



République algérienne démocratique et populaire
Université KASDI Merbah d'OUARGLA
Faculté de Médecine d'Ouargla
Département de Médecine



**TROUBLE BIPOLAIRE ET TOXICOMANIE : ETUDE DESCRIPTIVE
DE
LA COMORBIDITE ET DE SES CARACTERISTIQUES
CLINIQUES CHEZ LES PATIENTS
HOSPITALISES AU SERVICE PSYCHIATRIE EHS HDEB OUARGLA**

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme docteur en médecine

Présenté par :

**GHILANI ZINEB
OUARGLI SAFA**

Encadré par :

Professeur BAIT Soumiya

Maitre de conférences A en

Psychiatrie Faculté de médecine Ouargla

Année Universitaire
2025-2026

Dédicace :

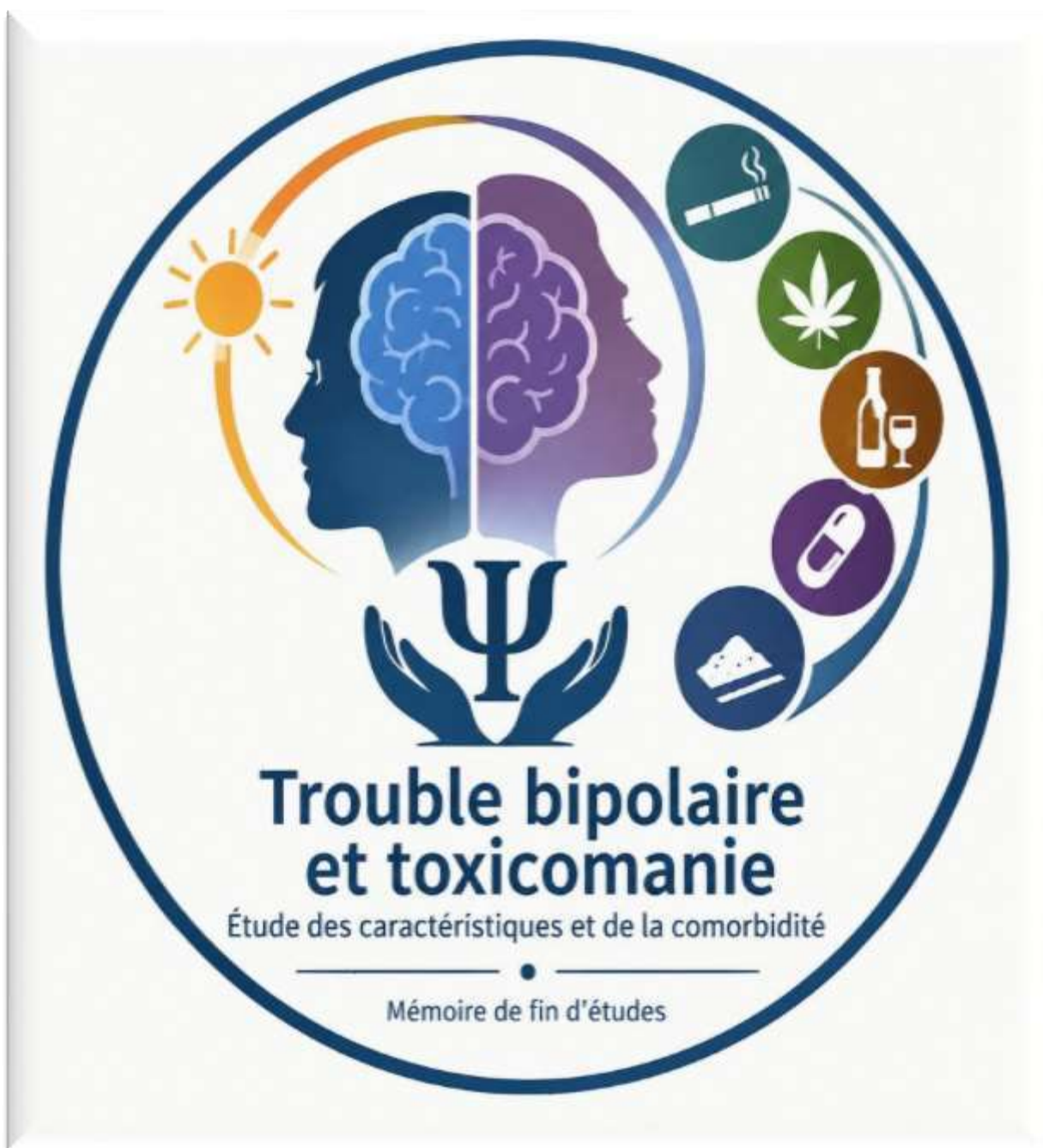
GHilani Zineb

﴿وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنْ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾
الحمد لله حبا وشكرا وامتنانا على البدء والختام. والصلاة والسلام على النبي الكريم وعلى آله وصحبه الكرام.
أهدي تخرجي ومسيرة السبع سنوات:
إلى الكريمين نور حياتي أمي وأبي السند من علماني الخير والعطاء والحب والصبر.
إلى إخوتي حبيبائي وأخي سندي
إلى أستاذتي الملهمة بعيط سمية بتواضعها وتوجيهها ومرافقتنا طيب الله أثرك.
رفيقات الدرب (مريم، أسماء، هبة، سلسبيل) أدام الله عشرتنا.
وصديقاتي الطبيبات من أنسونا في الطريق رزقكم الله التوفيق ونفع الله بكم البلاد والعباد.
إلى من علمتنا معنى الحياة والتضحية والكرامة غزة المعجزة.
إلى الدكاترة النموذج في الإنسانية والعطاء حسام أبو صفية عدنان البرش والكثيريين.

Ouarqli Safa

﴿وَأَنْ لَّيْسَ لِلْإِنْسَانِ إِلَّا مَا سَعَى ﴿١﴾ وَأَنَّ سَعْيَهُ سَوْفَ يُرَى﴾
الحمد لله
إلى من كان لي سنداً ودعاء في كل خطوة، ثمرة أبي وأمي سنوات التعب والاجتهاد فكل نجاح وصلت إليه كان بعد فضل الله وبفضل حبكما ودعمكما.
إلى إخوتي (عبد المعز ومحمد النذير) وأخواتي (خولة وفاطمة الزهراء) شكرا لوجودكم، لمحبتكم ولكل لحظة كنتم فيها سنداً لي.
إلى أجدادي رحمهم الله. غاب حضوركم وبقيت ذكراكم في قلبي رحمكم الله وأسكنكم فسيح جناته وأطال الله في عمر جدتي.
إلى من كان الرفيق في الخطوات وسنداً في باقي الطريق وامنت بي وبحلمي.
إلى كل من دعمني ولو بكلمة أهديك تحياتي.
إلى صديقاتي اللواتي خففن عناء الطريق وفقنا الله.
إلى أستاذتي الفاضلة (بعيط سمية) لم تكن مجرد مؤطرة بل كانت يداً مرشدة شكراً لأنك كنت جزءاً جميلاً من هذه الرحلة سيبقى أثرك في قلبي قبل أن يبقى في صفحات مذكرتي.

TROUBLE BIPOLAIRE



Trouble bipolaire et toxicomanie

Étude des caractéristiques et de la comorbidité

Mémoire de fin d'études

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis, en avant-propos, d'exprimer

Toute nos gratitude et d'adresser nos vifs remerciements :

À notre directeur de mémoire :

Pr BAIT Soumiya

Pour avoir accepté d'encadrer ce travail et de nous avoir fait confiance,
pour votre patience, vos orientations et vos précieux conseils, pour nous avoir enrichie sur les
plans scientifique, méthodologique et professionnel, pour nous avoir permis de tirer profit, de
votre savoir scientifique, de vos qualités professionnelles et de vos valeurs humaines,

Pour le maitre émérite que vous êtes.

Liste d'abréviations

ATCDS : Antécédents

DSM 5 : Manuel de classification des troubles mentaux

EHS : Établissement hospitalière spécialisé

HTA : Hyper Tension Artériel

IBM : International Business Machines Corporation

OMS : Organisation Mondial de la Santé

SPA : Substance psychoactive

SPSS : Statistical Product and Service Solutions

TS : Tentative de suicide

Table des matières

CHAPITREI: INTRODUCTION.....	6
CHAPITREII: INTERET DU SUJET ET OBJECTIFS	8
2.1 INTERET DU SUJET.....	8
2.2 OBJECTIFS	9
2.2.1 Objectif principal	9
<i>Déterminer la prévalence de la comorbidité toxicomanie chez les bipolaires hospitalisés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla - pendant 02 ans.</i>	9
2.2.2 Objectifs spécifiques	9
CHAPITREIII:	10
LES TROUBLES BIPOLAIRES.....	10
DEFINITION :	11
3.1 FREQUENCE :	11
3.2 DESCRIPTION CLINIQUE :	12
3.3 LE TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I :	12
3.4 LE DIAGNOSTIC DE TROUBLE BIPOLAIRE II :	12
3.5 DIAGNOSTIC POSITIF DE TROUBLES BIPOLAIRES :	13
3.6 MANIFESTATIONS DE LA MALADIE :	14
3.6.1 <i>L'épisode dépressif :</i>	14
<i>Critères diagnostiques de l'épisode dépressif :</i>	14
<i>Les formes cliniques des accès dépressifs :</i>	15
3.6.2 <i>L'épisode maniaque</i>	16
<i>Critères diagnostiques de l'épisode maniaque</i>	16
3.7 COMMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :	17
3.8 ETIOLOGIE :	18
3.9 EVOLUTION DE LA MALADIE :	18
3.10 TRAITEMENT :	19
3.10.1 <i>Traitement des accès dépressifs :</i>	19
3.10.2.....	20
<i>Traitement des accès maniaques, hypomaniaques ou mixtes :</i>	20
3.11 LE DELAI DE GUERISON :	20
3.12 TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DES RECHUTES :	21
3.13 PRECAUTION D'UTILISATION DES THYMOREGULATEURS.....	21
3.14 PRISE EN CHARGE PEDAGOGIQUE.....	22
CHAPITREIV:	23
TOXICOMANIE	23
4.1 EPIDEMIOLOGIE :	24
4.2 MODALITES DE PRISE EN CHARGE :	26
4.3 TYPE DE MODALITES DE PRISE EN CHARGE :	26
4.4 COMPLICATIONS PSYCHIATRIQUES EN URGENCES DE LA TOXICOMANIE :	27
4.5 TOXICOMANIE ET SEVRAGE :	28
4.6 LE SYNDROME DE SEVRAGE :	28
<i>Traitement d'urgence du syndrome de sevrage aux opiacés :</i>	28
4.6.1 <i>Le syndrome de sevrage aux barbituriques :</i>	29
4.6.2 <i>Syndrome de sevrage aux benzodiazépines :</i>	29
4.7 LA POSTCURE DANS LA TOXICOMANIE :	29
4.8 PREVENTION DE LA TOXICOMANIE :	30

