



جامعة سيدي محمد بن عبد الله
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N° 138/19

ENFANCE DES PATIENTS BIPOLAIRES (A propos de 50 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24/06/2019

PAR

Mlle. BENNIS ZAINEB

Née le 03 Avril 1989 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Enfance – Trouble bipolaire – Facteurs prédictifs

JURY

| | |
|--|------------|
| M. BERRAHO MOHAMED..... Professeur d'Epidémiologie clinique | PRESIDENT |
| M. AALOUANE RACHID..... Professeur de Psychiatrie | RAPPORTEUR |
| Mme. EL FAKIR SAMIRA..... Professeur d'Epidémiologie clinique | } JUGES |
| Mme. AARAB CHADYA..... Professeur agrégé de Psychiatrie | |
| M. YASSARI MOHSINE..... Professeur agrégé de Psychiatrie | |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|--------------|---|
| ANOVA | : Analysis of variance |
| AS | : Style affectif |
| CBCL | : Child behavior checklist |
| CMV | : Cytomégalo­virus |
| DSM | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| EDM | : Episode dépressif majeur |
| EE | : Expression émotionnelle |
| EGF | : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement |
| ESPT | : Etat de stress post-traumatique |
| HSV | : Herpes simplex virus |
| IPSS | : Statistical package for the social sciences |
| IRM | : Imagerie par résonance magnétique |
| LCE | : Liste de comportement pour enfants |
| MDQ | : Mood Disorder Questionnaire |
| MINI | : Mini-International Neuropsychiatric Interview |
| OR | : Odds ratio |
| TAG | : Trouble anxiété généralisée |
| TB | : Trouble bipolaire |
| TDAH | : Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité |
| TDC | : Troubles de conduite |
| TEP | : Tomographie par émission de positons |
| TOC | : Trouble obsessionnel compulsif |
| TOP | : Trouble oppositionnel avec provocation |
| TP | : Trouble panique |
| TS | : Tentative de suicide |

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des Cas et Témoins selon l'âge

Figure 2 : Répartition des Cas et Témoins selon le sexe

Figure 3 : Répartition des Cas et Témoins selon le milieu

Figure 4 : Répartition selon le statut marital

Figure 5 : Répartition selon l'activité professionnelle

Figure 6 : Répartition selon le revenu personnel mensuel

Figure 7 : Répartition selon le revenu personnel familial

Figure 8 : Répartition selon le mode de recrutement

Figure 9 : Répartition selon le niveau scolaire

Figure 10 : Répartition des patients selon les ATCD médico-chirurgicaux

Figure 11 : Pourcentage des patients ayant un ATCD psychiatrique

Figure 12 : Pourcentage des patients selon les conduites addictives

Figure 13 : Répartition des patients selon la nature des substances utilisées.

Figure 14 : Répartition des patients selon leurs antécédent de TS

Figure 15 : Nombre de patients ayant des antécédents d'automutilation

Figure 16 : Nombre de patients ayant des antécédents juridiques

Figure 17 : Nombre de patients avec antécédent familial de trouble bipolaire

Figure 18 : Nombre de patients ayant vécu des évènements stressants dans l'enfance

Figure 19 : Pourcentage des Traumatismes subis pendant l'enfance

Figure 20 : Répartition des patients selon le caractère des parents

Figure 21 : Répartition des patients selon le type du Trouble Bipolaire (DSM-5)

Figure 22 : Répartition des patients selon la nature du 1^{er} épisode

Figure 23 : Répartition des patients selon le rythme des épisodes

Figure 24 : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants des épisodes

Figure 25 : Répartition des patients selon la sensibilité aux rythmes de vie

Figure 26 : Répartition des patients selon les comorbidités associées

Figure27 : Pourcentage des mères dont la grossesse n'était pas désirée

Figure28 : Pourcentage des pathologies maternelles durant la grossesse

Figure29 : Pourcentage des mères ayant une carence nutritionnelle durant la grossesse

Figure30 : Répartition des patients selon la saison de naissance

Figure31 : Répartition des patients selon le milieu de naissance

Figure32 : Pourcentage de grossesses ayant été menées à terme

Figure33 : Pourcentage de patients avec manque de vocabulaire à l'enfance

Figure34 : Pourcentage des patients avec des difficultés à poursuivre une discussion à l'enfance

Figure35 : Nombre de patients scolarisés

Figure36 : Répartition des patients selon leur rendement scolaire à l'enfance

Figure37 : Nombre de patients ayant redoublé une classe

Figure38 : Pourcentage de patients ayant été timides

Figure39 : Pourcentage de patients ayant été trop sages

Figure40 : Nombre de patients qui avaient une préférence aux jeux solitaires

Figure 41 : Pourcentage des enfants qui étaient repliés sur eux-mêmes

Figure 42 : Pourcentage des patients qui étaient malheureux

Figure 43 : Pourcentage des patients qui étaient peu actifs

Figure44 : Pourcentage des patients qui pleuraient souvent

Figure45 : Pourcentage des patients qui s'inquiétaient beaucoup

Figure 46 : Pourcentage des patients qui se rongeaient les ongles

Figure 47 : Pourcentage de patients qui avaient une sensibilité élevée au stress

Figure48 : Pourcentage des patients qui étaient nerveux

Figure49 : Pourcentage des patients qui anticipaient de façon accrue une menace

Figure 50 : Pourcentage des patients ayant une image de soi perturbé

Figure 51 : Nombre de patients qui se disputaient souvent

Figure52 : Nombre des patients qui détruisaient leurs affaires ou celles des autres

Figure53 : Nombre de patients qui étaient désobéissants

Figure 54: Nombre de patients ayant un trouble oppositionnel avec provocation

Figure55 : Nombre de patients qui ont tendance à avoir des accidents

Figure56 : Nombre de patients ayant de mauvaises fréquentations

Figure57 : Nombre de patients avec une tendance à mentir ou tricher

Figure58 : Nombre de patients qui agressaient les autres

Figure59 : Répartition des patients selon la tendance aux fugues

Figure60 : Répartition des patients selon la nature des substances utilisées

Figure61 : Répartition des patients selon la colère et l'irritabilité

Figure62 : Répartition des patients selon la distractibilité

Figure63 : Répartition des patients selon l'hyperactivité

Figure64 : Répartition des patients selon la labilité émotionnelle

Figure65 : Répartition des patients selon l'impulsivité

Figure 66 : Nombre de cas qui avaient un trouble du comportement à l'enfance

Figure 67 : Nombre de témoins ayant un trouble de comportement à l'enfance

Figure 68 : Répartition des patients selon le score de l'EGF

Figure70 : Nombre de patients ayant un TDAH à l'enfance

Figure71 : Répartition des patients selon EDM

Figure 72 : Répartition des patients selon EDM avec caractéristiques mélancoliques actuelles

Figure 73 : Répartition des patients selon la dysthymie actuelle

Figure74 : Répartition des patients selon le risque suicidaire

Figure75 : Répartition des patients selon l'épisode (HYPO-) MANIAQUE Actuelle + Vie entière

Figure 76: Répartition des patients selon TROUBLE PANIQUE Vie entière + Actuelle (mois écoulé)

Figure77 : Répartition des patients selon AGORAPHOBIE Vie entière + Actuelle

Figure78 : Répartition des patients selon le Trouble panique avec ou sans Agoraphobie

Figure79 : Répartition des patients selon la phobie sociale

Figure 80: Répartition des patients selon le TOC

Figure 81: Répartition des patients selon ESPT Vie entière + Actuelle (mois écoulé)

Figure82 : Répartition des patients selon (DEPENDANCE /ABUS) Vie entière

Figure83 : Répartition des patients selon la dépendance aux drogues

Figure 84: Répartition des patients selon la dépendance actuelle /passée au Tabac

Figure 85: Répartition des patients selon la dépendance aux jeux d'argent et de hasard.

Figure86 : Répartition des patients selon la dépendance au jeu vidéo

Figure 87: Répartition des patients selon les troubles psychotiques

Figure 88: Répartition des patients selon l'anorexie mentale

Figure89 : Répartition des patients selon la boulimie

Figure90 : Répartition des patients selon le trouble anxiété généralisée

Figure91 : Répartition des patients selon le Trouble personnalité antisociale vie entière

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs périnataux

Tableau 2 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs de développement moteur

Tableau 3 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les troubles de langage

Tableau 4 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs de développement cognitif

Tableau 5 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs d'adaptation sociale

Tableau 6 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs d'adaptation comportementale

Tableau 7 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et l'échelle comportementale

Tableau 8 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les facteurs périnataux

Tableau 9 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les facteurs de développement moteur

Tableau 10 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les troubles du langage

Tableau 11 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les facteurs de développement cognitif

Tableau 12 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les facteurs d'adaptation sociale

Tableau 13 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les troubles du comportement

Tableau 14 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et l'échelle de comportement

Tableau 15 : Corrélation entre la sévérité du trouble et les facteurs périnataux

Tableau 16 : Corrélation entre la sévérité du trouble et les facteurs de développement moteur

Tableau 17 : Corrélation entre la sévérité du trouble et les troubles du langage

Tableau 18 : Corrélation entre la sévérité du trouble et les facteurs de développement cognitif

Tableau 19 : Corrélation entre la sévérité du trouble et les facteurs d'adaptation sociale

Tableau 20 : Corrélation entre la sévérité du trouble et les troubles du comportement

Tableau 21 : Corrélation entre la sévérité du trouble et l'échelle de comportement

PLAN

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 14 |
| Problématique | 17 |
| 1. Enoncé du problème..... | 18 |
| 2. justification et contexte de l'étude | 18 |
| Section I : Etat des connaissances actuelles sur l'enfance des patients bipolaires . | 23 |
| I. Aperçu sur l'histoire du trouble bipolaire | 24 |
| II. Données épidémiologiques du trouble bipolaire | 26 |
| III. La vulnérabilité : un cadre pour l'élaboration de modèles | 27 |
| IV. Élaboration du modèle neurodéveloppemental | 31 |
| V. Exploration de l'enfance des bipolaires | 32 |
| VI. Signes et symptômes pré-morbides | 33 |
| VII. Signes paracliniques prédictifs | 36 |
| Section II : Notre étude | 39 |
| I. Objectifs de l'étude | 40 |
| II. Méthodologie | 40 |
| 1. Type de l'étude..... | 40 |
| 2. Population étudiée | 40 |
| 2.1 Population cible | 40 |
| 2.2 Critères d'inclusion..... | 41 |
| 2.3 Critères d'exclusion | 41 |
| 3. Recueil de données..... | 42 |
| 4. Echelles psychométriques | 44 |
| 4.1 MINI..... | 44 |
| 4.2 EGF | 45 |
| 4.3 LCE | 58 |
| 4.4 Abrégé de CONNERS | 59 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Méthode statistique | 60 |
| 6. Aspects éthiques | 61 |
| Résultats de l'enquête..... | 61 |
| A . Etude descriptive..... | 63 |
| 1.Données sociodémographiques | 63 |
| 1.1 Age..... | 63 |
| 1.2 Sexe..... | 64 |
| 1.3 Lieu de résidence | 64 |
| 1.4 Situation maritale..... | 65 |
| 1.5 Activité professionnelle..... | 66 |
| 1.6 Niveau socioéconomique..... | 66 |
| 1.7 Mode de recrutement | 68 |
| 1.8 Niveau scolaire..... | 68 |
| 2.Antécédents personnels et familiaux | 69 |
| 2.1 Antécédents médico-chirurgicaux | 70 |
| 2.2 Antécédents psychiatriques | 70 |
| 2.3 Conduites addictives | 70 |
| 2.4 Antécédents de TS | 71 |
| 2.5 Antécédents d'automutilation | 72 |
| 2.6 Antécédents juridiques | 72 |
| 2.7 Antécédents psychiatriques familiaux | 73 |
| 2.8 Environnement familial | 75 |
| 3. Données concernant le Trouble bipolaire | 78 |
| 3.1 Forme clinique | 78 |
| 3.2 Age de début | 78 |
| 3.3 Ancienneté de la maladie | 78 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.4 | Durée entre la 1 ^{ère} symptomatologie et la 1 ^{ère} consultation | 79 |
| 3.5 | Durée après la 1 ^{ère} hospitalisation..... | 79 |
| 3.6 | Nombre et durée cumulative des hospitalisations | 79 |
| 3.7 | Caractéristiques des épisodes | 79 |
| 3.7.1 | Durée et rythme | 79 |
| 3.7.2 | Facteurs déclenchants des épisodes | 81 |
| 3.7.3 | Dernier épisode /Le nombre des épisodes..... | 81 |
| 3.7.4 | Durée des cycles/ de stabilité..... | 81 |
| 3.7.5 | Sensibilité accrue aux rythmes de vie | 82 |
| 3.7.6 | Comorbidités associées | 82 |
| 4. | Facteurs périnataux | 83 |
| 4.1 | Age de la mère à la grossesse | 83 |
| 4.2 | Désir de grossesse..... | 83 |
| 4.3 | Pathologie maternelle durant la grossesse | 84 |
| 4.4 | Carences nutritionnelles..... | 84 |
| 4.5 | Consommation de médicaments /Substances au cours de la grossesse | 85 |
| 4.6 | Saison de naissance | 85 |
| 4.7 | Sérologie rubéole | 85 |
| 4.8 | Milieu de naissance..... | 86 |
| 4.9 | Terme de la grossesse | 86 |
| 4.10 | Déroulement, mode d'accouchement, poids de naissance..... | 87 |
| 4.11 | Réanimation néonatale et séjour en incubateur..... | 87 |
| 5. | Facteurs développementaux | 87 |
| 5.1 | Développement moteur..... | 87 |
| 5.2 | Troubles du développement sphinctérien..... | 87 |
| 5.3 | Troubles du langage | 87 |

| | |
|--|-----|
| 5.3.1 Age du 1 ^{er} mot..... | 87 |
| 5.3.2 Age 1 ^{ère} phrase..... | 88 |
| 5.3.3 Difficultés à prononcer certains mots | 88 |
| 5.3.4 Manque de vocabulaire..... | 89 |
| 5.3.5 Difficulté à poursuivre une discussion | 89 |
| 5.3.6 Notion de bégaiement..... | 90 |
| 5.4 Développement cognitif | 90 |
| 5.4.1 Scolarisation..... | 90 |
| 5.4.2 Rendement scolaire..... | 91 |
| 5.4.3 Redoublement scolaire | 91 |
| 6.Facteurs d'adaptation sociale | 92 |
| 6.1 Socialisation..... | 92 |
| 6.2 Trouble de comportement..... | 98 |
| 7.Résultats des échelles psychométriques..... | 106 |
| 7.1 LCE | 106 |
| 7.2 EGF | 108 |
| 7.3 Abrégé de Connors pour parents | 109 |
| 7.4 MINI..... | 110 |
| B. Etude analytique..... | 130 |
| 1. Corrélation entre le type du trouble bipolaire et les paramètres étudiés..... | |
| 130 | |
| 1.1 Facteurs périnataux | 130 |
| 1.2 Facteurs développementaux..... | 132 |
| 1.3 Facteurs d'adaptation sociale et comportementale..... | 134 |
| 1.4 LCE | 138 |

| | |
|--|------------|
| 2. Corrélation entre l'âge de début du trouble et les paramètres étudiés | |
| 138 | |
| 2.1 Facteurs périnataux | 138 |
| 2.2 Facteurs développementaux..... | 139 |
| 2.3 Facteurs d'adaptation sociale et comportementale..... | 139 |
| 2.4 LCE | 140 |
| 3. corrélation entre la sévérité du trouble et les paramètres étudiés | 146 |
| 3.1 Facteurs périnataux | 146 |
| 3.2 Facteurs développementaux..... | 147 |
| 3.3 Facteurs d'adaptation sociale et comportementale..... | 149 |
| 3.4 LCE | 150 |
| Discussion | 154 |
| 1.Argumentaire de l'étude..... | 155 |
| 2.Données sociodémographiques..... | 155 |
| 3.Antécédents personnels et familiaux | 156 |
| 4.Facteurs de risque périnataux | 162 |
| 5.Données concernant le Trouble bipolaire..... | 166 |
| 6.Facteurs de risque développementaux..... | 172 |
| 7.Facteurs d'adaptation sociale et comportementale | 176 |
| 8.Apports et limites de l'étude | 181 |
| Recommandations | 183 |
| Perspectives..... | 186 |
| Conclusion..... | 188 |
| Résumés | 191 |
| Bibliographie..... | 197 |
| Annexes | 208 |

INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est une pathologie invalidante puisque classée sixième cause d' handicap par l'Organisation mondiale de la santé(OMS) : 1,5 % de la population en est affectée et 15 % des patients décèdent encore à l'heure actuelle par suicide. Ils se caractérisent par l'alternance d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes ou mixtes, le tout entrecoupé de phases de normothymie au cours desquelles les sujets sont a priori indemnes de dysfonctionnement psychique majeur. Reconnu comme maladie chronique, le niveau élevé d' handicap s'exprime tant par une désinsertion sociale, que professionnelle ou familiale .Le coût de cette pathologie est considérable. Il est supporté à différents niveaux, tout d'abord par le patient en termes de souffrance et d'exclusion sociale, par l'entourage du patient en termes de fardeau mais aussi plus largement par la société en termes de dépenses de santé et de réhabilitation sociale.[1]

Il s'agit d'un trouble à déterminisme complexe associant des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux.et psychosociaux. La survenue d'un premier épisode constitue en effet la plupart du temps une rupture dans la vie du sujet. Véritable crise d'identité, elle extrait celui-ci du champ de l'existence ordinaire, pour le confronter à, voire l'inscrire définitivement dans le champ de l'institution psychiatrique. [2]

L'étude des troubles du spectre bipolaire débutants constituent un domaine d'intérêt nouveau qui a probablement bénéficié des avancées conceptuelles préalablement réalisées dans celui des troubles psychotiques. En effet, de façon similaire à ce qui a été observé dans les psychoses débutantes, on peut distinguer, parmi les étapes initiales du trouble bipolaire, une phase prémorbide, une phase prodromale et une phase dite du premier épisode .[2]

Les symptômes prodromiques, sont des signes précurseurs qui vont inéluctablement aboutir à l'entrée dans la maladie. Dans le champ de la santé mentale,

cette phase est souvent conçue comme une étape préclinique où la symptomatologie est présente mais ni assez caractéristique, intense et/ou durable pour remplir formellement les critères de la pathologie. Il est bien entendu que l'enjeu essentiel du repérage de cette phase est de proposer une prise en charge qui pourrait différer, voire enrayer la survenue du trouble.[3]

La présente étude, au moyen d'un hétéro-questionnaire et des échelles d'évaluation, sera consacrée à la recherche des indices de l'enfance, qui sont prédictifs d'un éventuel développement du trouble bipolaire à l'âge adulte. Un maximum d'antécédents pré-morbides de la vie infantile a été recueilli et plusieurs paramètres ont été étudiés, avec l'espoir de contribuer à un repérage précoce de la maladie et la surveillance des patients à risque.

Après avoir exposé le contexte et les raisons de la mise en œuvre de notre étude ,ses résultats seront discutés à la lumière des publications internationales récentes ,en commençant par la description clinique de l'enfance des sujets de notre étude, ou nous essaierons de caractériser l'existence d'une phase prémorbide de la maladie tout en effectuant des corrélations avec les données de la littérature traitant de la phase prodromique du trouble bipolaire . Enfin ,nous décrivons les facteurs environnementaux et génétiques présents au sein de notre population en mettant en exergue les éléments caractéristiques d'une éventuelle vulnérabilité aux troubles affectifs.[17]

PROBLEMATIQUE

1. Enoncé du problème

1- 1. Pourquoi s'intéresser à l'enfance des patients bipolaires ?

Les études concernant l'enfance et les facteurs de risque du trouble bipolaire sont peu nombreuses, présentent pourtant de nombreux intérêts. Elles permettent en effet de mieux comprendre la genèse, ainsi que l'évolution du trouble. Elles permettent également de repérer les enfants à risque de développer un trouble bipolaire, afin d'améliorer la prévention et mettre en place une prise en charge précoce et adaptée aux difficultés de ces enfants. Enfin, certains troubles se développent pendant l'enfance du trouble bipolaire semblent persister à l'âge adulte et donc compliquer l'évolution et le suivi du trouble .[8]

Cette problématique de la continuité entre les troubles bipolaires de l'enfant et de l'adulte nous interroge également sur l'existence de facteurs prédictifs des troubles bipolaires chez l'adulte. En d'autres termes, de quels troubles psychopathologiques les adultes bipolaires souffrent-ils pendant leur enfance ?. Enfin, nous tentons de savoir si les enfants dont les parents ont un trouble bipolaire présentent des troubles psychopathologiques spécifiques. Il semble cependant qu'un certain nombre d'adultes bipolaires reconnaissent avoir présenté des symptômes dès leur adolescence voire leur enfance [6]. Il paraît donc pertinent de s'interroger ici sur l'existence de signes prédictifs[7]. [8]

1-2.De quels troubles souffrent les adultes bipolaires pendant leur enfance ?

L'étude d'Henin et al. est assez intéressante de ce point de vue. Cette étude rétrospective qui concerne 83 adultes bipolaires, montre que 64 % d'entre eux ont présenté un trouble psychopathologique caractérisé pendant l'enfance contre 15 %

dans le groupe contrôle. Plus précisément, cette étude relate 22 % de troubles déficitaires de l'attention, 14,8 % de troubles oppositionnels avec provocation et 9,9 % de troubles des conduites. Les auteurs de cette étude suggèrent que les troubles du comportement pourraient être les précurseurs d'une forme particulière de trouble bipolaire : une forme qui serait précoce, familiale, distincte, sévère et également plus résistante au traitement. Les troubles anxieux sont également fréquents pendant l'enfance des adultes bipolaires avec 7,4 % d'anxiété de séparation et 45,3 % d'anxiété généralisée. Les auteurs considèrent donc les troubles anxieux comme de probables facteurs prédictifs des troubles bipolaires chez l'adulte.[11]

Le trouble bipolaire est une pathologie récurrente et sévère, émaillé de rechutes fréquentes et d'une prise en charge complexe. Depuis, des hypothèses biologiques se sont développées avec notamment l'implication des facteurs influençant la neuroplasticité synaptique. Ces hypothèses semblent renforcées par la mise en évidence de gènes candidats parfois fonctionnels associés au trouble bipolaire. Cependant, les hypothèses biogénétiques ne sont pas exclusives puisque les événements de vie stressants, la qualité des relations sociales ou une enfance difficile semblent précipiter l'émergence de ce trouble.

En dehors de la vulnérabilité individuelle pour le trouble bipolaire, de multiples facteurs participent à l'émergence de la maladie et son évolution ultérieure. Dès sa description initiale, Kraepelin notait que les facteurs de stress psychosociaux avaient une part déterminante dans la précipitation des rechutes plutôt que dans l'émergence du trouble. [11]

Les études analysant les événements stressants avant une rechute dans le trouble bipolaire vont dans le même sens, et retrouvent un excès d'événements de vie stressants dans les 1 à 3 mois précédant la rechute, même si cela est surtout vrai pour les premiers épisodes seulement. 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. D'autres facteurs précipitants ont été soulevés, tels toxiques et drogues, dont il est souvent difficile de savoir s'ils révèlent un trouble bipolaire ou s'il s'agit d'épisodes purement « pharmaco-induits ». De plus, un rôle spécifique de la réduction de sommeil a été soulevé dans les rechutes maniaques. Notons que les événements comme l'accouchement ou les « jet-lags », considérés comme inducteurs de manie, sont tous associés à une baisse du sommeil. Qui plus est, la privation de sommeil est réputée comme ayant des propriétés antidépressives. Le sommeil a donc un rôle important dans le déterminisme d'une rechute maniaque. Les bipolaires privés d'une nuit de sommeil sont en effet sujets à des décompensations maniaques .[12]

Un dysfonctionnement familial a longtemps été décrit en relation avec le trouble bipolaire. Fromm-Reichmann, 1950 soulève le rôle et l'impact de la dynamique familiale dans l'apparition du trouble bipolaire en se basant sur un bon nombre de patients bipolaires rapportant la présence d'environnements familiaux stressants. Cohen, Baker, Fromm-Reichmann et Weigert [12] ont été parmi les premiers à décrire les familles des bipolaires comme très énergiques, recherchant une progression sociale rapide, fortement conventionnelles et compétitives. Les mères ont été décrites comme froides, dominantes, mais solides et responsables, alors que les pères seraient faibles, incapables, maladroits, irresponsables et sur lesquels on ne peut pas compter .L'environnement familial des patients bipolaires est classé comme étant conflictuel, manquant de cohésion et d'expression de soi, ayant un niveau élevé d'expression émotionnelle (EE), un style affectif (AS) négatif et un risque élevé de comportements de maltraitance de l'enfant. Ces facteurs environnementaux, indépendants les uns des autres et non étudiés conjointement, s'avèrent être des facteurs intervenant et influençant de façon péjorative le cours et l'évolution de la maladie.[11]

Huit études ont tenté d'évaluer les antécédents de maltraitance chez les sujets bipolaires. Se basant sur un auto-questionnaire d'abus, les sujets bipolaires rapportent plus fréquemment de sévices physiques dans l'enfance que les sujets unipolaires [12]. Des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance ou de sévices physiques s'accompagnent d'un âge de début plus précoce, des cycles plus rapides, de gestes suicidaires plus fréquents, de manie plus sévère et plus d'hallucinations auditives. Une étude récente montre que les sujets bipolaires rapportent plus fréquemment des sévices physiques de la part de leur mère, plus de sévices « émotionnels » de leurs parents et ce en contrôlant l'âge de début de la maladie et les antécédents familiaux de troubles de l'humeur. Enfin, l'existence de maltraitance, précédant l'émergence du trouble bipolaire, semble être un facteur déterminant de décompensation du trouble [12].

2. Justification et contexte de l'étude

De nos jours, l'élaboration de stratégies préventives est devenue une priorité pour les cliniciens et les chercheurs en santé mentale. Ces dernières années, les travaux dans ce domaine se sont surtout focalisés sur la schizophrénie. En effet, l'individualisation de signes avant-coureurs (prodromes) ou des marqueurs de vulnérabilité (signes prémorbides), détectables avant que la maladie ne soit entièrement constituée, ont facilité la mise en œuvre de stratégies de dépistage et de prévention secondaire de cette pathologie.

Au contraire, pour les troubles du spectre bipolaire, le déroulement de l'enfance et l'identification et la description des phases précoces semblent susciter beaucoup moins d'engouement, ce que reflète le nombre restreint de recherches à ce sujet. [17]

Un certain nombre de publications récentes démontrent l'impact délétère du trouble bipolaire sur la vie des patients : chronicisation de la maladie, morbidité et

mortalité élevées avec un taux de suicide d'environ 15%. Le retard diagnostic fréquent explique cette évolution défavorable. En effet, le délai entre l'apparition des premiers symptômes et l'établissement d'un diagnostic catégoriel avoisine les 10 ans, repoussant malheureusement et de manière considérable l'introduction d'un traitement adapté.

Afin d'alléger ce pronostic défavorable, les recherches actuelles internationales se tournent depuis peu vers l'identification des manifestations précoces des troubles du spectre bipolaire, même si les études restent encore rares. Il a été prouvé qu'environ 60% des patients adultes bipolaires ont débuté leur maladie avant l'âge de 19 ans et présentaient des manifestations de la maladie bien avant l'établissement de son diagnostic. L'identification précoce de symptômes chez les patients atteints d'un trouble du spectre bipolaire est donc possible.[17]

Pour ces raisons, nous avons décidé de nous intéresser à l'enfance et aux phases prémorbides et prodromiques des troubles appartenant au spectre bipolaire à partir de l'étude de patients adultes présentant un trouble du spectre bipolaire. Selon DSM-5 la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), les troubles bipolaires sont réunis dans le chapitre C comprenant 6 catégories : le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire associé à une autre affection médicale, le trouble bipolaire dû à un abus de substance et le trouble bipolaire non classé ailleurs.[26]

SECTION I :

Etat des connaissances actuelles sur
l'enfance des patients bipolaires

I. Aperçu sur l'histoire du trouble bipolaire

Les bases de la conceptualisation actuelle du trouble bipolaire remontent à la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. En effet Jean Pierre Falret parle dans La dixième leçon de clinique de la maladie mentale de « folie circulaire » caractérisée par « l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé ». Baillarg et nomme cette entité «folie à double forme », constituée d'alternance de période de dépression et d'excitation. Magnan quant à lui parle de « folie intermittente ». Bien avant la naissance de la médecine, de nombreux auteurs ont noté le passage de la personne d'un état mélancolique à un état maniaque. Avant J.-C., c'est Hippocrate qui a relevé ce changement de la mélancolie à la folie. Beaucoup d'auteurs l'ont suivi comme Arétée de Cappadoce en l'an 150, arrivant jusqu'à Griesinger en 1845 qui considérait que ces deux états formaient un même trouble où la mélancolie précédait et annonçait la manie. C'est en 1899, que Emil Kraepelin avait individualisé la «folie maniaco-dépressive » dans son traité, comme une psychose endogène constitutionnelle différente de la démence précoce. Il a précisé les symptômes, l'évolution et les antécédents de la maladie. Il a introduit la notion d'état mixte qui réunit en même temps des signes mélancoliques et maniaques.

En 1907, Deny et Camus introduisent la notion de « psychose maniaco-dépressive ». En 1957, Karl Leonhard individualise deux formes de psychoses affectives : les formes bipolaires réunissant en alternance des épisodes dépressifs et maniaques et les formes monopolaires formés d'épisodes dépressifs psychotiques et rarement de manies.

C'est en 1970, que le trouble bipolaire a été reconnu par tous les auteurs comme une maladie qui peut regrouper non seulement des patients qui présentent des manies franches, de type I, mais aussi des patients qui ont des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs et hypomaniaques, de type II. [29]

Le DSM et l'émergence d'une nosographie internationale

La troisième édition du DSM (1980) marque un tournant nosographique [57]. Contrairement aux deux précédentes versions, le DSM-III intègre la distinction leonhardienne (unipolaire-bipolaire) dans le groupe des « troubles affectifs » qui contient les troubles affectifs majeurs et les troubles affectifs non spécifiques (ils seront requalifiés « troubles de l'humeur » dans les éditions suivantes). Les troubles affectifs majeurs contiennent les troubles bipolaires et les dépressions majeures unipolaires. La notion de « psychose » est abandonnée pour celle de « trouble ». Le diagnostic de TB nécessite d'avoir observé un épisode maniaque et un épisode dépressif. La dixième version de la CIM (CIM-10), publiée en 1992 par l'OMS, reprend cette classification DSM. En France, l'utilisation du terme TB et l'abandon de celui de PMD vont suivre la notoriété du DSM et s'imposer peu à peu au début des années 1990. Dans le DSM-IV (1994), l'existence d'un épisode dépressif dans l'histoire du patient n'est plus nécessaire au diagnostic de TB (un épisode maniaque suffit). Une distinction est introduite entre les TB de type I (au moins un épisode maniaque), II (au moins un antécédent d'épisode hypomaniaque) et III (élévation de l'humeur déclenchée par un traitement pharmacologique). La cyclothymie est également intégrée au TB. Les années quatre-vingt-dix voient également intégrée au TB. Les années quatre-vingt-dix voient également se développer une intense activité de recherche scientifique autour des TB[58].

Un des changements définis dans le DSM-5 est l'élargissement des critères diagnostiques, au delà de critères d'ordre purement thymiques, aux changements repérables dans l'activité et l'énergie déployées par le patient]. Le DSM-5 remplace également la catégorie trouble bipolaire non-spécifié par une catégorie permettant la définition d'un trouble du spectre bipolaire incluant un continuum entre les différents troubles, soit les types I et II et la cyclothymie. Le manuel inclut les symptomatologies

subsyndromiques en durée ou en intensité ainsi que des critères de mixité possibles aux phases maniaques/hypomaniaques et aux phases dépressives. Le DSM-5 permet également de spécifier la présence de caractéristiques catatoniques.[59]

II. Données épidémiologiques du trouble bipolaire

La prévalence à un an, en population générale, du Trouble Bipolaire (TB) se situe entre 0,1 et 1,7 % dans les études internationales, selon les critères des différentes éditions du DSM [28] Le TB étant une pathologie chronique, sa prévalence sur la vie est assez comparable à la « life time prévalence » et comprise entre 0,2 et 1,6% selon le Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO) de la Loi de Santé Publique de 2004[4.9].Les études épidémiologiques en population générale se focalisent généralement sur le trouble bipolaire de type I . La prise en compte du TB type II et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,1 %) comme le soulignent Angst et al. [28].Ce chiffre est d'ailleurs très comparable à celui trouvé par Hirschfeld et al. dans la population générale nord-américaine[6]. On retient généralement une valeur médiane, pour la prévalence des troubles bipolaires nécessitant une prise en charge thérapeutique, de 1 à 1,5 %, taux correspondant d'ailleurs aux chiffres des deux grandes études en population générale nord-américaine : la NCS (National Comorbidity Survey)[13] et l'ECA (Epidemiologic Catchment Area)[14] pour les troubles bipolaires de type I et II, dans la population adulte. Il y aurait donc en France environ 4 à 500 000 patients bipolaires, en période maniaque, dépressive ou en rémission[28].La prévalence du trouble bipolaire en médecine générale a été évaluée en France, avec le MDQ introduit par Hirschfeld et al.[6] . Elle est de3,7 % dans la population des omnipraticiens. Elle atteint15 % en consultation spécialisée, avec des taux sensiblement comparables selon le type d'activité privée ou publique[10].[28]

Au Maroc, 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. [5]

III. La vulnérabilité : un cadre pour l'élaboration de modèles étiopathogéniques

Les hypothèses biologiques ou génétiques ont dominé les hypothèses étiopathogéniques du trouble bipolaire ce siècle dernier. L'efficacité du lithium et des antiépileptiques sur la prévention et l'expression du trouble bipolaire a conduit à l'élaboration de schémas causaux monoaminergiques. En dehors de la vulnérabilité individuelle pour le trouble bipolaire, Le poids des facteurs stressants, la sensibilité aux rythmes sociaux déterminent l'émergence du trouble et la précipitation des rechutes .

1. Neurobiologie du trouble bipolaire

Traditionnellement, les théories neurobiologiques du trouble bipolaire se sont focalisées sur les hypothèses monoaminergiques, notamment du fait de l'existence du test de déplétion monoaminergique induite par la réserpine (antihypertenseur) qui est responsable de symptômes dépressifs. L'efficacité des antidépresseurs tricycliques ou des IMAO, qui s'accompagne d'une augmentation synaptique de noradrénaline et de sérotonine, est venue renforcer ces hypothèses.

Cependant, l'idée qu'une monoamine isolée puisse expliquer le trouble bipolaire a évolué vers l'implication de plusieurs systèmes de neurotransmission. Parallèlement aux recherches considérables sur la sérotonine, certains travaux

suggèrent une diminution de la concentration de noradrénaline chez les patients unipolaires et une augmentation chez les sujets bipolaires[15]. De plus, une augmentation noradrénergique serait annonciatrice d'un virage de l'humeur[16]. Une perturbation dopaminergique a aussi été suggérée dans les états maniaques et dépressifs devant l'implication de ce neurotransmetteur dans le contrôle de la motricité et les fonctions cognitives. 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 [18]. Notons que l'augmentation intra synaptique de certains neurotransmetteurs conduit à l'activation en cascade des systèmes de transduction puis à une augmentation des facteurs neurotrophiques (BDNF) et à l'élaboration de protéines cyto-protectives (bcl-2). Chez les sujets bipolaires, on retrouve une augmentation périphérique des protéines G[19], De même, la protéine kinase C, protéine intracellulaire, impliquée dans la régulation de la plasticité synaptique est augmentée chez les sujets bipolaires[20].

Sur le plan hormonal, et en particulier après un accouchement, les modifications endocriniennes sont majeures, complexes et rapides. Les nombreuses études portant sur l'axe hypothalamo-cortico-surrénalien (axe HPA) dans la dépression (à partir du lien repéré entre cortisol, stress et dépression) sont, par exemple, une manière de concevoir comment la période du post-partum est à risque, puisque l'ACTH et le cortisol augmentent au moment du travail pour décroître dès la quatrième heure après l'accouchement. D'autres hormones comme les stéroïdes (progestérone et œstrogène), la prolactine, les hormones de l'axe thyroïdienne (la TSH et la TRH) ou gonadotrope(FSH et LH), sont aussi remaniées après l'accouchement.[12]

2. Génétique du trouble bipolaire

L'héritabilité, qui est le pourcentage d'explication du phénotype observé due aux différences génétiques inter-individuelles, est estimée autour de 80 % selon plusieurs études . Des antécédents familiaux de TB chez les apparentés du premier et du second degré constituent le principal facteur de risque de trouble bipolaire [21], tandis que le taux de concordance des jumeaux monozygotes atteint 40 à 70 % .Les bases génétiques de cette transmission sont avérées[22]

Actuellement, les données de la littérature suggèrent l'interaction de plusieurs gènes avec des mécanismes génétiques complexes .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. Deux méta-analyses ont été menées à partir des données du criblage du génome, et ont montré une liaison forte avec les chromosomes 13q et 22q. Une troisième méta-analyse retrouve une liaison modérée avec les régions des chromosomes 9p, 10q, 14q et le chromosome 18. Notons que depuis la parution de ces méta-analyses, d'autres régions chromosomiques ont été identifiées dans le trouble bipolaire comme les régions 6q16q-25 et 12q23-24[23] . Plusieurs gènes candidats ont été explorés dans le trouble bipolaire et concernent essentiellement les systèmes monoaminergiques. Les gènes de la monoamine oxydase A (MOA), de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) et le transporteur de la sérotonine (5-HTT) ont suscité un intérêt particulier et semblent être retrouvés de manière significative chez les sujets bipolaires avec un effet qui reste modeste (Odd Ratio < 2) [24] [12].

Une piste plus intéressante pourrait être celle de la sensibilité au lithium. En effet, les études familiales ont montré que lorsque le sujet index bipolaire était sensible au lithium, on retrouvait plus de trouble bipolaire parmi les apparentés . Ceci est d'ailleurs en accord avec l'étude de jumeaux de Mendlewicz puisque 67 % des paires de jumeaux monozygotes sont concordantes pour le trouble bipolaire lorsque le sujet-index est sensible au lithium, versus 22 % de jumeaux monozygotes dont le

sujet-index est résistant au lithium[25].[12].Enfin ,les tempéraments peuvent être définis comme des endophénotypes ou des marqueurs de vulnérabilité chez les patients et chez les apparentés.Plusieurs études ont pu montrer que certains tempéraments étaient plus fréquents chez les apparentés de patients souffrant de trouble bipolaire, en particulier les tempéraments cyclothymique et hyperthymique.[26]

3.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. Des études prospectives montrent en effet qu'un soutien social de mauvaise qualité s'accompagne de rechutes plus fréquentes et d'une durée de rémission plus courte (26.27.28]. De même, l'intensité des émotions exprimées par l'entourage semble corrélée à l'intensité des symptômes maniaques et à une moins bonne évolution [29]. Dans une approche psychodynamique, les idées de grandeur de l'épisode maniaque seraient une défense pour lutter contre l'effondrement dépressif [30]. Dans une optique plus cognitive de la « défense maniaque », les événements de vie seraient perçus comme une menace dépressive chez un sujet présentant une faible estime de soi, menant aux idées de grandeur. Manie et dépression seraient donc deux états cognitivement proches. De rares études ont tenté d'évaluer la vulnérabilité cognitive et le modèle vulnérabilité-stress dans les troubles bipolaires. Les sujets bipolaires ne semblent pas différer des sujets unipolaires en terme de pensées négatives ou d'attitudes inadaptées. Les sujets bipolaires pourraient par contre formuler d'avantage d'autocritiques que les sujets contrôles. Les sujets souffrant d'épisodes hypomaniaques plus marqués présentent de plus grandes difficultés au test de Stroop émotionnel que les sujets présentant une hypomanie légère. Ces patients semblent être plus sujets à l'autocritique, y compris en phase euthymique, et présenter plus d'attitudes négatives et de ruminations[31].

[12]

IV. Élaboration du modèle neurodéveloppemental

S'interroger sur l'origine neurodéveloppementale des troubles conduit à rechercher les arguments en faveur d'altérations des processus de la formation et de la maturation cérébrales, autant lors des phases les plus précoces du développement embryonnaire, que celles plus tardives de l'adolescence, jusqu'à la formation du cerveau adulte. La question de l'origine neurodéveloppementale des troubles bipolaires a fait l'objet d'un intérêt croissant ces dernières années, à la suite des travaux sur l'hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie et de la constatation d'un possible recouvrement étiologique et phénotypique entre les troubles bipolaires et schizophréniques.

Le modèle neurodéveloppemental est le modèle physiopathologique de référence pour la schizophrénie. Dans sa forme actuelle, il souligne l'existence d'atteintes précoces entraînant la dysplasie de certains circuits neuronaux et pouvant rendre compte des anomalies prémorbides retrouvées chez un grand nombre de patients, alors que l'entrée dans la maladie serait liée à des anomalies plus tardives, vraisemblablement en interaction avec les atteintes précoces. À l'image de ce modèle de la schizophrénie, un modèle similaire a été proposé, plus récemment, pour les troubles bipolaires, se fondant sur un faisceau d'arguments génétiques, cliniques, cognitifs et d'imagerie.[26

Les signes neurologiques mineurs, moteurs ou sensoriels, témoignent d'anomalies cérébrales diffuses et illustrent l'hypothèse neurodéveloppementale du trouble psychiatrique étudié. Fréquemment explorés dans la schizophrénie, les études dans le trouble bipolaire restent rares et contradictoires. L'étude Éthiopienne de Negash .A et collaborateurs montre que les sujets bipolaires de type I ont des performances sensorielles et motrices moins bonnes par rapport aux sujets contrôles, touchant électivement le champ de l'intégration audiovisuelle, le champ moteur et

surtout la coordination motrice complexe [32] . Ces mauvaises performances ne semblent pas influencées par le nombre d'épisodes antérieurs ou la sévérité de la maladie, suggérant qu'il s'agisse de marqueur prémorbide .Sur le plan électrophysiologique, il a été montré des anomalies de l'onde P50 qu'il est difficile de considérer comme marqueur du trouble bipolaire en soi. L'onde P50 reflète le filtrage inhibiteur, phénomène électrophysiologique considéré comme impliqué dans la « mécanique » des hallucinations. De fait, une étude récente montre que les sujets bipolaires ayant présenté des symptômes psychotiques présentent de manière significative une diminution du filtrage inhibiteur (reflété par l'onde P50 émoussée ou tardive) comparativement aux sujets bipolaires « non psychotiques » et aux sujets contrôles[33] .[12]

V. Exploration de l'enfance des bipolaires

Plusieurs types d'études ont été utilisés pour préciser les antécédents prémorbides de la maladie :

- Les études rétrospectives s'intéressant aux antécédents durant l'enfance et l'adolescence des patients adultes bipolaires. Ces études sont les plus fréquentes.
- Les études prospectives d'enfants « à haut risque » c'est-à-dire s'intéressant aux enfants issus de parents atteints d'un trouble du spectre bipolaire.
- Les études de cohorte prospectives longitudinales, qui sont rares.
- Les études prospectives et les études rétrospectives s'intéressant aux manifestations cliniques pouvant prédire de l'évolution d'un trouble dépressif initialement unipolaire ou récurrent vers un trouble bipolaire, le plus souvent de type I

VI. Signes et symptômes pré-morbides

En effet à l'instar de ce que l'on observe dans les psychoses débutantes, on peut distinguer, parmi les étapes initiales du trouble bipolaire, une phase prémorbide, une phase prodromale et une phase dite du premier épisode[34.35] .

La première est une phase de vulnérabilité à la maladie. Essentiellement caractérisée par l'existence de manifestations égodynamiques, soit de traits qui ne sont pas éprouvés par le sujet comme des ruptures de sa vie psychique mais font, au contraire, partie intégrante de sa personnalité. Les caractéristiques tempéramentales décrites par Akiskal [36] qui constituent les tempéraments cyclothymique, irritable, anxieux, dépressif ou hyperthymique seraient à même de s'inscrire au sein de cette phase en tant que marqueurs de vulnérabilité voire endophénotypes. On sait en effet le lien qui les unit aux antécédents familiaux de bipolarité [37] , exemple, eux aussi, des facteurs de risque présents dès cette phase de l'affection.

La phase prodromale est marquée par l'apparition des premiers symptômes, manifestations égodynamiques par définition même, mais toutefois non-spécifiques. Les études à la fois rétrospectives et plus récemment prospectives réalisées dans le domaine des troubles bipolaires ont pu cependant montrer l'importance des comorbidités parfois présentes dès cette phase de la maladie. Cela vaut à la fois pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble des conduites (TDC) mais aussi les troubles anxieux, les troubles addictifs, voire les troubles des conduites alimentaires ou les troubles somatoformes [38]. La co-occurrence de ces comorbidités (multimorbidité) associée aux caractéristiques de la phase précédente susceptibles de conduire à l'apparition de conduites suicidaires, pouvant faire évoquer la bipolarité.[2]

La phase des premiers symptômes peut se manifester par des signes cliniques divers. Si ces symptômes peuvent évoquer de prime abord un trouble bipolaire

précoce, ils peuvent avant tout se manifester chez un enfant sans trouble psychopathologique dans certaines situations. Comme souvent en pédopsychiatrie, il paraît indispensable d'obtenir le maximum d'informations issues de sources différentes avant de poser le moindre diagnostic et à décrire les symptômes. La tolérance de l'environnement ainsi que l'intensité des symptômes peuvent varier selon les situations. Il convient donc d'être très attentif au contexte de vie de l'enfant : son environnement familial, son environnement scolaire et ses relations sociales[39]. Le diagnostic de trouble bipolaire chez l'enfant est d'autant plus délicat à poser que les critères diagnostiques sont identiques aux critères utilisés pour le diagnostic chez l'adulte (DSM-IV). Or chez l'enfant et l'adolescent, les différents symptômes doivent toujours être considérés selon une perspective développementale : en fonction de l'âge, et le niveau intellectuel[40,41]. Beaucoup de comportements ou de croyances chez l'enfant peuvent être considérés à tort comme pathologiques. Nous savons aussi que beaucoup d'enfants ont des difficultés d'auto-évaluation avec notamment une perception particulièrement élevée de leurs compétences dans les domaines les plus fragiles [42, 43]. Selon plusieurs auteurs, les signes psychotiques sont fréquents dans les troubles bipolaires chez l'enfant, avec des chiffres très variables (de 30 à 70 %) selon les études [41, 44]. Bien que plus fréquents chez les enfants que chez les adultes, la présence de signes psychotiques n'élimine pas pour autant le diagnostic de trouble bipolaire. L'irritabilité, très fréquente, est particulièrement sévère, persistante et souvent associée à une agressivité majeure, comparable à des explosions agressives. En revanche, ce symptôme reste assez peu spécifique du trouble bipolaire puisqu'il peut se retrouver dans de nombreux autres troubles psychopathologiques comme les troubles anxieux généralisés, les états de stress post-traumatique, les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité ou les troubles des conduites. Enfin, chez l'enfant et l'adolescent les épisodes dépressifs

semblent précéder le plus souvent les épisodes maniaques [45]. Ces épisodes peuvent donc être considérés dans un premier temps comme des états dépressifs majeurs au lieu de troubles bipolaires. Cependant, il est bien difficile de savoir à l'avance quels sont les adolescents présentant un état dépressif majeur qui présenteront un réel trouble bipolaire. D'apparition brutale et d'intensité moyenne, ces épisodes dépressifs sont fréquemment associés à une irritabilité et à une agitation. Comme dans les états maniaques, on note la présence de traits psychotiques [46].

Les comorbidités sont très fréquentes et participent grandement aux difficultés diagnostiques. Selon certaines études, 50 à 80 % des enfants et des adolescents présentant un trouble bipolaire souffriraient également d'un TDAH, 20 à 60 % de troubles du comportement et 30 à 70 % de troubles anxieux [47]. Il semble que l'association avec le TDAH diminue avec l'âge contrairement aux troubles des conduites qui seraient plus fréquents chez les adolescents. D'autres auteurs retrouvent un risque élevé d'abus de substances chez les adolescents présentant un trouble bipolaire [48]. Ces comorbidités sont d'autant plus importantes à identifier qu'elles ont un impact majeur sur le traitement et le pronostic. Enfin, le diagnostic différentiel reste une étape importante avant de poser le diagnostic de trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent. Ce trouble partage de nombreux symptômes avec d'autres troubles psychopathologiques tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Dans une étude récente, Geller et al. [49] n'ont retrouvé aucune différence significative entre le trouble bipolaire et le TDAH, les symptômes tels que l'irritabilité, la distractibilité, la logorrhée et l'agitation étant communs aux deux troubles. De surcroît, il n'est pas rare de retrouver une certaine labilité émotionnelle, des troubles du sommeil ou la recherche de nouveauté chez les enfants TDAH. Certains signes cliniques semblent plus spécifiques des troubles bipolaires. Les idées de grandeur, l'exaltation de l'humeur, la fuite des idées, la

réduction du temps de sommeil et la désinhibition sexuelle semblent être les symptômes les plus à même de différencier les troubles bipolaires du TDAH [49]. Le trouble bipolaire est également difficile à distinguer de la schizophrénie du fait de la présence fréquente de signes psychotiques à l'origine d'une confusion diagnostique fréquente. Enfin, les symptômes du trouble bipolaire se retrouvent aussi dans les troubles des conduites, les troubles de la personnalité borderline ou antisociale, les états de stress post-traumatiques et les troubles envahissants du développement.[50]

VII. Signes paracliniques prédictifs

1. Neuro-imagerie du trouble bipolaire

Grâce aux techniques d'imagerie (anatomique et fonctionnelle), des anomalies métaboliques et volumétriques du cortex cérébral des sujets bipolaires ont été décrites. Les circuits impliqués semblent essentiellement frontolimbiques mais aussi temporaux et plus rarement hippocampiques.

a. Anomalies des lobes frontaux

Comparativement aux sujets normaux, les sujets bipolaires présentent un cortex préfrontal plus réduit[51]. La taille du cortex préfrontal semble corrélée négativement aux performances cognitives notamment pour les tâches attentionnelles (mesurées par le CPT). De même, chez les patients bipolaires, on retrouve une diminution de la densité du cortex cingulaire antérieur, région impliquée dans la cognition et le contrôle de la motricité chez les patients non traités. Ces observations se retrouvent chez les adolescents. Notons que chez les familles de sujets bipolaires, on retrouve une diminution volumétrique de cette région comparativement aux sujets contrôles, y compris chez des apparentés sains. Les études d'imagerie fonctionnelle (PET-scan) montrent des anomalies du cortex orbito-

frontal aux tâches verbales chez les patients maniaques ou euthymiques comparativement aux sujets contrôles. On retrouve par ailleurs, une hyperactivation du gyrus frontal inférieur et du cortex cingulaire antérieur gauche lors de tâches décisionnelles chez les patients en phase maniaque .

Les données neurochimiques complètent les données d'imagerie et montrent que les métabolites tels que le N-acétyl-aspartate, qui reflètent la viabilité des cellules neuronales, sont diminués dans le cortex préfrontal des sujets bipolaires et l'hippocampe. D'autres métabolites, traduisant le métabolisme énergétique des cellules neuronales, sont retrouvés diminués dans le lobe frontal gauche chez les sujets bipolaires en phase dépressive comparativement aux sujets euthymiques .

b. Anomalies des lobes temporaux

L'amygdale est une région directement sollicitée dans la reconnaissance des émotions comme la colère ou la peur, que l'on retrouve altérée chez des enfants atteints de trouble bipolaire[52]. Chez les adultes bipolaires, cette région est augmentée [53,54] alors qu'elle semble diminuée chez les adolescents[55]. De plus, la taille de l'amygdale serait inversement corrélée à l'âge suggérant une anomalie du développement de l'amygdale au cours du temps chez les sujets bipolaires . Ce qui pourrait expliquer les différences volumétriques de l'amygdale chez les adolescents et les adultes atteints de troubles bipolaires. Par contre l'hippocampe (impliquée notamment dans la mémoire et la régulation du stress), ne semble pas différente chez les sujets bipolaires et les sujets contrôles bien qu'une étude de jumeaux discordants pour le trouble bipolaire a montré une diminution du volume de l'hippocampe droit chez le jumeau atteint[56] .

c. Les ganglions de la base

On note une augmentation du volume du putamen chez les sujets bipolaires comparativement aux sujets contrôles, mais ces résultats semblent contradictoires.

