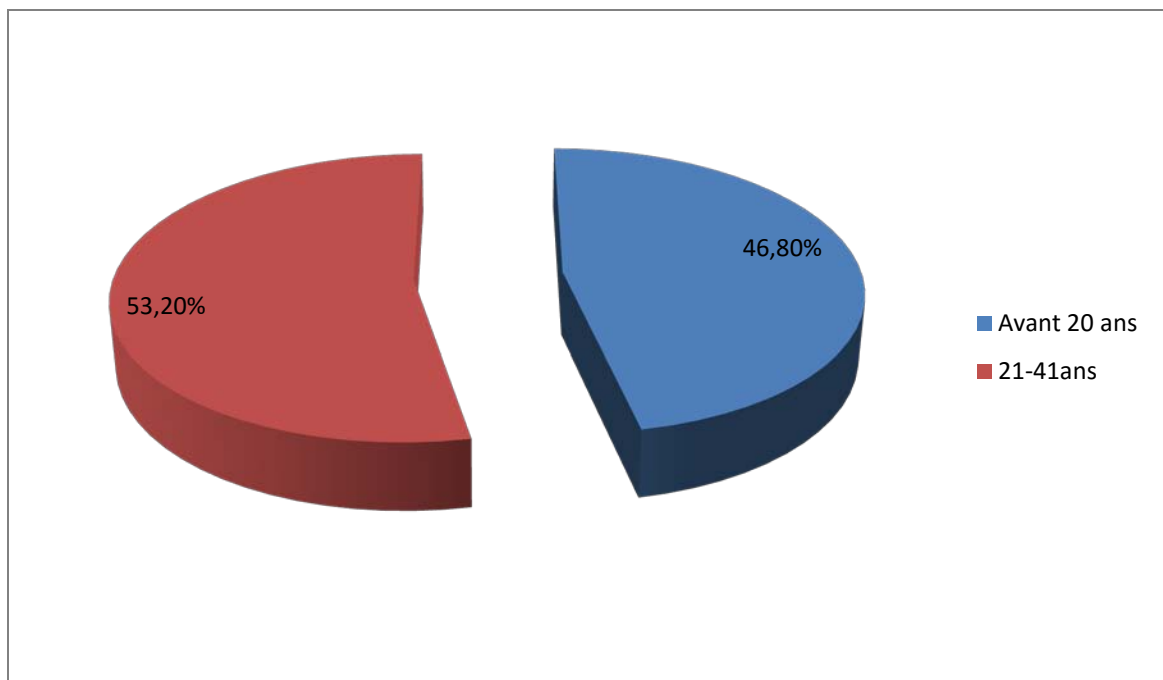


Figure 19 : Répartition des patients usagers du cannabis selon l'âge de début de la consommation.

b. Fréquence de consommation :

Plus des deux tiers des patients usagers du cannabis (63,8%) le consommaient plusieurs fois par jour (Figure 20)

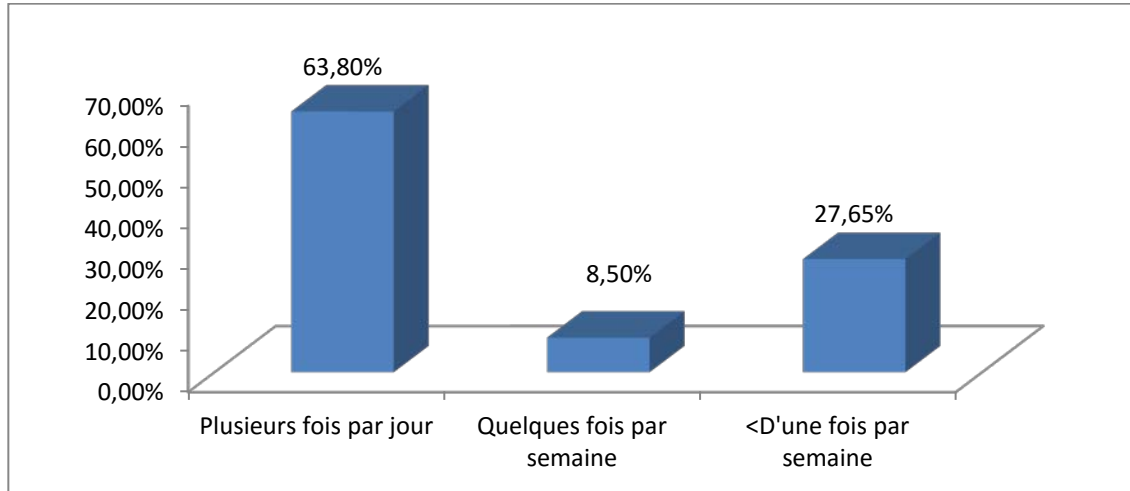


Figure 20 : Répartition des patients usagers du cannabis selon le rythme de la consommation.

c. Quantité consommée :

Presque les deux tiers des patients usagers du cannabis (74,5%) consomment plus de 20 Dhs par jour (Figure 21).

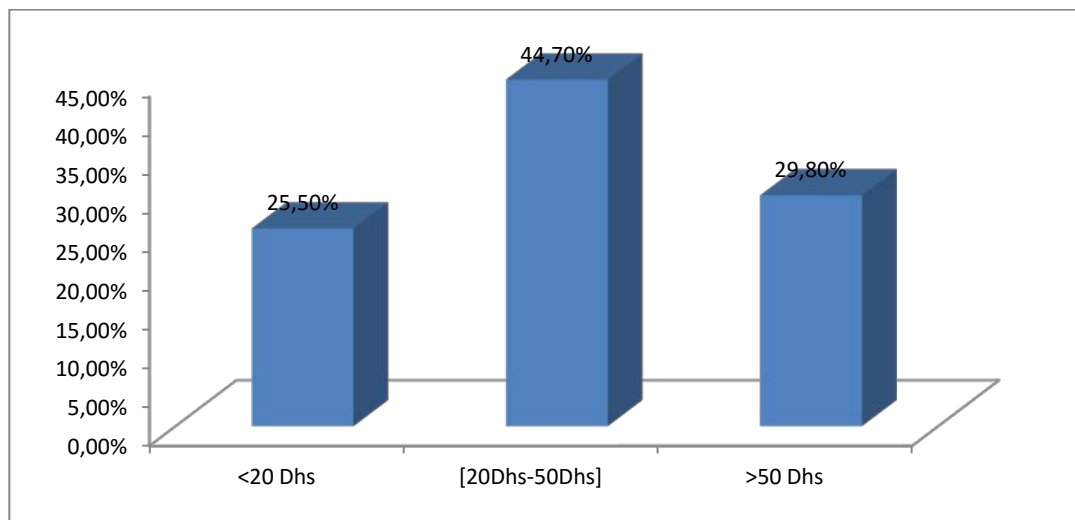


Figure 21 : Répartition des patients usagers du cannabis selon la quantité consommée en dirham.

d. Modalités de préparation :

Presque les trois quarts des patients usagers du cannabis (74,5%) le préparent eux-mêmes (Figure 22).

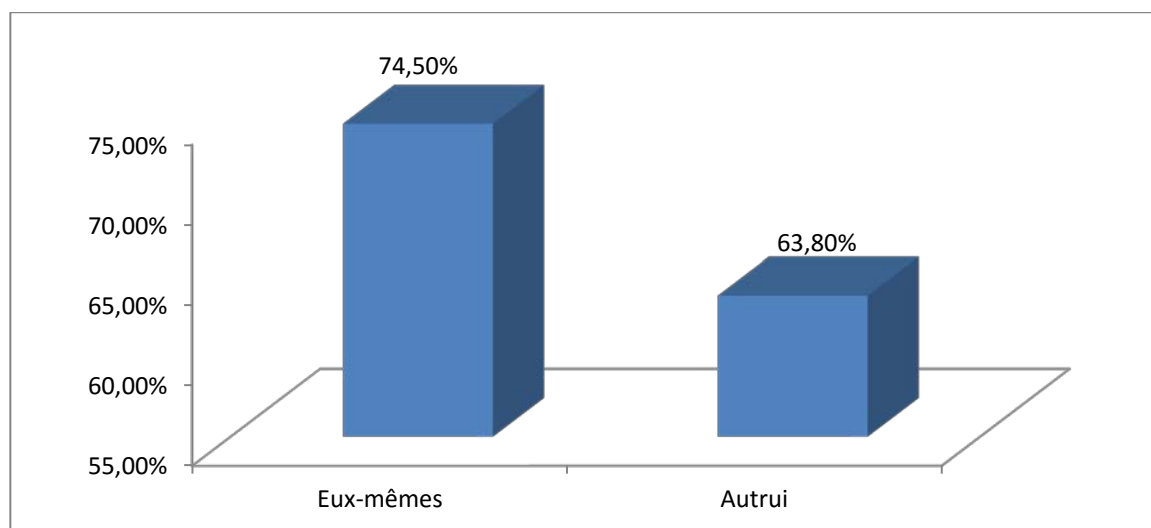


Figure 22 : Répartition des patients usagers du cannabis selon les modalités de sa préparation.

e. Notion d'abus et de dépendance :

Plus de la moitié des patients usagers du cannabis (57,4%) étaient au stade de dépendance (Figure 23).

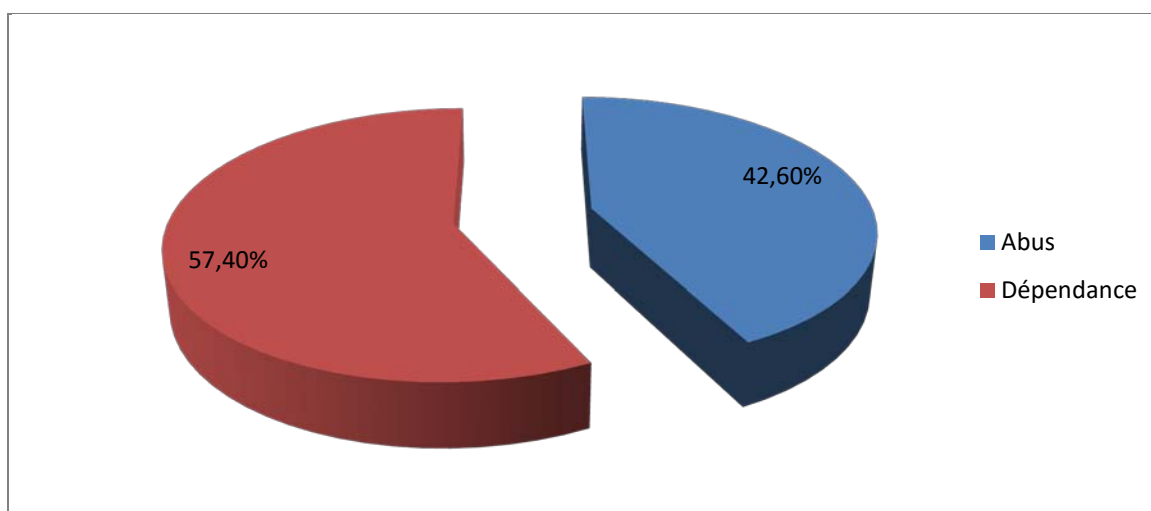


Figure 23 : Répartition des patients usagers du cannabis selon la notion d'abus ou de dépendance.

f. Contexte psychosocial de la consommation :

Les conflits (59,6%) et la solitude (51,1%) étaient les raisons de consommation les plus citées par nos patients (Figure 24).

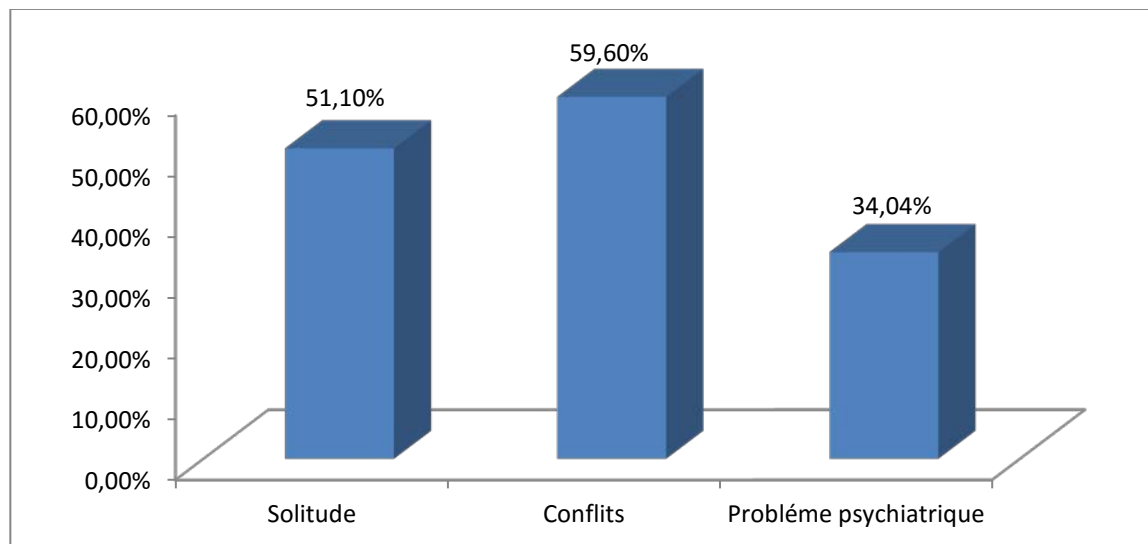


Figure 24 : Répartition des patients usagers du cannabis selon le contexte psychosocial de la consommation.

4.4. Consommation d'alcool :

a. Age du début :

L'âge du début de la consommation d'alcool dans notre étude varie entre 12 à 35 ans. Plus des deux tiers de nos patients (65,2%) ont commencé la consommation d'alcool avant l'âge de 20 ans (Figure 25).

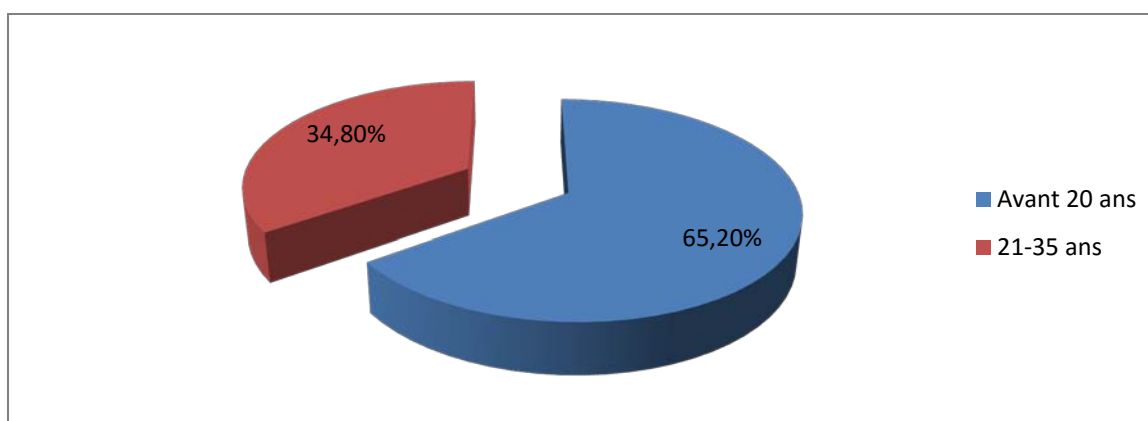


Figure 25 : Répartition des patients usagers d'alcool selon l'âge de début de la consommation.

b. Fréquence de consommation :

Plus du un tiers des patients usagers de l'alcool (43,2%) le consommaient moins d'une fois par semaine (Figure 26).

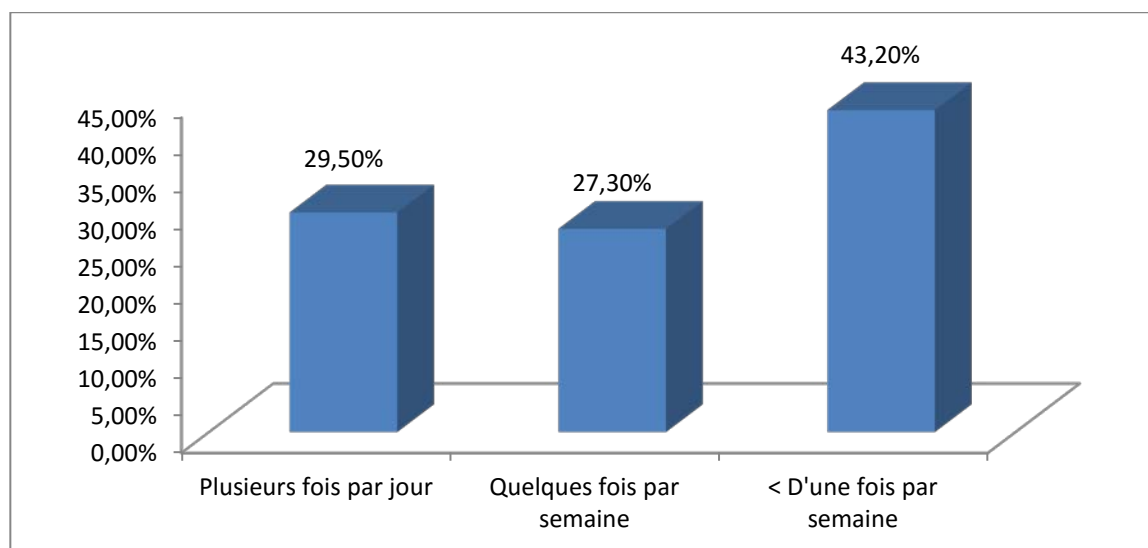


Figure 26 : Répartition des patients usagers d'alcool selon le rythme de la consommation.

c. Type consommé :

La bière (73,9%) et l'eau de vie (50%) étaient les types d'alcool les plus consommés par nos patients (Figure 27).

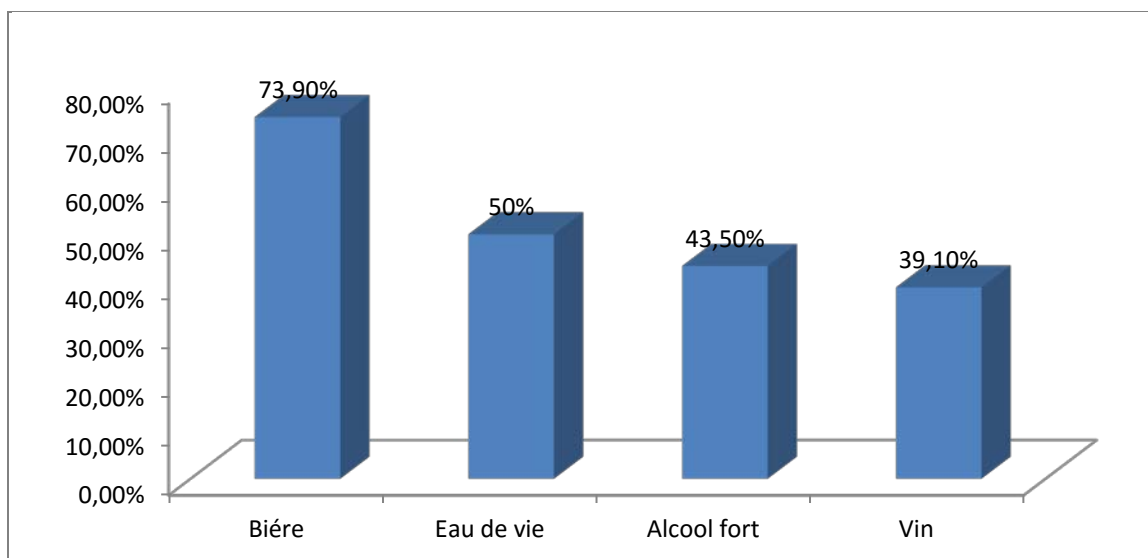


Figure 27 : Répartition des patients usagers d'alcool selon le type consommé.

d. Notion d'abus et de dépendance :

Plus des deux tiers des patients usagers de l'alcool (67,4%) étaient au stade d'abus (Figure 28).

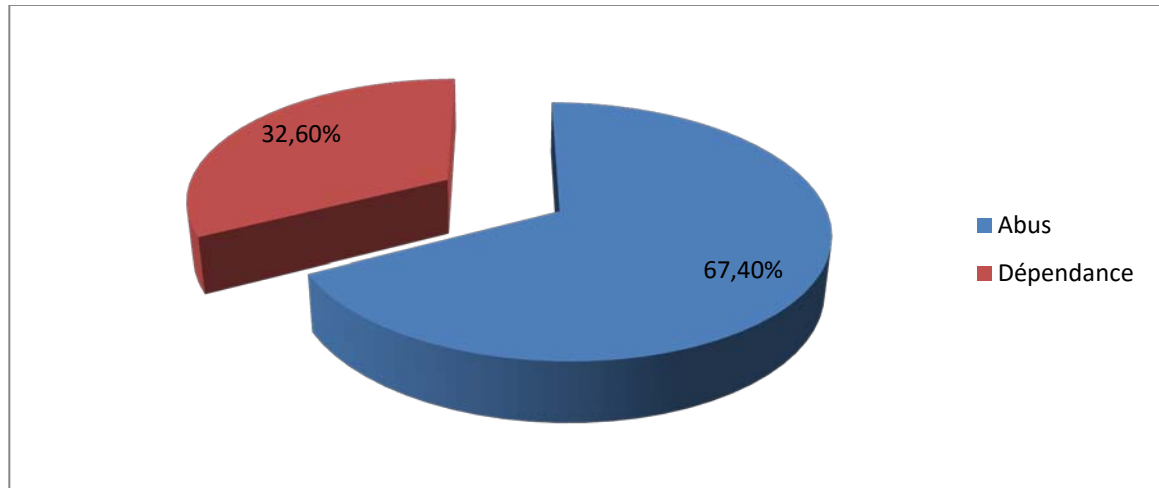


Figure 28 : Répartition des patients usagers d'alcool selon la notion d'abus ou de dépendance.

e. Contexte psychosocial de la consommation :

La solitude (50%), les conflits (37%) et soulager les symptômes de la maladie (l'humeur dépressive) (17,4%) étaient les raisons de consommation les plus citées par nos patients (Figure 29).

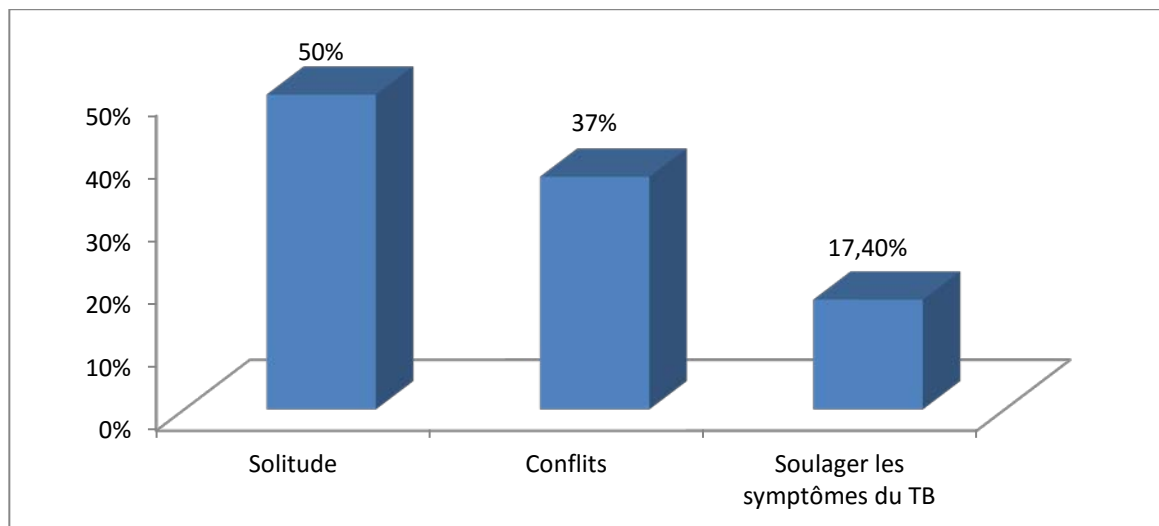


Figure 29 : Répartition des patients usagers d'alcool selon le contexte psychosocial de la consommation.

4.5. Consommation d'autres toxiques :

a. Fréquence d'usage d'autres toxiques :

L'usage d'autres toxiques était noté chez 15 personnes, dont la colle synthétique dans 33,3% des cas et la cocaïne dans 20% des cas (Figure 30).

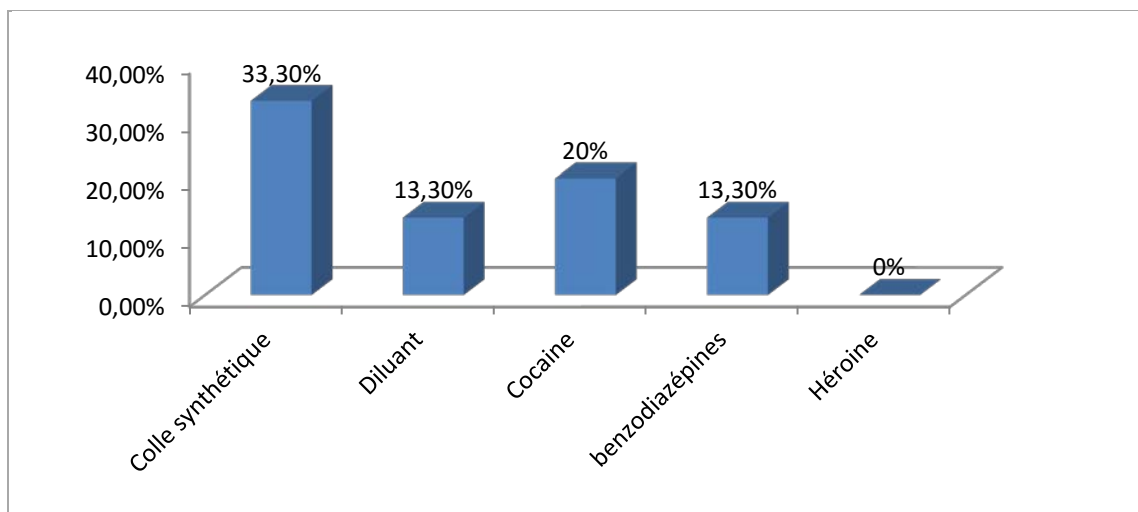


Figure 30 : Répartition des patients usagers d'autres toxiques selon la substance consommée.

b. Notion d'abus et de dépendance :

Plus des deux tiers des patients usagers d'autres toxiques de notre étude (73,3%) étaient en phase d'abus (Figure 31).

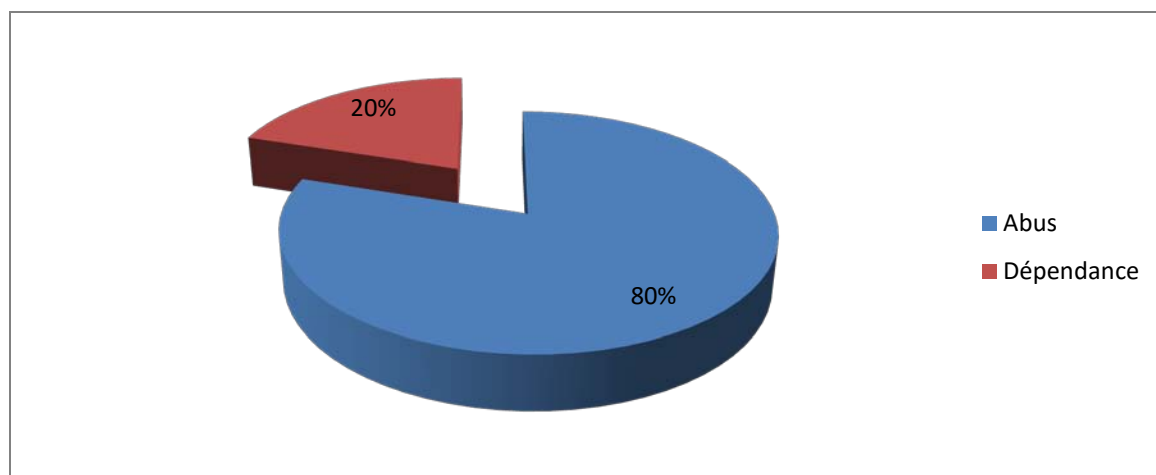


Figure 31 : Répartition des patients usagers d'autres toxiques selon la notion d'abus ou de dépendance.

c. Contexte psychosocial de la consommation :

Les conflits (33,3%) et la solitude (33,3%) étaient les raisons de consommation les plus citées par nos patients (Figure 32).

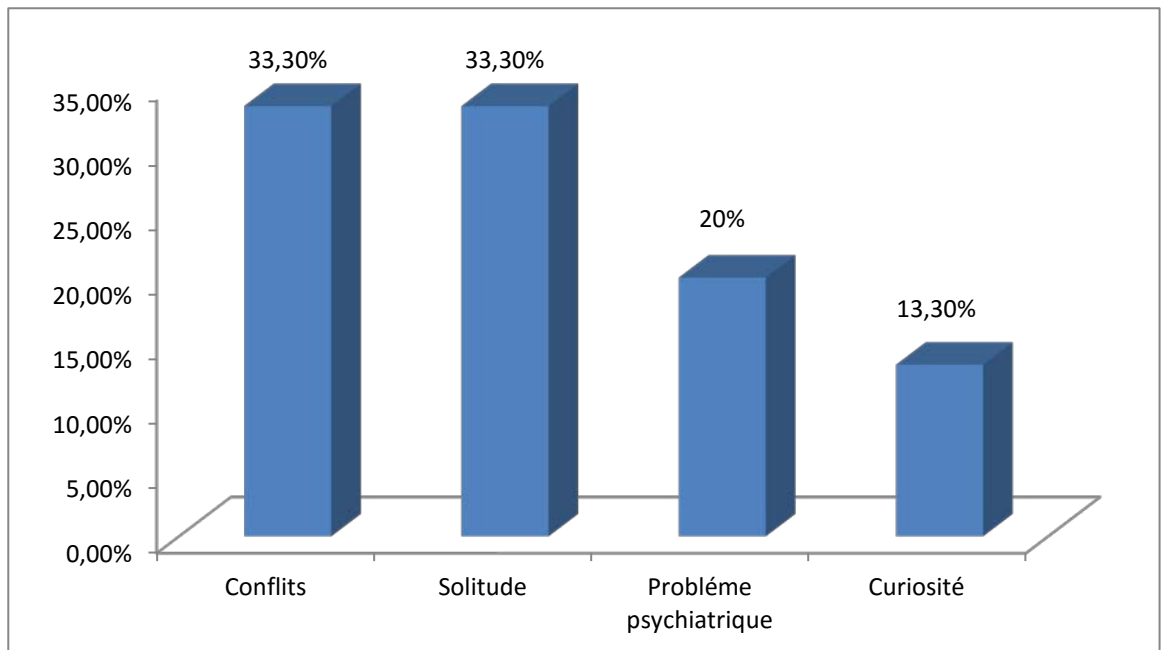


Figure 32 : Répartition des patients usagers d'autres toxiques selon le contexte psychosocial de la consommation.

5. Les caractéristiques du comportement addictif :

5.1. Début de la consommation par rapport à la maladie :

La consommation de substances a commencé chez 66,2% des patients avant le début de leur maladie, chez 21,5% après le début de la maladie et chez 12,3% en même temps que la maladie (Figure 33).

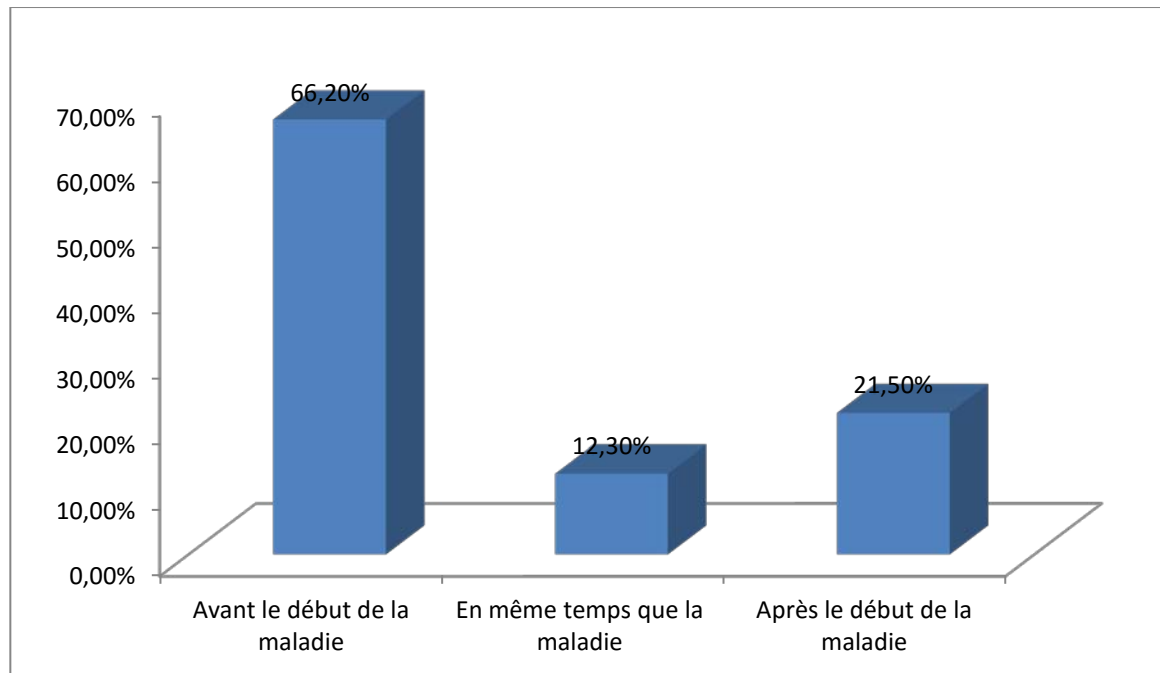


Figure 33 : Répartition des patients usagers de substances selon le début de la consommation par rapport au début de la maladie.

5.2. Dépenses consacrées par mois :

La moyenne des dépenses consacrées aux toxiques par mois était de 961,69 dhs, avec un minimum de 0 dhs et un maximum de 5000 dhs.

Plus des deux tiers de nos patients (63,1%) dépensent plus de 500 dhs par mois pour l'achat des toxiques (Figure 34).

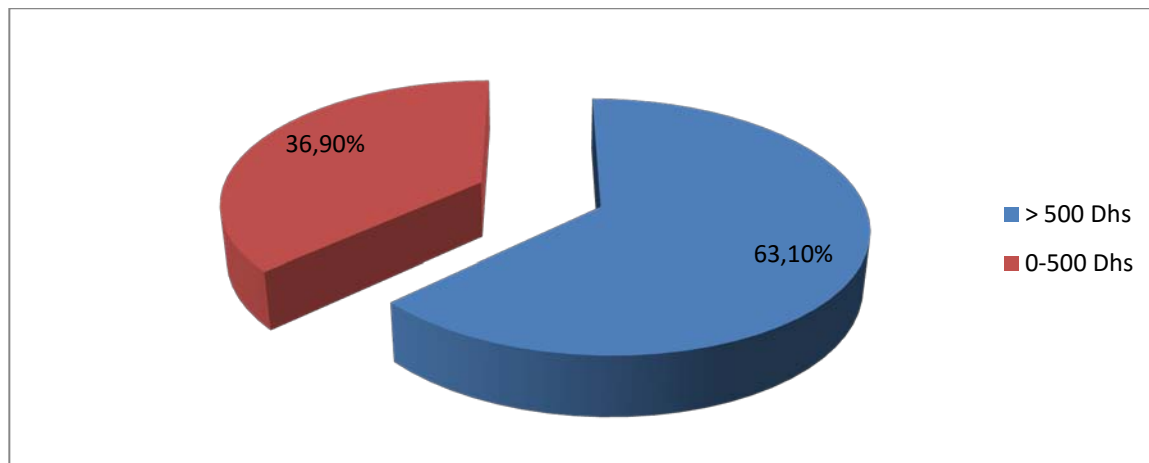


Figure 34 : Répartition des patients usagers de substances selon les dépenses consacrées par mois sur les toxiques.

5.3. Source d'argent :

Presque la majorité des patients usagers de substances (88,5%) se procurent de l'argent pour l'achat des SPA de leurs propres fonds (Figure 35).