4.8.1	Prévention primaire :	31
4.8.2	Prévention secondaire :	31
4.8.3	Prévention tertiaire :	31
4.9	PREVENTION DE LA RECHUTE :	31
4.10	LA PHARMACO PSYCHOSE :	32
4.10.1	L'overdose :	33
4.10.2	Les complications gastro-intestinales :	33
4.10.3	Les complications infectieuses :	33
4.11	SEMEIOLOGIE FAISANT EVOQUER LA PRISE DE CERTAINS PRODUITS :	33
4.11.1	Les amphétamines :	33
4.11.2	La cocaïne et le crack :	34
4.11.3	Les barbituriques :	34
4.11.4	Les benzodiazépines :	34
4.11.5	Opiacés et morphiniques :	34
4.11.6	Les hallucinogènes et onirogènes :	35
4.11.7	Le L.S.D. :	35
4.11.8	- Les cannabinoles :	36
CHAPITRE V :		37
TROUBLES BIPOLAIRES ET COMORBIDITES		37
5.1	DEFINITION DE LA COMORBIDITE :	38
5.2	ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ASSOCIATION TROUBLE BIPOLAIRE–TOXICOMANIE :	38
5.3	SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LES PLUS FRÉQUENTES ASSOCIÉES AU TROUBLE BIPOLAIRE :	38
5.3.1	Cannabis :	39
5.3.2	Cocaïne et autres stimulants :	39
5.3.3	Opioides :	39
5.3.4	Tabac :	39
5.3.5	Hypothèse de l'automédication :	39
5.4	VULNÉRABILITÉ COMMUNE :	40
5.5	EFFETS DES SUBSTANCES SUR LE TROUBLE BIPOLAIRE :	40
5.6	INTERACTION BIDIRECTIONNELLE :	40
5.7	FACTEURS FAVORISANT LA COMORBIDITÉ :	40
5.8	IMPACT DE LA TOXICOMANIE SUR L'ÉVOLUTION DU TROUBLE BIPOLAIRE :	40
5.9	PARTICULARITÉS CLINIQUES SELON LA SUBSTANCE CONSOMMÉE :	41
5.10	DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES :	41
5.11	CONSEQUENCES THÉRAPEUTIQUES :	41
5.12	PRONOSTIC :	42
5.13	CONCLUSION DU CHAPITRE :	42
CHAPITRE VI :		43
PARTIE PRATIQUE		43
MATÉRIELS ET MÉTHODES		44
1)	TYPE D'ÉTUDE :	45
2)	DESCRIPTION DE LIEU D'ÉTUDE :	45
3)	DURÉE DE RECRUTEMENT :	45
4)	LA POPULATION D'ÉTUDE :	45
5)	CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ :	45
5.1)	Critères d'inclusion :	45
5.2)	Critères de non-inclusion :	45
6)	COLLECTE DES DONNÉES :	45
7)	SAISIES ET TRAITEMENT DE TEXTE :	46
8)	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES :	46

LES VARIABLES ETUDIEES :	46
CHAPITRE VII:	50
LES RESULTATS	50
1) ANALYSES DESCRIPTIVES :	51
2) LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :	51
2.1) Répartition les patients bipolaires selon le sexe :	51
2.2) Répartition les patients bipolaires selon les tranches d'âge :	51
2.3) Répartition les patients bipolaire selon le statut social :	52
<i>Près de la moitié de l'échantillon (49,3 %) possède un niveau scolaire moyen, tandis qu'environ un quart (23,6 %) a atteint le niveau universitaire. Les participants ayant un niveau primaire ou aucun niveau scolaire restent minoritaires. Cette répartition montre donc une prédominance du niveau scolaire moyen au sein de la population étudiée.</i>	52
2.5) Répartition les patients bipolaires selon l'activité professionnelle :	52
2.6) Répartition les patients bipolaires selon le lieu de la résidence :	53
2.7) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents judiciaires :	53
2.8) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents personnels médicaux :	54
2.9) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents et la méthode de tentative de suicide :	54
2.10) Répartition les patients bipolaires selon le nombre de tentative de suicide :	55
<i>Une tentative de suicide a été rapportée chez 13% des patients, tandis que 87% n'en rapportaient aucune TS.</i>	55
2.12) Répartition les patients bipolaire selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie :	56
2.13) Répartition des patients bipolaires selon les antécédents psychiatriques familiaux :	57
2.14) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents psychiatriques familiaux :	58
2.14) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents psychiatriques selon le lien familial :	58
2.16) Répartition les patients bipolaire selon les antécédents familiaux toxiques familiaux :	59
2.17) Répartition les patients bipolaire selon le type de trouble bipolaire :	60
2.18) Répartition les patients bipolaire selon l'âge de début de trouble bipolaire :	60
2.19) Répartition les patients bipolaire selon le type de traitement :	61
2.20) Répartition les patients bipolaire selon l'alliance thérapeutique et conscience des troubles :	62
2.21) Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA :	63
2.22) Répartition les patients bipolaires selon le type du toxique consommé :	63
2.23) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de tabac :	64
2.24) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début d'alcool :	65
2.25) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de cannabis :	65
2.26) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de cocaïne :	66
2.27) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de psychotropes :	66
2.28) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début d'autre toxique :	67
2.29) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie Et tabac :	67
2.30) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et alcool :	68
2.31) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et cannabis :	68
2.32) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et cocaïne :	69
2.33) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et psychotrope :	70
2.34) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et autre toxique :	70
2.35) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches tabac :	71
2.36) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches alcool :	72
2.37) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherchent cannabis :	72
2.38) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches cocaïne :	73
2.39) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches psychotrope :	74
2.40) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherchent autre toxique :	74
2.41) Répartition les patients bipolaires usagers des SPA selon la façon de la consommation toxique :	75

2.42) Répartition les patients bipolaires selon modalité de consommation :	76
2.44) REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE D'INFECTION HIV : DANS NOTRE POPULATION ETUDIEE, AUCUN CAS D'INFECTION PAR LE VIH N'A ETE RETROUVE. LA TOTALITE DES PATIENTS AVAIT DONC UN TEST VIH NEGATIF, SOIT 100 % DE RESULTATS NEGATIFS. AINSI, AUCUNE COÏNFECTION VIH N'A ETE IDENTIFIEE DANS NOTRE SERIE.....	77
2.45) REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE D'INFECTION HVC : DANS NOTRE POPULATION ETUDIEE, AUCUN CAS D'INFECTION PAR LE HVC N'A ETE RETROUVE. LA TOTALITE DES PATIENTS AVAIT DONC UN TEST HVC NEGATIF, SOIT 100 % DE RESULTATS NEGATIFS. AINSI, AUCUNE COÏNFECTION HVC N'A ETE IDENTIFIEE DANS NOTRE SERIE.....	78
2.46) REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE D'INFECTION SYPHILIS : DANS NOTRE POPULATION ETUDIEE, AUCUN CAS D'INFECTION PAR LE SYPHILIS N'A ETE RETRouve. LA TOTALITE DES PATIENTS AVAIT DONC UN TEST SYPHILIS NEGATIF, SOIT 100 % DE RESULTATS NEGATIFS. AINSI, AUCUNE COÏNFECTION SYPHILIS N'A ETE IDENTIFIEE DANS NOTRE SERIE.	78
2.47) REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE D'INFECTION HEPATIQUE (AGBS+) :	79
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le sexe :</i>	82
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle :</i>	83
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le niveau scolaire :</i>	85
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le statut social :</i>	86
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le lieu de résidence :</i>	87
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents personnels médicaux chirurgicaux :</i>	88
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire :</i>	89
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides :</i>	91
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie :</i>	92
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques :</i>	94
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques : .</i>	95
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'âge de début de la bipolaire :</i>	96
<i>Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le type de la bipolaire :</i>	98
CHAPITRE VIII:	120
DISCUSSION.....	120
1. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	121
1. SEXE.....	121
2. ÂGE.....	122
3. ÂGE DE DEBUT DU TROUBLE BIPOLAIRE.....	122
4. STATUT MATRIMONIAL	123
5. ACTIVITE PROFESSIONNELLE	123
6. PREVALENCE DE LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	124
7. NATURE DES SUBSTANCES CONSOMMEES	124
LES LIMITES DE NOTRE ETUDE :	129
11) PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS :	131
CONCLUSION :	133
BIBLIOGRAPHIES:	136
ANNEXE	139

Tableau de figures :

FIGURE 1 REPARATION LES PATIENTS BIPOLAIRE SELON LE SEXE	51
FIGURE 2 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRE SELON LES TRANCHES D'AGE	51
FIGURE 3 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LE STATUT SOCIAL	52
FIGURE 4 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LE NIVEAU SCOLAIRE	52
FIGURE 5 REPARTITION LES BIPOLAIRES SELON L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	53
FIGURE 6 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRE SELON LIEU DE RESIDENCE	53
FIGURE 7 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES ANTECEDENTS JUDICIAIRES	54
FIGURE 8 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES ANTECEDENTS MEDICAUX CHIRURGICAUX	54
FIGURE 9 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LA PROCEDURE DE SUICIDES	55
FIGURE 10 REPARTITION DES PATIENTS SELON LE NOMBRE DE TENTATIVE DE SUICIDE	55
FIGURE 11 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'AGE DE TENTATIVE	56
FIGURE 12 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ANTECEDENT D'HOSPITALISATION	57
FIGURE 13 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ANTECEDENT FAMILIAL MEDICAL	57
FIGURE 14 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ANTECEDENT FAMILIAL PSYCHIATRIQUE	58
FIGURE 15 REPARTITION LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE SELON LIEN FAMILIAL	59
FIGURE 16 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ANTECEDENT FAMILIAL DE TOXICOMANIE	59
FIGURE 17 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LE TYPE DE TROUBLE BIPOLAIRE	60
FIGURE 18 REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE DE DEBUT DE TROUBLE BIPOLAIRE	61
FIGURE 19 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LA CLASSE DE TRAITEMENT	61
FIGURE 20 REPARTITION DES PATIENTS SELON L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	62
FIGURE 21 REPARTITION DES PATIENTS SELON LA CONSCIENCE DES TROUBLES	62
FIGURE 22 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	63
FIGURE 23 REPARTITION DES PATIENTS SELON LE TOXIQUE CONSOMME	64
FIGURE 24 REPARTITION LES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'AGE DE DEBUT DE TABAC	64
FIGURE 25 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'AGE DE DEBUT DE CONSOMMATION DE L'ALCOOL	65
FIGURE 26 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON LA CONSOMMATION DE CANNABIS	65
FIGURE 27 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON LA CONSOMMATION DE COCAÏNE	66
FIGURE 28 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'AGE DE DEBUT DE CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES	66
FIGURE 29 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON L'AGE DE DEBUT D'AUTRE TOXIQUE	67
FIGURE 30 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE TABAC PAR RAPPORT A LA MALADIE	67
FIGURE 31 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON L'USAGE DE L'ALCOOL PAR RAPPORT A LA MALADIE	68
FIGURE 32 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON L'USAGE DE CANNABIS PAR RAPPORT A LA MALADIE	69
FIGURE 33 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON L'USAGE DE COCAÏNE PAR RAPPORT A LA MALADIE	69
FIGURE 34 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRE SELON L'USAGE DES PSYCHOTROPES PAR RAPPORT LEUR MALADIE	70
FIGURE 35 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE L'AUTRE TOXIQUE PAR RAPPORT LEUR MALADIE	71
FIGURE 36 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES EFFETS RECHERCHES TABAC	71
FIGURE 37 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'EFFET RECHERCHES ALCOOL	72
FIGURE 38 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES EFFETS RECHERCHES CANNABIS	73
FIGURE 39 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES EFFETS RECHERCHES COCAÏNE	73
FIGURE 40 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES EFFETS RECHERCHES PSYCHOTROPE	74
FIGURE 41 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON LES EFFETS RECHERCHES AUTRE TOXIQUE	75