Chez les adolescents, on retrouve une augmentation du volume du putamen[60] ainsi qu'une augmentation bilatérale des ganglions de la base. Cette structure a un intérêt particulier dans la mesure où elle présente des interconnexions avec le cortex pré-frontal et les régions limbiques impliquées dans la régulation de l'humeur.[12]

2 .Examens biologiques

Les recherches biologiques sont en croissance exponentielle. Pourtant aucun examen de laboratoire n'a de valeur diagnostique. On cite habituellement , les anomalies polysomnographiques (électro-encéphalogramme EEG de sommeil), l'augmentation de la sécrétion du cortisol, avec absence de freinage au test à la dexaméthasone (DST positif).

Par ailleurs ,il existe de nombreuses anomalies au niveau des neurotransmetteurs :noradrénaline, sérotonine, acétylcholine, dopamine, l'acide gamma aminobutyrique ainsi que dans l'interminable casacade des événements moléculaires post-synaptiques. Différents tests pharmacologiques et neuroendocriniens sont perturbés et font l'objet de recherche actuelle .[26]

SECTION II : NOTRE ETUDE

I. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude se situent sur différents axes :

- La collecte d'un maximum des antécédents pré-morbides de l'enfance des patients bipolaires.
- L'étude des signes cliniques durant l'enfance prédictifs de trouble bipolaire à l'âge adulte.
- La recherche du rapport entre le fonctionnement de l'enfance / la nature et la sévérité des symptômes du Trouble Bipolaire.

II. Méthodologie

1.Type d'étude :

C'est une étude cas – témoins avec appariement sur l'âge le sexe et le milieu, portant sur un échantillon de 50 cas de patients bipolaires et 100 témoins parmi les visiteurs, menée au service de Psychiatrie du CHU Hassan II de Fès sur une période s'étalant de décembre 2018 à Mai 2019. Cette étude est réalisée en collaboration avec le service d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

2. Population étudiée :

2.1 Population cible :

La population cible est constituée de cas définis par les patients atteints de Trouble Bipolaire, inclus selon les critères de DSM 5 qui sont hospitalisés ou suivis en consultation à l'hôpital Ibn Al Hassan de Fès.

Le recrutement du groupe témoin a été fait parmi les visiteurs au niveau du service d'urologie du CHU Hassan II de Fès, après avoir éliminé le trouble bipolaire à l'aide du MINI.

Les deux groupes ont été appariés sur l'âge, le sexe et le milieu. Ils ont ensuite été comparés pour les scores de la Liste de comportement pour enfants (LCE) et pour le MINI.

2.2 Critères d'inclusion

Cas

- Les patients dont le diagnostic de Trouble bipolaire est confirmé selon DSM 5
- Les patients bipolaires en phase euthymique ont été recrutés lors des consultations ambulatoires, ou après être stabilisés sous traitement pour ceux hospitalisés au service de psychiatrie.
- Les patients ayant un âge entre 18 et 30 ans .
- Les patients qui ont donné leur accord et dont les parents ont accepté de participer à l'étude (après signature du consentement).

Témoins

- Recrutés parmi les visiteurs
- Appariées sur l'âge le sexe et le milieu
- Personnes ne présentant pas de trouble Bipolaire
- Personnes ayant donné leur accord de participer à l'étude.

2.3 Critères d'exclusion :

Cas

- Patients ayant un âge de plus 30 ans ou de moins de 18 ans.
- .Patients en phase de décompensation thymique au moment de l'enquête.
- Patients bipolaires ayant un retard mental ou une pathologie neurologique associés

- .Patients présentant un trouble de l'humeur induit, ou iatrogène
- Patients n'ayant pas donné leur accord ou dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

Témoins

- Personnes ayant un âge de plus 30 ans ou de moins de 18 ans.
- Personnes présentant un trouble bipolaire .
- Personnes ayant refusé de participer à l'étude.

3. Recueil de données

Une fiche d'exploitation (**Annexe1**) comprenant un hétéro-questionnaire a été remplie à partir d'un entretien avec le patient et ses parents, précisant :

Les données sociodémographiques

Le sexe, l'âge, la situation maritale, le nombre d'enfants, l'activité professionnelle, le niveau socio-économique et le lieu de résidence ,le mode de recrutement et le niveau scolaire.

Les antécédents personnels et familiaux

Les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques personnels, les conduites addictives, les antécédents de tentative de suicide, d'automutilation, juridiques, de traumatisme durant l'enfance, environnement familial stressant conflictuel et les antécédents familiaux de trouble bipolaire.

Les données concernant le trouble bipolaire

La forme clinique, l'ancienneté du trouble psychiatrique, la date des premiers symptômes, la date de la première consultation et de la première hospitalisation, le nombre et la durée cumulative des hospitalisations ,durée et rythme des épisodes ,facteurs déclenchants des épisodes ,durée des cycles, durée de stabilité ,date des rechutes, sensibilité accrue aux rythmes de vie, symptômes en rapport avec l'épisode maniaque ou dépressif, comorbidités associées.

Les facteurs périnataux

L'âge de la mère à la grossesse, le désir de grossesse, une pathologie maternelle durant la grossesse, une dépression / carences nutritionnelles / tabagisme maternel / exposition aux substances ou consommation de médicaments au cours de la grossesse, le mois et le milieu de naissance, le terme de la grossesse, le mode et le déroulement de l'accouchement, le poids de naissance, souffrance fœtale durant l'accouchement, notion d'infection néonatale /de prématurité, la réanimation néonatale et le séjour du nouveau-né en incubateur.

Les facteurs développementaux

- Développement moteur

L'âge de la tenue de la tête, de la position assise et de la marche, la présence d'une énurésie ou encoprésie.

- Troubles du langage

L'âge de début du langage, une difficulté à prononcer certains mots, un manque de vocabulaire à l'enfance, une difficulté à poursuivre une discussion normale, une notion de bégaiement.

Développement cognitif

La scolarisation et le rendement scolaire, la présence d'un TDA avec ou sans hyperactivité, le tempérament.

Les Facteurs d'adaptation sociale et comportementale

Socialisation

Enfant timide, trop sage, tendance à être rejeté par les autres, préférence aux jeux solitaires, replié sur lui-même, malheureux, peu actif, pleure souvent, tentative de suicide, troubles du sommeil, s'inquiète, se ronge les ongles, s'inquiète, nerveux, sensibilité élevée au stress, anticipation accrue d'une menace, perturbation de soi et de l'image corporelle.

Troubles du comportement

Se dispute souvent, détruit des affaires personnelles ou des autres, désobéissant à la maison ou à l'école, enfreint les règles à la maison ou ailleurs, troubles alimentaires, signes de conversion, tendance à avoir des accidents, se bagarre souvent, a de mauvaises fréquentations, ment ou triche, frappe les autres, fugue de la maison, fume du tabac ou se drogue. Irritabilité, distractibilité, hyperactivité, labilité émotionnelle.

4. Echelles psychométriques

4.1 MINI (mini international neuropsychiatric interview)

Le M.I.N.I. (DSM-IV) (Annexe2) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. \pm 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

Présentation :

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique. • Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.

A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permettent au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

Le MINI permet de repérer les troubles suivants Episode dépressif majeur (EDM) vie entière+ actuelle(2 dernières semaines).

- EDM avec caractéristiques mélancoliques actuelles (2 dernières semaines) optionnel.
- Dysthymie actuelle (2 dernières années)
- Risque suicidaire actuel (mois écoulé)
- . Episode (hypo-) maniaque actuel+ vie entière
- Trouble panique vie entière+ actuel (mois écoulé)
- Agoraphobie vie entière+ actuelle (mois écoulé)
- Phobie sociale vie entière+ actuelle (mois écoulé)
- Trouble obsessionnel compulsif vie entière+ actuel (mois écoulé)
- Etat de stress post-traumatique vie entière+ actuel (mois écoulé) optionnel
- . Alcool(dépendance/abus) vie entière+ actuelle(12 derniers mois)
- . Drogues (dépendance /abus)
- . Troubles liés au tabac (dépendance actuelle/passée)
- Jeux d'argent et de hasard
- Jeux vidéo vie entière +actuelle (12 derniers mois)
- Troubles psychotiques vie entière+ actuelle (mois écoulée)
- Anorexie mentale vie entière+ actuelle (3 derniers mois)
- Boulimie vie entière+ actuelle (3 derniers mois)
- .Anxiété généralisée vie entière+ actuelle (6 derniers mois)
- Trouble de la personnalité antisociale vie entière

4.2 Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

Cette échelle est la traduction du **GAF, Global Assessment of Functioning** (Annexe3) .Elle se divise en 10 niveaux de fonctionnement : coter l'EGF revient à choisir le niveau qui reflète le mieux le niveau de fonctionnement de l'individu .Chacun des 10 niveaux de l'échelle EGF a 2 composantes :

- la gravité symptomatique,
- le fonctionnement.

Mode d'emploi

- Quotter le niveau de fonctionnement le plus bas pour la semaine écoulée
- Commencer par la lecture des niveaux les plus faibles
- Utiliser les niveaux de quotation intermédiaire si justifié
- Exclure les altérations du fonctionnement causées par des limitations physiques ou environnementales
- En cas d'informations insuffisantes, quotter 0
- 100 ne correspond pas à la normale, mais à un fonctionnement supranormal. Il n'existe pas de norme pour la GAF, mais dans la population générale elle devrait s'établir autour de 80.

10 niveaux sur l' échelle EGF, Echelle d'évaluation globale du fonctionnement :

100-91

Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81

Symptômes absents ou minimes (par exemple, anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p.ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71

Si des **symptômes** sont présents, ils sont **transitoires** et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (par exemple, des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61

Quelques **symptômes légers** (par exemple, humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51

Symptômes d'intensité moyenne (par exemple, émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41

Symptômes importants (par exemple, idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31

Existence d'une certaine **altération du sens de la réalité ou de la communication** (par exemple, discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (par exemple, un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21

Le comportement est notablement influencé par des **idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement**

(par exemple, parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (par exemple, reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11

Existence d'un certain **danger d'auto ou d'hétéro-agression** (par exemple, tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (par exemple, se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme)

10-1

Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (par exemple, accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

0 : Information inadéquate.

4.3 LCE Liste de comportements pour enfants (LCE)

Domaine d'application

La LCE (annexe 4) permet en principe de dépister en population générale les enfants à risque susceptibles de présenter des troubles émotionnels et comportementaux.

Dans notre étude, la LCE nous a permis de caractériser les patients schizophrènes qui présentaient des troubles de comportement durant l'enfance.

Mode de passation :

La LCE a été remplie à partir d'un entretien avec l'un ou les deux parents de nos patients.

Cotation :

Échelle de compétence sociale : L'échelle de compétence sociale est composée de trois sous-échelles. L'étendue varie de 0 à 30 pour les enfants scolarisés.

Échelle des problèmes du comportement : L'échelle des problèmes du comportement comprend 112 items cotés de 0 à 2. L'item 56 est formé de 7 questions fermes ; ce qui porte le total des questionnaires à 118. Le score total peut se subdiviser en problèmes externes et problèmes internes. Il explore les syndromes suivants :

- Anxiété.
- Trouble obsessionnel compulsif.
- Difficultés attentionnelles et hyperactivité.
- Problèmes des conduites.
- Dépression.
- Trouble oppositionnel/provocateur.
- Symptômes psychotiques
- Problèmes sociaux et immaturité.
- Problèmes sexuels.
- Somatisation.

Pour la version française, une note seuil de 41 a été établie, plus précisément 37 pour les filles et 40 pour les garçons.

4.4 Questionnaire abrégé de Conners pour Parents

L'échelle d'évaluation Conners troisième édition (Annexe4) , est le résultat de 5 années de recherches et de développement intensifs. Le Conners-3 s'avère un outil fiable qui permet d'assister le professionnel dans la démarche diagnostique. Fondé sur des découvertes solides et plusieurs éléments clés de l'échelle d'évaluation Conners révisée.(CRS-R), le CONNERS-3 offre une évaluation complète du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le CONNERS-3 évalue également des troubles

souvent associés tel que le trouble oppositionnel avec provocation et les troubles de conduite. Le CONNERS-3 offre une version révisée de l'indice du déficit de l'attention/hyperactivité (CONNERS 3AI). Ce questionnaire de 10 items tirés de la version longue du CONNERS-3 est idéal dans les situations où le temps est limité. Il s'avère utile également lorsque le clinicien a besoin de dépister les enfants ou les adolescents qui nécessitent une évaluation plus poussée. Cette forme du CONNERS peut aussi servir à mesurer l'efficacité des programmes d'interventions auprès des patients qui souffrent du déficit d'attention/hyperactivité. Comportant 10 items, il faut quelques minutes pour la remplir par les parents. Chaque item est coté sur une échelle de 4 points : pas du tout (0) un peu (1) beaucoup (2) énormément (3). Un score supérieur à 15 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant. Le score maximal est de 30.

III. Méthodologie

1. Type d'étude :

C'est une étude Cas Témoins avec appariement sur l'âge le sexe et le milieu, portant sur un échantillon de 50 cas de patients bipolaires et 100 témoins parmi les visiteurs, menée au service de Psychiatrie du CHU Hassan II de Fès sur une période s'étalant de décembre 2018 à Mai 2019. Cette étude est réalisée en collaboration avec le service d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

2. Population étudiée :

2.1 Population observée :

La population cible est constituée de cas définis par les patients atteints de Trouble Bipolaire, inclus selon les critères de DSM 5 qui sont hospitalisés ou suivis en consultation à l'hôpital Ibn Al Hassan de Fès.

Le recrutement du groupe témoin a été fait parmi les visiteurs au niveau du service d'urologie du CHU Hassan II de Fès, après avoir éliminé le trouble bipolaire à l'aide du MINI

Les deux groupes ont été appariés sur l'âge, le sexe et le milieu. Ils ont ensuite été comparés pour les scores de la Liste de comportement pour enfants (LCE) et pour le MINI.

2.2 Critères d'inclusion

Cas

- Les patients dont le diagnostic de Trouble bipolaire est confirmé selon DSM 5
- Les patients bipolaires en phase euthymique ont été recrutés lors des consultations ambulatoires, ou après être stabilisés sous traitement pour ceux hospitalisés au service de psychiatrie.
- La durée des périodes de stabilité .
- Les patients ayant un âge entre 18 et 30 ans .
- Les patients qui ont donné leur accord et dont les parents ont accepté de participer à l'étude (après signature du consentement).

Témoins

- Recrutés parmi les visiteurs
- Appariées sur l'âge le sexe et le milieu
- Personnes ne présentant pas de trouble Bipolaire
- Personnes ayant donné leur accord de participer à l'étude.

2.3 Critères d'exclusion :

Cas

- Patients ayant un âge de plus 30 ans ou de moins de 18 ans.
- .Patients en phase de décompensation thymique au moment de l'enquête.

- Patients bipolaires ayant un retard mental ou une pathologie neurologique associés
- .Patients présentant un trouble de l'humeur induit, ou iatrogène
- Patients n'ayant pas donné leur accord ou dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

Témoins

- Personnes ayant un âge de plus 30 ans ou de moins de 18 ans.
- Personnes présentant un trouble bipolaire .
- Personnes ayant refusé de participer à l'étude.

3. Recueil de données

Une fiche d'exploitation (**Annexe1**) comprenant un hétéro-questionnaire a été remplie à partir d'un entretien avec le patient et ses parents , précisant :

Les données sociodémographiques

Le sexe, l'âge, la situation maritale, le nombre d'enfants, l'activité professionnelle ,le niveau socio-économique et le lieu de résidence ,le mode de recrutement et le niveau scolaire.

Les antécédents personnels et familiaux

Les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques personnels, les conduites addictives, les antécédents de tentative de suicide, d'automutilation, juridiques, de traumatisme durant l'enfance, environnement familial stressant conflictuel et les antécédents familiaux de trouble bipolaire.

Les données concernant le trouble bipolaire

La forme clinique, l'ancienneté du trouble psychiatrique, la date des premiers symptômes, la date de la première consultation et de la première hospitalisation, le nombre et la durée cumulative des hospitalisations ,durée et rythme des épisodes

,facteurs déclenchants des épisodes ,durée des cycles, durée de stabilité ,date des rechutes, sensibilité accrue aux rythmes de vie, symptômes en rapport avec l'épisode maniaque ou dépressif, comorbidités associées.

Les facteurs périnataux

L'âge de la mère à la grossesse, le désir de grossesse, une pathologie maternelle durant la grossesse, une dépression / carences nutritionnelles / tabagisme maternel / exposition aux substances ou consommation de médicaments au cours de la grossesse, le mois et le milieu de naissance, le terme de la grossesse, le mode et le déroulement de l'accouchement, le poids de naissance, souffrance fœtale durant l'accouchement , notion d'infection néonatale /de prématurité, la réanimation néonatale et le séjour du nouveau-né en incubateur.

Les facteurs développementaux

- Développement moteur

L'âge de la tenue de la tête, de la position assise et de la marche, la présence d'une énurésie ou encoprésie.

- Troubles du langage

L'âge de début du langage, une difficulté à prononcer certains mots, un manque de vocabulaire à l'enfance, une difficulté à poursuivre une discussion normale, une notion de bégaiement.

Développement cognitif

La scolarisation et le rendement scolaire, la présence d'un TDA avec ou sans hyperactivité, le tempérament.

Les Facteurs d'adaptation sociale et comportementale

- Socialisation

Enfant timide, trop sage, tendance à être rejeté par les autres, préférence aux jeux solitaires, replié sur lui-même, malheureux, peu actif, pleure souvent, tentative

de suicide, troubles du sommeil, s'inquiète, se ronge les ongles, s'inquiète, nerveux, sensibilité élevée au stress, anticipation accrue d'une menace, perturbation de soi et de l'image corporelle.

- Troubles du comportement

Se dispute souvent, détruit des affaires personnelles ou des autres, désobéissant à la maison ou à l'école, enfreint les règles à la maison ou ailleurs, troubles alimentaires, signes de conversion, tendance à avoir des accidents, se bagarre souvent, a de mauvaises fréquentations, ment ou triche, frappe les autres, fugue de la maison, fume du tabac ou se drogue. Irritabilité, distractibilité, hyperactivité, labilité émotionnelle.

4. Echelles psychométriques

4.1 MINI (mini international neuropsychiatric interview)

Le M.I.N.I. (DSM-IV) (Annexe2) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. \pm 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

Présentation :

Le M.I.N.I. est divisé en modules identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique. • Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.

A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permettent au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

Le MINI permet de repérer les troubles suivants :

- A .Episode dépressif majeur (EDM) vie entière+ actuelle(2 dernières semaines).

- A'.EDM avec caractéristiques mélancoliques actuelles (2 dernières semaines) optionnel
- B. Dysthymie actuelle (2 dernières années)
- C. Risque suicidaire actuel (mois écoulé)
- D. Episode (hypo-) maniaque actuel+ vie entière
- E. Trouble panique vie entière+ actuel (mois écoulé)
- F. Agoraphobie vie entière+ actuelle (mois écoulé)
- G. Phobie sociale vie entière+ actuelle (mois écoulé)
- H. Trouble obsessionnel compulsif vie entière+ actuel (mois écoulé)
- I. Etat de stress post-traumatique vie entière+ actuel (mois écoulé) optionnel
- J. Alcool(dépendance/abus) vie entière+ actuelle(12 derniers mois)
- K. Drogues (dépendance /abus)
- K'. Troubles liés au tabac (dépendance actuelle/passée)
- K''. Jeux d'argent et de hasard
- K'''. Jeux vidéo vie entière +actuelle (12 derniers mois)
- L. Troubles psychotiques vie entière+ actuelle (mois écoulée)
- M .Anorexie mentale vie entière+ actuelle (3 derniers mois)
- N. Boulimie vie entière+ actuelle (3 derniers mois)
- O .Anxiété généralisée vie entière+ actuelle (6 derniers mois)
- P. Trouble de la personnalité antisociale vie entière

4.2 Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

Cette échelle est la traduction du **GAF, Global Assessment of Functioning** (Annexe3) .Elle se divise en 10 niveaux de fonctionnement : coter l'EGF revient à choisir le niveau qui reflète le mieux le niveau de fonctionnement de l'individu .Chacun des 10 niveaux de l'échelle EGF a 2 composantes :

- la gravité symptomatique,
- le fonctionnement.

Mode d'emploi

- Quotter le niveau de fonctionnement le plus bas pour la semaine écoulée
- Commencer par la lecture des niveaux les plus faibles
- Utiliser les niveaux de quotation intermédiaire si justifié
- Exclure les altérations du fonctionnement causées par des limitations physiques ou environnementales
- En cas d'informations insuffisantes, quotter 0
- 100 ne correspond pas à la normale, mais à un fonctionnement supranormal. Il n'existe pas de norme pour la GAF, mais dans la population générale elle devrait s'établir autour de 80.

10 niveaux sur l'échelle EGF, Echelle d'évaluation globale du fonctionnement

100-91

Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81 Symptômes absents ou minimes (par exemple, anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p.ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71

Si des **symptômes** sont présents, ils sont **transitoires** et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (par exemple, des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61

Quelques **symptômes légers** (par exemple, humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire

(par exemple, école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51

Symptômes d'intensité moyens (par exemple, émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41

Symptômes importants (par exemple, idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par exemple, absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31

Existence d'une certaine **altération du sens de la réalité ou de la communication** (par exemple, discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (par exemple, un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21

Le comportement est notablement influencé par des **idées délirantes ou des hallucinations** ou **troubles graves de la communication ou du jugement** (par exemple, parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation

suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (par exemple, reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11

Existence d'un certain **danger d'auto ou d'hétéro-agression** (par exemple, tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (par exemple, se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme)

10-1

Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave

(par exemple, accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

0

Information inadéquate.

4.3 LCE Liste de comportements pour enfants (LCE)

Domaine d'application

La LCE (annexe 4) permet en principe de dépister en population générale les enfants à risque susceptibles de présenter des troubles émotionnels et comportementaux.

Dans notre étude, la LCE nous a permis de caractériser les patients schizophrènes qui présentaient des troubles de comportement durant l'enfance.

Mode de passation :

La LCE a été remplie à partir d'un entretien avec l'un ou les deux parents de nos patients.

Cotation :

Échelle de compétence sociale : L'échelle de compétence sociale est composée de trois sous-échelles. L'étendue varie de 0 à 30 pour les enfants scolarisés.

Échelle des problèmes du comportement : L'échelle des problèmes du comportement comprend 112 items cotés de 0 à 2. L'item 56 est formé de 7 questions fermes ; ce qui porte le total des questionnaires à 118. Le score total peut se subdiviser en problèmes externes et problèmes internes. Il explore les syndromes suivants :

- Anxiété.
- Trouble obsessionnel compulsif.
- Difficultés attentionnelles et hyperactivité.
- Problèmes des conduites.
- Dépression.
- Trouble oppositionnel/provocateur.
- Symptômes psychotiques
- Problèmes sociaux et immaturité.
- Problèmes sexuels.
- Somatisation.

Pour la version française, une note seuil de 41 a été établie, plus précisément 37 pour les filles et 40 pour les garçons

4.4 Questionnaire abrégé de Conners pour Parents

L'échelle d'évaluation Conners troisième édition (Annexe5) , est le résultat de 5 années de recherches et de développement intensifs. Le Conners-3 s'avère un outil fiable qui permet d'assister le professionnel dans la démarche diagnostique. Fondé sur des découvertes solides et plusieurs éléments clés de l'échelle d'évaluation Conners révisée.(CRS-R), le CONNERS-3 offre une évaluation complète du déficit de

l'attention avec ou sans hyperactivité. Le CONNERS-3 évalue également des troubles souvent associés tel que le trouble oppositionnel avec provocation et les troubles de conduite. Le CONNERS-3 offre une version révisée de l'indice du déficit de l'attention/hyperactivité (CONNERS 3AI). Ce questionnaire de 10 items tirés de la version longue du CONNERS-3 est idéal dans les situations où le temps est limité. Il s'avère utile également lorsque le clinicien a besoin de dépister les enfants ou les adolescents qui nécessitent une évaluation plus poussée. Cette forme du CONNERS peut aussi servir à mesurer l'efficacité des programmes d'interventions auprès des patients qui souffrent du déficit d'attention/hyperactivité. Comportant 10 items, il faut quelques minutes pour la remplir par les parents. Chaque item est coté sur une échelle de 4 points : pas du tout (0) un peu (1) beaucoup (2) énormément (3). Un score supérieur à 15 ou plus suggère des indices d'hyperactivité chez l'enfant. Le score maximal est de 30.

5. Méthode statistique

Les données ont été saisies et codées sur Excel. Puis l'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS (version 17). Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives en termes de moyennes, valeurs extrêmes et écart-type. L'association entre les différents paramètres étudiés a été recherchée à l'aide de tests paramétriques classiques (Test de khi², test de Student, Anova). Pour chaque test statistique utilisé, le test est considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0.05.

6. Aspects éthiques

Une fiche de de consentement à la participation à l'étude (annexe 5) était remplie et signée par nos patients ainsi que leurs parents, après approbation de la part du comité d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, conformément aux bonnes pratiques en épidémiologie.

RESULTATS

DE L'ENQUETE

A. Etude descriptive

1. Données sociodémographiques

1.1. Âge

L'âge moyen (+/- écart-type) de nos patients était de 25 ans +/- 4,1563, alors que pour les témoins était de 26 +/- 4 , d'un minimum de 18 ans et d'un maximum de 30 ans pour les 2 séries.

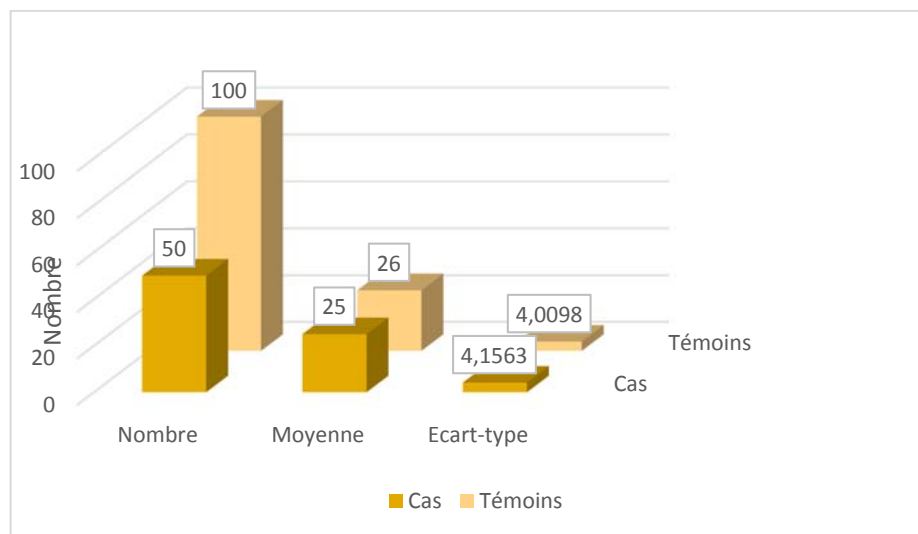


Figure 1 : Répartition des Cas et Témoins selon l'âge

1.2 Sexe

Parmi les 50 patients inclus dans notre étude, 29 (58%) étaient de sexe masculin et 21 (42%) de sexe féminin .Parmi les 100 témoins, 45 (45%) étaient de sexe masculin et 55 (55%) de sexe féminin.

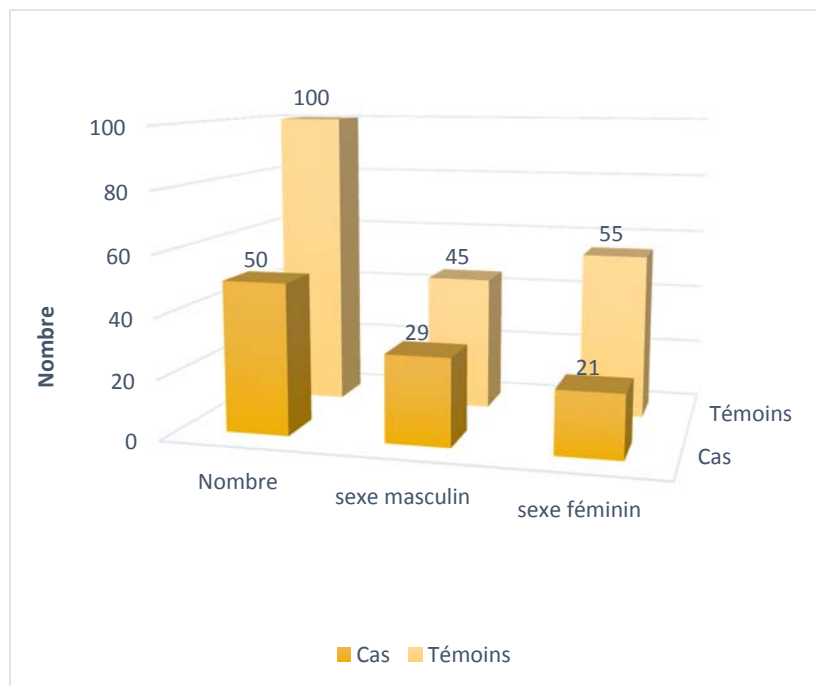


Figure2 : Répartition des Cas et Témoins selon le sexe

1.3 Lieu de résidence

On a constaté que 35 (70%) des patients vivaient en milieu urbain, 15 (30%) des patients vivaient dans un milieu rural. Parmi les témoins 70 vivaient en milieu urbain alors que 30 vivaient en milieu rural.

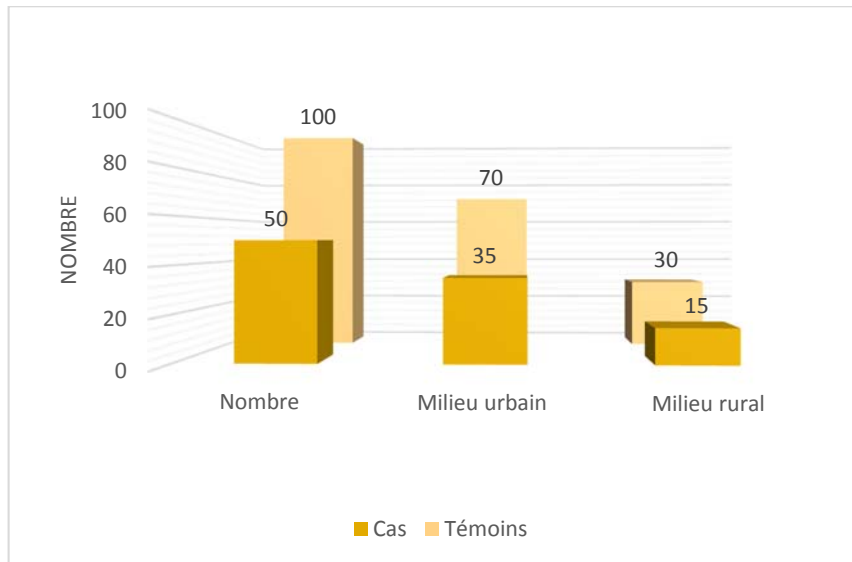


Figure3 : Répartition des Cas et Témoins selon le milieu

1.4 Situation maritale

On a constaté que 28 (56%) des patients étaient célibataires, et 12 (24%) des patients étaient mariés dont 9 avaient un enfant et 10 (20%) divorcés dont 3 avaient 1 enfant.

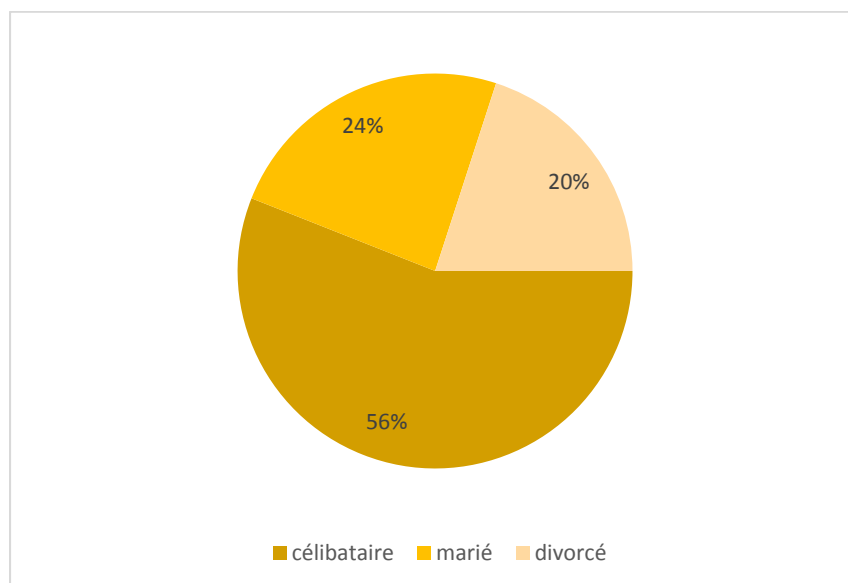


Figure 4 : Répartition selon le statut marital

1.5 Activité professionnelle

Dans notre échantillon, 21 (42%) patients étaient sans activité professionnelle, 20 (40%) avaient une activité régulière et 9 (18%) avaient une activité irrégulière.

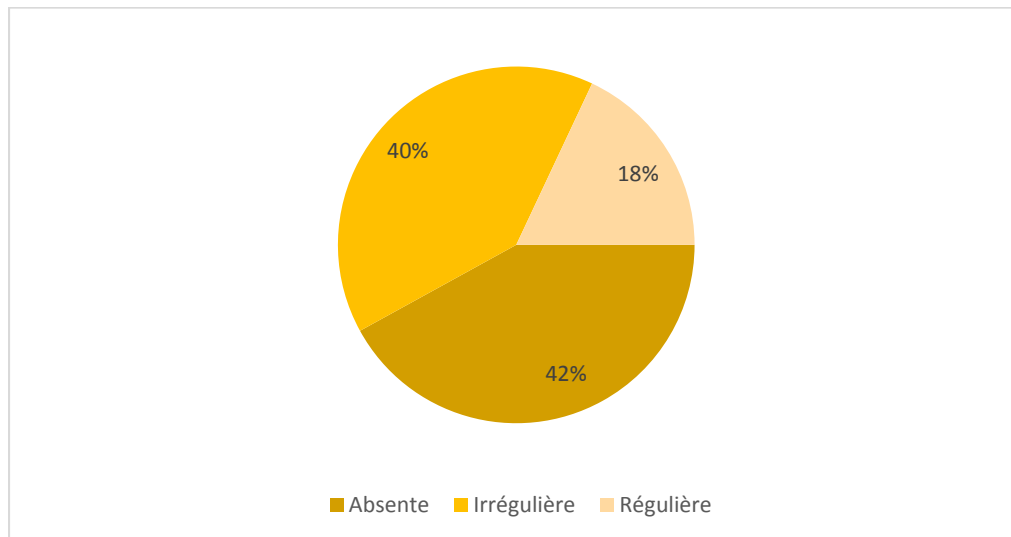


Figure 5: Répartition selon l'activité professionnelle

1.6 Niveau socioéconomique

56 patients (93.3%) avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 DHS, quatre seulement avaient un revenu entre 2000 DHS et 5000 DHS par mois.

Concernant le revenu familial mensuel, 12 (20%) familles avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 DHS, 39 familles (65%) avaient un revenu entre 2000 DHS et 5000 DHS par mois et 9 familles (15%) avaient un revenu mensuel supérieur à 5000 DHS.

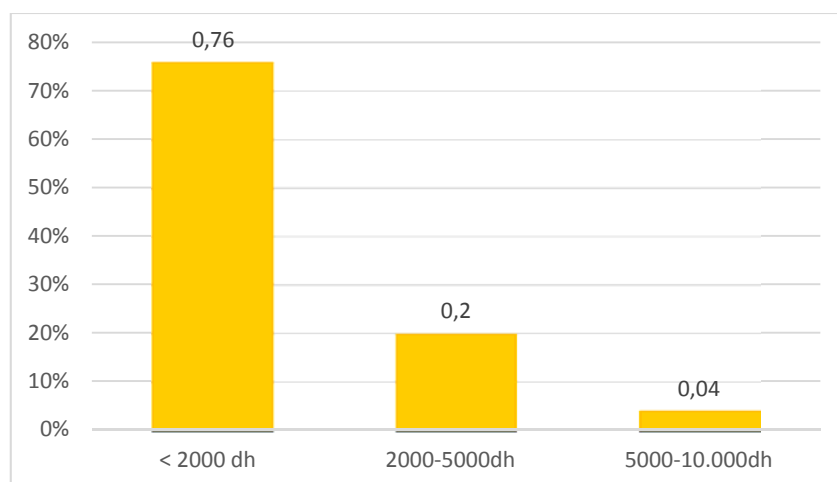


Figure6 : Répartition selon le revenu personnel mensuel

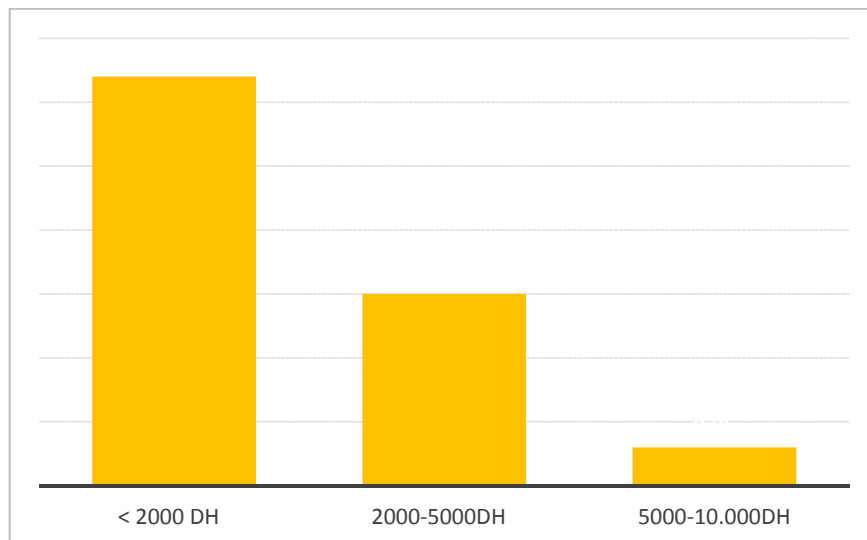


Figure7 : Répartition selon le revenu personnel familial

1.7 Mode de recrutement

26 de nos patients (52%) étaient hospitalisés au service, alors que 24 patients (48%) ont été recrutés en consultation.

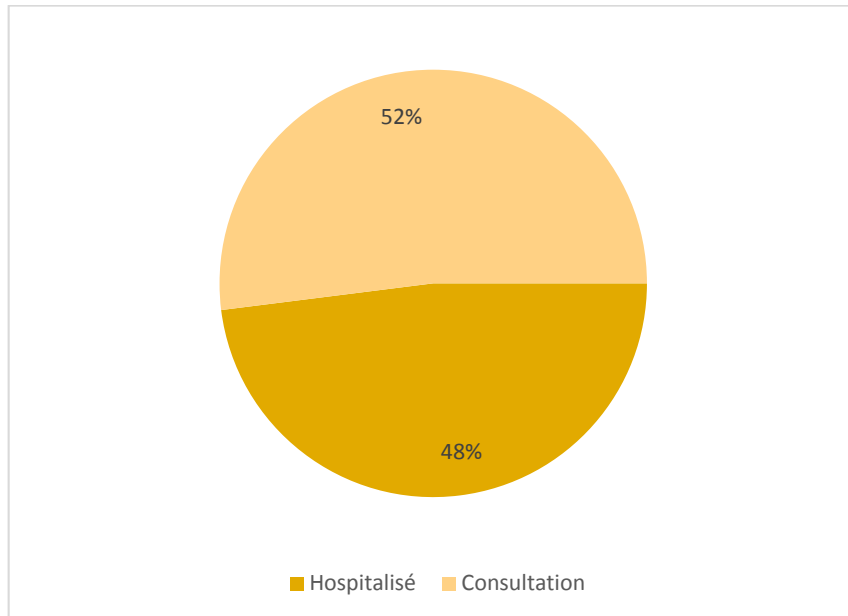


Figure8 : Répartition selon le mode de recrutement

1.8 Niveau scolaire

On a noté que 2 patients (4%) n'ont jamais été scolarisés, 15 (30%) ont arrêté leurs études en primaire, 20 (40%) en secondaire, et 13 seulement (26%) ont poursuivi leurs études jusqu'en université.

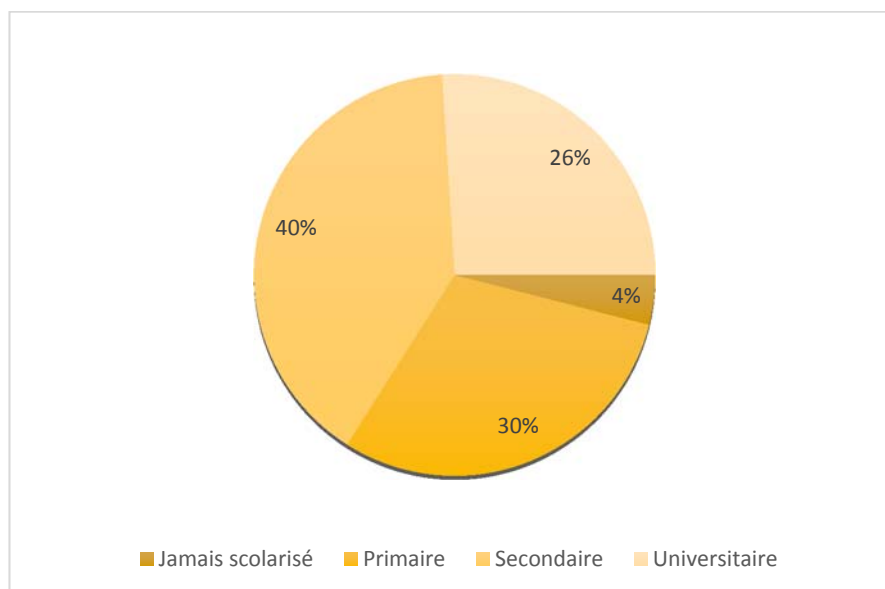


Figure9 : Répartition selon le niveau scolaire

2. Antécédents personnels et familiaux

2.1 Antécédents médico-chirurgicaux

Parmi nos 50 patients 12 (24%) avaient un ATCD médico-chirurgical, dont l'asthme, BPCO, la dermatite atopique, le diabète, l'eczéma, une fracture de la main, une fracture du nez, un goitre, l'HTA, la rhinite allergique, la Tuberculose ganglionnaire et l'ulcère de l'estomac.

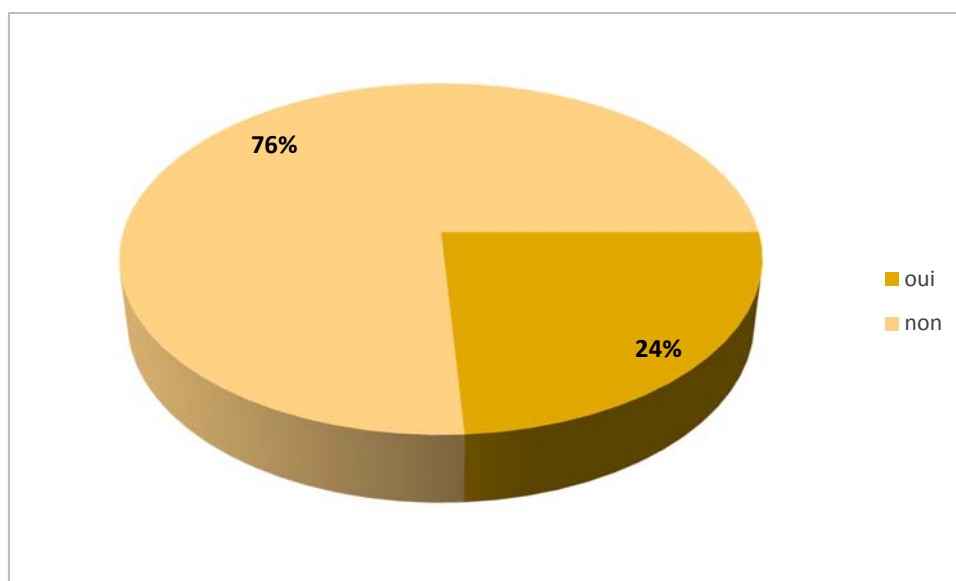


Figure10 : Répartition des patients selon les ATCD médico-chirurgicaux

2.2 Antécédents Psychiatriques

Dans notre échantillon 98% des patients ne présentaient aucun antécédent, un seul avait pour antécédent une agitation.

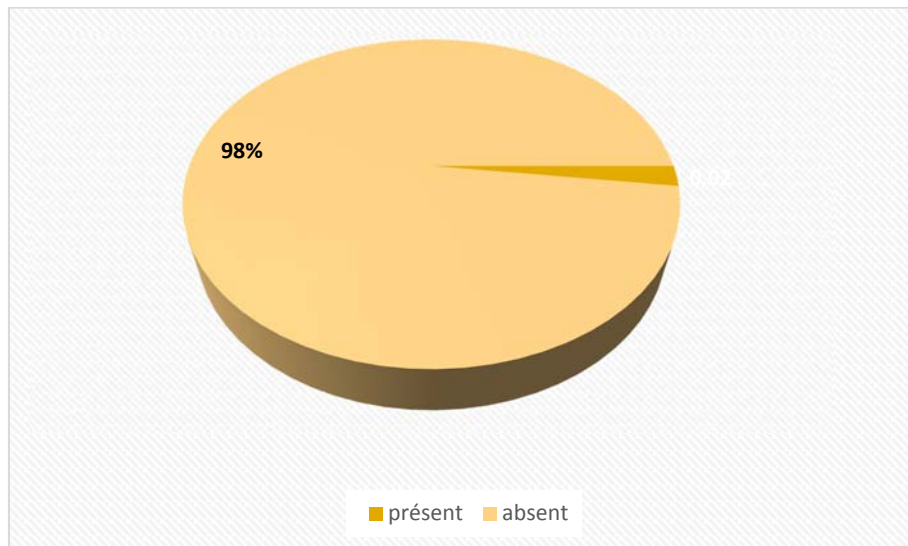


Figure11 : pourcentage des patients ayant un ATCD psychiatrique

2.3 Conduites addictives

Pour les conduites addictives, 20 patients (40%) n'utilisaient aucune substance, 20 (40%) présentaient une dépendance, 9 patients (18%) utilisaient des substances de manière occasionnelle, alors qu'un seul patient (2%) utilisait une substance de manière abusive.

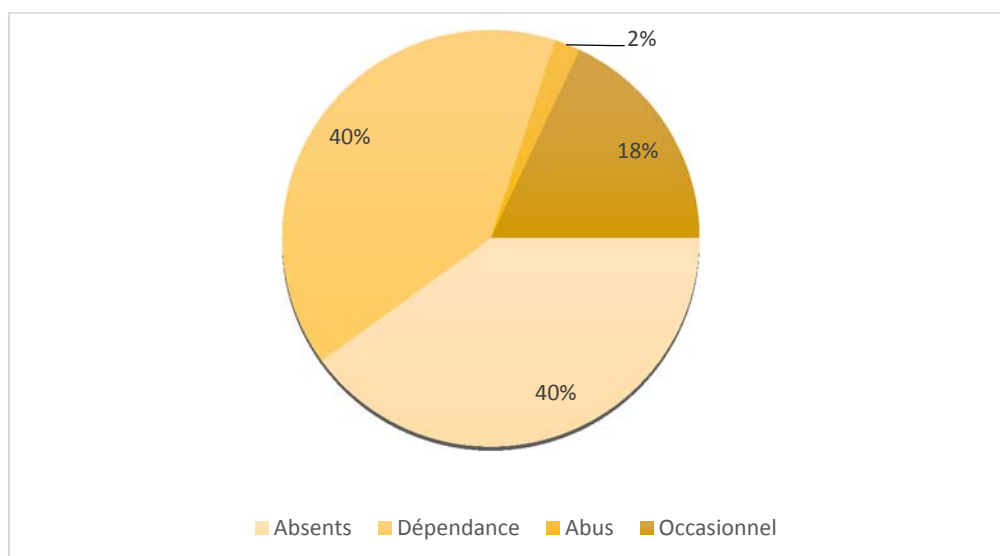
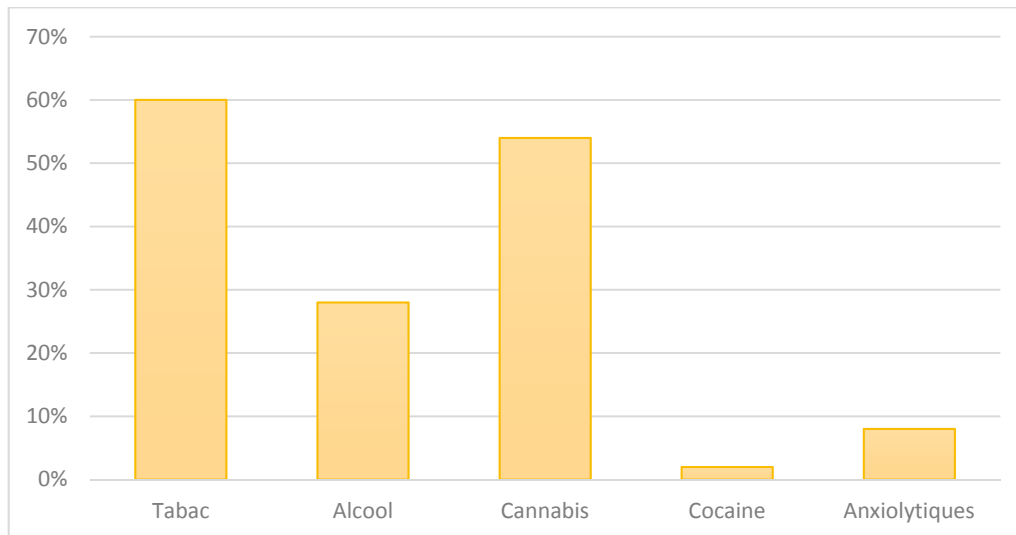


Figure12 : pourcentage des patients selon les conduites addictives

Concernant la nature des substances utilisées, 30 (60%) consommaient du tabac, 14 (28%) de l'alcool, 27 patients (54%) utilisaient du cannabis, 1 patient (2%) prenait la cocaïne et 4 patients (8%) étaient dépendants aux anxiolytiques

**Figure13** : Répartition des patients selon la nature des substances utilisées.**2.4 Antécédents de TS**

18 patients (36%) ont déjà fait des tentatives de suicide, 11 en se jetant d'une fenêtre, 4 se sont pendus à l'aide d'une corde, 1 patient en ingérant une dose indéterminée d'un médicament et 2 patients en sectionnant les veines du poignet à l'aide d'une arme blanche.