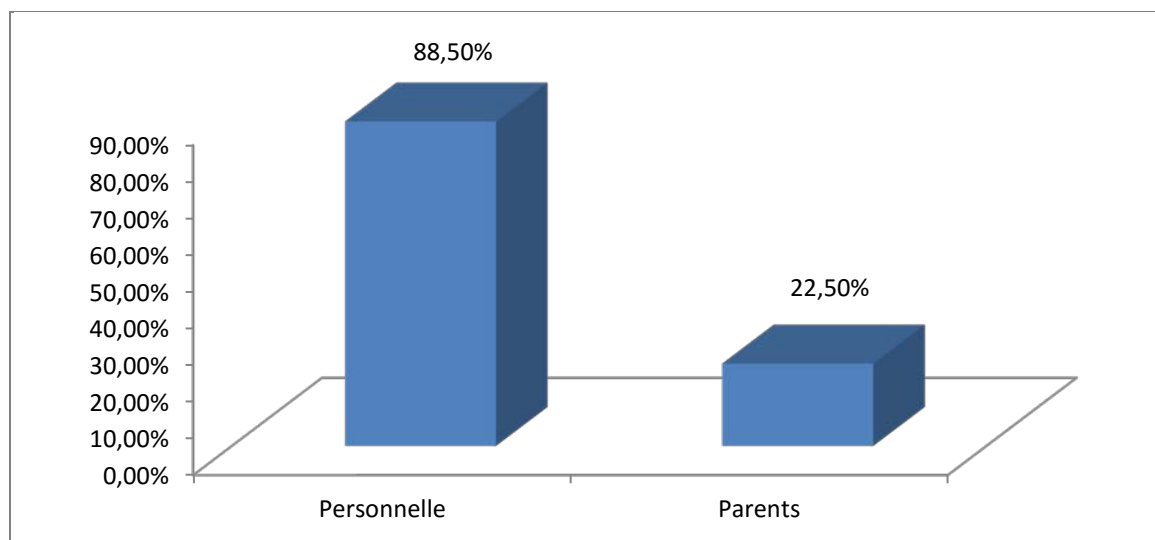


Figure 35 : Répartition des patients usagers de substances selon la source d'argent consacrée aux toxiques.

5.4. Essai de sevrage :

Plus des deux tiers des patients (62,5%) ont fait des tentatives de sevrage (Figure 36).

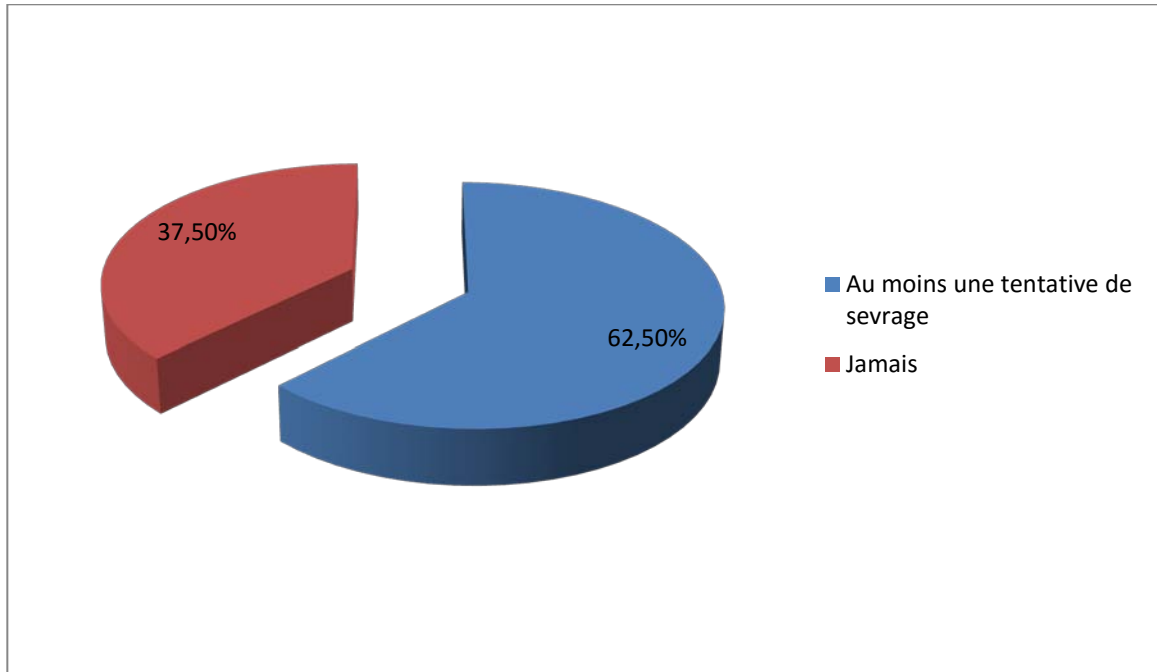


Figure 36 : Répartition des patients usagers de substances selon les tentatives de sevrage.

5.5. Prise en charge de l'addiction par la famille :

Seulement 44,61% des patients usagers de substances ont noté l'intervention de leurs familles dans la prise en charge de leurs addictions.

5.6. Recours à des institutions :

Presque la majorité des patients usagers de substances (87,7%) n'ont pas eu recours aux institutions pour la prise en charge de leurs addictions, pour des raisons multiples dont la principale est la négligence de leurs addictions (78,9%) (Figure 37).

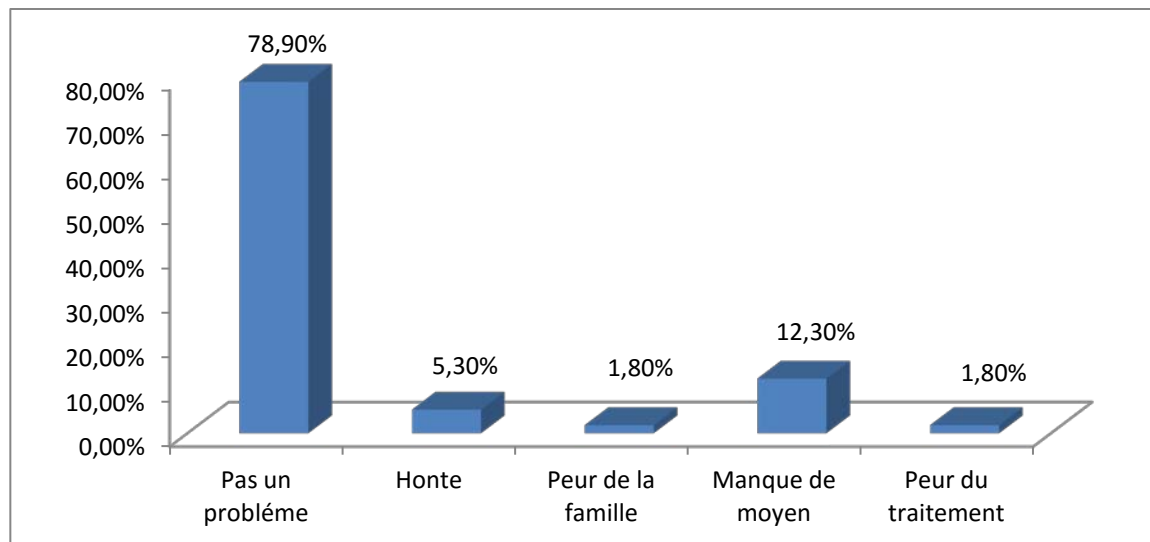


Figure 37 : Répartition des patients usagers de substances selon les raisons du non recours aux institutions pour la prise en charge de leurs addictions.

5.7. Les effets recherchés de la consommation :

La détente (89,2%), le fait de calmer l'angoisse (55,4%) et l'euphorie (33,8%) étaient les effets les plus recherchés par la consommation des SPA (Figure 38).

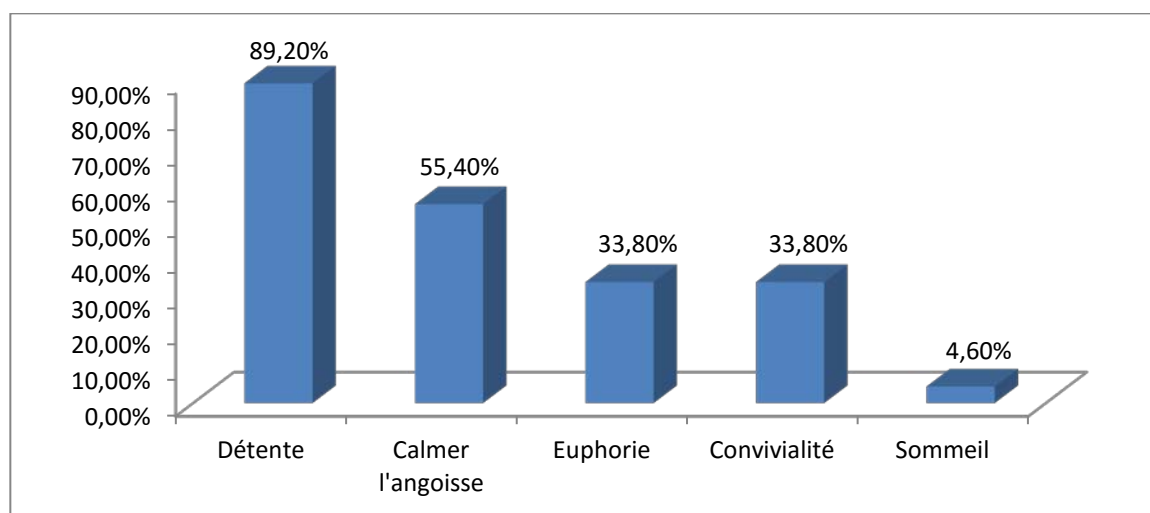


Figure 38 : Répartition des patients usagers de substances selon les effets recherchés de la consommation.

5.8. Retentissement socioprofessionnel de l'addiction :

Les conflits (61,5%) et le rejet social (35,4%) étaient les principaux problèmes causés par l'addiction (Figure 39).

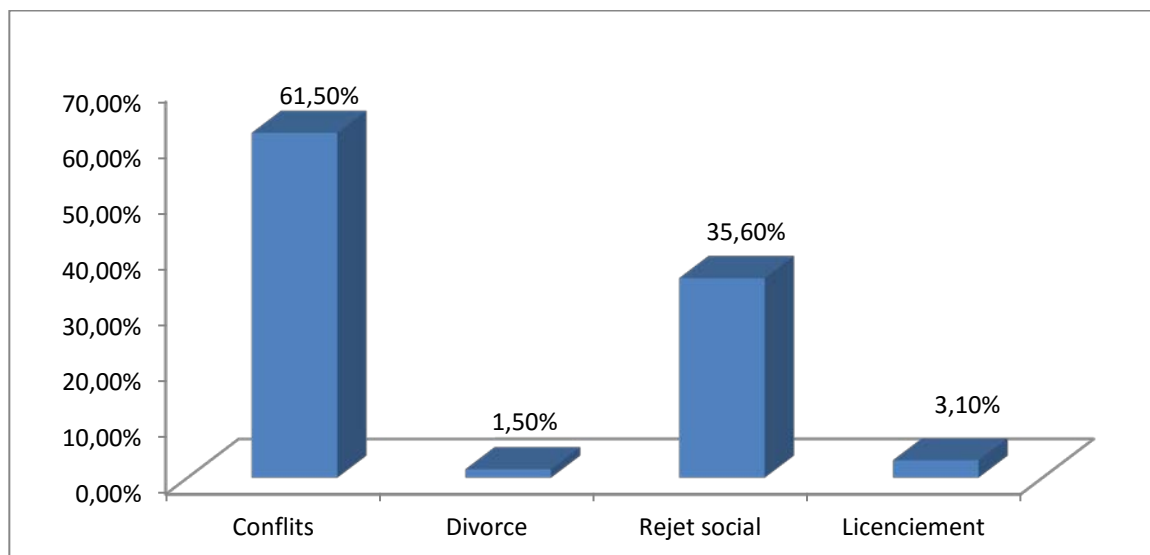


Figure 39 : Répartition des patients usagers de substances selon le retentissement socioprofessionnelle de l'addiction.

5.9. Retentissement sur l'observance du traitement :

L'addiction cause l'arrêt du traitement dans 30,8% des cas, et son inefficacité dans 21,5% des cas chez nos patients (Figure 40).

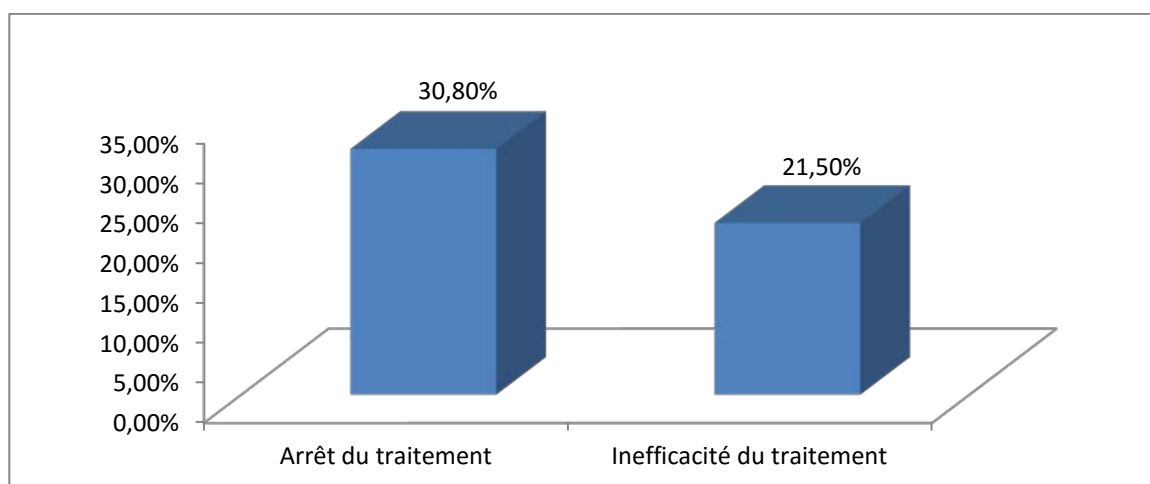


Figure 40 : Répartition des patients usagers de substances selon le retentissement de l'addiction sur l'observance du traitement.

5.10. Effets sur les soins :

L'induction des rechutes était la principale complication de l'addiction (40%) (Figure 41).

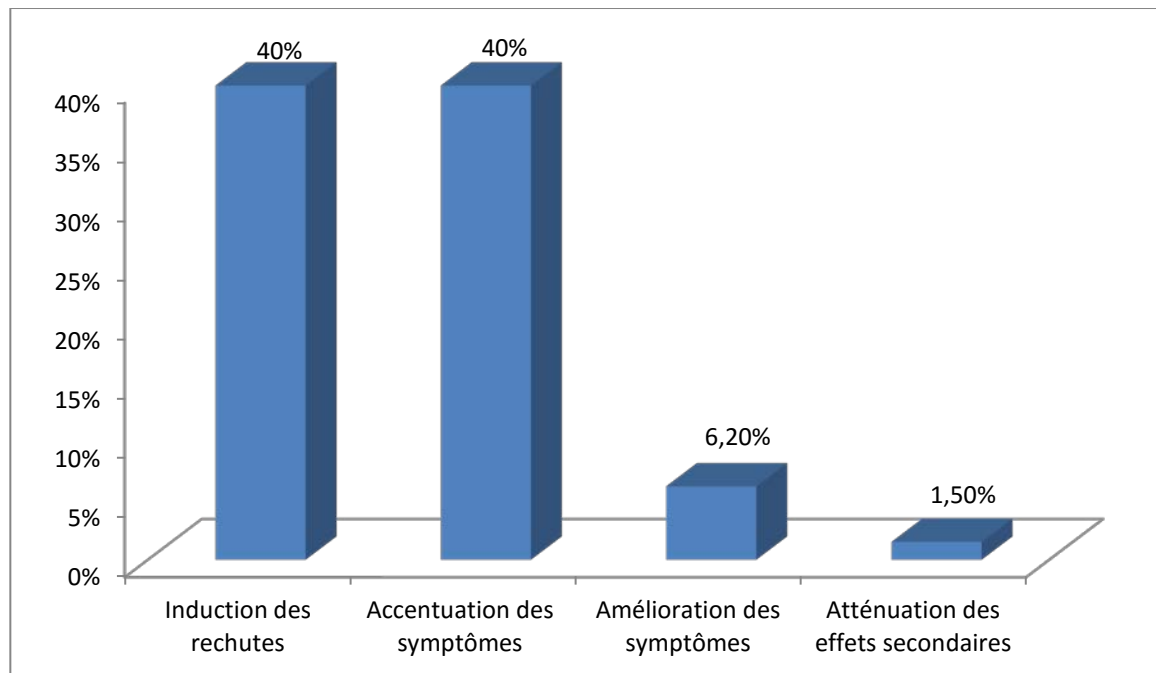


Figure 41 : Répartition des patients usagers de substances selon les effets de l'addiction sur les soins.

Tableau récapitulatif III : Caractéristiques de l'usage de substance dans la population étudiée

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Prévalence :		
– Usagers	65	65%
– Non usagers	35	35%
Substances utilisées :		
– Tabac	62	62%
– Cannabis	47	47%
– Alcool	46	46%
– Colle synthétique	5	5%
– Diluant	2	2%
– Cocaïne	3	3%
– BZD	2	2%
– Héroïne	0	0%
Antériorité de l'usage par rapport à la maladie :		
– Avant le début de la maladie	43	66,2%
– En même temps	8	12,3%
– Après le début de la maladie	14	21,5%
Source d'argent pour l'achat des SPA :		
– Personnel	54	88,5%
– Parents	14	22,5%
Les effets recherchés :		
– Détente	58	89,2%
– Calmer l'anxiété	36	55,4%
– Euphorie	22	33,8%
– Convivialité	22	33,8%
– Sommeil	3	4,6%
Retentissement socioprofessionnel de l'addiction :		
– Conflits	40	61,5%
– Divorce	1	1,5%
– Rejet social	23	35,6%
– Licenciement	2	3,1%

II. ANALYSE BIVARIÉE :

1. Caractéristiques cliniques du trouble bipolaire chez les patients usagers de substances et les patients non usagers de substances :

1.1. Types des troubles bipolaires :

Les troubles bipolaires de type I (TBI) représente la forme la plus retrouvée chez les patients usagers de substances (89,3%), ainsi que chez les patients non usagers (62,85%) (Figure 42).

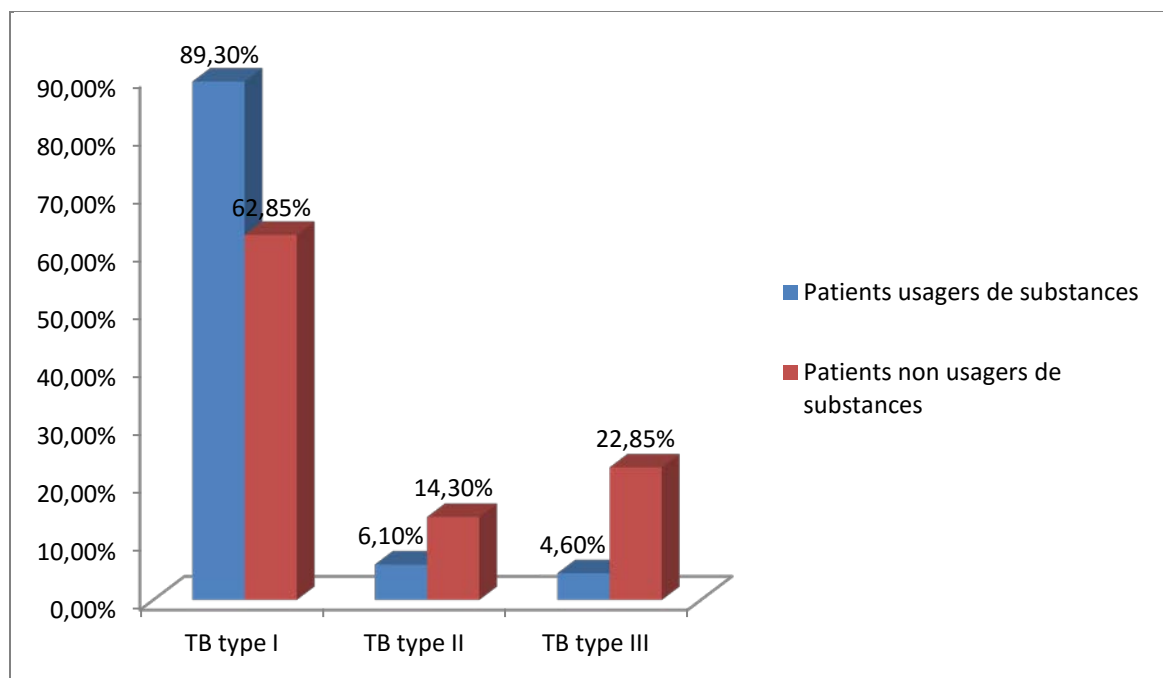


Figure 42 : Répartition des patients selon l'usage de substance et le type du trouble bipolaire.

1.2. Age du début :

Plus des trois quarts des patients usagers de substances de notre étude (75,4%) ont débuté leur trouble avant l'âge de 25ans (Figure 43).

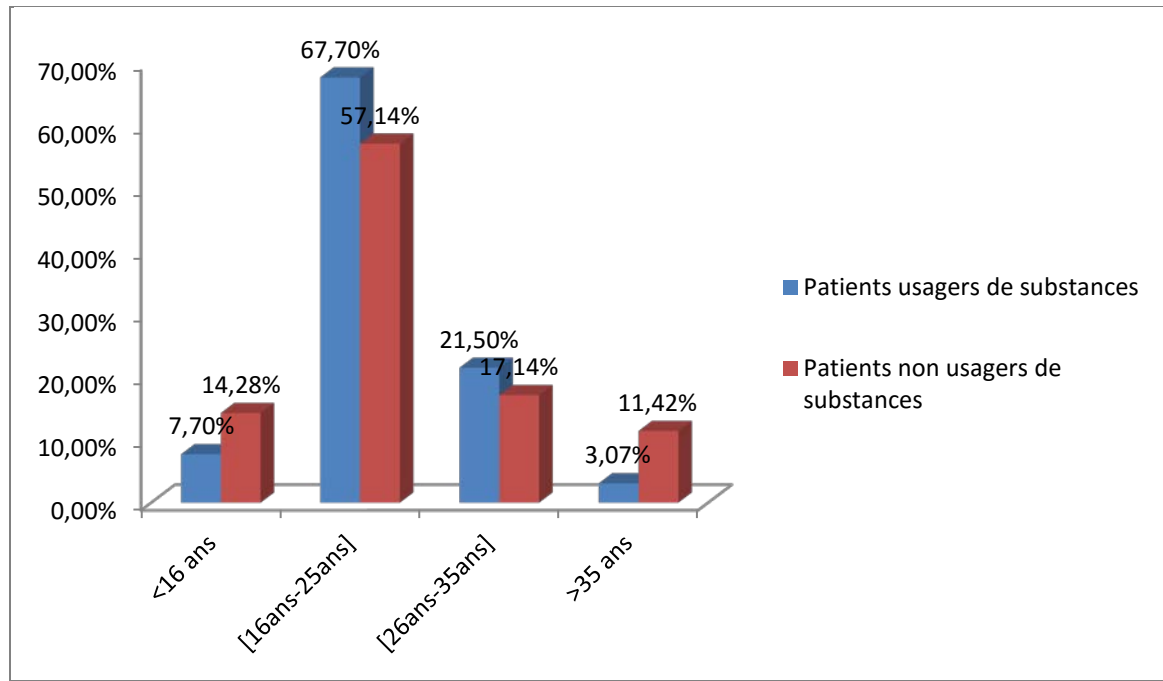


Figure 43 : Répartition des patients selon l'usage de substance et l'âge de début du trouble bipolaire.

1.3. Délai entre le début du TB et diagnostic :

Chez les patients usagers de substances de notre échantillon, le diagnostic de trouble bipolaire, tous types confondus, n'avait été établi qu'après en moyenne 96,3 mois du début du trouble, alors que chez les patients non usagers de substances le diagnostic de trouble bipolaire, n'avait été établi qu'après en moyenne 52,4 mois du début du trouble.

1.4. Diagnostic à la première consultation :

Chez presque la moitié des patients bipolaires usagers de substances (49,2%), le diagnostic de trouble bipolaire type I fut posé au cours de la première hospitalisation, 23,1% ont eu le diagnostic de dépression initialement, et 26,1% ont eu le diagnostic d'un APA « accès psychotique aigu ». Quant aux patients bipolaires non usagers de substances, 45,7% des patients ont eu le diagnostic de dépression initialement, et 34,3% des patients ont eu le diagnostic du trouble bipolaire type I dès la première hospitalisation (Figure 44).

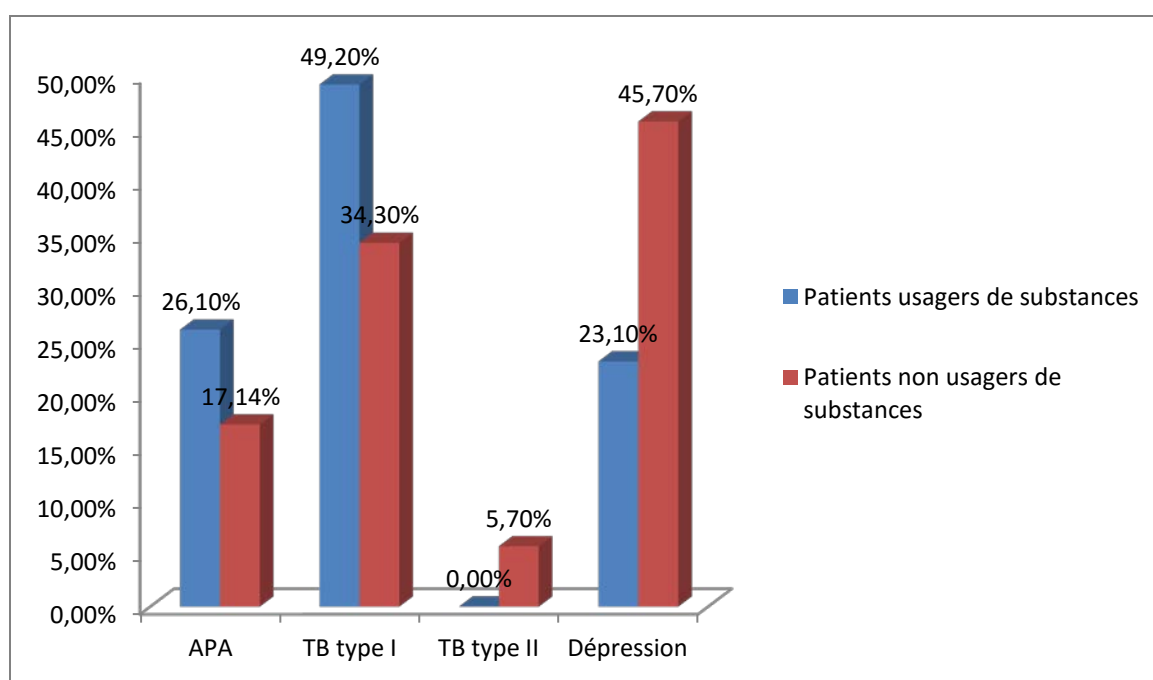


Figure 44 : Répartition des patients selon l'usage de substance et le diagnostic à la première consultation.

1.5. Mode de début du trouble :

Un début brutal du trouble bipolaire avait été noté chez presque les deux tiers des patients usagers de substances (61,5%), contre un début progressif dans 21,5% des cas (Figure45).

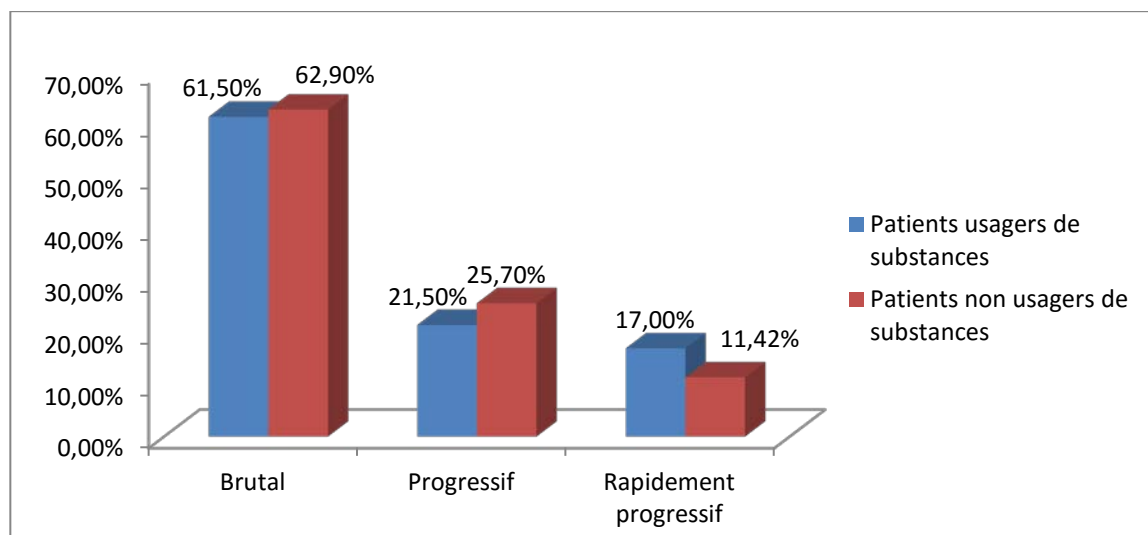


Figure 45 : Répartition des patients selon l'usage de substance et le mode de début du trouble bipolaire.

1.6. Prévalence des symptômes maniaques :

a. Troubles du comportement :

Les patients bipolaires usagers de substances présentaient plus de troubles de comportements par rapport aux patients non usagers de substances (Figure 46).

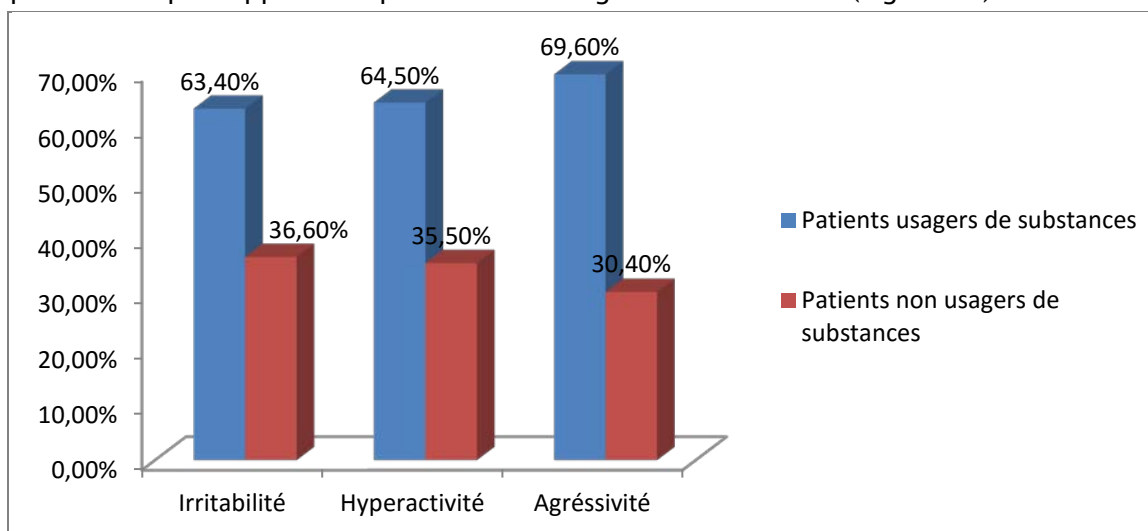


Figure 46 : Répartition des patients selon l'usage de substance et les troubles du comportement.

b. Troubles thymiques :

Les patients usagers de substances présentaient plus de troubles thymiques par rapport aux patients non usagers de substances (Figure 47).

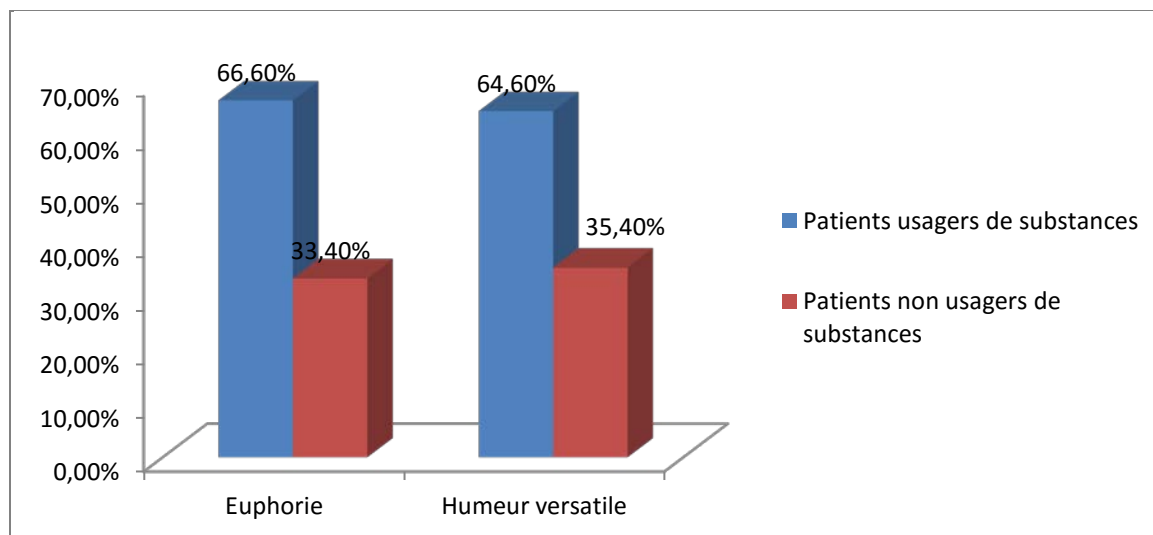


Figure 47 : Répartition des patients selon l'usage de substance et les troubles thymiques.

c. Troubles intellectuels :

Notre étude a noté l'existence de troubles intellectuels chez tous les patients.

Les patients usagers de substances présentaient plus de Troubles intellectuels que les patients non usagers de substances (Figure 48).

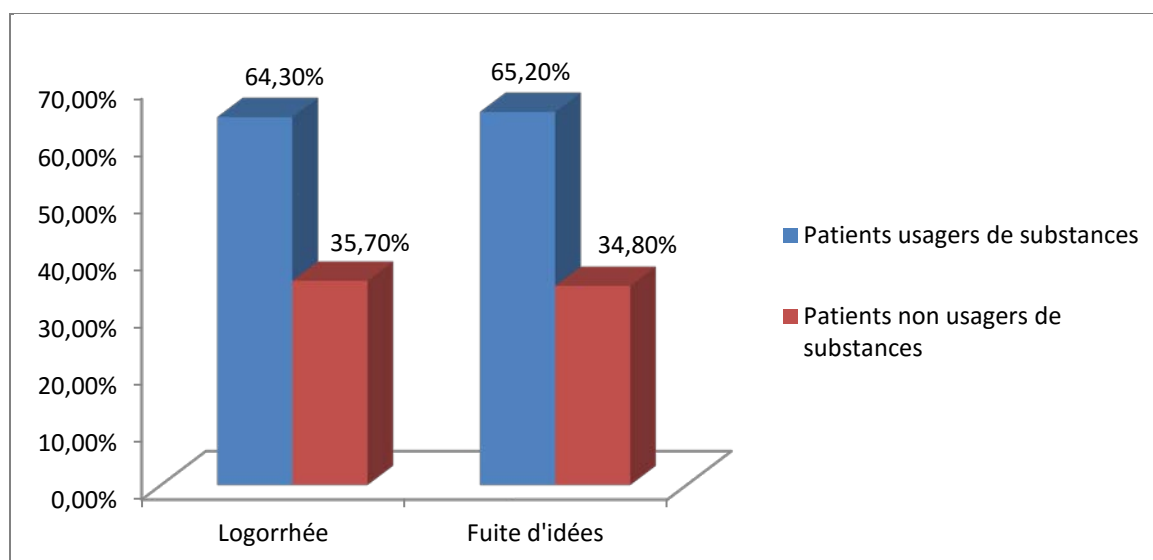


Figure 48 : Répartition des patients selon l'usage de substance et les troubles intellectuels.

d. Troubles instinctuels :

Les troubles du sommeil ont été retrouvés chez 99% des patients dont plus des deux tiers sont des patients usagers de substances, à type d'insomnie dans 100% des cas.

Les perturbations de l'appétit ont été notées dans 87% des cas dont plus de la moitié sont des patients usagers de substances, prédominés par l'anorexie retrouvée chez 93% des patients.

L'hypersexualité a été retrouvée chez 25% des patients bipolaires. La majorité d'entre eux (92%) sont des patients usagers de substances.

e. Manifestations psychotiques :

Presque les deux tiers des patients bipolaires présentant les manifestations psychotiques (idées délirantes) (63%) sont usagers de substances (Figure 49).

Les thèmes du délire les plus fréquemment retrouvés chez les patients usagers de substances sont les idées délirantes de persécution (44,34%) et de grandeur (24,34%) (Figure 50).

Le mécanisme hallucinatoire a été noté chez plus de la moitié des patients bipolaires usagers de substances (54,8%) et interprétatif chez 40,5% (Figure 51).