FIGURE 42 REPARTITION DES PATIENTS SELON LA FAÇON DE LA CONSOMMATION TOXIQUE	76
FIGURE 43 REPARTITION DES PATIENTS SELON LA MODALITE DE CONSOMMATION	76
FIGURE 44 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE INFECTIEUX	77
FIGURE 45 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'INFECTION VIH.....	77
FIGURE 46 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE AU HVC.....	78
FIGURE 47 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'ATTEINTE DE SYPHILIS	79
FIGURE 48 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON AGBS+.....	79
FIGURE 49 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET L'AGE	82
FIGURE 50 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE SEXE	83
FIGURE 51 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE.....	84
FIGURE 52 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE NIVEAU	
SCOLAIRE	85
FIGURE 53 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA SE LE NIVEAU SCOLAIRE.....	86
FIGURE 54 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET STATUT SOCIAL	87
FIGURE 55 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LE LIEU DE RESIDENCE	88
FIGURE 56 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LES ATCD PERSONNELS ET	
MEDICO-CHIRURGICAUX	89
FIGURE 57 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES ATCD JUDICIAIRES	91
FIGURE 58 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA SELON LE NOMBRE DE TS.....	92
FIGURE 59 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS EN	
PSYCHIATRIE	93
FIGURE 60 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES DES SPA ET LES ANTECEDENTS FAMILIAUX TOXIQUES.....	95
FIGURE 61 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LES ATCD FAMILIAUX	
PSYCHIATRIQUES	96
FIGURE 62 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET L'AGE DE DEBUT DE MALADIE	
.....	98
FIGURE 63 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LE TYPE DE LA BIPOLARITE.....	99
FIGURE 64 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET ALLIANCE THERAPEUTIQUE...	101
FIGURE 65 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET L'AGE DE TENTATIVE	102
FIGURE 66 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LA CONSCIENCE DE TROUBLE	103
FIGURE 67 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE TRAITEMENT	105
FIGURE 68 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE TABAC	106
FIGURE 69 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET L'ALCOOL	107
FIGURE 70 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET CANNABIS	108
FIGURE 71 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET COCAÏNE	109
FIGURE 72 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET PSYCHOTROPES	110
FIGURE 73 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES AUTRES TOXIQUES	111
FIGURE 74 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES INFECTIONS	112
FIGURE 75 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET HBS(+)	113

Tableau des Tableaux :

TABLEAU 1 REPARTITION DES PATIENTS SELON L'AGE DE DEBUT DE TROUBLE BIPOLAIRE	60
TABLEAU 2 REPARTITION DES PATIENTS SELON L'USAGE DE SPA ET L'AGE	81
TABLEAU 3 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LE SEXE	82
TABLEAU 4 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE.....	84
TABLEAU 5 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET STATUT SOCIAL	87
TABLEAU 6 REPARTITION DES BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE LIEU DE RESIDENCE.....	88
TABLEAU 7 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES ATCD MEDICO-CHIRURGICAUX	89
TABLEAU 8 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET ATCD JUDICIAIRE	90
TABLEAU 9 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES NOMBRES TS.....	92
TABLEAU 10 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE NOMBRE D' HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE	93
TABLEAU 11 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES ATCD FAMILIAUX TOXIQUES	94
TABLEAU 12 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET ATCD FAMILIAUX PSYCHIATRIE.....	96
TABLEAU 13 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET L'AGE DE DEBUT	97
TABLEAU 14 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DES SPA ET LE TYPE DE TROUBLE	99
TABLEAU 15 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	100
TABLEAU 16 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET L'AGE DE TENTATIVE DE SUICIDE.....	102
TABLEAU 17 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LA CONSCIENCE DES TROUBLES	103
TABLEAU 18 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE TRAITEMENT.....	104
TABLEAU 19 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LE TABAC.....	105
TABLEAU 20 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET L'ALCOOL.....	107
TABLEAU 21 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET CANNABIS	108
TABLEAU 22 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET COCAÏNE.....	109
TABLEAU 23 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES AUTRES TOXIQUES.....	111
TABLEAU 24 REPARTITION DES PATIENTS BIPOLAIRES SELON L'USAGE DE SPA ET LES INFECTIONS	112
TABLEAU 25 L'USAGE DE SPA ET HBS POSITIF.....	113
TABLEAU 26 TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES DES ANALYSES BI VARIEE	115

TROUBLE BIPOLAIRE

RÉSUMÉ :

Introduction : Le trouble bipolaire est une affection psychiatrique chronique caractérisée par l'alternance d'épisodes thymiques, dont l'évolution peut être compliquée par la consommation de substances psychoactives. Cette association constitue une comorbidité fréquente et complexe, susceptible d'influencer l'expression clinique, l'évolution de la maladie ainsi que le fonctionnement social et professionnel des patients.

L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives des patients présentant un trouble bipolaire associé à une consommation de substances psychoactives.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur **148 patients présentant un trouble bipolaire**, hospitalisés au niveau de l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla. Les données ont été recueillies à partir des dossiers d'hospitalisation, d'un questionnaire et des entretiens avec les patients. Les informations étudiées concernaient notamment les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives des patients atteints du trouble bipolaire associé à une consommation de substances psychoactives. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 21.

Résultats : Notre population était majoritairement masculine, avec **112 hommes (75,7 %)** et **36 femmes (24,3 %)**. L'âge moyen était de **34,1 ans**. Le trouble bipolaire de type I représentait la forme la plus fréquente (**56,1 %**) et l'âge de début du trouble se situait principalement entre 18 et 30 ans.

Une consommation de substances psychoactives était retrouvée **chez 76 patients**, soit **51,4 %** de l'échantillon. Les substances les plus représentées étaient le tabac (**45,9 %**), le cannabis (**30,4 %**), les psychotropes (**29,7 %**), l'alcool (**22,3 %**) et la cocaïne (**9,5 %**). L'initiation des consommations était souvent précoce, particulièrement durant l'adolescence et le début de l'âge adulte.

La consommation était davantage représentée chez les hommes et chez les sujets âgés de 18 à 30 ans. Les antécédents familiaux de toxicomanie étaient également plus fréquemment retrouvés chez les patients consommateurs. Sur le plan clinique, les épisodes maniaques étaient davantage représentés chez les patients consommateurs, tandis que les épisodes dépressifs étaient plus fréquemment observés chez les non-consommateurs.

Conclusion : La coexistence du trouble bipolaire et de la consommation de substances psychoactives constitue une problématique importante en psychiatrie. Nos résultats soulignent **l'intérêt d'un dépistage systématique et précoce des conduites addictives** chez les patients bipolaires, ainsi que d'une prise en charge globale et multidisciplinaire. La psychoéducation, l'implication de la famille, la prévention des rechutes et la continuité des soins apparaissent comme des éléments essentiels. Des études prospectives et multicentriques seraient nécessaires afin de mieux comprendre l'évolution de cette comorbidité et d'optimiser sa prise en charge.

Mots-clés : Trouble bipolaire –Substances psychoactives–Comorbidité – EHS de Psychiatrie.

ABSTRACT

Introduction: Bipolar disorder is a chronic psychiatric condition characterized by recurrent mood episodes and may frequently be associated with psychoactive substance use. This comorbidity represents a complex clinical situation that may influence the course of the disorder and the patient's social and professional functioning. The aim of this study was to describe the sociodemographic, clinical and evolutionary characteristics of patients with bipolar disorder and to explore the profile of psychoactive substance use in this population.

Materials and Methods: We conducted a retrospective descriptive study involving 148 patients with bipolar disorder hospitalized at the HDEB-Ouargla Psychiatric Hospital. Data were collected from hospitalization records, questionnaire and patient interviews. Sociodemographic clinic and outcome characteristics of patients with bipolar disorder associated with psychoactive substance use, Statistical analysis was performed using SPSS version 21.

Results: The study population was predominantly male, with 112 men (75.7%) and 36 women (24.3%), and a mean age of 34.1 years. Bipolar I disorder was the most frequent clinical form, accounting for 56.1% of cases. The onset of bipolar disorder occurred mainly between 18 and 30 years of age.

Psychoactive substance use was reported in 76 patients (51.4%). Tobacco was the most frequently consumed substance (45.9%), followed by cannabis (30.4%), psychotropic medications (29.7%), alcohol (22.3%) and cocaine (9.5%). Substance use frequently began during adolescence or early adulthood.

Substance use was more frequently observed among men and younger patients, particularly those aged 18–30 years. A family history of substance use was also more frequently reported among substance-using patients. Manic episodes were more represented among substance users, whereas depressive episodes were more frequently observed among non-users.

Conclusion: The coexistence of bipolar disorder and psychoactive substance use represents an important clinical and public health concern. Our findings highlight the need for early and systematic screening of addictive behaviors in patients with bipolar disorder, together with integrated and multidisciplinary management. Psychoeducation, family involvement, relapse prevention and

continuity of care should be considered important components of management. Further prospective and multicenter studies are needed to better characterize this comorbidity and improve patient care.