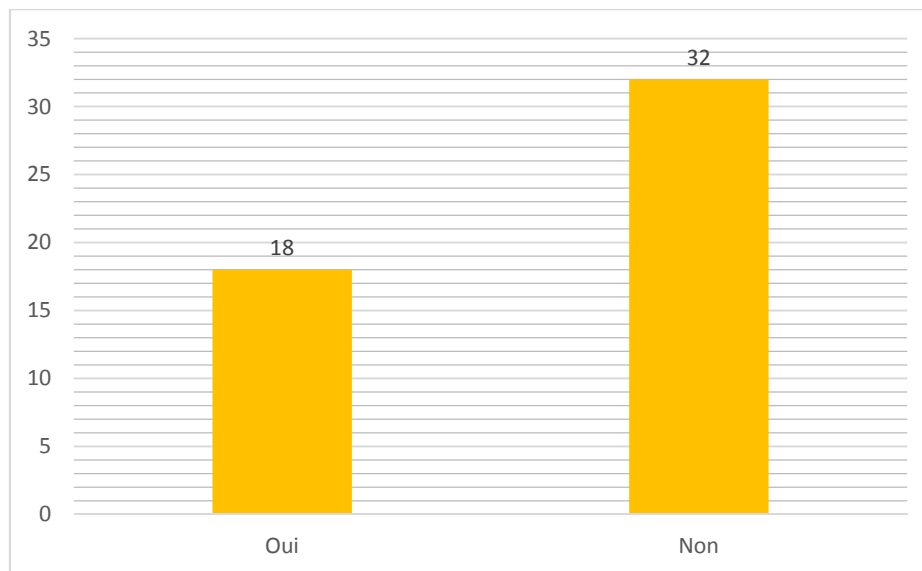


Figure14 : Répartition des patients selon leurs antécédents de TS

2.5 Antécédents d'automutilation

Parmi nos 60 patients, 4 (8%) se sont déjà automutilés une ou plusieurs fois dont 3 (6%) à l'aide d'une arme blanche et 1 patient (2%) à l'aide d'un bout de verre.

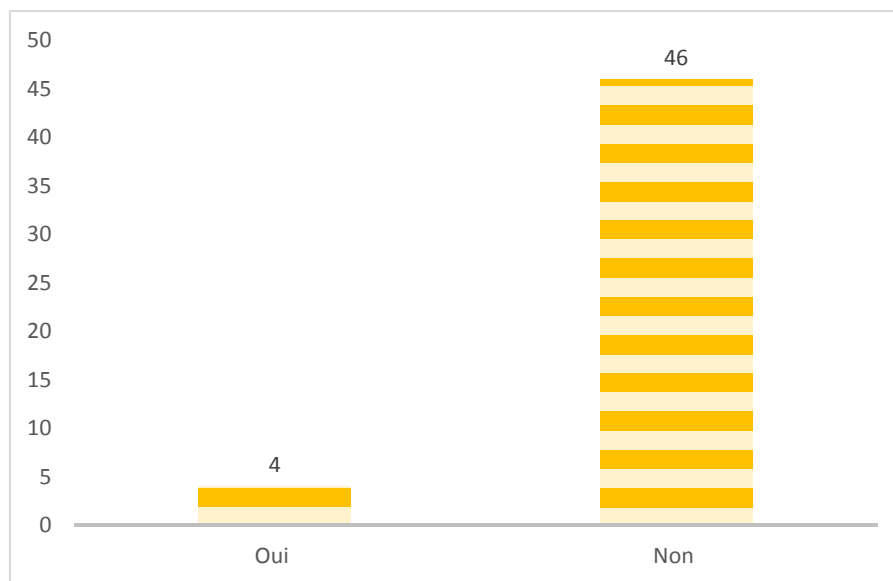


Figure15 : Nombre de patients ayant des antécédents d'automutilation

2.6 Antécédents juridiques

16 patients (32%) ont des antécédents juridiques dont 11 (22%) ont été incarcéré pour hétéro-agressivité, 4 patient (8 %) pour actes de vandalisme et 1 patient (2%) pour usage de substances.

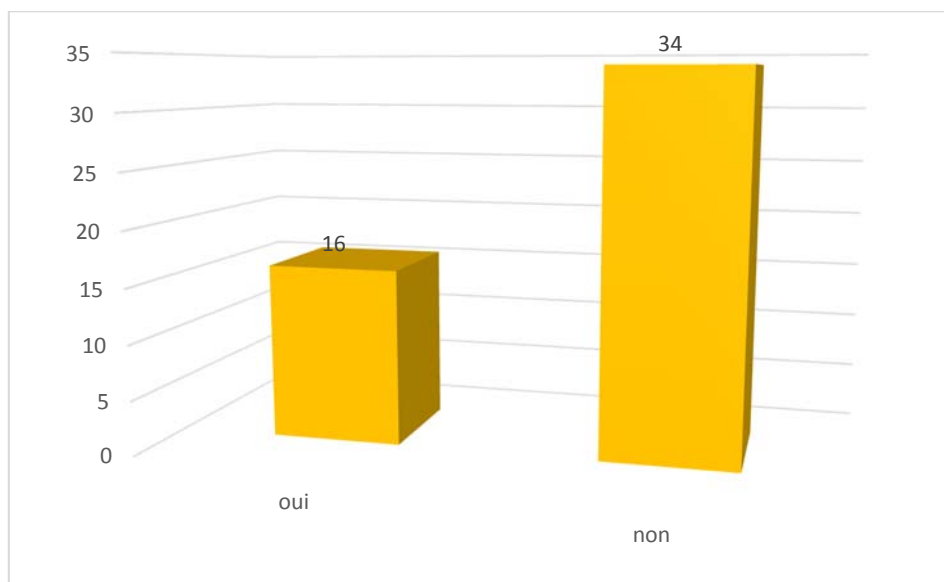


Figure16 : Nombre de patients ayant des antécédents juridiques

2.7 Antécédents psychiatriques familiaux

14 patients (28%) ont des antécédents familiaux de Trouble Bipolaire . 4 patients (8%) ont une mère bipolaire, (20%) avaient un frère bipolaire.

9 patients (18%) avait une mère ayant une Dépression ,9 patients avaient une mère anxieuse.

La durée moyenne entre le diagnostic du trouble chez le parent et son apparition chez l'enfant est de 2.26 ± 4.1591 avec un maximum de 14 ans et un minimum de 1 an.

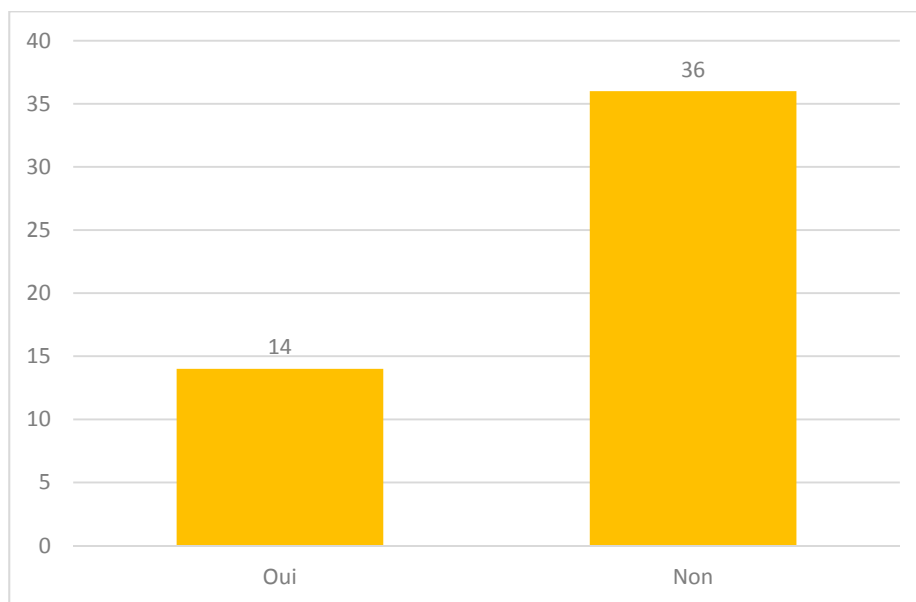


Figure17 : Nombre de patients avec antécédent familial de trouble bipolaire

2.8 Environnement Familial

2.8.1 Événements stressants

L'environnement familial stressant a été retrouvé chez 37 patients (74%).

23 (46%) ont souffert d'un deuil ,11 (22%) ont souffert d'un divorce parental,13 (26%) ont subi un accident grave,41 (82%) ont vécu dans un milieu hautement conflictuel ,29 (58%) ont été exposés aux violences conjugales et 22 (44%) ont vécu une expérience de séparation parent-enfant.

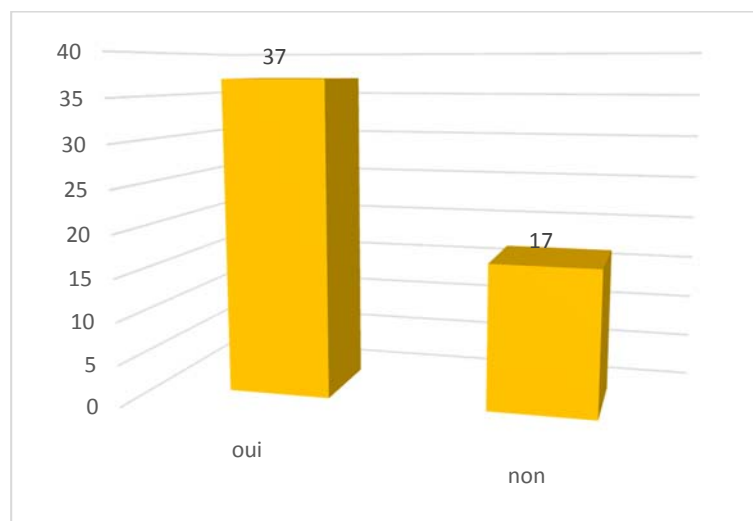


Figure18 : Nombre de patients ayant vécu des évènements stressants dans l'enfance

2.8.2 Traumatisme pendant l'enfance

On a constaté que parmi les 50 patients recrutés, (72%) ont subi une maltraitance physique et/ou Psychique ,(64%) ont expérimenté un abus émotionnel ,60% victimes de propos verbaux négatifs de la part de leurs parents, (48%) une négligence,(40%) un abandon ,(64%) une surprotection familiale alors que (38%) un manque de protection familiale, (78%) une expression émotionnelle (EE) élevée chez les parents et 12% un abus sexuel.

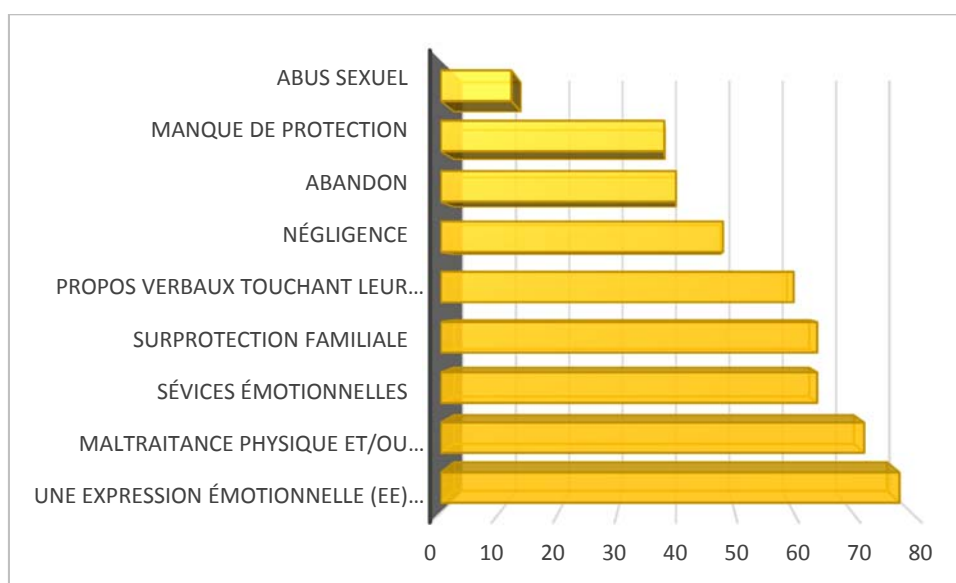


Figure19 : Pourcentage des Traumatismes subis pendant l'enfance

Concernant le caractère des parents des patients, 88% étaient dominants, 76% froids 56% rigides 54% agressifs 22% irresponsables alors que 36% sensibles.

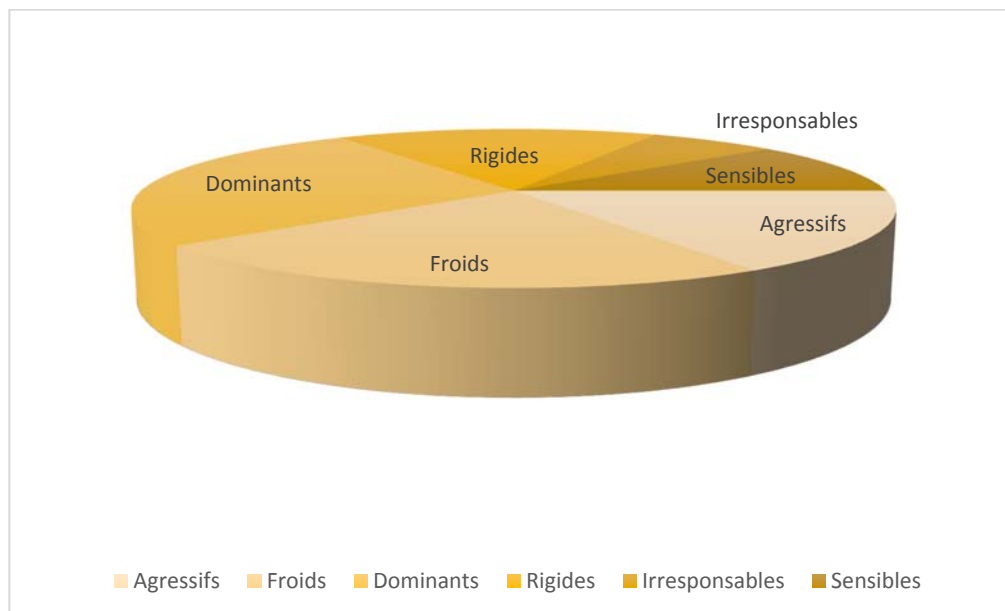


Figure20 : Répartition des patients selon le caractère des parents

3. Données concernant le Trouble bipolaire

3.1 Forme clinique

Parmi les 50 patients étudiés, 24 (48%) avaient un trouble bipolaire type I , 26 (52 %) un Trouble Bipolaire type II .Les autres formes cliniques n'étaient pas retrouvées .

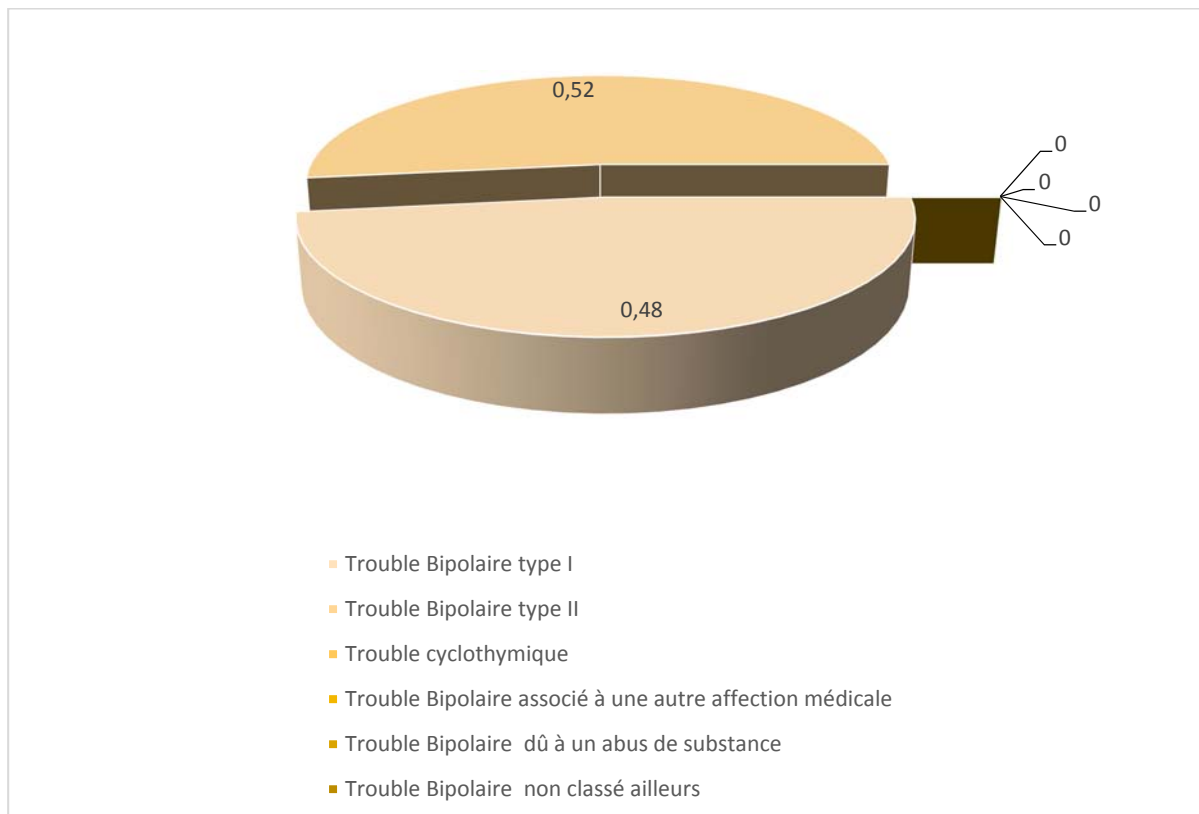


Figure21 :Répartition des patients selon le type du Trouble Bipolaire (DSM-5)

3.2 Âge de début

L'âge moyen (+/- écart-type) du début du trouble 20.42 +/- 3.1304 avec un maximum de 27ans et un minimum de 14 ans.

3.3 Ancienneté de la maladie

La moyenne d'ancienneté (+/- écart-type) du trouble était de 5.08 ans +/- 3.7949, d'un minimum de 1 an et d'un maximum de 15ans.

3.4 Durée entre la 1ère symptomatologie et la 1ère consultation

La moyenne du temps écoulé (+/- écart type) après la première symptomatologie et la 1ère consultation était de 1.04 années +/- 1.4136 avec un minimum de 1 an et un maximum de 7 ans.

3.5 Durée après la 1ère hospitalisation

On a noté que 20 de nos patients (40%) n'ont jamais été hospitalisé alors que 30 (60%) ont déjà bénéficié d'une hospitalisation. La moyenne du temps écoulé (+/- écart-type) après la 1 ère hospitalisation et le jour où on a interrogé nos patients était de 2.8775 ans +/- 3.5376 avec un maximum de 10 ans et un minimum de 1 an.

3.6 Nombre et durée cumulative des hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations était en moyenne, chez les patients ayant déjà bénéficié d'une hospitalisation, de 1.04 fois avec un minimum de 1 fois et un maximum de 10 fois. La moyenne de la durée cumulative des hospitalisations était de 53.48 jours avec un maximum de 24 mois et un minimum de 6 jours.

3.7 Caractéristiques des épisodes

3.7.1 Durée et rythme des épisodes

Dans notre échantillon, 25 (50%) des patients présentaient en premier un épisode dépressif, 23 (46%) un épisode maniaque et 2(4%) un épisode hypomaniaque.

Le rythme des épisodes est de 4 mois pour 19 (38%) des patients (et donc sujets à des cycles rapides), de 6 mois pour 15(30%) des patients et 1 an pour 16(32%) des patients.

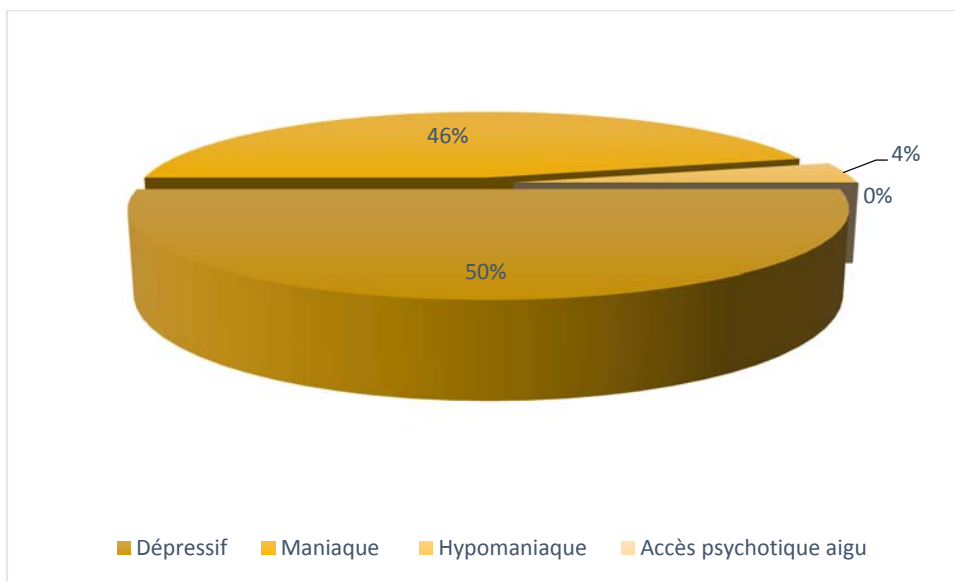


Figure22 : Répartition des patients selon la nature du 1^{er} épisode

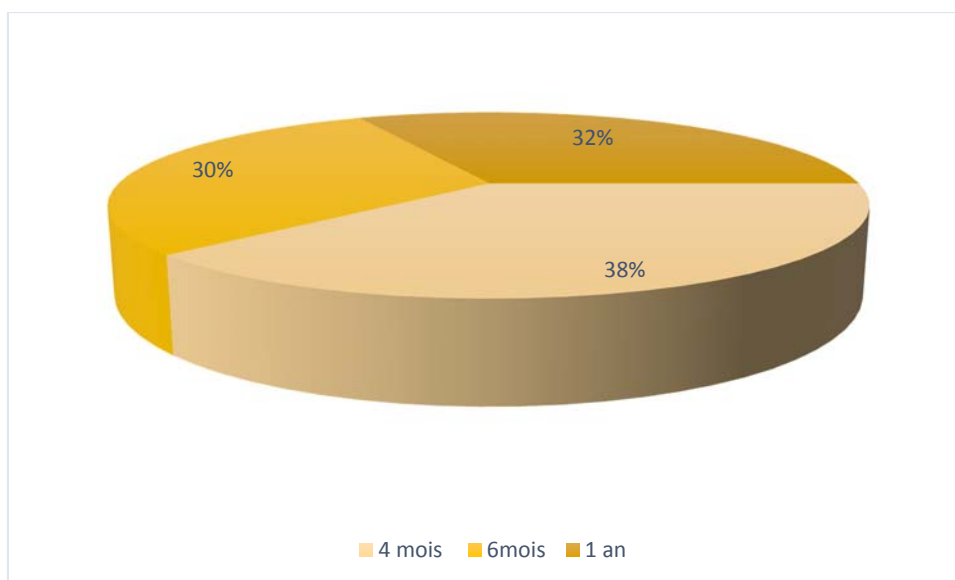


Figure23 : Répartition des patients selon le rythme des épisodes

3.7.2 Facteurs déclenchants des épisodes

On a constaté que dans notre échantillon, tous les patients (100%) avaient un stress intense et une modification du rythme de vie (peu de sommeil, vacances) comme facteur déclenchant, 43(86%) les événements de la vie (une promotion, un mariage) , 15 (30%) un licenciement , 19(38%) une prise médicamenteuse 23(46%) l'usage de substance 3(6%) la grossesse et 2(4%) l'accouchement .

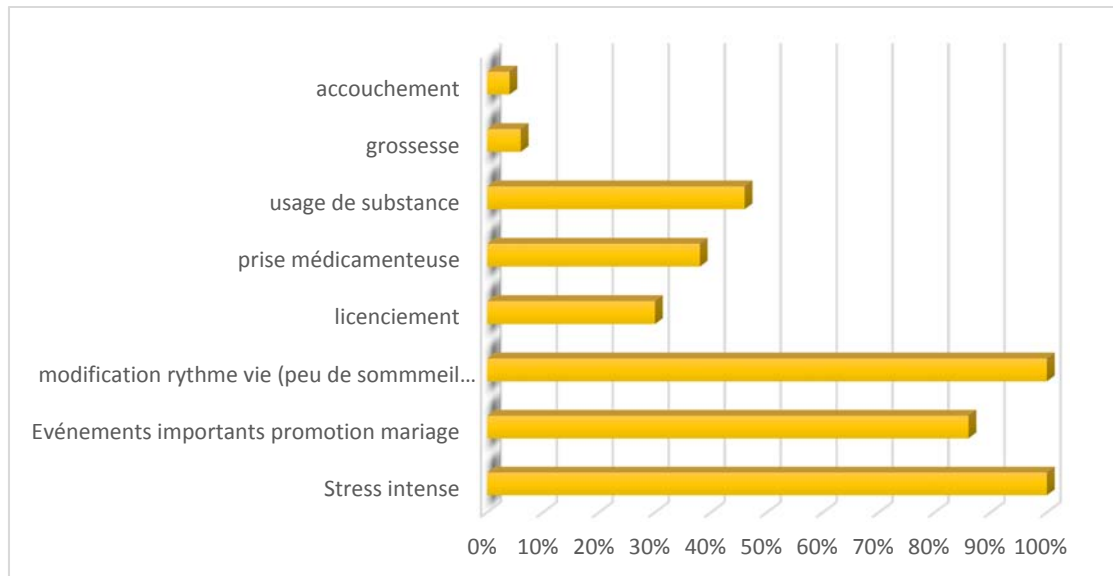


Figure24 : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants des épisodes

3.7.3 Dernier épisode /Le nombre des épisodes

La moyenne des épisodes est de 2.4/an +/- 1.38505 avec un maximum de 6 épisodes /an et un minimum de 1 seul épisode /an.

3.7.4 Durée des cycles/ de stabilité

La durée des cycles en moyenne 2.74 +/- 3.21863 mois avec un maximum de 21 mois et un minimum de 1 mois.

La durée de stabilité en moyenne 3.74 +/- 4.05981 avec un maximum de 21 mois et un minimum de 1 mois .

3.7.5 Sensibilité accrue aux rythmes de vie

Dans notre échantillon, 98% des patients étaient sensibles aux cycles veille-sommeil et la routine quotidienne, 96% sensibles aux rythmes sociaux et saisonnalité, 64% au décalage horaire.

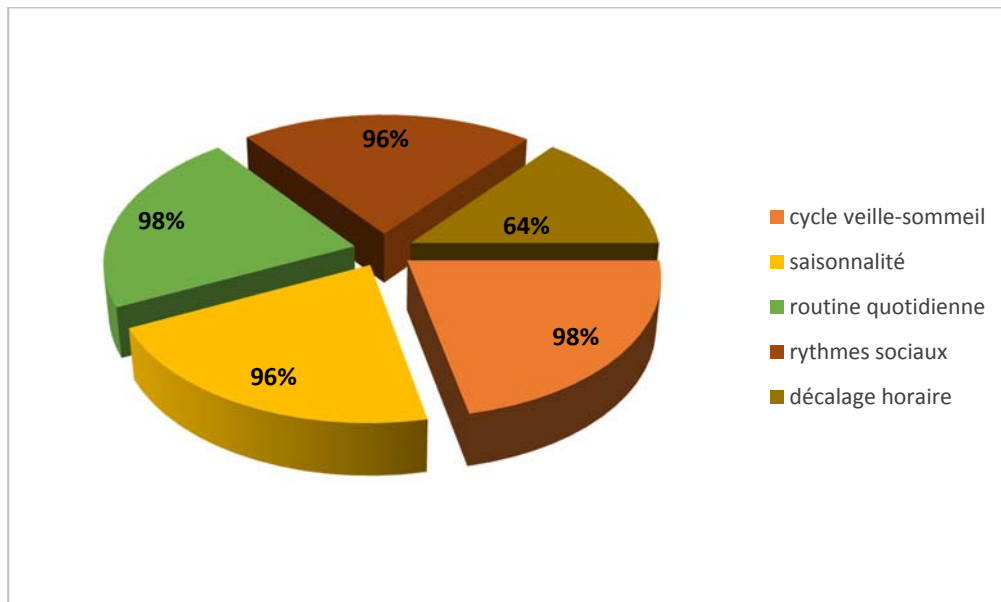


Figure 25 : Répartition des patients selon la sensibilité aux rythmes de vie

3.7.6 Comorbidités associées

Parmi les 50 patients : 36% avaient un TAG, 24% un trouble de panique, 14% un TOC, 14% étaient victimes d'un ESPT et 2% une phobie sociale.

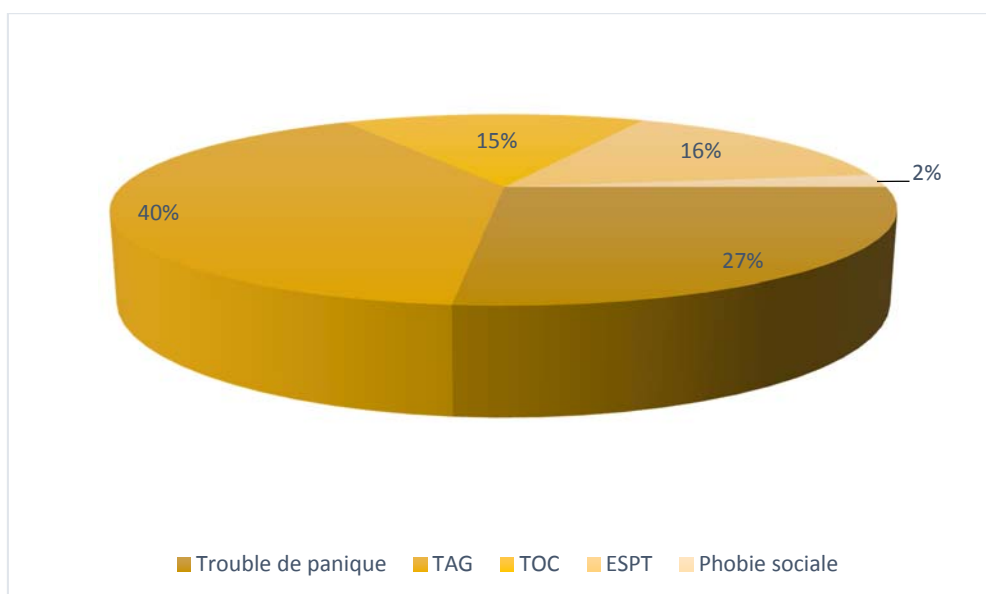


Figure 26 : Répartition des patients selon les comorbidités associées

4. Facteurs périnataux

4.1 Âge de la mère à la grossesse

L'âge moyen (+/- écart-type) de la mère à la grossesse était de 26.76 ans +/- 4.93037 avec un maximum de 38 ans et un minimum de 17 ans.

4.2 Désir de grossesse

La grossesse était désirée dans 35 cas (70%), non désirée dans 15cas (30%).

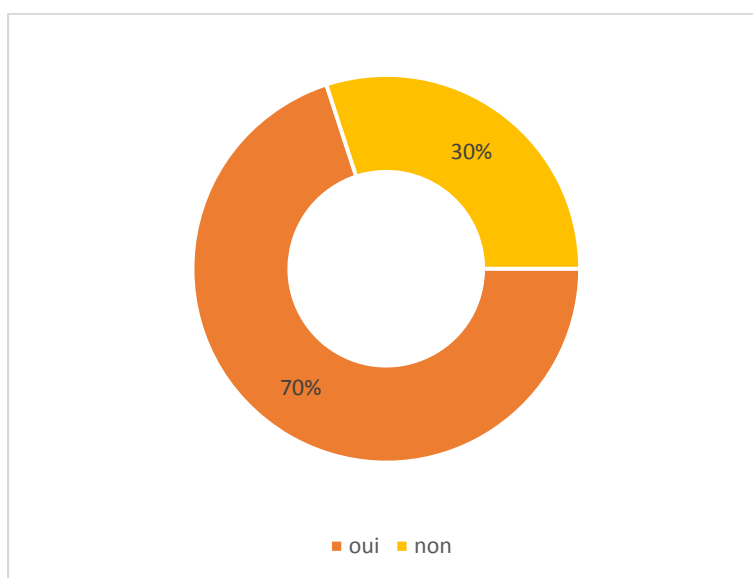


Figure27 : Pourcentage des mères dont la grossesse n'était pas désirée

4.3. Pathologie maternelle durant la grossesse

La notion de pathologie maternelle durant la grossesse était rapportée chez 13 (26%) des patientes ,alors qu'aucune pathologie n'a été décelée chez le reste des patientes 37 (74%) .

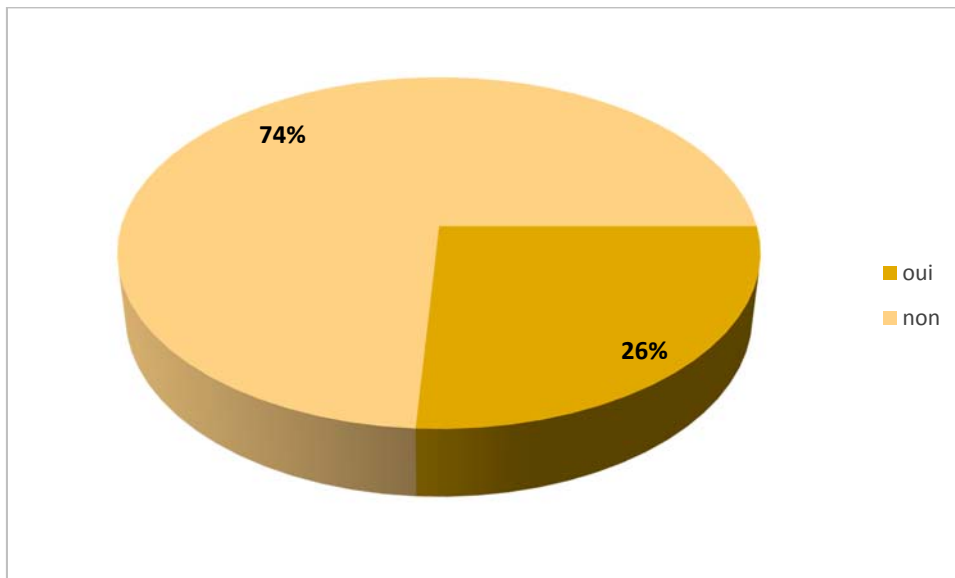


Figure28 : Pourcentage des pathologies maternelles durant la grossesse

4.4 Carences nutritionnelles

On a noté 8 cas (16%) de carence nutritionnelle.

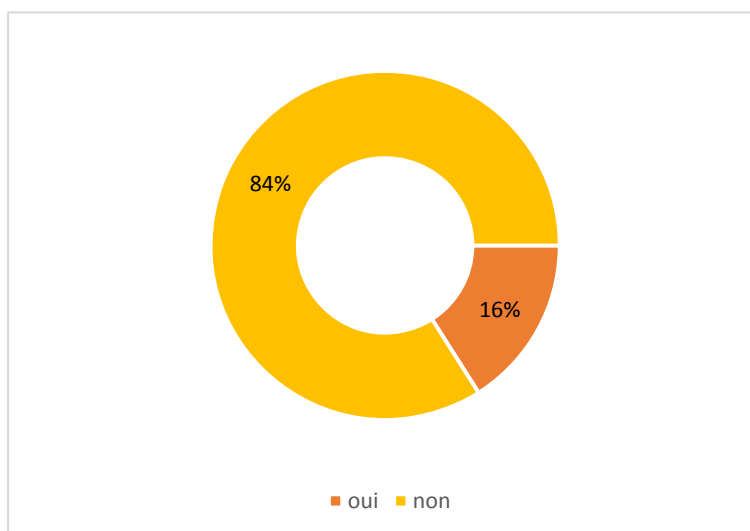


Figure29 : Pourcentage des mères ayant une carence nutritionnelle durant la grossesse

4.5 Consommation de médicaments /Substances au cours de la grossesse

On a noté 5 cas de consommation de médicaments chez les mères ,et 4 cas de consommations de substances.

4.6. Saison de naissance

Dans notre échantillon, 13patients (26%) sont nés au automne , 14(28%) en hiver , 15 (30%) en printemps alors que 8 (16%) sont nés en été.

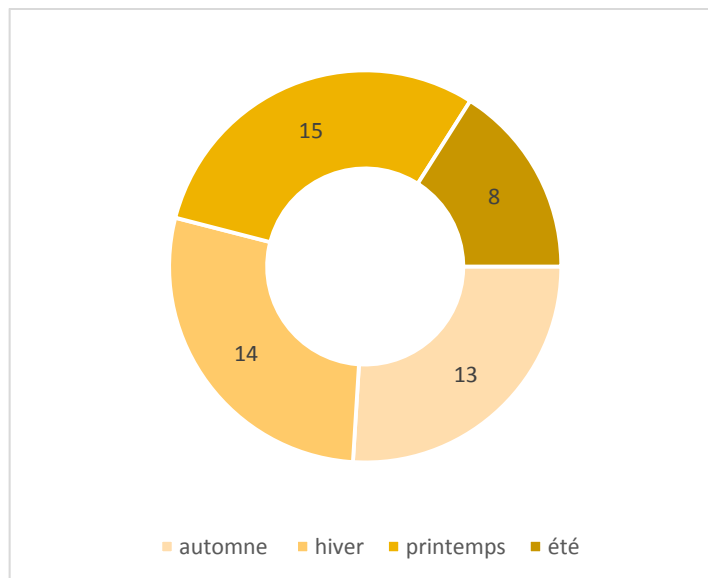


Figure30 : Répartition des patients selon la saison de naissance

4.7. Sérologie rubéole

Aucun cas de sérologie rubéole suivi.

4.8. Milieu de naissance

On a constaté que 29 patients (58%) sont nés dans un milieu urbain alors que 21 patients (42%) sont nés en milieu rural.

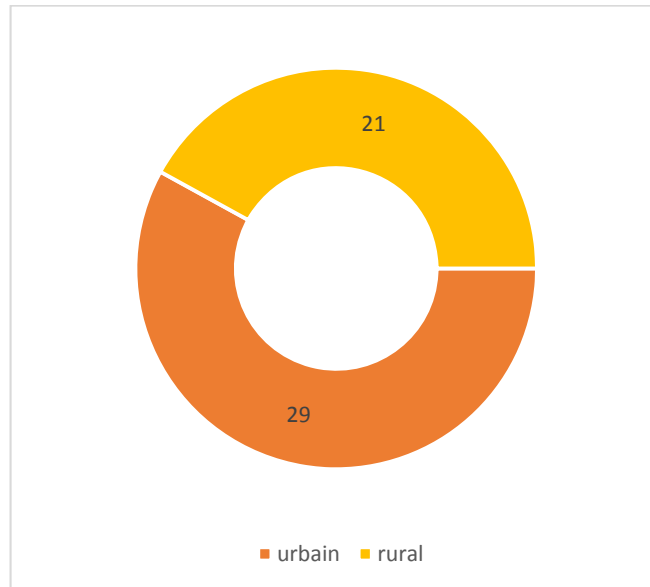


Figure31 : Répartition des patients selon le milieu de naissance

4.9. Terme de la grossesse

Seulement 4 cas (8%) de prématurité ont été retrouvés.

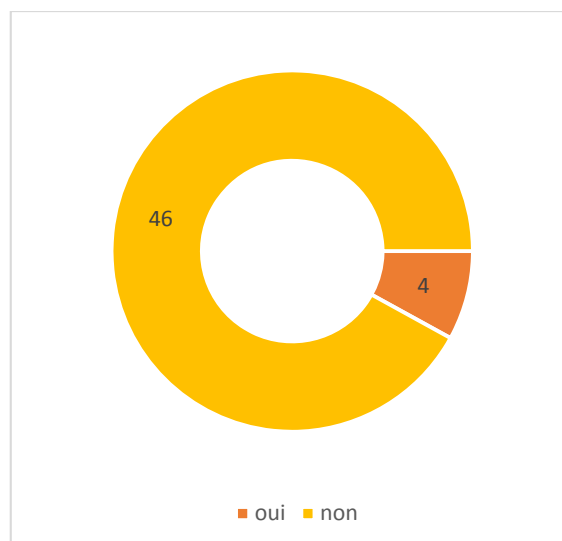


Figure32 : Pourcentage de grossesses ayant été menées à terme

4.10. Dérroulement, mode d'accouchement et poids de naissance

6 cas (12%) d'accouchement par voie haute, 44 cas (88%) d'accouchement par voie basse. 10 cas (20%) d'accouchement difficile a été retrouvé. Le déroulement de l'accouchement était normal dans 40 cas (80%). Le poids de naissance moyen (+/- écart-type) était de 2,726 kg +/- 0.5774, d'un maximum de 4kg et d'un minimum de 1kg.

4.11. Réanimation néonatale et séjour en incubateur

Aucun cas de réanimation néonatale a été retrouvé. Aucun cas de séjour en incubateur n'a été rapporté.

5. Facteurs développementaux

5.1. Développement moteur

L'âge moyen de tenue de la tête (+/- écart-type) était de 5.34 mois +/- 0.745, d'un maximum de 6 mois et d'un minimum de 4 mois. L'âge moyen de la position assise (+/- écart-type) était de 8.24 mois +/- 0.938, d'un maximum de 9 mois et d'un minimum de 6 mois. L'âge moyen de la marche (+/- écart-type) était de 13.64 mois +/- 2.0972, d'un maximum de 18 mois et d'un minimum de 12 mois.

5.2. Troubles du développement sphinctérien

Une énurésie a été retrouvée chez 14 patients (28%).

Un seul cas (2%) d'encoprésie a été retrouvé.

5.3. Troubles du langage

5.3.1. Âge du 1er mot

L'âge moyen du 1er mot (+/- écart-type) était de 10.38 mois +/- 2.0393, d'un maximum de 16 mois et d'un minimum de 6 mois.

5.3.2. Âge de la 1ère phrase

L'âge moyen de la 1ère phrase (+/- écart-type) était de 16.38 mois +/- 3.890, d'un maximum de 24 mois et d'un minimum de 12 mois.

5.3.3 Difficultés à prononcer certains mots

2 patients (4%) présentaient des difficultés de la parole dont un avait une lenteur de la parole et l'autre une aphasie transitoire, 48 (96%) n'avaient aucun problème de prononciation.

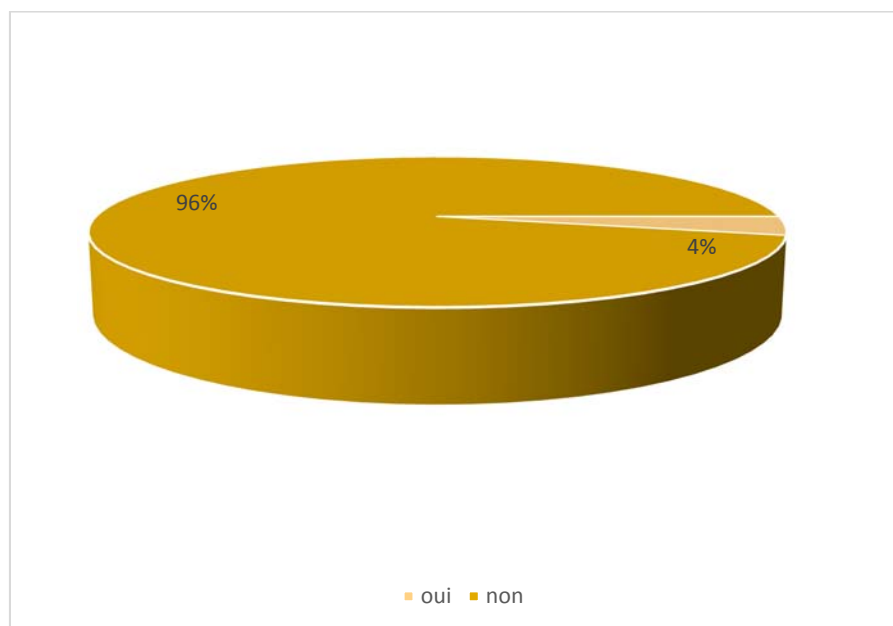


Figure32 : Pourcentage des patients ayant eu des difficultés de prononcer certains mots

5.3.4 Manque de vocabulaire

Un seul patient (2%) présentait un manque, 49 (58%) ne manquaient pas de vocabulaire.

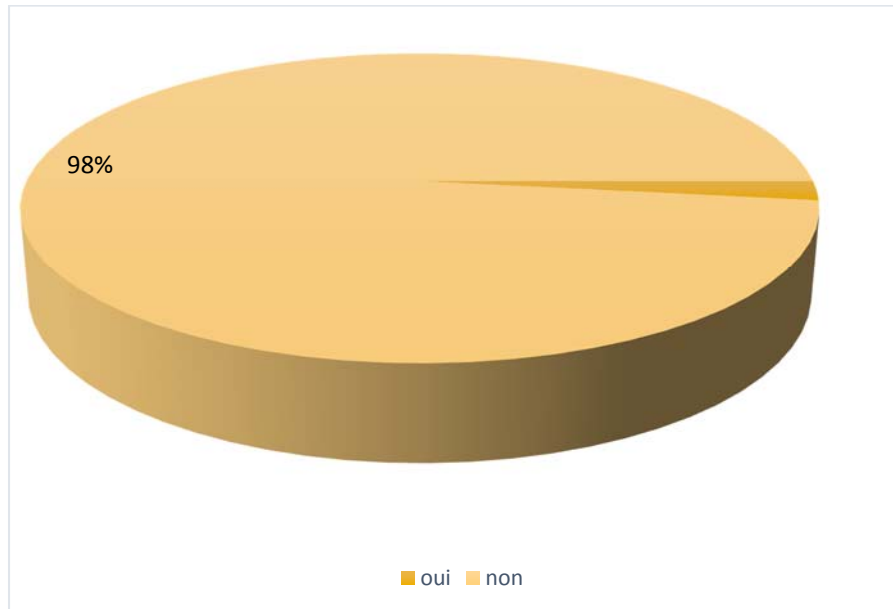


Figure33 : Pourcentage de patients avec manque de vocabulaire à l'enfance

5.3.5 Difficulté à poursuivre une discussion

2 patients (4%) trouvaient des difficultés, 48 (96%) étaient capables de poursuivre une discussion.

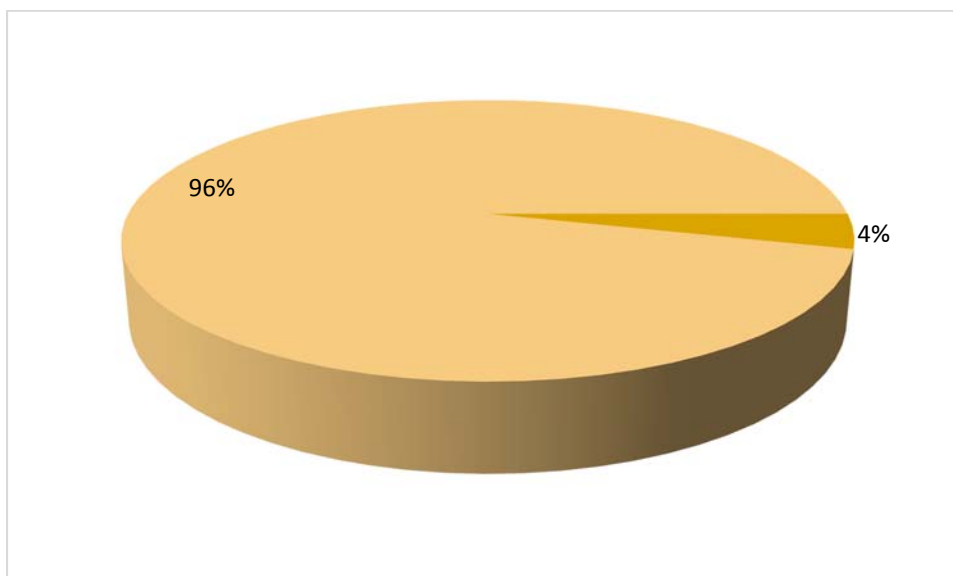


Figure34 : Pourcentage des patients avec des difficultés à poursuivre une discussion à l'enfance.

5.3.6 Notion de bégaiement

Elle a été retrouvée chez un seul patient (2%).

5.3.7 Troubles d'apprentissage

Dans notre échantillon, 2 patients avaient un trouble d'apprentissage ,dont un dyslexique et l'autre avait des problèmes de concentration.

5.4 Développement cognitif

5.4.1 Scolarisation On a noté que 48 patients (96%) ont été scolarisés, 2 (4%) étaient analphabètes

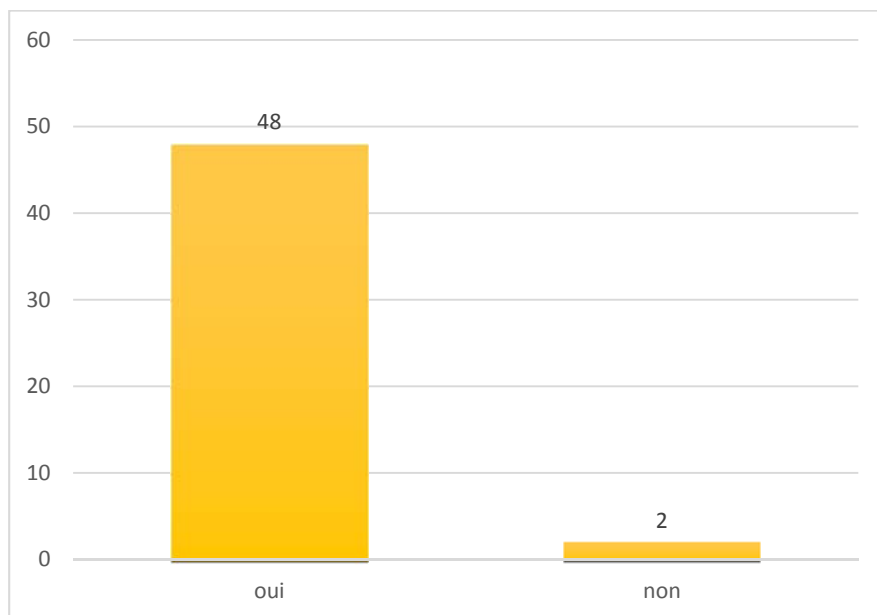


Figure35 : Nombre de patients scolarisés

5.4.2 Rendement scolaire

4 patients (8%) avaient un mauvais rendement scolaire, 36 (72%) avaient un rendement moyen, 10 (20%) avaient un bon rendement .