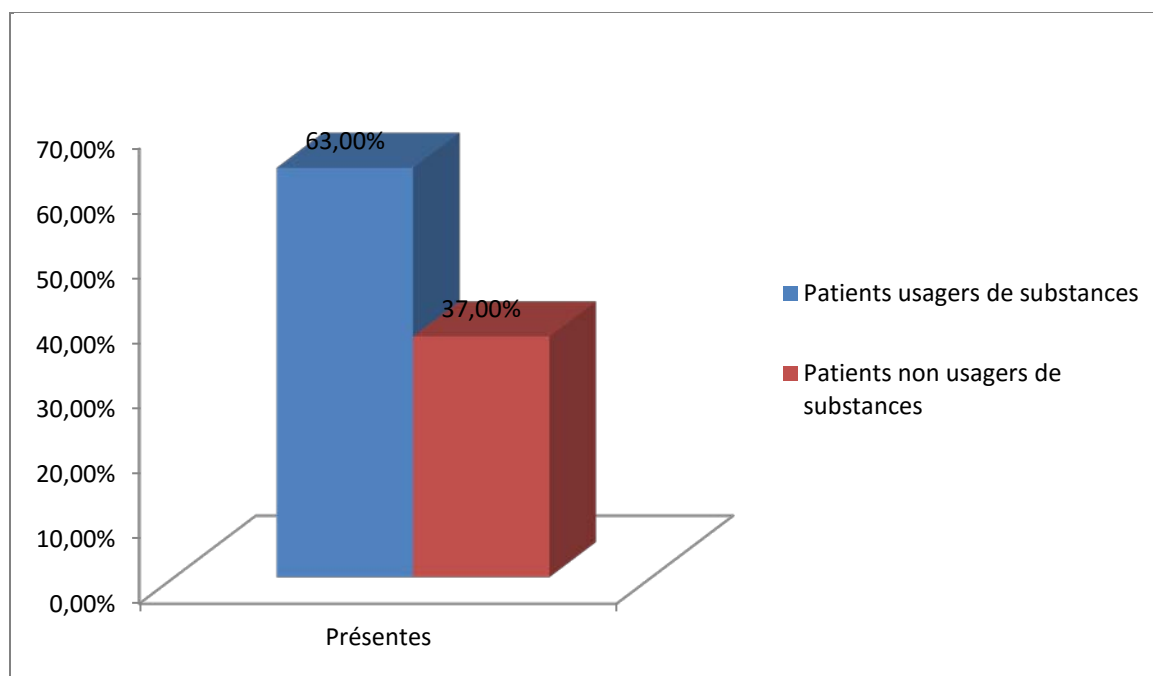


Figure 49 : Répartition des patients selon l'usage de substances et les idées délirantes.

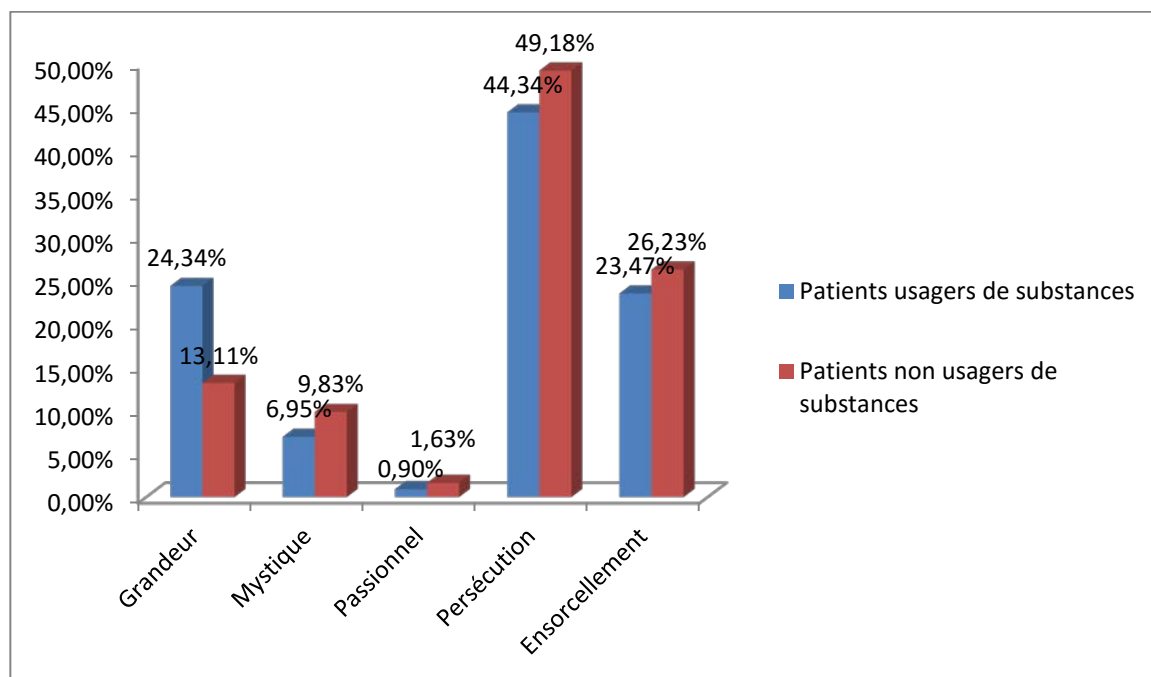


Figure 50 : Répartition des patients selon l'usage de substances et le thème des idées délirantes.

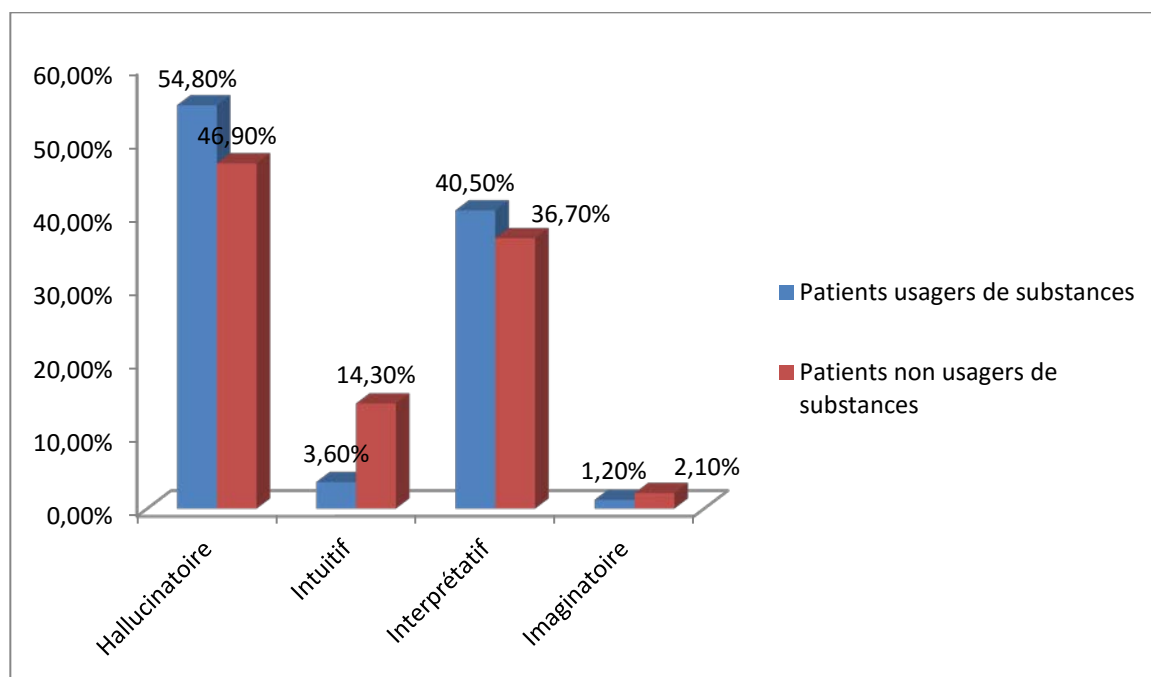


Figure 51 : Répartition des patients selon l'usage de substances et le mécanisme des idées délirantes.

f. Consommation de substances au cours des accès :

Plus de la moitié des patients bipolaires (55%) consomment des toxiques au cours des accès. Le tabac est le plus consommé (78%) suivi du cannabis (42%) (Figure 52).

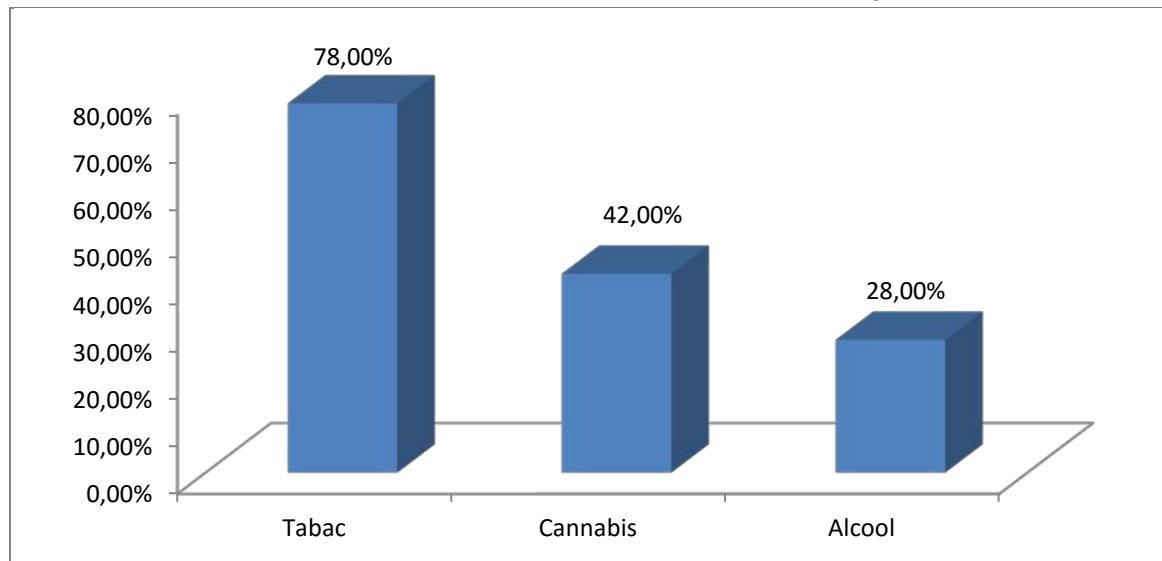


Figure 52 : Répartition des patients selon les substances consommées au cours des accès.

g. Conduites suicidaires au cours des accès :

Notre étude montre que presque les trois quarts des patients bipolaires qui avaient des conduites suicidaires cours des accès (70,8%) sont des patients usagers de substances (Figure53).

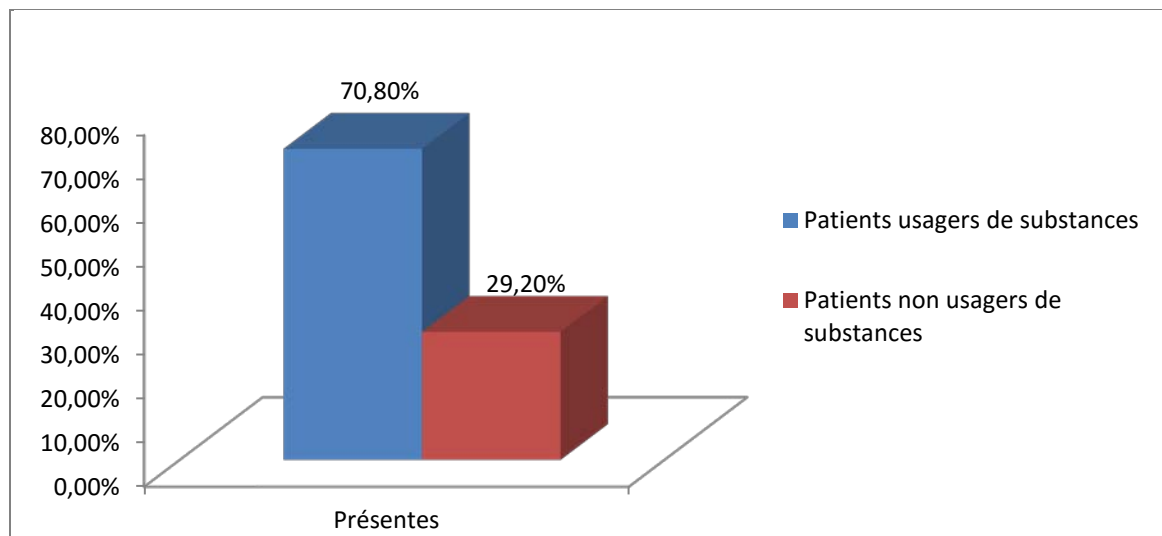


Figure 53 : Répartition des patients selon l'usage de substances et les conduites suicidaires au cours des accès.

h. Chronologie d'apparition des symptômes thymiques par rapport à la prise de substance :

Les symptômes thymiques apparaissent avant la prise des substances dans 87,7% des cas de nos patients (Figure 54).

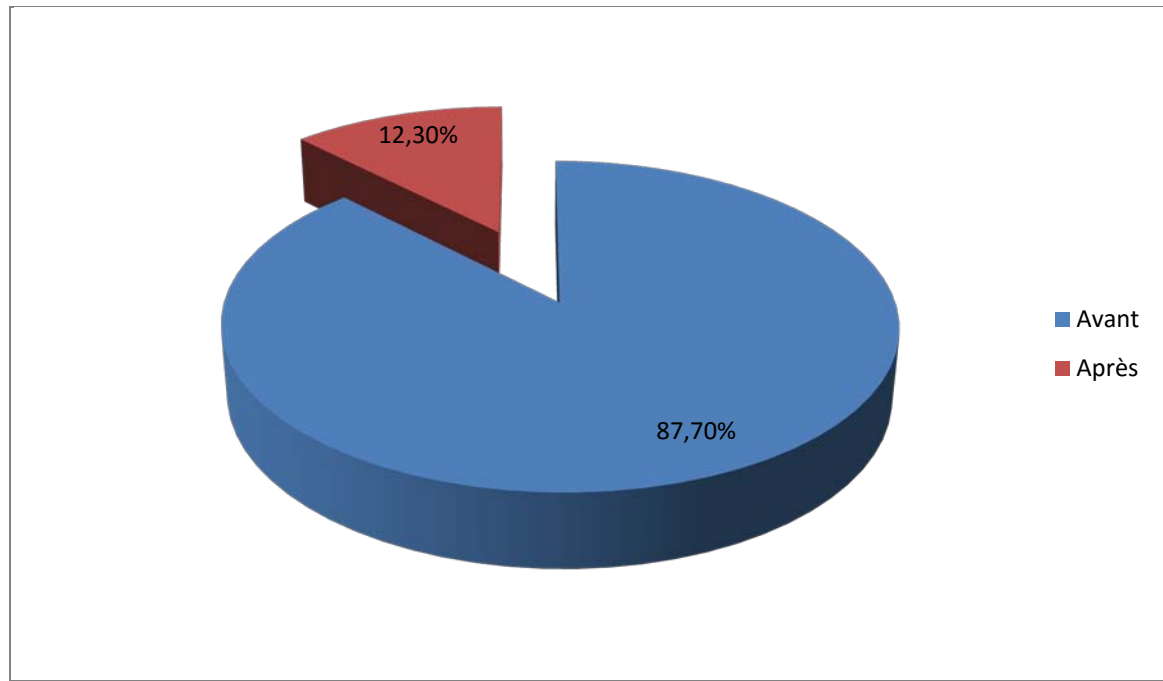


Figure 54 : Répartition des patients selon la chronologie d'apparition des symptômes thymiques par rapport à la prise de substance.

1.7. Modalités thérapeutiques des TB :

a. Nombre d'hospitalisations :

Les patients usagers de substances sont plus susceptibles d'être hospitalisés que les non usagers de substances (La moyenne des hospitalisations chez les patients usagers est de 3,81 vs 3,31 pour les non usagers)

b. Traitement des TB :

L'usage des NLA a été retrouvé dans 89% des cas et les NLC dans 69% des cas. Les thymorégulateurs ont été utilisés chez 82% des patients. Le traitement antidépresseur a été prescrit lors de tous les épisodes dépressifs recensés (Figure 55).

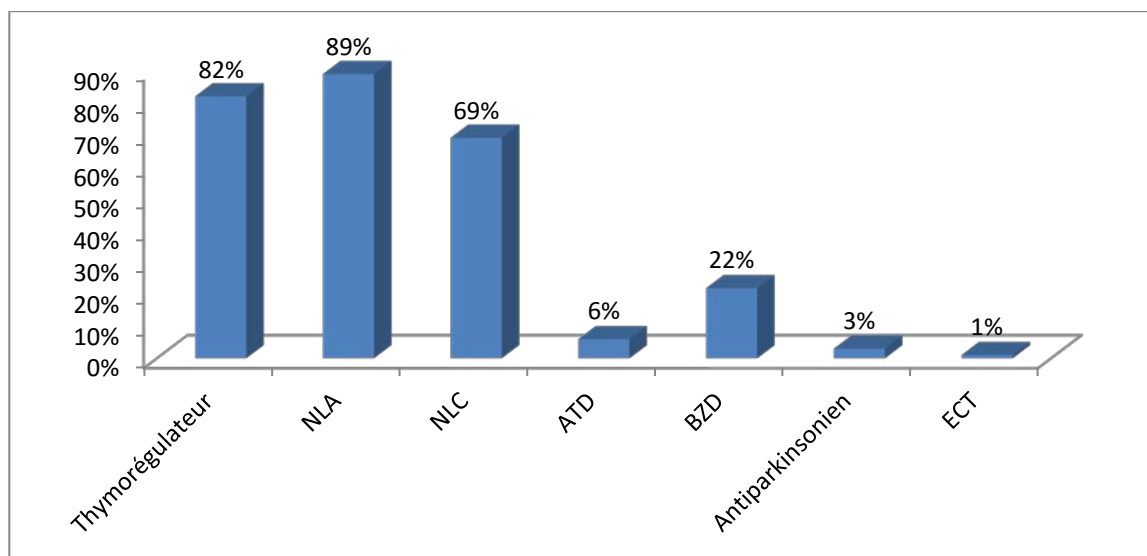


Figure 55 : Répartition des patients selon le traitement reçu.

c. Observance thérapeutique :

Les patients usagers de substances ont une mauvaise observance thérapeutique (à type de non-respect des doses prescrites et de la durée du traitement avec arrêt brusque de celui-ci) par rapport aux patients non usagers (67,64% vs 32,35%) (Figure 56).

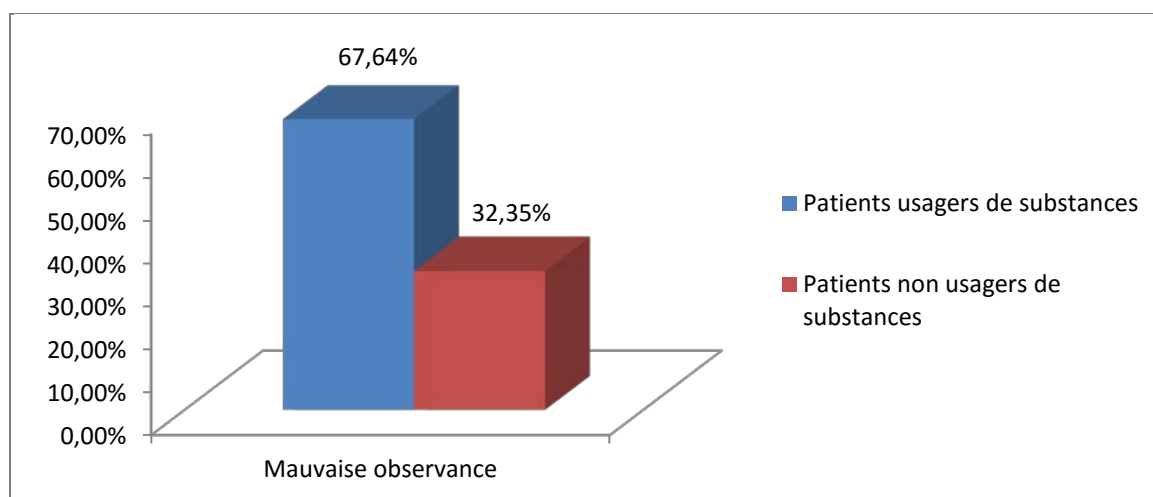


Figure 56 : Répartition des patients selon l'usage de substances et l'observance thérapeutique.

1.8. Aspects évolutifs des TB :**a. Réccurrence thymique (nombre d'épisodes dépressifs et nombre d'épisodes maniaques) :**

Les patients bipolaires usagers de substances font plus d'épisodes maniaques par rapport aux non patients usagers (La moyenne des épisodes maniaques chez les patients usagers de substances est de 8,7 contre 7 chez les patients non usagers de substances).

Par contre ils font moins d'épisodes dépressifs (La moyenne des épisodes dépressifs chez les patients usagers de substances est de 12,8 contre 20,7 chez les patients non usagers de substances).

b. Caractère cyclique rapide des épisodes :

Les patients bipolaires usagers de substances font plus de cycles rapides de leurs TB par rapport aux patients non usagers de substances (Figure 57).

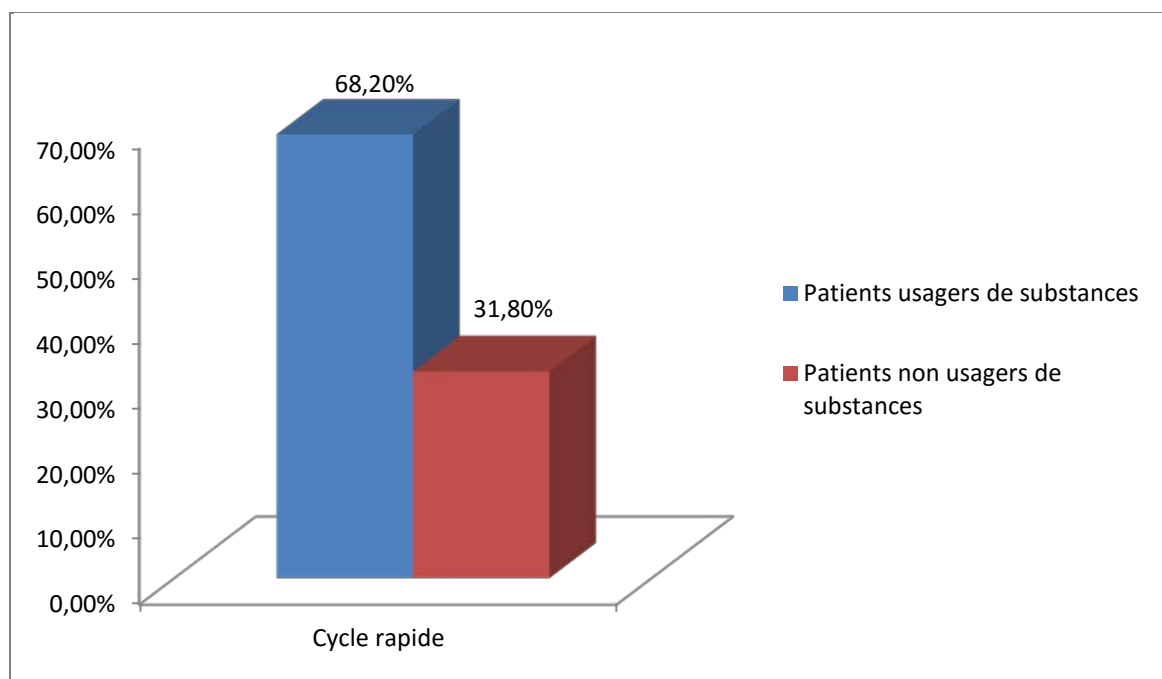


Figure 57 : Répartition des patients selon l'usage de substances et le caractère cyclique rapide des épisodes.

c. Retentissement socioprofessionnel de la maladie :

Notre étude a noté que la maladie bipolaire avait des répercussions socioprofessionnelles sur la vie des patients usagers de substance plus que les patients non usagers de substances (Figure 58).

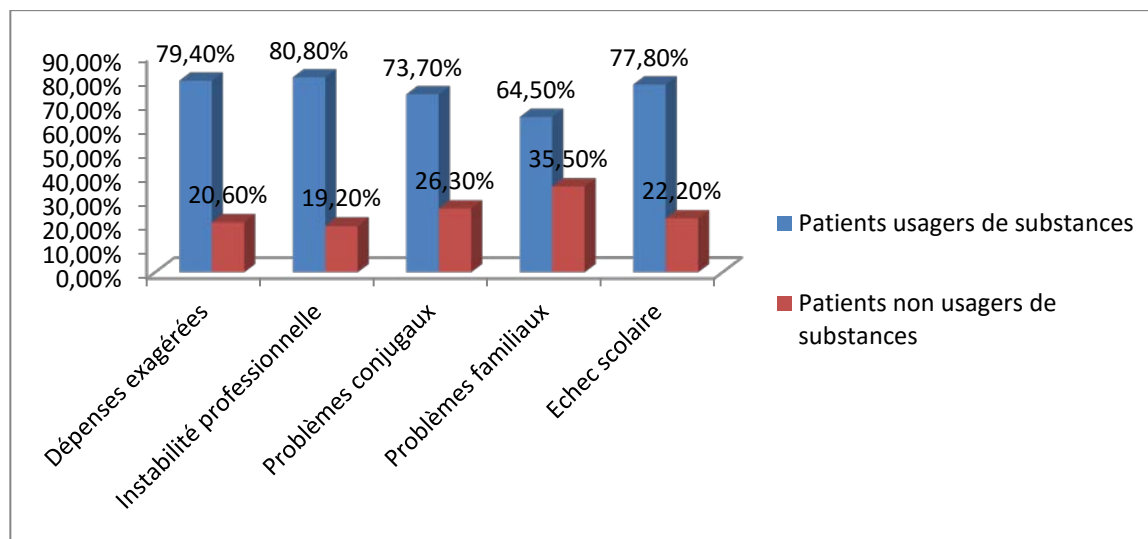


Figure 58 : Répartition des patients selon le retentissement socioprofessionnel du trouble bipolaire.

1.9. Troubles anxieux associés :

Nous avons trouvé des troubles anxieux associés chez 9 personnes, à savoir la phobie sociale chez 4 patients, le trouble d'anxiété généralisée chez 3 patients et le trouble panique chez 2 patients (Figure 59)

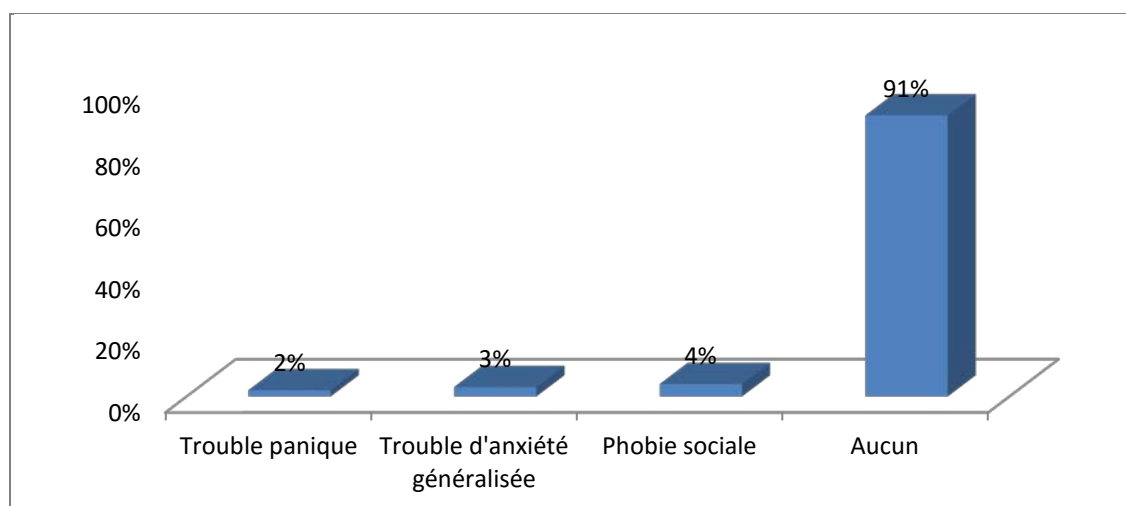


Figure 59 : Répartition des patients selon les troubles anxieux associés

Tableau récapitulatif IV : Les caractéristiques cliniques thérapeutiques et évolutives du trouble bipolaire dans la population étudiée

Caractéristiques	Patients usagers de substances		Patients non usagers de substances	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Type du trouble bipolaire				
– TBI	58	89,3%	22	62,85%
– TBII	4	6,1%	5	14,30%
– TBIII	3	4,6%	8	22,85%
Age de début :				
– <16 ans	5	7,7%	5	14,28%
– [16–25]	44	67,7%	20	57,14%
– [26–35]	14	21,5%	6	17,14%
– >35	2	3,07%	4	11,42%
Mode de début :				
– Brutal	40	61,5%	22	62,9%
– Progressif	14	21,5%	9	25,7%
– Rapidement progressif	11	17%	4	11,42%
Troubles de comportement				
– Hyperactivité	60	64,5%	33	35,5%
– Irritabilité	59	63,4%	34	36,6%
– Agressivité	55	69,6%	24	30,4%
Troubles thymiques				
– Euphorie	2	66,6%	1	33,4%
– Humeur versatile	64	64,6%	35	35,4%
Troubles intellectuels				
– Logorrhée	63	64,3%	35	35,7%
– Fuite d'idées	60	65,2%	32	34,8%
Troubles instinctuels				
– Insomnie	64	64,7%	35	35,3%
– Anorexie	51	63%	30	37%
– Refus alimentaire	3	75%	1	25%
– Hyperphagie	0	0%	2	100%
– Hypersexualité	23	92%	2	8%
Présence du délire	58	63%	34	37%

La prévalence et les caractéristiques des conduites addictives chez les patients bipolaires

Thème des idées délirantes				
– Mégalomanie	28	24,34%	8	13,11%
– Persécution	51	44,34%	30	49,18%
– Mystique	8	6,95%	6	9,83%
– Ensorcellement	27	23,47%	16	26,23%
– Délire passionnel	1	0,9%	1	1,63%
Mécanisme des idées délirantes				
– Hallucination	46	54,8%	23	46,9%
– Intuition	3	3,6%	7	14,3%
– Interprétation	34	40,5%	18	36,7%
– Imagination	1	1,2%	1	2,1%
Conduite suicidaire au cours des accès	17	70,8%	7	29,2%
Mauvaise observance thérapeutique	34	67,64%	34%	32,35%
Retentissement :				
– Dépenses exagérées	34	79,4%	34	20,6%
– Instabilité professionnelle	52	80,8%	52	19,2%
– Problèmes conjugaux	19	73,7%	19	26,3%
– Echec scolaire	9	77,8%	9	22,2%
– Problèmes familiaux	31	64,5%	31	35,5%
Cycle rapide	30	62,2%	14	31,8%
Nombre d'hospitalisation	La moyenne des hospitalisations est 3,81		La moyenne des hospitalisations est 3,31	
Récurrence thymique :				
– Episodes maniaques	La moyenne est 8,7		La moyenne est 7	
– Episodes dépressifs	La moyenne est 12,7		La moyenne est 20,7	

2. Corrélation entre l'usage du cannabis et les caractéristiques de la population étudiée :

2.1. Rapport entre l'usage du cannabis et l'âge :

La prévalence de l'usage du cannabis chez les patients de notre échantillon n'était pas influencée par l'âge.

Les patients bipolaires consommateurs du cannabis de la tranche d'âge [18ans–30ans] et de la tranche d'âge [31ans–45ans] sont plus fréquents que les non consommateurs (Figure60).

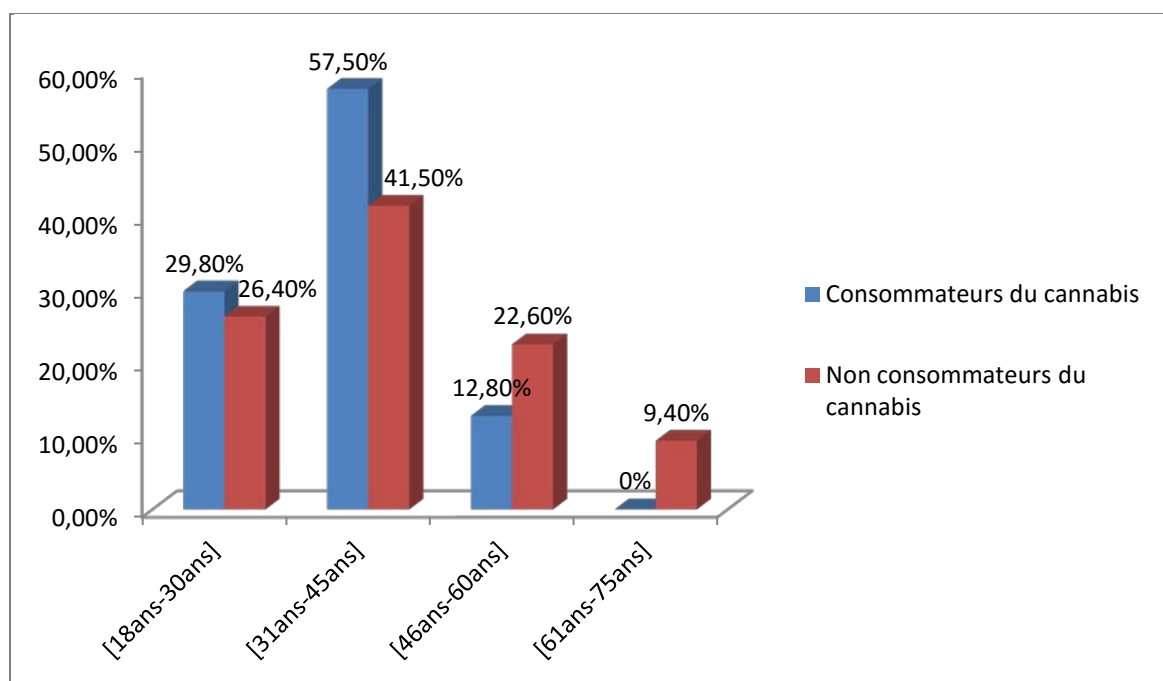


Figure 60 : Répartition des patients usagers du cannabis selon l'âge.

2.2. Rapport entre l'usage du cannabis et le sexe :

Le taux de la consommation du cannabis était très important chez les patients de sexe masculin, ce résultat est statistiquement très significatif ($p < 0,001$).

Les patients bipolaires de sexe masculin consommateurs du cannabis (65,20%) sont plus fréquents que les non consommateurs (34,80%) (Figure 61).

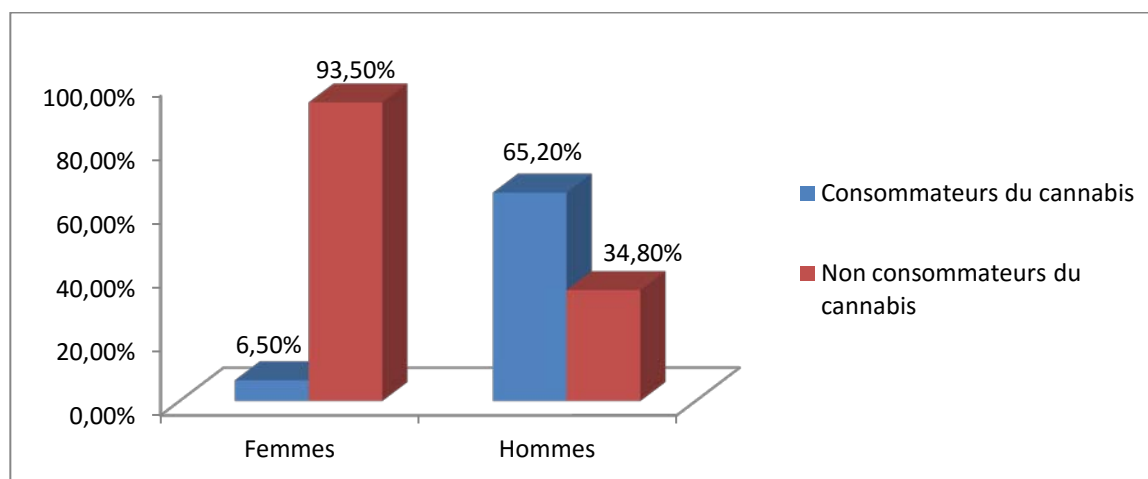


Figure 61 : Répartition des patients usagers du cannabis selon le sexe.

2.3. Rapport entre l'usage du cannabis et le niveau d'instruction :

Notre étude montre que plus des deux tiers des consommateurs du cannabis (63,8%) avaient un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire. Ce résultat était statistiquement non significatif (Figure 62).

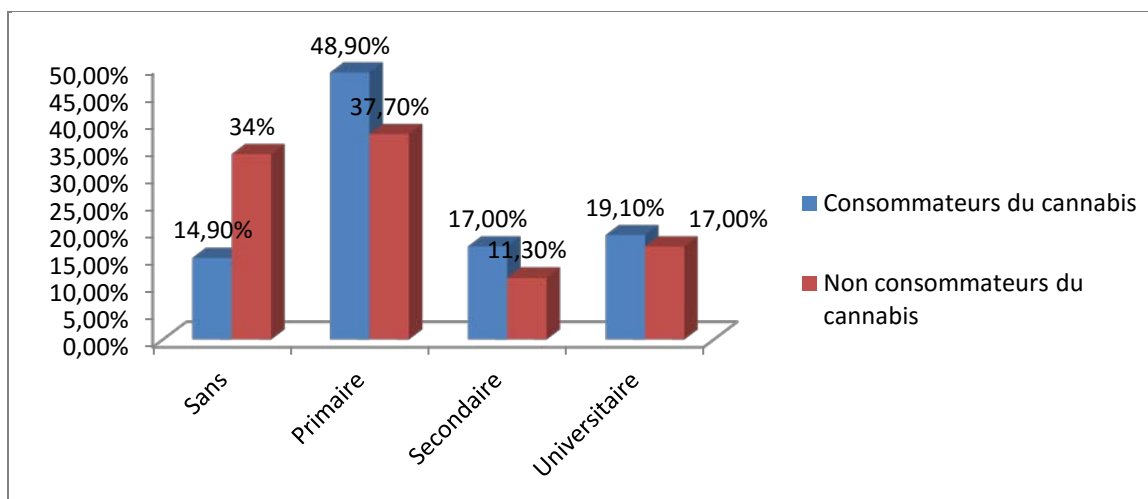


Figure 62 : Répartition des patients usagers du cannabis selon le niveau d'instruction.