Keywords: bipolar disorder- Psychoactive- substances-Comorbidity-Psychiatry-
EHS psychiatric hospital

TROUBLE BIPOLAIRE

الملخص:

يعد الاضطراب ثنائي القطب من الاضطرابات النفسية المزمنة التي تتميز بتناوب نوبات اضطراب المزاج، وقد يترافق بشكل متكرر مع استهلاك المواد ذات التأثير النفسي. وتعد هذه المصاحبة المرضية وضعية سريرية معقدة قد تؤثر في تطور الاضطراب وفي الأداء الاجتماعي والمهني للمريض. هدفت دراستنا إلى وصف الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والسريرية والإدمانية للمرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب، ودراسة نمط استهلاك المواد ذات التأثير النفسي لديهم .

أجريت دراسة وصفية شملت **148** مريضاً مصاباً بالاضطراب ثنائي القطب، تم إدخالهم إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب النفسي الحذب بورقلة .

جمعت المعلومات من ملفات الاستشفاء، واستمارة جمع البيانات، والمقابلات مع المرضى. شملت الدراسة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والسوابق الشخصية والعائلية، والخصائص السريرية للاضطراب ثنائي القطب، والسلوكيات الانتحارية، إضافة إلى استهلاك المواد ذات التأثير النفسي. الإصدار **SPSS 21** وتم إجراء التحليل الإحصائي باستعمال برنامج النتائج:

كانت العينة ذات غالبية ذكورية، حيث بلغ عدد الرجال **112** مريضاً مقابل **36** امرأة بمتوسط عمر قدره **34.1** سنة وكان الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول هو الشكل الأكثر شيوعاً كما ظهر بدء الاضطراب بشكل رئيسي بين عمر **18** و**30** سنة .

الخلاصة :

يمثل تزامن الاضطراب ثنائي القطب مع استهلاك المواد ذات التأثير النفسي مشكلة سريرية مهمة ومعقدة. وتبرز نتائج دراستنا أهمية الكشف المبكر والمنهجي عن السلوكيات الإدمانية لدى المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب، مع اعتماد تكفل شامل ومتعدد التخصصات. كما تكتسي التثقيف النفسي، وإشراك الأسرة، والوقاية من الانتكاسات، وضمان استمرارية المتابعة أهمية أساسية في التكفل بهذه الفئة من المرضى. وتبقى الحاجة قائمة إلى دراسات مستقبلية متعددة المراكز من أجل فهم أفضل لهذه المصاحبة المرضية وتحسين التكفل بها

الكلمات المفتاحية : الاضطراب ثنائي القطب -- المواد ذات التأثير النفسي - الاعتلال المشترك (الأمراض المصاحبة) - الطب النفسي - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطب النفسي.



chapitre I: Introduction

Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique chronique caractérisé par survenue d'épisodes thymiques, notamment des épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs, associées à un retentissement personnel. Son évolution est généralement marquée par un risque de récurrence et par la présence fréquente de comorbidités psychiatriques, parmi lesquelles les troubles liés à l'usage de substances occupent une place importante [1].

Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives constituent un problème majeur de santé publique. Ils peuvent concerner différentes substances, notamment l'alcool, le cannabis, les opioïdes, les stimulants ainsi que d'autres substances psychoactives. Chez les personnes présentant un trouble bipolaire, la consommation de substances peut compliquer l'expression clinique de la maladie et rendre l'évaluation diagnostique et thérapeutique plus difficile [1,2]

L'association entre trouble bipolaire et trouble lié à l'usage de substances est particulièrement fréquente. Une méta-analyse portant sur des enquêtes en population générale a estimé la prévalence moyenne d'un trouble lié à l'usage d'une substance à environ 33% chez les personnes présentant un trouble bipolaire, avec des taux d'environ 24% pour les troubles liés à l'usage d'alcool et 17% pour les troubles liés à l'usage de substances illicites.

Cette association est également retrouvée dans les populations cliniques prises en charge en psychiatrie [3].

La coexistence de ces deux troubles ne semble pas être expliquée par un mécanisme unique. Plusieurs hypothèses ont été proposées, notamment l'automédication de certains symptômes thymiques, existence de facteurs de vulnérabilité communs, les interactions entre facteurs génétiques et environnementaux ainsi que certains mécanismes neurobiologiques liés aux systèmes de récompense et au stress. La relation entre consommation de substances et troubles bipolaires peut ainsi être complexe et potentiellement bidirectionnelle.

Sur le plan clinique, cette comorbidité est associée à une évolution plus défavorable du trouble bipolaire. La présence d'un trouble lié à l'usage de substances peut être associée à une augmentation des rechutes, à une moins bonne observance thérapeutique, à une altération de la qualité de vie et à des difficultés supplémentaires dans la prise en charge. Elle peut également contribuer à une augmentation des hospitalisations et des risques psychiatriques [3,4]

La coexistence du trouble bipolaire et de la toxicomanie représente donc un véritable défi diagnostique et thérapeutique. Les recommandations cliniques soulignent l'importance de rechercher systématiquement une consommation d'alcool ou de drogues chez les patients présentant un trouble bipolaire et de prendre en charge les deux problématiques de manière coordonnée

Ainsi, l'étude de cette comorbidité présente un intérêt particulier en psychiatrie, tant sur le plan clinique que pronostique. Une meilleure caractérisation des patients présentant un trouble bipolaire associée à une toxicomanie pourrait contribuer à améliorer le dépistage, l'évaluation du risque, l'adaptation de la prise en charge et la prévention des rechutes.

C'est dans ce contexte que s'inscrit notre travail, dont l'objectif est d'étudier les principales caractéristiques cliniques, sociodémographiques et évolutives du trouble bipolaire associé à la toxicomanie, ainsi que les particularités de sa prise en charge.

chapitreII: Intérêt du sujet et objectifs

2.1 Intérêt du sujet

Le trouble bipolaire est une affection psychiatrique chronique caractérisée par la survenue d'épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs, avec un retentissement important sur le fonctionnement personnel, familial, social et professionnel. La consommation de substances psychoactives est fréquemment associée au trouble bipolaire et constitue l'une des comorbidités les plus importantes à rechercher chez ces patients. Cette association est particulièrement préoccupante en raison de sa complexité clinique et de son impact potentiel sur l'évolution de la maladie. La coexistence d'un trouble bipolaire et d'un trouble lié à l'usage de substances peut compliquer le diagnostic, modifier l'expression clinique des épisodes thymiques, favoriser les rechutes et les hospitalisations et compromettre l'observance thérapeutique. Elle peut également être associée à une augmentation des conduites à risque et du risque suicidaire. L'étude de cette comorbidité présente donc un intérêt majeur sur les plans diagnostique, thérapeutique et pronostique. Une meilleure connaissance de ses caractéristiques permettrait d'améliorer le dépistage des conduites addictives chez les patients bipolaires et d'adapter leur prise en charge. Dans ce contexte, nous avons choisi d'étudier, à travers une étude rétrospective, les caractéristiques des patients présentant un trouble bipolaire associé à une toxicomanie au sein de notre service.

2.2 Objectifs

2.2.1 Objectif principal

Déterminer la prévalence de la comorbidité toxicomanie chez les bipolaires hospitalisés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla - pendant 02 ans.

2.2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques socio- démographique et cliniques de l'ensemble des patients bipolaires et les bipolaires toxicomanes hospitalisés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb - Ouargla - pendant 02 ans.
- Déterminer les facteurs qui peuvent être de risque pour cette comorbidité.

chapitreIII:

LES TROUBLES BIPOLAIRES

Définition :

Les troubles bipolaires sont des affections psychiatriques chroniques appartenant aux troubles de l'humeur.

Anciennement désignés sous les appellations de **psychose maniaco-dépressive** puis de **maladie maniaco-dépressive**, ils sont actuellement classés parmi les troubles bipolaires selon les classifications internationales (DSM-5 et CIM-11). Ils se caractérisent par l'alternance d'épisode dépressif, maniaque, hypomaniaque ou mixte, séparés par des périodes de rémission au cours desquelles le fonctionnement psychique est relativement préservé. Depuis les années 1960, les troubles dépressifs unipolaires récurrents, permettant ainsi une meilleure compréhension de leur physiopathologie, de leur diagnostic et de leur prise en charge. [1,2]

3.1 Fréquence :

Il s'agit d'une pathologie fréquente dont la prévalence sur la vie entière au sein de la population générale est estimée à environ 1 à 2%. Ce trouble est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le diagnostic de trouble bipolaire devra toujours être évoqué face à un épisode dépressif. Il reposera sur la recherche au près du patient et de sa famille d'une alternance de manies ou d'hypomanies et d'épisodes dépressifs. Cette démarche se justifie d'une part, pour éviter la récurrence des épisodes thymiques et de leurs conséquences et d'autre part, dans la mesure où il existe un traitement préventif des rechutes. Quelques chiffres permettent appréhender l'importance de cette démarche : - il se passe en moyenne 8 ans entre le début des troubles et le fait que le diagnostic correct soit posé.

- **73%** des patients reçoivent au moins 1 diagnostic incorrect.
- **3 à 5 médecins** sont vus avant que le bon diagnostic ne soit posé. Malheureusement, cela n'est pas sans conséquence.

La mortalité est 2,5 fois plus importante que dans la population générale, et **19%** des patients non traités décèdent par suicide (Goodwin et Jamison, 1990).

De plus le risque de désinsertion familiale, sociale et professionnelle augmente avec le retard dans la prise en charge [2,3]

3.2 Description clinique :

Les troubles bipolaires sont caractérisés par une vulnérabilité à présenter des fluctuations marquées de l'humeur de manière récurrente.

Les caractéristiques des accès et leur évolution dans le temps permet de distinguer plusieurs formes cliniques. Cette pathologie est en effet extrêmement hétérogène, cependant chaque patient présente ses propres symptômes qui dans la majeure partie des cas se répéteront à l'identique. Il est classique d'individualiser deux types principaux de troubles bipolaires : **le trouble bipolaire I (TBI)** et **le trouble bipolaire II (TBII)**.

3.3 Le trouble bipolaire de type I :

Est le plus typique, il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs (le trouble sera qualifié de bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif).

3.4 Le diagnostic de trouble bipolaire II :

Sera posé lors de l'association d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un épisode d'hypomanie. Bien que l'hypomanie corresponde à une forme atténuée de la manie, la forme bipolaire de type II n'en reste pas moins invalidante et le taux de mortalité de ces patients est tout aussi important.