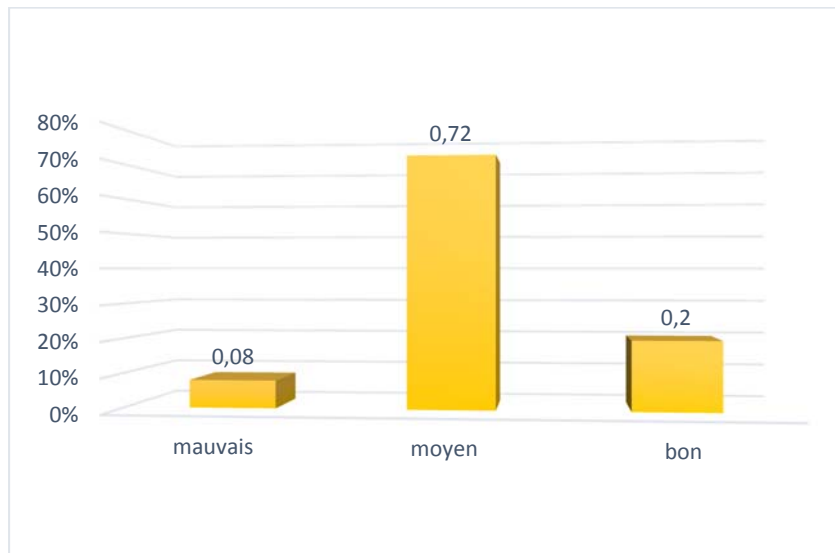


Figure36 : Répartition des patients selon leur rendement scolaire à l'enfance

5.4.3 Redoublement scolaire

17 patients (34%) ont déjà redoublé une classe ou plus, 33 (66%) n'ont jamais redoublé de classe

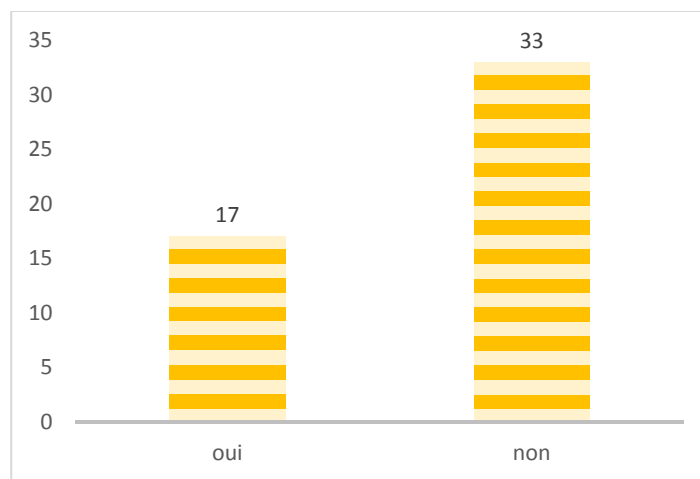


Figure37 : Nombre de patients ayant redoublé une classe

6. Facteurs d'adaptation sociale

6.1 Socialisation

- Timidité

On a retrouvé 30 cas (60%) d'enfants timides

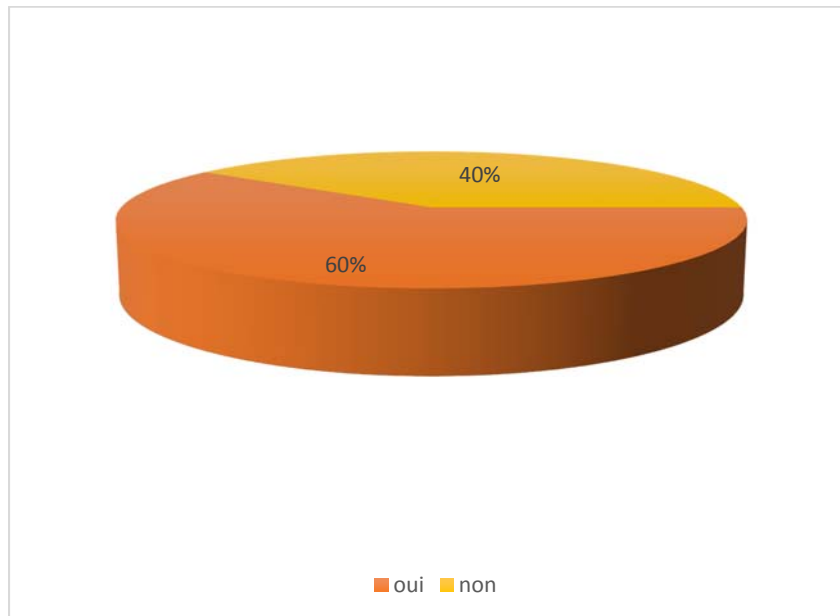


Figure38 : Pourcentage de patients ayant été timides

-Enfants ayant été sages

On a retrouvé 35 cas (46.7%) d'enfants trop sages

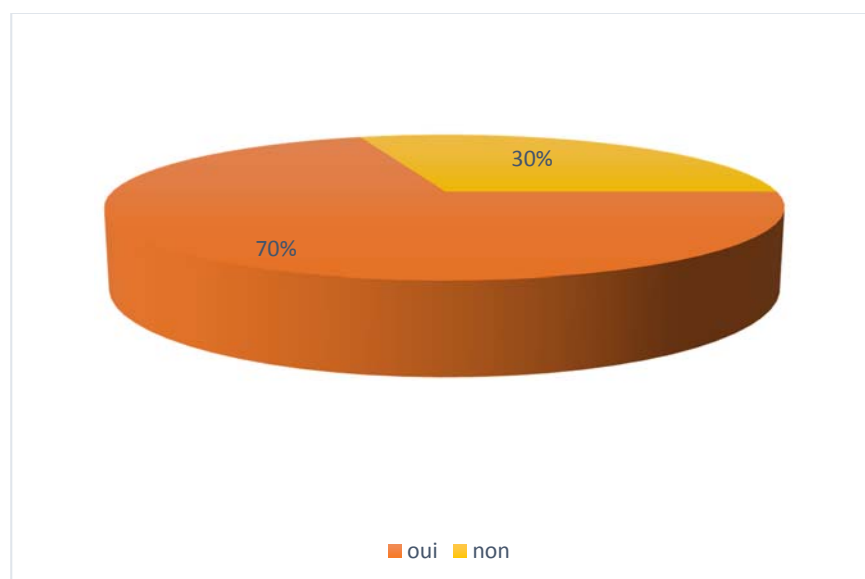


Figure39 : Pourcentage de patients ayant été trop sages

-Préférence pour les jeux solitaires

8 patients (16%) préféraient jouer seuls.

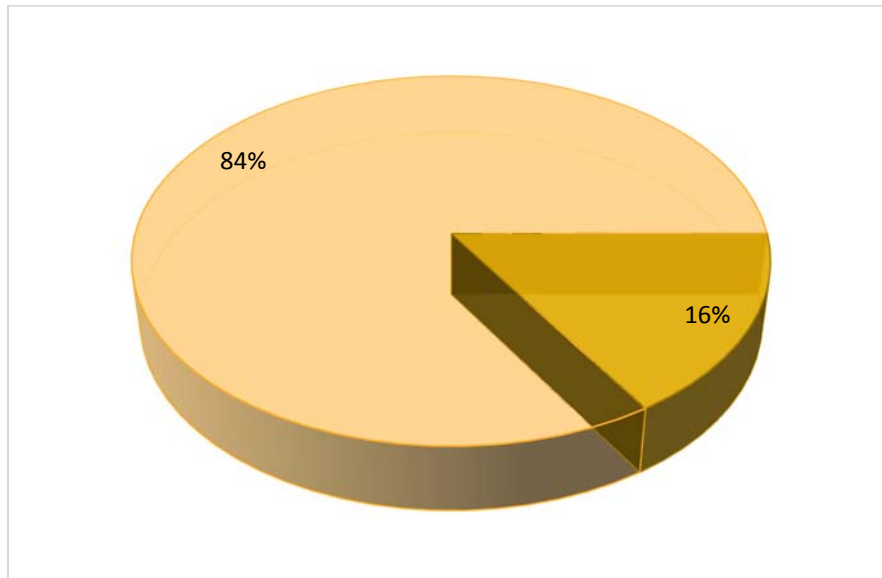


Figure40 : Nombre de patients qui avaient une préférence aux jeux solitaires

- Tendance à être rejeté

Un seul patient (2%) avait tendance à être rejeté.

- Repliement

11 patients (22%) étaient repliés sur eux-mêmes

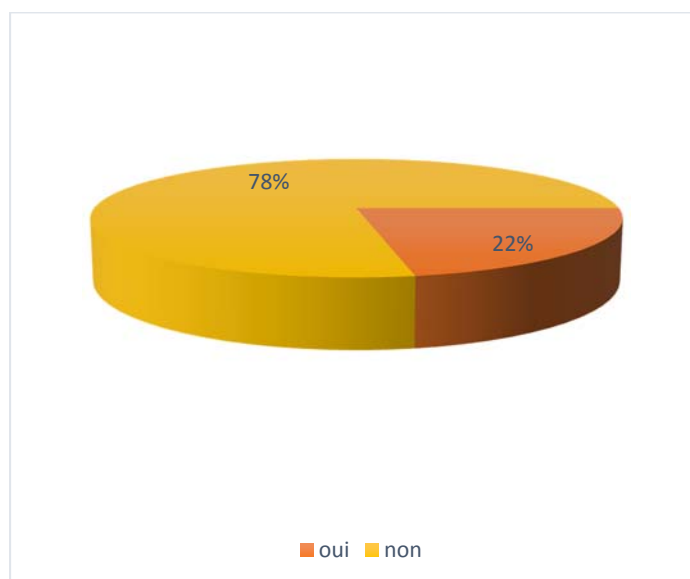


Figure 41 : Pourcentage des enfants qui étaient repliés sur eux-mêmes

- Dépression

18 patients (36%) étaient malheureux durant leur enfance.

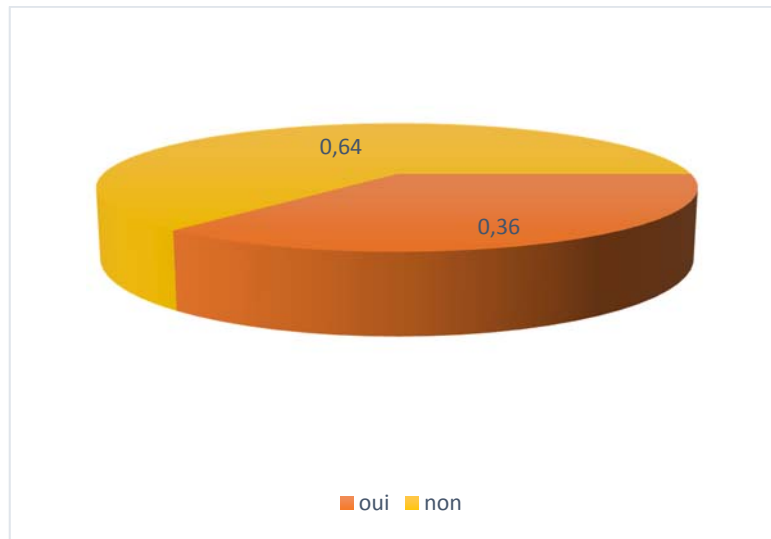


Figure 42 : Pourcentage des patients qui étaient malheureux

-Manque d'énergie

11 patients (22%) étaient peu actifs durant leur enfance

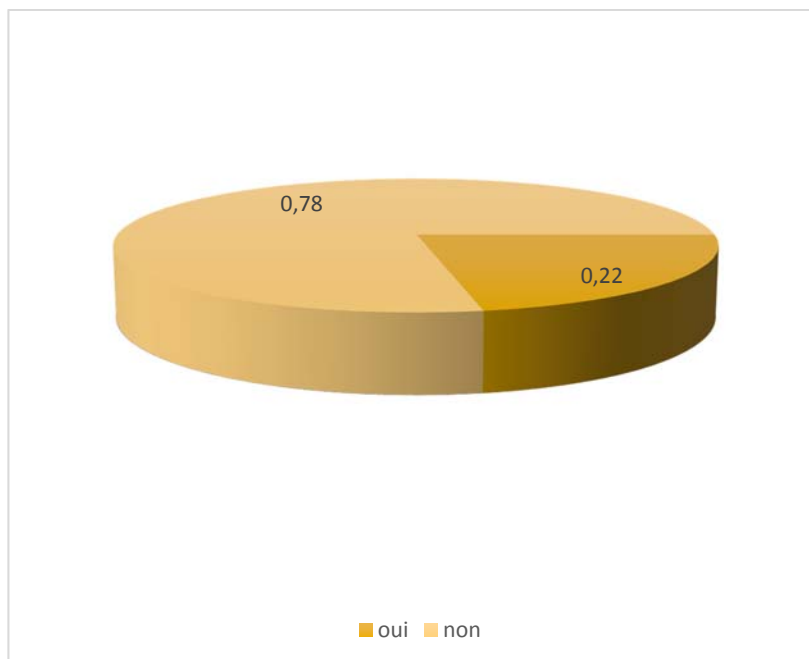


Figure 43 : Pourcentage des patients qui étaient peu actifs

- Notion de pleurs

33 patients (66%) pleuraient souvent

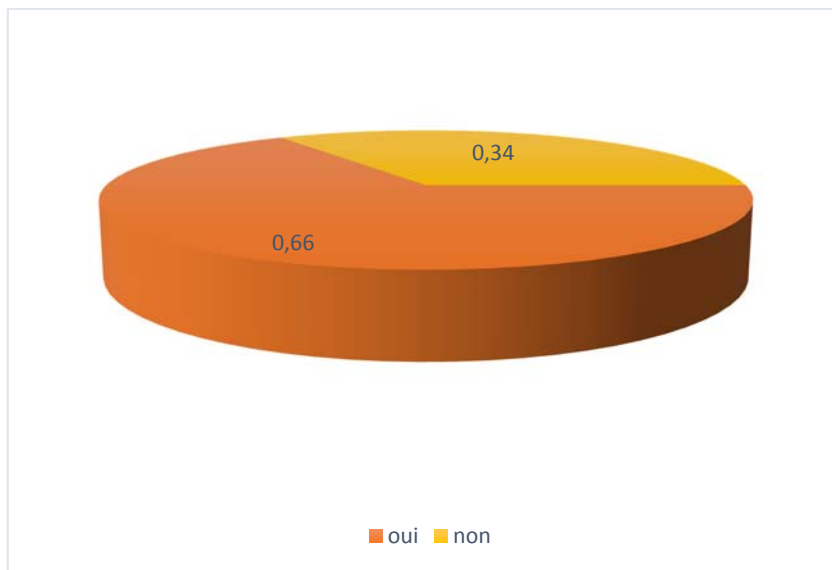


Figure44 : Pourcentage des patients qui pleuraient souvent

-Idéations suicidaires

10 cas (20%) avaient des idéations suicidaires.

- Trouble du sommeil

20 patients (40%) présentaient des troubles du sommeil.

- Anxiété

29 patients (58%) s'inquiétaient de façon exagérée

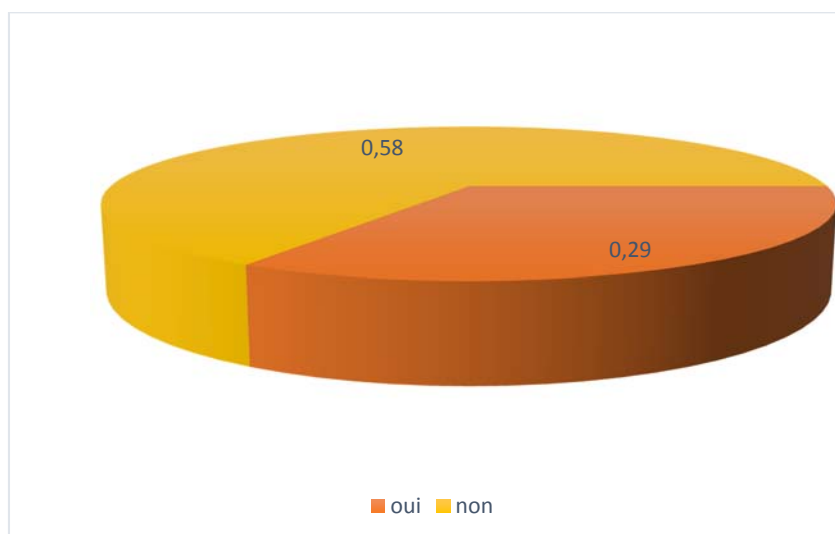
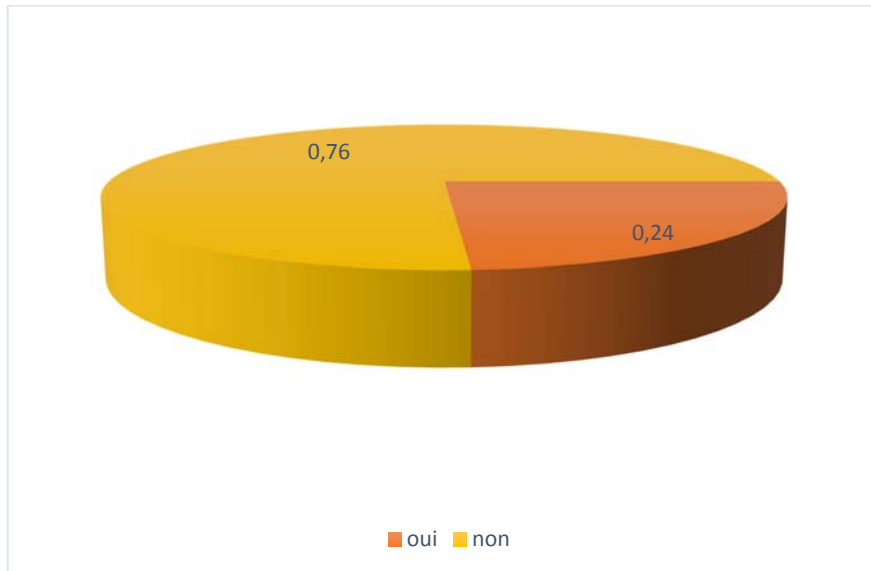


Figure45 : Pourcentage des patients qui s'inquiétaient beaucoup

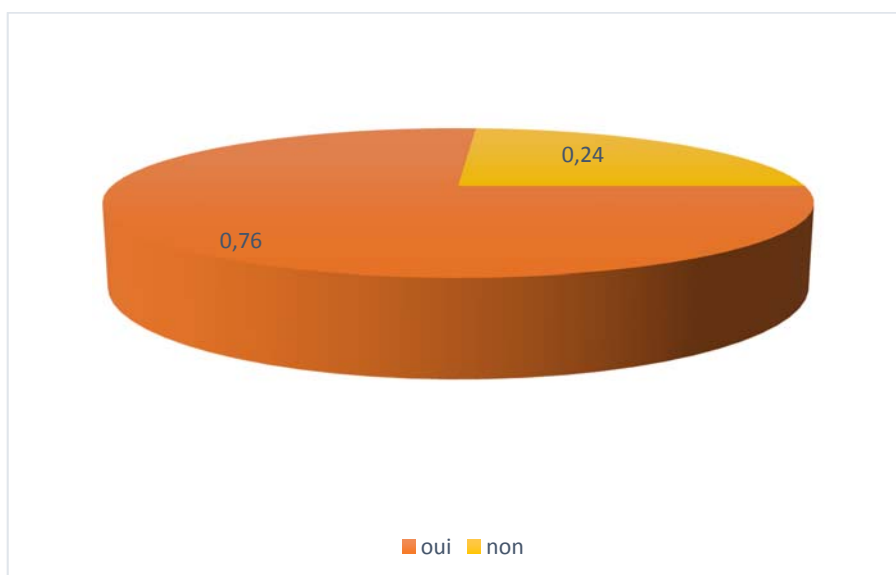
– Notion d'onychophagie

12 patients (24%) se rongeaient les ongles durant leur enfance

**Figure 46** : Pourcentage des patients qui se rongeaient les ongles

– Sensibilité au stress

38 patients (76%) présentaient une sensibilité élevée au stress.

**Figure 47** : Pourcentage de patients qui avaient une sensibilité élevée au stress

- Nervosité

32 patients (64%) étaient nerveux.

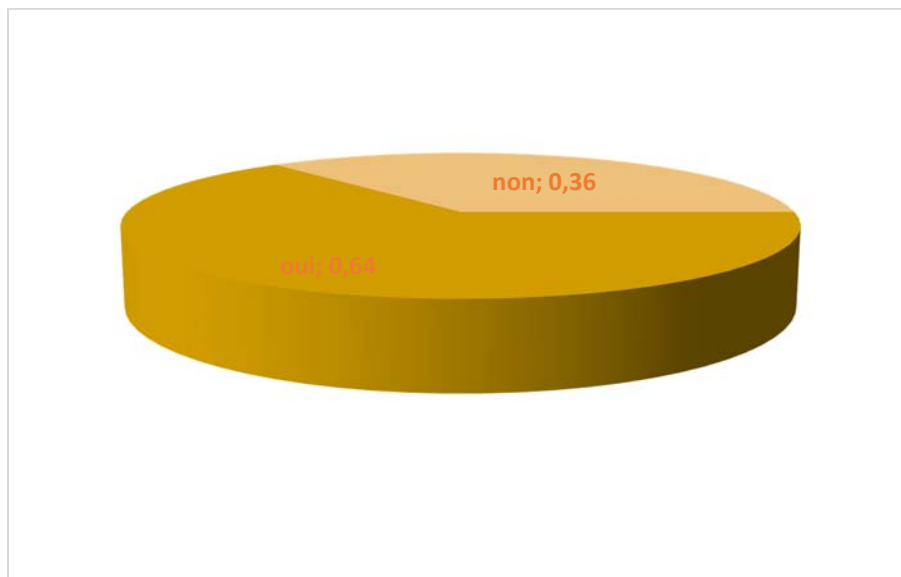


Figure48 : Pourcentage des patients qui étaient nerveux

- Anticipation d'une menace

32 patients (64%) anticipaient de façon accrue une éventuelle menace

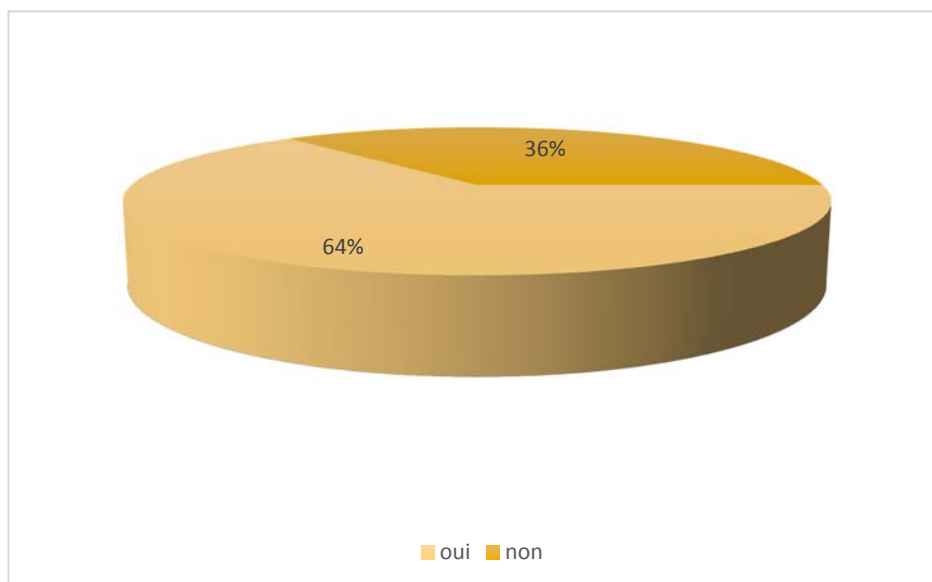


Figure49 : Pourcentage des patients qui anticipaient de façon accrue une menace

- Perturbation de l'image de soi

19 cas (38%) ont été notés.

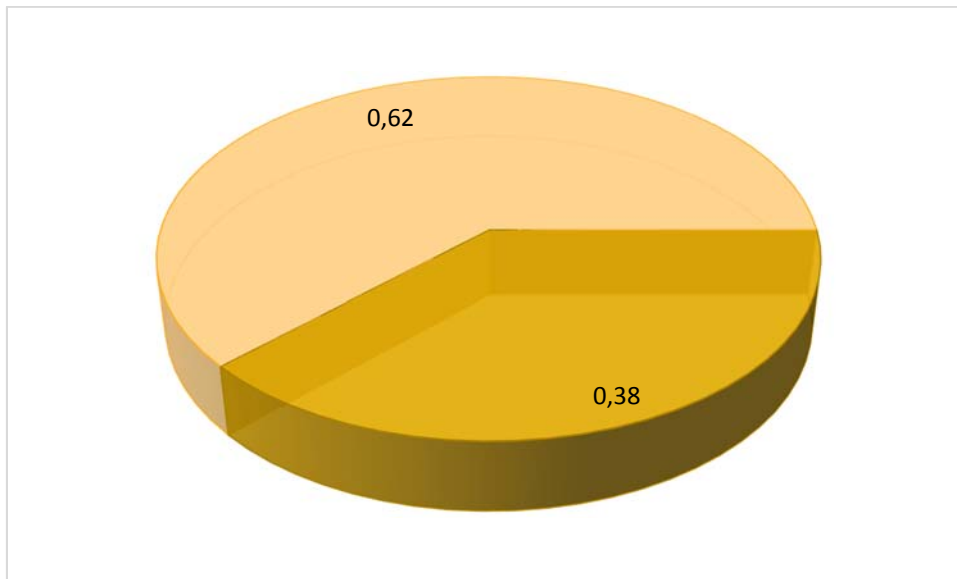


Figure 50 : Pourcentage des patients ayant une image de soi perturbée

6.2 Trouble de comportement**- Disputes**

15 patients (30%) qui se disputaient souvent

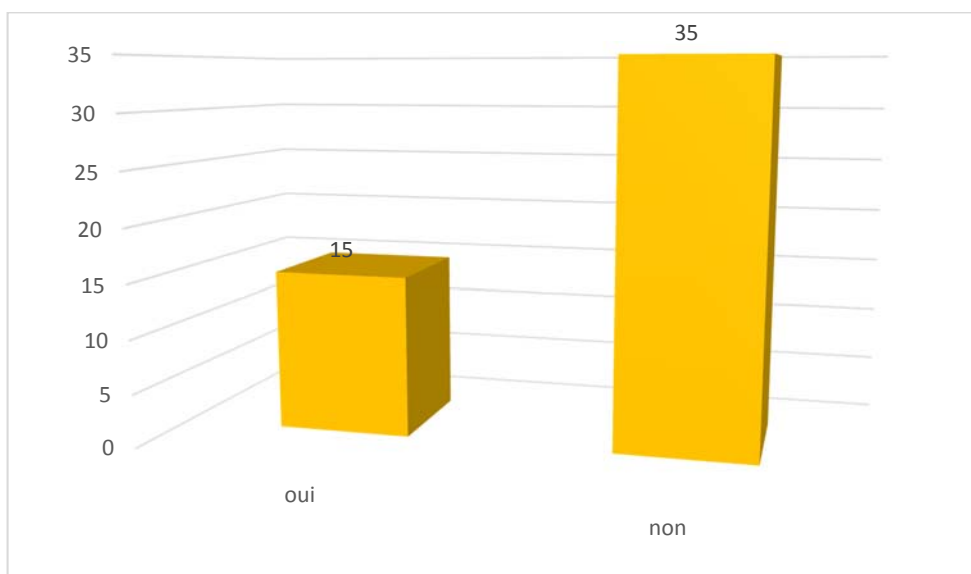


Figure 51 : Nombre de patients qui se disputaient souvent

- Destruction des affaires personnelles ou celles des autres

14 patients (28%).

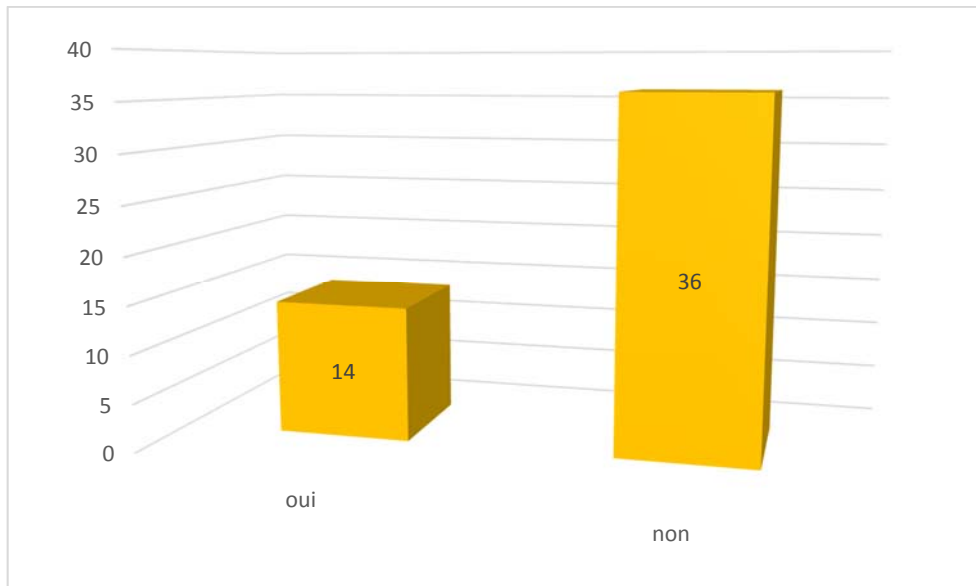


Figure52 : Nombre des patients qui détruisaient leurs affaires ou celles des autres

-Désobéissance à la maison

26 patients (52%) étaient désobéissants à la maison.

-Désobéissance à l'école

21 patients (42%).

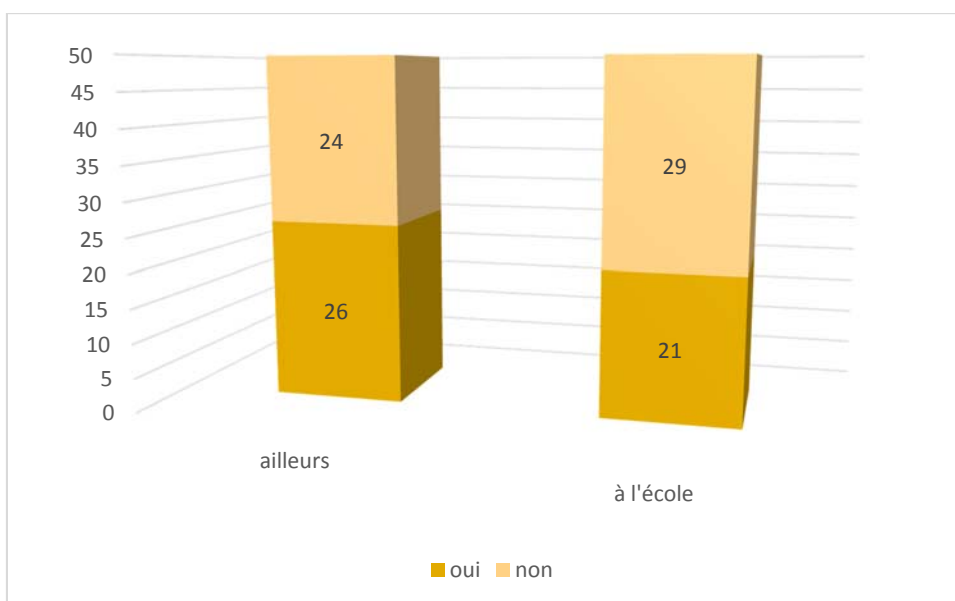


Figure53 : Nombre de patients qui étaient désobéissants

- Trouble oppositionnel avec provocation

26 (52%) des patients avaient un trouble oppositionnel avec provocation

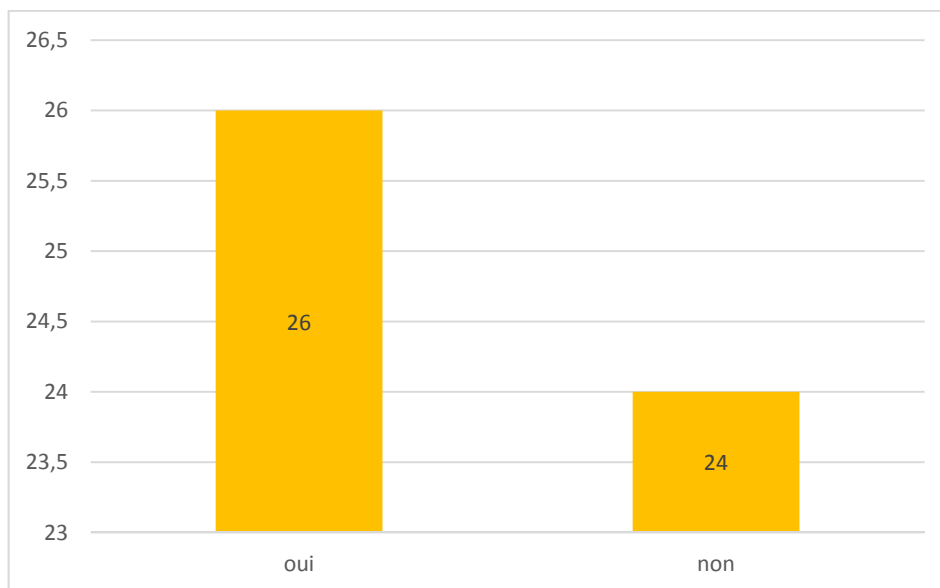


Figure 54: Nombre de patients ayant un trouble oppositionnel avec provocation

-Enfreint les règles

22 patients (44%).

-Troubles alimentaires

18 cas (36 %)

-Signes de conversion

11 patients (22%)

-Tendance à avoir des accidents

16 patients (32 %) se faisaient souvent mal.

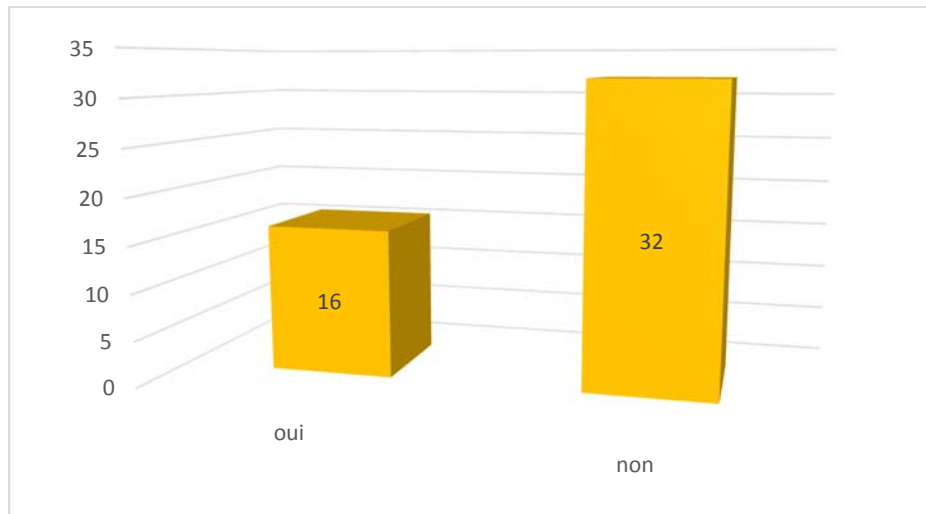


Figure55 :Nombre de patients qui ont tendance à avoir des accidents

- Bagarres

8 patients (16 %) se bagarraient souvent.

-Mauvaises fréquentations

19 (38%) avaient de mauvaises fréquentations.

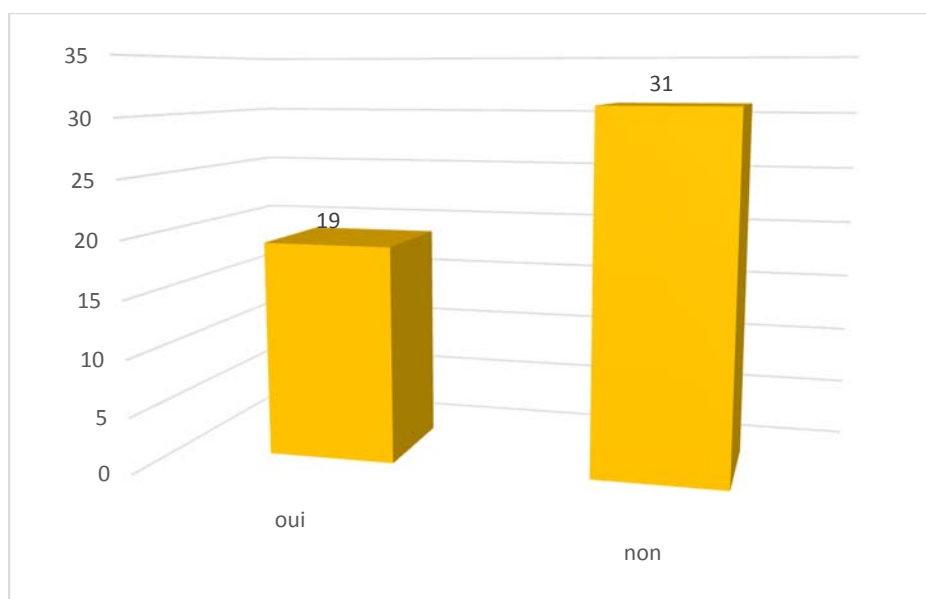


Figure56 :Nombre de patients ayant de mauvaises fréquentations

- Tricherie

28 (56%) patients (15%).

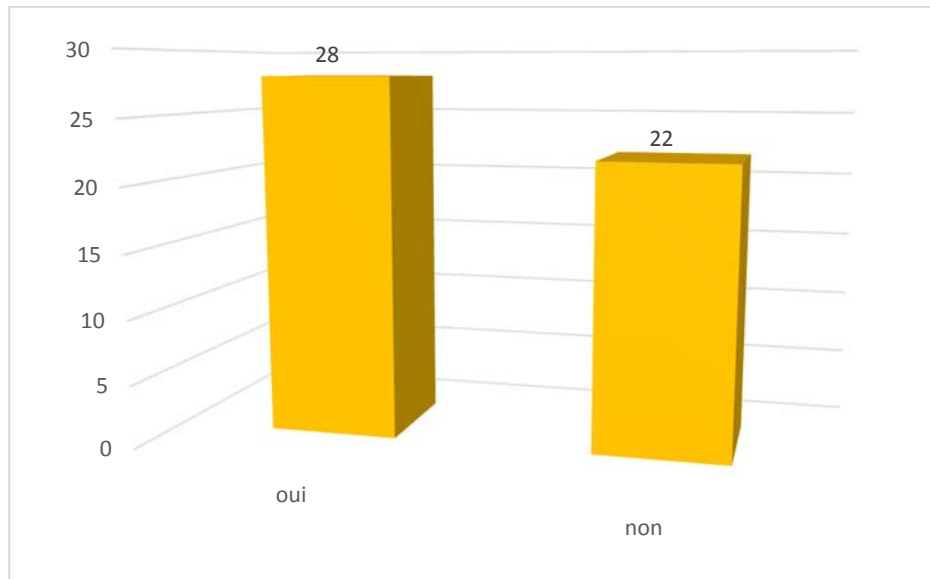


Figure57 : Nombre de patients avec une tendance à mentir ou tricher

-Agression des autres

15 patients (30%).

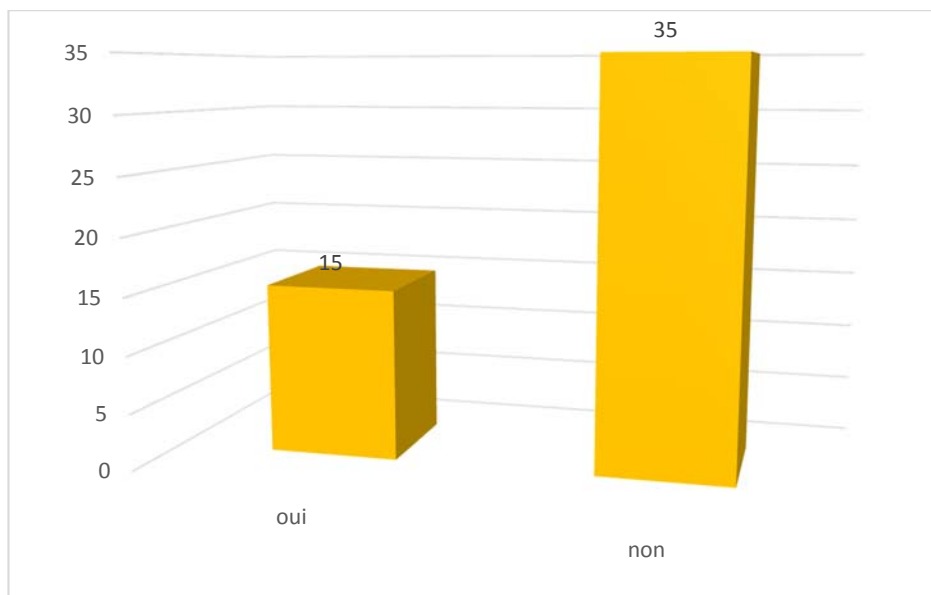


Figure58 : Nombre de patients qui agressaient les autres

-Tendance aux fugues

19 patients (38%).

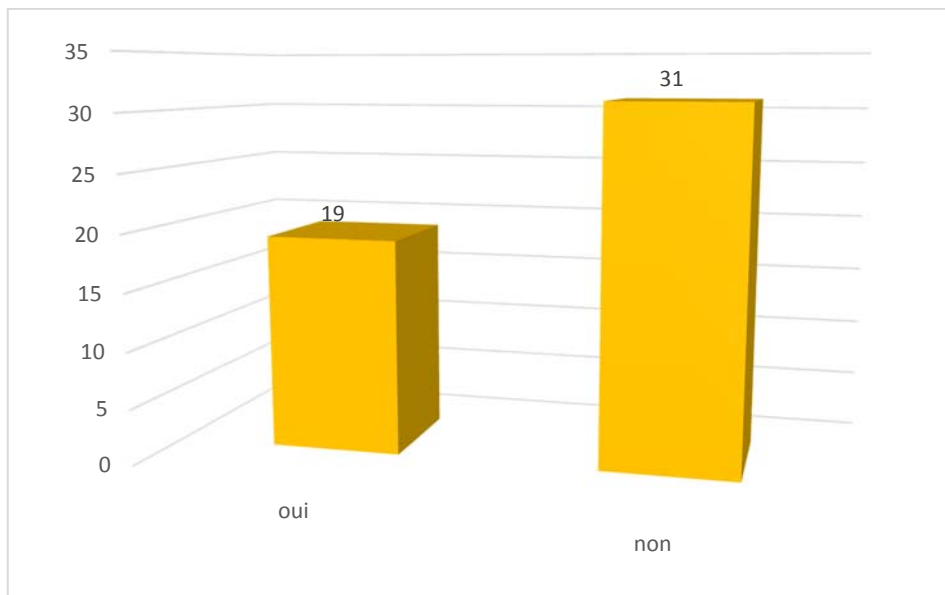


Figure59 : Répartition des patients selon la tendance aux fugues

-Consommation de substances

21 patients (42%) consommaient du tabac et du cannabis et 3(6%) consommaient des drogues

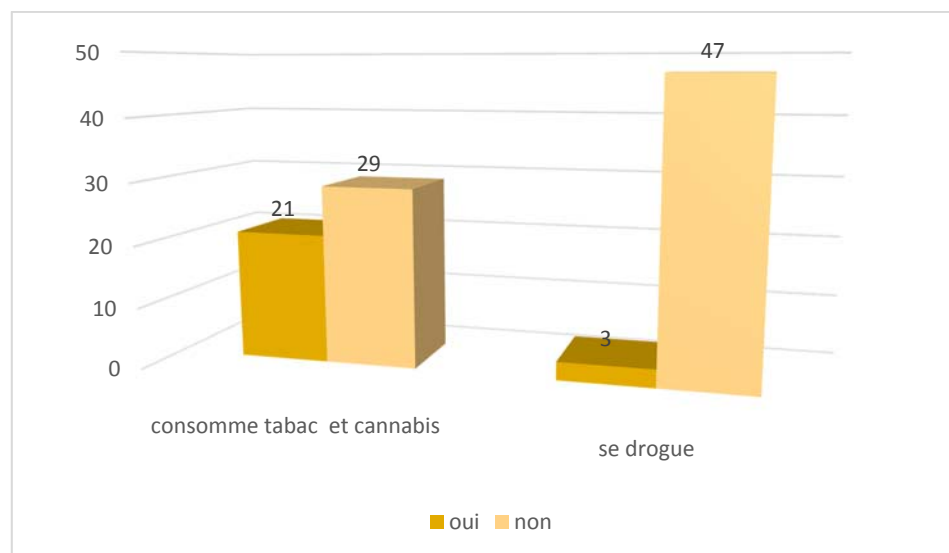


Figure60 : Répartition des patients selon la nature des substances utilisées

-Irritabilité et colère

32(64%) étaient facilement irritables ,29 (58%) étaient coléreux

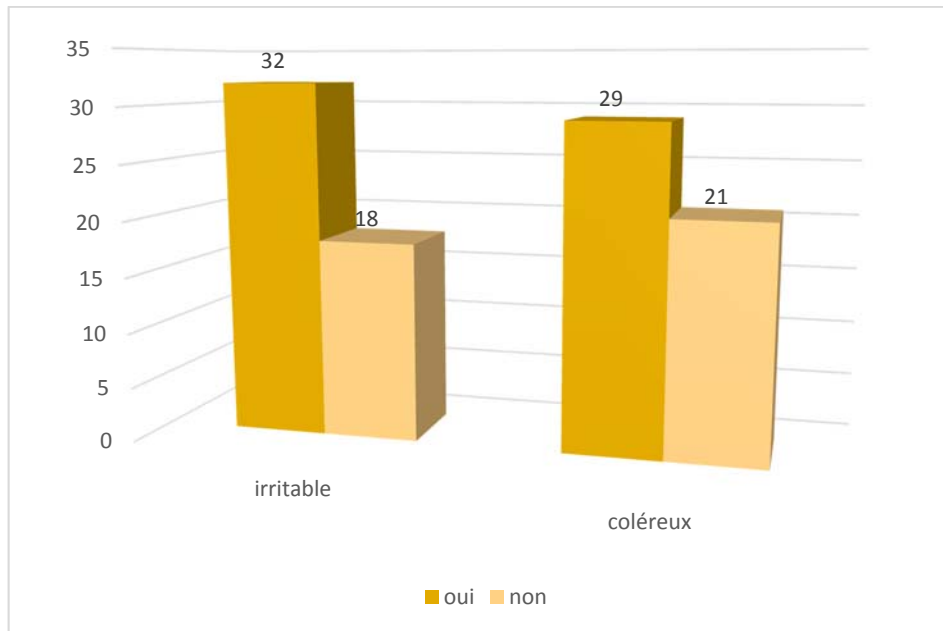


Figure61 : Répartition des patients selon la colère et l’irritabilité

-Distractibilité

26(52%) étaient distractibles.

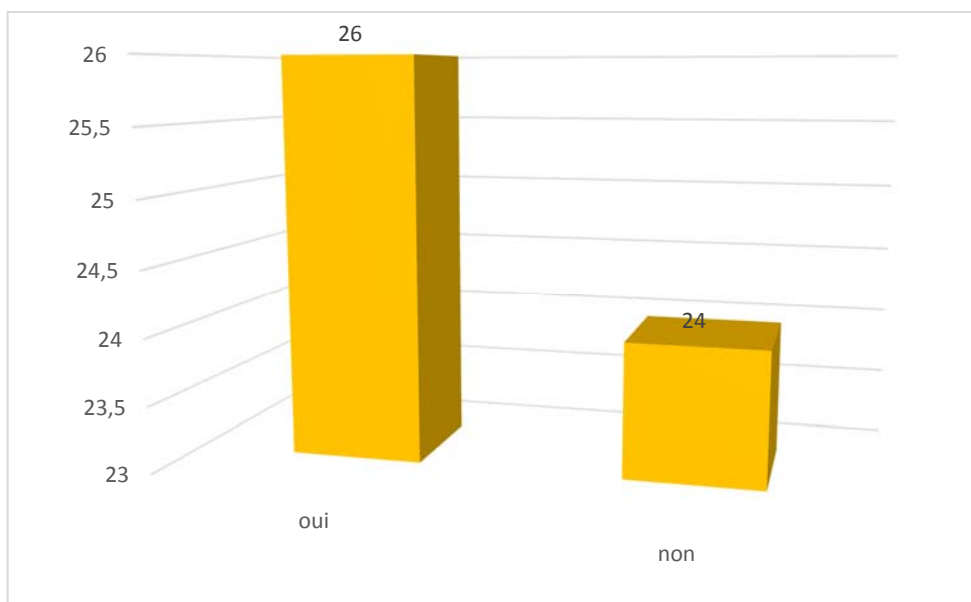


Figure62 : Répartition des patients selon la distractibilité

-Hyperactivité

31(62%) étaient hyperactifs.

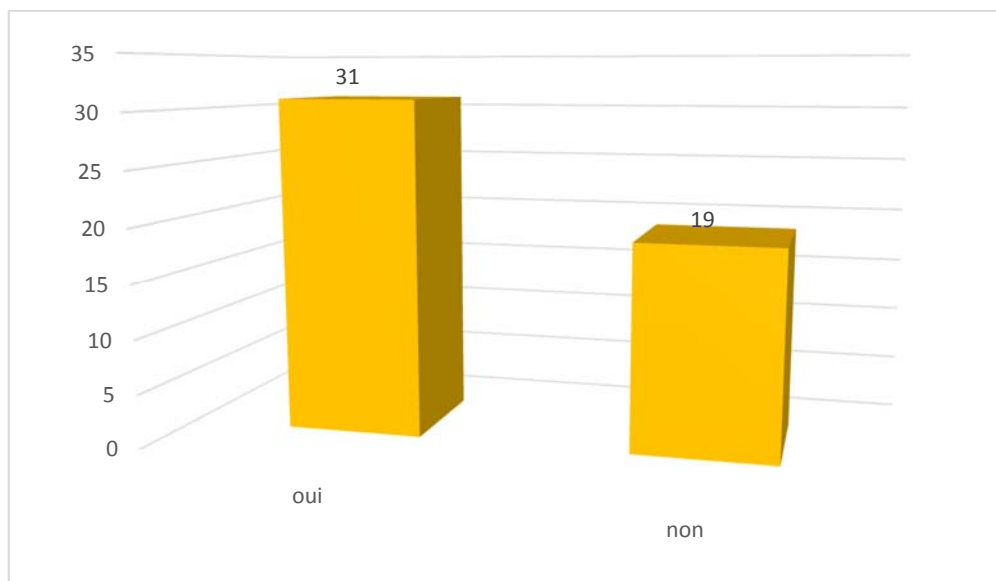


Figure63 : Répartition des patients selon l'hyperactivité

40(80%) des patients étaient émotionnellement labiles.

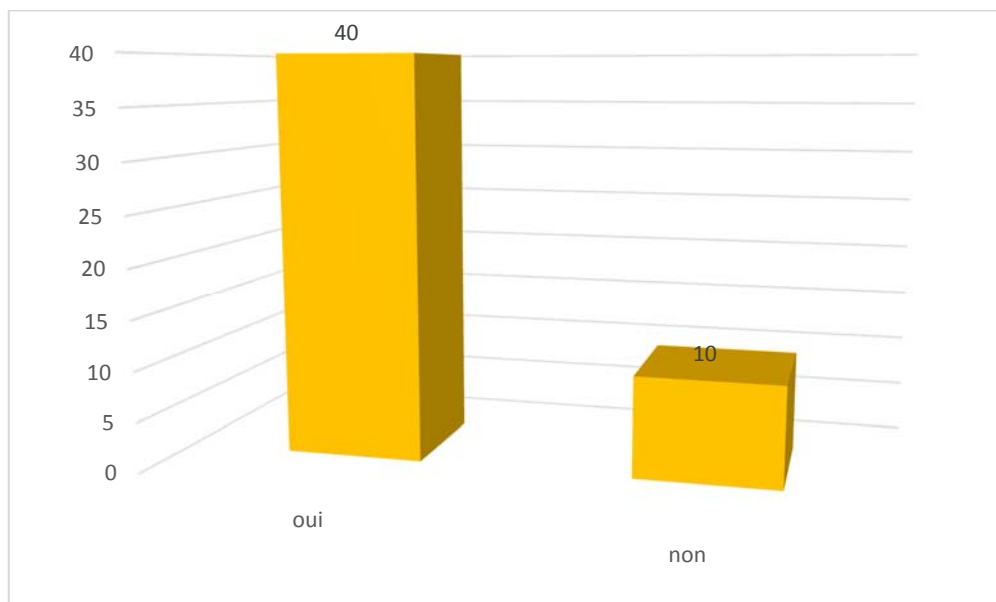


Figure64 : Répartition des patients selon la labilité émotionnelle

-Impulsivité

31 (62%) des patients étaient impulsifs.