2.4. Rapport entre l'usage du cannabis et le type du trouble bipolaire :

Notre étude montre que plus des deux tiers des consommateurs du cannabis (63,8%) ont un trouble bipolaire du type I. Ce résultat était statistiquement non significatif (Figure 63).

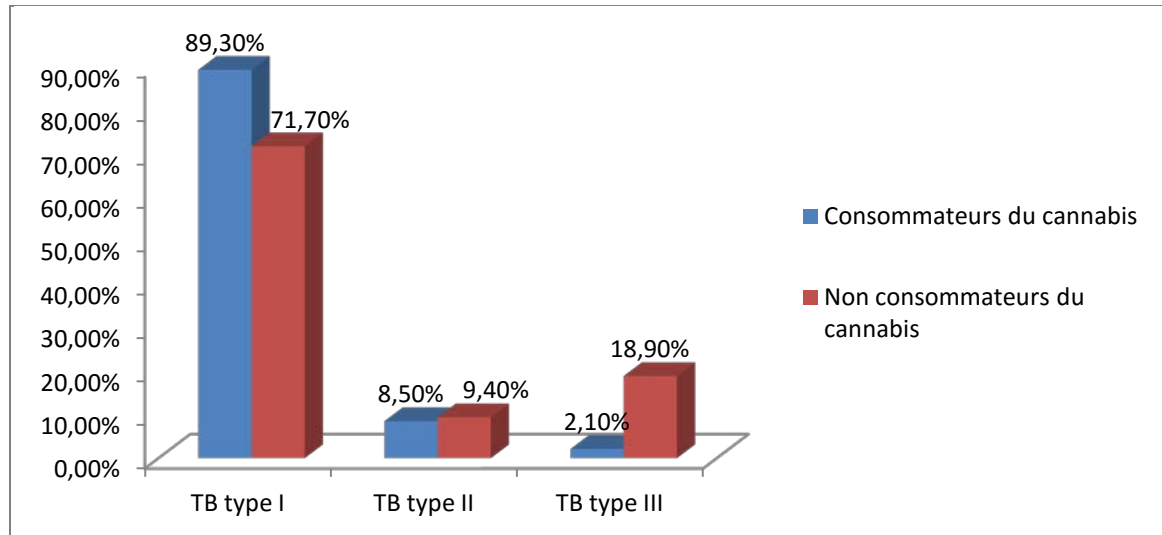


Figure 63 : Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire.

2.5. Rapport entre l'usage du cannabis et l'observance thérapeutique :

Nous avons trouvé que les patients bipolaires non consommateurs du cannabis ont une bonne observance thérapeutique (69,80%) que les consommateurs (30,20%) (Figure 64). Mais nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la consommation du cannabis et l'observance thérapeutique.

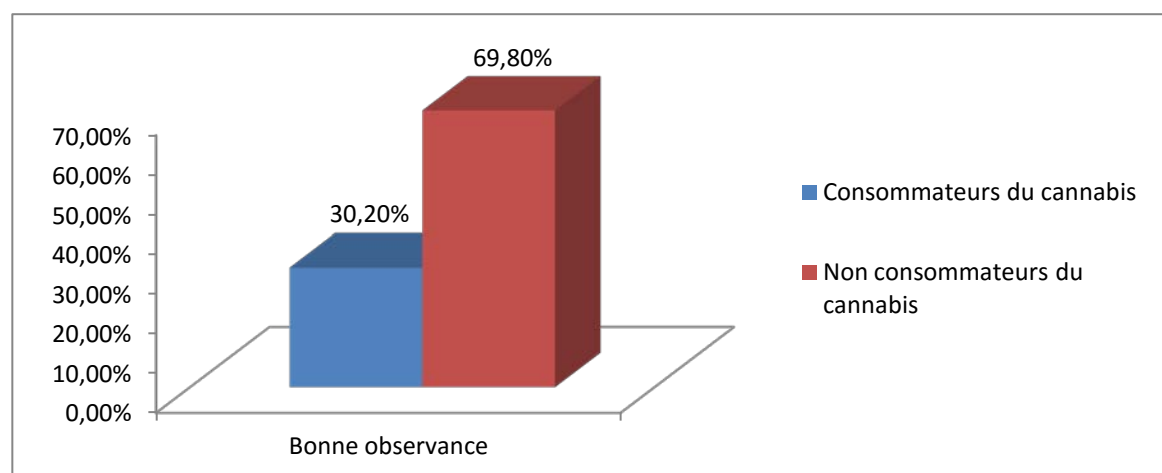


Figure 64 : Répartition des patients usagers du cannabis selon l'observance thérapeutique.

2.6. Rapport entre l'usage du cannabis et l'âge du début du trouble bipolaire :

Notre étude montre que presque les trois quarts des consommateurs du cannabis (74,4%) ont débuté leur trouble précocement (avant 25 ans). Ce résultat est statistiquement proche du seuil de significativité ($p=0,06$) (Figure 65).

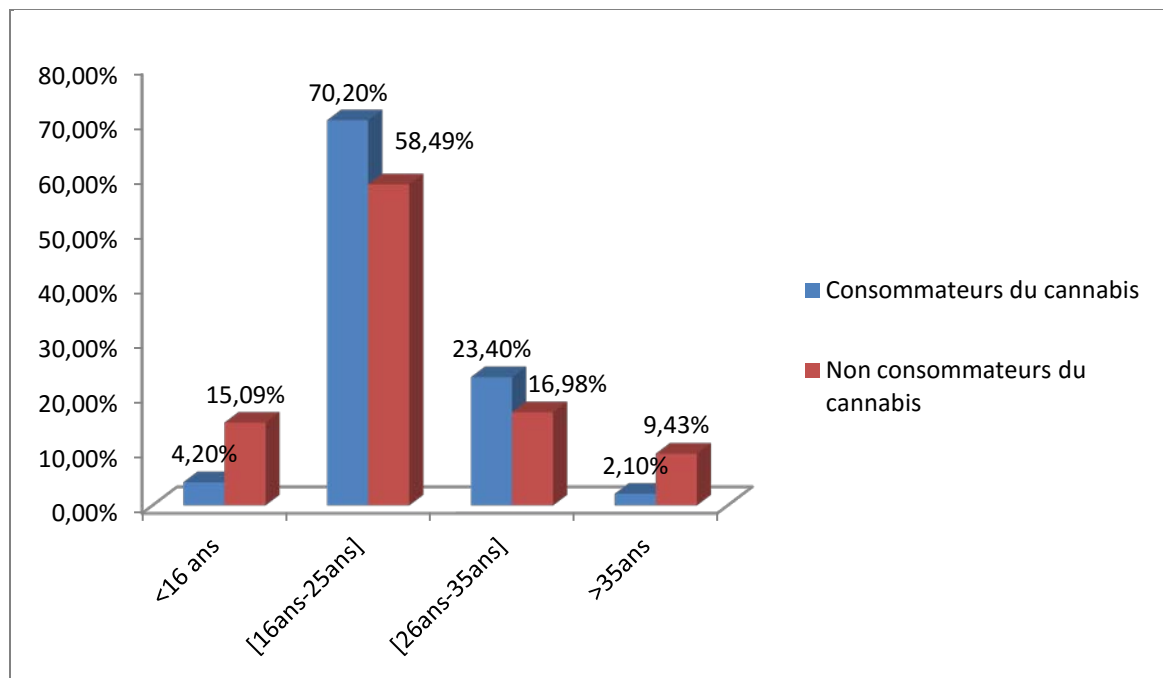


Figure 65 : Répartition des patients usagers du cannabis selon l'âge de début du trouble bipolaire.

2.7. Rapport entre l'usage du cannabis et l'évolution du trouble bipolaire :

Presque la majorité des consommateurs du cannabis (91,5%) ont une évolution non favorable de leurs troubles bipolaires, et la majorité des patients bipolaires non consommateurs du cannabis (96,22%) ont une bonne évolution du trouble bipolaire. Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,007$) (Figure 66).

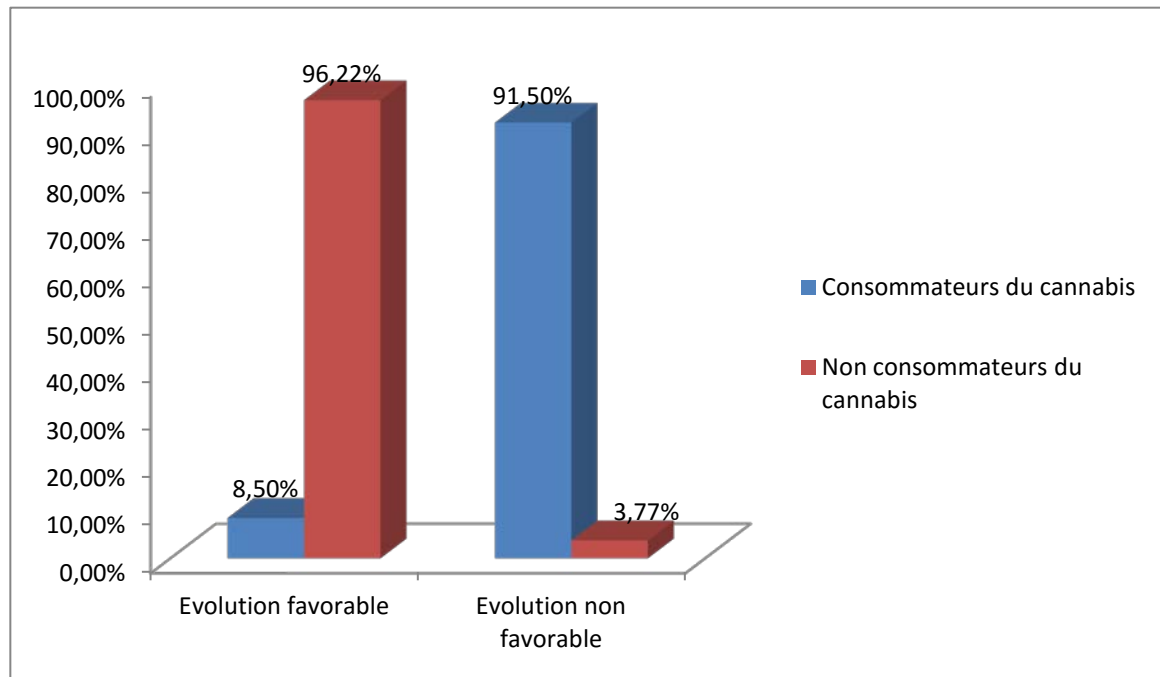


Figure 66 : Répartition des patients usagers du cannabis selon l'évolution du trouble bipolaire.

2.8. Rapport entre l'usage du cannabis et le nombre d'épisodes maniaques et dépressifs :

Nous avons trouvé que les patients bipolaires addicts au cannabis font plus d'épisodes maniaques que les non addicts (la moyenne du nombre d'épisodes maniaques chez les addicts au cannabis est 9,2 et celle des non addicts est 7,2).

Par contre ils font moins d'épisodes dépressifs que les non addicts (la moyenne du nombre d'épisodes dépressifs chez les addicts au cannabis est 12,3 et celle des non addicts 18,5). Mais ce résultat est statistiquement non significatif (Figure 67).

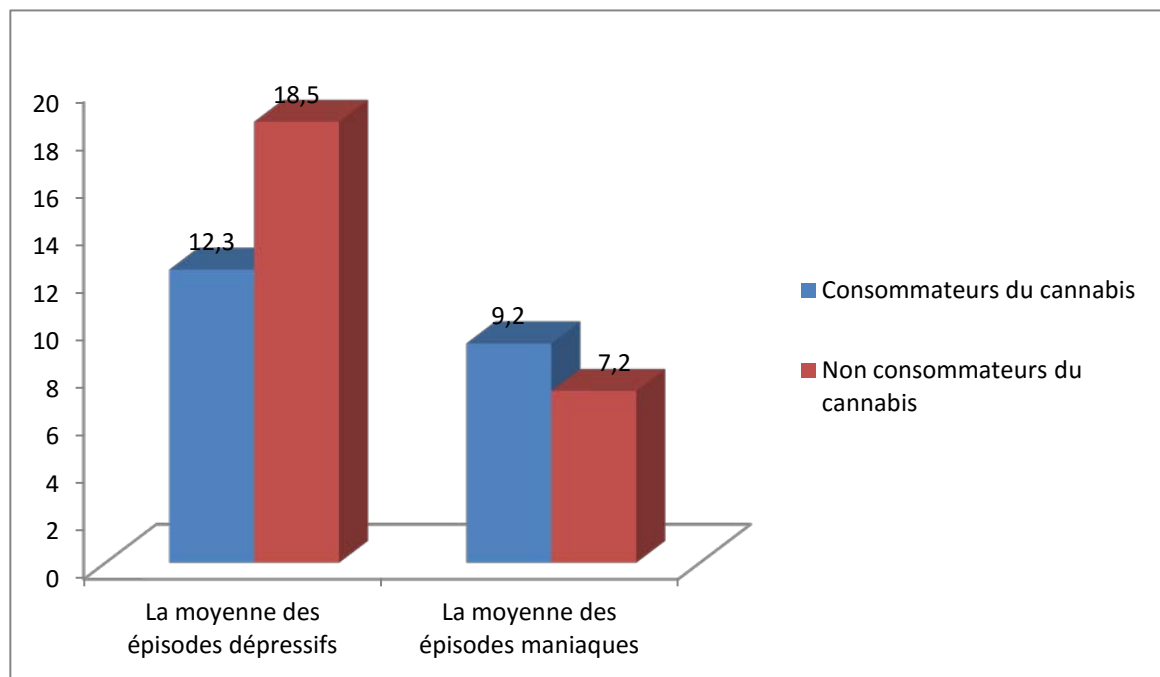


Figure 67 : Répartition des patients usagers du cannabis selon la moyenne des épisodes maniaques et dépressifs.

2.9. Rapport entre l'usage du cannabis et le cycle rapide :

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'usage du cannabis et le caractère cyclique rapide du trouble bipolaire. Cependant nous avons trouvé que les patients consommateurs du cannabis ont un cycle rapide de leur trouble bipolaire plus que les non consommateurs (Figure68).

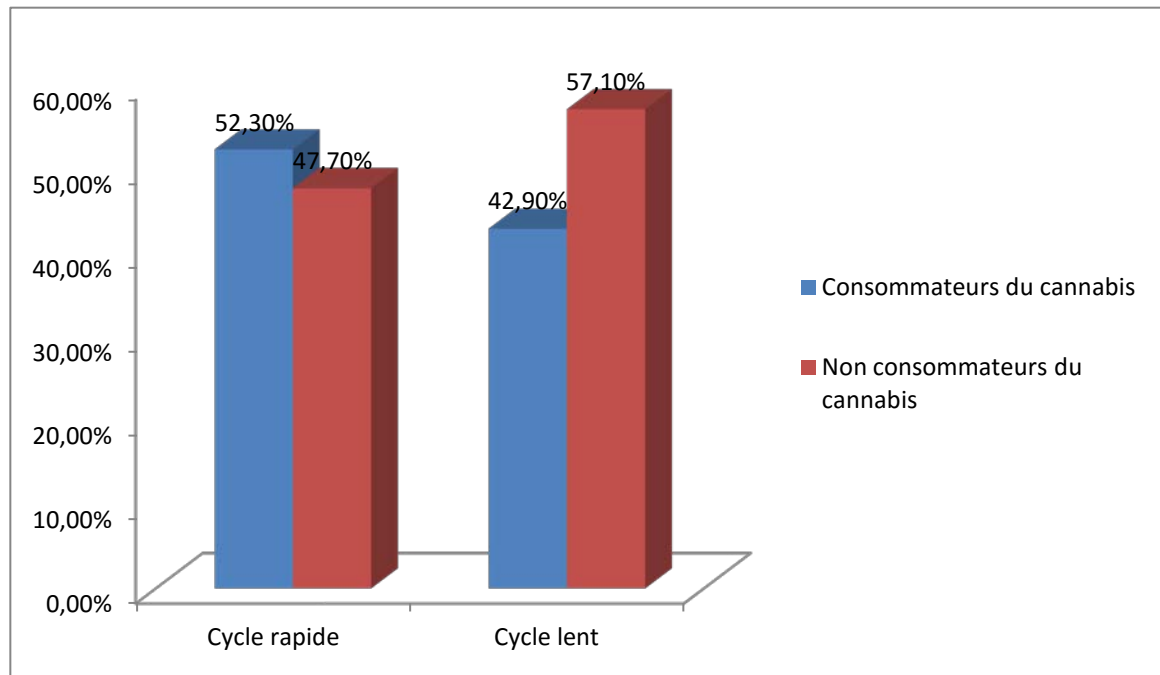


Figure 68 : Répartition des patients usagers du cannabis selon le caractère cyclique rapide du trouble bipolaire.

3. Corrélation entre l'usage de l'alcool et les caractéristiques de la population étudiée :

3.1. Rapport entre l'usage de l'alcool et le sexe :

Le taux de la consommation de l'alcool était très important chez les patients de sexe masculin, ce résultat est statistiquement très significatif ($p < 0,001$).

Les patients bipolaires de sexe masculin consommateurs de l'alcool (62,30%) sont plus fréquents que les non consommateurs (37,70%) (Figure 69).

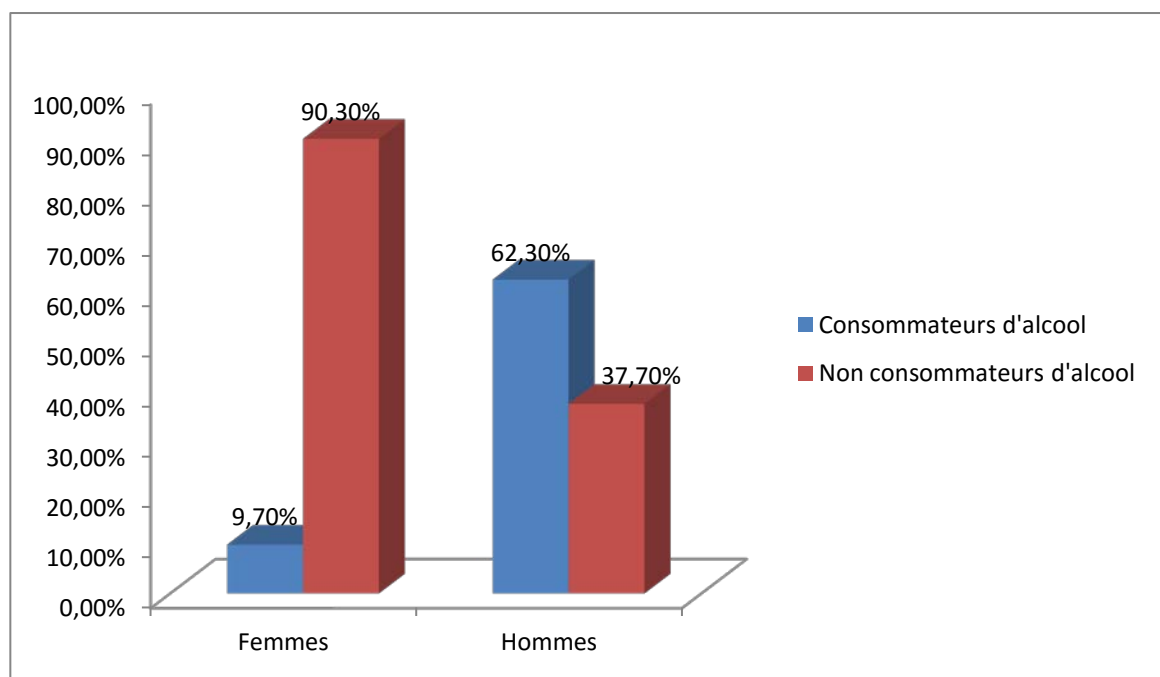


Figure 69 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon le sexe.

3.2. Rapport entre l'usage de l'alcool et les antécédents familiaux addictifs :

Notre étude montre que près de la moitié des patients bipolaires alcooliques (41,3%) ont des antécédents familiaux addictifs (dont l'alcool dans 35,1% des cas). Ce résultat est statistiquement non significatif (Figure 70).

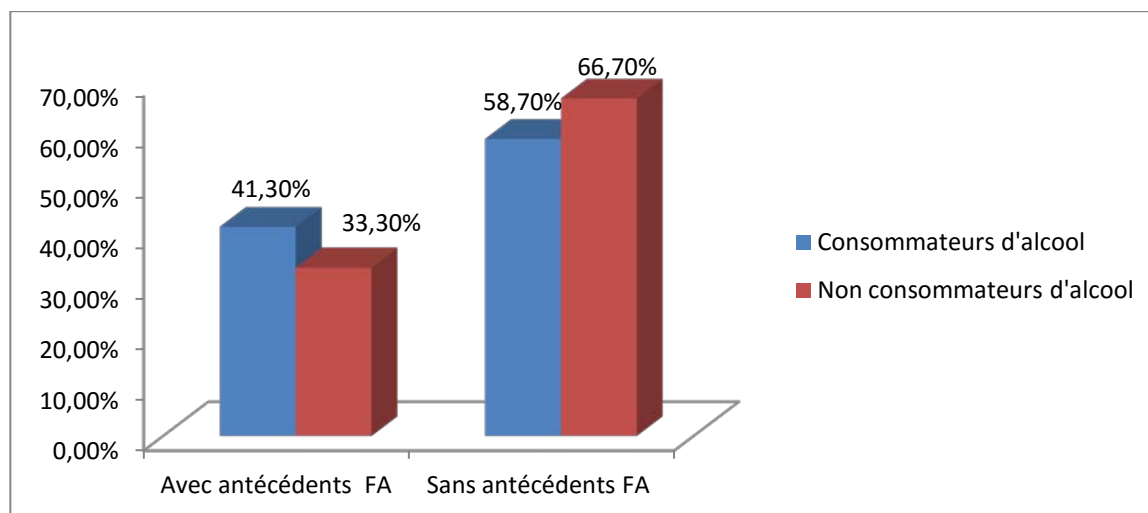


Figure 70 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon la présence d'antécédents familiaux addictifs.

3.3. Rapport entre l'usage de l'alcool et le type du TB :

Presque la majorité des patients bipolaires consommateurs d'alcool (93,5%), ont le trouble bipolaire type I. Ce résultat est statistiquement non significatif (Figure 71).

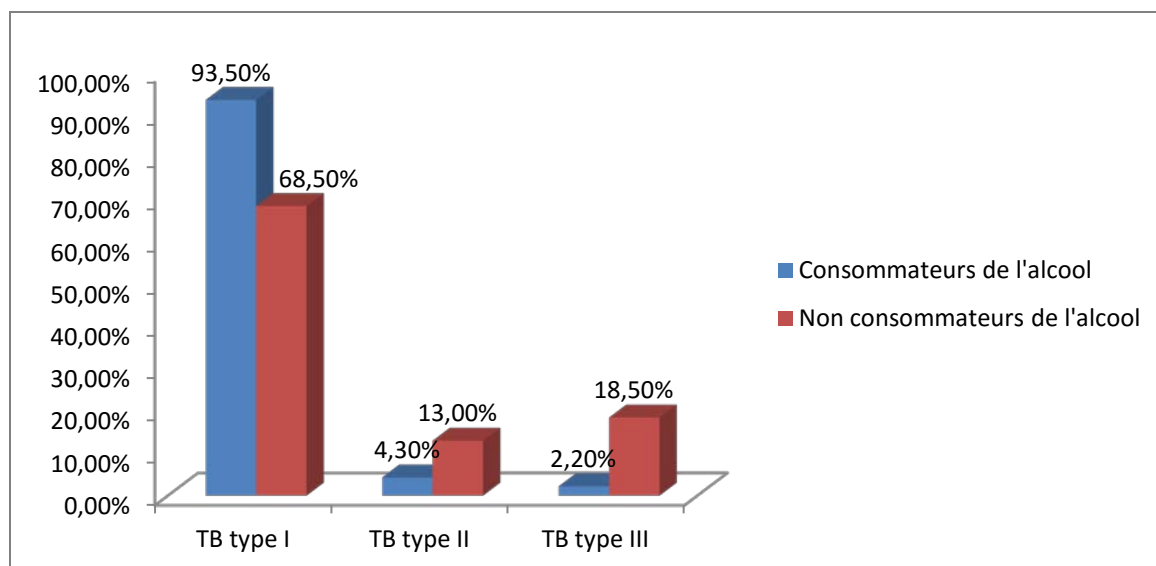


Figure 71 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon le type du trouble bipolaire.

3.4. Rapport entre l'usage de l'alcool et l'observance thérapeutique :

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la consommation d'alcool et l'observance thérapeutique, cependant nous avons trouvé que les patients bipolaires consommateurs de l'alcool ont une mauvaise observance thérapeutique par rapport aux patients non consommateurs (Figure 72).

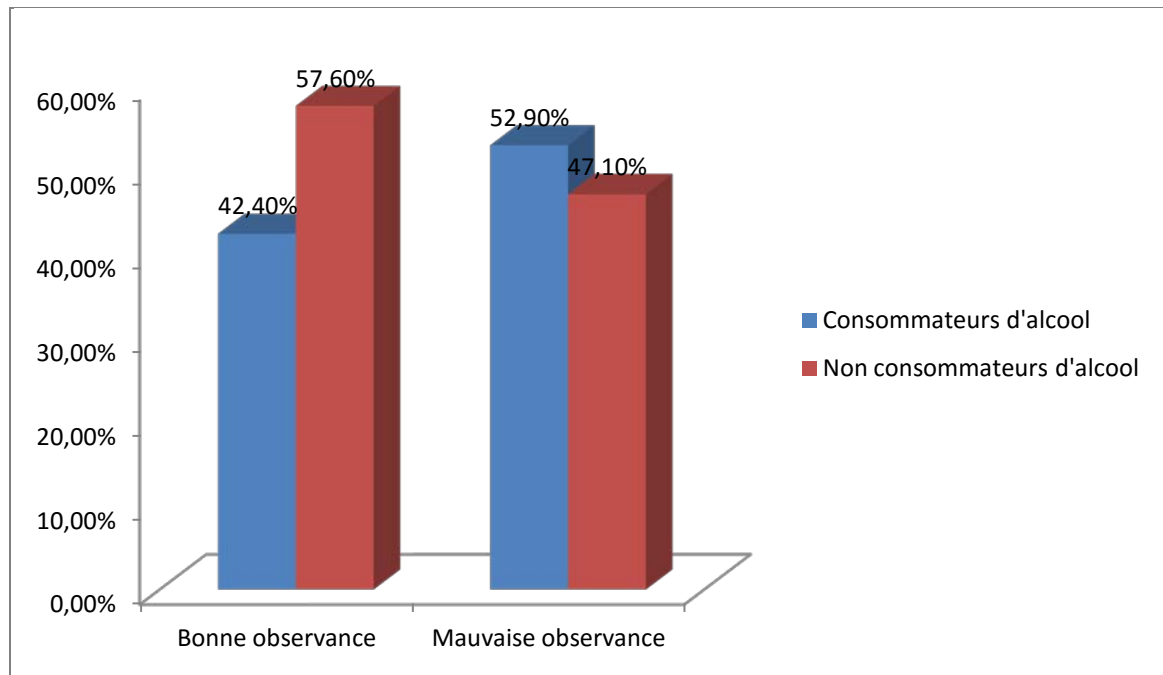


Figure 72 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon l'observance thérapeutique.

3.5. Rapport entre l'usage de l'alcool et l'âge de début du TB :

Notre étude montre que presque les trois quarts des consommateurs d'alcool (73,9%) ont débuté leur trouble précocement (avant 25 ans). Ce résultat est statistiquement non-significatif ($p=0,06$) (Figure 73).

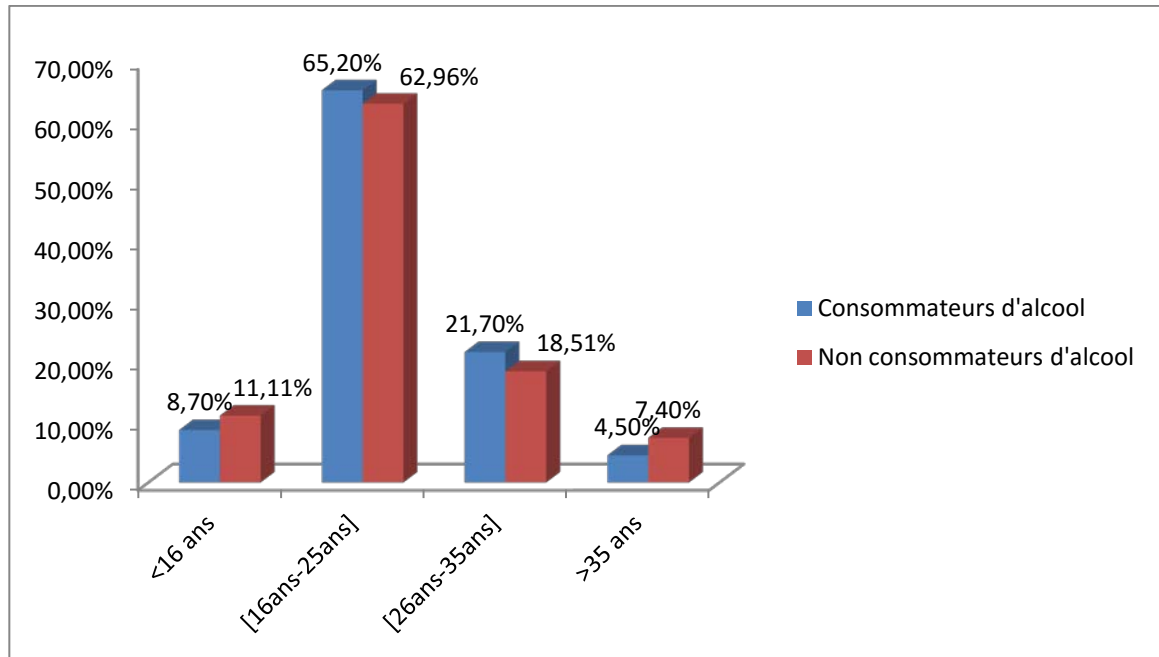


Figure 73 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon l'âge de début du trouble bipolaire.

3.6. Rapport entre l'usage de l'alcool et le troubles du comportement :

Presque la majorité des patients bipolaires consommateurs d'alcool présentent des troubles du comportement, dont l'hyperactivité chez 91,3%, l'agressivité chez 87% et l'irritabilité chez 87%. Les patients bipolaires consommateurs de l'alcool présentent des troubles du comportement plus que les patients qui n'en consomment pas. Ce résultat est proche du seuil de significativité ($p=0,046$) (Figure 74).

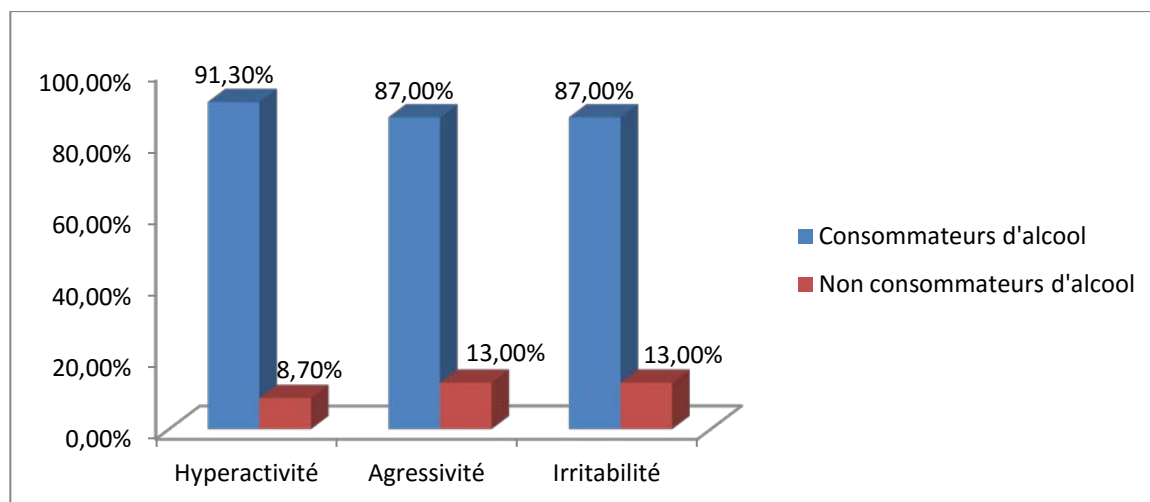


Figure 74 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon les troubles du comportement.

3.7. Rapport entre l'usage de l'alcool et les idées délirantes :

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la consommation d'alcool et les manifestations psychotiques chez les patients bipolaires (Figure 75).

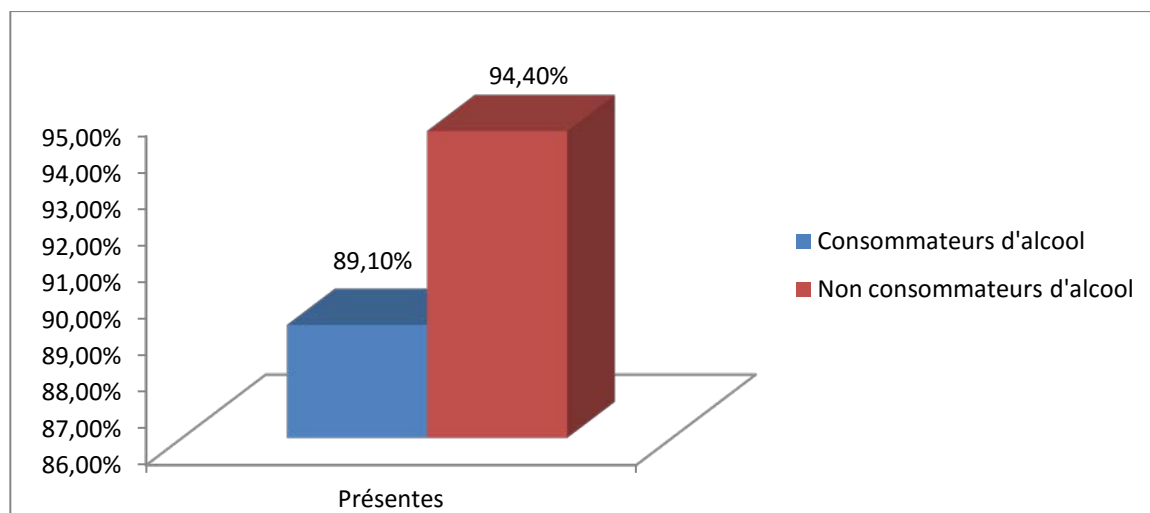


Figure 75 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon les idées délirantes.

3.8. Rapport entre l'usage de l'alcool et les conduites suicidaires au cours des accès :

Les patients bipolaires consommateurs d'alcool font plus de conduites suicidaires par rapport au non consommateurs. Ce résultat est statistiquement proche du seuil de significativité ($p=0,047$) (Figure 76).

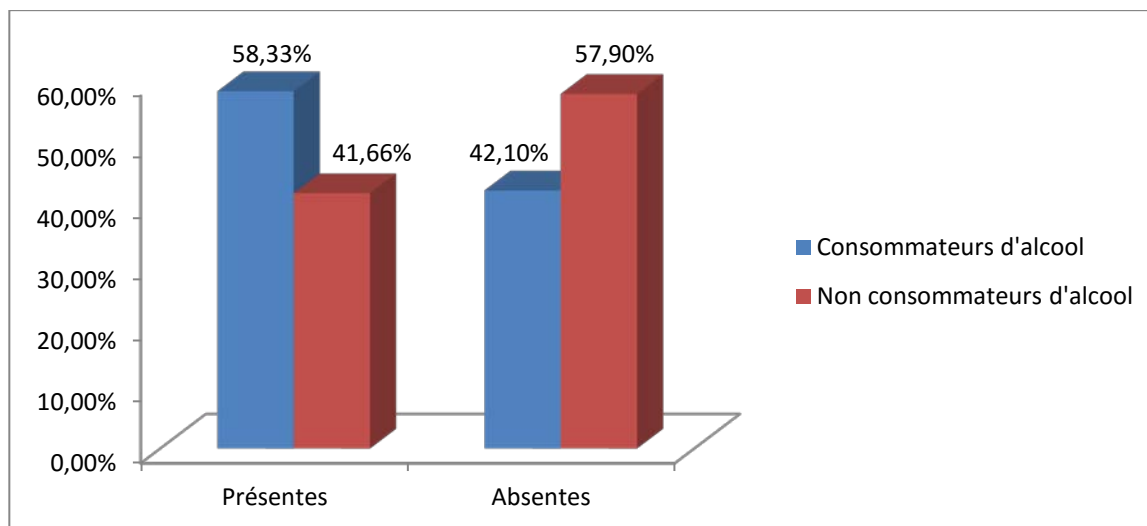


Figure 76 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon les conduites suicidaires.