Pour certains auteurs, il s'agit de troubles associant des dépressions récurrentes et des antécédents familiaux de troubles bipolaires ou bien, des dépressions survenant chez des patients présentant un tempérament de base particulier de type hyper thymique ou cyclothymique ou encore, de patients qui ont présenté au moins un virage de l'humeur induit par antidépresseur. Il existe également des états « frontières » qu'ont des formes atténuées de la maladie. Entre dans ce cadre, le trouble cyclothymique définit par l'existence, pendant au moins deux ans, de fluctuations de l'humeur, caractérisées par la présence de symptômes dépressifs alternant avec des symptômes hypomaniaques sans que ces oscillations thymiques puissent répondre aux critères d'un épisode caractérisé. Ce trouble peut évoluer ultérieurement vers un trouble bipolaire de type I ou II, il est fréquemment retrouvé chez les apparentés de patients maniaco-dépressifs. L'âge de début des troubles est très variable en fonction de la définition retenue pour en faire l'évaluation. L'âge moyen de survenue de la maladie se situe entre 20 et 25 ans, cependant il apparaît de plus en plus évident qu'il existe des formes à début précoce entre 13 et 15 ans.

Un début précoce de la maladie semble prédictif d'un trouble plus sévère avec notamment des rechutes plus fréquentes, la présence d'éléments psychotiques au cours des accès, un plus grand nombre d'épisodes maniaques et davantage de sujets atteints parmi les membres de la famille (30%). A l'inverse, il existe des formes à début tardif après l'âge de 50 ans. L'évolution longitudinale des accès permet de définir des formes particulières du trouble. Ainsi, il peut exister un caractère saisonnier lorsque les épisodes dépressifs majeurs présentent une récurrence et une rémission à une période particulière de l'année. Dans la plupart des cas, les épisodes dépressifs débutent à l'automne ou en hiver et guérissent au printemps. Les cycles « rapides » Depuis 1974, un sous-groupe dit à cycles rapides a été défini par la présence d'au moins 4 épisodes thymiques au cours des 12 derniers mois. Chacun de ces épisodes peut être un épisode dépressif majeur, maniaque, hypomaniaque ou mixte et il doit exister une période de rémission entre les épisodes d'au moins 2 mois ou bien les fluctuations thymiques doivent correspondre à un virage de l'humeur vers un épisode de polarité opposée. L'individualisation de ce sous-groupe semble se justifier par une réponse moins bonne au traitement par lithium et par une prévalence de 70 à 90% chez les femmes. Ces cycles rapides peuvent survenir puis disparaître à tout moment au cours de l'évolution d'un trouble bipolaire, mais leur survenue pourrait être favorisée par l'utilisation d'antidépresseur.[7]

3.5 Diagnostic positif de troubles bipolaires :

L'appellation « trouble bipolaire » a fait son apparition dans les classifications psychiatriques officielles en 1980, avec la publication de la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (DSM-III) [2]. Au cours des éditions suivantes, le DSM-III-R [3], le DSM-IV [4] et le DSM-IV-TR [5], le concept a subi divers remaniements et il a fait l'objet d'une nouvelle révision en vue de la publication du DSM-5 en mai 2013 (www.dsm5.org). Quant à la Classification internationale des maladies, il a fallu attendre 1992 et la 10e révision ou CIM-10 pour voir apparaître l'appellation « trouble bipolaire ». La classification internationale fait elle aussi l'objet d'une révision à l'heure actuelle et la publication de la version révisée est prévue pour 2015.

La troisième édition du DSM a constitué une rupture radicale avec les classifications psychiatriques de l'époque, la Classification internationale des maladies aussi bien que les diverses classifications nationales, y compris la Classification française des maladies mentales.

Dans les classifications de l'époque, les troubles mentaux étaient subdivisés essentiellement en fonction de la dichotomie psychose-névrose et ils étaient définis dans un glossaire précisant leurs principales caractéristiques. Les troubles appelés actuellement « bipolaires » étaient classés avec les

troubles affectifs majeurs comme formes maniaque, dépressive, circulaire maniaque, circulaire dépressive ou autre de la « psychose ou maladie maniaco-dépressive »...

3.6 **Manifestations de la maladie** :

3.6.1 L'épisode dépressif :

Critères diagnostiques de l'épisode dépressif :

L'humeur est triste et ce sentiment est généralement présent tout au long de la journée et assorti de ruminations douloureuses dominées par le sentiment d'incapacité, d'inutilité, de culpabilité et d'incurabilité. Ce sentiment prégnant est peu sensible à la réassurance et l'entourage échoue dans ces tentatives de stimulations qui généralement ne font qu'aggraver le sentiment d'incapacité du patient. Tout au plus celui-ci répondra aux sollicitations par de l'irritabilité. Finalement, le sujet s'installe dans un désintérêt pour le monde environnant ainsi qu'une incapacité à éprouver du plaisir (anhédonie). Au-delà de cette douleur morale, un sentiment de véritable anesthésie affective peut envahir le sujet, le renvoyant à une incapacité à ressentir des affects. La tristesse peut s'accompagner d'angoisses plus ou moins envahissantes. L'altération des processus cognitifs peut être également très marquée et s'apparente à un ralentissement et une pauvreté du contenu idéique, entraînant des difficultés pour se concentrer. L'attention devient fluctuante, la concentration difficile voire impossible, la compréhension limitée, le raisonnement entravé et la mémoire inopérante. Ceci renforce la mésestime de soi éprouvée par le patient. La communication avec l'autre est coupée et le patient se décrit souvent comme « décalé » dans ses relations interpersonnelles. La composante motrice et motivationnelle constitue le troisième volet fondamental de la dépression. L'aspect du patient est contaminé par ce ralentissement qui se traduit par l'appauvrissement des gestes et de la mimique. La démarche est lente et fastidieuse. Le patient reste le plus souvent prostré au fond de son lit et se plaint d'une grande lassitude. Dans ce contexte, il est facile de concevoir que les activités les plus élémentaires comme s'habiller ou se laver ne sont réalisées qu'au prix d'efforts considérables voire sont impossibles à effectuer. A un degré moindre, les patients se plaignent d'une asthénie, d'une plus grande fatigabilité ou encore d'une difficulté à initier les activités. A cette symptomatologie, se surajoutent des perturbations somatiques à type de perte d'appétit avec pour conséquence fréquente une perte de poids, des troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement. Plus typiquement il s'agit d'une insomnie de fin de nuit. Dans certaines formes de dépression il peut exister également un cortège de plaintes somatiques à type de céphalées, de

phénomènes anxieux avec manifestations somatiques, de troubles digestifs. Le risque majeur est le passage à l'acte suicidaire.[5]

Les formes cliniques des accès dépressifs :

Les épisodes dépressifs sont variables dans leur sévérité. Bien que le DSM-IV (the Diagnostic and Statistique Manuel of Mental Disorders - Fourth Edition) les qualifie tous de « majeurs » – qu'il faut entendre dans le sens de caractérisé–, leur intensité peut être graduée de légère à sévère. Ainsi, tous les tableaux cliniques de dépression, du plus banal au plus marqué, peuvent se rencontrer au cours de la maladie maniaco-dépressive. Cependant certaines formes graves devront faire évoquer systématiquement le diagnostic de trouble bipolaire. Ainsi, ce diagnostic devrait être évoqué lorsqu'il existe une accentuation matinale des troubles avec une morosité persistante, peu mobilisable par les événements positifs intercurrents, et accompagnée d'une diminution marquée des intérêts et des plaisirs qui sont les caractéristiques de la mélancolie. Il en va de même dans les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques (idées délirantes et /ou hallucinations) qui constituent le tableau classique de mélancolie délirante. Les thèmes délirants les plus fréquemment rencontrés sont dits congruents à l'humeur c'est-à-dire de tonalité négative, en accord avec la tristesse de l'humeur.

Il s'agit d'idées délirantes d'incurabilité, d'indignité, de ruine, de culpabilité ou encore d'idées délirantes hypocondriaques. Peuvent également être présentes des idées non congruentes à l'humeur et notamment à thème de persécution. Enfin, lorsque le tableau est dominé par une inhibition motrice et un mutisme interrompu uniquement par des réactions motrices paradoxales on évoque le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec caractéristiques catatoniques ou mélancolie stuporeuse. Quelques particularités cliniques de l'état dépressif bipolaire par rapport aux autres états dépressifs Les dépressions bipolaires ont un début plus précoce que les dépressions unipolaires. Elles sont également plus à risque suicidaire et sont plus souvent associées à des éléments psychotiques. De plus, la symptomatologie retrouvera plus fréquemment : une hypersomnie (à la place de l'insomnie), une hyperphagie à la place de la perte d'appétit (notamment avec une appétence pour le sucré), un ralentissement moteur important, un ralentissement des processus idéiques, un émoussement affectif, un état plus sévère le matin avec difficultés importantes pour se mettre en route, et un risque de virage de l'humeur sous antidépresseur.[6]

3.6.2 L'épisode maniaque

Critères diagnostiques de l'épisode maniaque

La symptomatologie de l'épisode maniaque est généralement décrite comme l'inverse de celle de l'épisode dépressif et concerne également l'humeur, les facultés cognitives, et les comportements moteurs et motivationnels. Dans un désir de parfaite symétrie, l'humeur est généralement considérée comme euphorique et expansive, renvoyant à une image un peu caricaturale du patient maniaque heureux, prompt aux plaisanteries, enthousiaste et empreint d'un optimisme à toute épreuve. Il semblerait cependant que ce qui caractérise le mieux l'humeur du maniaque soit une hyper réactivité émotionnelle, c'est-à-dire une augmentation de l'amplitude des émotions ou encore, une capacité exagérée mais syntone – en résonance avec le contexte – à ressentir les affects. Bien qu'il puisse exister une tonalité de base relativement uniforme, la coloration des affects peut être très fluctuante. Cette labilité émotionnelle conduit très souvent les patients à osciller entre l'euphorie, l'irritabilité, la tristesse, voire l'angoisse. Les facultés cognitives font l'objet d'une accélération des processus idéiques donnant l'impression au sujet que ses idées défilent (tachypsychie).