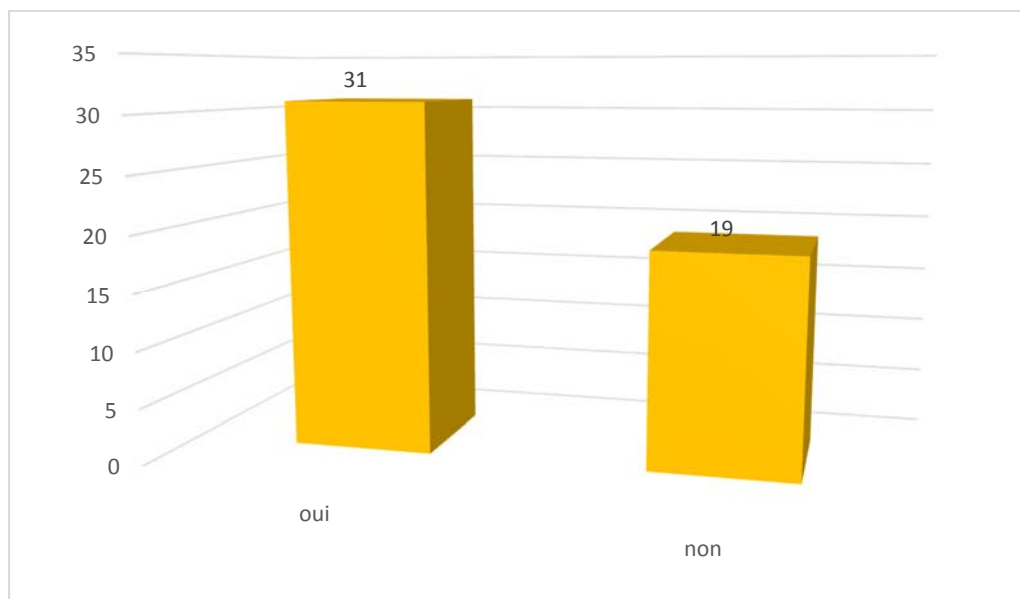


Figure65 : Répartition des patients selon l'impulsivité

7. Résultats des échelles psychométriques

7.1 Liste de comportements pour enfants

7.1. 1 Echelle de compétence sociale

Cas

Le score moyen de l'échelle de d'activité (+/- écart-type) était de 2.92 +/- 1.1577, avec un maximum de 6 et un minimum de 1.

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle sociale était de 2.62 +/- 1.4692, avec un maximum de 6 et un minimum de 1.

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle scolaire était de 2.22 +/- 0.7637, avec un maximum de 4 et un minimum de 1.

Témoins

Le score moyen de l'échelle de d'activité (+/- écart-type) était de 1.9489 +/- 1, 039 avec un maximum de 4 et un minimum de 1.

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle sociale était de 1.8775 ± 0.911 , avec un maximum de 4 et un minimum de 1.

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle scolaire était de $2. \pm 0.945$, avec un maximum de 4 et un minimum de 1.

7.1. 2 Échelle des problèmes du comportement

Cas

Au sein de notre échantillon, 50 patients (100%) avaient un score supérieur ou égal à 41 et présentaient donc un trouble du comportement. Aucun patient n'avait un score strictement inférieur à 41.

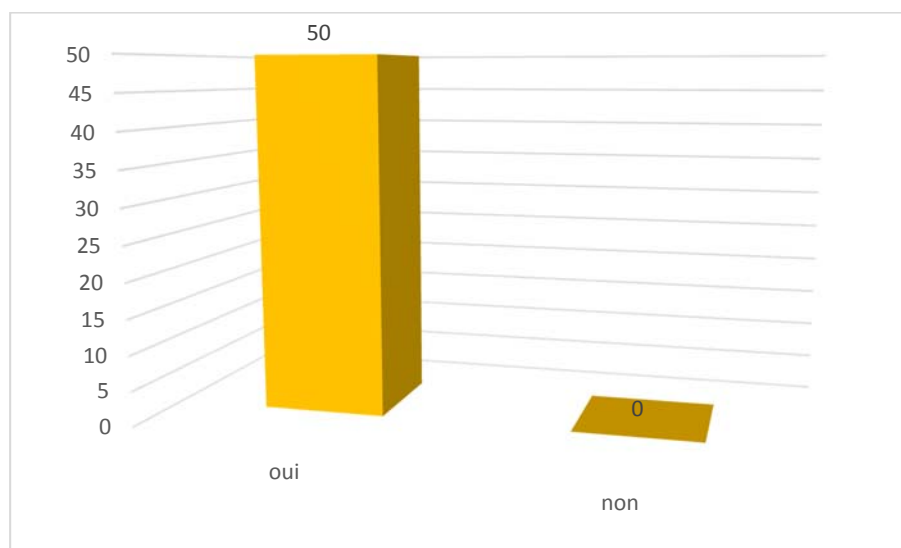


Figure 66: Nombre de patients qui avaient un trouble du comportement à l'enfance

Témoins

Parmi les 100 témoins 6 avaient un score supérieur ou égal à 41 (6%) présentaient donc un trouble du comportement, 94 témoins avaient un score strictement inférieur à 41

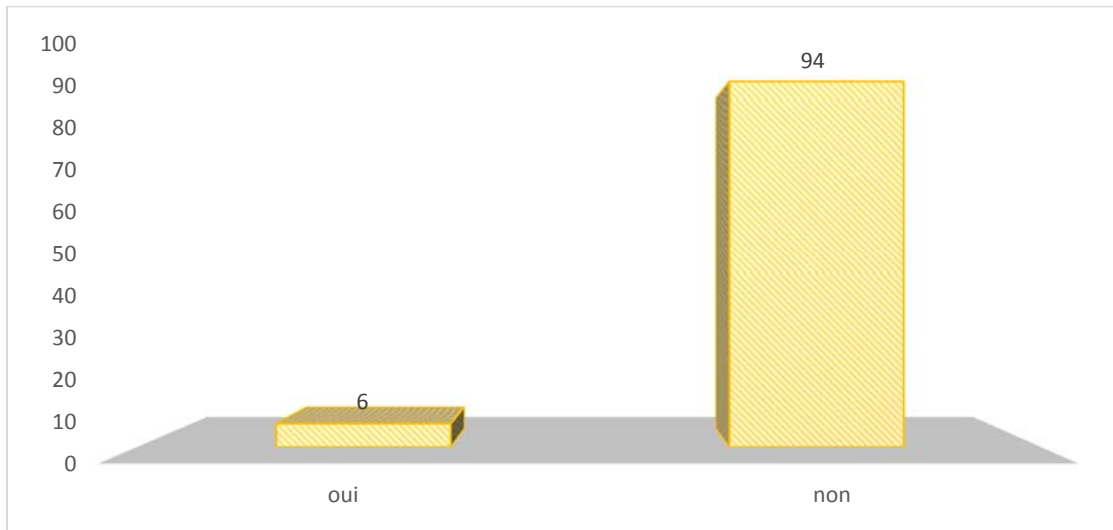


Figure 67: Nombre de témoins ayant un trouble de comportement à l'enfance

Au sein de notre échantillon, 100% des cas avaient un score total supérieur à 41 et donc présentaient des troubles de comportement durant l'enfance, versus 6% chez les témoins.

7.2 Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement

Parmi nos 50 patients, 20 (13.2%) avaient un score de 81-90 ; 8 (5.3%) des patients un score de 61-70, 7 (4.6%) des patients un score de 51-60, 5 (3.3%) patients avaient un score de 91-100, 4 (2.6%) patients un score 71-80, 3 (2%) patients un score de 31-40, et 3 (2%) avaient un score de 21-30.

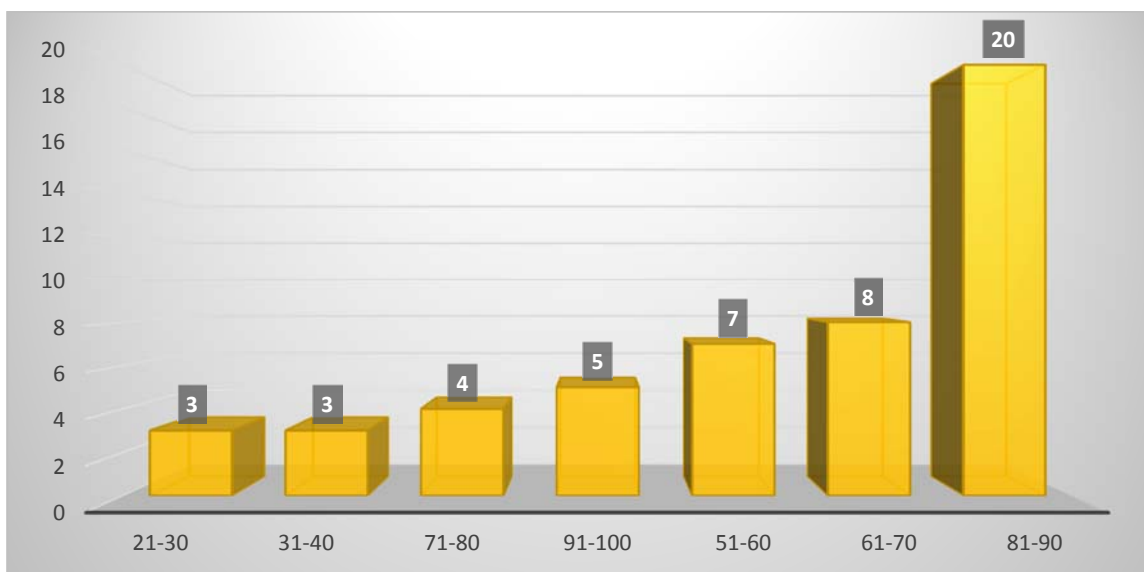


Figure 68 : Répartition des patients selon le score de l'EGF

7.3 Questionnaire abrégé de Conners pour les Parents (10 Items)

Au sein de notre échantillon, 12 patients (24%) avaient un score supérieur ou égal à 15 et donc fortement évocateur de TDAH. 38 (76%) patients avaient un score strictement inférieur à 15.

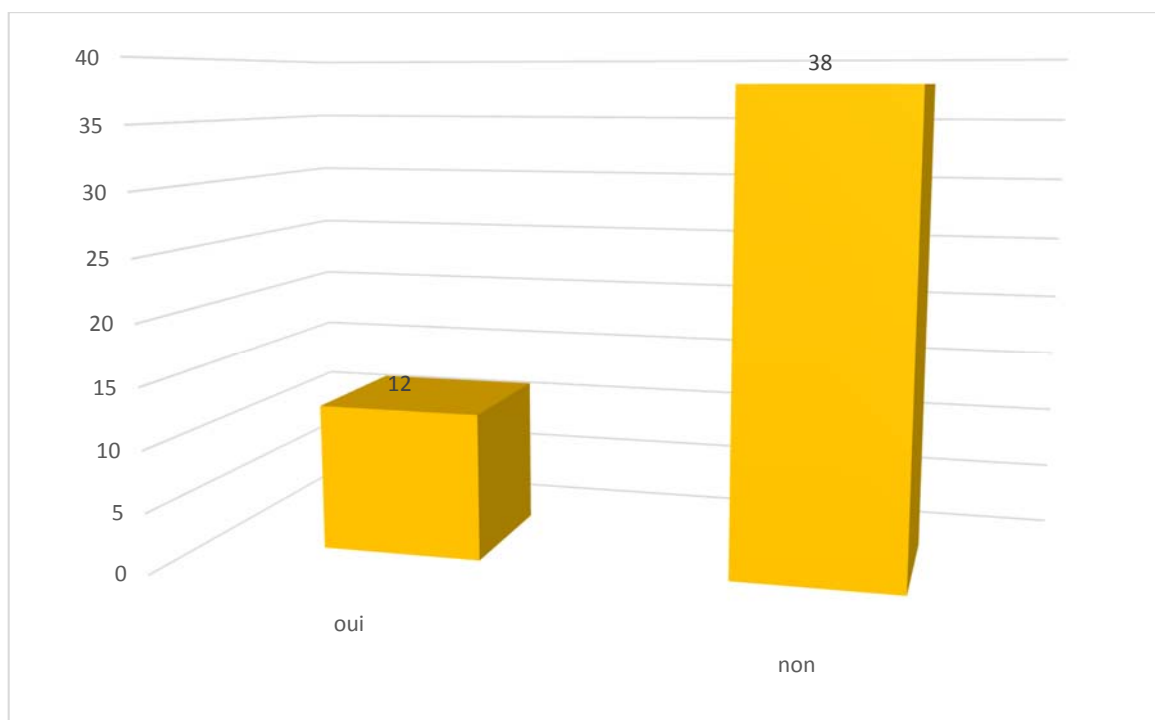


Figure70: Nombre de patients ayant un TDAH à l'enfance

7.4 Echelle MINI

• EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (EDM)

Cas

Parmi les 50 patients ,42(84%) avaient un EDM ,21 (42%) avaient un EDM actuel (2 dernières semaines),21(42%) avaient un EDM.vie entière.

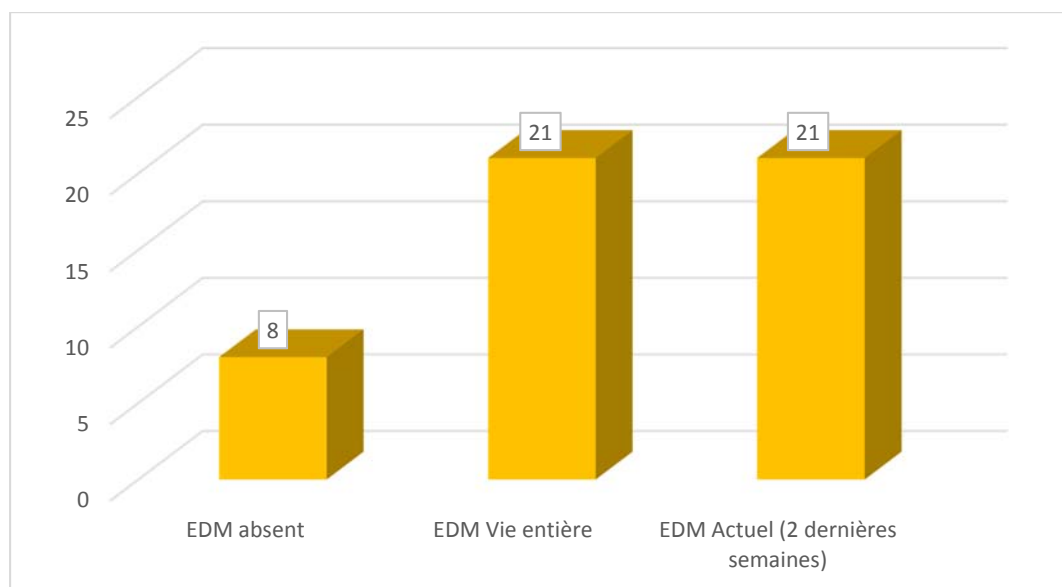


Figure71 : Répartition des patients selon EDM

Témoins : Aucun cas rapporté

- EDM avec caractéristiques mélancoliques Actuelle (2 dernières semaines)

Optionnel

Cas

19(38%) avaient un EDM avec caractéristiques mélancoliques Actuelle

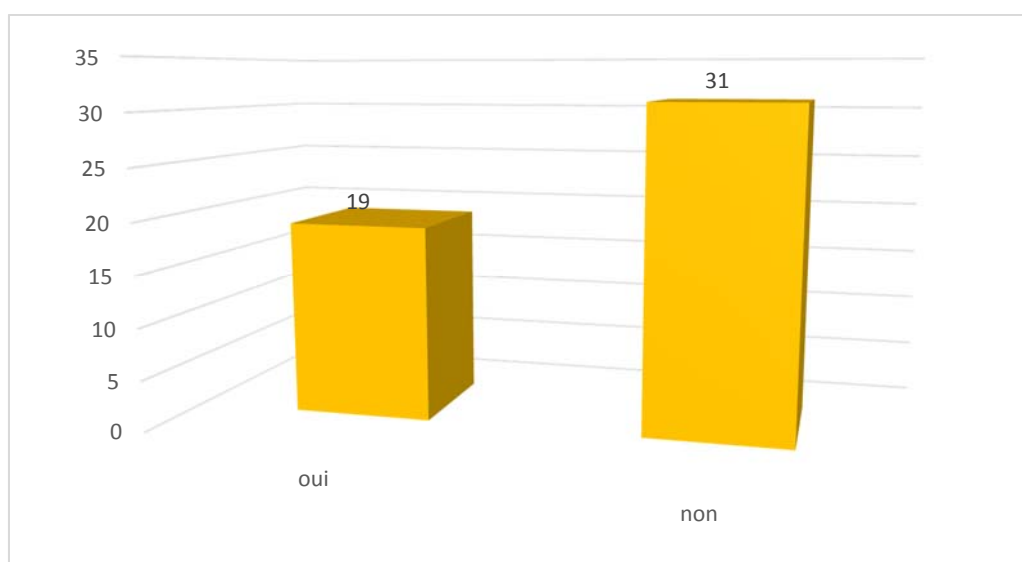


Figure 72 : Répartition des patients selon EDM avec caractéristiques mélancoliques Actuelle

Témoins :Aucun cas rapporté.

- **Dysthymie Actuelle (2 dernières années)**

Cas

5 (10%) avaient une dysthymie actuelle.

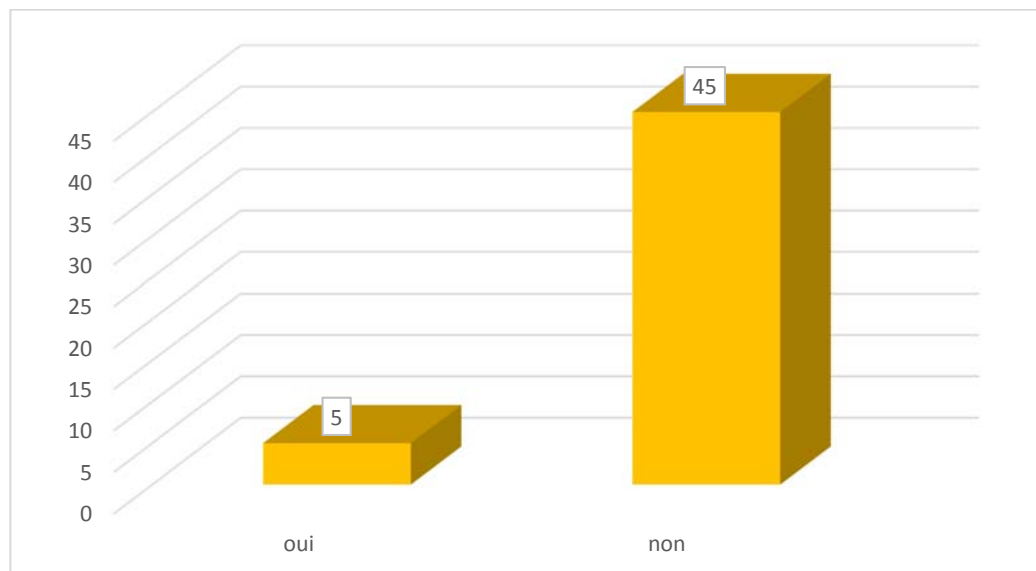


Figure 73 : Répartition des patients selon la dysthymie actuelle

Témoins : Aucun Cas rapporté.

• Risque suicidaire Actuelle (mois écoulé)**Cas**

34 (68%)des patients avaient un risque suicidaire actuel,27 (56.3%) patients avaient un risque léger ,5(10.4%) avaient un risque moyen 3 (6.3%) avaient un risque élevé.

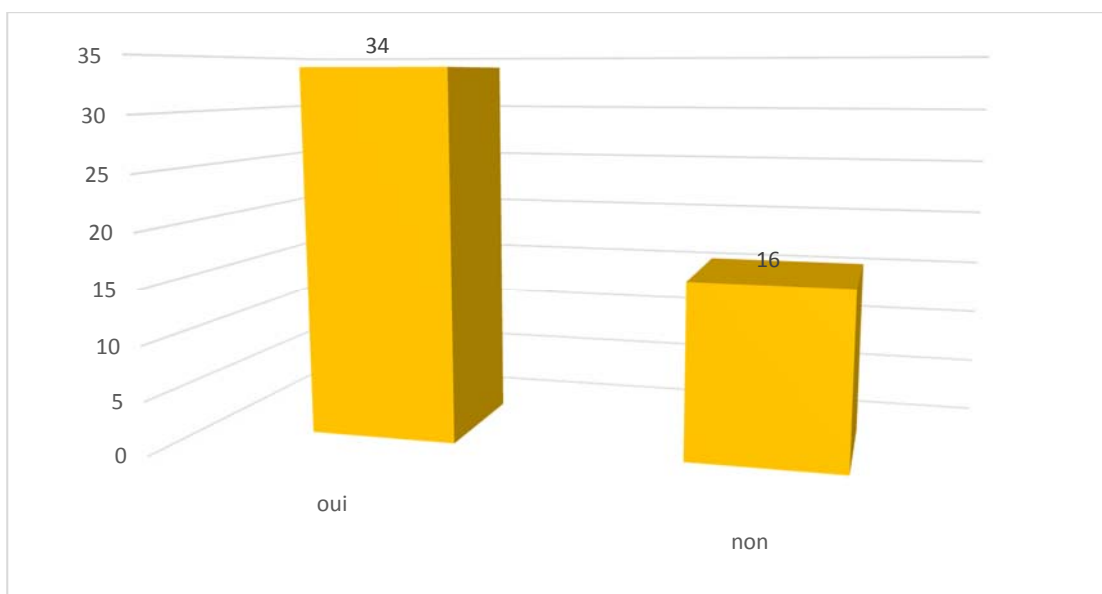


Figure74 : Répartition des patients selon le risque suicidaire

Témoins :Aucun cas rapporté.

• EPISODE (HYPO-) MANIAQUE Actuelle + Vie entière**Cas**

Episode hypomaniaque : 20(40%) des patients avaient un épisode hypomaniaque dont 17 (35.4%) un épisode actuel .

Episode Maniaque : 31(62%) des patients avaient un épisode maniaque dont 13(27.7%) un épisode actuel.

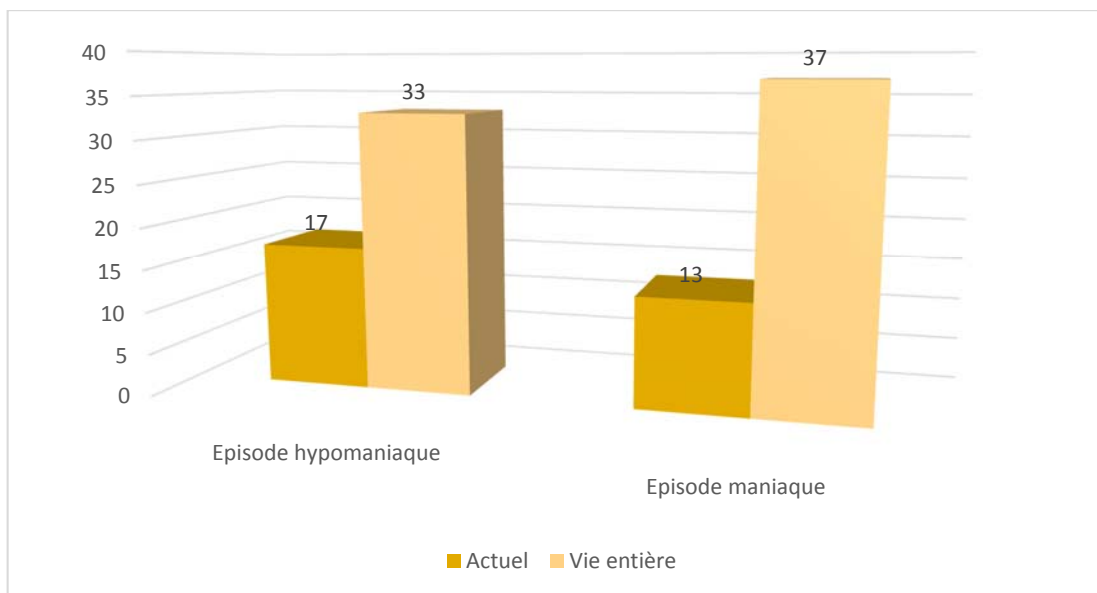


Figure75 : Répartition des patients selon l'épisode (HYPO-) MANIAQUE Actuelle + Vie entière

Témoins :aucun Cas rapporté

• Trouble panique**Cas**

42(54%) patients avaient un trouble panique ,dont 17(34.7%) un trouble panique vie entière , 24(49%)un trouble panique actuel , 1(2%) seul patient avait des attaques paucisymptomatiques vie entière.

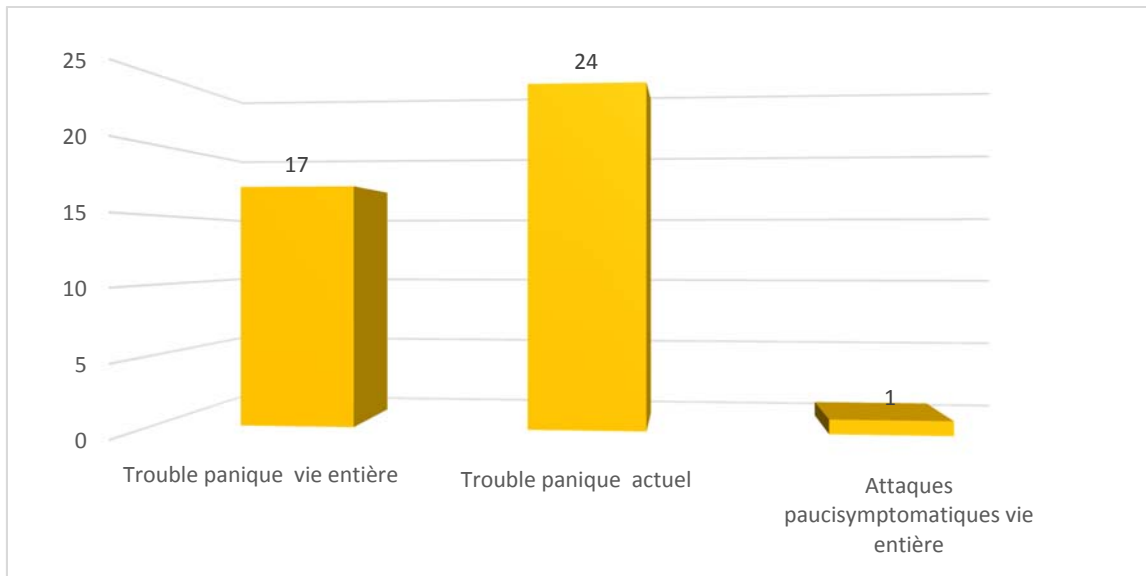


Figure 76: Répartition des patients selon TROUBLE PANIQUE Vie entière + Actuelle (mois écoulé)

Témoins : un seul Cas de Trouble panique rapporté.

•Agoraphobie Vie entière + Actuelle (mois écoulé)**Cas**

36(72%) des patients avaient une agoraphobie dont 22(41.5%) avaient une agoraphobie actuelle.

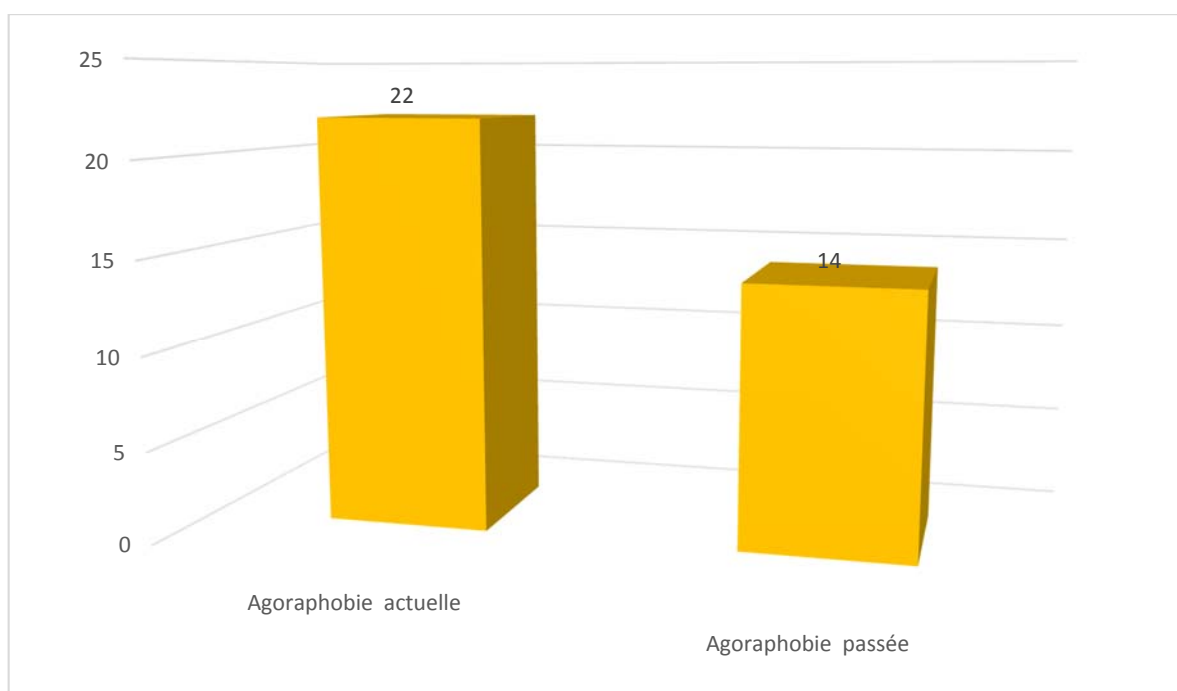


Figure77 : Répartition des patients selon Agoraphobie Vie entière + Actuelle

Trouble panique sans agoraphobie actuelle

16 (32%)des patients étaient concernés.

Trouble panique avec agoraphobie actuelle

28(56%) des patients étaient concernés.

Agoraphobie sans Trouble panique actuel.

8 (16%) des patients étaient concernés.

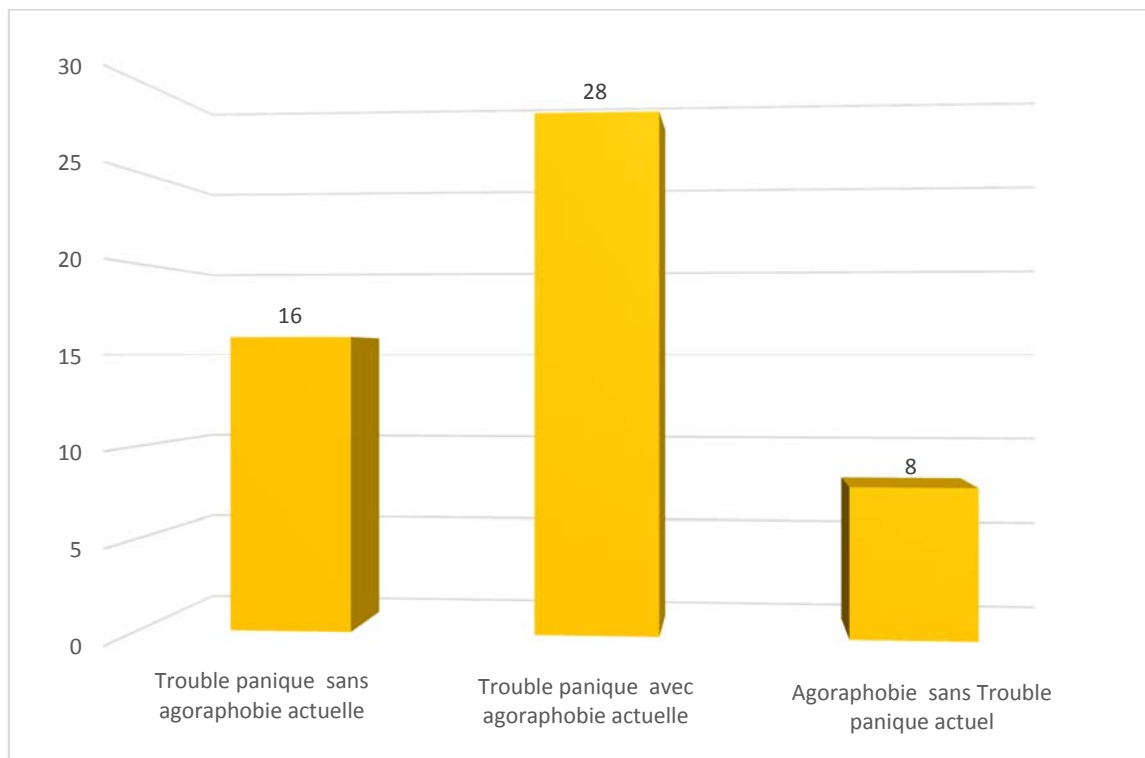


Figure78 : Répartition des patients selon le Trouble panique avec ou sans Agoraphobie

Témoins : 2 Cas d'agoraphobie rapportés.

- **Phobie sociale Vie entière + Actuelle (mois écoulé)**

Cas

23 (56%) des patients avaient une phobie sociale dont 8 (17.4%) une phobie sociale actuelle.

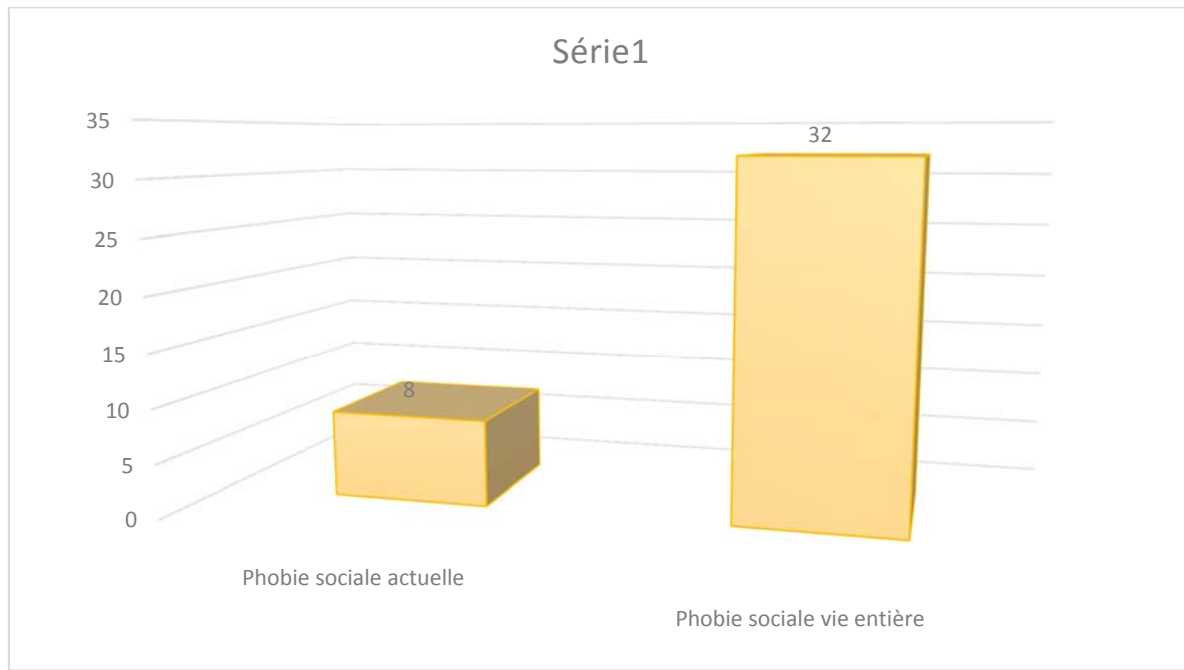


Figure79 : Répartition des patients selon la phobie sociale

Témoins : Aucun Cas rapporté.

• Trouble obsessionnel compulsif Vie entière + Actuelle (mois écoulé)**Cas**

30 (60%) patients avaient un TOC dont 13 (26%) un TOC actuel.

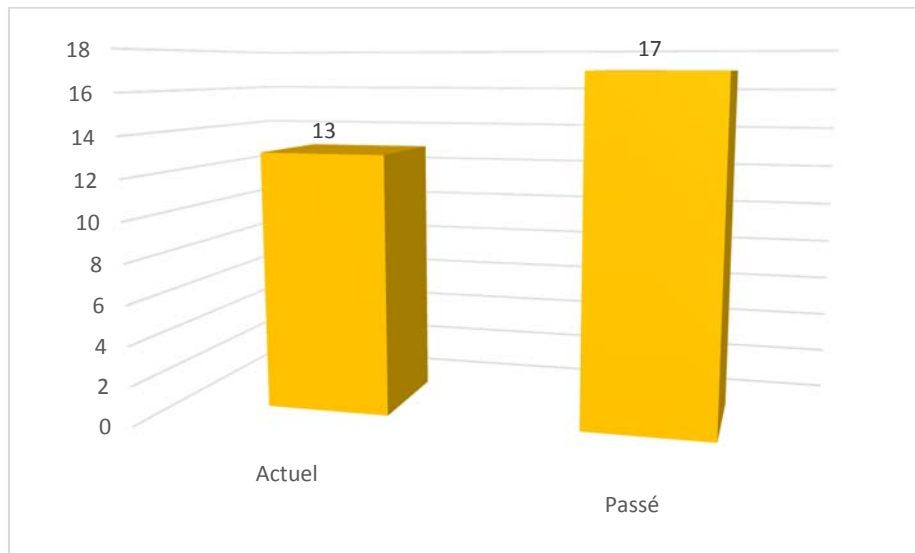


Figure 80: Répartition des patients selon le Toc

Témoins :

un seul Témoin avait un Toc actuel.

• Etat de stress post-traumatique Vie entière + Actuelle (mois écoulé) Optionnel**Cas**

17 (34%) des patients avaient un ESPT dont 2(4%) un ESPT actuel..

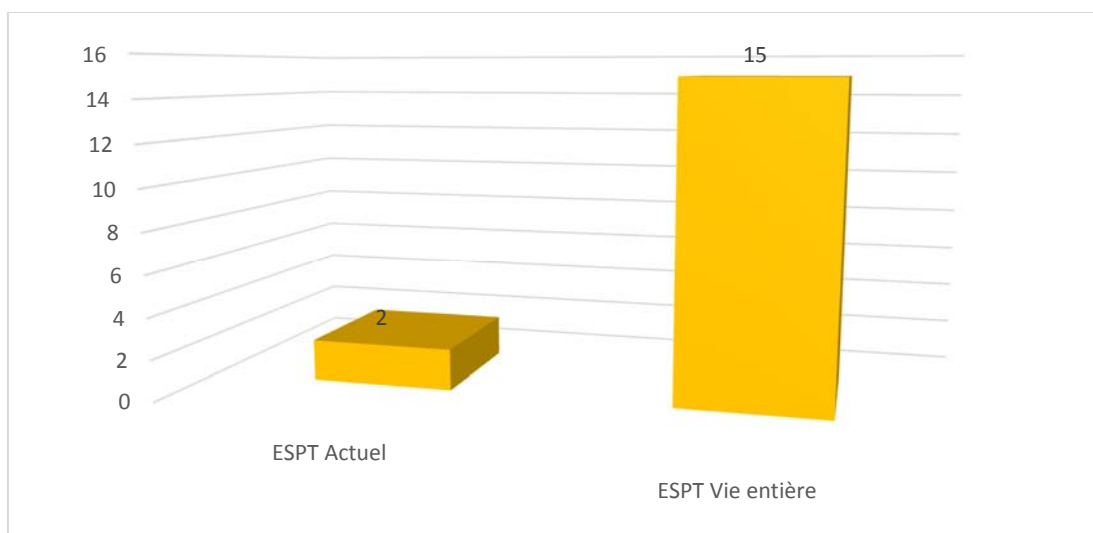


Figure 81: Répartition des patients selon ESPT Vie entière + Actuelle (mois écoulé)

Témoins : Aucun Cas rapporté.

•ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS) Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)**Cas**

13 Patients avaient une dépendance à l'alcool dont 4 (8%) avaient une dépendance actuelle, et un seul patient avait un abus actuel d'alcool .

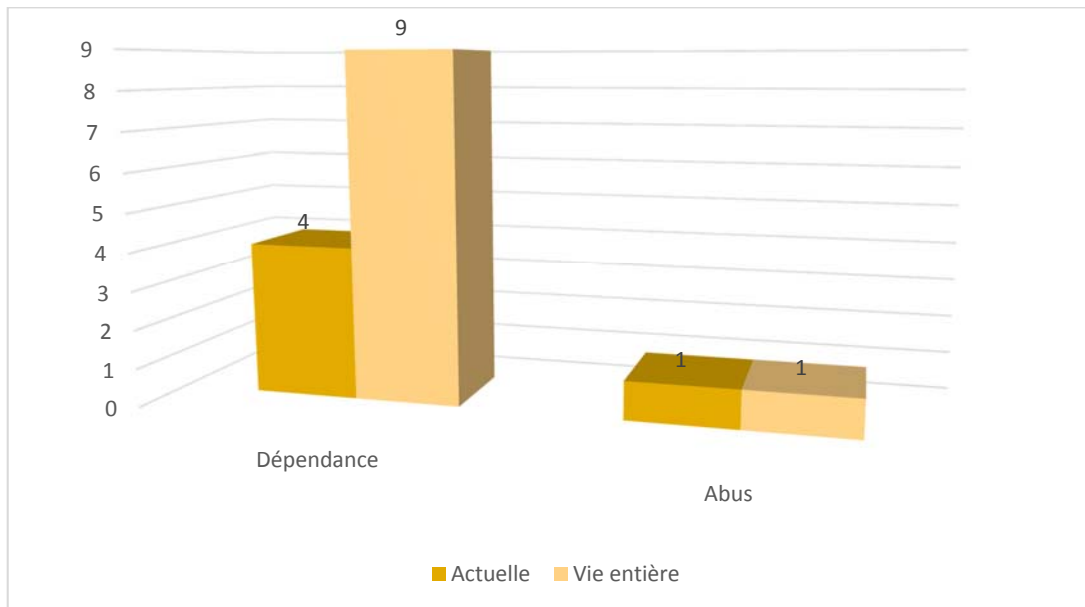


Figure82 : Répartition des patients selon (DEPENDANCE /ABUS) Vie entière + Actuelle d'ALCOOL.

Témoins Aucun cas n' a été rapporté.

• DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)

Cas

4(8%) des patients avaient une dépendance aux opiacés , un seul patient avait un abus,7(14%) des patients une dépendance à la cocaïne ,1 seul un abus de cocaïne,16 (32%) des patients une dépendance au cannabis alors que un seul avait un abus.5 (10%) des patients une dépendance aux sédatifs un seul avait un abus.10(20%) des patients une dépendance aux stimulants 6 (12%) des patients une dépendance aux hallucinogènes sans notion d'abus.2(4%) des patients avaient une dépendance pour les solvants.

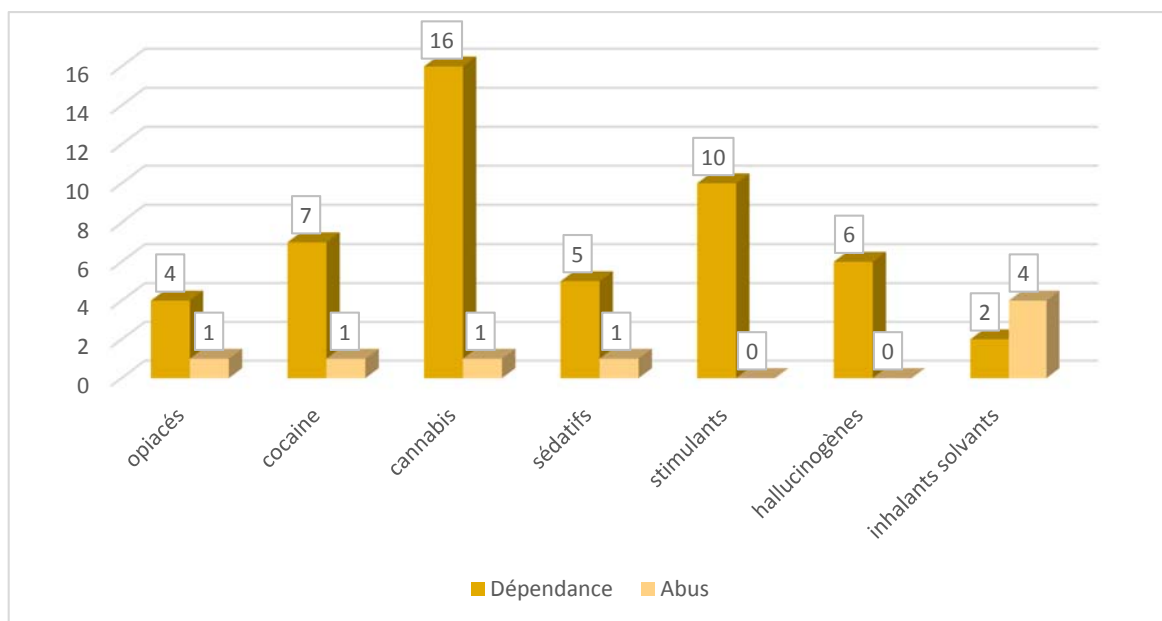


Figure83 :Répartition des patients selon la dépendance aux drogues

Témoins : Aucun cas de dépendance rapporté chez les témoins.

• Troubles liés au Tabac (Dépendance Actuelle/Passée)**Cas**

31 (62%) des patients avaient un Trouble lié au Tabac dont 25 une dépendance actuelle .

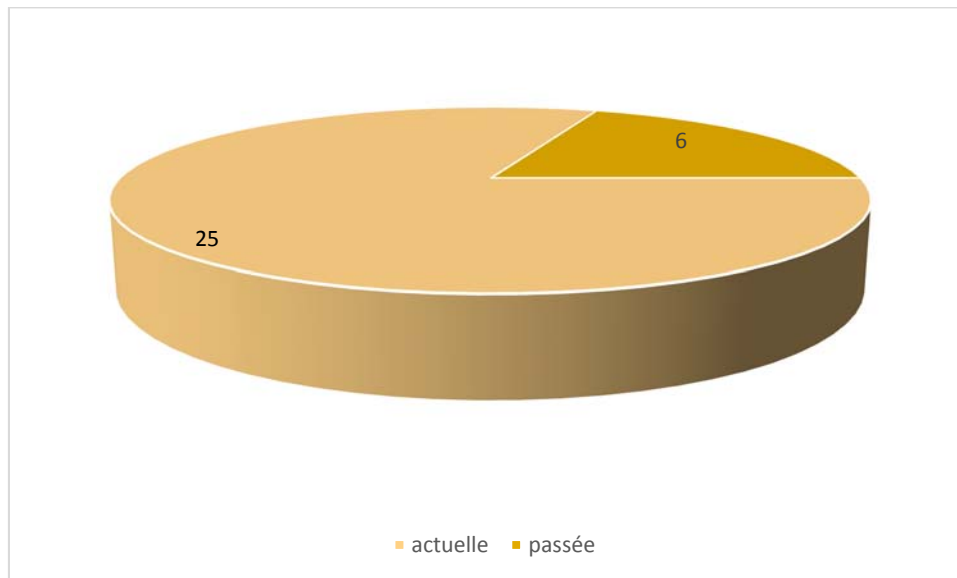


Figure 84: Répartition des patients selon la dépendance actuelle /passée au Tabac

Témoins

Aucune dépendance n'a été rapportée chez les témoins.

• Troubles liés aux JEUX D'ARGENT ET DE HASARD**Cas**

9(18%) de nos patients avaient une dépendance au jeu ,un seul patient 1(2%) avaient une dépendance actuelle et 8 (16%) patients une dépendance passée. Aucun cas de joueur pathologique n'a été reporté.

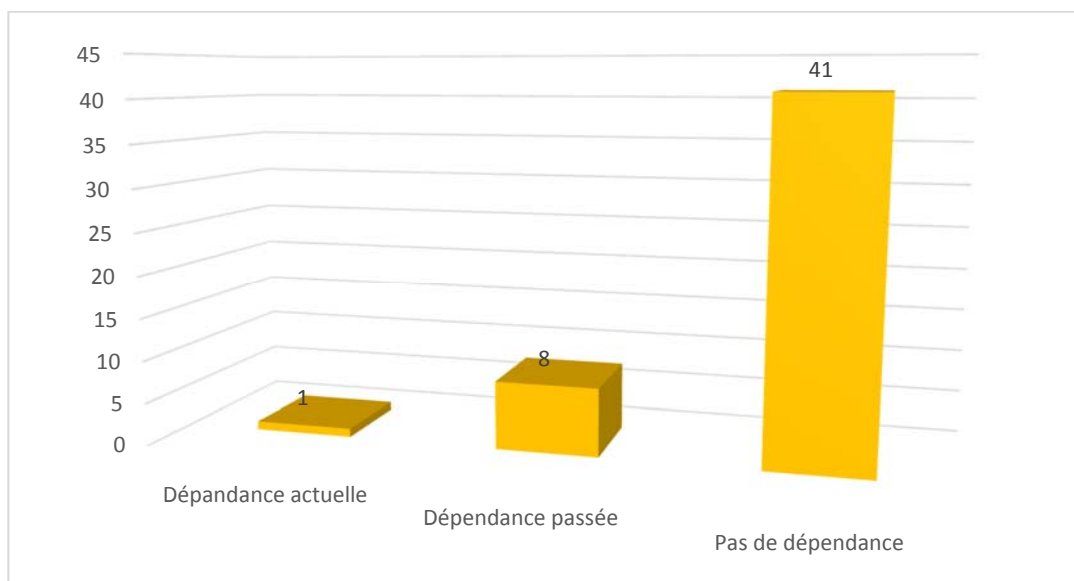


Figure 85: Répartition des patients selon la dépendance aux jeux d'argent et de hasard.

Témoins : Aucune dépendance Jeux d'argent et de hasard n'a été rapporté.

•Jeux VIDEO Vie entière + Actuelle (12 derniers mois)**Cas****Dépendance au jeu vidéo (DSM-IV)**

Parmi nos 50 patients,7(14%) avaient une dépendance pour les jeux vidéo,dont 2 (4%)une dépendance actuelle et 5(10%) une dépendance vie entière.

Dépendance au jeu vidéo (TEJEIRO)

Aucun cas n'a été reporté.

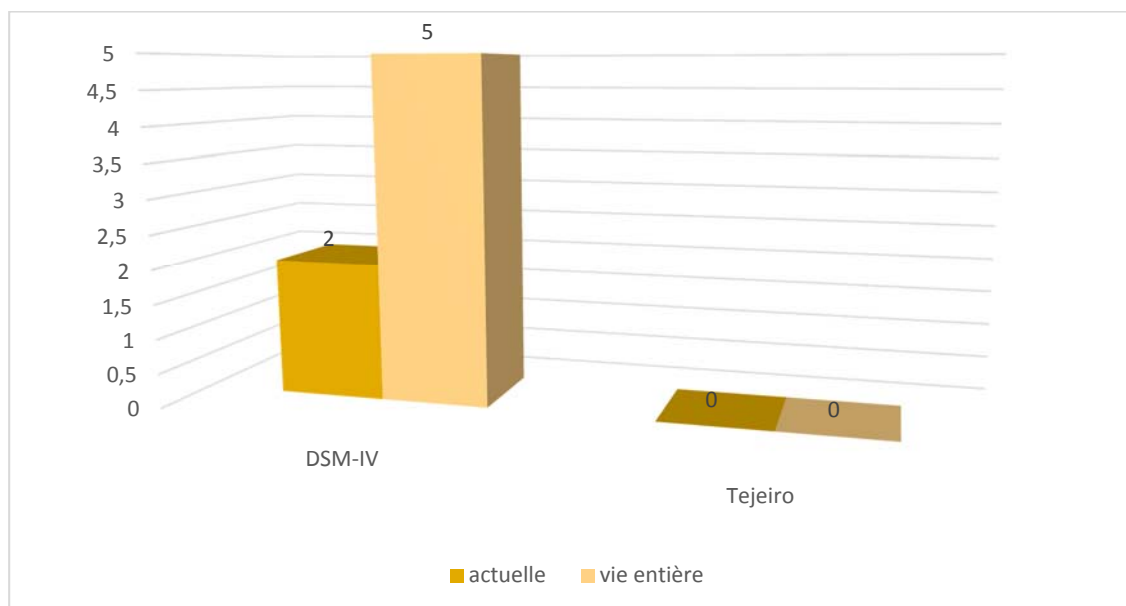


Figure86 : Répartition des patients selon la dépendance au jeu vidéo

Témoins

Aucun cas de dépendance aux jeux n'a été rapporté chez les témoins.