3.9. Rapport entre l'usage de l'alcool et l'évolution du TB :

Presque la majorité des patients bipolaires consommateurs de l'alcool (91,3%) ont une évolution non favorable de leurs troubles bipolaires par rapport aux patients qui n'en consomment pas. Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,009$) (Figure 77).

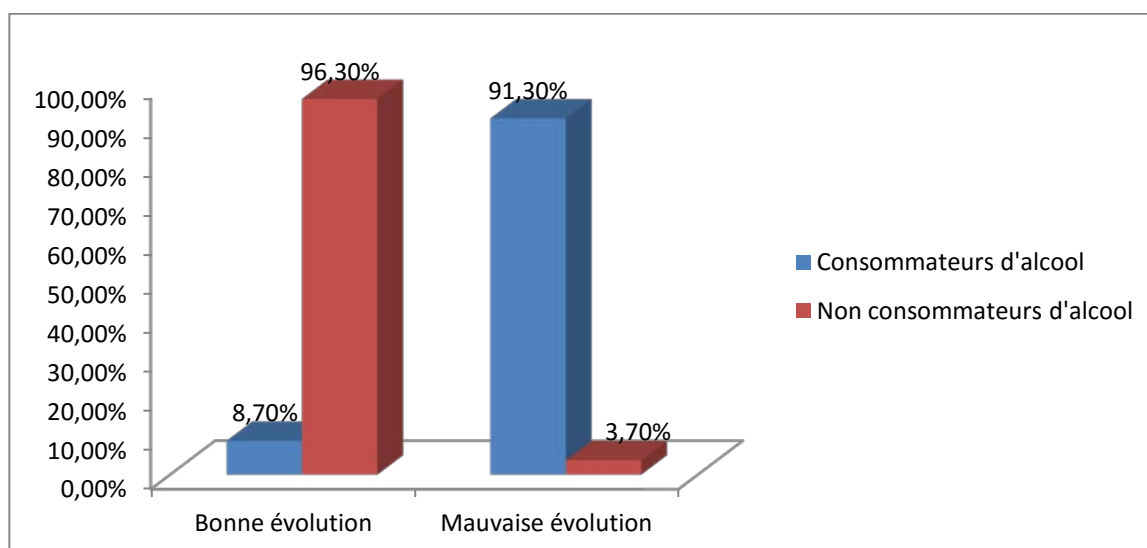


Figure 77 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon l'évolution du trouble bipolaire.

3.10. Rapport entre l'usage de l'alcool et le caractère cyclique rapide du TB :

Les patients bipolaires consommateurs de l'alcool ont un cycle rapide de leurs troubles bipolaires plus que les patients non consommateurs (Figure 78). Mais nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'usage de l'alcool et le caractère cyclique rapide du trouble bipolaire

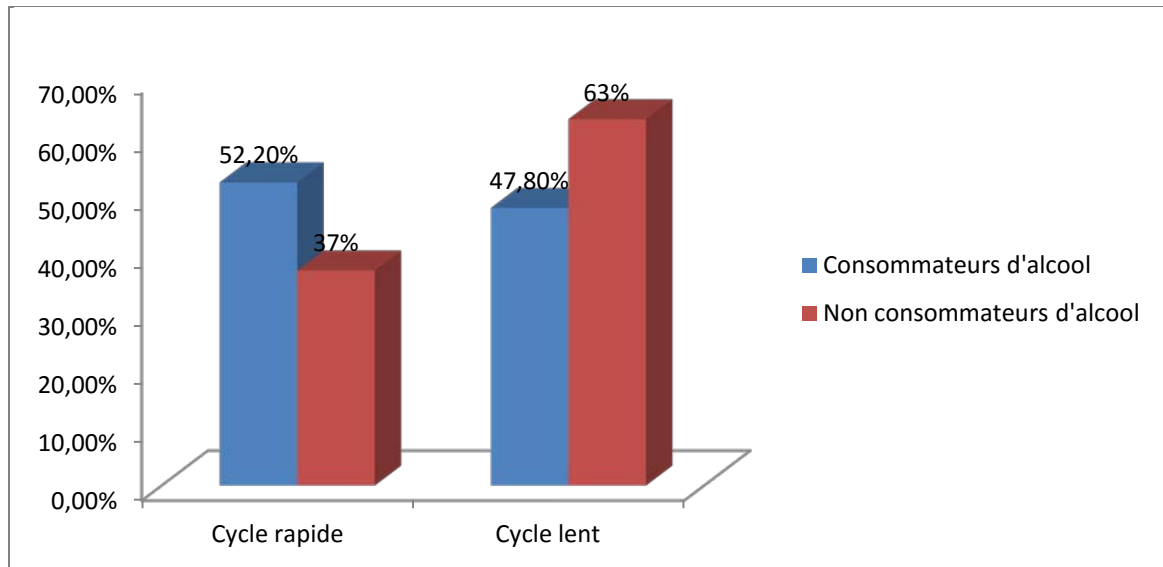


Figure 78 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon le caractère cyclique rapide du trouble bipolaire.

3.11. Rapport entre l'usage de l'alcool et l'inefficacité du traitement :

Les trois quarts des patients bipolaires souffrant d'inefficacité du traitement (75%) sont consommateurs d'alcool. Ce résultat est non significatif (Figure 79).

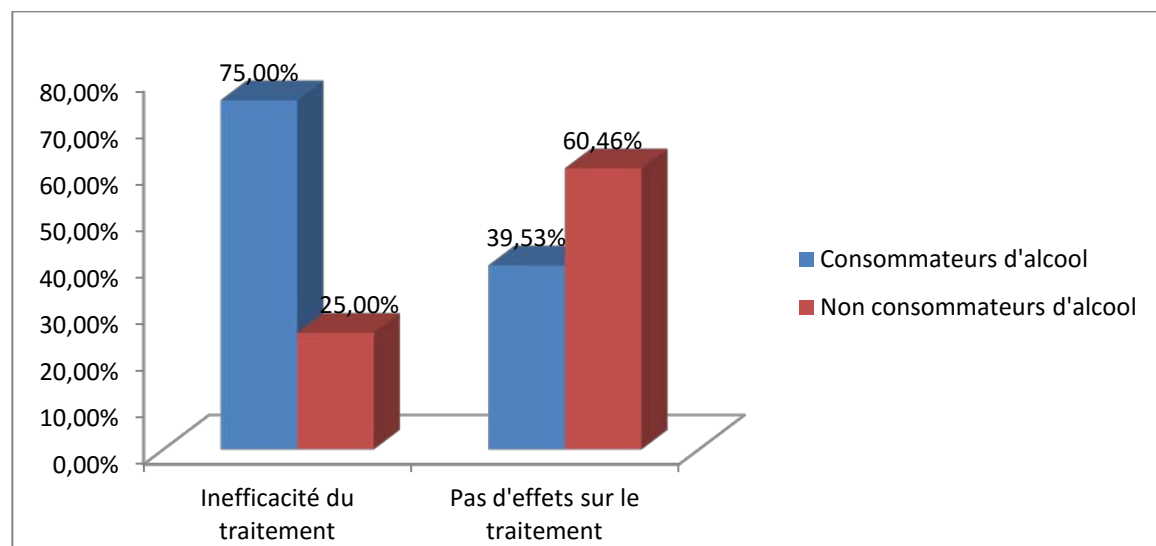


Figure 79 : Répartition des patients usagers de l'alcool selon le l'inefficacité du traitement.

DISCUSSION

I. GENERALITES SUR LE TROUBLE BIPOLAIRE :

1. Historique

On parle de trouble bipolaire depuis le DSM-III. Cette entité nosologique a succédé, sans en être un synonyme exact, à la folie maniaco-dépressive définie par Emil Kraepelin (Figure80). [11]

Le lien entre manie et mélancolie avait déjà pu être établi dans l'antiquité par Hippocrate ou Arétée de Cappadoce (IIe siècle après J.-C.), mais il fallait attendre le milieu du XIXe siècle pour que soit individualisée une maladie caractérisée par la succession d'états maniaques et dépressifs. [12,13]

Un autre petit détour dans l'Antiquité, deux cents ans environ avant Arétée, nous permet d'appréhender, avec Celse, médecin du siècle d'Auguste, la place que tient ce que l'on appelle aujourd'hui la dépression dans chacune des espèces de la folie antique, cette maladie mentale unique qu'il nomme *Insania* : pour Celse, l'*insania* présente trois formes : la *phrenitis*, la mélancolie, la manie. [13]

Jean-Pierre Falret (1794-1870) décrit en 1854 la « folie circulaire », caractérisée par la répétition régulière d'un état maniaque, d'un état mélancolique, puis d'un intervalle lucide plus ou moins long. Il suggérait que l'hérédité jouait un rôle étiologique important.

A la différence de la folie maniaco-dépressive que définira ultérieurement Kraepelin, le concept de folie circulaire de Falret était plus restreint. [11]

En effet, à la fin du XIXe siècle, Kraepelin distingue 18 types évolutifs de folie maniaco-dépressive, dont les formes unipolaires et bipolaires, sans les opposer pour autant. Ultérieurement, Kleist et Leonard subdivisent les formes unipolaires (maniaques ou dépressives) et formes bipolaires. Cette conception dichotomique du trouble est rejointe par Perris, Angst et al. Et Winokur et al. [12,14]

Au début du XXe siècle (1903), la « folie maniaco-dépressive » deviendra « psychose maniaco-dépressive (PMD) » se démarquant ainsi de la « démence précoce » dont elle se

distingue par les critères suivants :

- Evolution périodique avec des épisodes récurrents.
- Bon pronostic avec retour à l'état de base entre les accès et absence d'évolution terminale déficitaire.
- Predisposition héréditaire : histoire familiale riche en psychose maniaco-dépressive. [15]

Au cours du XXe siècle, la psychose maniacodépressive va changer de nom : extraite du groupe des psychoses, elle prend le nom de maladie maniacodépressive, puis de maladie bipolaire et, aujourd'hui, ce désordre est le plus souvent désigné par le terme de trouble bipolaire [12]

Et puis, dans les années d'après-guerre, avec les travaux de deux élèves de Wernicke, lui-même grand rival de Kraepelin, les Allemands Karl Kleist et Karl Leonhard, on assiste au démembrement de la PMD, divisée en affection unipolaire (caractérisée par la dépression) et affection bipolaire (ou PMD bipolaire), selon qu'il n'y a pas ou qu'il y a épisode maniaque. Et tandis que disparaît l'opposition entre dépression endogène des PMD et dépression névrotique disparaît le terme de psychose (les troubles dépressifs névrotiques sont aujourd'hui, dans le DSM IV, englobés dans la dysthymie).

En 1966, le Suédois Carlo Perris et le Suisse Jules Angst, valident aux plans diagnostique et pronostique cette subdivision bipolaire-unipolaire, en fonction du type d'accès, les troubles bipolaires, caractérisés par la succession d'épisodes maniaques et dépressifs, et les troubles unipolaires, n'incluant que des épisodes dépressifs [13,14]

En 1976, Dunner a pu distinguer parmi les troubles bipolaires les types I et II :

- Le type I inclut les sujets bipolaires ayant présenté un ou plusieurs épisodes maniaques suffisamment sévères pour être traités spécifiquement.
- Le type II : Inclut les sujets ayant présenté des épisodes dépressifs sévères et des phases hypomaniaques reconnues comme pathologiques par l'entourage mais n'ayant pas nécessité un traitement spécifique ou une hospitalisation. [16]

Avec le DSM-III (1980) fut officialisée la distinction unipolaire-bipolaire, issue des travaux

simultanés mais indépendants de J. Angst, C. Perris et de G. Winokur et P. Clayton, séparant les troubles unipolaires des troubles bipolaires sur la base de différences cliniques, évolutives, familiales et des réponses thérapeutiques. [11,13]

L'élargissement du concept de troubles bipolaires aboutit à l'intégration de formes atténuées, tant dans leur intensité que leur durée, de tempéraments et troubles de la personnalité. [14]

Klerman [17] en 1981 distingue six catégories de troubles bipolaires : les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis classiquement, les bipolaires III chez lesquels les états maniaques ou hypomaniaques ont été induits par des traitements médicamenteux, les bipolaires IV qui correspondent au trouble cyclothymique, les bipolaires V qui présentent des antécédents familiaux de troubles bipolaires et les bipolaires VI qui se caractérisent par des récurrences maniaques.

Les classifications officielles les plus récentes la CIM 10 (dixième version de la classification internationale des maladies, 1992) [18] et DSM IV (4 version du diagnostic and statistical manuel of mental disorders, 1996) [19] et le DSM V (2013) [20] maintiennent la distinction unipolaire/bipolaire.

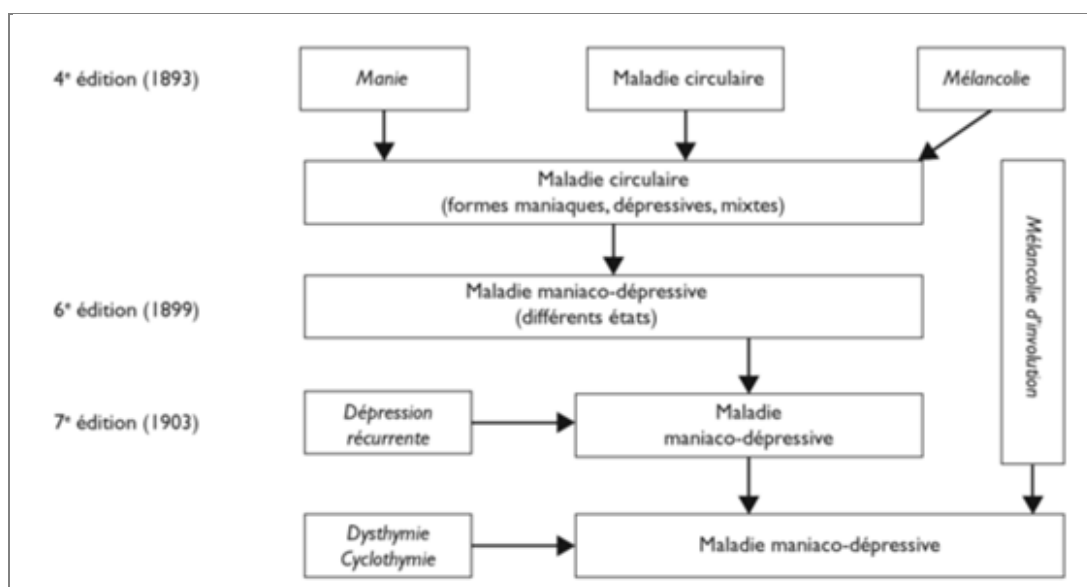


Figure 80 : Evolution du concept de maladie maniaco-dépressive dans les éditions successives du traité de Kraepelin. [11]

2. Description clinique :

Les troubles bipolaires appartiennent à la catégorie des troubles de l'humeur au même titre que les troubles unipolaires (ou dépressif récurrent), les troubles dysthymiques et cyclothymiques et les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive. [14]

Dans le trouble bipolaire, le caractère variable de l'humeur représente un élément essentiel, classiquement considéré comme constitutif de la maladie. Il est caractérisé par la diversité de ses expressions cliniques. Si certains patients souffrant de trouble bipolaire présentent de profondes phases dépressives ou à l'inverse des phases d'irritabilité, d'excitation, d'activités accrues, de nombreux autres présentent des formes atypiques d'allure caractérielle, pseudonévrotique avec des comorbidités au premier plan. [21, 22]

Il s'agit d'un état épisodique, récurrent, et souvent progressif dans lequel la personne touchée présente au moins un épisode de manie, caractérisé par au moins 1 semaine de symptômes continus d'humeur élevée, expansive ou irritable, en association avec au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'irritabilité est l'humeur présentée): • Réduction du besoin de sommeil • Mégalomanie ou estime de soi exagéré • Discours à pression • Fuite des idées ou sentiment subjectif de pensées passagères • Inattention • Taux élevé des activités ayant un but précis • Comportement problématique avec un potentiel élevé de conséquences douloureuses . [23]

2.1. Facteurs de risque et circonstances de découverte : [24, 25, 26, 27, 28, 29, 30]

Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale et leur lieu de résidence ; il débute autour de l'âge de 20 ans, toutes les classes sociales sont concernées de manière sensiblement comparable.

C'est probablement la maladie mentale où le déterminisme génétique est le plus fort, même si sa nature polygénique le rend difficile à identifier, et l'importance des antécédents familiaux de trouble bipolaire devrait aussi être prise en compte beaucoup plus systématiquement.

La mauvaise qualité du développement psychoaffectif et ses avatars (deuil parental précoce, maltraitance dans l'enfance...) sont aussi des facteurs de risque et certains traits de personnalité pathologique sont prédictifs de ce trouble.

Emile Kraepelin a rapporté que les facteurs d'environnement jouent également un rôle, que ce soient les difficultés de vie ou les facteurs de stress psychosociaux qui précipitent les récurrences.

Bien que Robert Poss a suggéré en 1980, que les rechutes maniacodépressives rendaient les patients bipolaires plus vulnérables à un « embrasement » maniacodépressif ultérieur, sur le modèle épileptologique où la répétition des crises abaisse le seuil épileptogène.

Le diagnostic du trouble bipolaire est souvent difficile, de sorte que pendant très longtemps il n'est pas posé. Souvent ce trouble se manifeste de manière insidieuse et le cours de la maladie est irrégulier.

La difficulté du diagnostic tient également à l'existence de tableaux mixtes, à la présence non rare de symptômes psychotiques, et à la fréquence des comorbidités avec l'alcoolisme et l'abus de substances, à l'origine de présentations atypiques du trouble.

Les épisodes des troubles bipolaires peuvent être :

- Hypomaniaques.
- Maniaques sans symptômes psychotiques.
- Maniaques avec symptômes psychotiques.
- Dépressifs légers ou modérés.
- Dépressifs sévères sans symptômes psychotiques.
- Dépressifs sévères avec symptômes psychotiques.
- Mixtes sans symptômes psychotiques.
- Mixtes avec symptômes psychotiques.

La maladie bipolaire se caractérise par deux pôles comportant des symptômes d'expression opposée. [27]

Les définitions actuelles reposent sur la récurrence d'accès thymiques. La récurrence est définie à partir de la survenue du deuxième accès thymique. [28]

Les épisodes thymiques sont entrecoupés de périodes intercritiques avec une rémission souvent considérée comme complète (Figure 81). [27]

Et il semble qu'une phase prodromale existe chez les patients souffrant de troubles bipolaires, les symptômes manifestés durant cette phase ne seraient ni suffisamment caractéristiques, ni suffisamment spécifiques pour donner lieu à des recommandations générales. Il reste qu'à un niveau individuel, l'association d'antécédents familiaux importants avec des symptômes affectifs justifie une intervention précoce. [27]

Les prodromes sont des signes précurseurs qui vont inéluctablement aboutir à l'entrée dans la maladie et ils pourraient être très différents selon le mode d'entrée dans la maladie, maniaque ou dépressif. Par ailleurs, seul l'épisode maniaque définit véritablement l'entrée dans la maladie. [27, 29]

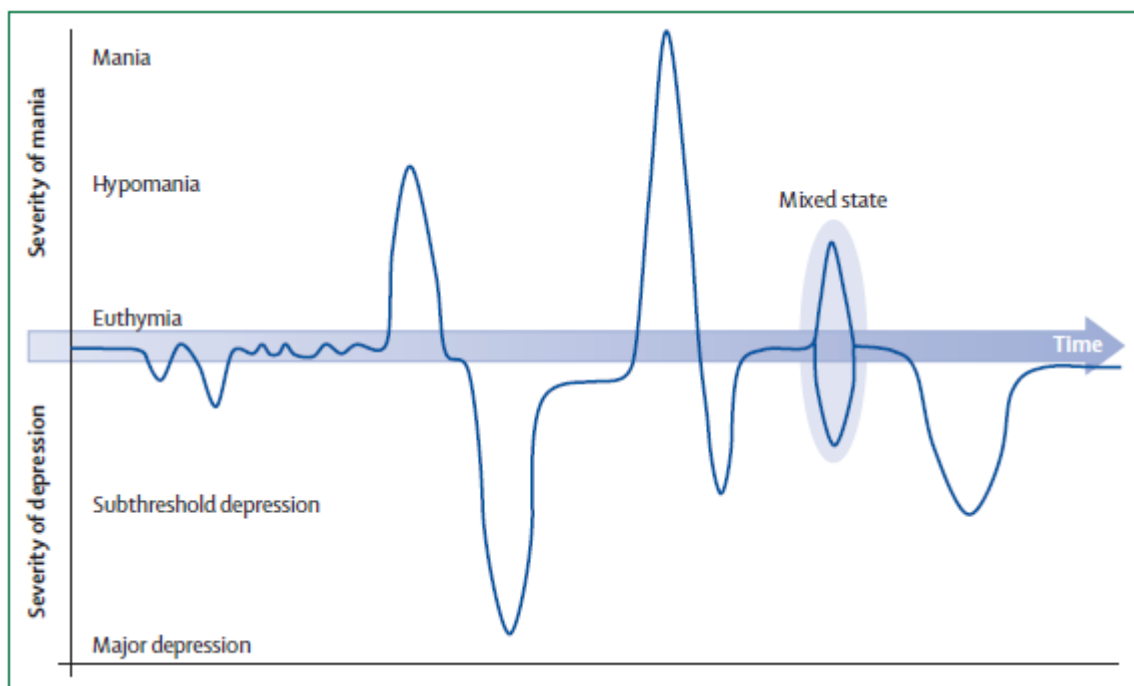


Figure 81: Life chart showing progression of bipolar disorder. [30]

2.2. Sémiologie de l'accès maniaque :

L'épisode maniaque est caractérisé par une humeur classiquement décrite comme euphorique, expansive et optimiste. Cependant, en pratique, plutôt qu'une humeur euphorique, on retrouve le plus souvent une irritabilité ou une labilité émotionnelle toutes aussi caractéristiques : le patient présente une humeur hyperréactive, en résonance avec le contexte et dont les amplitudes de variation sont augmentées, l'amenant à osciller entre euphorie, irritabilité, angoisse et tristesse, voire des phases de désespoir. [12]

Selon le DSM V les critères d'un épisode de manie sont : [20]

- A. Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 - 1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
 - 2. Besoin réduit de sommeil.
 - 3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 - 4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 - 5. Distractibilité rapportée ou observée (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 - 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

- C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).
- D. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.

Selon le DSM V les critères d'un épisode d'hypomanie sont : [20]

- A. Une période nettement délimitée, d'au moins 4 jours consécutifs, d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie, de persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté, ont représenté un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents à un niveau significatif :
 - 1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
 - 2. Besoin réduit de sommeil
 - 3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 - 4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 - 5. Distractibilité rapportée ou observée (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).

7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffèrent de celui de la personne hors période symptomatique.
- D. La perturbation de l'humeur et le changement dans le fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il y a des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque (et non hypomaniaque).
- F. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue prêtant à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.

2.3. Sémiologie de l'accès dépressif : [12, 16, 30, 31, 25, 32, 20, 11]

Contrairement à l'accès maniaque, l'identification de l'épisode dépressif pâtit souvent de l'existence de deux idées : le sujet déprimé est triste; une tristesse qui revêt de certaines caractéristiques particulières (permanence, caractère extensif) qui la font qualifier de tristesse pathologique et la dépression survient à la suite d'un événement douloureux.

La dépression affecte de manière importante l'ensemble de la personne, de ses activités, de ses relations et de sa manière d'être au monde. Son impact sur le fonctionnement quotidien est important, voire majeur ; et une rupture par rapport au fonctionnement antérieur est constante, se caractérise cliniquement par :

➤ Altération de l'humeur, qui peut aller d'un simple sentiment de cafard, d'ennui, de découragement jusqu'à douleur morale intense ; irritabilité. La douleur morale peut s'accompagner d'un sentiment d'émoussement voire d'anesthésie affective avec diminution marquée du plaisir ou de l'intérêt pour les activités habituellement agréables.

- Les contenus de pensée sont négatifs : perte d'estime de soi, sentiment d'incapacité, de rejet, d'incompréhension, voire sensibilité, pessimisme, parfois sentiment d'incurabilité. Des idées délirantes peuvent survenir, classiquement congruentes à l'humeur.
- Les idées, projets ou comportements suicidaires sont fréquents. Des conduites à risque, des conduites toxicomaniaques massives peuvent être considérées comme des équivalents suicidaires. Il est important de ne pas oublier la classique levée d'inhibition apparaissant dans les premiers jours suivant la mise en place du traitement antidépresseur.
- Un ralentissement qui se traduit par l'appauvrissement des gestes et de la mimique avec une fatigue inhabituelle et non justifiée, diminution des activités ou des envies.
- Certains symptômes somatiques sont observés :
 - o des troubles du sommeil : caractéristique insomnie du petit matin, mais également insomnie mixte ou d'endormissement ou sommeil non réparateur ;
 - o des troubles de l'appétit : plus souvent anorexie avec perte de poids que prise de poids ;
 - o des troubles sexuels : baisse, voire disparition de la libido, impuissance chez l'homme ou frigidité chez la femme.

À l'opposé, certains sujets déprimés peuvent ne pas exprimer de sentiment de tristesse, mais rapporter une dysphorie qui est une humeur caractérisée par l'instabilité et l'irritabilité ou un sentiment de lassitude et de désintérêt, sans tristesse et marqué par l'anesthésie des affects.

Au DSM V les critères pour un épisode dépressif majeur sont les mêmes pour la dépression unipolaire et bipolaire.

Selon le DSM V les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur :

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
 3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
 6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peu être délirante) presque tous les jours.
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

La dépression bipolaire est fréquemment diagnostiquée comme unipolaire pour différentes raisons: parce que les patients passent beaucoup plus de temps en état dépressif qu'en état hypomaniaque, et qu'ils demandent ainsi plus souvent de l'aide pour la dépression ;

c'est aussi à cause du manque d'insight des patients concernant leurs épisodes maniaques ou hypomaniaques ; de plus, les cliniciens ne repèrent pas suffisamment l'existence de symptômes maniaques ou hypomaniaques chez leurs patients.

C'est pour cette raison que plusieurs chercheurs notamment Leonhard en 1950 et une décennie plus tard Angst, Perris et Winokur ont décrits des différences symptomatiques qui sont utiles pour discriminer la dépression bipolaire de l'unipolaire.

La dépression bipolaire se diffère de l'unipolaire par:

- Un âge de début plus précoce ;
- Un risque suicidaire plus élevé ;
- Des symptômes psychotiques plus fréquents ;
- Des signes somatiques atypiques comme l'hyperphagie, l'hypersomnie ;
- Un ralentissement psychomoteur intense avec émoussement des affects ;
- Une difficulté intense à se mettre en route le matin ;
- Un virage maniaque sous antidépresseurs ;

D'autres éléments différencient aussi ces deux catégories de dépression : l'abus de substances, l'histoire familiale, la saisonnalité, les troubles en postpartum, la labilité de l'humeur, l'épisode mixte, plus retrouvés dans les dépressions bipolaires qu'unipolaires.

Les accès de la maladie bipolaire, maniaques ou dépressifs définissent, par la variabilité, l'hétérogénéité de leurs caractéristiques, ainsi que par leur évolution dans le temps.

Le diagnostic du trouble bipolaire est souvent difficile de sorte que pendant longtemps il n'est pas posé. Le délai moyen entre l'apparition de la maladie et le diagnostic est de 5 à 10 ans. Cette difficulté du diagnostic revient aussi à la fréquence des comorbidités diverses qui accompagnent le cours de la maladie.

Bipolar I disorder At least one manic episode must be presented, although major depressive episodes are typical but not needed for diagnosis
Bipolar II disorder At least one hypomanic episode and one major depressive episode are needed for diagnosis
Cyclothymic disorder Hypomanic and depressive periods that do not fulfil criteria for hypomania or major depression for at least 2 years
Other specified bipolar and related disorder Bipolar-like disorders that do not meet criteria for bipolar I disorder, bipolar II disorder, or cyclothymia because of insufficient duration or severity • Short-duration hypomanic episodes and major depressive disorder • Hypomanic episodes with insufficient symptoms and major depressive disorder • Hypomanic episode without prior major depressive disorder • Short-duration cyclothymia
Unspecified bipolar and related disorder Characteristic symptoms of bipolar and related disorders that do not meet full criteria for any category previously mentioned
Substance or drug-induced bipolar and related disorder
Bipolar and related disorder due to another medical condition

Figure 82: DSM V diagnosis of bipolar and related disorders. [30]

3. Diagnostic différentiel :

Actuellement, il n'existe pas d'outil d'évaluation paraclinique pour le diagnostic des troubles bipolaires. Le diagnostic repose uniquement sur l'évaluation clinique et peut être long et complexe. Bien que ces troubles soient bien caractérisés, il faut en moyenne 8 ans et 3 à 5 médecins avant que le diagnostic correct ne soit posé. De plus, 73 % des patients reçoivent au moins un diagnostic erroné. [26, 3]

Avant de retenir le diagnostic du trouble bipolaire, il est important d'éliminer en premier une pathologie somatique pouvant induire des symptômes à type de troubles de l'humeur ; telle que les pathologies :

1. Neurologiques telles qu'une tumeur cérébrale, une sclérose en plaque, un accident vasculaire cérébral, voire un début de démence notamment chez les patients de plus de 40 ans ayant des troubles bipolaires d'apparition retardée.
2. Endocriniennes parmi lesquelles les troubles thyroïdiens ou une maladie de Cushing.

L'association des symptômes de la pathologie organique avec un tableau clinique atypique fera le diagnostic.

3. Les troubles de l'humeur peuvent être également induits par la prise de substances médicamenteuses (corticoïdes, antidépresseurs, interféron alpha, etc.), de substances psychoactives illicites (psychostimulants, en particulier, amphétamines et cocaïne, hallucinogènes), qu'il convient de rechercher.

Ce diagnostic est retenu lorsque la symptomatologie est liée de manière étroite et chronologique à la prise d'une substance. [26, 31]

Le diagnostic différentiel des troubles bipolaires avec les autres pathologies psychiatriques se fait principalement avec :

4. Les troubles unipolaires : notamment le trouble dépressif majeur ou la dépression unipolaire (épisode unique ou récurrent), et le trouble dysthymique nommé «trouble dépressif persistant» au DSM V, qui est un trouble dépressif ne répondant pas aux critères du trouble dépressif majeur et d'évolution au long cours (depuis au moins 2 ans) et fluctuante, mais les périodes au cours desquelles le sujet est normothymique ne dépassent pas la durée de 2 mois. [11]
5. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : ce trouble et le trouble bipolaire entretiennent une relation complexe. Ils partagent de nombreux symptômes ce qui engendre de nombreuses difficultés diagnostiques.

En effet, Face à un jeune adulte présentant des troubles de la concentration, une agitation, une irritabilité, une logorrhée, une distractibilité, une impulsivité, des difficultés scolaires ou professionnelles ainsi que des difficultés interpersonnelles, il est bien difficile de faire la part des choses entre un trouble déficitaire de l'attention avec, ou sans hyperactivité (TDAH) ou un trouble bipolaire (TB).

Malgré ce chevauchement, il existe sur le plan clinique des signes beaucoup plus spécifiques du trouble bipolaire qui facilitent le diagnostic différentiel. Il s'agit de l'exaltation de l'humeur, des idées de grandeur, de la fuite des idées, de la réduction du sommeil, de l'hypersexualité et des signes psychotiques, et aussi l'évolution du trouble : une évolution chronique pour le TDAH avec une symptomatologie permanente alors que, le trouble bipolaire suit une évolution épisodique avec une alternance d'épisodes maniaques, dépressifs, mixtes et euthymiques bien distincts. [33]

6. Les troubles psychotiques : les troubles schizophréniques et le trouble bipolaire partagent certaines de leurs caractéristiques cliniques et évolutives. En effet, La distinction entre ces deux troubles reste difficile devant les symptômes psychotiques fréquemment observés dans la manie et les symptômes maniaques retrouvés au cours de la schizophrénie. [34, 16]

Les relations entre ces deux troubles sont évoquées dans deux catégories : les troubles schizo-affectifs de type bipolaire, et les épisodes maniaques ou mixtes avec caractéristiques psychotiques. Les critères du trouble schizo-affectif de type bipolaire sont la présence d'un épisode maniaque (ou mixte) et de symptômes caractéristiques de la schizophrénie, et la survenue isolée de symptômes psychotiques pendant 2 semaines au moins. Ceux des épisodes bipolaires avec caractéristiques psychotiques sont la survenue d'épisodes sévères, avec caractéristiques psychotiques congruentes ou non à l'humeur. [35]

7. Les troubles de personnalité :

- La personnalité borderline : ce trouble de la personnalité partage avec le trouble bipolaire une instabilité de l'humeur, une sensibilité interpersonnelle forte, un sex-

ratio proche de 1, une récurrence des épisodes dépressifs, un taux de suicide entre 10 et 15%, des comorbidités anxieuses et addictives, une cyclothymie. [36]

- La personnalité antisociale : cette personnalité et le trouble bipolaire ont en commun un trouble de l'impulsivité, les comportements suicidaires, l'abus de substances, et les comportements antisociaux.

Par contre le trouble bipolaire se caractérise par un âge de début plus précoce, des changements d'humeur plus objectivables et spontanés, un fonctionnement cognitif particulier dans l'enfance, et des antécédents familiaux de trouble de l'humeur.

Il faut noter que ces troubles sont plus sévères s'ils sont associés au trouble bipolaire. [11]

8. La psychose puerpérale dont les frontières diagnostiques sont parfois floues, notamment avec les troubles thymiques non puerpéraux et les troubles de la personnalité. En effet, la présentation clinique des psychoses puerpérales est souvent proche des phases maniaques du trouble bipolaire en dehors de l'accouchement. C'est pour cette raison que devant toute psychose puerpérale relativement indemne d'éléments dissociatifs il est impératif de chercher les éléments diagnostiques en faveur de la maladie bipolaire. [37,16]

Il faut aussi noter que le risque de psychose puerpérale est beaucoup plus important chez les femmes souffrant de trouble bipolaire, puisque l'on retrouve jusqu'à 30 % de tels épisodes après un accouchement dans ce groupe à risque, ainsi que le facteur de risque psychiatrique le plus important pour la psychose puerpérale est l'existence d'antécédents de troubles thymiques, et spécialement de troubles bipolaires. [37]

9. L'anxiété et autres troubles névrotiques : il est parfois difficile de distinguer les troubles dépressifs légers des troubles anxieux. Le diagnostic correct dépend de l'évaluation de la sévérité relative des symptômes anxieux et dépressifs et de l'ordre de leur apparition. Des problèmes semblables apparaissent lorsqu'il existe des symptômes phobiques ou obsessionnels marqués ou en présence de symptômes dissociatifs ou de comportement histrionique. [38]

4. Etiopathogenie des troubles bipolaires :

Le trouble bipolaire est une pathologie multifactorielle qui a un déterminisme complexe intriquant plusieurs facteurs de vulnérabilité. Les hypothèses biologiques ou génétiques ont dominé les hypothèses étiopathogéniques du trouble bipolaire. [39, 4]

4.1. Génétique du trouble bipolaire :

L'existence d'une vulnérabilité génétique vis-à-vis du trouble bipolaire est établie depuis longtemps. En effet, si la prévalence du trouble est estimée entre 0,5 et 1,5 % en population générale, ce risque augmente entre 5-10 % si un apparenté au premier degré est atteint tandis que le taux de concordance des jumeaux monozygotes atteint 40 à 70 %. De plus, les apparentés au premier degré de sujets bipolaires sont 5 à 10 fois plus exposés au risque de développer ce même trouble comparativement à la population générale, et son héritabilité est estimée autour de 80%. [40, 37]

Les données de la littérature suggèrent l'interaction de plusieurs gènes avec des mécanismes génétiques complexes, on a même identifié les régions chromosomiques les plus susceptibles d'être porteuses de facteurs de vulnérabilité génétique à travers des études d'association et de liaison.

Mais ces gènes ne sont généralement pas des gènes de vulnérabilité propres à la maladie bipolaire ; ils sont plutôt des gènes de vulnérabilité à un ensemble de maladies, englobant la bipolarité et la schizophrénie, ou les psychoses en général.

Le plus souvent, ces gènes s'inscrivent dans le cadre d'une vulnérabilité développementale aux psychoses. Les études de liaison menées chez les sujets bipolaires ou chez les paires de germains atteints ont identifié certaines régions chromosomiques associées au trouble bipolaire. [37, 41]

4.2. Neurobiologie du trouble bipolaire :

Les théories neurobiologiques du trouble bipolaire se sont focalisées sur les hypothèses monoaminergiques.