Le discours se traduit par une logorrhée intarissable avec fuite des idées, émaillé de jeux de mots souvent construits sur des associations par assonance. La cohérence du discours est parfois altérée par la multitude de coq-à-l'âne. L'accélération idéique confère au sujet une impression de supériorité intellectuelle qui augmente son estime de soi. De manière générale le sujet a un plus grand besoin de communiquer et peut faire preuve d'une familiarité parfois grossière. La composante motrice et motivationnelle est la plupart du temps mue par la même agitation fébrile. Le patient est sans cesse en activité, mais malheureusement cette hyperactivité est le plus souvent stérile. Au gré de cette frénésie comportementale, les débordements instinctuels sont fréquents. Ils peuvent prendre la forme d'alcoolisation massive, de désinhibition sexuelle ou de transgression des interdits sociaux. Parmi les perturbations somatiques, les troubles du sommeil à type d'insomnie sont les plus fréquents. La réduction du besoin de sommeil peut être majeure, le sujet ne dormant que 2 à 3 heures par nuit sans pour autant ressentir désigne de fatigue. De manière symétrique, une réduction du temps de sommeil circonstancielle peut favoriser la survenue d'un accès maniaque. Au cours d'un épisode maniaque, il existe très souvent un amaigrissement. Les formes cliniques des états d'agitation Comme pour les épisodes dépressifs majeurs, la sévérité de l'accès maniaque peut être variable.[2]

Ainsi, aux symptômes précédemment décrits peuvent se surajouter des idées délirantes et des hallucinations. Le plus souvent leur contenu est congruent à l'humeur avec notamment une nette propension à la mégalomanie, enrichie souvent d'éléments mystiques et d'idées délirantes de référence (impression que la télévision ou les journaux contiennent des messages personnels). Les thèmes délirants de persécution peuvent être soit congruents à l'humeur s'ils sont en relation directe avec les idées de grandeur (la persécution est dans ces cas la conséquence du pouvoir ou de l'importance particulière du sujet), soit non congruents au même titre que les idées de pensées imposées ou de diffusion de la pensée (ces deux derniers thèmes délirants sont beaucoup plus rares). La présence de certains de ces éléments conduit au diagnostic d'épisodes maniaques avec caractéristiques psychotiques congruentes ou non à l'humeur selon le DSM-IV et correspond à la manie délirante de la nosographie classique. A côté de ces formes sévères, il existe une forme atténuée qualifiée d'hypomanie. Les troubles sont du même registre que ceux de la manie mais sont généralement d'une intensité moindre et d'une durée plus courte (ils doivent toutefois être présents pendant au moins 4 jours selon le DSMIV). Bien que marquant un état clairement différent du fonctionnement habituel, l'intensité de l'épisode n'entraîne pas une incapacité professionnelle ou sociale. Les formes cliniques de manies avec des éléments dépressifs : les états mixtes Les états mixtes définis par le DSM-IV nécessitent de répondre à la fois aux critères d'épisode dépressif (mis à part le critère de durée de 2 semaines) et d'accès maniaque. Ces états mixtes représenteraient environ 30% des états d'agitation. Il s'agit généralement d'un état d'agitation avec une augmentation de la réactivité émotionnelle mais avec une prépondérance d'affects tristes, irritables ou anxieux.[8]

3.7 Commentaires sur le diagnostic différentiel :

Devant un épisode dépressif majeur ou un épisode maniaque, il convient d'éliminer en premier lieu un trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale. Les pathologies pouvant entraîner des troubles de l'humeur sont principalement : les maladies neurologiques (ex : maladie de Parkinson), les accidents vasculaires cérébraux, les maladies endocriniennes (ex : problèmes thyroïdiens, maladie du cortisol), les maladies auto-immunes (ex : lupus érythémateux) ... Certains médicaments ou certains toxiques peuvent également entraîner des troubles de l'humeur (interféron, cocaïne).

Lorsqu'il existe une humeur irritable au premier plan, il peut être difficile de différencier un épisode dépressif d'un état maniaque avec humeur irritable ou d'un état mixte. Etant donné qu'il existe parfois un biais dans le report des symptômes par le patient qui généralement met l'accent sur les symptômes dépressifs, il convient de rechercher soigneusement la présence de symptômes

maniaques. Des symptômes d'ordre émotionnels en réaction à un facteur de stress ne doivent pas être considérés systématiquement comme un épisode dépressif, et donc traités comme tels, si l'évolution des troubles est inférieure à deux semaines. De même, on portera le diagnostic de deuil et non d'épisode dépressif en cas de perte d'un être cher sauf si les troubles persistent au-delà de deux mois. Le diagnostic différentiel entre épisode maniaque et trouble du déficit de l'attention et d'hyperactivité se fera sur le début d'apparition des troubles, l'évolution chronique ou cyclique, la notion d'expansivité et d'élévation de l'humeur associée à l'activité excessive.

3.8 Etiologie :

Il s'agit d'une maladie à déterminisme complexe associant des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux. L'existence d'une vulnérabilité génétique vis-à-vis de la maladie maniaco-dépressive est établie depuis longtemps. Elle repose sur l'observation d'une augmentation du risque de présenter la maladie chez **les apparentés de premier degré (10%)** en comparaison à sa fréquence dans la population générale (1%). Les études de jumeaux donnent également des arguments en faveur d'un déterminisme génétique. Chez les jumeaux monozygotes (100% des gènes en commun) les deux jumeaux seront atteints dans 65% des cas, contre seulement 20% chez les jumeaux dizygotes. Cependant, jusqu'à ce jour aucun gène majeur n'a été trouvé et il est vraisemblable que cette affection est probablement hétérogène dans son expression clinique comme dans son déterminisme génétique. Sur ce terrain génétique, de nombreux facteurs psycho-environnementaux sont susceptibles de précipiter la survenue d'accès thymiques ou le déclenchement de la maladie.

Ainsi, les événements traumatiques précoces peuvent favoriser l'émergence du trouble ou le rendre plus sévère. De nombreux facteurs de stress peuvent également être responsables du déclenchement des épisodes. [6]

3.9 Evolution de la maladie :

Dans une grande proportion des cas, lorsque le traitement préventif des rechutes est correctement suivi, le retentissement social, relationnel et professionnel est minime. Cependant, certains facteurs peuvent entacher le pronostic des troubles de l'humeur. C'est le cas notamment des troubles Co morbides c'est-à-dire des maladies associées telles que les problèmes liés à l'alcool, les toxicomanies ou encore les troubles anxieux qui sont souvent méconnus, de ce fait non traité et qui aggravent

considérablement le pronostic. Le risque majeur encouru par les patients bipolaires est le suicide. Une analyse regroupant plusieurs études et concernant plus de 9000 patients a montré que 19 % des sujets maniacodépressifs non traités décédaient par suicide. Réciproquement, **40 à 60% des suicidant** souffriraient de troubles de l'humeur unipolaire et bipolaire confondus.

3.10 Traitement :

Le traitement des troubles bipolaires repose sur le traitement des accès aigus et sur la prévention des rechutes. Si les traitements médicamenteux sont essentiels, il est indispensable de proposer une aide psychologique adaptée au patient et à son entourage immédiat.

3.10.1 Traitement des accès dépressifs :

Les caractéristiques de l'accès dépressif vont guider la conduite à tenir et en premier lieu évaluer la nécessité d'une hospitalisation. Celle-ci se justifiera lors de la présence d'éléments psychotiques et/ou d'un risque suicidaire. En cas de refus de la part du patient il conviendra d'avoir recours à une mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (loi du 27 juin 1990) dans un établissement spécialisé. Le séjour à l'hôpital sera assorti de mesures de surveillance étroites et continues afin de prévenir toutes velléités de passage à l'acte suicidaire. Les recommandations actuelles selon l'American Psychiatric Association (APA) pour le traitement des épisodes dépressifs lorsqu'ils surviennent au cours d'un trouble bipolaire sont : initiation du lithium ou d'un autre thym régulateur les antidépresseurs doivent être associés à un régulateur de l'humeur en cas d'inefficacité ou encore

Lorsque le pronostic vital est en jeu l'électro convulsivothérapie (ECT) peut s'avérer nécessaire. Les antidépresseurs de premiers choix sont les inhibiteurs de recapture de la sérotonine en cas de symptômes psychotiques, il peut être nécessaire d'ajouter un antipsychotique. En ce qui concerne le traitement médicamenteux antidépresseur, le choix de la molécule est orienté d'une part par le respect des contre-indications, la notion d'une efficacité antérieure, et d'autre part par la séméiologie de l'accès. On évitera, chez les patients atteints de troubles bipolaires, les agents tricycliques susceptibles d'induire des virages maniaques ou des cycles rapides. L'effet thérapeutique apparaît dans un délai de deux semaines et l'absence de réponse au bout de six semaines justifie un changement de traitement. La durée du traitement des épisodes dépressifs des patients bipolaires est moins bien codifiée du fait du risque de virage et les 4 à 6 mois habituellement préconisés ne sont pas forcément justifiés.[9]

Traitement des accès maniaques, hypomaniaques ou mixtes :

L'accès maniaque justifie la plupart du temps une hospitalisation qui pourra, comme pour l'épisode dépressif, s'effectuer de façon contrainte. Il conviendra également d'évaluer la nécessité de mesures de protection, au premier rang desquelles figure la sauvegarde de justice si l'on suspecte des dépenses inconsidérées ou tout acte contraire aux intérêts personnels du patient. L'entretien s'attachera à retrouver la prise de produits susceptibles de favoriser l'émergence de cet état, tels que les antidépresseurs, les corticoïdes ou les psychostimulants. Le traitement de référence reste à ce jour le lithium (Téralithe®). Il possède des propriétés curatives propres vis-à-vis des accès maniaques, au même titre que le divalproate ou le valpromide (Depakote® ou Dépamide®) et les antipsychotiques. Selon l'American Psychiatric Association, les recommandations actuelles pour le traitement des épisodes maniaques ou mixtes sont: lithium ou valproate associé à un antipsychotique pour des états maniaques modérés une monothérapie par lithium, valproate ou par olanzapine (Zyprexa®) est possible d'autres antipsychotiques tels que la ziprasidone ou la quetiapine sont des alternatives possibles aux Etats-Unis la carbamazépine (Tégrétol®) ou l'oxcarbazépine peuvent également remplacer le lithium ou le valproate. L'adjonction d'une benzodiazépine durant une courte durée peut également être utile inversement les antidépresseurs pouvant déclencher ou aggraver les états maniaques et les états mixtes doivent être arrêtés lors de la survenue d'épisode maniaque. Dans les cas plus rares de manies extrêmement sévères, de contre-indication ou de résistance aux traitements précités, le recours à l'électroconvulsivothérapie, qui est également curatif de la manie, peut se justifier. Le choix du traitement de la manie sera guidé, comme pour les antidépresseurs par la clinique. A titre d'exemple le valproate serait plus efficace que le lithium dans les états mixtes. D'autre part, on veillera toujours à optimiser l'efficacité des régulateurs de l'humeur en réajustant les posologies.[9]

3.11 Le délai de guérison :

Tandis que l'évolution spontanée des accès maniaques vers la guérison nécessite en moyenne 4 à 6 mois, un traitement adéquat permet d'obtenir en moyenne un retour à l'état de base au bout de 4 à 6 semaines. Il est alors nécessaire de s'assurer d'une bonne compliance ultérieure vis-à-vis des soins prodigués, fondée sur une bonne connaissance de la part du patient de sa pathologie et sur une alliance thérapeutique avec le psychiatre.[9]

3.12 Traitement prophylactique des rechutes :

Le trouble bipolaire étant caractérisé par la récurrence des troubles, le risque de récurrence justifie la mise en œuvre d'un traitement prophylactique. A l'heure actuelle, il est admis que ce traitement peut être débuté dès le premier épisode maniaque ou mixte. Les recommandations que préconisent l'APA sont : - le lithium (Téralithe®, Neurolithium®), ou le valproate (Depakote ou Dépakide®) en première intention avec comme alternatives possibles la carbamazépine (Tégréol®) ou l'oxcarbazépine (Trilepsal®) ou la lamotrigine (Lamictal®). - la prescription d'un antipsychotique au long cours ne doit pas être systématique et doit être soumise à évaluation.