• Troubles psychotiques Vie entière + Actuelle (mois écoulé)**Cas**

21 (42%) des patients avaient des Troubles psychotiques, dont 10(20%) avaient un Trouble actuel, 18 (36%) patients avaient des troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques dont 6 (12%) sont actuels.

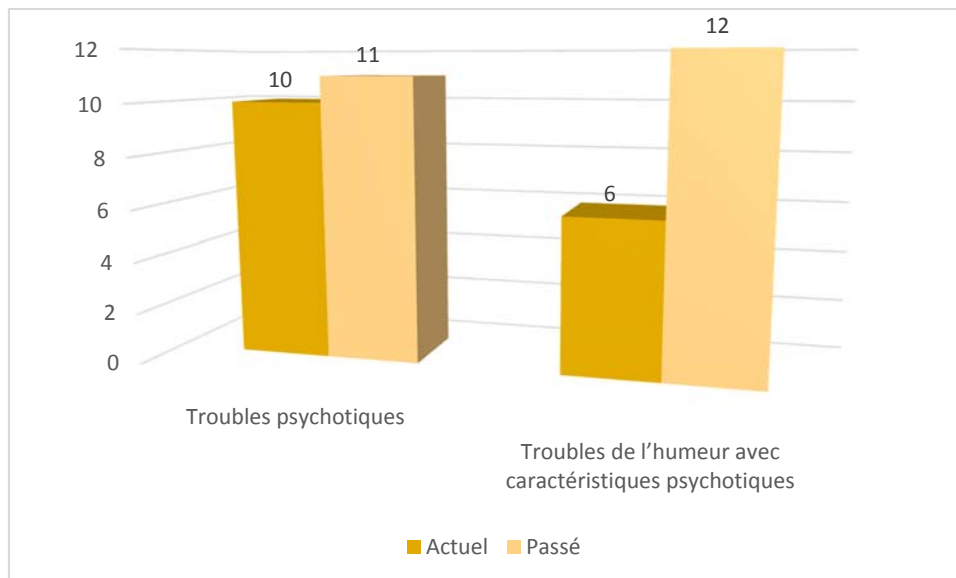


Figure 87: Répartition des patients selon les troubles psychotiques

Témoins

Aucun cas de Troubles psychotiques ou troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques n'a été rapporté.

•Anorexie mentale Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)**Cas**

26 (52%) des patients avaient une anorexie mentale dont 10(20%) une anorexie mentale actuelle.

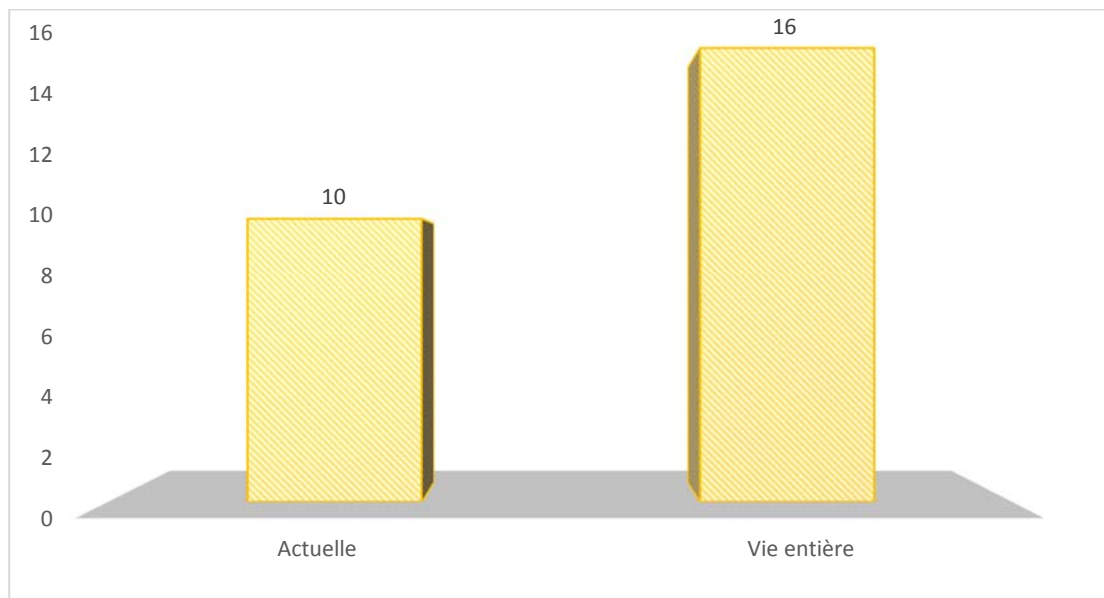


Figure 88: Répartition des patients selon l'anorexie mentale

Témoins

Aucun cas rapporté.

- **BOULIMIE Vie entière + Actuelle (3 derniers mois)**

Cas

On a noté 16 (32%) cas de boulimie dont 2(4%) avaient une boulimie actuelle. Aucun cas d'anorexie mentale Binge-Eating/purge Type.

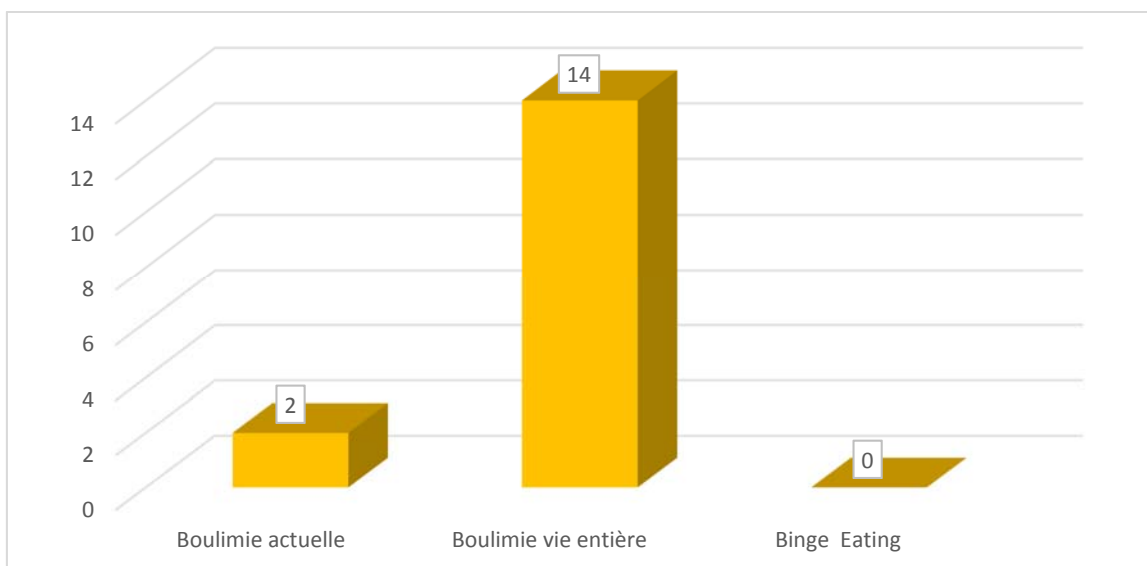


Figure89 : Répartition des patients selon la boulimie

Témoins

Aucun cas

- **Anxiété généralisée Vie entière + Actuelle (6 derniers mois)**

Cas

33(66%) cas d'anxiété généralisée dont 13 (26%) avaient une anxiété généralisée actuelle.

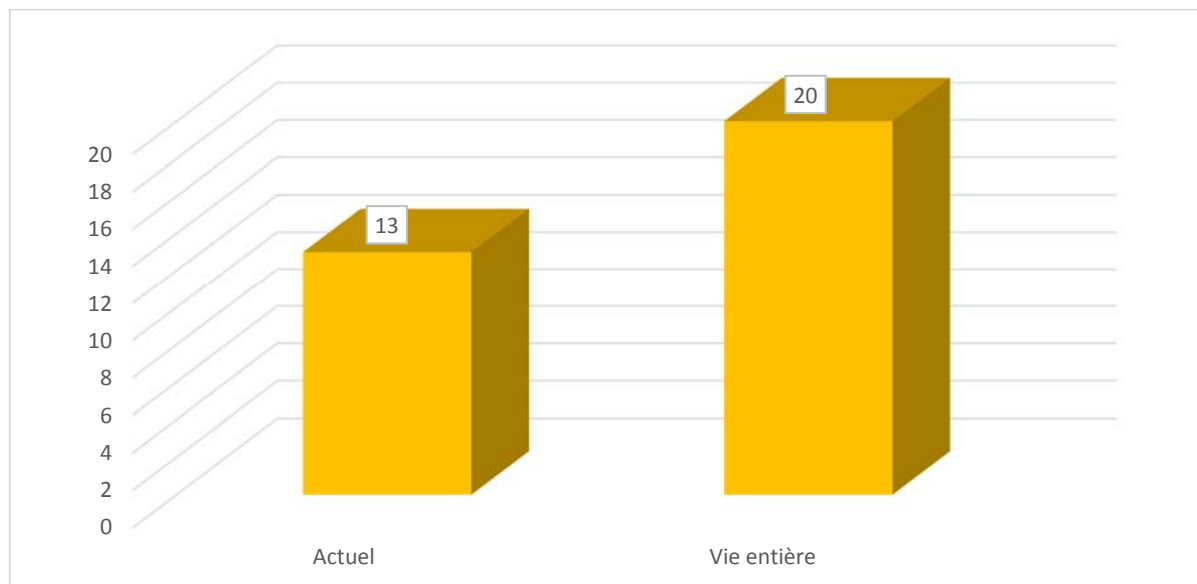


Figure90 : Répartition des patients selon le trouble anxiété généralisée

Témoins

Aucun cas.

- **Trouble de la personnalité antisociale Vie entière**

Cas

7(14%) cas de trouble de la personnalité antisociale vie entière.

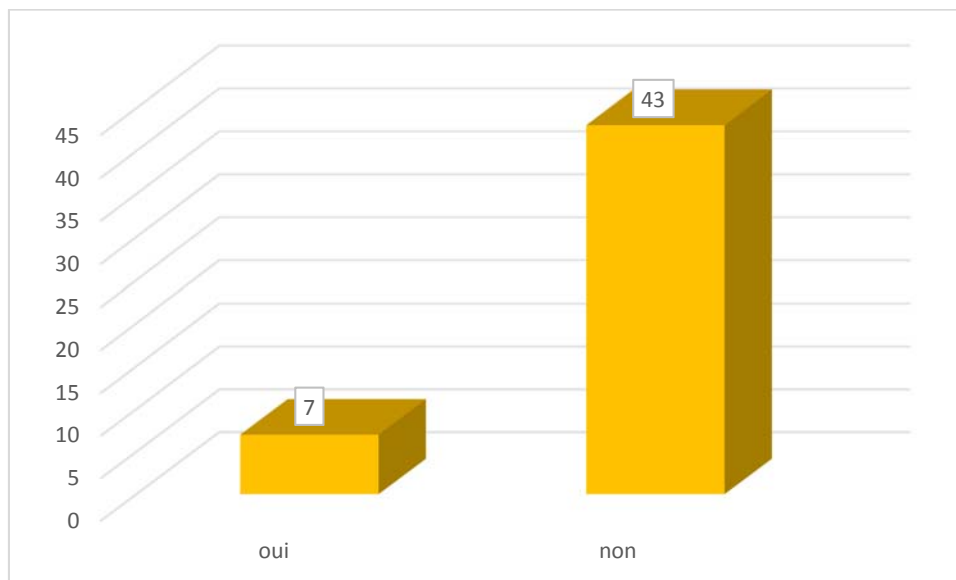


Figure91 : Répartition des patients selon le Trouble personnalité antisociale vie entière

Témoins Aucun cas.

B. Étude analytique

– On a réalisé une étude univariée afin de déterminer une association entre :

- La forme clinique du trouble bipolaire et : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.

- L'âge de début de la maladie bipolaire et : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.

- La sévérité du trouble bipolaire et : les facteurs périnataux, les facteurs développementaux, les facteurs de socialisation et comportementaux, les scores de l'échelle LCE.

1. Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les paramètres étudiés

1.1. Facteurs périnataux

Il n'y a pas de corrélation significative entre la forme clinique du trouble bipolaire et les paramètres des facteurs périnataux .

Tableau1 : corrélation entre la forme clinique du trouble et les facteurs périnataux

| Variables étudiées | Trouble bipolaire | | P |
|---|----------------------|-----------------------|-------|
| | Type I | Type II | |
| Âge de la mère à la grossesse (années) | 27.542 (+/-5.158) | 26.038 (+/-4,6945) | 0,286 |
| Désir de grossesse : | | | |
| Oui | 19(38%) | 16(32%) | 0.278 |
| Non | 5(10%) | 9(18%) | |
| Pathologie maternelle durant la grossesse | | | |
| Oui | 7(14%) | 6(12%) | 0.751 |
| Non | 17(34%) | 20(40%) | |
| Carences nutritionnelles durant la grossesse | | | |
| Oui | 5(10%) | 3(6%) | 0.456 |
| Non | 19(38%) | 23(46%) | |
| Consommation de médicaments durant la grossesse | | | |
| Oui | 4(8%) | 5(10%) | 0.182 |
| Non | 20(40%) | 21(42%) | |
| Consommation de substances | | | |
| Oui | 3 | 1 | 0.340 |
| Non | 21 | 25 | |
| Saison de naissance : | | | |
| Automne | 9(18%) | 4(8%) | 0.289 |
| Hiver | 6(12%) | 8(16%) | |
| Printemps | 5(10%) | 10(20%) | |
| Eté | 4(8%) | 4(8%) | |
| Milieu de naissance : | | | |
| Urbain | 14(28%) | 15(30%) | 1.000 |
| Rural | 10(20%) | 11(22%) | |
| Sérologie rubéole durant grossesse | | | |
| Oui | 0 | 0 | - |
| Non | 0 | 0 | |
| Grossesse menée à terme | | | |
| Oui | 21(42%) | 25(50%) | 0.340 |
| Non | 3(6%) | 1(2%) | |
| Déroulement normal de l'accouchement | | | |
| Oui | 19(38%) | 21(42%) | 1.000 |
| Non | 5(10%) | 5(10%) | |
| Mode d'accouchement : | | | |
| Voie haute | 2(4%) | 4(8%) | 0.669 |
| Voie basse | 22(44%) | 22(44%) | |
| Poids de naissance (en kg) | 2,783 (+/-0,5654) | 2,673 (+/-0,5943) | 0,506 |
| Réanimation néonatale /Séjour en incubateur | | | |
| Oui | 0 | 0 | - |
| Non | 0 | 0 | |

1.2. Facteurs développementaux**1.2.1. Développement moteur**

Il n'y a pas de corrélation significative entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs de développement moteur (tableau 2).

Tableau 2 : Corrélation entre la forme clinique du trouble bipolaire et les facteurs de développement moteur

| Variables étudiées | Forme clinique du Trouble bipolaire | | p |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|--------|
| | Type I | Type II | |
| Âge de tenue de la tête (en mois) | 5.417 +/- (0,7755) | 5.269 +/- (0.7243) | 0.49 |
| Âge de la position assise (en mois) | 8.417 +/- (0,8297) | 8.077 +/- (1,0168) | 0.204 |
| Âge de la marche (en mois) | 13,917 +/- (2,2634) | 13,385 +/- (1,9407) | 0.3376 |
| Énurésie : | | | |
| Oui | 8(16%) | 6(12%) | 0.533 |
| Non | 16(32%) | 20(40%) | |
| Encoprésie : | | | |
| Oui | 1(2%) | 0 | 0.480 |
| Non | 23(46%) | 26(52%) | |

1.2.2. Troubles du langage

On a trouvé une association significative entre la forme clinique et l'âge du 1^{er} mot ($p=0.003$), ainsi que la forme clinique et l'âge de la 1^{ère} phrase ($p=0.008$).

Tableau 3 : Corrélacion entre la forme clinique du Trouble et les troubles de langage

| Variables étudiées | Forme clinique du Trouble bipolaire | | p |
|--|-------------------------------------|-------------------|--------------|
| | Type I | Type II | |
| Âge du 1 ^{er} mot | 11,250 +/- (1.847) | 9.577 +/- (1.901) | <u>0.003</u> |
| Âge de la 1 ^{ère} phrase (en mois) | 17.875 +/- (3.698) | 15 +/- (3.6) | <u>0.008</u> |
| Difficultés à prononcer des mots : | | | |
| Oui | 0 | 2(4%) | 0.491 |
| Non | 24(48%) | 24(48%) | |
| Manque de vocabulaire : | | | |
| Oui | 0 | 1(2%) | 1.000 |
| Non | 24(48%) | 25(50%) | |
| Difficulté à poursuivre une discussion normale : | | | |
| Oui | 0 | 2(4%) | 0.491 |
| Non | 24(48%) | 24(48%) | |
| Bégaiement : | | | |
| Oui | 0 | 1(2%) | 1.000 |
| Non | 24(48%) | 25(50%) | |

1.2.3 Développement cognitif

Il y a une association significative entre la forme clinique et le rendement scolaire ($p=0.003$).

Tableau 4 : corrélation entre la forme clinique du trouble et les facteurs de développement cognitif

| Variables étudiées | Forme clinique du Trouble bipolaire | | p |
|-------------------------|-------------------------------------|---------|--------------|
| | Type I | Type II | |
| Scolarisation : | | | |
| Oui | 22(44%) | 26(52%) | 0.225 |
| Non | 2(4%) | 0 | |
| Rendement scolaire : | | | |
| Mauvais | 4(8%) | 0 | <u>0.003</u> |
| Moyen | 19(38%) | 17(34%) | |
| Bon | 1(2%) | 9(18%) | |
| A redoublé une classe : | | | |
| Oui | 9(18%) | 8(16%) | 0.767 |
| Non | 15(30%) | 18(36%) | |

1.3 Facteurs d'adaptation sociale et comportementale

1.3.1. Socialisation

Aucune association significative entre la forme clinique et les facteurs d'adaptation sociale.

Tableau 5 : Corrélations entre la forme clinique du trouble et les facteurs d'adaptation sociale

| Variables étudiées | forme clinique du trouble | | P |
|---|---------------------------|---------|-------|
| | Type I | Type II | |
| Était timide : | | | |
| Oui | 13(26%) | 17(34%) | 0.565 |
| Non | 11(22%) | 9(18%) | |
| Trop sage | | | |
| Oui | 17(34%) | 18(36%) | 1.000 |
| Non | 7(14%) | 8(16%) | |
| Manque de confiance : | | | |
| Oui | 9(18%) | 12(24%) | 0.578 |
| Non | 15(30%) | 14(28%) | |
| Tendance à être rejeté par les autres : | | | |
| Oui | 0 | 1(2%) | 1.000 |
| Non | 24(48%) | 25(50%) | |
| Préférence aux jeux solitaires : | | | |
| Oui | 5(10%) | 3(6%) | 0.456 |
| Non | 19(38%) | 23(46%) | |
| Replié sur lui-même : | | | |
| Oui | 5(10%) | 6(12%) | 1.000 |
| Non | 19(38%) | 20(40%) | |
| Malheureux, triste : | | | |
| Oui | 6(12%) | 12(24%) | 0.149 |
| Non | 18(36%) | 14(28%) | |
| Peu actif : | | | |
| Oui | 4(8%) | 7(14%) | 0.501 |
| Non | 20(40%) | 19(38%) | |
| Pleure souvent : | | | |
| Oui | 16(32%) | 17(34%) | 1.000 |
| Non | 8(16%) | 9(18%) | |
| Tentatives de suicide : | | | |
| Oui | 6(12%) | 4(8%) | 0.490 |
| Non | 18(36%) | 22(44%) | |
| Troubles du sommeil : | | | |
| Oui | 13(26%) | 7(14%) | 0.082 |
| Non | 11(22%) | 19(38%) | |
| S'inquiète : | | | |
| Oui | 15(30%) | 14(28%) | 0.578 |
| Non | 9(18%) | 12(24%) | |
| Se ronge les ongles : | | | |
| Oui | 5(10%) | 7(14%) | 0.745 |
| Non | 19(38%) | 19(38%) | |
| Nerveux, tendu : | | | |
| Oui | 16(32%) | 16(32%) | 0.774 |
| Non | 8(16%) | 10(20%) | |
| Sensibilité élevée au stress : | | | |
| Oui | 19(38%) | 19(38%) | 0.745 |
| Non | 5(10%) | 7(14%) | |
| Anticipation accrue d'une menace : | | | |
| Oui | 13(26%) | 19(38%) | 0.239 |
| Non | 11(22%) | 7(14%) | |
| Perturbation de l'image corporelle de soi : | | | |
| Oui | 9(18%) | 10(20%) | 1.000 |
| Non | 15(30%) | 16(32%) | |

1.3.2. Troubles du comportement

On a noté une association significative entre la forme clinique du trouble et la colère ($p=0.009$), l'irritabilité ($p=0.000$), l'agressivité ($p=0.005$) ainsi que la tendance à fuguer ($p=0.008$).

Tableau 6 : Corrélacion entre la forme clinique du trouble et les facteurs d'adaptation comportementale

| Variables étudiées | Forme clinique du trouble | | P |
|--|---------------------------|---------|-------|
| | Type I | Type II | |
| Se dispute souvent : | | | |
| Oui | 8(16%) | 7(14%) | 0.760 |
| Non | 16(32%) | 19(38%) | |
| Détruit des affaires personnels ou des autres : | | | |
| Oui | 10(20%) | 4(8%) | 0.059 |
| Non | 14(28%) | 22(44%) | |
| Trouble oppositionnel avec provocation : | | | |
| Oui | 12(24%) | 14(28%) | 1.000 |
| non | 12(24%) | 12(24%) | |
| Désobéissant à la maison : | | | |
| Oui | 14(28%) | 12(24%) | 0.413 |
| Non | 10(20%) | 14(28%) | |
| Désobéissant à l'école : | | | |
| Oui | 11(22%) | 10(20%) | 0.775 |
| Non | 13(26%) | 16(32%) | |
| Enfreint les règles : | | | |
| Oui | 12(24%) | 10(20%) | 0.569 |
| Non | 12(24%) | 16(32%) | |
| Troubles alimentaires : | | | |
| Oui | 8(16%) | 10(20%) | 0.774 |
| Non | 16(32%) | 16(32%) | |
| Signes de conversion : | | | |
| Oui | 4(8%) | 7(14%) | 0.501 |
| Non | 20(40%) | 19(38%) | |
| Tendance à avoir des accidents, à se faire mal : | | | |
| Oui | 9(18%) | 7(14%) | 0.547 |
| Non | 15(30%) | 19(38%) | |
| Se bagarre souvent : | | | |
| Oui | 6(12%) | 2(4%) | 0.132 |
| Non | 18(36%) | 24(48%) | |

| | | | |
|---|---------|---------|--------------|
| A de mauvaises fréquentations : | | | |
| Oui | 12(24%) | 7(14%) | 0.145 |
| Non | 12(24%) | 19(38%) | |
| Ment, triche : | | | |
| Oui | 13(26%) | 15(30%) | 1.000 |
| Non | 11(22%) | 11(22%) | |
| Frappe ou agresse physiquement les autres : | | | |
| Oui | 7(14%) | 8(16%) | 1.000 |
| Non | 17(34%) | 18(36%) | |
| Fugue de la maison : | | | |
| Oui | 14(28%) | 5(10%) | 0.008 |
| Non | 10(20%) | 12(24%) | |
| Fume du tabac : | | | |
| Oui | 13(26%) | 8(16%) | 0.151 |
| Non | 11(22%) | 18(36%) | |
| Se drogue : | | | |
| Oui | 3(6%) | 0 | 0.103 |
| Non | 21(42%) | 26(52%) | |
| Irritable : | | 10(20%) | |
| Oui | 22(44%) | 16(32%) | 0.000 |
| Non | 2(4%) | | |
| Coléreux : | | | |
| oui | 19(38%) | 10(20%) | 0.009 |
| non | 5(10%) | 16(32%) | |
| Agressif : | | | |
| oui | 15(30%) | 6(12%) | 0.005 |
| non | 9(18%) | 20(40%) | |
| Distractible : | | | |
| oui | 16(32%) | 10(20%) | 0.055 |
| non | 8(16%) | 16(32%) | |
| Hyperactif : | | | |
| oui | 17(34%) | 14(28%) | 0.255 |
| non | 7(14%) | 12(24%) | |
| Emotionnellement labile : | | | |
| oui | 22(44%) | 18(36%) | 0.077 |
| non | 2(4%) | 8(16%) | |
| Impulsif | | | |
| :oui | 14(28%) | 17(34%) | 0.772 |
| Non | 10(20%) | 9(18%) | |

1.4 Liste de comportement pour enfants

Il n'y a pas de corrélation significative entre les paramètres (Tableau 8)

Tableau 7 : Corrélation entre la forme clinique du trouble et l'échelle comportementale

| Variables étudiées | Forme clinique | | P |
|--------------------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| | Type I | Type II | |
| Score : -Troubles du comportement | 60.917+/- (13.38) | 60.038+/- (14.55) | 0.490 |

2. Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les paramètres

2.1 Facteurs périnataux

Il y a une corrélation significative entre l'âge de début et l'âge de la mère à la grossesse

($p=0.028$), ainsi que l'âge de début de la maladie et le poids de naissance ($p=0.025$).

Tableau 8 : Corrélation entre l'âge de début de la maladie et les facteurs périnataux

| Variables étudiées | Âge de début | P |
|--|--------------------|--------------|
| Âge de la mère à la grossesse (années) | - | 0.028 |
| Désir de grossesse : | | |
| Oui | 20.4+/- (3.273) | 0.866 |
| Non | 19 - | |
| Pathologie maternelle durant la grossesse | | |
| Oui | 19.846+/- (2.075) | 0.448 |
| Non | 20.622+/- 3.426 | |
| Carences nutritionnelles durant la grossesse | | |
| Oui | 19,375+/- (2,1998) | 0.308 |
| Non | 20,619+/- (3,2606) | |

| | | |
|---|-------------------|---------------------|
| Consommation de médicaments durant la grossesse | | |
| Oui | 19,40+/- (1,6733) | 0.439 |
| Non | 20,568+/- 3.273 | |
| Consommation de substances | | |
| Oui | 19,000+/(1,6330) | 0.349 |
| Non | 20,54+/- (3.209) | |
| Saison de naissance : | | |
| Automne | 19.4+/-1,253 | 0.311 |
| Hiver | 19.61+/-1.034 | |
| Printemps | 2056+/-1.211 | |
| Eté | 20.700+/-1.041 | |
| Milieu de naissance : | | |
| Urbain | 20.448+/-3.279 | 0.941 |
| Rural | 20.381+/-2.991 | |
| Sérologie rubéole durant grossesse | | |
| Oui | 0 | - |
| Non | 20.42+/- (3.130) | |
| Grossesse menée à terme | | |
| Oui | 20.326+/-3.148 | 0.478 |
| Non | 21.5+/-3.109 | |
| Déroulement normal de l'accouchement | | |
| Oui | 20.350+/-3.093 | 0.755 |
| Non | 20.700+/-3.433 | |
| Mode d'accouchement : | | |
| Voie haute | 20.182(+/-3.082) | 0.147 |
| Voie basse | 22.167(+/-3.188) | |
| Poids de naissance (en kg) | | <u>0.025</u> |
| Réanimation néonatale /Séjour en incubateur | | |
| Oui | 0 | - |
| Non | 20.42+/-3.130 | |

2.2 Facteurs développementaux

2.2.1 Développement moteur

Aucune corrélation significative entre l'âge de début et les facteurs de développement moteur.

Tableau 9: Corrélacion entre l'âge de début du trouble et les facteurs de développement moteur

| Variables étudiées | Âge de début | p |
|-------------------------------------|-----------------|-------|
| Âge de tenue de la tête (en mois) | - | 0.758 |
| Âge de la position assise (en mois) | - | 0.736 |
| Âge de la marche (en mois) | - | 0.992 |
| Énurésie : | | 0.852 |
| Oui | 20.286+ /3,6040 | |
| Non | 20.472+ /2,9808 | |
| Encoprésie : | | 0.252 |
| Oui | 24,00 - | |
| Non | 20,347+ /3,1195 | |

1.2.2. Troubles du langage

Aucune corrélation n'a été significative.

Tableau 10: Corrélacion entre l'âge de début du trouble et les troubles de langage

| Variables étudiées | Âge de début | p |
|--|-----------------|-------|
| Âge du 1er mot | - | 0.758 |
| Âge de la 1ère phrase (en mois) | - | 0.109 |
| Manque de vocabulaire : | | 0.894 |
| Oui | 20.00 - | |
| Non | 20.429+ /-3.162 | |
| Difficultés à prononcer des mots : | | 0.518 |
| Oui | 19.00+ /-1.414 | |
| Non | 20.479+ /-3.175 | |
| Difficulté à poursuivre une discussion normale : | | 0.518 |
| Oui | 19.00+ /-1.414 | |
| Non | 20.479+ /-3.175 | |
| Bégaiement : | | 0.894 |
| Oui | 20.00 - | |
| Non | 20.429+ /-3.162 | |

1.2.2. Développement cognitif

Aucune association significative n'a été retrouvée .(Tableau 8)

Tableau 11 : corrélation entre l'âge de début du trouble et les facteurs de développement cognitif

| Variables étudiées | Âge de début | P |
|-------------------------|--------------------|-------|
| Scolarisation : | | |
| Oui | 20.00(+/- 2.331) | 0.641 |
| Non | 20.42 (+/- 1.414) | |
| Rendement scolaire : | | |
| Mauvais | 20.57 (+/-1.414.) | 0.327 |
| Moyen | 20.00 (+/-3.012) | |
| Bon | 20.50 (+/- 2.640) | |
| A redoublé une classe : | | |
| Oui | 20.57. (+/- 1.098) | 0.147 |
| non | 20.42 (+/-1..3367) | |

1.3 Facteurs d'adaptation sociale et comportementale

1.3.1. Socialisation

On a noté une corrélation significative entre l'âge de début du trouble et la tendance à être rejeté par les autres($p=0.032$),ainsi que le caractère malheureux ($p=0.008$),les tentatives de suicide($p=0.043$) et la perturbation de l'image corporelle(0.039).

Tableau 12: Corrélacion entre l'âge de début du trouble et les facteurs d'adaptation sociale

| Variables étudiées | Âge de début | P |
|---|-----------------|---------------------|
| Était timide : | | |
| Oui | 20.033+/-3,3475 | 0.289 |
| Non | 21+/- 2.753 | |
| Trop sage | | |
| Oui | 19.971+/-3.203 | 0.123 |
| Non | 21.467+/-2.774 | |
| Manque de confiance : | | |
| Oui | 19.571+/-2.925 | 0.103 |
| Non | 21.034+/-3.179 | |
| Tendance à être rejeté par les autres : | | |
| Oui | 27 - | <u>0.032</u> |
| Non | 20.28+/-3.013 | |
| Préférence aux jeux solitaires : | | |
| Oui | 18.62+/-3.066 | 0.077 |
| Non | 20.76+/-3.020 | |
| Replié sur lui-même : | | |
| Oui | 18.81+/-2.600 | 0.054 |
| Non | 20.87+/-3.147 | |
| Malheureux, triste : | | |
| Oui | 21.94+/-2.838 | <u>0.008</u> |
| Non | 14.56+/-2.993 | |
| Peu actif : | | |
| Oui | 20.45+/-3.559 | 0.967 |
| Non | 20.41+/-3.049 | |
| Pleure souvent : | | |
| Oui | 20.30+/-3.254 | 0.717 |
| Non | 20.64+/-2.956 | |
| Tentatives de suicide : | | |
| Oui | 22.20+/-2.658 | <u>0.043</u> |
| Non | 19.97+/-3.109 | |
| Troubles du sommeil : | | |
| oui | 19.95+/-3.347 | 0.392 |
| non | 20.73+/-2.993 | |
| S'inquiète : | 20.41+/-3.058 | 0.987 |

| | | |
|---|----------------|---------------------|
| Oui | 20.42+/-3.235 | |
| Non | | |
| Se ronge les ongles : | 19,41+/-3.133 | |
| Oui | 20.73+/-3.028 | 0.206 |
| Non | | |
| Nerveux, tendu : | | |
| Oui | 20.34+/-2.502 | 0.821 |
| Non | 20.55+/-3.469 | |
| Sensibilité élevée au stress : | | |
| oui | 20.39+/-2.645 | 0.920 |
| non | 20.5+/-3.300 | |
| Anticipation accrue d'une menace : | | |
| Oui | 20.281+/-3.165 | 0.680 |
| Non | 20.667+/-2.95 | |
| Perturbation de l'image corporelle de soi : | | |
| Oui | 19.263+/-2.745 | <u>0.039</u> |
| Non | 21.129+/-3.180 | |

1.3.2. Troubles du comportement

On a noté une corrélation significative entre l'âge de début et la distractibilité.(p=0.017)

Tableau 13 : Corrélation entre l'âge du trouble et les facteurs d'adaptation comportementale

| Variables étudiées | Âge de début | P |
|---|----------------|-------|
| Se dispute souvent : | | |
| Oui | 20.667+/-3.373 | 0.719 |
| Non | 20.314+/-3.065 | |
| Détruit des affaires personnels ou des autres : | | |
| Oui | 21+/-3.186 | 0.420 |
| Non | 20.194+/-3.124 | |
| Trouble oppositionnel avec provocation : | | |
| Oui | 20.30+/-3.495 | 0.795 |
| non | 20.54+/-2.750 | |
| Désobéissant à la maison : | | |
| Oui | 19.769+/-3.350 | 0.127 |
| Non | 21.125+/-2.771 | |

| | | |
|--|----------------|-------|
| Désobéissant à l'école : | | |
| Oui | 19.952+/-3.216 | 0.374 |
| Non | 20.759+/-3.078 | |
| Enfreint les règles : | | |
| Oui | 19.50+/-3.063 | 0.065 |
| Non | 21.14+/-3.035 | |
| Troubles alimentaires : | | |
| Oui | 19.94+/-3.438 | 0.426 |
| Non | 20.68+/-2.966 | |
| Signes de conversion : | | |
| Oui | 20.63+/-3.139 | 0.798 |
| Non | 20.35+/-3.166 | |
| Tendance à avoir des accidents, à se faire mal : | | |
| Oui | 20.75+/-2.670 | 0.614 |
| Non | 20.26+/-3.351 | |
| Se bagarre souvent : | | |
| Oui | 19.87+/-3.440 | 0.596 |
| Non | 20.52+/-3.101 | |
| A de mauvaises fréquentations : | | |
| Oui | 19.94+/-2.634 | 0.409 |
| Non | 20.71+/-3.407 | |
| Ment, triche : | | |
| Oui | 19.78+/-2.767 | 0.107 |
| Non | 21.22+/-3.435 | |
| Frappe ou agresse physiquement les autres : | | |
| Oui | 19.86+/-3.583 | 0.419 |
| Non | 20.65+/-2.940 | |
| Fugue de la maison : | | |
| Oui | 19.31+/-3.249 | 0.050 |
| Non | 21.097+/-2.902 | |
| Fume du tabac : | | |
| Oui | 19.81+/-3.325 | 0.245 |
| Non | 20.86+/-2.960 | |
| Se drogue : | | |
| Oui | 17.66+/-1.154 | 0.117 |
| Non | 20.59+/-3.139 | |
| Irritable : | | |
| Oui | 19.93+/-3.262 | 0.148 |
| | 21.27+/-2.761 | |

| | | |
|---------------------------|----------------|---------------------|
| Non | | |
| Coléreux : | | |
| oui | 20.24+/-3.602 | 0.640 |
| non | 20.66+/-2.394 | |
| Agressif : | | |
| oui | 19.52+/-3.385 | 0.085 |
| non | 21.069+/-2.814 | |
| Distractable : | | |
| oui | 19.42+/-3.113 | <u>0.017</u> |
| non | 21.5+/-2.828 | |
| Hyperactif : | | |
| oui | 19.96+/-3.198 | 0.195 |
| non | 21.15+/-2.948 | |
| Emotionnellement labile : | | |
| oui | 20.075+/-3.205 | 0.120 |
| non | 21.8+/-2.485 | |
| Impulsif : | | |
| oui | 20.32+/-3.572 | 0.782 |
| Non | 20.57+/-2.317 | |

1.5. Liste de comportements pour enfants

Aucune association significative n'a été retrouvée

Tableau 14 : Corrélacion entre l'âge de début et l'échelle comportementale

| Variables étudiées | L'âge de début | P |
|--------------------------------------|----------------|-------|
| Score : -Troubles du comportement | 20.075+/-2.485 | 0.169 |

3. Corrélation entre la sévérité du trouble et les paramètres étudiés

3.1. Facteurs périnataux

On a noté une association significative entre la sévérité du trouble et la consommation de substances.($p=0.02$).

Tableau 15 : Corrélation entre la sévérité de la maladie et les facteurs périnataux

| Variables étudiées | Sévérité du Trouble | P |
|---|---------------------|-------------|
| Âge de la mère à la grossesse (années) | - | 0.417 |
| Désir de grossesse : | | |
| Oui | 35(70%) | 0.824 |
| Non | 15(30%) | |
| Pathologie maternelle durant la grossesse | | |
| Oui | 13(26%) | 0.885 |
| Non | 37(74%) | |
| Carences nutritionnelles durant la grossesse | | |
| Oui | 8(16%) | 0.823 |
| Non | 42(84%) | |
| Consommation de médicaments durant la grossesse | | |
| Oui | 5(10%) | 0.147 |
| Non | 45(90%) | |
| Consommation de substances | | |
| Oui | 4(8%) | 0.02 |
| Non | 46(92%) | |
| Saison de naissance : | | |
| Automne | 13(26%) | 0.085 |
| Hiver | 14(28%) | |
| Printemps | 15(30%) | |
| Été | 8(16%) | |
| Milieu de naissance : | | |
| Urbain | 29(58%) | 0.059 |
| Rural | 21(42%) | |
| Sérologie rubéole durant grossesse | | |
| Oui | 0 | - |
| Non | - | |

| | | |
|---|---------|-------|
| Grossesse menée à terme | | |
| Oui | 46(92%) | 0.747 |
| Non | 4(8%) | |
| Déroulement normal de l'accouchement | | |
| Oui | 40(80%) | 0.686 |
| Non | 10(20%) | |
| Mode d'accouchement : | | |
| Voie haute | 44(88%) | 0.448 |
| Voie basse | 6(12%) | |
| Poids de naissance (en kg) | - | 0.053 |
| Réanimation néonatale /Séjour en incubateur | | |
| Oui | 0 | - |
| Non | - | |

3. 2. Facteurs développementaux

3.2.1. Développement moteur

Aucune association significative n'a été retrouvée.

Tableau16 : Corrélacion entre la Sévérité du trouble et les facteurs de développement moteur

| Variables étudiées | Sévérité du trouble | p |
|-------------------------------------|---------------------|-------|
| Âge de tenue de la tête (en mois) | - | 0.978 |
| Âge de la position assise (en mois) | - | 0.771 |
| Âge de la marche (en mois) | - | 0.544 |
| Énurésie : | | |
| Oui | 36(72%) | 0.300 |
| Non | 14(28%) | |
| Encoprésie : | | |
| Oui | 1(2%) | 0.985 |
| Non | 49(98%) | |

3.2.2. Troubles du langage

On a noté une association significative entre la sévérité du trouble bipolaire et les troubles du langage, la difficulté à prononcer des mots ($p=0.000$) ainsi que la difficulté à poursuivre une discussion normale ($p=0.000$)

Tableau 17: Corrélacion entre la sévérité du trouble et les troubles de langage

| Variables étudiées | Sévérité du trouble | p |
|--|---------------------|--------------|
| Âge du 1er mot | - | 0.899 |
| Âge de la 1 ère phrase (en mois) | - | 0.266 |
| Manque de vocabulaire : | | |
| Oui | 1 (2%) | 0.703 |
| Non | 49(98%) | |
| Difficultés à prononcer des mots : | | |
| Oui | 2(4%) | 0.000 |
| Non | 48(96%) | |
| Difficulté à poursuivre une discussion normale : | | |
| Oui | 2(4%) | 0.000 |
| Non | 48(96%) | |
| Bégaiement : | | |
| Oui | 1 (2%) | 0.703 |
| Non | 49(98%) | |

3.2.3. Développement cognitif

Une association significative entre la sévérité du trouble et le rendement scolaire ($p=0.016$).

Tableau 18 : corrélation entre la sévérité du trouble et les facteurs de développement cognitif

| Variables étudiées | Sévérité du trouble | P |
|-------------------------|---------------------|--------------|
| Scolarisation : | | |
| Oui | 17(34%) | 0.143 |
| Non | 33(66%) | |
| Rendement scolaire : | | |
| Mauvais | 4(8%) | 0.016 |
| Moyen | 36(72%) | |
| Bon | 10(20%) | |
| A redoublé une classe : | | |
| Oui | 48(96%) | 0.077 |
| | 2(4%) | |

| | | |
|-----|--|--|
| Non | | |
|-----|--|--|

3.3 Facteurs d'adaptation sociale et comportementale

3.3.1. Socialisation

Aucune association significative a été retrouvée.

Tableau 19 : Corrélations entre la sévérité du trouble et les facteurs d'adaptation sociale

| Variables étudiées | Sévérité du trouble | P |
|---|---------------------|-------|
| Était timide : | | |
| Oui | 30(60%) | 0.575 |
| Non | 20(40%) | |
| Trop sage | | |
| Oui | 35(70%) | 0.299 |
| Non | 15(30%) | |
| Manque de confiance en soi | | |
| Oui | 21(42%) | 0.641 |
| Non | 29(58%) | |
| Tendance à être rejeté par les autres : | | |
| Oui | 1(2%) | 0.985 |
| Non | 49(98%) | |
| Préférence aux jeux solitaires : | | |
| Oui | 8(16%) | 0.606 |
| Non | 42(84%) | |
| Replié sur lui-même : | | |
| Oui | 11(22%) | 0.227 |
| Non | 39(78%) | |
| Malheureux, triste : | | |
| Oui | 18(36%) | 0.190 |
| Non | 32(64%) | |
| Peu actif : | | |
| Oui | 11(22%) | 0.601 |
| Non | 39(78%) | |
| Pleure souvent : | | |
| Oui | 33(66%) | 0,505 |
| Non | 17(34%) | |
| Tentatives de suicide : | | |
| Oui | 10(20%) | 0.689 |
| | 40(80%) | |

| | | |
|---|---------|-------|
| Non | | |
| Troubles du sommeil : | 20(40%) | 0.932 |
| Oui Non | 30(60%) | |
| S'inquiète : | | 0.954 |
| Oui | 29(58%) | |
| Non | 21(42%) | |
| Se ronge les ongles : | | 0.725 |
| Oui | 12(24%) | |
| Non | 38(76%) | |
| Nerveux, tendu : | | 0.442 |
| Oui | 32(64%) | |
| Non | 18(36%) | |
| Sensibilité élevée au stress : | | 0.170 |
| Oui | 38(76%) | |
| Non | 12(24%) | |
| Anticipation accrue d'une menace : | | 0.711 |
| Oui | 32(64%) | |
| Non | 18(36%) | |
| Perturbation de l'image corporelle de soi : | | 0.910 |
| Oui | 19(38%) | |
| Non | 31(62%) | |

3.3.2. Troubles du comportement

On a noté une association significative entre la sévérité du trouble et l'hyperactivité durant l'enfance($p=0.029$), ainsi que la consommation de drogues(0.021), la tendance à fuguer($p=0.029$), et la tendance à avoir de mauvaises fréquentations ($p=0.031$).

Tableau 20 : Corrélacion entre la sévérité du trouble et les facteurs d'adaptation comportementale

| Variables étudiées | Sévérité du trouble | P |
|--|---------------------|---------------------|
| Se dispute souvent : | | |
| Oui | 15(30%) | 0.426 |
| Non | 35(70%) | |
| Détruit des affaires personnels ou des autres : | | |
| Oui | 16(32%) | 0.891 |
| Non | 34(68%) | |
| Trouble oppositionnel avec provocation : | | |
| Oui | 26(52%) | 0.632 |
| non | 24(48%) | |
| Désobéissant à la maison : | | |
| Oui | 26(52%) | 0.937 |
| Non | 24(48%) | |
| Désobéissant à l'école : | | |
| Oui | 21(42%) | 0.317 |
| Non | 29(58%) | |
| Enfreint les règles : | | |
| Oui | 22(44%) | 0789 |
| Non | 28(56%) | |
| Troubles alimentaires : | | |
| Oui | 18(36%) | 0.360 |
| Non | 32(64%) | |
| Signes de conversion : | | |
| Oui | 11(22%) | 0.232 |
| Non | 39(78%) | |
| Tendance à avoir des accidents, à se faire mal : | | |
| Oui | 16(32%) | 0.251 |
| Non | 34(68%) | |
| Se bagarre souvent : | | |
| Oui | 8(16%) | 0.681 |
| Non | 42(84%) | |
| A de mauvaises fréquentations : | | |
| Oui | 19(38%) | <u>0.031</u> |
| Non | 31(62%) | |

| | | |
|---|---------|---------------------|
| Ment, triche : | | |
| Oui | 28(56%) | 0.593 |
| Non | 22(44%) | |
| Frappe ou agresse physiquement les autres : | | |
| Oui | 15(30%) | 0.536 |
| Non | 35(70%) | |
| Fugue de la maison : | | |
| Oui | 19(38%) | <u>0.029</u> |
| Non | 31(62%) | |
| Fume du tabac : | | |
| Oui | 21(42%) | 0.124 |
| Non | 29(58%) | |
| Se drogue : | | |
| Oui | 3(6%) | <u>0.021</u> |
| Non | 47(94%) | |
| Irritable : | | |
| Oui | 32(64%) | 0.152 |
| Non | 18(36%) | |
| Coléreux :oui | 29(58%) | 0.222 |
| non | 21(42%) | |
| Agressif : | | |
| oui | 21(42%) | 0.286 |
| non | 29(58%) | |
| Distractible : | | |
| oui | 26(52%) | 0.249 |
| non | 24(48%) | |
| Hyperactif : | | |
| oui | 31(62%) | <u>0.029</u> |
| non | 19(38%) | |
| Emotionnellement labile : | | |
| oui | 40(80%) | 0.382 |
| non | 10(20%) | |
| Impulsif | | |
| :oui | 31(62%) | 0.722 |
| Non | 19(38%) | |

1.5. Liste de comportements pour enfants

Aucune association significative n'a été retrouvée.

Tableau 21: Corrélacion entre la sévérité du trouble et l'échelle comportementale

| Variables étudiées | Sévérité du trouble | P |
|--------------------------------------|---------------------|-------|
| Score : -Troubles du comportement | - | 0.483 |

DISCUSSION

1. Argumentaire de l'étude.

Avec un retentissement important sur la vie sociale, le trouble bipolaire est une pathologie lourde de conséquences en termes de santé publique. Dans l'étude mesurant le nombre d'années de vie perdues ou vécues en invalidité (DALYs, Disability adjusted life years), l'école de santé publique d'Harvard situe le trouble bipolaire dans les dix premières maladies les plus coûteuses dans le monde, parmi toutes les pathologies physiques ou mentales. [28]

Plus de la moitié des troubles bipolaires diagnostiqués chez l'adulte débutent avant 18 ans. C'est un fait établi que l'enfance et l'adolescence sont des périodes à haut risque de décompensation thymique. La forte morbi-mortalité associée grève d'autant plus le devenir social, professionnel et affectif de ces patients que le diagnostic est tardif. Le risque majeur et préoccupant est le suicide. Un meilleur repérage des premières manifestations symptomatiques permettrait une amélioration du pronostic et pourrait différer voire enrayer la survenue du trouble.[61]

Au Maroc, les études concernant l'enfance des patients bipolaires sont très rares, c'est pourquoi on a jugé nécessaire et opportun de mener cette étude et d'explorer la vie infantile des patients atteints de Trouble Bipolaire.

Nos résultats permettront d'avoir une idée globale sur les différents symptômes qui pourraient prédire la survenue du trouble bipolaire à l'âge adulte chez une population marocaine.

2. Données sociodémographiques

Le trouble bipolaire affecte autant les hommes que les femmes, quels que soient leurs origines ethnoculturelles ou leurs niveaux socio-économiques. Il est en revanche plus fréquent en zone urbaine que rurale et chez les sujets divorcés, séparés et les

célibataires . Même s'il fut longtemps dit que le trouble bipolaire était un peu plus fréquente parmi les personnes socio- économiquement favorisées. Son pronostic est probablement plus mauvais dans les milieux défavorisés ou ` les conséquences du trouble par exemple financières ont des répercussions plus marquées, ce qui retentit inévitablement sur l'évolution. (chômage, abandon du conjoint, endettement...).[28]

2.1 L'âge

En analysant nos résultats nous retrouvons que l'âge moyen de notre échantillon était de de 25 ans +/- 4,1563, similaire à celui de Negash A .et al. qui était de 29,5ans, alors que Herane .et al avaient trouvé un âge de 36,2 ans et EL ABBAS.I un âge de 31,87ans.[62]

2.2.Le sexe

Dans notre échantillon, 58 % des patients étaient de sexe masculin, Ce qui signifie une légère prédominance masculine. Ces résultats sont similaires à ceux de I. EL ABBAS et I. T ayant aussi constaté une prédominance masculine (64%)dans leur étude [62] ,alors que B. Pavlova et al. [63] SCHOENBERGER.M [17] ont trouvé une population constituée majoritairement de femmes .Les taux étaient respectivement de(56.3%) et (78%). Les proportions restent très variables en fonction des études. Aucun article ne fait référence au sexe comme facteur de risque dans les troubles du spectre bipolaire.[17]

2.3 Activité professionnelle et statut marital

(42%) de nos patients étaient sans activité professionnelle, (18%) avaient une activité irrégulière , (56%) étaient célibataires , (20%) divorcés reflétant ainsi l'impact

social de la maladie. (30%) ont arrêté leurs études en primaire, seul (26%) ont poursuivi leurs études jusqu'en université et 92% avaient un bas niveau de vie.

Ces résultats sont similaires à ceux de EL ABBAS .I et I. T : (60%) des patients sont célibataires ,(26%) professionnellement instables ,11% souffraient d'une instabilité conjugale et 62% avaient un bas niveau de vie . Plus de la moitié (55%) n'étaient jamais scolarisés ou n'avaient pas dépassé le primaire [62].Alors que dans l'étude de SCHOENBERGER.M ,92% des patients ont suivi une scolarité normale . Aucun patient n'était déscolarisé avant l'âge de 16 ans. [17]

3. Antécédents personnels et familiaux

3.1 Environnement familial

Au sein de la population étudiée ,l'environnement familial stressant était retrouvé chez 74% des patients, avec majoritairement, une communication inadéquate au sein du cercle familial qui est hautement conflictuel, une dislocation familiale par séparation parentale ou divorce ,ainsi qu'une exposition aux violences conjugales ou un deuil parental précoce vécu .