Cependant l'idée qu'une monoamine isolée puisse expliquer le trouble bipolaire a évolué vers l'implication de plusieurs systèmes de neurotransmission, en effet les états d'excitation et de dépression, qui caractérisent la bipolarité, sont classiquement rattachés au fonctionnement de deux grands systèmes de neurotransmetteurs, les systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques, avec une hyperactivité dopaminergique dans la manie et une hypoactivité sérotoninergique dans la dépression. D'autres neurotransmetteurs semblent impliqués dans les troubles bipolaires comme le système inhibiteur du GABA et excitateur du glutamate, l'acétylcholine ou encore l'histamine. [37, 41]

4.3. Anomalies cérébrales structurales et électrophysiologiques :

Grâce aux techniques d'imagerie, beaucoup d'anomalies structurales cérébrales ont été retrouvées chez les bipolaires :

- La plus fréquente est une augmentation de volume des ventricules latéraux. Il a été proposé que les ventricules cérébraux, normaux au début de la maladie, tendraient ensuite à s'élargir du fait d'une perte neuronale en rapport avec la répétition des épisodes, ce qui pourrait impliquer que les épisodes de la maladie produisent des effets toxiques ou destructeurs sur des populations de neurones.
- En dehors des ventricules cérébraux, les anomalies structurales les plus constamment retrouvées concernent le cortex préfrontal, l'amygdale, l'hippocampe, le striatum et le cervelet :
 - o Une diminution de taille et de densité des neurones du cortex préfrontal dorsolatéral et médian comparativement aux sujets normaux ce qui réduirait les performances cognitives surtout pour les tâches attentionnelles.
 - o Une diminution de la densité du cortex cingulaire antérieur, région impliquée dans la cognition et le contrôle de la motricité

- o Une augmentation de la taille de l'amygdale temporale (région directement sollicitée dans la reconnaissance des émotions) chez les adultes bipolaires contre une diminution de celle-ci chez les adolescents atteints de la même pathologie.
- o Les volumes du thalamus, du striatum et du cervelet ont été retrouvés augmentés dans certaines études, normaux dans d'autres.

Sur le plan électrophysiologique, le trouble bipolaire s'accompagne d'anomalies de l'onde P50 qui reflète le filtrage inhibiteur. Ce dernier est un phénomène électrophysiologique considéré comme impliqué dans la survenue des hallucinations, et se trouve diminué de manière significative chez les bipolaires ayant présenté des symptômes psychotiques comparativement aux bipolaires « non psychotiques » et aux sujets contrôle. [37, 42]

4.4. Événements de vie stressants :

En dehors de la vulnérabilité individuelle pour le trouble bipolaire, de multiples facteurs participent à l'émergence de la maladie et son évolution ultérieure. En effet les études ont retrouvé un excès d'événements de vie stressants dans les 1 à 3 mois précédant la rechute et elles ont montré l'impact des événements de vie et du support social sur le temps de guérison des épisodes et sur le délai entre les rechutes. En revanche, le traitement médicamenteux, l'observance thérapeutique et les antécédents personnels modulent le rôle précipitant des événements de vie [37, 3, 43]

Il n'existe pas d'événement spécifiquement déclencheur de rechute ; on retrouve néanmoins fréquemment la perte d'un proche, le changement ou la perte d'un emploi, les déménagements, les toxiques et les drogues, dont il est souvent difficile de savoir s'ils révèlent un trouble bipolaire ou s'il s'agit d'épisodes purement pharmaco-induits ; la réduction de sommeil a été incriminée dans les rechutes maniaques surtout, notamment chez des patients présentant un trouble bipolaire à cycles rapides, ainsi un rythme veille-sommeil quotidien très structuré, peut protéger ces patients des fluctuations thymiques ; ou encore l'accouchement qui constitue chez les femmes, un événement de vie stressant spécifique. [37, 3]

Cette influence des événements de vie tendrait à décroître en fonction du nombre de récurrences. Les épisodes provoqueraient une sensibilisation (ou kindling), c'est à dire une vulnérabilité biologique croissante vis-à-vis des événements déclenchant ou précipitant. [40]

4.5. Aspects cognitifs et qualité des relations sociales :

La qualité des relations interpersonnelles dans l'entourage des patients bipolaires semble affecter l'évolution de ce trouble. En effet des études prospectives ont montré qu'un soutien social de mauvaise qualité s'accompagne de rechutes plus fréquentes et d'une durée de rémission plus courte. Il a également été démontré qu'un niveau d'expression émotionnelle élevé dans les familles (emportement ou cis pour des événements mineurs) était un facteur précipitant de la maladie. [37, 40]

D'autres facteurs développementaux, de survenue plus précoce, ont été incriminés, tels les carences affectives, les mères dominatrices, l'absence de père «émotionnel» ou «physique», les antécédents de maltraitance ou d'hyperactivité dans l'enfance [16]

5. Evolution et pronostic du trouble bipolaire :

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique, dont l'évolution est très variable : rémission plus ou moins complète, chronicité, mortalité par suicide ou d'origine somatique. [44,45]

Il existe une grande hétérogénéité de l'âge de début du trouble bipolaire, la maladie peut se déclarer dès la puberté et jusqu'à un âge avancé. Cependant, il se situe typiquement autour de 21 ans. Le trouble bipolaire de début tardif est rare et serait déclenché par une maladie organique cérébrale. [12, 38]

Au moins 90% des patients maniaques auront d'autres épisodes de perturbation de l'humeur, en effet sur une période de suivi de 25ans, ils auront en moyenne environ 10 épisodes ultérieurs. La durée moyenne d'un épisode maniaque traité ou non est d'environ 6mois, et l'intervalle entre les épisodes se raccourcit progressivement avec l'âge et avec le nombre d'épisodes. [38]

Presque tous les patients bipolaires guérissent d'un épisode aigu, mais le pronostic à long terme est plutôt mauvais et la maladie peut provoquer un handicap, notamment dû à son caractère cyclique et récidivant et à la présence des symptômes résiduels entre les épisodes thymiques (instabilité thymique a minima, troubles cognitifs...). [38,44]

Lorsque le traitement préventif des rechutes est correctement suivi, le retentissement social, relationnel et professionnel est minime. Cependant, certains facteurs peuvent entacher le pronostic de la maladie bipolaire. [4]

- L'âge de début de la maladie précoce :

Un âge de début de la maladie inférieur à 18 ans, est un facteur de mauvais pronostic. [45]

Ces troubles bipolaires à début précoce ont une présentation clinique différente, avec des formes plus sévères et notamment davantage de symptômes psychotiques, plus d'états mixtes, une évolution continue faite de cycles rapides, qui s'additionnent parfois à des troubles du comportement tels que de l'hyperactivité et un déficit de l'attention ou des troubles de conduite. Ces formes ont généralement une moins bonne réponse au traitement. [46, 3]

- Sexe féminin :

Certains auteurs considèrent que le trouble bipolaire féminin est de moins bon pronostic à cause d'un plus grand nombre d'épisodes dépressifs. Les femmes se font prescrire, plus souvent que les hommes, des antidépresseurs, connus pour aggraver le cours évolutif du trouble bipolaire (générateurs d'épisodes mixtes et de cycles rapides, essentiellement pour les tricycliques). [45, 16]

- un bas niveau socio-économique :

Un niveau socio-économique bas est un élément de mauvais pronostic. [45]

- Les antécédents familiaux de trouble de l'humeur :

Les patients ayant des antécédents familiaux de trouble de l'humeur ont un moins bon pronostic. On retrouve plus fréquemment dans ce cas, des formes à début précoce, des épisodes maniaques et un fort taux de mortalité. [45]

- La présence de symptômes psychotiques

Ils sont corrélés à un taux plus élevé de rechutes et une plus grande sévérité des épisodes polyphasiques. [45]

- Les formes à cycles rapides :

Le trouble bipolaire à cycle rapide concerne 15% des sujets bipolaires selon la littérature (moyenne retenue de 20 % pour Schneck et al.), il est associé à un moins bon pronostic à long terme, à une moins bonne réponse au traitement par lithium, à un plus grand nombre de dépressions chroniques et à un risque suicidaire plus élevé [12, 45]

- La non-compliance au traitement :

Elle entraîne une augmentation du risque de rechutes et des conduites addictives, du nombre d'hospitalisations, de prescription de neuroleptiques, ainsi qu'à la détérioration du statut fonctionnel du sujet bipolaire. [45, 16]

- La résistance au traitement :

L'existence de cycles rapides, de dépressions chroniques et d'états mixtes favorise la résistance au traitement. [45]

- Morbidité, mortalité et espérance de vie dans les troubles bipolaires :

Les patients bipolaires ont un risque très augmenté de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale. En effet selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 2001, il y aurait globalement une perte de huit à dix ans d'espérance de vie pour les patients souffrant d'un trouble bipolaire (plus importante encore en l'absence de traitement). La comorbidité somatique dans les troubles bipolaires est ubiquitaire et induit une mortalité plus élevée de 35 % à 50 %, selon les études, comparée à celle de la population générale. La principale cause de mortalité naturelle des patients bipolaires sont les maladies cardio- et cérébrovasculaires de prévalence deux fois supérieure à celle de la population générale. Certaines comorbidités somatiques sont également surreprésentées dans les troubles bipolaires et en grèvent le pronostic fonctionnel et la qualité de vie. Les comorbidités les plus fréquentes sont le syndrome métabolique, le surpoids, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), les

endocrinopathies, en particulier les dysthyroïdies et les maladies cardiovasculaires. Certaines autres pathologies telles les troubles du sommeil, la migraine, les infections virales VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et VHC (virus hépatite C), la sclérose en plaques ou l'asthme sont également plus fréquentes et souvent méconnues. À cela s'ajoutent les effets iatrogènes des traitements psychotropes pris au long cours. [47, 48]

L'existence d'une comorbidité psychiatrique est quant à elle importante puisqu'elle concerne 60 % de l'ensemble des patients bipolaires. Parmi celles-ci, les pathologies addictives occupent la première place, notamment les abus d'alcool et de cannabis. Les patients bipolaires présentent également une forte prévalence de troubles anxieux (troubles paniques, phobie sociale) et une prévalence variable de troubles du comportement alimentaire. Les troubles de la personnalité sont également plus fréquents en comparaison avec la population générale. [12]

Les patients bipolaires souffrant d'une affection comorbide présentent les premiers symptômes affectifs plus jeunes, entrent dans la maladie bipolaire plus précocement, présenteraient également des formes cliniques à cycles rapides et des épisodes plus sévères au cours de l'évolution de la maladie, des séjours plus longs à l'hôpital et des taux de rémission réduits, ainsi que plus de difficultés dans leurs activités professionnelles et leur adaptation sociale. [5]

Les patients présentant un trouble bipolaire sont particulièrement à risque de conduites suicidaires. Selon les études 20 à 56% des patients souffrants d'un TB feront une tentative de suicide dans leur vie et 10 à 15% mourront par suicide. Ces taux sont 15 à 30 fois supérieurs à ceux de la population générale. Le risque suicidaire doit être régulièrement évalué chez ces patients particulièrement dans les périodes difficiles (début de la maladie, épisodes mixtes, épisodes dépressifs, stress environnementaux, ...). Cette évaluation passe par la recherche de ces facteurs de risque suicidaire :

- Facteurs de vulnérabilité suicidaire :
 - Antécédents personnels de tentative de suicide
 - Antécédents familiaux de conduites suicidaires
 - Histoire de maltraitance dans l'enfance

- Impulsivité agressive
- Pessimisme
- Type et modalité du trouble bipolaire :
 - Première année d'évolution
 - Début d'un épisode et période de transition
 - Episode dépressif ou mixte
 - Cycle rapide
 - Trouble bipolaire de type II
- Comorbidités psychiatriques : troubles anxieux, addiction, trouble de la personnalité
- Facteurs de stress psychosociaux
- Absence de traitements thymorégulateurs ou traitements inadaptés. [49]

La bipolarité affecte, significativement, l'insertion professionnelle ; 50% des sujets bipolaires sont inactifs, les coûts indirects de la prise en charge sont alors alourdis. Sur le plan familial, la bipolarité touche à la stabilité de la famille et des liens conjugaux. [5]

La bipolarité a un pronostic réservé devant les conséquences lourdes ; à la fois familiales, psychosociales et médico-légales. Donc une prise en charge globale est indispensable afin de limiter le risque de rechute : ainsi, outre le traitement médicamenteux, l'information du patient et de son entourage et la mise en place d'un programme psychoéducatif permettent d'améliorer la compréhension de ce trouble particulier, la compliance au traitement et l'alliance thérapeutique.

6. Thérapeutique :

Le trouble bipolaire est une pathologie complexe en raison de la richesse des présentations symptomatiques qui font parfois errer longtemps le diagnostic. La nature complexe de cette maladie impose une prise en charge multifocale s'appuyant sur des thérapeutiques médicamenteuse et non médicamenteuse font appel à un arsenal thérapeutique variable selon les individus, les formes cliniques et les moments évolutifs. [50, 51]

6.1. Principes généraux du traitement : (Figure 83)

La prise en charge au long cours du trouble bipolaire a pour but de traiter les épisodes bipolaires, de prévenir les récurrences, de soigner les comorbidités somatiques ou psychiques, de réduire le taux de suicide et plus globalement d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des sujets. Elle repose sur une bonne alliance thérapeutique entre l'équipe médicale, le patient et la famille. Elle vise à faciliter le processus d'acceptation de la maladie, garantir la qualité de l'observance thérapeutique au long cours et de la connaissance des règles de bonne hygiène de vie qui représentent des facteurs protecteurs importants. Elle est basée à la fois sur une aide médicale et psychologique globale et varie selon la forme clinique de la maladie bipolaire, les contre-indications et les résistances présentées par le patient. Elle s'appuie principalement sur les traitements thymorégulateurs, prescrits à la phase aiguë et poursuivis pendant la phase d'entretien. Cependant, d'autres classes thérapeutiques sont souvent associées (neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques).

Le traitement des troubles bipolaires ne peut se dispenser de mesures de soins qui vont de la protection du patient à son information. [52, 53]

6.2. Traitement des troubles bipolaires:

Le traitement des troubles bipolaires doit clairement considérer d'une part le traitement des phases aiguës maniaques, dépressives ou mixtes et d'autre part la mise en œuvre de stratégies de prévention des récurrences. Les experts ont élaborés des recommandations afin d'aider les praticiens à proposer des soins appropriés dans de multiples situations cliniques. [52, 54]

a. Thérapeutique à la phase aiguë : [54, 55, 53, 56, 52]

Le choix d'une molécule dès la phase aiguë va dépendre :

- des caractéristiques cliniques de l'épisode en cours ;
- du type de trouble bipolaire (I ou II) ;
- de l'histoire thymique du patient sur la vie entière (prédominance d'épisodes maniaques, hypomaniaques, mixtes ou d'épisodes dépressifs) ;

- de la présence ou non de cycles rapides (patients ayant au moins 4 épisodes thymiques au cours des 12 derniers mois selon les critères du DSM V) ;
- de la préférence du patient.

L'indication d'hospitalisation à la phase aiguë doit être considérée dans les situations suivantes :

- un épisode maniaque ;
- un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ;
- un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques ;
- un risque de passage à l'acte suicidaire ;
- une majoration récente des conduites addictives ;
- un état somatique préoccupant.

Une hospitalisation peut également être proposée en cas de résistance ou d'inefficacité du traitement.

Traitement des épisodes maniaques et hypomaniaques :

- Molécules ou thérapeutiques recommandées

Les molécules recommandées ayant un effet anti-maniaque à la phase aiguë sont :

- o Lithium (Li) ;
- o Anticonvulsivants (AC) : carbamazépine, oxcarbazépine, valproate, valpromide ;
- o Antipsychotiques de seconde génération (AP2G) : amisul-pride, aripiprazole, clozapine, olanzapine, quétiapine, rispéridone ;
- o Antipsychotiques de première génération (AP1G) : halo-péridol, loxapine ;
- o Électroconvulsivothérapie (ECT).

Traitement des épisodes dépressifs caractérisés dans le cadre d'un trouble bipolaire:

- Molécules ou thérapeutiques recommandées

Les molécules recommandées ayant un effet anti-maniaque à la phase aiguë sont :

- o ECT ;
- o Lithium ;
- o AC : carbamazépine, lamotrigine, oxcarbazépine, val-proate, valpromide ;

- o AP2G : aripiprazole, olanzapine, quétiapine ;
- o AD associé à un SH anti-maniaque.

L'ECT reste recommandé en 1^{ère} ligne dans toutes les situations où le pronostic vital est engagé ou en cas d'antécédents de réponse à une série d'ECT.

b. Thérapeutique au long cours : [54, 55, 53, 56, 52]

Le choix de la stratégie prophylactique dépend de :

- o la polarité prédominante du trouble ;
- o la présence de conduites suicidaires ou de conduites à risque ;
- o le traitement efficace de la phase aiguë ;
- o la sévérité des épisodes ;
- o la présence de cycles rapides ;
- o l'éventualité d'un virage de l'humeur induit ;
- o l'existence de comorbidités ;
- o le profil de tolérance du médicament choisi ;
- o la préférence du patient ;
- o les capacités d'observance du patient.

L'instauration d'un traitement prophylactique est recommandée dès que le diagnostic de trouble bipolaire I ou II est posé, et il est recommandé de le poursuivre aussi longtemps que possible dans le trouble bipolaire I et II, avec une réévaluation régulière.

La présence des facteurs suivants est en faveur d'une poursuite du traitement pour la vie entière :

- o Antécédents familiaux au premier degré de trouble bipolaire ;
- o Sévérité de l'épisode ;
- o Conduites suicidaires lors de l'épisode index ;
- o Comorbidités psychiatriques ;
- o Persistance de symptômes résiduels ;

- o Nombre élevé d'épisodes dépressifs caractérisés (> 3) ;
- o Présence de caractéristiques psychotiques lors de l'épisode index ;
- o Âge de début précoce ;
- o Intervalle de courte durée entre les épisodes.

c. Traitement non médicamenteux : [57, 58, 55]

L'ensemble des conférences de consensus internationales insiste sur l'aspect capital des thérapies psychologiques destinées aux patients atteints de troubles bipolaires.

Les interventions psychologiques documentées sont au nombre de quatre :

- o psychoéducation ;
- o thérapies comportementales et cognitives ;
- o thérapies familiales comportementales ;
- o thérapies interpersonnelles et des rythmes sociaux.

Il apparaît clairement que ces différentes approches psychologiques codifiées et évaluées agissent en synergie avec le traitement médicamenteux qui, même s'il est observé correctement ne permet pas de prévenir toutes les rechutes.

Ces stratégies ont l'avantage considérable au-delà de la réduction du nombre d'épisodes, de permettre une meilleure qualité de l'intervalle libre entre deux épisodes.

Les points clés récurrents sont l'acceptation de l'existence d'une pathologie, avec ses avantages et ses inconvénients, l'importance de la régularité des rythmes biologiques dans la prévention des rechutes et la qualité de l'intervalle libre, le repérage de la rechute soit précoce par l'identification des stressors, soit plus tardive par l'identification des prodromes, enfin l'apprentissage de stratégies d'ajustement comportementales ou médicamenteuses aux stressors et aux prodromes

Les modèles psychoéducatifs et les stratégies qui en découlent apportent clairement un bénéfice individuel, tant dans la réduction du nombre d'épisodes que dans la qualité du fonctionnement social dans les périodes intercritiques.

Toutes ces mesures ont comme préalable un travail d'acceptation de la maladie, paramètre déterminant de l'observance et de la compliance, donc du pronostic au long cours.

Le traitement médicamenteux du trouble bipolaire est absolument indispensable et transforme depuis l'apparition du lithium le pronostic des patients, mais il doit être associé d'une prise en charge globale intégrant les aspects psychothérapeutiques, psychoéducatifs, le soutien de l'entourage et l'aménagement de l'environnement de vie. [52]

La prise en charge du trouble bipolaire est primordiale tant l'importance de ce trouble est grande en termes de morbidité.

Principes généraux du traitement des patients bipolaires.

Phase préthérapeutique

Évaluation diagnostique précise : anamnèse exhaustive des troubles, recherche de comorbidités (pathologies associées, consommations de toxiques), inventaire des antécédents familiaux

Évaluation précise de la sécurité du patient : évaluation systématique du risque suicidaire, de la dangerosité lors des épisodes aigus. Dans certaines situations précises une hospitalisation peut être préconisée de préférence en hospitalisation libre, voire sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers) si le patient nécessite des soins immédiats et n'est pas en état d'y consentir

Instauration du traitement

Instauration d'un traitement adapté dans le cadre d'une relation thérapeutique de qualité, assurant une bonne alliance thérapeutique et assortie d'un suivi étroit de la réponse au traitement

Application de mesures psychoéducatives destinées au patient mais aussi à son entourage. Elles permettent la bonne adhésion au traitement, une prévention efficace des rechutes par l'identification des facteurs déclenchants et le respect des règles hygiénodietétiques

Surveillance et évaluation après instauration

Évaluation de l'efficacité, des symptômes résiduels et des effets secondaires des traitements

Figure 83: Principes généraux du traitement des patients bipolaires. [52]

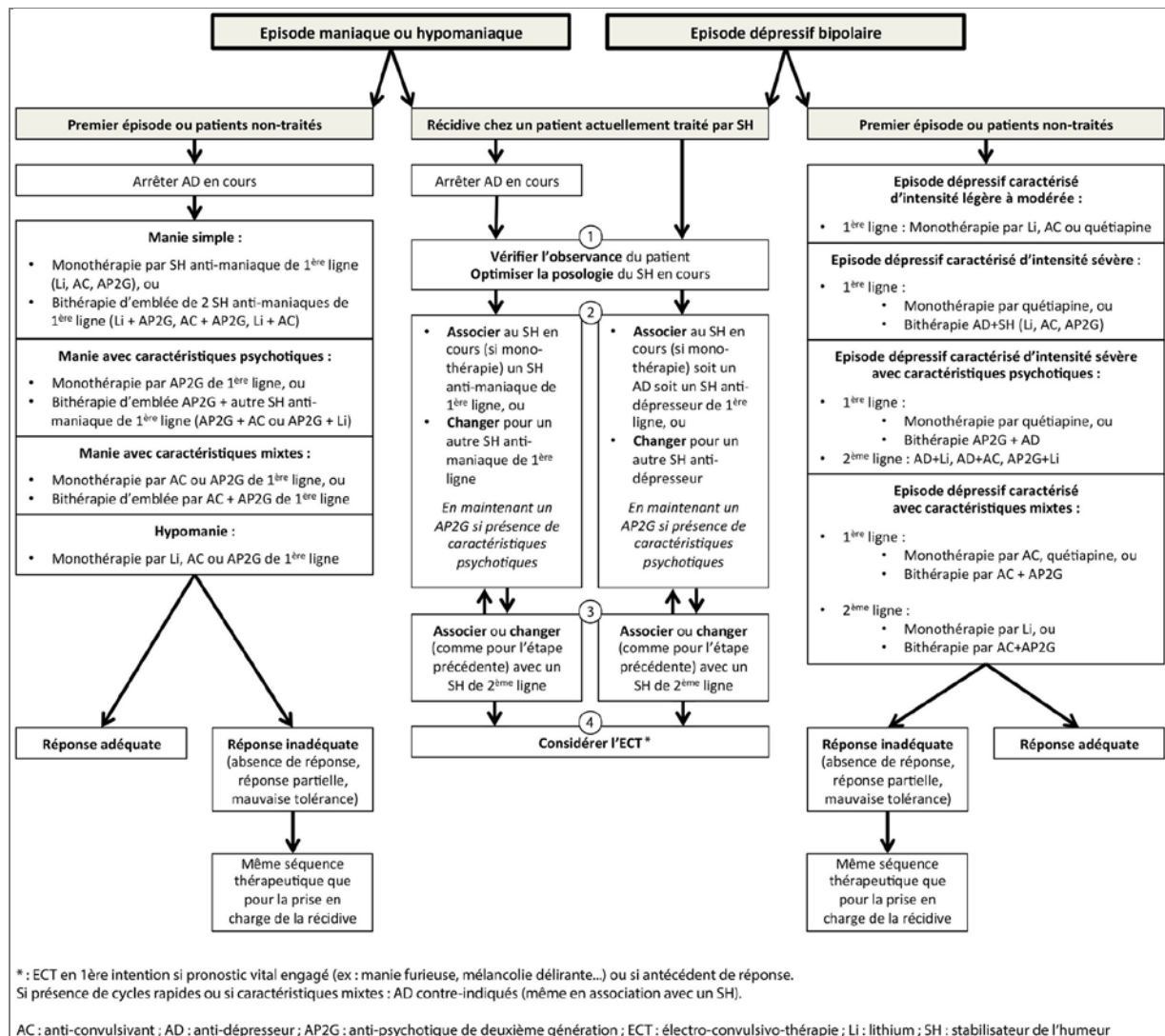


Figure 84: Algorithmé décisionnel résumant les différentes stratégies thérapeutiques lors d'un épisode thymique (Année 2014). [54]

II. GENERALITES SUR L'ADDICTION :

1. Quelques définitions sémantiques :

1.1. L'usage : [59, 60, 61]

Toute conduite de substances psycho actives ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, c'est à dire inférieure ou égale au seuil de risque défini par l'OMS et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel.

L'usage peut être expérimentale, occasionnel, ponctuel, intermittent, périodique, régulier ou continu etc.

1.2. L'abus : [19]

Selon le DSM IV l'abus est un mode de consommation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du comportement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des modifications suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Consommation répétée d'une substance débouchant sur l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple : absences répétées, mauvaises performances au travail, exclusions scolaires, négligences des enfants ou des tâches ménagères).
2. Consommation répétée d'une substance dans des situations présentant une dangerosité physique (par exemple : conduite d'un véhicule ou fonctionnement d'une machine-outil).
3. Problèmes judiciaires répétés liés à la consommation d'une substance psycho active.
4. Poursuivre de l'usage de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : bagarres à répétition, disputes conjugales, violences familiales).

1.3. La dépendance : [59, 60, 61, 62]

La définition générale de la dépendance pharmacologique donné par l'OMS en 1975 est : « la dépendance est un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance se caractérisant par des réactions comportementales ou autres qui comprennent toujours un besoin compulsif de consommer la drogue de façon continue ou périodique afin d'en retrouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise et la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance.

Il est habituel de distinguer :

- la dépendance psychique : qui est définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit.
- la dépendance physique : qui est définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée).

1.4. La toxicomanie : [62]

Selon l'OMS la toxicomanie est « un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ». La toxicomanie représente donc une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue.

1.5. La drogue : [62]

La définition de drogue selon l'OMS est très large « toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur. En ce sens, tout médicament peut être désigné par le mot drogue. Selon l'usage qui en est fait, les drogues peuvent être employées à des fins

médicales ou à des fins non médicales. Seules les substances susceptibles de modifier la fonction psychique peuvent être retenues comme drogues. Ce sont les drogues psychotropes, c'est-à-dire l'ensemble des substances d'origine naturelle ou synthétique qui peuvent, par leur action sur le système nerveux central, modifier l'activité mentale, les sensations, les comportements... ».

1.6. L'addiction : [59, 62, 63, 20]

L'addiction est considérée comme un désordre psychiatrique défini par l'OMS comme un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements". L'addiction se manifeste à travers une constellation de symptômes subjectifs et objectifs, reflétant un état compulsif et conflictuel.

Les causes de ce désordre sont multifactorielles et impliquent des interactions complexes entre différents facteurs de risque (figure1), ces interactions influent sur la trajectoire développementale du cerveau et aboutissent à des modifications synaptiques persistantes fonctionnelles et structurelles dans les circuits neuronaux régulant le désir et le plaisir.

Ainsi l'addiction se définit lorsque :

- La sensation remplace l'émotion, la relation et la symbolisation.
- Le besoin l'emporte sur le désir et la demande.
- Lorsqu'un objet envahit le champ des plaisirs possibles et devient la stratégie prioritaire et impérieuse pour obtenir du plaisir ou apaiser une tension.
- Et lorsque la passion l'emporte sur la raison.

Il faut noter que le mot « addiction » n'est plus utilisé en tant que terme diagnostique dans la classification officielle du trouble de l'usage d'une substance du DSM V du fait de sa définition incertaine et de sa connotation potentiellement négative. Le terme plus neutre de « trouble de l'usage d'une substance » est utilisé pour décrire le large spectre du trouble de prise de drogue compulsive, d'une forme légère à un état grave à rechutes chroniques.

1.7. Les conduites addictives : [59]

Les conduites addictives se définissent par le besoin impérieux et répétitif d'utiliser une ou plusieurs substances psychotropes. Par analogie, elles concernent aussi des troubles du comportement, tout aussi impérieux et répétitifs, alimentaire (boulimie-anorexie) ou sociaux (jeux, sexe...). Il s'agit de maladies, chacune avec son cortège de pathologies physiques et psychiques. La sémiologie et la prise en charge du versant physique sont en général bien codifiées. Il n'en est pas de même pour le versant psychique, propre à chaque patient dépendant et à chaque dépendance, à chaque relation soignant soigné, à chaque médecin.

2. Neurobiologie de l'addiction : [59, 62, 63]

L'addiction touche la régulation désir/manque :

Les plaisirs naturels (nourriture, sexe, affection, amour, valorisation sociale, perception du beau, etc) sont régulés par une sinusoïde désir-plaisir-apaisement-manque qui s'autorégule avec les stimulants naturels du plaisir : le désir augmente le plaisir, trop de plaisir sature et trop d'absence finit par éteindre le désir.

Les comportements addictifs agissent directement sur les voies de la récompense en faisant disparaître la période réfractaire, en maintenant indéfiniment la tension du désir, et en faisant disparaître l'apaisement et la satiété.

Les addictions perturbent le système de récompense :

Les plaisirs naturels et les drogues addictives augmentent la dopamine (DA) dans le nucleus accumbens. Les neurones à dopamine sont régulés par des substances endogènes (endorphines, endocannabinoïdes, GABA, ...) qui par la stimulation de récepteurs augmentent la dopamine dans le but d'augmenter les motivations à reproduire les sensations plaisantes et le bien-être du sujet.

Plus un objet ou une situation est récompensant, plus il est mis en mémoire pour être recherché et répété.

3. Mécanisme d'installation de la dépendance : [59]

Les drogues agissent directement sur les voies dopaminergiques :

- Concentrations de dopamine très hautes et durables
- Récompense surpuissante et perte de la satiété
- Haut niveau d'appétence jamais totalement satisfait
- Le sujet n'est plus qu'un seul but : éviter la souffrance
- Adaptation du cerveau en augmentant le nombre de récepteurs : phénomène de tolérance
- Quand il n'y a plus de produit : signes de manque

4. Les principaux produits psychoactifs :

4.1. Définition de substance psychoactive :

Une substance psycho active est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le psychisme en modifiant son fonctionnement. Elle peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement, etc. [59, 62]

a. Les classifications des substances psychoactives : [59, 20, 59, 61, 60, 64, 65]

a1. Les stimulants ou psychodysléptiques: sont des substances qui stimulent ou accélèrent le système nerveux central. Ils produisent une poussée d'énergie rapide et temporaire chez la personne qui en consomme.

a1.1. Caféine :

La caféine est une substance active aux effets physiologiques importants. Consommée en qualité raisonnable, c'est un stimulant du système nerveux qui diminue la perception de fatigue. La caféine agit également sur le sommeil : pour les consommateurs occasionnels, la prise du café avant le coucher retarde l'endormissement. En revanche, ces effets sont réduits chez les buveurs habituels.

a1.2. Tabac :

Les produits du tabac sont des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de feuille de tabac et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés. Ils contiennent tous de la nicotine, un agent psychotrope qui entraîne une forte dépendance.

Les risques du tabac sont liés à la durée de consommation et aux quantités fumées mais les données actuelles sont encore insuffisantes pour affirmer qu'une faible consommation pourrait comporter moins de risques, comparée à une consommation importante et régulière. Selon l'OMS plus de 60 millions de personnes seraient décédées durant la seconde moitié du XXe siècle suite aux méfaits du tabac.

a1.3. Cocaïne et dérivés (crack) :

La cocaïne et le crack sont aujourd'hui les psychostimulants les plus consommés dans le monde, elle est extraite des feuilles de cocaïer. La cocaïne (sels) contient généralement entre 3 et 35 % de produit pur. Elle est prise (la ligne est sniffée) également injectée par voie IV ou fumée.

Elle est coupée avec des produits parfois toxiques (anesthésiques, sucre, bicarbonate, amidon, talc, plâtre, strychnine, voire d'autres stupéfiants : amphétamines ou héroïne). La « cristalline » (mélange de cocaïne et de divers médicaments psychotropes, notamment l'atropine) a fait une apparition récente sur le marché.

La cocaïne comme tous les psychodysléptiques provoque une phase d'excitation psychique et motrice intense avec logorrhée, hypervigilance, idées de grandeur, diminution de la sensation de fatigue psychique, euphorie et sensation de bien-être.

a1.4. Amphétamines, MDMA ou ecstasy :

Le groupe des amphétamines concerne plusieurs molécules, héritières de l'éphédrine. Leurs effets sont voisins de ceux de la cocaïne. La métamphétamine, facilement synthétisable, est la molécule la plus puissante mais on trouve souvent, sur le marché clandestin, des molécules sympathomimétiques moins puissantes (éphédrine, décongestionnants, etc.). Les anorexigènes centraux sont des dérivés directs de l'amphétamine. Leur usage présente des

risques significatifs (troubles du comportement, dépendance, accoutumance). Leur prescription est rigoureusement réglementée.

L'ecstasy (méthylène-dioxy-3,4-métamphétamine, abrégée MDMA) est une phényléthylamine. On l'appelle aussi « essence », « E », « XTC », MDM, etc. D'abord employée comme adjuvant des psychothérapies par des psychiatres américains, elle est utilisée comme drogue récréative depuis les années soixante-dix. Sa consommation ne cesse de se développer, par des populations jeunes, en association avec la musique « techno », car elle favorise des états de transe.

a1.5. Le Khât :

Le Khât est un arbuste cultivé en Afrique de l'Est et au sud de la péninsule arabique (au Yémen principalement). Les feuilles ont un goût astringent et une odeur aromatique. La mastication des feuilles colore les dents en brun et la langue en vert.

Les feuilles de khat contiennent trois principes actifs dont le plus puissant est la cathinone. La structure chimique de la cathinone ressemble beaucoup à celle des amphétamines.

a2. Les sédatives ou psycholeptiques :

Un sédatif est une substance qui a une action dépressive sur le système nerveux central et qui entraîne un apaisement, une relaxation, une réduction de l'anxiété, une somnolence, un ralentissement de la respiration, une démarche chancelante, des troubles du jugement et une diminution des réflexes.

a2.1. Les opiacés : morphine, méthylmorphine, fentanyl, tramadol, oxycodone, hydromorphone, hydrocodone, méthadone, buprénorphine, etc...

Les opiacés sont des substances dérivées de l'opium et agissant sur les récepteurs opiacés. Les opiacés d'origine synthétique sont désignés sous le terme opioïdes. Le cerveau humain utilise certains opiacés naturels (les endorphines) comme neurotransmetteurs.

Les opiacés activent le système de récompense mésolimbique issu de l'aire tegmentale ventrale (ATV) en se projetant vers le striatum ventral dans le noyau accumbens. La synapse

dopaminergique y subit un afflux de dopamine au niveau des récepteurs dopaminergiques D2 postsynaptiques par un mécanisme indirect de réduction de l'inhibition des neurones GABAergiques du tegmentum ventral. La répétition des prises entraîne une désensibilisation des récepteurs avec une très forte accoutumance et le besoin d'augmenter les doses. L'arrêt brutal de l'intoxication entraîne une hypodopaminergie qui pourrait sous-tendre le déficit motivationnel du postsevrage.

a2.2. L'alcool :

L'alcool éthylique ou éthanol (C_2H_5OH) est un alcool de faible poids moléculaire ($PM=46$), soluble dans l'eau, inflammable et agressif pour les muqueuses. Il ne peut être consommé que dilué sous forme de boissons alcooliques. Une boisson alcoolique est définie par son degrés alcoolique qui est le pourcentage en degrés d'alcool. Le poids spécifique de l'alcool est de 0.8. A titre d'exemple, un litre de bière à 6 degrés contient 60 ml ou 48 g d'alcool pur par litre. L'alcool passe en quelques minutes dans le sang, avant d'être véhiculé dans tous les organes, dont le cerveau et le foie. Sa durée d'élimination est indépendante de l'activité physique fournie, ou de la température ambiante, ou de l'habitude de boire.

a2.3. L'héroïne :

L'héroïne est un opioïde puissant obtenu par acétylation de la morphine, le principal alcaloïde issu du pavot à opium. Elle est utilisée à des fins médicales, mais surtout de manière illégale dans des cadres d'utilisations récréatives.

L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Elle agit comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur. La tolérance à l'héroïne est importante, et son usage chronique entraîne une très forte dépendance physique.

a3. Les hallucinogènes : Les substances hallucinogènes sont capables d'induire des hallucinations visuelles, auditives, voire tactiles.

a3.1. Le cannabis :

Le cannabis est tiré d'une plante : le chanvre indien (*cannabis sativa* L). Sous sa forme

naturelle, elle a de nombreuses appellations : ganja (Inde), marijuana (Amériques), etc.

C'est la plus consommée des drogues illicites. Le cannabis peut se présenter sous forme de pistils issus des plants femelles, sous forme de résine (haschich, généralement obtenu par tamisages de plants séchés, puis pressage), ou sous forme d'huile (obtenue à l'aide de solvants).

Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le delta 9THC (tetrahydrocannabinol) inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit (herbe, hachich, huile...) l'huile peut contenir jusqu'à 60% de THC, tandis que la marijuana en contient 0,2 à 7% et le haschich 5 à 12%.

Le cannabis peut être ingéré sous forme de décoction ou mêlé à des gâteaux ; il est beaucoup plus souvent fumé, mélangé à du tabac ou à du crack dans certains pays.

a3.2. Les solvants organiques :

Un solvant est une substance capable de dissoudre un soluté, qu'il soit solide, liquide ou gazeux, pour produire une solution.

On retrouve les solvants dans les produits de nettoyages à sec, les dissolvants, les diluants, les décapants, les détergents et les colles, entre autres. On peut citer de manière non exhaustive : l'éthanol, l'éther, le chloroforme, l'acétone, le toluène, le tétrachloroéthylène, l'hexane. Les solvants sont en eux-mêmes une classe hétérogène aux effets neuropharmacologiques variés : l'éthanol est un agoniste GABA-ergique, l'éther interagit avec les récepteurs NMDA et *gamma-aminobutyric acid* (GABA), le chloroforme agit sur les canaux potassiques.

Les substances volatiles sont facilement absorbées par les poumons. Les effets apparaissent peu après l'inhalation et disparaissent en quelques heures. La variété des substances génère une variété de mécanismes d'actions neurologiques et donc une variété des manifestations psychiques. On peut néanmoins retenir comme signes d'intoxication aux solvants une euphorie, une désinhibition, une excitation psychomotrice, un état confuso-onirique, une désorientation temporo-spatiale, des troubles de l'élocution et une diplopie. À des doses élevées apparaissent des hallucinations et une ataxie.

a3.3. LSD :

Le LSD ou diéthylamide de l'acide lysergique, est un hallucinogène très puissant synthétisé à partir de l'acide lysergique et du diéthylamide. L'acide lysergique est un produit d'hydrolyse des alcaloïdes de l'ergot du seigle. Synthétisé chimiquement, il a été popularisé par le mouvement psychédélique, dans les années soixante, puis par celui des hippies.

Inscrit sur la liste des stupéfiants, le LSD est vendu clandestinement sous formes de petits carres de papier qui sont imprégnés plus ou moins irrégulièrement. Chaque carre porte le nom de dose, tandis que le LSD est appelé acide, ace, buvard, trip, pétri, etc, ... le LSD est rarement vendu sous forme liquide ou de micro pointes.

a3.4. La phencyclidine :

La phencyclidine fut dans les années cinquante, un anesthésique général et un analgésique. Trop souvent accompagné de réactions sévères (de type dissociatif), parfois durables, son usage fut interdit en 1965. Son utilisation comme drogue a commencé aux États-Unis dans les années soixante-dix.

a3.5. La kétamine :

La kétamine est un anesthésique vétérinaire et humain. Dans son usage détourné, elle est connue sous les noms de « K », « spécial K », « vitamine K » ou encore « Kit Kat ». Comme le GHB, la kétamine possède un effet de «soumission chimique » qui aggrave encore sa dangerosité.

III. RELATION ENTRE LES TROUBLES BIPOLAIRES ET LA CONSOMMATION ABUSIVE DE SUBSTANCES

Dans l'ensemble de la pathologie mentale, le trouble bipolaire est celui pour lequel la comorbidité addictive est la plus fréquente.

Cette comorbidité addictive a un impact notable sur l'évolution du trouble bipolaire. En effet elle forme l'un des trois principaux facteurs pronostiques de l'évolution à 15 ans du trouble bipolaire. [1, 66]

1. Fréquence de la comorbidité trouble bipolaire – troubles liés à l'utilisation de substances :

Les trois études les plus importantes dans ce domaine, sont la National Epidemiology Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC) (2005) [67], l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) [68], et la National Comorbidity Survey–Replication (NCS–R) (1997) [69].

La NESARC réalisée en 2005 aux États-Unis avait retrouvé que 58 % de sujets bipolaires de type I, avaient présenté des critères d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de leur vie.

L'enquête ECA, menée par le NIMH (National Institute of Mental Health), a mis en évidence une prévalence vie entière des troubles liés au mésusage des substances (abus et/ou dépendance) de 56,1 % chez les patients bipolaires, contre 16,7 % dans la population générale, ainsi que le fait de présenter un trouble bipolaire pouvait multiplier par 11 le risque de présenter aussi un trouble lié à l'utilisation de substances.

Quant à la NCS–R, elle a mis en évidence des différences de prévalences parfois importantes avec la NESARC, en partie liées à des différences méthodologiques entre les deux études. En effet, la NCS–R utilise l'abus d'alcool comme dépistage de la dépendance. La dépendance à l'alcool n'est pas évaluée chez les sujets ne présentant pas les critères d'abus, ce qui pourrait, expliquer les prévalences de dépendance plus faibles retrouvées dans la NCS–R.

Si les données de ces études sont parfois différentes, elles ont toutes montré que 25 % à

60 % des sujets présentant un trouble bipolaire ont les critères d'au moins un trouble lié à l'abus de substances au cours de leur vie. Leurs données ont montré également qu'il existe une forte proportion de comorbidité addictive « indépendante » du trouble bipolaire, c'est-à-dire survenant en dehors des épisodes thymiques, et que le fait de présenter l'un des deux troubles augmente considérablement la probabilité de présenter l'autre trouble. [7, 6, 8, 2]

2. Etiologies de la comorbidité :

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer l'importante cooccurrence du trouble bipolaire et d'une addiction (Figure 85). [7]

L'une des explications possibles selon les chercheurs, est que l'addiction serait un symptôme des troubles bipolaires. Une autre hypothèse fait de l'addiction une tentative d'automédication du trouble bipolaire. Une troisième hypothèse considère que l'addiction provoque le trouble bipolaire ; la quatrième hypothèse suggère que l'addiction et les troubles bipolaires partagent des facteurs de risques communs (figure) ; d'autres hypothèses ont été évoquées, à savoir une sensibilisation réciproque par Kindling, ainsi des biais méthodologiques [1, 6]

2.1. L'addiction comme symptôme bipolaire :

Il existe des similitudes cliniques entre les deux troubles : dans le trouble bipolaire comme dans l'addiction, les patients font tout en excès. Néanmoins, divers arguments vont à l'encontre de cette hypothèse : 25 % des patients augmentent leur consommation d'alcool après une manie, et 15 % après l'EDM ; cependant il a été retrouvé 15 % de décroissance de la consommation après un épisode dépressif majeur, mais 0 % dans la manie.

Cette hypothèse apparaît donc peu probable. [1, 7, 8]

2.2. L'addiction comme automédication :

En faveur de cette hypothèse, on retient que l'addiction débute après le trouble bipolaire dans plusieurs études. Mais il peut s'agir de prodromes (effectivement, l'âge de début de l'épisode dépressif est plus tardif lorsqu'il existe une addiction préalable) ; par ailleurs, une

automédication laisserait imaginer le recours à l'alcool et au cannabis pour diminuer la tension maniaque, et le recours à la cocaïne et aux amphétamines dans la dépression : or ceci n'est pas observé, l'utilisation étant indifférente selon la nature de l'épisode.

Cette hypothèse est contredite par la plupart des études épidémiologiques, puisque le trouble bipolaire apparaît en même temps ou après le début de la dépendance à l'alcool dans plus d'un quart des cas dans la NESARC.

Cette hypothèse apparaît donc également peu probable. [1, 7]

2.3. L'addiction provoque le trouble bipolaire :

En effet des effets thymiques francs des substances utilisées ont été retrouvés, ainsi qu'un début plus précoce du trouble bipolaire en cas d'addiction : l'addiction pourrait donc déclencher un trouble bipolaire qui ne serait pas apparu sans ce facteur. Mais, là encore, diverses données vont à l'encontre de cette hypothèse : 40 % des addictions apparaissent après le trouble bipolaire ; il n'y a pas moins d'antécédents familiaux de troubles bipolaires chez les patients présentant une comorbidité addiction/trouble bipolaire ; enfin, le trouble bipolaire ne se résout pas lors de périodes d'abstinence prolongée. [1]

2.4. Il existe des facteurs de risques communs pour l'addiction et le trouble bipolaire :

En faveur de cette hypothèse, les chercheurs ont constaté que les bipolaires avec addiction ont plus d'antécédents familiaux d'addiction, Il semblerait par ailleurs que cette comorbidité ne pourrait être reliée à un facteur génétique familial commun, mais serait plutôt l'expression d'une augmentation du risque de développer un trouble bipolaire chez un patient dépendant déjà vulnérable par son appartenance à un groupe familial bipolaire. En outre ils ont supposé qu'un certain nombre de facteurs environnementaux épigéniques communs, comme le stress en particulier, favoriseraient l'entrée dans les 2 troubles. Mais la présence d'une coagrégation familiale n'est pas démontrée, et les événements de vie stressants ne sont pas impliqués de manières aspécifiques.

Donc il s'agit de l'hypothèse la plus difficile à démontrer. [1, 8]

2.5. Autres hypothèses :

- Il existe une sensibilisation réciproque par Kindling :

Au cours de l'évolution du trouble bipolaire, les périodes de rémission se raccourcissent, évoquant la possibilité d'un kindling ou embrasement neuronal se majorant au fil des épisodes thymiques. Il existe une sensibilisation neuronale lors de l'intoxication à la cocaïne et du sevrage alcoolique. La symptomatologie du syndrome de sevrage alcoolique est aggravée par la répétition des sevrages. [6]

- Les biais méthodologiques :

La cooccurrence du trouble bipolaire et de conduites de dépendances pourrait également être liée à des biais méthodologiques. Dans les études épidémiologiques, un individu souffrant de plus d'un trouble mental est en effet plus volontiers identifié. Toutefois, les études réalisées en population générale ont permis, au moins en partie, de s'affranchir de ce biais. [7]

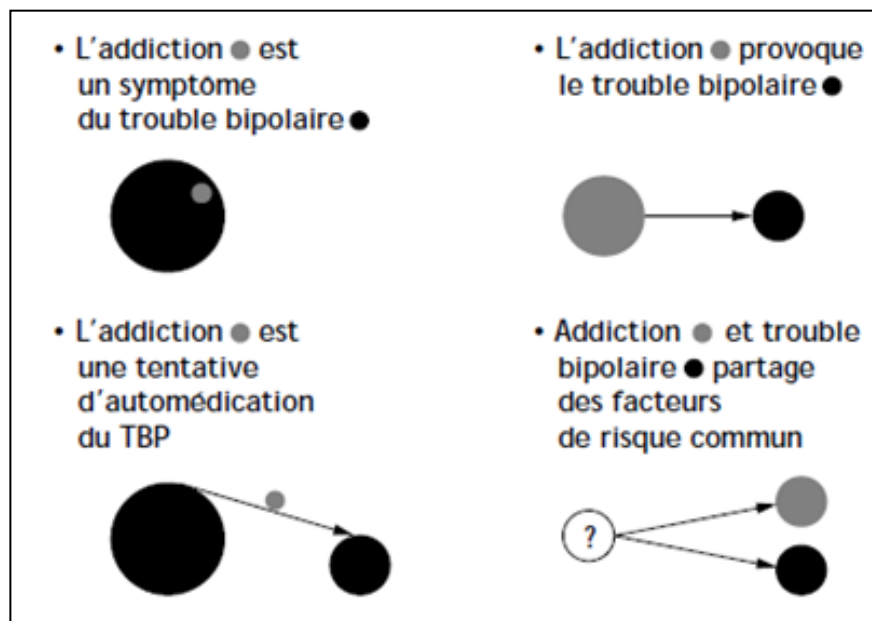


Figure 85 : Etiologies de la comorbidité trouble bipolaires et addictions. [1]

3. L'impact de l'abus de substance sur le trouble bipolaire :

3.1. Sur l'évolution du trouble bipolaire :

L'abus et la dépendance à une substance sont globalement des facteurs de mauvais pronostic du trouble bipolaire. [7, 2]

Le trouble bipolaire primaire (apparition du premier épisode thymique antérieure à la dépendance à la substance) est de moins bon pronostic qu'un trouble bipolaire secondaire (apparition du premier épisode thymique postérieure à la dépendance). Le trouble bipolaire primaire est associé à un plus grand nombre d'hospitalisations, un risque suicidaire augmenté, des rémissions plus tardives, des états mixtes ou cycles rapides plus fréquents. [6]

Dans le même sens des données plus récentes ont montré qu'une forme comorbide serait plus sévère que la forme « pure ». Notamment, les patients dont le trouble bipolaire est apparu « après » leur addiction ont un âge de début du trouble de l'humeur plus tardif, une durée des épisodes thymiques plus courte et une rémission symptomatique plus rapide, comparés aux patients dont le trouble bipolaire a débuté en premier, mais également comparés aux patients bipolaires sans comorbidité addictive. [7]

3.2. Sur l'évolution de l'abus de substances :

L'impact du trouble bipolaire sur le pronostic addictologique est moins bien étudié. Toutefois, quelques travaux suggèrent que l'évolution des troubles liés à l'utilisation de substances apparaît en général intermittente, et que l'apparition d'un trouble de l'humeur entraîne une augmentation des quantités de toxiques consommés, et notamment d'alcool, lors des épisodes affectifs, cette augmentation de la consommation d'alcool se retrouve significativement plus fréquemment lors des phases maniaques (> 60 % des cas) que lors des phases dépressives (20–30 % des cas), une augmentation des idées suicidaires et une augmentation des conduites violentes, rendant ainsi la prise en charge addictologique plus difficile. [7, 2]

3.3. Sur le plan thérapeutique :

La consommation de toxiques est associée à une compliance à la prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique moins bonne que les patients souffrant de troubles bipolaires non comorbides. La consommation de toxiques constitue même le premier facteur prédictif d'une mauvaise compliance au traitement dans le trouble bipolaire. [7]

En effet, Les cycles rapides et les états mixtes, plus fréquents lors d'abus de substances, sont des facteurs de résistance à la lithiothérapie. De plus, le lithium n'est pas efficace dans l'alcoolisme simple. Les sels de lithium ne sont donc pas dans ce cas le traitement de premier choix.

Les anticonvulsivants semblent être selon les chercheurs, le traitement de première intention car ils sont plus efficaces sur les cycles rapides, les états mixtes et le syndrome de sevrage alcoolique. Le valproate de sodium agirait sur la prévention des rechutes alcooliques. [6]

4. Caractéristiques du trouble bipolaire lorsqu'il se trouve associé à un trouble lié à l'utilisation de substances :

Globalement et comparativement aux sujets présentant un trouble bipolaire isolé, l'âge de début du trouble bipolaire apparaît plus précoce en cas d'association à un trouble lié à l'utilisation de substances.

De même, apparaissent plus fréquents les formes à cycles rapides et les états mixtes, avec un nombre total d'épisodes affectifs plus élevé, une durée des épisodes affectifs plus longue, et des rémissions de moins bonne qualité tant sur le plan symptomatique que sur le plan fonctionnel. Ces données semblent cependant varier en fonction de la chronologie respective d'apparition du trouble bipolaire et du trouble lié à l'utilisation de substances. [2, 7, 6]

IV. DISCUSSION DES RESULTATS :

1. La prévalence des conduites addictives chez les patients bipolaires :

Notre étude indique, que chez les patients bipolaires hospitalisés et consultants au service universitaire psychiatrique du CHU Mohammed VI de Marrakech, on retrouve 65 % de consommateurs de substances psychoactives.

Nos résultats sont proches de ceux de plusieurs études, notamment :

- Miller et al. (1989) relèvent que 25 % des patients souffrant de trouble bipolaire présentent un abus de substance. [70]
- L'enquête ECA (Epidemiological Catchment Area) [68], menée par le NIMH (National Institute of Mental Health) auprès de 20291 personnes (1990), a mis en évidence une prévalence vie entière des troubles liés au mésusage des substances de 56,1 % chez les patients bipolaires.
- Sonne et al. (1994) rapporte que la prévalence sur la vie entière des troubles liés à l'utilisation de substances chez les sujets présentant un trouble bipolaire est environ 69% [2]
- Verdoux et al. (1996) [71] et Cassidy et al. (2001) [72] rapportent sur un groupe de patients ayant un trouble bipolaire une prévalence respectivement de 47,8 % et de 59% d'abus ou de dépendance d'au moins une substance illicite.
- L'étude NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) (2005) [67] parle d'un taux de comorbidité addictive chez les sujets bipolaires de 27,9%.
- M. Mazza et al. , dans une étude réalisée en Italie (2007) sur un groupe de 131 patients bipolaires, avaient recensé 66 cas (50,3%), présentant une comorbidité addictive [73].

Tableau V : Comparaison de la prévalence des conduites addictives chez les patients bipolaires

Auteur	Pays/ Année	Pourcentage de la comorbidité
LAKLOUMI Khaoula	Maroc Marrakech/ 2016	65%
Miller et al.	USA/ 1989	25 %
ECA (Epidemiological Catchment Area)	USA/ 1990	56,1 %
Sonne et al.	USA/ 1994	69%
Verdoux et al.	France/ 1996	47,8 %
Cassidy et al.	USA/ 2001	59%
La NESARC	USA/ 2005	27,9%
M. Mazza et al.	Italie/ 2007	50,3%

2. Corrélation entre la consommation du cannabis et les caractéristiques de la population étudiée :

2.1. La prévalence de la consommation du cannabis chez les patients bipolaires :

Notre étude montre que chez les patients bipolaires hospitalisés et consultants au service universitaire psychiatrique du CHU Mohammed VI de Marrakech, la prévalence de la consommation du cannabis est de 47%.

Ce résultat est proche des résultats de plusieurs études notamment :

- Cassidy et al. (2001) [72] et McElroy et al. (2001) [74] qui ont conclu que le cannabis est la substance illicite la plus utilisée chez les patients présentant un trouble bipolaire.
- Sherwood Brown et al. [75] retrouvent en 2001 que la consommation du cannabis est retrouvé dans 8 à 22 % des cas chez les patients bipolaires, pour une prévalence de vie variant entre 30 à 64 % selon les études.

- Francisco Arias e al. (2016) [76] ont trouvé 51,7% comme prévalence sur la vie entière de l'addiction au cannabis chez les patients bipolaires.
- Verdoux et al. [71] rapportent sur un groupe de patients ayant un trouble bipolaire une prévalence de 47,8 % d'abus ou de dépendance d'au moins une substance illicite ou le cannabis est la substance la plus utilisée.
- Karam EG, et al. [77] dans une étude libanaise sur les abus de substance chez les patients hospitalisés en psychiatrie générale relève sur 222 patients une prévalence de plus de 40% d'usage de cannabis associé au trouble bipolaire.
- Les données provenant de la Zurich Cohort Study [78], une étude prospective de 591 patients sur 20 ans, rapportent une forte comorbidité entre les troubles de l'humeur et l'usage du cannabis.

Tableau VI : Comparaison de la prévalence de la consommation du cannabis chez les patients bipolaires

Auteur	Pays/ Année	Pourcentage de la comorbidité
LAKLOUMI Khaoula	Maroc Marrakech/ 2016	47%
Sherwood Brown et al.	USA/ 2001	8 à 22 %
Francisco Arias e al.	Espagne/ 2016	51,7 %
Karam EG, et al.	Lebanon/ 2002	Plus de 40%

2.2. Rapport entre l'usage du cannabis et le sexe :

Dans notre étude il y a une prédominance nette des sujets de sexe masculin chez les patients bipolaires addicts au cannabis (95,8%). Ces caractéristiques sont similaires à celles retrouvées dans plusieurs études qui ont associé la prise du cannabis chez les patients bipolaires plus au sexe masculin que féminin, la Zurich Cohort Study (1996) [78], Mueser KT et al. (1992) [79], Kawa et al. (2005) [80], et Salloum et al. (2005) [81], et T.V. Lagerberg et al. (2016) [82].

2.3. Rapport entre l'usage du cannabis et le niveau d'instruction :

Notre étude montre que plus des deux tiers des consommateurs du cannabis (63,8%) avaient un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été notée entre le niveau d'instruction et l'usage du cannabis dans notre échantillon. Notre résultat converge avec celui de plusieurs études, Salloum et al. (2005) [81] et Weiss et al. (2005) [2] ont trouvé un niveau éducatif plus bas chez les consommateurs du cannabis par rapport aux non-consommateurs, et KHDAD B. dans sa mémoire de master euro-méditerranéen de neurosciences et biotechnologies (2013) [61] a également trouvé un niveau éducatif plus bas chez les consommateurs du cannabis.

2.4. Rapport entre l'usage du cannabis et le type du TB :

Notre étude montre que plus des deux tiers des consommateurs du cannabis (63,8%) ont un trouble bipolaire du type I. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été notée entre le type du trouble bipolaire et l'usage du cannabis dans notre échantillon ($p=0,128$).

Notre résultat converge avec celui de la Zurich Cohort Study (1996) [78] qui associe la prise de cannabis aux symptômes maniaques et hypomaniaques dans le cadre d'un trouble bipolaire I, alors que le trouble bipolaire II était plus associé à un abus d'alcool et de benzodiazépines, et avec celui de T.V. Lagerberg et al. (2016) [82] qui ont trouvé que les patients bipolaires addicts au cannabis étaient significativement plus susceptibles d'être des hommes avec un trouble bipolaire I.

2.5. Rapport entre l'usage du cannabis et l'observance thérapeutique :

Pour Brady et al. (1995) la présence d'un mésusage de substance serait prédictive d'une mauvaise réponse au traitement par lithium chez les patients bipolaires. [8]

Selon Manwani et al. [73] et Strakowski et al. [2], les patients bipolaires avec comorbidité addictive seraient ceux, qui présenteraient une forte probabilité de pauvre adhérence thérapeutique parmi l'ensemble des bipolaires

Keck et al. en 1998 [83], dans une cohorte de 134 patients bipolaires, avaient montré que

les patients sans comorbidité addictive étaient deux fois plus adhérents au traitement, comparés aux patients bipolaire présentant un trouble lié à l'utilisation de substances associé (58% contre 32%).

Ligam et Scott [84] rapportent aussi cette association entre la comorbidité addictive et la mauvaise observance chez les patients bipolaires.

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'observance thérapeutique et l'usage du cannabis. Cependant nous avons trouvé que les patients bipolaires non consommateurs du cannabis ont une bonne observance thérapeutique (69,80%) que les non consommateurs (30,20%).

2.6. Rapport entre l'usage du cannabis et l'âge de début du TB :

Notre étude montre que presque les trois quarts des consommateurs du cannabis (74,4%) ont débuté leur trouble précocement (avant 25 ans). Ce résultat était statistiquement proche du seuil de significativité ($p=0,06$).

Notre résultat est similaire à ceux de plusieurs études, Etain et al. (2012) [85], Lagerberg et al. (2014) [86], T.V. Lagerberg et al. (2016) [82], Dalton et al. (2003) [87], et Grunebaum et al. (2006) [88].

2.7. Rapport entre l'usage du cannabis et l'évolution du trouble bipolaire :

Nous avons trouvé que presque la majorité des consommateurs (91,4%) du cannabis ont une évolution non favorable de leurs troubles bipolaires. Ce résultat était statistiquement significatif ($p=0,037$). Notre résultat va dans le même sens que plusieurs études, notamment :

- Zorilla et al. (2015) [89], Van Rossum et al. (2009) [90], associent l'utilisation du cannabis chez les patients bipolaires avec une rémission de mauvaise qualité et un taux élevé de récurrences d'épisodes thymiques.
- T.V. Lagerberg et al. (2016) [82] ont constaté que les patients bipolaires addicts au cannabis séjournent à l'hôpital pour des épisodes affectifs plus que les patients non addicts.

- Salloum IM. Et al. (2000) [91], Strakowski SM. Et al. (1998) [92], Winokur G. et al. (1995) [93] et Keck PE. et al. (1998) [83] ont montré que l'évolution du trouble bipolaire apparaît globalement plus péjorative lorsqu'il se trouve associé à un trouble lié à l'utilisation de substances.

En revanche, dans une revue de 2005 d'Ashton et al., les auteurs relèvent que malgré l'absence d'études randomisées contrôlées sur les effets pharmacologiques du cannabis, ce dernier aurait un effet thérapeutique sur le trouble bipolaire par l'intermédiaire de ses dérivés actifs, le tétrahydrocannabinol (THC) qui a des propriétés prouvées anxiolytique, hypnotique et antidépressive chez des patients souffrant de douleurs chroniques. Il aide à une amélioration de l'humeur et de l'état général des patients. Ces propriétés pourraient être utiles dans les phases dépressives du trouble bipolaire. [2]

2.8. Rapport entre l'usage du cannabis et le nombre d'épisodes maniaques et dépressifs :

Nous avons trouvé que les patients bipolaires addicts au cannabis font plus d'épisodes maniaques que les non addicts (la moyenne du nombre d'épisodes maniaques chez les addicts au cannabis est 9,2 et celle des non addicts est 7,2).

Par contre ils font moins d'épisodes dépressifs que les non addicts (la moyenne du nombre d'épisodes dépressifs chez les addicts au cannabis est 12,3 et celle des non addicts 18,5). Mais ce résultat est statistiquement non significatif.

- Notre résultat concorde avec celui de Aas et al. (2013) [94] qui n'ont pas montré d'association entre l'addiction au cannabis et de la fréquence des épisodes maniaques.
- Par contre T.V. Lagerberg et al. (2016) [82] ont trouvé que l'addiction au cannabis était indépendamment associée à une fréquence élevée des épisodes maniaques, mais elle n'a pas été associée de façon indépendante avec une fréquence élevée d'épisodes dépressifs.
- Baethge et al. (2008) [95] et Strakowski et al. (2007) [96] ont montré que l'addiction au cannabis a été associée avec une incidence plus élevée et une plus longue durée des épisodes maniaques dans des échantillons cliniques.

- Lev-Ran et al. (2013) [97] ont constaté que les patients bipolaires addicts au cannabis ont une fréquence plus élevée d'épisodes affectifs par an (pour tous les types d'épisodes combinés).
- Tyler et al. (2015) [98] dans une étude récente, se sont aperçu que les symptômes maniaques ont augmenté après la consommation du cannabis.
- Concernant les épisodes dépressifs, Denson et Earleywine (2006) [99] ont réalisé une étude en ligne chez 4400 consommateurs de marijuana rapporte que ces usagers ont moins de symptômes dépressifs et de dysthymie que les non-consommateurs.
- De même, Rohr et al. (1989) [100] publient des cas de rechute dépressive qui seraient secondaires à l'arrêt de la consommation du cannabis, invoquant que cette substance aurait des effets antidépresseurs, voire hypomaniaques.

2.9. Rapport entre l'usage du cannabis et cycle rapide du TB:

Dans notre étude nous avons trouvé que les patients consommateurs du cannabis ont un cycle rapide de leur trouble bipolaire plus que les non consommateurs. Cependant nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'usage du cannabis et le caractère cyclique rapide du trouble bipolaire.

Notre résultat est similaire à celui de T.V. Lagerberg et al. (2011) [82] et Lev-Ran et al. (2013) [97] ont constaté que l'usage du cannabis est indépendamment associé à une fréquence plus élevée d'épisodes affectifs par an (pour tous les types d'épisodes combinés) et de séjour à l'hôpital.

Et Strakowski SM. Et al. (2007) [96] dans une étude prospective ont évalué l'impact du cannabis sur le trouble bipolaire suite à une première hospitalisation pour manie, et ils ont trouvé que les patients bipolaires consommant du cannabis présentaient plus de cycles rapides que ceux qui n'en consomment pas.

3. Corrélation entre la consommation de l'alcool et les caractéristiques de la population étudiée :

3.1. La prévalence de la consommation de l'alcool chez les patients bipolaires :

Notre étude montre que chez les patients bipolaires hospitalisés et consultants au service universitaire psychiatrique du CHU Mohammed VI de Marrakech, la prévalence de la consommation de l'alcool est de 46%.

Ce résultat est proche des résultats de plusieurs études notamment :

- L'enquête ECA (Epidemiological Catchment Area) (1990) [68] montre que la prévalence vie entière des troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool est de 43,6 % chez les patients bipolaires (46,2 % pour le type I et 39,2 % pour le type II), et la prévalence vie entière de l'alcoolodépendance chez les bipolaires de type I serait de l'ordre de 40 %.
- La NCS (1997) [69] retrouve que l'alcool est le plus utilisé, parmi toutes les substances, avec une prévalence de 40,5% de dépendance à l'alcool chez les patients bipolaires, et des prévalences sur la vie entière de 46,2 % et 39,2 % respectivement pour les patients bipolaires I et bipolaires II, soit trois à quatre fois plus élevées qu'en population générale.
- L'étude NESARC (2005) [67], retrouve quant à elle 58% de trouble addictif à l'alcool chez les bipolaires.
- L'étude naturaliste de Zurich (1996) [101] a mis en évidence que les patients bipolaires II ont des consommations d'alcool significativement supérieures aux sujets contrôles (23,1 versus 7,6 %).
- Cardoso et al. (2008) [102] ont montré que la comorbidité usage de l'alcool-trouble bipolaire peut atteindre 45%.
- Francisco Arias et al. (2016) [76] ont trouvé 77% comme prévalence sur la vie entière de l'addiction à l'alcool chez les patients bipolaires.

Tableau VII : Comparaison de la prévalence de la consommation de l'alcool chez les patients bipolaires

Auteur	Pays/ Année	Pourcentage de la comorbidité
LAKLOUMI Khaoula	Maroc Marrakech/ 2016	46%
La NCS	USA/ 1997	40,5% 46,2 % pour le TB type I 39,2 % pour le TB type II
ECA (Epidemiological Catchment Area)	USA/ 1990	43,6 %
Cardoso et al.	France/ 2008	45 %
L'étude naturaliste de Zurich	USA/ 1996	23,1% pour le TB type II 7,6 % pour le TB type I
La NESARC	USA/ 2005	58%
Francisco Arias et al.	Espagne/ 2016	77%

3.2. Rapport entre l'usage de l'alcool et le sexe :

Dans notre étude il y a une prédominance nette des sujets de sexe masculin chez les patients bipolaires addicts à l'alcool (95,8%).

Ces caractéristiques sont similaires à celles retrouvées dans plusieurs études qui ont associé l'addiction à l'alcool chez les patients bipolaires plus au sexe masculin que féminin, Frye MA et al. (2003) [103], Francisco Arias e al. (2016) [76], Tondo et al. (1999) [104] et Sonne et Brady, (1999) [105].

3.3. Rapport entre l'usage de l'alcool et les antécédents familiaux addictifs :

L'étude de Winokur et al. (1995) [93] et L'étude de Goldstein et Levitt (2006) [106] montrent que l'association trouble bipolaire-alcoolisme est retrouvée plus fréquemment dans

les antécédents familiaux des sujets présentant eux-mêmes un trouble bipolaire associé à un trouble lié à l'utilisation de l'alcool, comparativement aux antécédents familiaux des sujets présentant un trouble bipolaire isolé.

SL McElroy et al. (2001) [74], et Vieta et al. (2001) [107] et La NESARC (2005) [67] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont plus d'antécédents familiaux d'alcoolisme.

Notre étude montre que près de la moitié des patients bipolaires alcooliques (41,3%) ont des antécédents familiaux addictifs (dont l'alcool dans 35,1% des cas).

Cependant nous n'avons pas trouvé de corrélation entre les antécédents familiaux addictifs et l'usage de l'alcool chez les patients bipolaires.

3.4. Rapport entre l'usage de l'alcool et le type du TB :

Dans notre étude presque la majorité des patients bipolaires consommateurs d'alcool (93,5%) ont le trouble bipolaire type I. Ce résultat est statistiquement non significatif. Les données de la littérature dans ce sens sont divergentes.

Francisco Arias e al. (2016) [76], n'ont pas trouvé également de corrélation entre les types du trouble bipolaire et l'usage de l'alcool.

Hasin et al. (2007) [67] montre que l'addiction à l'alcool est plus fréquente chez les patients bipolaires de type I par rapport aux patients bipolaires type II.

L'enquête ECA (1990) [68] a mis en évidence une prévalence vie entière des troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool plus importante chez les patients bipolaires type I (46,2 % pour le type I et 39,2 % pour le type II).

La NESARC (2005) [67] montre que l'addiction à l'alcool concerne plus les sujets bipolaires type I que ceux de type II.

Par contre la Zurich Cohort Study (1996) [78] associe la prise de l'alcool au trouble bipolaire type II plus que le trouble bipolaire type I.

3.5. Rapport entre l'usage de l'alcool et L'observance thérapeutique :

L'étude ECA (1990) [68], SL McElroy et al. (2001) [74], Vieta et al. (2001) [107], la NCS (1997) [69] et la NESARC (2005) [67] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont une mauvaise observance thérapeutique.

Selon Manwani et al. [73] et Strakowski et al. [2], les patients bipolaires avec comorbidité addictive seraient ceux, qui présenteraient une forte probabilité de pauvre adhérence thérapeutique parmi l'ensemble des bipolaires

Keck et al. en 1998 [83], dans une cohorte de 134 patients bipolaires, avaient montré que les patients sans comorbidité addictive étaient deux fois plus adhérents au traitement, comparés aux patients bipolaire présentant un trouble lié à l'utilisation de substances associé (58% contre 32%).

Ligam et Scott [84] rapportent aussi cette association entre la comorbidité addictive et la mauvaise observance chez les patients bipolaires.

Dans notre étude, nous avons trouvé que les patients bipolaires consommateurs de l'alcool ont une mauvaise observance thérapeutique par rapport aux patients non consommateurs. Mais ce résultat était statistiquement non significatif.

3.6. Rapport entre l'usage de l'alcool et L'âge de début du TB :

Notre étude montre que presque les trois quarts des consommateurs d'alcool (73,9%) ont débuté leur trouble précocement (avant 25 ans).

Notre résultat va dans le même sens de plusieurs résultats :

SL McElroy et al. (2001) [74], Vieta et al. (2001) [107] et La NESARC (2005) [67] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont un âge de début du trouble bipolaire plus précoce.

Selon Dalton et al. (2003) [87], et Grunebaum et al. (2006) [88] l'âge de début du trouble bipolaire apparaît globalement plus précoce en cas d'association à un trouble lié à l'utilisation de substances.

3.7. Rapport entre l'usage de l'alcool et Les troubles du comportement :

Nous avons trouvé que la majorité des patients bipolaires consommateurs d'alcool présentent des troubles du comportement, dont l'hyperactivité chez 91,3%, l'agressivité chez 87% et l'irritabilité chez 87%. Et les patients bipolaires consommateurs de l'alcool présentent des troubles du comportement plus que les patients qui n'en consomment pas. Notre résultat est similaire à ceux de plusieurs études.

La NESARC (2005) [67] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont plus d'agressivité et d'impulsivité.

Salloum et al. (2000) [91] ont étudié l'impact de l'abus d'alcool sur la symptomatologie des épisodes maniaques. Dans ces cas, les épisodes maniaques se caractérisent par un nombre plus élevé de symptômes, une augmentation de l'impulsivité et une plus grande fréquence des comportements violents.

3.8. Rapport entre l'usage de l'alcool et Les conduites suicidaires au cours des accès :

SL McElroy et al. (2001) [74], et Vieta et al. (2001) [107], la NESARC (2005) [67] et la NCS (1997) [69] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont plus de risque suicidaire et de passage à l'acte.

Cardoso et al. (2008) [102] observe que le comorbidité alcoolodépendance-trouble bipolaire expose à un risque élevé de suicide.

Notre étude montre également que les patients bipolaires consommateurs d'alcool, font plus de conduites suicidaires par rapport aux patients qui n'en consomment pas.

3.9. Rapport entre l'usage de l'alcool et l'évolution du TB :

Dans notre étude, presque la majorité des patients bipolaires consommateurs de l'alcool (91,3%) ont une évolution non favorable de leurs troubles bipolaires par rapport aux patients qui n'en consomment pas.

Salloum IM. Et al. (2000) [91], Strakowski SM. Et al. (1998) [92], Winokur G. et al. (1995) [93] et Keck PE. et al. (1998) [83] ont montré que l'évolution du trouble bipolaire apparaît

globalement plus péjorative lorsqu'il se trouve associé à un trouble lié à l'utilisation de substances.

Ainsi la comorbidité addictive forme l'un des trois principaux facteurs pronostiques de l'évolution à 15 ans du trouble bipolaire. [1]

3.10. Rapport entre l'usage de l'alcool et le caractère cyclique rapide du TB:

SL McElroy et al. (2001) [74], et Vieta et al. (2001) [107] et La NESARC (2005) [67] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont plus de cycles rapides.

Quant à nous, nous avons trouvé que les patients bipolaires consommateurs de l'alcool ont un cycle rapide de leurs troubles bipolaires plus que les patients non consommateurs. Cependant nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'usage de l'alcool et le caractère cyclique rapide du trouble bipolaire.

3.11. Rapport entre l'usage de l'alcool et l'inefficacité du traitement :

Plusieurs études ont évalué l'impact de l'alcool sur la réponse thérapeutique chez les patients bipolaires. SL McElroy et al. (2001) [74], et Vieta et al. (2001) [107] ont montré que les patients bipolaires addicts à l'alcool ont moins bonne réponse aux thymorégulateurs.