3.13 Précaution d'utilisation des thymorégulateurs

Le lithium La mise en place d'un traitement par le lithium nécessite un bilan cardiaque, rénal, thyroïdien, et un test de grossesse pour les femmes en âge de procréer. La mise en route du traitement par le lithium s'effectue toujours de façon progressive jusqu'à l'obtention d'une lithémie plasmatique comprise entre 0,6 et 1 mmole/litre pour le Téralithe® 250 et entre 0,8 et 1,2 mmole/litre pour le Téralithe® LP 400. La surveillance de la tolérance nécessite le dépistage d'éventuels signes de surdosage parmi lesquels une asthénie, des nausées, une diarrhée, une hypotonie, des tremblements, une dysarthrie (difficulté à articuler), des vertiges, une vision trouble. La surveillance au long cours comprend un bilan thyroïdien (risque d'hypothyroïdie) et rénal régulier et une évaluation du poids. Dans la mesure où il s'agit d'un traitement préventif, la prescription de lithium peut se concevoir comme un traitement à vie. Cette efficacité préventive peut n'être pleinement effective qu'au bout de deux ans de traitement. En cas de souhait de la part du patient d'interrompre le traitement, il importe de l'informer sur le risque important de rechutes (50% de rechutes à trois mois en cas d'arrêt brutal). Lorsque les effets secondaires sont trop importants, on peut proposer une réduction de la posologie ou un changement de thymorégulateur. Ici encore, la compliance au traitement tire profit d'une bonne connaissance de la part du patient de son trouble, de l'efficacité du traitement et du contrôle de ses effets secondaires.

Les autres thymorégulateurs

- La carbamazépine nécessite une adaptation posologique très progressive afin d'éviter des perturbations hépatiques et un rash cutané. La surveillance de ce traitement comprend un bilan biologique sanguin ainsi qu'un dosage plasmatique (fourchette thérapeutique comprise entre 6 et 12 µg/ml).

- Le valpromide et le divalproate nécessitent globalement les mêmes précautions d'emploi. La posologie sera établie en fonction du dosage plasmatique qui devra être compris dans une fourchette de 50 à 100 µg/ml. [7]

3.14 Prise en charge pédagogique

Au-delà du traitement médicamenteux, il est indispensable d'apporter au patient et à son entourage un soutien pédagogique et psychologique. En effet, le patient devra apprendre à gérer sa vulnérabilité. A cette fin, il est nécessaire qu'il connaisse parfaitement son trouble et qu'il puisse repérer une symptomatologie atténuée annonçant une éventuelle décompensation. Assortie d'une bonne alliance thérapeutique, il devient alors possible de contrôler la plupart des fluctuations thymiques en ambulatoire et d'éviter le recours aux hospitalisations. La famille proche sera également sensibilisée au repérage de ces prodromes. Le respect de certaines règles hygiéno-diététiques telles qu'avoir un temps de sommeil régulier, éviter des périodes de surmenage et contrôler la prise d'alcool et de psychostimulants, permettent une évolution favorable.

La gestion des événements de vie stressants s'appuiera sur le renforcement momentané du soutien psychologique. Enfin, certains patients pourront bénéficier de la mise en œuvre de psychothérapies plus structurées.

chapitreIV:

TOXICOMANIE

4.1 Epidémiologie :

Les données épidémiologiques que nous possédons sur les toxicomanies sont extrêmement diverses, parcellaires et parfois difficilement utilisables. En effet, la définition de la toxicomanie est particulièrement difficile puisqu'elle peut se faire tout d'abord selon que la substance utilisée est prohibée ou non ou selon que la substance utilisée est détournée de son usage normal ou non. Par ailleurs, il existe également une différence difficile à établir entre l'usage et la dépendance. En outre, les données épidémiologiques peuvent être éminemment variables suivant les sources d'information. Certaines enquêtes épidémiologiques recensent les infractions à la législation sur les stupéfiants, d'autres recensent plutôt l'utilisation des structures de soins par les toxicomanes, d'autres encore essaient d'évaluer des événements graves liés à la toxicomanie. Dans tous ces cas on s'aperçoit que la portée statistique de ces études est limitée par leurs biais de recrutement. Néanmoins, le phénomène de dépendance aux stupéfiants semble être dans les pays occidentaux un phénomène en pleine expansion. Une enquête du SESI sur le recours auprès des structures médico-sociales pour usage de drogues illicites montre ainsi une évolution de moins de 3.000 demandes en 1976 à plus de 27.000 en 1990. Par ailleurs, certains résultats de grandes enquêtes sur l'usage de drogues illicites (essentiellement anglo-saxonnes) et pratiquées sur un échantillonnage vaste, montrent dans les populations adolescentes une progression importante de l'initiation, puis de l'usage de produits illicites. Le pourcentage d'utilisation de produits illicites entre 16 et 18 ans est ainsi passé en France de 3 % en 1983 à plus de 35 % en 1995. Toutes les études montrent ainsi au décours de ces trois dernières décennies une augmentation importante de la fréquence de l'initiation aux produits psychotropes qu'ils soient licites ou illicites dans les classes d'âge les plus jeunes. Néanmoins, il existe une proportion importante d'utilisateurs occasionnels. On retiendra qu'un usage même répété ne conduit pas forcément à la dépendance. Cependant, si l'on admet un pourcentage à peu près stable de personnes passant d'un usage répété à la dépendance, il est clair que l'augmentation du nombre d'utilisateurs conduit à une augmentation de patients toxicomanes. En ce qui concerne l'épidémiologie de la dépendance aux opiacés, on ne peut que se référer aux statistiques très parcellaires du nombre de patients "officiellement" recensés. Ces statistiques reposent essentiellement sur l'activité des systèmes de soins, activité qui varie fortement suivant les pays en fonction de leur politique de santé publique, de leur législation sur les stupéfiants. Les données chiffrées varient également en fonction de l'offre de soins !

On peut ainsi recenser 1.500.000 personnes officiellement dépendantes des opiacés aux Etats-Unis. En France, ce chiffre s'établirait aux alentours de 150.000 personnes (le chiffre est certainement notablement sous-estimé).

*Sur un plan plus sociologique, on retiendra : la poly toxicomanie, c'est-à-dire la dépendance à plusieurs produits, semble être un phénomène à l'heure actuelle en pleine expansion dans tous les pays occidentaux. Il existe à l'heure actuelle un phénomène "vieillissement" des patients dépendants avec persistance d'une dépendance au-delà de la troisième décennie d'existence (phénomène peu fréquent il y a vingtaine d'années) ; quels que soient les pays et les études la sex-ratio de la toxicomanie est toujours d'environ 3 pour 1.[3]

En ce qui concerne **la morbidité** et **la mortalité** de la toxicomanie, les études sont d'interprétation difficile vu les différents biais de recrutement. Les enquêtes américaines s'appuyant essentiellement sur les décès liés directement à l'utilisation de produits, retrouvent ainsi :

- le même sexe ratio que pour l'intoxication
- $\frac{3}{4}$ des décès liés à une poly toxicomanie
- une cause de la mort dans 80 % des cas directement liée à la toxicomanie
- un nombre de suicides extrêmement important dans les populations de patients toxicomanes (environ 1/3 des causes accidentelles de décès)

Quelles que soient les études, il est clair que le patient toxicomane est un patient en danger sur le plan de sa santé.

La mortalité : dans une population de toxicomanes apparaît ainsi entre 10 et 20 fois plus élevée que dans une population non dépendante du même âge. Cette mortalité et cette morbidité sont également liées à des risques d'infection dont certains sont à l'heure actuelle bien connus :

- sida par transmission par partage de seringue mais aussi avec un rôle de la prostitution et des conduites à risque dans le domaine sexuel
- hépatite C (cause cf. Supra)
- dégradation importante de l'état général. La population toxicomane a ainsi recours environ 4 fois plus que la population générale aux structures de soins. La toxicomanie, quel que soit le produit utilisé est donc un facteur de risque pour l'individu par rapport à sa santé.[2]

4.2 Modalités de prise en charge :

Les modalités de prise en charge de la toxicomanie sont évidemment variables suivant non seulement les produits utilisés mais également la politique de santé publique du pays où sera pratiqué le soin et également suivant les orientations théoriques qui président à l'offre de soins. Bien entendu, toute prise en charge ou modalité de prise en charge et de traitement de la toxicomanie devrait pouvoir reposer sur une évaluation de l'efficacité des résultats. Souvent, cette évaluation est difficile car les critères de réussite de mise en place des modalités de prise en charge sont extrêmement variables suivant les intervenants. Par exemple, on peut considérer comme un critère d'efficacité :

- la cessation de l'intoxication
- l'intégration sociale
- la diminution de la mortalité et de la morbidité
- la diminution de la criminalité liée à la toxicomanie.

Selon l'importance accordée à l'un ou l'autre des critères, les résultats vont être éminemment variables suivant les modalités de prise en charge. De plus, pour pouvoir évaluer l'efficacité d'un traitement, il faudrait également pouvoir fonder son observation sur la différence existant entre les différentes modalités de prise en charge voire lorsqu'on peut observer "l'histoire naturelle de la toxicomanie», c'est-à-dire le devenir du toxicomane en l'absence de traitement et de prise en charge. De cela on sait que la conduite toxicomaniacque émerge rarement après 25 ans. Par ailleurs, la toxicomanie aux stupéfiants connaît un mouvement de sortie important que l'on n'observe pas pour d'autres toxicomanies comme le tabagisme ou l'alcoolisme. Ce taux de rémission spontané devrait donc être le taux de référence pour tous les traitements : à l'heure actuelle, aucune étude des modalités de prise en charge de la toxicomanie n'utilise ce point de référence.