Nos résultats rejoignent globalement ce qui a été rapporté dans la littérature. Jaworska.P et Rybakowski.J et al.affirment que les événements stressants constituent des facteurs prédisposant la survenue des troubles de l'humeur à l'âge adulte. Ainsi les événements négatifs vécus durant l'enfance sont fortement associés au développement du trouble à l'âge adulte et précèdent le 1^{er} épisode du trouble, tel la perte précoce d'un parent, une séparation prolongée avec parent avant l'âge de 17 ans ou un divorce parental [64]. Selon Alloy et al.le stress psychosocial peut aussi affecter le cours et le développement du trouble bipolaire ,et induire à la fois les épisodes maniaques et dépressifs.[65]

Dans l'étude de SCHOENBERGER.M et al., 84% de la population a présenté un ou plusieurs évènements difficiles durant l'enfance ou l'adolescence. Certains auteurs évoquent le modèle vulnérabilité–stress et considèrent que certains facteurs de stress peuvent précipiter la maladie lorsqu'ils surviennent chez une personne qui présente un certain degré de vulnérabilité à développer ce trouble. Ils amènent alors la notion de facteurs de risque, qui représentent des caractéristiques retrouvées plus fréquemment dans l'histoire des patients atteints par la maladie que dans la population générale, et dont il a été prouvé qu'ils entraînent un risque plus élevé de développer la maladie[17],

Cette constatation épidémiologique , déjà rapportée par Emile Kraepelin, fut à l'origine de la théorie du« Kindling »,introduite par Robert Post dans les années 1980, qui suggérait que les rechutes maniaque–dépressives rendaient les patients bipolaires plus vulnérables à un « embrasement » maniaque –dépressif ultérieur, sur le modèle épileptologique où la répétition des crises abaisse le seuil épileptogène.[28]

3.2 Traumatismes durant l'enfance

Dans notre échantillon , plus que la moitié des patients ont été victimes d'une maltraitance physique et/ou Psychique ,(64%) de sévices émotionnelles , (48%) d'une négligence ,(40%) un abandon, et 12% un abus sexuel. Ces résultats sont en corrélation avec ceux de la littérature. Dayane .S et al .dans son étude rapporte : 48.6% des sujets d'un échantillon de 72 bipolaires ont expérimenté une histoire de traumatisme durant l'enfance, dont 4,2% ont subi 4 ou 5 types de traumatismes ,les plus fréquemment retrouvés sont les abus émotionnels et la négligence (54.3%).Les bipolaires traumatisés en bas âge sont sujets à un nombre plus élevé d'épisodes maniaques et dépressifs, à un modèle de cycle rapide, à un nombre plus élevé de

tentative de suicide, et à un risque plus élevé d'abus de substances et d'alcool, que les bipolaires non traumatisés.[67].

Selon Xie et al. ,la prévalence des traumatismes durant l'enfance est plus élevée chez les personnes bipolaires que les autres pathologies psychiatriques tel que la dépression ou la schizophrénie [68].

Richa N et al rapportent que la maltraitance durant l'enfance chez les sujets bipolaires touche la moitié des patients de l'échantillon. Par ailleurs, l'abus le plus fréquent est l'abus émotionnel. 37 % des sujets de l'étude ont expérimenté un abus émotionnel (critiques, insultes),24 % un abus physique, 24 % une négligence émotionnelle (carence affective, sentiment de ne pas être spécial pour quelqu'un, aimé, aidé), 21 % un abus sexuel et 12 % une négligence physique (porter des habits sales, manger peu). Les bipolaires maltraités en bas âge passent plus de temps déprimés, restent plus de jours d'humeur cyclique et ressentent moins de temps de bien-être que ceux qui n'ont pas été maltraités.[66]

Ces traumatismes seraient incriminés dans des perturbations psychologiques initiant le processus du trouble bipolaire.

3.3. Antécédents familiaux de Trouble bipolaire

Parmi l'ensemble des facteurs de risque identifiés pour le développement d'un trouble du spectre bipolaire, le facteur génétique est le plus robuste. Les études d'agrégation familiale plaident en faveur d'une vulnérabilité génétique du trouble . Compte tenu des facteurs de risque génétique impliqués dans cette maladie avec une héritabilité entre 60 et 87 %, les enfants d'adultes présentant un trouble bipolaire constituent indéniablement des sujets à risque de développer le même trouble.

Dans notre échantillon, (28%) de nos patients avaient des antécédents familiaux de Trouble Bipolaire . (20%) avaient un frère bipolaire et (8%) ont une mère

bipolaire. Par ailleurs, une dépression et une anxiété maternelles étaient également rapportées chez 18% des patients. Ceci rejoint les résultats trouvés par Stapp E.K, .et al. : Les adolescents à haut risque de développer le trouble bipolaire à l'âge adulte ,ont un antécédent de trouble bipolaire maternel, ce dernier est associé à une relation mère -enfant dysfonctionnelle, un environnement familial conflictuel manquant de cohésion et flexibilité.[69].

Les chiffres varient aussi selon les études : Des antécédents familiaux de trouble de l'humeur ont été décrits chez 35% des patients bipolaires dans l'étude de SCHOENBERGER.M [17],TIJSSEN et al. Retrouvent aussi des antécédents familiaux d'épisodes hypomaniaques dans 5% des cas, d'épisodes dépressifs dans 39% des cas[70]. Dans l'étude de CONUS et al., 68% des patients ont au moins 1 parent du 1er degré atteint d'un trouble mental (61% d'un trouble affectif du spectre bipolaire, 61% d'un autre trouble mental)[71]

Des antécédents familiaux de TB chez les apparentés du premier et du second degré constituent le principal facteur de risque de trouble bipolaire . Les bases génétiques de cette transmission sont avérées , la pénétrance étant de 70 % et le taux de concordance entre jumeaux monozygotes de 59 à 87 % . Cette vulnérabilité biologique est modulée par des facteurs environnementaux qui interviennent dans la transcription et l'expression du génotype. À ce jour, aucun gène n'a encore été identifié. Il s'agit très probablement d'un type d'hérédité complexe à pénétrance incomplète et phénocopie, hétérogénéité génétique et polygénéicité. 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.[62]

3.4 Le caractère des parents de patients bipolaires

Parmi les cinquante patients inclus dans notre étude, 88% avaient des parents avec un trait de caractère dominant, 76% froid et 22 % étaient irresponsables. La rigidité et l'agressivité étaient aussi retrouvées avec des taux de 56% et 54% respectivement. De surcroît, 70% des parents avaient une expression émotionnelle élevée, 68% des propos verbaux touchant le caractère de l'enfant et 64% étaient surprotecteurs.

Ces résultats rejoignent ceux des autres études dont la répartition était la suivante :

Pour Balsan.G, M. C. et al., Une forte expressivité émotionnelle a été observée chez les parents de jeunes souffrant de troubles sévères de l'humeur ainsi qu'une communication des affects sur un mode négatif et une froideur dans les échanges maternels[61].

Pour Richa .Net al , l'expression des émotions et le modèle interactionnel dans les familles de patients bipolaires montre que les parents qui ont un niveau élevé d'EE font des propos verbaux plus négatifs (critiques , refus, autojustifications) dans leur discussion et ont une attitude non verbale (expression faciale furieuse, ton de la voix sarcastique) plus négative durant les interactions de résolution de problèmes que ceux provenant d'une famille d'EE Basse[66].

Par ailleurs, l'étude de Schenkel et al. confirment que par rapport à des sujets témoins, les interactions entre les parents et leur enfant souffrant de trouble bipolaire sont plus marquées par un manque de chaleur affective, plus de querelles entre eux et plus de sanctions sévères à l'encontre de leur enfant. [72]

Certaines études se sont intéressées à la qualité du soutien et du rôle protecteur des parents chez les sujets bipolaires. Une première étude menée dans les familles

d'enfants bipolaires de type I montre que ces familles sont caractérisées par des carences affectives, une absence de relations intimes extra-familiales, des mères « dominatrices » et l'absence de père « émotionnel » ou « physique ». D'autres études montrent que l'évolution du trouble bipolaire et l'intensité des symptômes sont liées à l'attitude des parents (Les sujets bipolaires rapportent une moindre attention et une attitude surprotectrice de la part de leurs parents. Se basant sur un auto-questionnaire, Rosenfarb et al. , montrent que les sujets bipolaires et unipolaires rapportent moins d'affection maternelle que les sujets contrôles. [12]

Enfin, ces facteurs psychologiques et familiaux seraient les paramètres à incriminer dans la genèse de la maladie bipolaire et contribuent par ailleurs en plus des facteurs génétiques et biologiques à l'éclosion du trouble et s'avèrent être des facteurs intervenant et influençant de façon péjorative le cours et l'évolution de la maladie.

4. Facteurs périnataux

4.1 Âge de la mère à la grossesse et Le poids de naissance

On a trouvé une corrélation significative entre l'âge de début de la maladie et l'âge de la mère à la grossesse($p=0.028$).Aucun cas similaire n'est rapporté dans la littérature. On a noté également une corrélation significative entre l'âge de début et le poids de naissance($p=0.025$).Ceci est similaire a ce qui a été décrit dans la littérature. Un poids de naissance < 2500 g associé à une naissance avant terme augmente le risque du développement du trouble[82].

4.2 La consommation de substances durant la grossesse

On a noté une association significative entre sévérité du trouble et la consommation de substances durant la grossesse ($p=0.02$). Marangoni.C et al. rapporte que le risque de développer le trouble à l'âge adulte augmente en cas de tabagisme maternel durant la grossesse[82]. Deux autres études confirment le risque augmenté de développer le trouble en cas d'exposition au tabagisme maternel durant la grossesse[83,84].

4.3 Pathologie maternelle durant la grossesse

Dans notre échantillon, La notion de pathologie maternelle durant la grossesse était rapportée chez 26% des patients majoritairement une dépression et une anxiété maternelles . On a noté 16% de carences nutritionnelles, l'exposition au virus de la rubéole n'a pas pu être identifiée dans notre étude vu que la plupart des grossesses n'étaient pas suivies.

Plusieurs études ont traité les pathologies maternelles durant la grossesse. Marangoni. C et al. rapporte que ,l'exposition prénatale au stress durant le 1^{er} trimestre de grossesse augmente le risque du trouble bipolaire ..Entre autres ,l'exposition à la grippe prénatale constitue un risque accru de développer la maladie pour la progéniture exposée . Aucune association n'a été trouvée entre l'exposition maternelle au HSV-1 et au HSV-2, au CMV ou au Toxoplasma gondii et le trouble bipolaire.[82]

Les infections, en particulier les infections en intra-utérin, sont censées interférer avec le neurodéveloppement. Cela pourrait entraîner une déficience de la santé neuropsychique et une plus grande vulnérabilité aux troubles psychiatriques [85]

4.4 Saison de naissance

Les effets saisonniers sont censés influencer sur la régulation de l'humeur, en particulier chez les patients bipolaires .

Parmi les 50 patients. 30% sont nés au printemps, 28% en hiver, 26% en automne et 16% en été, la période printanière a donc connue le plus grand nombre de naissance.

Nos résultats concordent aux données de la littérature. Selon SCHOENBERGER.M et al. ,la majorité des naissances a eu lieu au printemps (21 patients soit 42%).[17] cependant les études à ce sujet sont très peu nombreuses. Des hypothèses virales ont été proposées, mais les résultats sont contradictoires. Il est donc à ce jour difficile d'établir un lien entre la saison de naissance et le développement ultérieur d'un trouble du spectre bipolaire. [17]

EL ABBAS.I et al. a trouvé que plus du un tiers (37 patients) de l' échantillon avait une récurrence thymique à caractère saisonnier. Il s'agissait souvent de récurrence maniaque survenant périodiquement durant la saison estivale[62]

Pour Parker et al. les épisodes dans le trouble bipolaire (BD) présentent une tendance saisonnière avec des pics d'épisodes maniaques printemps-été et des pics d'épisodes dépressifs au début de l'hiver.[87]

Ces résultats plaident en faveur de l'influence des facteurs climatiques, notamment la luminosité la chaleur et le nombre d'heures d'ensoleillement journalier sur la survenue des épisodes maniaques, ce qui expliquerait les pics enregistrés pendant la période estivale .En revanche ,le raccourcissement de la durée d'exposition à la lumière solaire, déclenche des dépressions d'où l'effet thérapeutique de la luminothérapie dans l'amélioration de la symptomatologie dans les troubles bipolaires.

4.5 Milieu de naissance

On a constaté que (58%) de nos patients sont nés dans un milieu urbain alors que (42%) sont nés en milieu rural. Dans le même sens, Rouillon .F et Denys A. et al. [28] .[88] rapportent que le trouble est plus fréquent en zone urbaine qu'en zone rurale.

4.6 Les complications obstétricales

On a noté dans notre échantillon (12%) d'accouchement par voie haute, (20%) de cas d'accouchement difficile 8% de cas de prématurité .Aucun cas de réanimation néonatale n' a été retrouvé. Aucun cas de séjour en incubateur n'a été rapporté..Ce constat rejoint ce qui a été décrit dans la littérature.

Selon une étude finlandaise étudiant les facteurs périnataux et le risque de développer le trouble bipolaire , Les enfants nés par césarienne planifiée présentaient un risque multiplié par 2,5 ($p < 0,01$) de développer le trouble. [86]. D'autre part , SCHOENBERGER.M et al.a constaté que le pourcentage de patients ayant eu des complications à la naissance est relativement peu élevé (18%) .[17]

La revue de littérature de CONUS relève parmi les facteurs de risque de la maladie la présence de complications obstétricales ou la survenue d'un traumatisme cérébral périnatal ou dans l'enfance . Dans son étude rétrospective, CONUS et al.retrouve les chiffres suivants: 9% de complications obstétricales et 18% de complications néonatales [71]. L'article de BERK et al., rapporte également qu'il semble exister un lien entre les complications obstétricales et le développement ultérieur d'un trouble du spectre bipolaire [89].Ceci approuve que les facteurs périnataux étaient associées au développement ultérieur de la maladie.

5. Données concernant le trouble bipolaire

5.1 Forme clinique

Parmi les 50 patients étudiés, (48%) avaient un Trouble Bipolaire type I , (52 %) un Trouble Bipolaire type II .Les autres formes cliniques n'étaient pas retrouvées. Ceci rejoint ce qui a été décrit dans l'étude de Merikangas et al ,rapportant une prévalence de 0.8% concernant le trouble bipolaire type I,1.1% pour le type II,2.4% pour le trouble bipolaire non spécifié.[81]

Alors que EL ABBAS I et al. a retrouvé le TB I était le plus prévalent (91% soit 91 cas), suivi du TB II (7 cas), pu. [62] ,similaire à celui de Henin et al. dans son groupe de patients bipolaires : 71.5% des participants avaient le trouble bipolaire type I comme diagnostic et 27.5% trouble bipolaire type II.[74]

L'importance de la part des TB I dans la littérature pourrait être expliquée par le fait que leur diagnostic reste relativement plus facile à établir comparé aux autres formes de la maladie notamment le type II du trouble, qui demeure une entité peu ou mal diagnostiquée à cause surtout des nuances persistantes entre dépression unipolaire et bipolaire.[62]

5.2 Age de début

L'âge moyen (+/- écart-type) du début du trouble est de 20.42+/- 3.1304 avec un maximum de 27ans et un minimum de 14 ans .Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans la littérature. Selon Bellivier et.al L'âge d'apparition du trouble bipolaire se situe généralement entre le milieu de l'adolescence et le début de la vingtaine.[73] Henin et al ont retrouvé un âge de début du trouble de 22,6 ans.[74]

SCHOENBERGER.M et al. dans son échantillon, a trouvé l'âge moyen du début du trouble de 19,8 ans avec un écart-type de 3,3. L'âge minimal est de 15 ans et l'âge maximal est de 30 ans.[17], I. EL ABBAS a constaté que le trouble bipolaire débute avant 25ans pour 57% de l'échantillon avec une moyenne de 25,26ans.[62].

Dans notre contexte, comme ailleurs, le trouble bipolaire semble débiter, plus fréquemment, à un âge précoce..

5.3 Délai de diagnostic

Le trouble bipolaire de l'humeur est une pathologie psychiatrique fréquente, . Cependant, son diagnostic est différé dans la majorité des cas et, par voie de conséquence, l'instauration des traitements thymorégulateurs est trop tardive. Ce délai grève sérieusement le pronostic (notamment au plan fonctionnel).[26]

La moyenne du temps écoulé (+/- écart type) après la première symptomatologie et la 1^{ère} consultation était de 1.04 années +/- 1.4136 avec un minimum de 1 an et un maximum de 7 ans. Alors EL ABBAS. I et al. avait retrouvé un délai moyen de retard diagnostic de 51,72 mois en moyenne (environ 5 ans) avec un maximum de 360 mois.[62] alors que Hirschfeld et al. , La durée moyenne entre l'apparition des premiers symptômes et la mise en place d'un diagnostic correct dépasse 10 ans.[75]

L'étude de la littérature montre que cette difficulté diagnostique constitue un problème majeur de santé publique, et ce, quel que soit le système de soins en place. La durée de la période sans traitement peut être définie comme le nombre d'années s'écoulant entre le premier épisode de la maladie et l'instauration d'un traitement prophylactique des rechutes thymiques. Elle a été estimée à environ 10 ans dans différentes cohortes de patients atteints de troubles bipolaires. Ce délai est clairement en lien avec l'hétérogénéité de l'expression clinique de la pathologie, notamment les troubles bipolaires de type II. L'errance diagnostique conduit à différer les thérapeutiques appropriées et à exposer les patients à des traitements non efficaces, voire assortis d'effets délétères (comme les antidépresseurs). Durant cette période sans traitement, le risque est majeur en termes de conséquences sociales, familiales, professionnelles, psychiatriques et somatiques. La durée de cette période sans traitement peut être décomposée en différentes phases, ce qui permet d'envisager des stratégies visant à la réduire.[26]

5.4 Moyenne et durée cumulative des hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations était en moyenne, chez les patients ayant déjà bénéficié d'une hospitalisation, de 1.04 fois avec un minimum de 1 fois et un maximum de 10 fois. La moyenne de la durée cumulative des hospitalisations était de 53.48 jours..

EL ABBAS .I et al. a recensé un total de 276 hospitalisations, soit une moyenne d'environ 3 hospitalisations par malade avec un taux de réhospitalisation de 69% et une durée moyenne de séjour hospitalier de 21,38 jours (soit environ 3 semaines). [62].

Aussi, dans l'étude suédoise de G. Edman et al., réalisée à l'échelle nationale,, on parle d'un taux de réhospitalisation de 75% [76]

5.5 Evénements de vie et bipolarité

Dans notre échantillon , la quasi-totalité avaient le stress intense et la modification du rythme de vie comme facteur déclenchant,(86%) les événements de la vie (une promotion, un mariage) , (30%) un licenciement , (6%) la grossesse et (4%) l'accouchement.

On a noté que 98% des patients étaient sensibles aux cycles veille-sommeil,96% sensibles aux rythmes sociaux et 64% au décalage horaire.

Plusieurs études ont traité l'impact des événements de vie sur le cours et l'évolution du trouble :

Hamdani .N et al. a retrouvé que la perte d'un proche, le changement ou la perte d'un emploi, les déménagements, la réduction du sommeil; incriminée surtout dans les rechutes maniaques ; ou encore l'accouchement qui constitue chez les femmes, un événement de vie stressant spécifique. Dans certaines séries de trouble bipolaire, 20 % des femmes ont eu un épisode maniaque pendant la période du post-partum[12] .

C'est ce qu'ont fait Malkoff-Schwartz et al. en évaluant de manière discriminative tous les événements de vie vécus par 40 sujets souffrant de trouble bipolaire en rechute .L'intensité du stress des événements vécus durant les 8

semaines qui précédaient la rechute était comparée à leur potentiel à modifier les rythmes sociaux (et donc potentiellement du sommeil). Les auteurs montrent que les sujets ont plus d'événements de vie stressants avant leur nouvel épisode (le stress a bien un rôle), mais que pour les accès maniaques, les événements de vie qui interfèrent sur les rythmes sociaux des sujets (typiquement changement d'emploi avec passage à un travail de nuit) ont un pouvoir prédictif nettement plus important. [12]

Le développement de prise en charge focalisé sur les rythmes de vie (Social Rhythm Therapy) par l'équipe de Kupfer fournit une application pratique intéressante à l'ensemble de ces travaux.[12]

➤ Comorbidités associées

Pour évaluer les comorbidités associées, nous avons utilisé le MINI pour les 2 séries, qui a objectivé les résultats suivants :

○ Comorbidités psychiatriques :

L'anxiété généralisée a été relevée chez (66%) des patients ,aucun cas rapporté chez les témoins, (54%)des patients avaient un trouble panique .versus un seul chez le groupe contrôle. (72%) des patients avaient une agoraphobie versus 2 % chez le groupe contrôle. (56%) des patients avaient une phobie sociale ,aucun cas chez les témoins ,(60%) patients avaient un TOC versus un seul chez les témoins et (34%) des patients avaient un ESPT , aucun cas d 'ESPT rapporté chez le groupe contrôle .Le même constat rapporté dans la littérature.

B. Pavlova et al. rapportent dans une étude menée auprès de 174 adultes bipolaires ,les comorbidités évaluées à l'aide du MINI, les troubles comorbides étaient de : 28 %pour le TAG ,15% pour le trouble panique,16% pour l'agoraphobie et 14% pour la phobie sociale,5% pour l'ESPT et 4% pour le TOC.[63]. Henin et al. ont constaté

que 42% des adultes bipolaires avaient des troubles anxieux durant l'enfance versus 5% dans le groupe contrôle.[77]

Selon SCHOENBERGER.M,et al. les troubles anxieux et/ou l'anxiété de séparation sont les symptômes les plus fréquents dans l'enfance des patients bipolaires (retrouvés pour plus de 30% des patients)[17], Dans les études rétrospectives, ils sont présents chez 12 à 42% des patients (les symptômes répertoriés sont le trouble anxieux généralisé (TAG) et l'anxiété de séparation [77]. . DUFFY et al. en 2010 retrouvent dans la séquence évolutive des troubles une anxiété pour 23,2% des sujets à risque versus 7,8% dans le groupe contrôle, dès l'âge de 9 ans. Selon ces auteurs, les troubles anxieux multiplieraient le risque de trouble bipolaire par 2 avec un délai moyen de 8 ans entre l'apparition du trouble anxieux et celui du trouble bipolaire [78,79]

Les troubles anxieux semblent selon les auteurs représenter un marqueur de vulnérabilité important et plus spécifique d'un trouble du spectre bipolaire quand ils sont présents chez une population à haut risque[17]

- Comorbidités addictives :

La présence d'une addiction comorbide complique toutes les pathologies psychiatriques, dans leur prise en charge comme dans leur pronostic. Or les troubles bipolaires sont les maladies psychiatriques les plus exposées aux comorbidités addictives. Certaines addictions sont plus fréquentes, et donc à rechercher de manière particulièrement importante par les cliniciens qui traitent les patients souffrant de trouble bipolaire.[26]

(62%) de nos patients avaient un dépendance au Tabac, (26%) avaient une dépendance à l'alcool, dont un avait un abus actuel d'alcool . (32%) une dépendance au cannabis alors que un seul avait un abus, (8%) des patients avaient une dépendance aux opiacés , un seul patient avait un abus,(14%) des patients une

dépendance à la cocaïne ,1 seul un abus de cocaïne, (10%) des patients une dépendance aux sédatifs un seul avait un abus.(20%) des patients une dépendance aux stimulants , (12%) des patients une dépendance aux hallucinogènes sans notion d'abus.(4%) des patients avaient une dépendance pour les solvants.

Dans son étude, EL ABBAS.I et al. rapporte que le trouble bipolaire était associé à une consommation de substances toxiques, au cours de l'évolution de la maladie, en particuliers lors des épisodes maniaques, chez presque la moitié des patients (49%). Le tabac et le cannabis furent les plus consommés (43% et 34% respectivement).[62]

Une enquête nord-américaine nommée epidemiological catchment area (ECA) menée par le National Institute of Mental Health (NIMH) incluant 20 291 personnes a retrouvé un abus de substance ou une dépendance de substance de 56,1 % vie entière chez les patients bipolaires, contre 16,7 % dans la population générale. Selon une étude nord-américaine plus récente, la national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC) incluant 43 000 personnes, les sujets bipolaires sont plus à risque d'addiction par rapport à la population générale, notamment dans sa forme la plus sévère, c'est-à-dire celle remplissant les critères de dépendance. L'alcool, le cannabis, les amphétamines et la cocaïne sont les substances les plus utilisées chez les bipolaires aux États-Unis.[26]

Selon une étude transversale qui évalue l'importance de la consommation de cannabis chez les patients admis pour un trouble bipolaire à l'Hôpital psychiatrique de la Croix-Liban (HPC), Au total, 27 % de ces patients sont consommateurs de cannabis. Les consommateurs ont également plus d'hospitalisations et un niveau économique plus élevé. Ils se présentent plus dans un tableau de manie que de dépression.[80]

6. Facteurs développementaux

6.1 Troubles du développement moteur et sphinctérien

Aucun cas de trouble de développement psychomoteur n'a été retrouvé au sein de notre échantillon. Néanmoins, (28%) de nos patients présentaient une énurésie durant l'enfance et un cas d'encoprésie a été également rapporté. Ceci est superposable avec les données de la littérature.

Henin et al., dans un échantillon comprenant 83 adultes bipolaires comparés à 308 témoins recrutés rétrospectivement, avaient montré que le taux d'énurésie était élevé chez les patients bipolaires ($p=.001$, $OR=3.80$). L'âge moyen de début était de 5 ans. Concernant l'encoprésie, aucune différence entre les 2 séries n'a été rapporté.[77]

SCHOENBERGER.M et al[17] dans son étude, ont retrouvé que l'enfance des patients est marquée par une proportion non négligeable de troubles cognitifs et développementaux avec un retard du développement psychomoteur (14 et 20%), des troubles et un retard de langage et des troubles psychomoteurs sans notion de retard. [17]

Dans une étude rétrospective conduite en sur un échantillon de 22 patients présentant un premier épisode maniaque à caractéristiques psychotiques, CONUS et al. se sont intéressés à identifier les facteurs de risque, marqueurs de vulnérabilité et prodromes qui précèdent la survenue du premier épisode maniaque, à l'aide d'un questionnaire semi-structuré (the Initial Mania Prodrome Questionnaire IMPQ), près de 40% des patients avaient présenté des troubles du développement ou des acquisitions dans l'enfance [71,95]

Concernant les symptômes précédant le premier épisode de dépression bipolaire, STROBER et CARLSON et al. ont démontré que la présence d'un retard du

développement psychomoteur était associé à un risque plus élevé de développer un trouble du spectre bipolaire parmi une cohorte de 60 adolescents présentant un trouble dépressif majeur [96,97]. BERK et al. [98], MARTIN et SMITH [99] plus récemment retrouvent des conclusions similaires. De rares études ont tenté d'explorer les hypothèses neurodéveloppementales des troubles appartenant au spectre bipolaire, elles retrouvent très souvent des résultats contradictoires [28]. Néanmoins, NEGASH et al. repèrent des troubles sensoriels et moteurs touchant le champ de l'intégration audio-visuelle, le champ moteur et la coordination motrice complexe chez des sujets bipolaires et suggèrent que ces dysfonctions neurologiques représenteraient des marqueurs prémorbides [100]. D'autres auteurs mettent en évidence des symptômes neurocognitifs comme marqueur de vulnérabilité du trouble bipolaire [99,101,102,103].

6.2 Troubles du langage

(4%) de nos patients présentaient des difficultés de la parole dont une lenteur de la parole et l'autre une aphasie transitoire. Les notions de bégaiement et de dyslexie ont été retrouvées chez un seul patient. Par ailleurs, on a noté une association significative entre la sévérité du trouble bipolaire et la difficulté à prononcer des mots ($p=0.000$) ainsi que la difficulté à poursuivre une discussion normale ($p=0.000$). Les résultats étaient aussi statistiquement significatifs pour l'âge du 1^{er} mot ($p=0.003$), ainsi que l'âge de la 1^{ère} phrase ($p=0.008$).

Les chiffres varient selon les études. D'une part, l'étude de Pierre..E et al. a révélé chez les patients bipolaires une atteinte de la pragmatique du langage par rapport au groupe témoin. [90]. D'autre part, A. Henin et al. n'ont retrouvé de troubles de langage dans l'échantillon d'adultes bipolaires comparés à la population saine.[77]

6.3 Développement cognitif

(34%) de nos patients ont déjà redoublé une classe ou plus, (72%) avaient un rendement moyen.(4%) seulement étaient illettrés. .2% avaient des problèmes de concentration. On a noté une association significative entre le rendement scolaire et la sévérité du trouble($p=0.016$) ainsi que la forme clinique ($p=0.003$). Nos résultats convergent avec les données issues de plusieurs études.

SCHOENBERGER.M et al. , retrouvent majoritairement des troubles de l'attention et de la concentration , un fléchissement des résultats scolaires avec la notion d'absentéisme scolaire. Les autres items sont très peu fréquents dans leur ~~son~~ étude (troubles du langage écrit et logicomathématiques, valeur du QI) ; de plus, ces symptômes ne sont pas évoqués dans les différents articles de la littérature. [17].,l. EL ABBAS et al. rapportent que plus de la moitié des patients (55%) n'avaient jamais été scolarisés ou n'avaient pas dépassé le niveau primaire.[62].Contrairement à ce constat, A. Henin et al.[77] affirment que les adultes bipolaires ne semblent pas présenter plus de difficultés scolaires (redoublements ou classes spécialisées) que les adultes contrôles. Une diminution du travail scolaire ou professionnel dans 65% des cas était rapportée par CORRELL et al. [94]. Les études sont également assez contradictoires avec des auteurs affirmant plus de difficultés scolaires chez ces sujets et d'autres ne relevant pas de différence significative .

- TDAH et Trouble bipolaire

Le TDAH et le Trouble bipolaire entretiennent une relation complexe de par leur chevauchement symptomatologique et la fréquence de leur association. Ces deux entités nosographiques partagent en effet de nombreux symptômes, ce qui engendre logiquement de nombreuses confusions diagnostiques .Il existe cependant des

déficits cognitifs communs ainsi qu'une comorbidité relativement fréquente qu'il est nécessaire de connaître pour ajuster la prise en charge..[105]

Au sein de notre échantillon ,le questionnaire abrégé de Conners version parents démontre que (24%) de nos patients avaient un score supérieur ou égal à 15 et donc fortement évocateur de TDAH. Par ailleurs , on a noté une association significative entre l'âge de début et la distractibilité.($p=0.017$)

Il semble donc légitime de se demander s'il s'agit vraiment de deux troubles distincts ou de deux expressions différentes du même trouble. Plusieurs études ont tenté de répondre à cette question ,les résultats sont assez hétérogènes.

Fischer et al.ne retrouvent aucun trouble bipolaire parmi 147 enfants présentant un TDAH suivis pendant 13 ans .En revanche ,Carlson et al. trouvent 17% de troubles bipolaires parmi 75 enfants présentant un TDAH suivis entre 6 et 23 ans.[105]

De plus ,Etain et al. ont constaté que les caractéristiques cliniques du TDAH étaient présentes chez les adultes bipolaires, avec 22% des cas versus 5% des témoins . La présence du TDAH dans l'enfance était associée à l'apparition précoce du trouble, au risque suicidaire et à la toxicomanie.[104]. Henin et al. rapportent un taux élevé de TDAH chez les patients bipolaires par rapport au groupe contrôle ($OR=25.35$, $p=0.001$),[77].D'autres études révèlent aussi des troubles de l'attention et de la concentration variant de 36 à 52% des cas chez les bipolaires selon les auteurs. [91,92,93]

Pour pouvoir différencier les deux troubles ,l'évolution est l'un des aspects dont il faut tenir compte .Celle-ci est chronique pour le TDAH avec une symptomatologie permanente tandis que le trouble bipolaire suit une évolution épisodique . Enfin ,il est particulièrement important de les dissocier car ils ont chacun des traitements bien distincts. A savoir les psychostimulants pour le TDAH et les thymorégulateurs pour le trouble bipolaire[.105]

Nos résultats confondus avec ceux de la littérature sont en faveur de l'absence de troubles développementaux sévères au cours de l'enfance des patients atteints d'un trouble du spectre bipolaire, mais cependant fréquemment retrouvés dans d'autres pathologies psychiatriques comme la schizophrénie. Peut-on dans ce cas les considérer comme spécifiques du spectre bipolaire ? D'autres études paraissent nécessaires afin d'appuyer nos données et d'étayer cette hypothèse.

7. Facteurs d'adaptation sociale et comportementale

Parmi les recherches déjà conduites, on distingue certains travaux explorant la symptomatologie prodromale. Le prodrome d'un trouble est la période lors de laquelle le comportement et le vécu de la personne changent, avant que le développement des signes florides du trouble lui-même ne soit survenu.

Certains chercheurs se sont concentrés sur cette phase prodromale, c'est-à-dire sur les premiers signes manifestes au cours de l'enfance. L'ensemble de ces études ont mis en évidence trois sous-groupes de symptômes présents au cours de cette phase. Il s'agit des symptômes thymiques (éléments dépressifs, éléments maniaques, fluctuations de l'humeur), des troubles du sommeil (diminution du besoin de sommeil ou de la durée du sommeil) et, troisièmement, des symptômes généraux (diminution du niveau de fonctionnement, changement de niveau d'énergie, troubles du comportement, irritabilité et colère).[106]

7.1 Symptômes thymiques

Parmi les résultats les plus significatifs de notre étude on a noté : une corrélation entre l'âge de début du trouble et le caractère malheureux ($p=0.008$) et

les tentatives de suicide($p=0.043$),entre la forme clinique du trouble et la colère ($p=0.009$) ainsi que l'irritabilité ($p=0.000$).

De plus, (80%) de nos patients étaient émotionnellement labiles, (64%) facilement irritables , (58%) coléreux, (20%) avaient des idéations suicidaires, (66%) pleuraient souvent et (36%) étaient malheureux durant leur enfance.

Les données de la littérature convergent dans ce sens: les symptômes thymiques sont mentionnés en proportion importante et de façon similaire à nos résultats.

SCHOENBERGER.M et al. [17]] corrobore ces données, rapportant l'humeur triste dans plus de 50% des cas de bipolaires, l'auto dévalorisation, la culpabilité non délirante ,les idées suicidaire dans plus de 30 %. Les symptômes d'allure maniaque sont présents en proportion moindre dans son étude: fluctuations thymiques dans 24% des cas, excitation psychomotrice avec note thymique dans 10 et 12% des cas.

Dans l'étude rétrospective de CONUS et al. , 22% des patients avaient un antécédent d'épisode dépressif et 6% un antécédent de tentative de suicide [95]. EGELAND et al., dans leur étude rétrospective , retrouvent dans l'enfance des symptômes à type de pleurs (23%), une augmentation d'énergie (23%), une humeur irritable (29%), puis vers l'âge de 11-12 ans, une humeur dépressive (50%) et une humeur labile (30%)[107].

Dans le même sens, METZGER et al. et ROESER et al, dans un article, expliquent que l'étude de la vulnérabilité individuelle chez les enfants de patients souffrant de troubles bipolaires montre plusieurs caractéristiques qui concernent le registre émotionnel : instabilité émotionnelle, irritabilité, faible régulation émotionnelle, réactions émotionnelles augmentées. Ils rapportent également que 25% des enfants qui présentent un état dépressif développeront un trouble bipolaire dans les 5 ans qui suivent [108].

7.2 Symptômes comportementaux/ d'impulsivité

Les résultats étaient statistiquement significatifs entre la sévérité du trouble et l'hyperactivité durant l'enfance($p=0.029$), la tendance à fuguer($p=0.029$), et la tendance à avoir de mauvaises fréquentations ($p=0.031$). On a noté aussi une corrélation entre l'âge de début et l'agressivité($p=0.005$) ainsi que la tendance à fuguer ($p=0.008$).

Au sein de notre échantillon, la quasi-totalité avaient un score total de LCE supérieur à 41 et donc présentaient des troubles de comportement durant l'enfance versus 6% chez les témoins.

Parmi les cinquante patients, (62%) étaient impulsifs, (62%) étaient hyperactifs, (38%) avaient tendance aux fugues, (52%) des patients avaient un trouble oppositionnel avec provocation, (16 %) se bagarraient souvent, (28%) avaient tendance à détruire les affaires personnelles ou celles des autres et (14%) des cas présentaient le trouble de la personnalité antisociale vie entière selon le MINI.

Ces prévalences sont comprises dans la large fourchette mise en exergue par la littérature avec des chiffres variables selon les auteurs.

Selon SCHOENBERGER.M et al., les conduites oppositionnelles sont présentes chez au moins 50% de la population, tout comme les conduites dyssociales (26 et 30%), les comportements auto-agressifs (20 et 30%), et l'impulsivité (14 et 22%) sont nettement représentés dans notre étude[17]. Par exemple, EGELAND et al. retrouvent des pertes de contrôle et des troubles du comportement à l'adolescence des patients bipolaires, de l'ordre de 38% [107]

FINDLING et al., ont pu identifier des symptômes à type d'impulsivité et de comportement à risque et dangereux dans une sous-population de jeunes à haut

risque[110] . L'étude rétrospective de CONUS et al. mentionne des conduites dyssociales (22%), oppositionnelles (11%) et une agitation psychomotrice (11%) [95].

7.3 Symptômes fonctionnels

La fréquence des troubles de conduites alimentaires et les troubles du sommeil est également élevée chez les patients souffrant de trouble bipolaire.

(40%) des patients inclus dans notre étude présentaient des troubles du sommeil .Après passation du MINI, les résultats suivants ont été objectivés :(52%) de nos patients avaient une anorexie mentale dont (20%) une anorexie mentale actuelle, (32%) avaient une boulimie dont (4%) une boulimie actuelle .Aucun cas d'anorexie mentale Binge –Eating /purge Type rapporté. Dans le groupe contrôle , aucun trouble de comportement alimentaire n'a été retrouvé. Nos résultats vont dans le même sens que les données de la littérature :

Valentin.M et al. ont retrouvé une fréquence élevée de trouble bipolaire (17,8 %) auprès de patientes adolescentes souffrant d'anorexie mentale sévère : 6,3 % des sujets présentent un trouble bipolaire de type II et 11,5 % présentent un trouble bipolaire subsyndromique de type V ,contre 0,4 % en population générale féminine .Dans la population générale, Hudson et al. ont retrouvé une prévalence d'anorexie mentale de 0,6 % et une prévalence de trouble bipolaire de 3 % chez les anorexies mentales chez 9282 sujets de plus de 18 ans aux États-Unis.[111]

D'autre part, les patients bipolaires présentent des perturbations du sommeil et des rythmes circadiens durant les épisodes aigus mais également au cours des phases de rémission marquées par des anomalies de la qualité et de la quantité du sommeil, et une plus grande variabilité des rythmes veille/sommeil. Ces patients souffrent très fréquemment de troubles du sommeil comorbides : insomnie chronique, hypersomnolence, retard de phase, syndrome d'apnées–hypopnées

obstructives du sommeil (SAHOS). Ces troubles favorisent les rechutes thymiques, altèrent le fonctionnement cognitif, diminuent la qualité de vie, favorisent une prise de poids et l'apparition d'un syndrome métabolique.[112]

Les troubles de l'endormissement et les troubles alimentaires de type anorexie/perte de poids non organique sont les plus fréquemment retrouvés dans l'étude menée par SCHOENBERGER.M et al. ..[17]

Pour I. EL ABBAS et al. , Les troubles du sommeil ont été retrouvés chez 98% des patients, à type d'insomnie dans 100% des cas. Les perturbations de l'appétit ont été notées dans 39% des cas , prédominés par le refus alimentaire retrouvé chez 26% des patients. [62]

7.4 Symptômes de retrait social

On a retrouvé (60%) d'enfants timides., (22%) repliés sur eux-mêmes. Un seul patient (2%) avait tendance à être rejeté. Selon Schoenberger .M et al. le retrait et l'isolement social sont majoritaires (jusqu'à 50% des patients), et la fréquence de la réticence ou du refus de contact (aux alentours de 20%)[17] . l'étude rétrospective d'EGELAND et al. de rapporte un retrait social (13%) et une timidité (13%) [107].

D'après nos résultats et les données de la littérature, il semble bien qu'il existe une phase prémorbide durant l'enfance marquée de symptômes peu spécifiques et pouvant représenter des marqueurs de vulnérabilité du spectre bipolaire.

8. Apports et limites de l'étude

8.1 Apport de l'étude

Au Maroc, contrairement à d'autres pays, les études concernant l'enfance des patients bipolaires sont très rares. Ce travail nous a donc fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique.

Nous avons pu enquêter un effectif de 50 cas et 100 témoins , ce qui permet une comparaison avec d'autres études internationales similaires qui se sont intéressées à cette thématique.

Ce travail nous a permis entre autre de repérer les facteurs prédictifs du TB, de soulever les signes observés à l'enfance pourront évoquer le développement ultérieur du TB à l'âge adulte .

8.2. Limites et difficultés de l'étude

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées dans ce travail de thèse :

Un grand nombre de facteurs périnataux n'a pas été étudié puisque, dans la majorité des cas, la grossesse n'était pas suivie et l'accouchement a eu lieu à domicile. Des études de grande envergure pour détecter des expositions moins courantes et utilisant des expositions prospectives basés sur des biomarqueurs sont nécessaires à l'avenir.

La comparaison avec le groupe contrôle concernant les facteurs périnataux développementaux et d'adaptation sociale et comportementale aurait apporté un indice statistique supérieur dans le repérage des symptômes à risque d'évolution vers le trouble bipolaire.

Nous pouvons également évoquer un biais de sélection : notre échantillon est composé d'une population ayant consulté ou hospitalisée en psychiatrie, donc qui

présentait des symptômes avec un retentissement fonctionnel plus ou moins important.

Il est impératif de mentionner le biais de mémorisation, tant que le questionnaire et LCE portent sur les données de l'enfance et donc les informations recueillies concernent des événements passés. D'autre part, les cas et les témoins se souviennent avec une acuité différente de leur enfance.

Le travail a été fait seulement au niveau du service universitaire psychiatrique. Il ne pourrait donc pas être considéré comme représentatif de la bipolarité dans notre contexte.

RECOMMANDATIONS

Au sein de notre échantillon ,nous avons décrit les manifestations cliniques du trouble durant l'enfance , ses imbrications de comorbidité avec des manifestations psychopathologiques fréquentes tel le TDAH, ce qui nous a permis d'esquisser les prodromes et les indicateurs de risque. Selon la présentation de ces indicateurs, on peut établir plusieurs degrés de risque clinique.

L'irritabilité, l'impulsivité, l'hyperactivité, l'agressivité, les troubles anxieux, la tendance à fuguer ou à avoir de mauvaises fréquentations , la distractibilité et les troubles du sommeil figurent parmi les prodromes les plus fréquents. Dans le même sens , les troubles thymiques à versant dépressif, la labilité émotionnelle, le trouble oppositionnel avec provocation et les difficultés scolaires constituent des signes d'alerte à l'intention du médecin.

En présence d'une clinique de suicidalité, d'abus de toxiques (cannabis, alcool), de troubles graves des conduites et actes de vandalisme ,ou de certains symptômes psychotiques, dans un contexte d'antécédents familiaux significatifs, le pédopsychiatre ne devrait plus hésiter à poser le diagnostic et initier un traitement pharmacologique adapté avec les mesures psychothérapeutiques et d'encadrement familial indispensables dans ces situations.

D'autre part ,les facteurs de risque familiaux semblent des paramètres à incriminer dans la genèse du trouble. On a noté un environnement familial dysfonctionnel . Il s'avère nécessaire de faire des analyses dyadiques qui pourraient prendre en compte la famille comme entité clinique afin de mieux saisir les modifications au niveau de la dynamique familiale et pas uniquement en observant d'un côté les patients et de l'autre sa famille. Ainsi, les prises en charge familiales incluant à la fois le patient et sa famille seraient bénéfiques pour la prise en charge au long cours.

On peut aussi affirmer que le clinicien devrait être particulièrement attentif lorsque des symptômes prodromiques surgissent chez des enfants ou adolescents issus de familles à haut risque (deux parents, la mère particulièrement ou la fratrie), et ceci d'autant plus si la clinique est évocatrice. La psychoéducation et le travail sur les relations interpersonnelles associés à la régulation des rythmes biologiques ainsi que les thérapies cognitives et comportementales seraient également efficaces.

En dernier lieu, Le dépistage du trouble bipolaire doit être systématique dans des sous-populations à risque comme les patients présentant un épisode dépressif majeur (EDM) , des antécédents familiaux de trouble bipolaire, les patients à risque suicidaire et les patients présentant une addiction. Dans ces groupes à risque il est recommandé d'utiliser des questionnaires de dépistage comme le MDQ (Mood Disorder Questionnaire).

PERSPECTIVES

Premièrement notre échantillon est de petite taille (N=50). Afin de refléter la population le mieux possible, que les résultats soient statistiquement significatifs et une conclusion fiable peut être tirée, un élargissement de la taille de l'échantillon serait souhaitable. L'objectif étant d'obtenir une vue représentative sur un nombre de variables ou propositions dans la population cible.

De surcroît, une étude comparative avec l'enfance des patients schizophrènes est en cours de réalisation. Les données les plus récentes en matière de recherche en psychiatrie, constatant le flou entourant les limites diagnostiques de la schizophrénie et du trouble bipolaire, tendent vers un modèle dimensionnel de la psychose. L'existence de formes intermédiaires et de symptômes communs aux deux grandes entités remet en question une catégorisation stricte.

L'instabilité diagnostique, aujourd'hui largement documentée, nous autorise donc à poser les questions suivantes : quels sont les facteurs pouvant déterminer, chez un même individu, la survenue d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire ? Existe-t-il un continuum physiopathologique entre la schizophrénie et le trouble bipolaire ?

Enfin, des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer des prodromes plus spécifiques au niveau individuel, familial et contextuel. Les recherches rétrospectives effectuées, ces dernières années, pourraient être complétées par des études prospectives sur des enfants à haut risque c'est-à-dire issus de parents atteints du spectre bipolaire, qui seront peut-être l'objet d'un prochain travail.

CONCLUSION

L'étude dimensionnelle des phases précoces des troubles affectifs a permis la mise en évidence de symptômes variés présents dès l'enfance de notre population. Notre abord dimensionnel repère dès l'enfance de nombreux traits psychopathologiques.

Cette approche permet de faire remonter le début de la maladie à l'enfance, voire même à la conception si l'on considère qu'une composante génétique est à la base du processus. Il faut donc relativiser cette notion de début précis de la maladie. La notion d'un continuum dimensionnel évolutif mis en évidence par notre travail nous permet néanmoins de pointer l'émergence plus ou moins précoce de certaines dimensions. Même si manquant de spécificité à l'heure actuelle, leur présence peut éclairer le thérapeute sur le risque, non négligeable pour certains, de développer le trouble bipolaire afin de mettre en œuvre tous les moyens adaptés dans le cadre d'une prise en charge des difficultés.

Durant l'enfance, ces symptômes s'intègrent à la description de la phase prémorbide des troubles du spectre bipolaire et représentent de véritables marqueurs de vulnérabilité de la pathologie. Les symptômes mis en exergue constituent des prodromes variés, parmi lesquels les symptômes thymiques, comportementaux, fonctionnels et la labilité émotionnelle les symptômes apparaissent comme étant les plus prédictifs d'une évolution vers un trouble du spectre bipolaire.

Cependant, les symptômes manifestés durant ces phases restent, en l'état actuel de nos connaissances, ni suffisamment caractéristiques, ni suffisamment spécifiques pour donner lieu à des recommandations générales en matière de prévention secondaire de la pathologie.

En outre, il reste qu'à un niveau individuel, l'association d'antécédents familiaux importants de troubles du spectre bipolaire et de symptômes affectifs précoces

justifie une intervention spécialisée, d'autant plus si une labilité émotionnelle est retrouvée.

Les arguments développés dans notre étude montrent donc la nécessité d'étendre des stratégies d'intervention précoce aux troubles du spectre bipolaire et l'importance de les adapter aux caractéristiques particulières de ces troubles. Pour ce faire, il est indispensable d'améliorer les connaissances sur les caractéristiques cliniques des premiers épisodes maniaques chez les enfants et les adolescents, en clarifiant notamment la notion de « trouble bipolaire précoce ».

RESUME

RESUME

Les troubles bipolaires comptent parmi les pathologies les plus invalidantes selon l’OMS. Décrits initialement chez l’adulte, les premiers symptômes prédictifs surviendraient aussi, selon les récents travaux dès l’enfance. Ainsi , L’enfance de l’adulte bipolaire fait l’objet d’un intérêt croissant et permettrait à l’avenir d’établir des stratégies préventives efficaces.

objectifs : Cette étude décrit sous un abord dimensionnel la clinique de l’enfance d’une population d’adultes bipolaires afin de repérer les antécédents prémorbides de la vie infantile, caractériser la phase précoce de la maladie et susciter des recommandations précises de dépistage et de prise en charge.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude cas-témoins auprès de patients hospitalisés au service ou suivis en consultation psychiatrique de l’hôpital Ibn Al Hassan de Fès et de témoins recrutés parmi les visiteurs. Le recueil des données était prospectif, portant sur une période de 6 mois à travers un hétéro-questionnaire et des échelles d’évaluation : Liste de comportements pour enfants (LCE) , (mini international neuropsychiatric interview) MINI, l’échelle d’évaluation globale du fonctionnement (EGF) et l’abrégé de Connors version parents.

Résultats : 50cas et 100 témoins répondaient aux critères d’inclusion. La clinique de l’enfance se caractérise par plusieurs dimensions : fonctionnelle, cognitive, d’impulsivité ,hyperactivité ,irritabilité ,thymique, négative, d’anxiété et positive. L’analyse a permis de dégager les résultats suivants : L’âge moyen des cas et des témoins était respectivement de 25 ans +/- 4,1563 et 26+/- 4 . La majorité des

patients était célibataire (56%) sans profession (42%) et de bas niveau socio-économique(93.3%). (52%) étaient recrutés parmi les patients hospitalisés au service. (28%) avaient des antécédents familiaux de Trouble Bipolaire . L'environnement familial stressant a été retrouvé chez (74%) des patients. La quasi majorité a expérimenté des traumatismes durant l'enfance. Concernant le caractère des parents ,88% étaient dominants,76% froids 56% rigides et 54% agressifs.La plupart de nos patients sont nés en période printanière. 70% d'entre eux sont nés en milieu urbain. L'évaluation du comportement par la LCE a montré que la totalité avaient un trouble du comportement versus 6% chez le groupe contrôle .L'abrégé de CONNERS version parents a révélé (24%) d'entre eux avaient un score fortement évocateur de TDAH. Les manifestations cliniques retrouvées s'intègrent dans une phase de vulnérabilité dans laquelle prédominent les troubles anxieux, thymiques ,les symptômes comportementaux et d'impulsivité.

A noter que les troubles de sommeil , de conduite alimentaire prévalent également durant cette phase prémorbide.

Enfin, les résultats étaient statistiquement significatifs entre la forme clinique et le rendement scolaire ,l'âge de début et la distractibilité, entre la sévérité du trouble et les troubles du langage ainsi que la consommation de substances .On a noté également une corrélation significative entre la sévérité du trouble et l'hyperactivité , la tendance à fuguer et à avoir de mauvaises fréquentations.

Le continuum mis en évidence pointe l'émergence plus ou moins précoce de certaines dimensions au cours du développement des futurs sujets bipolaires. Même si manquant de spécificité à l'heure actuelle, leur présence peut éclairer le thérapeute sur le risque de développer le trouble afin de mettre en œuvre les moyens adaptés pour une prise en charge globale.

SUMMARY

Bipolar disorder is one of the most debilitating conditions according to the WHO. Initially described in adults, the first predictive symptoms would also occur, according to recent work from childhood. Thus, the childhood of the bipolar adult is the subject of increasing interest and would allow in the future to establish effective preventive strategies.

Objectives : This study describes in a first-dimensional way the childhood clinic of a bipolar adult population in order to identify the premorbid history of childhood life, characterize the early phase of the disease and elicit specific recommendations from screening and care.