L'étude ECA (1990) [68], La NESARC (2005) [67] et la NCS (1997) [69] observent chez les patients bipolaires, dans le cas de la comorbidité avec un abus d'alcool une moindre réponse au traitement.

Lejoyeux et al. (1993) [108] ont noté que les cycles rapides et les états mixtes, plus fréquents lors d'abus de substances, seraient des facteurs de résistance à la lithiothérapie. De plus, le lithium n'est pas efficace dans l'alcoolisme simple.

Dans notre étude nous avons trouvé que presque les trois quarts des patients bipolaires souffrant d'inefficacité du traitement (75%) sont consommateurs d'alcool. Mais ce résultat était statistiquement non significatif.

V. LES LIMITES DE L'ETUDE :

Nous avons mené une étude qui a pour but d'étudier la comorbidité addiction-trouble bipolaire, afin de déterminer ses caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques ainsi que ses conséquences sur le cours évolutif du trouble bipolaire.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail de thèse:

- Notre étude est transversale portant sur le recueil des informations lors d'un entretien psychiatrique selon un questionnaire conçu à cet effet, cela nous a exposés à plusieurs biais en matière de recueil d'information, et nombreuses difficultés ont été rencontrées à cause de l'insuffisance de renseignements connues par les malades, notamment concernant l'histoire familiale psychiatrique et addictive.
- Nous nous sommes limités à l'étude de quelques paramètres qui nous ont semblé les plus importants.
- Le manque de statistiques et de travaux dans notre pays sur ce sujet rend la comparaison de notre situation avec les données de la littérature internationale difficile.

**SUGGESTIONS
ET RECOMMANDATIONS**

D'après les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature, on constate que la prévalence de la comorbidité trouble bipolaire et addiction est élevée.

Rien que par les chiffres de prévalence, cette comorbidité représente un problème considérable de santé, d'autant plus qu'elle modifie l'expression et le cours évolutif du trouble bipolaire.

Ainsi, les patients souffrant d'une comorbidité addictive font des formes cliniques à cycles rapides et des épisodes plus sévères au cours de l'évolution de leur maladie. Ils sont exposés à des séjours plus longs à l'hôpital, à des taux de rémission réduits et à une mauvaise observance thérapeutique avec des actes médico-légaux fréquents. Ils souffrent également d'une instabilité professionnelle et une mauvaise adaptation sociale.

Au terme de ce travail, certaines suggestions peuvent être faites :

- La nécessité de la mise en place d'un programme de lutte contre les addictions, urgent et pertinent, par le biais des interventions en matière de la sensibilisation sur les effets néfastes des SPA, dont le point de départ sera sans doute la prévention au niveau des établissements scolaires primaires et secondaires.
- Définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie, et la planification régionale de ces articulations
- La prise en charge structurée des patients ayant des troubles addictifs dans les établissements de santé psychiatrique.
- La construction des centres d'hospitalisation d'addictologie accessibles aux différentes tranches socio-économiques, afin d'assurer la prise en charge totale des conduites addictives.
- L'assurance d'une formation de base en matière d'addictologie pour le personnel soignant (psychiatres, infirmiers, etc.)
- Former les médecins généralistes en matière de la prévention et la prise en charge des addictions.
- La continuité des soins pour les addicts afin de prévenir les rechutes.

- Proposer des programmes de psychoéducation, d'entraide et de soutien, aux familles des malades souffrant de troubles bipolaires et de troubles de l'usage de substances.
- Promouvoir les associations qui aident les patients dans la réinsertion socioprofessionnelle.



CONCLUSION



*D*epuis des années toutes les données épidémiologiques retrouvent une comorbidité importante entre les troubles de l'humeur et les troubles addictifs et plus particulièrement entre les troubles du spectre bipolaire et les troubles addictifs. En effet un bipolaire sur trois présente un trouble addictif hors tabac.

*L*a nature de la relation entre le trouble bipolaire et la consommation abusive de substances est complexe et probablement bidirectionnelle et multifactorielle. Ainsi de nombreuses études ont été menées pour comprendre la nature de cette comorbidité et l'influence réciproque de ces deux troubles. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour tenter d'expliquer cette comorbidité, allant de la confusion diagnostique entre les deux troubles à l'existence de facteurs de risques communs pour l'addiction et le trouble bipolaire, d'autres hypothèses font de l'addiction un symptôme bipolaire ou une tentative d'automédication de ce trouble.

*D*e nombreuses études ont suggéré que la stabilité thymique peut améliorer les conduites de consommation abusive de substances et que le traitement des conduites addictives améliorerait l'évolution thymique. Ainsi il semble majeur d'insister sur le repérage et la prise en charge d'un trouble bipolaire ou d'un trouble d'usage de substances lorsque l'un ou l'autre est diagnostiqué.



Résumé

Dans l'ensemble de la pathologie mentale, le trouble bipolaire est celui pour lequel la comorbidité addictive est la plus fréquente.

Notre étude transversale a été réalisée à propos de 100 cas bipolaires hospitalisés et consultants au service universitaire psychiatrique du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période d'un an; avec l'objectif de déterminer la prévalence de la comorbidité addictive chez les patients bipolaires, ses conséquences sur le cours évolutifs du trouble bipolaire, et de connaître les caractéristiques des conduites addictives chez les patients bipolaires, ainsi que les caractéristiques des patients bipolaires qui peuvent influencer les conduites addictives. Une fiche d'exploitation préétablie a permis l'étude des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents psychiatriques, toxiques et judiciaires, les caractéristiques et modalités de consommation de chaque conduite addictive, ainsi qu'une évaluation du retentissement de l'usage de substances chez les patients, et les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et modalités évolutives du TB.

L'analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants : L'âge moyen est 37,66 ans, avec une prédominance masculine 69%, le trouble bipolaire type I était la forme la plus fréquente avec un pourcentage de 80%. La prévalence de la comorbidité trouble bipolaire et addiction est de 65 %, avec une prédominance de la consommation du cannabis (47%), suivie de la consommation de l'alcool (46%), ensuite la colle synthétique (5%).

L'addiction a précédé le trouble bipolaire dans 66,2% des cas. Les patients usagers de substances psychoactives se distinguent des non-usagers par une surreprésentation masculine, un âge de début du trouble bipolaire plus précoce, et plus de répercussions socioprofessionnelles du trouble bipolaire. Sur le plan clinique, les usagers de substances ont une symptomatologie maniaque plus sévère (les troubles du comportement, thymiques, intellectuels et instinctuels), plus de manifestations psychotiques et un nombre supérieur de conduites suicidaires. Ils font plus de cycles rapides, sont sujets à plus d'hospitalisations et d'épisodes maniaques, et manifestent une mauvaise observance au traitement.

Abstract

Overall mental disorder, bipolar disorder is one in which the addictive comorbidity is the most common.

Our cross-sectional study was carried out about 100 bipolar cases, hospitalized and consultants in the psychiatry department of the CHU Mohammed VI in Marrakech, over a period of one year; with the objective of determining the prevalence of addictive comorbidity for bipolar patients, its consequences on the evolutionary course of bipolar disorder, and know the characteristics of the addictive behavior for bipolar patients, so as the bipolar patients' characteristics that may influence the addictive behavior. A predetermined operating sheet enabled the study of sociodemographic characteristics, psychiatric, judiciary and toxic history, the characteristics and modalities of consumption of each addictive behavior, and an assessment of the impact of substance use for patients, so as the clinical, therapeutic and evolutionary terms of the bipolar disorder.

Analysis of the results has identified the following results: The average age is 37.66 years, with a male predominance 69%. Bipolar disorder type 1 was the most frequent form with a percentage of 80%.

The prevalence of bipolar disorder and addiction comorbidity is about 65%, with a predominance of cannabis use (47%), followed by the consumption of alcohol (46%), then the synthetic glue (5%).

The addiction preceded bipolar disorder in 66.2% of cases. Patients who are users of psychoactive substances are distinguished from non-users by a male overrepresentation, an earlier age of bipolar disorder beginning, and more socio-professional impacts of bipolar disorder.

Clinically, users of substances have more severe maniac symptoms (behavior disorders; mood, intellectual and instinctual disorders), more psychotic manifestations and a higher number of suicidal behavior. They make more rapid cycles, are subject to more hospitalizations and maniac episodes, and show poor adherence to treatment.

ملخص

يعتبر اضطراب المزاج ثنائي القطب من بين الأمراض النفسية الأكثر مصاحبة للإعتلال المشترك مع الإدمان.

لقد أجرينا، خلال سنة، دراسة وبائية مستعرضة حول 100 حالة مصابة باضطراب المزاج ثنائي القطب (استشفائية و فحص خارجي)، في مصلحة الطب النفسي بالمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس. تهدف هاته الدراسة إلى تحديد مدى إنتشار الإعتلال المشترك للإدمان مع اضطراب المزاج ثنائي القطب، تحديد عواقب هذا الإعتلال على المسار التطوري لهذا الإضطراب، معرفة خصائص السلوكيات الإدمانية لدى مرضى ثنائي القطب، و التعرف على الخصائص السوسيوديمغرافية لمرضى ثنائي القطب التي يمكن أن تؤثر على السلوكيات الإدمانية لهؤلاء المرضى. النتائج المحصل عليها تتلخص في ما يلي:

- متوسط العمر للمرضى هو 37,66 سنة، مع أغلبية ذكورية بينة 69 في المائة.
- اضطراب المزاج ثنائي القطب نوع 1 يشكل 80 في المائة.
- انتشار الإعتلال المشترك لمرض ثنائي القطب مع الإدمان يمثل 65 في المائة من مجمل العينة التي قمنا بدراستها، مع غلبة استهلاك القنب الهندي 47 في المائة، يليه الكحول 46 في المائة، ثم الغراء الإصطناعي 5 في المائة.
- بداية تعاطي المخدرات تسبق بداية أعراض اضطراب المزاج ثنائي القطب في 66,2 في المائة.
- يتميز المرضى المتعاطين للمخدرات مقارنة مع غير المتعاطين بكون أغليبيتهم ذكور، و ببداية ظهور أعراض اضطراب ثنائي القطب في سن مبكر و تأثيره الإجتماعي و المهني عليهم. سريريا، لديهم أعراض الهوس أكثر شدة (الإضطرابات السلوكية، الفكرية، المزاجية و الغريزية)؛ لديهم أيضا عدد أكبر من الأعراض الذهانية، و السلوكيات الإنتحارية.
- المرضى الذين يتعاطون أو يدمنون المخدرات يتميزون أيضا بعدد أكبر من الدورات السريعة لإضطراب ثنائي القطب، معرضون أكثر للإستشفاء و لعدد أكبر لنوبات الهوس، و عدم الإلتزام ببرنامج العلاج.



ANNEXE 1

La prévalence et les caractéristiques des conduites addictives chez les patients avec troubles bipolaires

Patients atteints de trouble bipolaire avec ou sans addiction

I : Identité :

- N° du dossier : N° de la fiche :
- Sexe : 1 féminin 2 masculin Age :
- Situation familiale : 1 Marié 2 célibataire 3 divorcé 4 veuf
- Enfants : 0 non Nombre : cite le nombre.....
- Niveau d'instruction : 1 Sans 2 primaire 3 secondaire 4 universitaire 5 autre:....
- Profession : 1 Sans 2 ouvrier 3 fonctionnaire 4 cadre supérieur 5 étudiant 6 retraité
- NSE (revenu mensuel en Dh) : 1 : <2000 2 : 2000–5000 3 : 5000–10000
4 : >10000
- Origine : 1 urbain : 2 rural régions à préciser :
- Vit avec : 1 Conjoint 2 parents 3 amis 4 seul
- Patient adressé (e) par : 0 seul 1 Famille 2 psychiatre 3 police 4 autres :

II : Antécédents :

Antécédents Familiaux :

1. Psychiatriques : 1 oui 0 non

** si oui : – diagnostic probable : 1 TB 2 Schizophrénie 3 APA 4 Non précis

– comportements suicidaires : 1 oui 0 non

– conduites addictives : 1 oui 0 non

– type d'addiction : tabac: 1 OUI 0 NON

alcool 1 OUI 0 NON

haschich 1 OUI 0 NON

cocaine 1 OUI 0 NON

heroïne 1 OUI 0 NON

cannabis 1 OUI 0 NON

– prise en charge : 1 oui 0 non

Antécédents Personnels :

- Médicaux : 0 non

Si oui préciser : 1 cardiaque 2 rénal 3 hépatique 4 thyroïdiens 5 neurologique
6 diabète ;

- Chirurgicaux : 0 non 1 oui

- Gynéco-obstétricaux : 0 non 1 oui

- ATCD Judiciaires : 0 non 1 oui

- Nombre : Durée moyenne en jours :

- Période : 1 Eté 2 Automne 3 Hiver 4 Printemps

- Motif : 1 coup et blessure 2 trouble de l'ordre public 3 dommage matériel 4
ventre de drogues 5 autres

- Toxiques : 1 oui 0 non

III : Comportement addictif 1:

- la drogue la plus recherchée : -1 avalé - 2 inhalé - 3 fumée - 4 sniffée - 5
injectée -6 autrement :

- Consommation du tabac : 1 oui 0 non

** Si oui, depuis quel âge consommez-vous du tabac ?ans –Depuis
combien de mois fumez-vous le tabac tous les jours ? / mois ?

–Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?cigarettes/jr
paquets/année

– 1 abus ou 2 dépendance

– Contexte psychosocial de la consommation : * problème psychiatrique 1oui 0non

*conflits 1oui 0non

*solitude 1oui 0non

*curiosité 1oui 0non

– Modalité de consommation : * seul 1oui 0non

*amis 1oui 0non

*famille 1oui 0non

– Syndrome de sevrage (symptômes) :

• Consommation du cannabis: 1 oui 0 non

** Si oui, depuis quel âge consommez-vous le cannabis ?ans

–votre consommation : 1 plusieurs fois par jour

2 quelques fois par semaine

3 < d'une fois par semaine

–la quantité que vous consommez :dhs/jr,sebsi/jr

–le cannabis est préparé par vous même ou par autrui ? *lui-même 0non 1oui

*autrui 0non 1oui

–depuis combien de mois fumez-vous du cannabis tous les jours ? mois

– 1 abus ou 2 dépendance

– Contexte psychosocial de la consommation * problème psychiatrique 1oui 0non

*conflits 1oui 0non

*solitude 1oui 0non

– Modalité de consommation : * seul 1oui 0non

*amis 1oui 0non

*famille 1oui 0non

– Syndrome de sevrage (symptômes) : 0 non 1céphalées 2nervosité 3anxiété

4irritabilité 5tachycardie

• Consommation d'Alcool : 1 oui 0 non

** Si oui, depuis quel âge consommez vous de l'Alcool ?ans

– que consommez-vous : *bière 1oui 0non

*eau de vie 1 oui 0 non

*vin 1 oui 0 non

*alcool fort 1 oui 0 non

–votre consommation : 1 plusieurs fois par jour

2 quelques fois par semaine

3 < d'une fois par semaine

–depuis combien de mois buvez-vous tous les jours ? mois

– 1 abus ou 2 dépendance

– Contexte psychosocial de la consommation : *problème psychiatrique 1 oui 0 non

*conflits 1 oui 0 non

*solitude 1 oui 0 non

– Modalité de consommation : * seul 1 oui 0 non

*amis 1 oui 0 non

*famille 1 oui 0 non

– Syndrome de sevrage (symptômes) :

• Consommation d'autres toxiques : 1 oui 0 non

*colle 1 oui 0 non

*diluant 1 oui 0 non

*cocaïne 1 oui 0 non

*héroïne 1 oui 0 non

*BZD 1 oui 0 non

–1abus ou 2dépendance

– Contexte psychosocial de la consommation : *problème psychiatrique 1 oui 0 non

*conflits 1 oui 0 non

*solitude 1 oui 0 non

* autres :.....

– Modalité de consommation : 1 seul 2 amis 3 famille

– Syndrome de sevrage (symptômes) :

IV : Comportement addictif 2:

- Début de la consommation par rapport à la maladie :
 - 1 *avant la maladie
 - 2 *en même temps que la maladie
 - 3 *Après la maladie
 - Dépenses consacrées par mois :dhs
 - Source d'argent : *personnel 1oui 0non
 - *parents 1oui 0non
 - *vol 1oui 0non
 - Essai de sevrage : 1 oui 0 non durée max :en jours
 - Nombre de tentatives de sevrage :
 - Prise en charge de l'addiction par la famille : 1 oui 0 non
 - Recours à des institutions pour ce problème : oui 0 non
- Si oui : -1 : hôpital psychiatrique -2 : Centre addictologie -3 : centres de santé - 4 : hôpital général (ou médecin généraliste) -5 : cabinet clinique privé -6 :
- autre :.....
- Si non pourquoi : 1 : pas un problème 2 : honte 3 : peur de la famille 4 : manque de moyen 5 : manque de centre spécialisé 6 : peur du traitement
- Les effets recherchés : *calmer l'angoisse 1oui 0non
 - * la détente et relaxation 1oui 0non
 - * euphorie 1oui 0non
 - * convivialité 1oui 0non
 - * problème psychiatrique 1oui 0non
 - * sommeil 1oui 0non
 - Retentissement socioprofessionnel : * les conflits avec entourage proche 1oui 0non
 - * divorce 1oui 0non

- * rejet social 1 oui 0 non
 - * licenciement 1 oui 0 non
- Retentissement sur l'observance du traitement :
 - * arrêt du traitement 1 oui 0 non
 - * inefficacité du traitement 1 oui 0 non
- Effets sur les soins :
 - * atténuation des effets secondaires du traitement 1 oui 0 non
 - * accentuation des symptômes 1 oui 0 non
 - * amélioration des symptômes 1 oui 0 non
 - * induction des rechutes 1 oui 0 non

V : Diagnostic du trouble bipolaire :

- Type du TB : 1/ I 2/ II 3/ III
- Age de debut du trouble :
- Diagnostic à la 1ère hospitalisation :
1 : Schizophrénie 2 : APA 3 : TBI 4 : TBII 5 : TBIII 6 : Dépression
- Délai diagnostic en (mois) :
- Prise en charge : 1 : Ambulatoire 2 : hospitalisation nombre d'hospitalisation.....
- Traitements reçus :
 - * TR 1 oui 0 non
 - * NLA 1 oui 0 non
 - * NLC 1 oui 0 non
 - * ATD 1 oui 0 non
 - * BZD 1 oui 0 non
 - * ECT 1 oui 0 non
 - * antiparkinsonien 1 oui 0 non
- Observance du ttt : 1 oui 0 non
- ** si non, préciser pourquoi :
- Tolérance : 1 oui 0 non
- Evolution : 1 favorable 2 non favorable

- Nombre d'épisodes affectifs : phase maniaque..... phase dépressive.....
- Durée d'épisode :jours
- Qualité des rémissions du TB : 1 : très bonne 2 : bonne 3 : moyenne 4 : mauvaise
- Cycle rapide : 1 oui 0 non

VI : Symptomatologie clinique du trouble bipolaire :

1. Mode de début du trouble bipolaire : 1 brutal 2 progressif 3 rapidement progressif
2. Episodes maniaques :
 - nombre :
 - symptomatologie dominante :
- Troubles du comportement : * Hyperactivité 1oui 0non
 - * irritabilité 1oui 0non
 - * agressivité 1oui 0non
- Troubles du sommeil : 0 non 1 Insomnie 2 hypersomnie
- Troubles de l'appétit : 0 non 1 Anorexie 2 hyperphagie 3 refus alimentaire
- Troubles du comportement sexuel : hypersexualité : 1 oui 0 non
- Troubles de l'humeur : * Euphorie 1oui 0non
 - * humeur versatile 1oui 0non
- Troubles du processus intellectuel : * Logorrhées 1oui 0non
 - * fuites d'idées 1oui 0non
- Conduites suicidaire au cours de l'accès : 1 oui 0non
- Abus de substances psychoactives au cours de l'accès : *cannabis 1oui 0non
 - * tabac 1oui 0non
 - * haschich 1oui 0non
 - * alcool 1oui 0non
 - * colle synthétique 1oui 0non

- Symptômes psychotiques : Idées délirantes : 1 oui 0 non
- o Thème : * Grandeur 1oui 0non
 - * mystique 1oui 0non
 - * délire passionnel 1oui 0non
 - * persécution 1oui 0non
 - * ensorcellement 1oui 0non
- o Mécanisme : * hallucination 1oui 0non
 - * intuition 1oui 0non
 - * interprétation 1oui 0non
 - * imagination 1oui 0non
- o Congruence à l'humeur : 1 oui 0 non
- Retentissement socioprofessionnel de la maladie : 0 non
- o ** si oui, nature : * dépenses exagérées 1oui 0non
 - * Instabilité professionnelle 1oui 0non
 - * Problèmes conjugaux 1oui 0non
 - * Echec scolaire 1oui 0non
 - * Problèmes familiaux 1oui 0non
- 3. épisodes dépressifs : 0 non nombre:.....
- 4. Événements précédant les rechutes : 0 non
- ** si oui, nature de l'événement : * Familial 1oui 0non
 - * religieux 1oui 0non
 - * social 1oui 0non
 - * arrêt du traitement 1oui 0non
 - * politique 1oui 0non
- o Dernière consommation avant l'hospitalisation :jours
- o La chronologie d'apparition des symptômes thymiques par rapport à la prise des substances : 1 avant 2 après

VII : Troubles anxieux associé (DSMIV) : 0 non

Si oui préciser : 1 : TP 2 : TAG 3 : PS 4 : PTSD 5 : TOC

BIBLIOGRAPHIE

1. **P.Gorwood**
Comorbidités addictives des troubles bipolaires
L'Encéphale, 2008, Supp 4
2. **D. Bailly**
Troubles bipolaires et abus de substances
L'Encéphale, 2007, Supp 3
3. **Henry C., Gay C.**
Etat de la recherche dans les troubles bipolaires
Encyclopédie orphanet, janvier 2004
4. **Henry C., Gay C.**
Maladie maniacodépressive ou troubles bipolaires
Encyclopédie orphanet, janvier 2004
5. **Kahn J-P.**
Comorbidités et troubles bipolaires
L'Encéphale, 2006, vol 31, n°2
6. **H. J. Aubin**
Troubles bipolaires et abus de substances
L'Encéphale, Vol 32, n°3, C2, Juin 2006
7. **Y. Le stat**
Trouble bipolaire et comorbidités addictives
Annales médico-psychologiques, 2010, 168
8. **George Brousse et al.**
Prise en charge de la comorbidité du trouble bipolaire avec l'alcoolodépendance
La presse médicale, psychiatrie, 2008, 37
9. **Louardi E.H**
Stratégie sectorielle 2012-2016
Ministère de la santé, Maroc. Mars 2012 :71-75

10. **Ministère de la sante**
Enquête nationale : prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003.
OMS 2007.
11. **Bourjois M.L**
Les troubles bipolaires
Collection Psychiatrie dirigée par le Professeur Jean-Pierre OLIE, 2014
12. **P. Eisinger**
Troubles de l'humeur
EMC-Psychiatrie, 2008
13. **M.Caire, K.Loizinski**
De la psychose maniaco-dépressive aux troubles bipolaires
L'Encéphale, 2005, C2, 3-7
14. **Gay C.**
Les troubles et autres troubles de l'humeur
L'Encéphale, 2008, Supp 4, S130-S137
15. **J. Angst**
Historical aspect of dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia
Schizophrenia research, 2002, 57: 5-13
16. **Ihssane ELABBAS**
Les troubles bipolaires chez l'adulte
Thèse de doctorat en médecine; Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2010
17. **G.L. Klerman**
The spectrum of mania
Comp-Psychiatry 1981, 22:11-20
18. **OMS**
CIM X : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision. Chapitre « troubles mentaux et troubles du comportement ».
Traduction française par Pull C. B et al. Paris 1993 : 98-117

19. American Psychiatric Association

Traduction française coordonnée par Guelfi : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

Quatrième édition (DSM IV), Masson, Paris 1996

20. American Psychiatric Association

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.

Fifth edition (DSM V), 2013

21. A. Kaladjian et al.

Polarité maniaque du premier épisode d'un trouble bipolaire : aspects cliniques et pronostiques

L'Encéphale, 2010, Supp 1, S13-17

22. W. de Carvalho et al.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de patients souffrant de troubles bipolaires suivis en ambulatoire en France métropolitaine.

L'Encéphale, 2012, 38

23. Fred F. Ferri M.D., F.A.C.P

Bipolar disorder

Ferri's clinical advisor, 2016

24. F. Rouillon

Epidémiologie du trouble bipolaire

Annales médico-psychologiques, 167, 2009, 793-795

25. H. D'Haenen

Les critères des troubles bipolaires

L'Encéphale, vol 32, n°3, C2, Juin 2006

26. HAS

Les troubles bipolaires, guide médecin-affection de longue durée

Haute Autorité de la Santé, mai 2009

27. **E. Fakra et al.**
Phase prodromale du trouble bipolaire
L'Encéphale, 2010, Supp 1, S8-S12

28. **C. Zeitter**
Troubles de l'humeur
EMC, Encyclopédie pratique de médecine, 1998

29. **J. M. Azorin**
Troubles bipolaires débutants
L'Encéphale, 2010, Supp 1, S1-S2

30. **I. Grande et al.**
Bipolar disorder
Seminar, 18 Septembre 2015

31. **N. Younès, M-C. Hardy-Baylé**
Trouble de l'humeur, Psychose maniaco-dépressive
La revue du praticien, vol 58, 15 Janvier 2008

32. **N. Bensnier et al.**
Premier épisode dépressif d'un trouble bipolaire : aspects cliniques et pronostiques
L'Encéphale, 2010, Supp 1, S18-S22

33. **D. Da Fonseca et al.**
Trouble déficitaire de l'attention et/ou trouble bipolaire ?
L'Encéphale, 2014, 40, S23-S26

34. **A. Kaladjian**
Schizophrénie et/ou trouble bipolaire : les endophénotypes neurocognitifs
L'Encéphale, 2012, 38, S81-S84

35. **J. M. Azorin**
Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires
L'Encéphale, 2008, Supp 4, S127-S129

36. **S.M. Strakowski**
Bipolar disorder
Oxford American Psychiatry library, 2014

37. **N. Hamdani, P. Gorwood**
Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires
L'Encéphale, 2006, 32 : 519-25, C2

38. **M. Gelder, R. Mayou, P. Cowen**
Traité de psychiatrie
Flammarion Médecine-Sciences, 2005

39. **F. Bellivier**
Facteurs de vulnérabilité génétique des troubles bipolaires
Annales médico-psychologiques 167, 2009, 796-802

40. **J-D. Guelfi, F. Rouillon**
Manuel de psychiatrie
Collection Elsevier Masson, 2007

41. **R. de Beaurepaire**
Aspects biochimiques des troubles de l'humeur
EMC-psychiatrie, 2014

42. **R. de Beaurepaire**
Anomalies cérébrales structurales et fonctionnelles dans le trouble bipolaire
EMC-Psychiatrie, 2014

43. **P. Gorwood**
Le poids des évènements de vie dans les troubles unipolaires et bipolaires
L'Encéphale, 2005, 31, C3 :25-7

44. **A. Raust, F. Bellivier**
Troubles cognitifs et dépression bipolaire
L'Encéphale, 2011, Supp 3, S191-S195

45. **Delamillieure P.**
Aspects pronostiques des troubles bipolaires
L'Encéphale, 2006, 32, C2 :21-4
46. **D. Da Fonseca et al.**
Troubles bipolaires : continuité enfant-adulte ?
L'Encéphale, 2010, Supp 6, S173-S177
47. **K. Zaghib**
Santé physique et troubles bipolaires
Annales médico-psychologiques, 2012, 170, 56-61
48. **E. Corruble**
Troubles bipolaires et comorbidités somatiques
L'Encéphale, 2008, Supp 4, S143-S145
49. **P. Gourfet**
Suicides et tentatives de suicide
Médecine-Sciences, Flammarion, 2010, 124-127
50. **P. Nuss et al.**
Pratiques thérapeutiques dans la prise en charge des patients souffrant de trouble bipolaire
L'Encéphale, 2012, 75-85
51. **F. Bellivier**
Prise en charge thérapeutique des patients présentant en France et en Europe : étude multinationale WAVE-bd
L'Encéphale, 2014, 40, 392-400
52. **M. Lévy-Rueff et al.**
Traitement du trouble bipolaire
EMC/psychiatrie, 2009
53. **J. M. Azorin et al.**
Modalités de prise en charge de l'accès maniaque ou mixte aigu et évolution à trois mois
L'Encéphale, 2010, 226-235

54. **L. Samalin et al.**
Recommandations formalisées d'experts de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuro-psychopharmacologie sur le dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : mise à jour 2014
L'Encéphale, 2015, 41, 93-102
55. **Pierre-Michel Liorca et al.**
Recommandations Formalisées d'Experts, dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : résultats.
L'Encéphale, Supp4, 2010, S86-S102
56. **P.A. Geoffroy et al.**
Traitement du trouble bipolaire en phase maniaque : synthèse critique des recommandations internationales
L'Encéphale, 2013, 40, 330-337
57. **M. Maurel et al.**
Traitement d'un premier épisode maniaque
L'Encéphale, 2010, Supp 1, S23-S26
58. **M. Maurel et al.**
Bipolar affective disorder: models and assesement of psychological treatments
L'Encéphale, 2010, Supp 6, S202-S205
59. **G. Fatihi, H. Jaafar, M. Elmoudden**
La prévalence et les caractéristiques des conduites addictives chez les maladies mentales à l'hôpital Ibn Nafis
Mémoire de fin d'étude à l'IFCS pour obtenir le diplôme du 1^{er} cycle, 2013
60. **Fabrice Marchal**
Troubles bipolaires et addictifs : éléments d'analyse d'une étude Française
Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de CRETEIL, 2005
61. **K. Bouchra**
La prévalence des troubles addictifs chez les patients bipolaires
Master neuroméditerranéen de neurosciences et biotechnologies, 2013

62. RAVMO

Que cachent les mots drogues, addictions, toxicomanies
Association Réseau Addictions Val de Marne Ouest, 2010

63. M. REYNAUD

Addictions et psychiatrie
CERTA L'ALBATROS; Hôpital universitaire Paul Brousse-VILLEJUIF, 2013

64. X. Laqueille et al.

Toxicomanies aux médicaments opiacés
EMC/psychiatrie, 2010

65. X. Laqueille, J. cohen, C. Pflieger

Autres toxicomanies (haschich, solvant, LSD)
EMC- psychiatrie, 2014

66. M. Lejoyeux, H. Embouazza

Troubles psychiatriques et addictions
Addictologie, 2^{ème} édition, 2013, chapitre 7

67. Hasin DS, et al.

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.
Archives of General Psychiatry 2007; 64 (7): 830-42.

68. Regier DA, et al.

Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.
JAMA 1990;264:2511-8.

69. Kessler RC, et al.

Lifetime co-occurrence of DSMIII- R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey.
Archives of General Psychiatry 1997;54:313-21.

70. **F. Kazour et al.**
Cannabis et trouble bipolaire: recherche d'une association à partir d'une revue de la littérature
Annales Médico-Psychologiques, 2010
71. **Verdoux H, et al.**
Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders.
Encephale 1996;22:95-101.
72. **F. Cassidy, et al.**
Substance abuse in bipolar disorder.
Bipolar Disorders. 2001.3,181-188.
73. **Mazza M. et al.**
Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up.
Journal of Affective Disorders, 2009; 115: 27-35.
74. **S.L. McElroy, et al.**
Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder.
American Journal of Psychiatry 2001.158,420-426.
75. **Sherwood Brown E., et al.**
Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?
Journal of Affective Disorders, 2001;65:105-15.
76. **Francisco Arias e al.**
Bipolar disorder and substance use disorders. Madrid study on the prevalence of dual disorders/pathology
Adicciones, 2016, vol 20, n° 10

77. **Karam EG., et al.**
Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: a study from Lebanon.
Comprehensive Psychiatry 2002;43:463-8.
78. **Merikangas KR., et al.**
Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study.
Archives of General Psychiatry 2008;65:47-52.
79. **Mueser KT., et al.**
Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder.
Acta Psychiatrica Scandinavica 1992;85:48-55.
80. **80/ Kawa I., et al.**
Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation.
Bipolar Disorders 2005;7:119-25.
81. **Salloum IM., et al.**
Patient characteristics and treatment implications of marijuana abuse among bipolar alcoholics: results from a double blind, placebo-controlled study.
Addictive Behaviors 2005;30:1702-8.
82. **TV. Lagerberg et al.**
Cannabis use disorder is associated with greater illness severity in tobacco smoking patients with bipolar disorder
Journal of Affective Disorders, 190, 2015, 286-293
83. **Keck Jr. et al.**
12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode.
American Journal of Psychiatry, 1998; 155: 646-652.

84. **Gaudiano B.A. et al.**
Impact of remitted substance use disorders on the future course of bipolar I disorder: Findings from a clinical trial.
Psychiatry Research, 2008; 160: 63–71.
85. **Etain et al.**
Clinical expression of bipolar disorder type I as a function of age and polarity at onset: convergent findings in samples from France and the United States
The Journal of Clinical Psychiatry 2012; 73, e561–e566.
86. **T.V. Lagerberg, et al.**
Indications of a dose–response relations hip between cannabis use and age at onset in bipolar disorder.
Psychiatry Research 2014 ; 215,101–104.
87. **Dalton EJ., et al.**
Suicide risk in bipolar patients: the role of co–morbid substance use disorders.
Bipolar Disorders 2003 ; 5 : 58–61.
88. **Grunebaum MF., et al.**
Aggression and substance abuse in bipolar disorder.
Bipolar Disorders 2006 ; 8 :496–502.
89. **Zorrilla, I., et al.**
Cannabis and bipolar disorder: does quitting cannabis use during manic/mixed episode improve clinical/functional outcomes?
Acta Psychiatrica Scandinavica 2015;131,100–110.
90. **Van Rossum,I., et al.**
Does cannabis use affect treatment outcome in bipolar disorder? A longitudinal analysis.
The Journal of Nervous and Mental Disease 2009;197,35–40.
91. **Salloum IM, Thase ME.**
Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder.
Bipolar Disorders 2000 ; 2 : 269–80.

92. **Strakowski SM., et al.**
Course of psychiatric and substance abuse syndromes co-occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization.
The Journal of Clinical Psychiatry 1998 ; 59 : 465-71.
93. **Winokur G, et al.**
Alcoholism and manicdepressive (bipolar) illness : familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction.
The American Journal of Psychiatry 1995 ;152 : 365-72.
94. **Aas, M., et al.**
Additive effects of childhood abuse and cannabis abuse on clinical expressions of bipolar disorders.
Psychological Medicine 2013, 1-10.
95. **Baethge C., et al.**
Sequencing of substance use and affective morbidity in 166 first episode bipolar I disorder patients.
Bipolar Disorders, 2008,10,738-741.
96. **Strakowski,S.M.,et al.**
Effects of co-occurring cannabis use disorders on the course of bipolar disorder after a first hospitalization for mania.
Archives of General Psychiatry 2007,57-64.
97. **Lev-Ran, S., et al.**
Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders:Characteristics, co-morbidities and clinical correlates.
Psychiatry Research 2013,209,459-465.
98. **Tyler, E., et al.**
The relationship between bipolar disorder and cannabis use in daily life: an experience sampling study.
PLOS One 2015, 10, e0118916.

99. **Denson TF, Earleywine M.**
Decreased depression in marijuana users.
Addictive Behaviors 2006;31:738-42.
100. **Rohr JM. et al.**
Withdrawal sequelae to cannabis use.
International Journal of the Addictions, 1989;24:627-31.
101. **Angst J.**
The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder
The Journal of Affective Disorders 1998 ; 50 : 143-151
102. **Cardoso BM., et al.**
The impact of comorbid alcohol use in bipolar patients.
Alcohol. 2008; 42:451-457.
103. **Frye M.A., al.**
Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder
American Journal of Psychiatry 2003; 160 : 883-889
104. **Tondo L., et al.**
Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders.
Journal of Clinical Psychiatry 1999, 2, 63-69.
105. **Sonne, S.C. & Brady, K.T.**
Substance abuse and bipolar comorbidity.
Psychiatry Clinics of North America 1999, 22, 609-627.
106. **Goldstein BI, Levitt AJ.**
Factors associated with temporal priority in comorbid bipolar I disorder and alcohol use disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.
Journal of Clinical Psychiatry 2006; 67: 643-9.

107. Vieta E., et al.

Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients.

Bipolar Disorders 2001 Oct; 3 (5): 253-8.

108. Lejoyeux M, Adés J.

Evaluation of lithium treatment in alcoholism.

Alcohol Alcoholism 1993 ; 28 (3) : 273-9.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال بآذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بآذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 103

سنة 2016

انتشار و خصائص السلوكات الإدمانية

لدى مرضى ثنائي القطب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2016/06/10

من طرف

الآنسة خولة لقلومي

المزودة في 09 غشت 1990 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية:

الاكتئاب - الوصول الهوسي - السموم - الإدمان - اضطراب ثنائي القطب

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام

ف. عصري

أستاذة في الطب النفسي

ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

أ. بنعلي

أستاذ مبرز في الطب النفسي

م. زحلان

أستاذة مبرزة في الطب الباطني

إ. عدلي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

السيدة

السيدة

السيد

السيدة

السيدة