Methodology: We conducted a case-control study of patients hospitalized in the ward or followed in psychiatric consultations at the Ibn Al Hassan Hospital in Fez and witnesses recruited from among the visitors. The data collection was forward-looking, covering a 6-month period through a hetero-questionnaire and assessment scales: Children's Behaviour List (CBCL), (mini international neuropsychiatric interview) MINI, Global Assessment of Functioning (GAF) and Conners' Abbreviated Parent Questionnaire.

Results: 50 cases and 100 controls met the inclusion criteria. The childhood clinic is characterized by several dimensions: functional, cognitive, impulsivity, hyperactivity, irritability, thymic, negative, anxiety and positive. The analysis revealed the following results: The average age of the cases and controls was 25 years +/- 4,1563 and 26 +/- 4, respectively. The majority of patients were single (56%) with no occupation (42%) and low socioeconomic status (93.3%). (52%) were recruited from

hospitalized patients. (28%) had a family history of Bipolar Disorder. The stressful home environment was found in 74% of patients. Nearly the majority experienced trauma during childhood. About the character of the parents, 88% were dominant, 76% cold 56% rigid and 54% aggressive. Most of our patients were born during the spring. 70% of them were born in urban areas. The behavioral evaluation by the LCE showed that all had a behavioral disorder versus 6% in the control group. The parent version of CONNERS abbreviated revealed (24%) of them had a strongly suggestive ADHD score . The clinical manifestations found are part of a phase of vulnerability in which anxiety disorders, mood disorders, behavioral symptoms and impulsivity predominate.

It should be noted that sleep disorders and eating disorders also prevail during this premorbid phase.

Finally, the results were statistically significant: between clinical form and academic performance, age of onset and distractibility, severity of the disorder and language disorders as well as substance use. A significant correlation was also found between the severity of the disorder and the hyperactivity, the tendency to run away and to have bad frequentations.

The highlighted continuum points to the more or less early emergence of certain dimensions during the development of future bipolar subjects. Although lacking specificity at present, their presence can enlighten the therapist on the risk of developing the disorder in order to implement the appropriate means for comprehensive care.

ملخص

تعد الاضطرابات ثنائية القطب من بين أكثر الأمراض المسببة للعجز وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، والتي ظهرت في البداية لدى البالغين. لكن حسب للأبحاث الأخيرة هناك أعراض أولية منذ الطفولة. وهكذا، كانت طفولة الشخص البالغ المصاب بداء ثنائي القطب موضع اهتمام متزايد وسوف تسمح في المستقبل بوضع استراتيجيات وقائية فعالة

الاهداف: تصف هذه الدراسة طفولة المصابين بالبالغين باضطراب ثنائي القطب في إطار نهج للأبعاد للتعرف على السوابق المرضية في مرحلة الطفولة ، و وصف المرحلة المبكرة للمرض لاستنباط توصيات محددة للفحص والعلاج

المنهجية: أجرينا دراسة لمراقبة الحالات للمرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفى أو يخضعون لاستشارة نفسية في مستشفى ابن الحسن في فاس وشهود عيان تم اختيارهم من بين الزوار. كان جمع البيانات متوقعاً ، حيث يغطي فترة 6 أشهر من خلال استبيان مغاير ومقاييس تصنيف: قائمة بسلوكيات الأطفال (LCE) ، (مقابلة دولية مصغرة حول الطب النفسي العصبي MINI) ، مقياس التصنيف الأداء العالمي (EGF) كونيرس نسخة الوالدين الملخص

النتائج: 50 حالة و 100 الضوابط حققت معايير الاشتمال. تتميز عيادة الطفولة بعدة أبعاد: وظيفية ، إدراكية ، اندفاعية ، فرط نشاط ، تهيج ، زعتر ، سلبي ، قلق وإيجابي. كشف التحليل النتائج التالية: كان متوسط عمر الحالات والضوابط 25 سنة + / - 4،1563 و 26 + / - 4 ، على التوالي. غالبية المرضى كانوا عازبين (56٪) بدون وظيفة (42٪) وضعف اجتماعي اقتصادي (93.3٪). (52٪) تم تجنيدهم من المرضى في المستشفى. (28٪) لديهم تاريخ عائلي من الاضطراب الثنائي القطب. تم العثور على بيئة المنزل المجهدة في 74٪ من المرضى. ما يقرب من الغالبية تعرضوا لصددمات أثناء الطفولة. حول شخصية الوالدين ، كان 88٪ المهيمنة ، 76٪ الباردة 56٪ جامدة و 54٪ عدوانية ، ولد معظم مرضانا خلال فصل الربيع. ولد 70٪ منهم في المناطق الحضرية. أظهر التقييم السلوكي من قبل LCE أن جميعهم يعانون من اضطراب سلوكي مقابل 6٪ في المجموعة الضابطة ، أما النسخة الأصلية من CONNERS المختصرة فقد كشفت (24٪) منهم عن درجة ADHD توحى بشدة . المظاهر السريرية الموجودة هي جزء من مرحلة الضعف التي تسود فيها اضطرابات القلق ، واضطرابات المزاج ، والأعراض السلوكية ، والاندفاع. تجدر الإشارة إلى أن اضطرابات النوم واضطرابات الأكل تسود أيضاً خلال هذه المرحلة المبكرة. أخيراً ، كانت النتائج ذات دلالة إحصائية: بين الشكل السريري والأداء الأكاديمي ، وعمر البدء والتشتت ، وشدة الاضطراب واضطرابات اللغة ، وكذلك تعاطي المخدرات. شدة الاضطراب وفرط النشاط ، والميل إلى الهرب والتكرار السيئ

تجدر الإشارة إلى أن اضطرابات النوم واضطرابات الأكل تسود أيضاً خلال هذه المرحلة المبكرة. أخيراً ، كانت النتائج ذات دلالة إحصائية: بين الشكل السريري والأداء الأكاديمي ، وعمر البدء والتشتت ، وشدة الاضطراب واضطرابات اللغة ، وكذلك تعاطي المخدرات. شدة الاضطراب وفرط النشاط ، والميل إلى الهرب والحصول على مواعيد سيئة

تشير الاستمرارية الموضحة إلى ظهور مبكر أو أبكر لأبعاد معينة أثناء تطوير موضوعات ثنائية القطب في المستقبل. على الرغم من افتقارهم للخصوصية في الوقت الحالي ، فإن وجودهم يمكن أن يثير المعالج حول خطر الإصابة بالاضطراب من أجل تنفيذ الوسائل المناسبة للرعاية الشاملة

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] K. M'Bailara, I. Minois, L. Zanouy, et al. L'éducation thérapeutique : un levier pour modifier les perceptions du trouble bipolaire chez les aidants familiaux. *L'encéphale* . Vol. 45 – N° 3 June 2019 – p. 239–244
- [2] Azorin, J.-M. (s.d.). Troubles bipolaires débutants . *L'Encéphale (2010) Supplément 1, S1-S2*.
- [3] E. Fakra, A. Kaladjian, D., Da Fonseca et al. Phase prodromale du trouble bipolaire . *L'Encéphale* Volume 36, Supplement 1, January 2010, Pages s8–s12
- [4] GTNDO (Groupe technique national de définition des Objectifs de la Loi de Santé Publique) Paris: Rapport de la Direction Générale de la santé 2003.
- [5] Ministère de la sante Enquête nationale : prévalence des troubles mentaux dans la population générale en 2003. OMS 2007
- [6] Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR, Weissman M, Reed M, Davies M, et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A general population study. *Am J Psychiatry* 2003;160:178–80.
- [7.] D. Da Fonseca, F. Bat, N. Rouviere, et al. Troubles bipolaires : continuité enfant–adulte ? *L'Encéphale* Vol 36 Supplément 6, December 2010, Pages S173–S1770
- [8] D. Da Fonseca, E. Fakra. Phase prémorbide du trouble bipolaire. *L'Encéphale* 2010 ; Volume 36, Pages s3–s7
- [9] OPEPS (Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé). Le bon usage des médicaments psychotropes. Assemblée Nationale, Rapport N° 3187 ; Sénat. Rapport N° 422. Paris: M. Briot; 2006
- [5''] Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003;73:1336–146
- [10] Rouillon F. et le GEP. Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée. *L'Encéphale* 1992;XVIII:525–35
- [11] N. Richa et al. Les facteurs de risque familiaux influençant le cours et l'évolution du trouble bipolaire : revue de la littérature. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2009) 19, 141–145
- [12] N. Hamdani, P. Gorwood. Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 2006 ; 32 :519–25, cahier 2

- [13] Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the USA: Results from National Comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
- [14] 10] Regier DA, Kaelber CT. The epidemiologic Catchment Area (ECA) program studying the prevalence and incidence of psychopathology. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner Ge, editors. Text book in Psychiatric Epidemiology. New-York: Wiley-Liss; 1995. p. P135-56.
- [15] MARCHAND WR, DILDA V, JENSEN CR. Neurobiology of mood disorders. *Hospital Physician* 2005 ; 43 : 17-26.
- [16] BERNS GS, NEMEROFF CB. The neurobiology of bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2003 ; 123 (1) : 76-84.
- [17] *Schoenberger.M. Clinique des phases pré morbides et pro morbides des troubles du spectre bipolaire : étude rétrospective à propos de 50 cas. Thèse .2013*
- [18] MICHAEL N, ERFURTH A, OHRMANN Pet al. Acute mania is accompanied by elevated glutamate/glutamine levels within the left dorsolateral prefrontal cortex. *Psychopharmacology (Berl)*. Jul 2003 ; 168 (3) : 344-6.
- [19] WARSH J, YOUNG L, LI P. Guanine nucleotide binding (G) protein disturbances. In: Belmaker, R, ed. *Bipolar Affective Disorder in Bipolar medications : mechanisms of action*. Washington DC : American Psychiatric Press, 2000 : 299-329
- [20] FRIEDMAN E, HOAU-YAN-WANG, LEVINSON Det al. Altered platelet protein kinase C activity in bipolar affective disorder, manic episode. *Biol Psychiatry* 1993 ; 33 (7) : 520-5.
- [21]] KIESEPPA T, PARTONEN T, HAUKKA Jet al. High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 (10) : 1814-21.
- [22]] JONES I, KENT L, CRADDOCK N. Genetics of affective disorders. In: McGuffin P, Owen M, Gottesman II, eds. *Psychiatric genetics and genomics*. Oxford : Oxford University Press, 2002 : 211-45
- [23] SHINK E, MORISSETTE J, SHERRINGTON Ret al. A genome-wide scan points to a susceptibility locus for bipolar disorder on chromosome 12. *Mol Psychiatry* 2004 ; 10 (6) : 545-52
- [24] Lasky-Su JA, Faraone SV, Glatt SJ, Tsuang MT: Meta-analysis of the association between two polymorphisms in the serotonin transporter gene and affective disorders. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* 133B(1), 110 - 115 (2005)

- [25] ALDA M, GROF P, GROF E *et al.* Mode of heritance in families of patients with lithium-responsive affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994 ; 90 : 304–10.
- [26] Marc– Louis Bourgeois, Christian Gay, Chantal Henry, & Marc Masson. (2014). *Les Troubles Bipolaires* (Lavoisier). Médecine Sciences Publications
- [26] COHEN AN, HAMMEN C, HENRY RM *et al.* Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004 ; 1 ; 82 (1) : 143–7.
- [27] JOHNSON SL, WINETT CA, MEYER B *et al.* Social support and the course of bipolar disorder. *J Abnorm Psychol* 1999 ; 108 (4) : 558–66.
- [28] F. Rouillon .Epidémiologie du trouble bipolaire, *Annales Médico–Psychologiques* 167 (2009) 793–795
- [[29]. Nathalie Kahalé. L'INFLUENCE DU TROUBLE BIPOLAIRE SUR LES FACTEURS COGNITIFS ET AFFECTIFS CHEZ LE PATIENT ADULTE LIBANAIS. Sciences de l'Homme et Société. Université Saint–Esprit de Kaslik, 2009.Th
- [30] KLEIN M. Mourning and its relation to manic–depressive states. *In* Frankiel RV, ed. *Essential papers on object loss. Essential papers in psychoanalysis.* New York : State University of New York Press, 1994 : 95–122.
- [31] ALLOY LB, ABRAMSON LY, UROSEVIC *Set al.* The psychosocial context of bipolar disorder : Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev*, in press, 2006.
- [32] NEGASH A, KEBEDE D, ALEM A *et al.* Neurological soft signs in bipolar I disorder patients. *J Affect Disord* 2004 ; 80 (2–3) : 221–30
- [33] OLINCY A, MARTIN L. Diminished suppression of the P50 auditory evoked potential in bipolar disorder subjects with a history of psychosis. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 (1) : 43–9.
- [34] Conus P, McGorry PD. First episode mania : a neglected priority for early intervention. *Aust NZJ Psychiatry* 2002 ; 36 :158–172.
- [35] Conus P, Ward J, Hallacn KT *et al.* The proximal prodrome to first episode mania– a new target for early intervention. *BipolarDisord* 2008 ; 10 : 555–565
- [36] [Akiskal AS. Delineating irritable and hyperthymic variants of the cyclothymic temperament. *J Pers Disord* 1992 ; 6 : 326–342
- [37] Chiaroni P, Hantouche EG, Gouvernet J *et al.* The cyclothymic temperament in healthy controls and famillaly at risk individuals for mood disorder endophenotype for genetic studies. *J Affect Disord* 2005 ; 85 : 135–145.

- [38] Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 2005 ; 67 : 1–8.
- [39] Carlson Ga, Youngstrom EA. Clinical implications of pervasive manic symptoms in children. *Biol Psychiatr* 2003 ; 53 : 1050–8
- [40] Axelson D, Birmaher B, Strober M et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 (10) : 1139–48
- [41] Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A et al. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disord* 2005 ; 7 : 483–96.
- [42] Hoza B, Pelham JR. WE, Dobbs J et al. Do boys with attention deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self concepts *J Abnorm Psychol* 2002 ; 11 : 268–78.
- [43] Macfie J, Cicchetti D, Toth SL. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Dev Psychopathol* 2001 ; 13 : 233–54.
- [44] Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 : 1168–76
- [45] Axelson D, Birmaher B, Strober M et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 (10) : 1139–48
- [46] Delbello MP, Carlson GA, Tohen M et al. Rates and predictors of developing a manic or hypomanic episode 1 to 2 years following a first hospitalisation for major depression with psychotic features. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003 ; 13 : 173–86.
- [47] Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor M. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 ; 44 : 846–71
- [48] Wilens TE, Biederman J, Kwon A et al. Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004 ; 43 : 1380–6
- [49] Geller B, Zimmerman B, Williams M et al. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002 ; 12 : 11–25.

- [50] Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 2000 ; 39 : 453–60
- [51] LOPEZ–LARSON MP, DELBELLO MP, ZIMMERMAN ME *et al.* Regional prefrontal gray and white matter abnormalities in bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2002 ; 52 : 93–100.
- [52] WILKE M, KOWATCH RA, DELBELLO MP *et al.* Voxel–based morphometry in adolescents with bipolar disorder first results. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2004 ; 131 : 57–69.
- [53] BRAMBILLA P, NICOLETTI MA, SASSI RB *et al.* Magnetic resonance imaging study of corpus callosum abnormalities in patients with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003 ; 1 ; 54 (11) : 1294–7.
- [54] STRAKOWSKI SM, DELBELLO MP, SAX KW *et al.* Brain magnetic resonance imaging of structural abnormalities in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 (3) : 254–60.
- [55] CHEN YS, AKULA N, DETERA–WADLEIGH SD *et al.* Findings in an independent sample support an association between bipolar affective disorder and the G72/G30 locus on chromosome 13q33. *Mol Psychiatry* 2004 ; 9 : 87–92.
- [56] NOGA JT, VLADAR K, TORREY EF. A volumetric magnetic resonance imaging study of monozygotic twins discordant for bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001 ; 106 (1) : 25–34.
- [57] American Psychiatric Association. DSM–III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1980.
- [58] Pignon B, et al. De « Psychose maniaco–dépressive » à « Troubles bipolaires » : une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. *Ann Med Psychol (Paris)* (2016),
- [59] Bzikha, R. (2015). Etude longitudinale à propos de l'impact du ramadan sur le trouble bipolaire. *Thèse, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès*. Thèse N° 199/15.
- [60] DELBELLO MP, ZIMMERMAN ME, MILLS NP *et al.* Magnetic resonance imaging analysis of amygdala and other subcortical brain regions in adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004 ; 6 : 43–52.

- [61] G. Balsan, M. C. (2016). Les troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence : aspects cliniques.
- [62] I. EL ABBAS, I. T. (2010). Les troubles bipolaires chez l'adulte. UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH
- [63] al., B. P. (s.d.). Anxiety disorders and childhood maltreatment as predictors of outcome in bipolar disorder . *Journal of Affective Disorders* 225 (2018) 337-341.
- [64] Paulina Jaworska-Andryszewska, J. R. (s.d.). Negative experiences in childhood and the development and course of bipolar disorder. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(5): 989-1000 .
- [65] Alloy, L.B., Nusslock, R., Boland, E.M., 2015. The development and course of bipolar spectrum disorders: an integrated reward and circadian rhythm dysregulation model. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 11, 213-250.
- [66] al., N. R. (s.d.). Les facteurs de risque familiaux influençant le cours et l'évolution du trouble bipolaire. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2009) 19, 141-145.
- [67] Mathias Hasse-Sousa, Carolina Petry-Perin, et al Perceived childhood adversities: impact of childhood trauma to estimated intellectual functioning of individuals with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. Vol 274, , April 2019, Pages 345-351
- [68] Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., et al., 2018. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *J. Affect. Disord.* 228 , 41-48
- [69] E.K. Stapp, e. a. (s.d.). Patterns and predictors of family environment among adolescents at high and low risk for familial bipolar disorder . *Journal of Psychiatric Research* 114 (2019) 153-160.
- [70] Tijssen MJA, Van Os J, Wittchen HU, Lieb R, Beesdo K, Wichers M. Risk factors predicting onset and persistence of subthreshold expression of bipolar psychopathology among youth from the community. *Acta Psychiatr Scand.* sept 2010;122(3):255-266.
- [71] Conus P, Ward J, Lucas N, Cotton S, Yung AR, Berk M, et al. Characterisation of the prodrome to a first episode of psychotic mania: results of a retrospective study. *J Affect Disord.* août 2010;124(3):341-345

- [72] Schenkel L, West A, Harral E, Patel N, Pavuluri M. Parentchild interactions in pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychol* 2008;64:422—37
- [73] Bellivier, F., Etain, B., Malafosse, A., Henry, C., Kahn, J.P., Elgrabli-Wajsbrodt, O., Jamain, S., Azorin, J.M., Frank, E., Scott, J., Grochocinski, V., Kupfer, D.J., Gollmard, J.L., Leboyer, M., 2014. Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe. *World. J. Biol. Psychiatry* 5, 369–376.
- [74] al., A. H. (s.d.). Childhood antecedent disorders to bipolar disorder in adults: A controlled study. *Journal of Affective Disorders* 99 (2007) 51–57.
- [75] Gorwood P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, Vol 3, Issue 2, April 2004, Pages 182–193
- [76] Edman G. et al. Psychiatric Hospitalization in bipolar disorder in Sweden. Abstracts for Poster Session II / European Psychiatry, 2008; 23: S192–S303.
- [77] Henin A, Biederman J, Mick E, Hirshfeld-Becker DR, Sachs GS, Wu Y, et al. Childhood antecedent disorders to bipolar disorder in adults: a controlled study. *J Affect Disord.* avr 2007;99(1–3):51–57
- [78] Duffy A, Alda M, Hajek T, Sherry SB, Grof P. Early stages in the development of bipolar disorder. *J Affect Disord.* févr 2010;121(1–2):127–135
- [79] Duffy A. The early natural history of bipolar disorder: what we have learned from longitudinal high-risk research. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* août 2010;55(8):477–485
- [80] F. Kazour, C. Awaida, L. Souaiby, et al. Recherche d'association entre abus de cannabis et bipolarité : étude sur un échantillon de patients hospitalisés pour un trouble bipolaire. *Encéphale* Vol 44. Issue 1. February 2018, Pages 14–21
- [81] Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirshfeld, R.M., Petukhova, M., Kessler, R.C., 2007. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry.* 64, 543–552
- [82] Ciro Marangoni, M. H. (s.d.). The role of Environmental Exposures as Risk Factors for Bipolar Disorder: a Systematic Review of Longitudinal Studies. *Journal of Affective Disorders*, 2015.
- [83] Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* American Medical Association; 2010; 67: 841–849.

- [84] Talati A, Bao Y, Kaufman J, Shen L, Schaefer C a, Brown AS. Maternal smoking during pregnancy and bipolar disorder in offspring. *Am J Psychiatry*. 2013; 170: 1178–1185.
- [85] Hamdani N, Daban–Huard C, Lajnef M et al. Relationship between *Toxoplasma gondii* infection and bipolar disorder in a French sample. *J Affect Disord*. 2013; 148: 444–448.
- [86] Roshan Chudal, Andre Sourander et al. Perinatal factors and the risk of bipolar disorder in Finland . *Journal of Affective Disorders* ,Volume 155 ,February 2014, Pages 75–80
- [87] Parker, G.B., Hadzi–Pavlovic, D., Graham, R.K., 2017. Examining for any impact of climate change on the association between seasonality and hospitalization for mania. *J. Affect. Disord*. 208, 431–435
- [88] Denys, A. (26 novembre 2013). *Les troubles bipolaires/ la santé mentale*. Récupéré sur www.asph.be.
- [89] Berk M, Conus P, Lucas N, Hallam K, Malhi GS, Dodd S, et al. Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. nov 2007;9(7):671 –678
- [90] Pierre, E. S. (2014). *Pragmatique du langage et troubles bipolaires*. UNS Orthophonie – Université Nice Sophia Antipolis – Département d'orthophonie. Mémoire pour l'obtention certificat de capacité d'orthophoniste.
- [91] 24. Martin DJ, Smith DJ. Is there a clinical prodrome of bipolar disorder? A review of the evidence. *Expert Rev Neurother*. janv 2013;13(1):89–98.
- [92] 44. Skjelstad DV, Malt UF, Holte A. Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. oct 2010;126(1–2):1–13.
- [93] 61. Rucklidge JJ. Retrospective parent report of psychiatric histories: do checklists reveal specific prodromal indicators for postpubertal–onset pediatric bipolar disorder? *Bipolar Disord*. févr 2008;10(1):56–66.
- [94] Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, et al. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophr Bull*. mai 2007;33(3):703–714.

- [95] Conus P. [First episode of mood disorders: an opportunity for early intervention in bipolar disorders]. *Encephale*. mars 2010;36 Suppl 3:S71–76
- [96] Strober M, Carlson G. Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective followup investigation. *Arch Gen Psychiatry*. mai 1982;39(5):549–555.
- [97] Strober M, Carlson G. Predictors of bipolar illness in adolescents with major depression: a follow-up investigation. *Adolesc Psychiatry*. 1982;10:299–319.
- [98] Berk M, Malhi GS, Mitchell PB, Cahill CM, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, et al. Scale matters: the need for a Bipolar Depression Rating Scale (BDRS). *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(422):39–45.
- [99] Martin DJ, Smith DJ. Is there a clinical prodrome of bipolar disorder? A review of the evidence. *Expert Rev Neurother*. janv 2013;13(1):89–98.
- [100] Negash A, Kebede D, Alem A, Melaku Z, Deyessa N, Shibire T, et al. Neurological soft signs in bipolar I disorder patients. *J Affect Disord*. juin 2004;80(2–3):221–230
- [101] Skjelstad DV, Malt UF, Holte A. Symptoms and behaviors prior to the first major affective episode of bipolar II disorder. An exploratory study. *J Affect Disord*. août 2011;132(3):333–343.
- [102] Metzger J-Y, Roeser C. Questions autour de la place des premiers épisodes psychotiques par rapport aux troubles bipolaires. *Ann Médico-Psychol*. 2006;164:324–328
- [103] Purper-Ouakil D, Michel G, Mouren-Siméoni M-C. [Vulnerability to depression in children and adolescents: update and perspectives]. *Encephale*. juin 2002;28(3 Pt 1):234 –240.
- [104] Bruno Etain, M Lajnef, J Loftus, C Henry, et al. (2016). Association between childhood dimensions of attention deficit hyperactivity disorder and adulthood clinical severity of bipolar disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* Volume 51 Issue 4, April 2017
- [105] al., D. D. (s.d.). Trouble déficitaire de l'attention et/ou trouble bipolaire. *L'encéphale (2014) 40, S23–S26*.
- [106] Ph. Conus, P. (s.d.). Premier épisode thymique : cas particulier de l'intervention dans la phase précoce des troubles bipolaires. *L'Encéphale (2010) Supplément 3, S71–S76*

- [107] Egeland JA, Hostetter AM, Pauls DL, Sussex JN. Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 2000;39(10):1245-1252
- [108] Metzger J-Y, Roeser C. Questions autour de la place des premiers épisodes psychotiques par rapport aux troubles bipolaires. *Ann Médico-Psychol*. 2006;164:324-328
- [109] Fakra E, Kaladjian A, Da Fonseca D, Maurel M, Adida M, Besnier N, et al. [Prodromal phase in bipolar disorder]. *Encephale*. janv 2010;36 Suppl 1:S8-12
- [110] Findling RL, Youngstrom EA, McNamara NK, Stansbrey RJ, Demeter CA, Bedoya D, et al. Early symptoms of mania and the role of parental risk. *Bipolar Disord*. déc 2005;7(6):623-634
- [111] M.Valentin. (s.d.). Troubles bipolaires et anorexie mentale : une étude clinique. *L'encéphale*, Février 2019, Pages 27-33.
- [112] P.A. Geoffroy ·J.-A. Micoulaud Franchi ·R. Lopez, I. Poirot et al. Comment caractériser et traiter les plaintes de sommeil dans les troubles bipolaires ? *L'encéphale* ,Vol 43 – N° 4 P. 363-373 – août 2017

Questionnaire :

Données sociodémographiques :

Sexe : M F

- Age :
- Situation maritale :
 - Célibataire Marié(e)
 - Divorcé(e) veuf (ve)
- Nombre d'enfant :
- Activité professionnelle :
 - Régulière Irrégulière
 - Absente
 - Laquelle :
- Niveau socioéconomique :
 - Revenu personnel mensuel :
 < 2000 dh 2000-5000dh 5000-10.000dh >10.000dh
 - Revenu familial mensuel :
 < 2000 dh 2000-5000dh 5000-10.000dh >10.000dh
- Lieu de résidence :
 - urbain rural
- Vit :
 - Seul Les deux parents Mère
 - Père Sans abri
- Mode de recrutement :
 - Hospitalisé
 - Consultation
- Niveau scolaire :
 - Jamais scolarisé
 - Primaire
 - Secondaire
 - Universitaire

Antécédents Personnels et familiaux

- Antécédents médico-chirurgicaux :
.....
 - Antécédents psychiatriques :
.....
 - Conduites addictives :
 - Abus Dépendance Occasionnel
- Tabac Alcool Cannabis Cocaïne,
Héroïne Anxiolytiques
- Chez les parents :

- Antécédents de tentative de suicide :
 - Nombre :
 - Moyens utilisés :
 - Date de TS la plus récente :
.....
- Antécédents d'automutilations :
 - Nombre :
.....
 - Moyens utilisés :
.....
- Antécédents juridiques :
- Motif d'incarcération :
- **Antécédents psychiatriques Familiaux :**
 - Trouble bipolaire : Père Mère Fratrie
 - Si oui durée entre le diagnostic du trouble chez le parent et son apparition chez le patient :
- Type de TB.....
- Age de début.....
- Dépression : Parents Famille Qui ?...
- Anxiété : Parents Famille
- Schizophrénie : Parents Famille
- Trouble Schizoaffectif : Parents Famille
- Type : dépressif / maniaque
- Autres :

Environnement familial :

- Stressant : Oui non
- Evénements stressants :
 - Deuil : Date ...Durée.... Maladie.....
 - Accidents graves
 - Divorce
 - Catastrophes naturelles
 - séparation
- Violence conjugale
 Oui non
- Niveau élevé de conflits :
 Oui non
- Traumatismes pendant l'enfance :
 - Abus sexuel
 - Maltraitance physique
 - Maltraitance psychique
 - Négligence
 - Abandon
 - Sévices émotionnelles

- Propos verbaux touchant le caractère du patient (reproches, critiques) :
Oui non
- Manque de cohésion et d'expression de soi :
Oui non
- Manque de protection familiale
Oui non
- Expression Emotionnelle (EE) élevée chez les parents :
Oui non
- Attitude surprotectrice des parents :
Oui non
- Caractère :

| | Mère | Père | Autres : |
|-------------------------|------|------|-------------------|
| Agressif | | | |
| Sensible | | | |
| Froid | | | |
| Dominant | | | |
| Rigide | | | |
| Traits de personnalités | | | |
| Irresponsable | | | |

- Autres :

Données concernant le trouble bipolaire :

- Diagnostic du Trouble Bipolaire (DSM5) :
Trouble Bipolaire type I
Trouble Bipolaire type II
Trouble cyclothymique
Cycles rapides
Trouble Bipolaire associé à une autre affection médicale

Trouble Bipolaire induit par un médicament
ou une substance

Trouble Bipolaire non classé ailleurs

- Age de début :
- Ancienneté du Trouble Bipolaire en année :
- 1er épisode : D / M / H / accès psychotique aigu :
- Date des premiers symptômes :
- Date de la première consultation :
- Date de la première hospitalisation :
.....

- Nombre d'hospitalisations :
- Durée cumulative des hospitalisations :
.....jours
- Rythme : / An / 6 mois / 4 mois
- Sensibilité accrue aux Rythmes de vie :
cycle veille-sommeil Saisonnalité
Routine quotidienne Décalage horaire
Rythmes sociaux
- Durée des épisodes :
- Durée entre les épisodes :
- le nombre total des épisodes ...
- Le nombre des épisodes maniaques...hypomaniaques.. et dépressifs...
- Dernier épisode : date.../ type.....
- Facteurs déclenchants des épisodes :
 - Stress intense
 - événements importants (promotion, mariage)
 - Modification rythme de vie (peu de sommeil, vacances)
 - Décès
 - licenciement Retraite
 - Prise médicamenteuse
 - Usage de substance
 - Grossesse
 - Accouchement
 - Autres.....

- Durée de Stabilité :
- Comorbidités associées :
 - Trouble de panique
 - TAG TOC ESPT
 - Phobie sociale
 - TADH

Rubrique 1 : facteurs périnataux

1- Age de la mère à la grossesse ?

.....

2- La grossesse était-elle désirée ?

Oui Non

3- Pathologie maternelle durant la grossesse ?

Oui Non Si oui laquelle :

.....

4- Tabagisme maternel ou abus de substances durant la grossesse ? :

Oui Non

5-Dépression maternelle au cours de la grossesse ?

Oui Non

6-Carences nutritionnelles durant la grossesse ?

Oui Non

7-Consommation de médicaments au cours de la grossesse ?

Oui Non Si oui, lesquels :
.....

8-En quel mois la naissance a eu lieu ?

.....

9-Milieu de naissance ?

Rural urbain

10-Sérologie rubéole au cours de la grossesse ?

Positive Négative

11-Notion d'infection néonatale :

Oui Non

12-Grossesse a été menée à terme ?

Oui Non

13-Souffrance fœtale durant l'accouchement

Oui Non

13-Notion de Prématurité ?:

Oui Non

14-Mode d'accouchement ?

Voie basse Voie haute

15 -déroulement normal de l'accouchement :

Oui Non

Si non, préciser : complications
obstétricales.....

17-Poids de naissance ?

.....

18-Réanimation néonatale ?

Oui Non

19-Séjour de l'enfant en incubateur ?

Oui Non

Rubrique 2 : facteurs développementaux

• Développement moteur

1- A quel âge la tenue de la tête était-elle possible ?

.....

2- A quel âge la position assise sans appui était-elle possible ?

.....

3- A quel âge la marche était-elle possible ?

.....

4- Troubles du Développement sphinctérien :
énurésie ? encoprésie ?

oui Non

Si oui âge de début :.....durée.....

Troubles du langage

1- Age de début du langage ?

Age du premier mot : âge de la première phrase :

2- Difficulté à prononcer certains mots ?

Oui Non

3- Manque de vocabulaire à l'enfance ?

Oui Non

4- Difficulté à poursuivre une discussion normale ?

Oui Non

5- Notion de bégaiement ?

Oui Non

6- Trouble d'apprentissage :

Oui Non

Si oui, quel type ?.....

Développement cognitif

1-Scolarisation :

Oui Non

2-Rendement scolaire :

Mauvais moyen bon

3- A redoublé une classe ?

Oui Non
Si oui laquelle :

5-Hyperactivité :

Oui Non
Si oui age de début :.....

6-Tempérament :

Hyperthymique Cylothymique

Rubrique 3 : Facteurs d'adaptation sociale comportementale

• **Socialisation :**

1- Etait timide ?

Oui Non

2-Trop sage ?

Oui Non

3-Manque de confiance en soi :

Oui Non

4-Tendance à être rejeté par les autres

Oui Non

5-Préférence pour les jeux solitaires

Oui Non

6-Replié sur lui-même ?

Oui Non

7-Malheureux, triste ?

Oui Non

8-Peu actif, manque d'énergie ?

Oui Non

9-pleure souvent ?

Oui Non

10-Tentatives de suicide ?

Oui Non

Si oui, spécifier :

11-Troubles du sommeil ?

Oui Non
Si oui, spécifier :

12-S'inquiète ?

Oui Non

11-Se ronge les ongles ?

Oui Non

12-Nerveux, tendu ?

Oui Non

13-Sensibilité au stress élevée

Oui Non

14-Anticipation accrue d'une menace

Oui Non

15-Perturbation de la perception de soi et de l'image corporelle

Oui Non

• **Troubles du comportement**

1-Se dispute souvent ?

Oui Non

2-Détruit des affaires personnelles ou appartenant aux autres ?

3-Trouble oppositionnel avec provocation :

Oui Non

4-Désobéissant à la maison ?

Oui Non

5-Désobéissant à l'école ?

6-Enfreint des règles à la maison ou Ailleurs ?

Oui Non

6-Troubles alimentaires :

Oui Non

Si oui, lequel : hyperphagie ...
Boulimie.....

7-signes de conversion ?

Oui Non

8-Se fait souvent mal, a tendance à avoir des accidents ?

Oui Non

9-Se bagarre souvent ?

Oui Non

10-A de mauvaises fréquentations ?

Oui Non

11-Ment ou triche

Oui Non

12-Frappe ou agresse physiquement les autres ?

Oui Non

13-Fugue de la maison

Oui Non

14-Fume du tabac ou des cigarettes ?

Oui Non

15-Se drogue ?

Oui Non

16. irritable

Oui Non

17. coléreux

Oui Non

18. agressif

Oui Non

19. Distractibilité

Oui Non

20. hyperactif

Oui Non

21.Labilité émotionnelle

Oui Non

22.impulsivité

Oui Non

. L'EGF distingue 10 niveaux de fonctionnement psychosocial :

91 - 100 ↔ Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

81 - 90 ↔ Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille)

71 - 80 ↔ Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire.

61 - 70 ↔ Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

51 - 60 ↔ Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

41 - 50 ↔ Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

31 - 40 ↔ Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école). 21 - 30 ↔ Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis)

. 11 - 20 ↔ Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille

d'excréments) OU altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

1 - 10 ↔ Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale OU geste suicidaire avec attente précise de la mort.

Inventaire de comportements pour enfants (6-18 ans)*

Merci de répondre en lettres capitales et de répondre à toutes les questions.

Nom et prénom de l'enfant :

Sexe de l'enfant : M ou F

Âge de l'enfant :

Date de réponse : Date de naissance :

Niveau scolaire : Si l'enfant ne va pas à l'école, veuillez l'indiquer

Activité professionnelle habituelle des parents, même si cette profession n'est pas actuellement exercée. (Soyez aussi précis que possible ; par exemple, spécifiez : mécanicien auto, professeur de collège, ouvrier tourneur, femme au foyer, vendeur de chaussures, sergent dans l'armée, etc.)

Pour le père :

Pour la mère :

Cet inventaire est rempli par (écrivez vos noms et prénoms)

.....
Votre sexe : M ou F

Votre type de parenté avec l'enfant :

Parent biologique Beau-parent Grands-parents
Parent adoptif Parent de famille d'accueil Autres

Répondez à cet inventaire en vous fondant sur votre propre avis au sujet du comportement de votre enfant, même si cet avis n'est pas partagé avec d'autres personnes. N'hésitez pas à écrire des commentaires à côté de chaque comportement ou dans l'espace réservé pour cela plus loin. Vérifiez que vous avez répondu à toutes les questions.

3. Énumérer les organismes, clubs, équipes ou groupes auxquels votre enfant appartient.

Par exemple : scouts, associations sportives, clubs d'échecs, troupe de théâtre, etc.

| | Par rapport aux autres enfants de son âge, quelle est sa participation ? | | | |
|-------------|--|--------------|--------------|-------------|
| | Ne sait pas | Moins active | Aussi active | Plus active |
| Aucun | | | | |
| a. | | | | |
| b. | | | | |
| c. | | | | |

4. Veuillez indiquer les petits travaux que votre enfant fait.

Par exemple : distribution de journaux, gardes d'enfants, faire son lit, travailler dans un magasin, etc. (considérez aussi bien les travaux bénévoles que ceux rétribués).

| | Par rapport aux autres enfants de son âge, comment mène-t-il (elle) ces travaux à bien ? | | | |
|-------------|--|-------------------|-------------------|--------------|
| | Ne sait pas | Moins bien qu'eux | Aussi bien qu'eux | Mieux qu'eux |
| Aucun | | | | |
| a. | | | | |
| b. | | | | |
| c. | | | | |

5.1. Environ combien d'ami(e)s proches ou intimes votre enfant a-t-il ? (Ne pas compter les frères et sœurs)

..... Aucun 1 2 ou 3 4 ou plus

5.2. En dehors des heures scolaires, environ combien de fois par semaine votre enfant fait-il quelque chose avec des ami(e)s ou des camarades ? (Ne pas compter les frères et sœurs)

..... Moins que 1 1 ou 2 3 ou plus

6. Par rapport aux autres enfants de son âge, comment votre enfant...

| | Moins bien | A peu près pareil | Mieux |
|---|------------|-------------------|-------|
| a. S'entend-il avec ses frères et sœurs ? | | | |
| b. S'entend-il avec les autres enfants ? | | | |

Quand ces problèmes ont-ils commencé ?

Ces problèmes sont-ils terminés ? NON

..... OUI, depuis quand ?

Est-ce que votre enfant a une maladie ou un handicap (physique ou mental) ?

..... NON

..... OUI, décrivez :

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus à son sujet ?

Indiquez les aspects les plus positifs de votre enfant :

Vous trouverez, ci-dessous, une liste de comportements qui décrivent les enfants et les jeunes. Répondez en vous fondant sur le comportement *actuel* de votre enfant - ou observé au cours des six derniers mois. Marquez 2 si le comportement décrit est très vrai ou souvent vrai. Entourez le 1, si le comportement est parfois ou un peu vrai. Si le comportement n'est pas vrai pour votre enfant, entourez le 0. Merci de donner une réponse pour tous les comportements, du mieux que vous pourrez, même si certains ne semblent pas s'appliquer à votre enfant.

| | 0 = Pas vrai (à votre connaissance) | 1 = A peu près vrai ou parfois vrai | 2 = Très vrai ou souvent vrai |
|--|--|--|----------------------------------|
| 1. A des comportements trop jeunes pour son âge | 0 | 1 | 2 |
| 2. Bois de l'alcool sans autorisation parentale (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 3. Se dispute souvent | 0 | 1 | 2 |
| 4. N'arrive pas à terminer ce qu'il (elle) commence | 0 | 1 | 2 |
| 5. Il (elle) prend plaisir à peu de chose | 0 | 1 | 2 |

| | 0 = Pas vrai [à votre connaissance] | 1 = A peu près vrai ou parfois vrai | 2 = Très vrai ou souvent vrai |
|--|--|--|----------------------------------|
| 6. Évacue ses selles sans aller aux toilettes | 0 | 1 | 2 |
| 7. Se vante, est prétentieux(se) | 0 | 1 | 2 |
| 8. Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps | 0 | 1 | 2 |
| 9. Ne peut pas enlever certaines pensées de son esprit, est obsédé(e) par certaines idées (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 10. Ne peut pas rester assis(e) tranquille, est agité(e) ou hyperactif(ive) | 0 | 1 | 2 |
| 11. Se cramponne aux adultes ou est trop dépendant(e) | 0 | 1 | 2 |
| 12. Se plaint de la solitude | 0 | 1 | 2 |
| 13. Ne sait plus où il (elle) en est, ou est confus(e) | 0 | 1 | 2 |
| 14. Pleure souvent | 0 | 1 | 2 |
| 15. Cruel(le) avec les animaux | 0 | 1 | 2 |
| 16. Cruel(le), tyrannique ou mesquin(e) avec les autres | 0 | 1 | 2 |
| 17. Rêve ou semble perdu(e) dans ses pensées | 0 | 1 | 2 |
| 18. Se fait mal délibérément ou a fait des tentatives de suicide | 0 | 1 | 2 |
| 19. Demande beaucoup d'attention | 0 | 1 | 2 |
| 20. Détruit ses affaires personnelles | 0 | 1 | 2 |
| 21. Détruit des choses appartenant à sa famille ou aux autres | 0 | 1 | 2 |
| 22. Désobéissant(e) à la maison | 0 | 1 | 2 |
| 23. Désobéissant(e) à l'école | 0 | 1 | 2 |
| 24. Ne mange pas bien | 0 | 1 | 2 |
| 25. Ne s'entend pas bien avec les autres enfants | 0 | 1 | 2 |
| 26. Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit(e) | 0 | 1 | 2 |

| | 0 = Pas vrai (à votre convenance) | 1 = A peu près vrai ou parfois vrai | 2 = Très vrai ou souvent vrai |
|---|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| 27. Facilement jaloux | 0 | 1 | 2 |
| 28. Enfreint des règles à la maison, à l'école ou ailleurs | 0 | 1 | 3 |
| 29. A peur de certains animaux, de situations ou lieux autres que l'école (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 30. Redoute d'aller à l'école | 0 | 1 | 2 |
| 31. Craint d'avoir de mauvaises pensées ou de faire du mal | 0 | 1 | 2 |
| 32. Estime qu'il (elle) devrait être parfait(e) | 0 | 1 | 2 |
| 33. A l'impression ou se plaint que personne ne l'aime | 0 | 1 | 2 |
| 34. A l'impression que les autres lui veulent du mal | 0 | 1 | 2 |
| 35. S'estime bon(ne) à rien ou inférieur(e) | 0 | 1 | 2 |
| 36. Se fait souvent mal, a tendance à avoir des accidents | 0 | 1 | 2 |
| 37. Se bagarre souvent | 0 | 1 | 2 |
| 38. Se fait souvent taquiner | 0 | 1 | 2 |
| 39. A de mauvaises fréquentations | 0 | 1 | 2 |
| 40. Entend des bruits ou des voix qui n'existent pas (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 41. Impulsif(ve) ou agit sans réfléchir | 0 | 1 | 2 |
| 42. Préférerait être seul(e) plutôt qu'en compagnie des autres | 0 | 1 | 2 |
| 43. Ment ou triche | 0 | 1 | 2 |
| 44. Se ronge les ongles | 0 | 1 | 2 |
| 45. Nerveux(se), très sensible ou tendu(e) | 0 | 1 | 2 |
| 46. A des mouvements nerveux ou des tics (décrivez) | 0 | 1 | 2 |

| | 0 - Pas vrai (à votre connaissance) | 1 - À peu près vrai ou parfois vrai | 2 - Très vrai ou souvent vrai |
|--|--|--|----------------------------------|
| 47. Fait des cauchemars | 0 | 1 | 2 |
| 48. N'est pas aimé(e) par les autres enfants | 0 | 1 | 2 |
| 49. Constipé(e), ne va pas à la selle | 0 | 1 | 2 |
| 50. Trop peureux(e) ou anxieux(se) | 0 | 1 | 2 |
| 51. A des vertiges ou des étourdissements | 0 | 1 | 2 |
| 52. Se sent facilement coupable | 0 | 1 | 2 |
| 53. Mange trop | 0 | 1 | 2 |
| 54. Excessivement fatigué(e) sans bonne raison | 0 | 1 | 2 |
| 55. Est trop gros(se) | 0 | 1 | 2 |
| 56. A des problèmes physiques sans cause médicale connue : | | | |
| a. Douleurs diverses (sauf maux de ventre ou de tête) | 0 | 1 | 2 |
| b. Maux de tête | 0 | 1 | 2 |
| c. Nausées, envies de vomir | 0 | 1 | 2 |
| d. Aux yeux (autres que ceux corrigés par des lunettes) (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| | | | |
| e. Éruptions ou autres problèmes de peau | 0 | 1 | 2 |
| f. Maux de ventre ou crampes | 0 | 1 | 2 |
| g. Vomissements | 0 | 1 | 2 |
| h. Autres (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 57. Frappe ou agresse physiquement les autres | 0 | 1 | 2 |
| 58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache les peaux ou se gratte d'autres parties du corps (décrivez) | 0 | 1 | 2 |

0 = Pas du tout
(à votre convenance)

1 = A peu près vrai
(à votre convenance)

2 = Très vrai
(à votre convenance)

| | | | |
|--|---|---|---|
| 59. Joue avec son sexe en public | 0 | 1 | 2 |
| 60. Joue trop avec ses parties sexuelles | 0 | 1 | 2 |
| 61. A de mauvais résultats scolaires | 0 | 1 | 2 |
| 62. A des mouvements mal coordonnés ou est maladroit(e) | 0 | 1 | 2 |
| 63. Préfère jouer avec des enfants plus âgés | 0 | 1 | 2 |
| 64. Préfère être avec des enfants plus jeunes | 0 | 1 | 2 |
| 65. Refuse de parler | 0 | 1 | 2 |
| 66. Répète sans cesse certains actes ; a des comportements compulsifs (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 67. Fugue de la maison | 0 | 1 | 2 |
| 68. Crie beaucoup | 0 | 1 | 2 |
| 69. Secret(ète), garde des choses pour lui(elle)-même | 0 | 1 | 2 |
| 70. Voit des choses qui n'existent pas (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 71. Embarrassé(e) ou facilement mal à l'aise | 0 | 1 | 2 |
| 72. Met le feu | 0 | 1 | 2 |
| 73. Problèmes sexuels (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 74. Fait son intéressant(e), le pitre | 0 | 1 | 2 |
| 75. Trop timide ou réservé(e) | 0 | 1 | 2 |
| 76. Dort moins que la plupart des autres du même âge | 0 | 1 | 2 |
| 77. Dort plus que la plupart des autres du même âge durant le jour et/ou la nuit (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 78. Inattentif(ve) ou facilement distrait(e) | 0 | 1 | 2 |

0 - Pas du tout
(à votre discrétion)

1 - À peu près, mais
pas toujours

2 - Très souvent
ou tout le temps

| | | | |
|--|---|---|---|
| 79. Problèmes d'élocution ou de prononciation (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 80. A le regard dans le vague | 0 | 1 | 2 |
| 81. Vole à la maison | 0 | 1 | 2 |
| 82. Vole ailleurs qu'à la maison | 0 | 1 | 2 |
| 83. Accumule beaucoup trop de choses dont il (elle) n'a pas besoin (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 84. A un comportement étrange (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 85. A des idées bizarres (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 86. Têtu(e), renfrogné(e) ou irritable | 0 | 1 | 2 |
| 87. Montre des changements soudains de l'humeur et d'émotions | 0 | 1 | 2 |
| 88. Boude beaucoup | 0 | 1 | 2 |
| 89. Méfiant | 0 | 1 | 2 |
| 90. Dir des gros mots ou des obscénités | 0 | 1 | 2 |
| 91. Parle de se tuer | 0 | 1 | 2 |
| 92. Parle ou marche durant son sommeil (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 93. Parle trop | 0 | 1 | 2 |
| 94. Taquine beaucoup | 0 | 1 | 2 |
| 95. Fait des crises de colère ou s'emporte facilement | 0 | 1 | 2 |
| 96. Pense beaucoup trop aux questions sexuelles | 0 | 1 | 2 |
| 97. Menace les gens | 0 | 1 | 2 |
| 98. Suce son pouce | 0 | 1 | 2 |
| 99. Fume du tabac ou des cigarettes | 0 | 1 | 2 |

0 = Pas vrai
(à votre connaissance)

1 = À peu près vrai
ou parfois vrai

2 = Très vrai ou
souvent vrai

| | | | |
|---|---|---|---|
| 100. A des problèmes de sommeil (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 101. Fait l'école buissonnière, manque l'école | 0 | 1 | 2 |
| 102. Peu actif(ve), lent(e), ou manque d'énergie | 0 | 1 | 2 |
| 103. Malheureux(se), triste ou déprimé(e) | 0 | 1 | 2 |
| 104. Anormalement bruyant | 0 | 1 | 2 |
| 105. Prend des drogues pour des raisons non médicales (ne pas inclure l'alcool et le tabac) (décrivez) | 0 | 1 | 2 |
| 106. Fait des actes de vandalisme | 0 | 1 | 2 |
| 107. Fait pipi dans sa culotte | 0 | 1 | 2 |
| 108. Fait pipi au lit la nuit | 0 | 1 | 2 |
| 109. Pleurnichard(e) | 0 | 1 | 2 |
| 110. Voudrait bien être de l'autre sexe | 0 | 1 | 2 |
| 111. Replié(e) sur lui(elle)-même, ne se lie pas aux autres | 0 | 1 | 2 |
| 112. S'inquiète | 0 | 1 | 2 |
| 113. Précisez ici toute difficulté présentée par votre enfant et non évoquée dans cette liste | | | |
| | 0 | 1 | 2 |
| | 0 | 1 | 2 |
| | 0 | 1 | 2 |

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE CONNERS POUR LES PARENTS

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Rempli le :

par

mère

père

mère + père

| Observation | Pas du tout | Un petit peu | Beaucoup | Énormément |
|--|-------------|--------------|----------|------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Agité ou très actif | | | | |
| 2. Nerveux, impulsif | | | | |
| 3. Ne finit pas ce qu'il commence | | | | |
| 4. Toujours remuant | | | | |
| 5. Perturbe les autres enfants | | | | |
| 6. Inattentif, facilement distrait | | | | |
| 1. Ses demandes doivent être immédiatement satisfaites, facilement frustré | | | | |
| 8. Pleure souvent et facilement | | | | |
| 9. Changement d'humeur rapide et marqué | | | | |
| 10. Accès de colère, comportement explosif et imprévisible | | | | |

Un score supérieur à 15 peut être considéré pathologique



ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵔⴰⵜ ⵏ ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵉⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵙⴷⵉ ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵉⵎⴰⵎⴻⵔ
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
ⵜⴰⵎⴰⵎⴻⵔⴰⵜ ⵏ ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵉⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵙⴷⵉ ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵉⵎⴰⵎⴻⵔ
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

أطروحة رقم 19/138

سنة 2019

طفولة المرضى المصابين باضطراب ثنائي القطب (بصدد 50 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2019/06/24

من طرف

الآنسة بنيس زينب

المزداة في 1989/04/03 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

طفولة - اضطراب ثنائي القطب - مؤشرات

اللجنة

| | |
|--------|---|
| الرئيس | السيد محمد براحو أستاذ في علم الأوبئة السريري |
| المشرف | السيد رشيد اعوان أستاذ في علم الأمراض النفسية |
| أعضاء | السيدة سميرة الفقير أستاذة في علم الأوبئة السريري |
| | السيدة شادية أعراب أستاذة مبرزة في علم الأمراض النفسية |
| | السيد محسن يساري أستاذ مبرز في علم الأمراض النفسية |