4.3 Type de modalités de prise en charge :

La modalité de prise en charge d'une toxicomanie dépend de la phase dans laquelle se trouve le patient par rapport au produit : elle devra donc s'adapter aux phases dites :

- d'initiation (contact récréatif avec le ou les produits)
- l'escalade (poly toxicomanie ou augmentation des doses)

- périodes de maintenance (le sujet est dépendant d'un produit pour son fonctionnement "normal") - la période dysfonctionnelle (apparition des syndromes de manque, des périodes de sevrage, des contacts avec la justice, des problèmes familiaux et professionnels, par exemple)
- période d'arrêt de la toxicomanie (période de sevrage) à laquelle on doit ajouter à l'heure actuelle les traitements de maintenance par substitution où le patient reste toxicomane mais sous contrôle médical (période où la personne devient un "ancien toxicomane" (sujet abstinant mais non "normal").

Par ailleurs, on n'omettra pas de signaler que ce sont les modèles explicatifs de la toxicomanie :

- sous-tendent les traitements
- sous-tendent les méthodes d'évaluation des traitements. On admet à l'heure actuelle que le traitement de la toxicomanie repose sur une approche pluridisciplinaire impliquant des partenaires médicaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux.

Toute prise en charge d'un patient toxicomane devrait avoir pour but ultime l'arrêt de l'intoxication. Cependant, certains objectifs intermédiaires sont loin d'être dénués d'intérêt :

- meilleure intégration familiale
- meilleure intégration sociale
- diminution des actes délictueux et donc de leurs conséquences pour l'individu
- diminution de la morbidité

On retiendra au sujet de la prise en charge des toxicomanies aux stupéfiants qu'aucune méthode particulière ou qu'aucun traitement particulier n'a à l'heure actuelle fait la preuve de sa supériorité. On peut cependant raisonnablement penser qu'une prise en charge globale de l'individu plutôt qu'une stigmatisation voire une fixation sur son problème de toxicomanie devrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats.[4]

4.4 Complications psychiatriques en urgences de la toxicomanie :

Résumer les complications possibles de la toxicomanie nécessite une double approche : tout d'abord l'approche purement syndromique qui comprend l'étude des trois seules véritables situations d'urgence rencontrées lors des problèmes de dépendance, à savoir les syndromes de sevrage, les pharmaco-psychoses et les problèmes d'overdose. Une deuxième approche possible est de tenter, malgré la multiplicité des produits rencontrés à l'heure actuelle de dégager des symptômes particuliers observés le plus souvent lors de la prise de certaines drogues.[3]

4.5 Toxicomanie et sevrage :

Le sevrage physique, qui est l'urgence psychiatrique la plus ressentie par le toxicomane, et en fait la moins préoccupante, est défini par un état de manque physique survenant à distance de la dernière prise de drogue lors de la cessation brusque d'une intoxication chronique. Le syndrome de sevrage disparaît soit en quelques jours soit lors de la reprise de la drogue. Ce syndrome est d'autant plus long que la demi-vie de la substance ingérée est longue (c'est une notion importante à connaître dans le cadre de toxicomanie à la Buprénorphine ou à la Méthadone où les syndromes de sevrage sont rarement inférieurs à une semaine).

4.6 Le syndrome de sevrage :

Il s'agit en fait d'un syndrome commun à tous les psychotropes donnant lieu à une dépendance et typiquement il s'agit de manifestations hyper adrénérergiques avec :

- secousses musculaires
- syndrome pseudo-grippal
- vomissements, bâillements
- angoisses, insomnies et parfois syndrome confuso-onirique.

Traitement d'urgence du syndrome de sevrage aux opiacés :

L'état de manque apparaît, du moins dans le cas de l'héroïne dans les 2-3 heures suivant la dernière injection et devient maximum au 2^e et 3^e jour. Dans le cadre des produits de substitution à demi-vie plus longue, les symptômes sont souvent atténués mais le syndrome de sevrage est maximum au 7^e jour et peut évoluer sur un mois. Dans tous les cas, on observe parfois l'évolution vers un syndrome confusionnel. Le traitement demeure identique.

Mesures générales à prendre dans le cadre des syndromes de sevrage aux opiacés :

En général

- environnement sécurisant, familial ou institutionnel
- arrêt immédiat de tout toxique

- correction des désordres métaboliques
- réhydratation par boissons abondantes
- poly vitaminothérapie systématique
- Renutrition
- bilan infectieux (examens clinique et sérologique)
- prise en charge psychothérapique et sociothérapie
- prévention du syndrome déficitaire ou du syndrome dépressif en post-sevrage

Chimiothérapie symptomatique :

Peuvent être utilisés pendant le sevrage

*Des antalgiques et antispasmodiques de type Spasfon.

* Des anxiolytiques de type benzodiazépiniques à demi-vie longue (exemple Valium, Lysanxia : 0.5 à 1 mg/kg/j) ou des neuroleptiques sédatifs (Tercian).

En cas d'insomnie on pourra utiliser du Théralène entre 100 et 150 gouttes le soir au coucher.

Les autres chimiothérapies spécifiques du sevrage ne sont possibles qu'en milieu hospitalier et leur efficacité demeure peu convaincante (Catapressan, Estulic, Gamma-OH).

4.6.1 Le syndrome de sevrage aux barbituriques :

Le tableau est similaire à celui du sevrage alcoolique. Il apparaît entre 12 heures et 3 jours après l'arrêt des barbituriques. Le risque le plus important est la survenue de crises comitiales qui imposent le Valium en IM ou en IV (0.5 à 1 mg/kg/j).

Le bilan et les mesures générales à prendre sont les mêmes que lors d'un sevrage aux opiacés. On n'oubliera jamais d'adjoindre systématiquement une vitaminothérapie B1 (1g/jour) et B6 (500mg/jour). La surveillance par EEG doit être systématique lors du sevrage réalisé souvent sous Gardénal (300mg/jour) pendant plusieurs semaines et après l'arrêt du Gardénal.

4.6.2 Syndrome de sevrage aux benzodiazépines :

Plusieurs thérapeutiques sont proposées lors d'un sevrage aux benzodiazépines. Le remplacement progressif d'une benzodiazépine à demi-vie courte par une benzodiazépine à demi-vie longue puis sa réduction progressive (Valium, Lysanxia avec réduction de 25% de la dose initiale tous les jours). Adjonction de bêtabloquants (Propranolol 20 à 40mg/jour), Tégretol (200 à 400mg/jour).

4.7 La postcure dans la toxicomanie :

La postcure constitue une étape essentielle de la prise en charge des personnes présentant une dépendance aux substances psychoactives. Elle intervient généralement après la phase de sevrage et vise à consolider les résultats obtenus, à prévenir les rechutes et à favoriser la réinsertion du patient dans son environnement familial, social et professionnel. La prise en charge en postcure repose sur un accompagnement multidisciplinaire et prolongé. Elle comprend notamment un suivi médical et psychiatrique, un soutien psychologique, une prise en charge psychosociale ainsi que des interventions visant à renforcer les capacités d'adaptation du patient face aux situations à risque. L'objectif n'est pas seulement de maintenir l'abstinence, mais également d'améliorer le fonctionnement global et la qualité de vie du patient. La prévention de la rechute représente l'un des principaux objectifs de la postcure. Le patient est aidé à identifier les facteurs susceptibles de favoriser la consommation, tels que le stress, les conflits familiaux, certaines fréquentations ou l'exposition à des situations associées à la consommation. Des stratégies sont alors développées afin de permettre au patient de mieux gérer les envies de consommer et de faire face aux situations à risque. La réinsertion sociale constitue également un volet important de la postcure. Elle peut comprendre la restauration des relations familiales, la reprise des activités sociales, la réintégration professionnelle ou scolaire et le développement d'un mode de vie stable et compatible avec le maintien de l'abstinence. Enfin, la durée et les modalités de la postcure doivent être adaptées à chaque patient en fonction de la substance consommée, de la sévérité de la dépendance, des comorbidités psychiatriques et somatiques, de l'environnement familial et social ainsi que du risque de rechute. Un suivi régulier et à long terme permet de détecter précocement les signes de rechute et d'adapter la prise en charge.

4.8 Prévention de la toxicomanie :

La prévention de la toxicomanie constitue un élément essentiel de la lutte contre les troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Elle vise à réduire l'apparition des conduites addictives, à

limiter les complications liées à la consommation et à prévenir les rechutes chez les personnes déjà prises en charge.

4.8.1 Prévention primaire :

La prévention primaire s'adresse principalement aux personnes qui ne présentent pas encore de dépendance. Elle repose sur l'information et l'éducation concernant les effets et les risques liés à la consommation de substances psychoactives. Elle doit commencer dès l'adolescence et impliquer la famille, l'école, les professionnels de santé et la communauté. Le renforcement des facteurs de protection, tels que le soutien familial, les relations sociales positives, la réussite scolaire ou professionnelle et le développement de stratégies adaptées de gestion du stress, peut contribuer à réduire la vulnérabilité aux conduites addictives.

4.8.2 Prévention secondaire :

La prévention secondaire vise à identifier précocement les consommations à risque et les premiers signes de dépendance afin d'intervenir avant l'apparition de complications importantes. Elle repose notamment sur le dépistage précoce, l'évaluation de la consommation et l'orientation vers une prise en charge adaptée. Une intervention précoce permet également de rechercher d'éventuels troubles psychiatriques associés, notamment les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ou les troubles psychotiques.

4.8.3 Prévention tertiaire :

La prévention tertiaire concerne les personnes présentant déjà un trouble lié à l'usage de substances. Elle vise principalement à réduire les conséquences de la dépendance, prévenir les rechutes et favoriser la réhabilitation et la réinsertion psychosociale. Elle comprend le suivi médical et psychiatrique, le maintien du traitement, l'accompagnement psychologique et social, ainsi que la prise en charge des comorbidités. Chez les patients présentant un trouble bipolaire associé à une toxicomanie, la prévention tertiaire nécessite une prise en charge intégrée des deux pathologies afin de réduire le risque de décompensation thymique et de rechute addictive.

4.9 Prévention de la rechute :

La prévention de la rechute représente une étape fondamentale après le sevrage et la postcure. Elle consiste à aider le patient à reconnaître les situations à risque, à identifier les facteurs

déclenchants de la consommation et à développer des stratégies permettant de gérer les envies de consommer.

Le maintien d'un suivi régulier, le soutien familial et social, la réinsertion professionnelle ou scolaire et l'adhésion au programme thérapeutique contribuent à maintenir les acquis de la prise en charge et à améliorer le pronostic à long terme.[7]

4.10 La pharmaco psychose :

La définition de la pharmaco psychose demeure ambiguë car elle recouvre différentes notions selon la présence ou non d'une pathologie psychotique préexistante, la réponse au traitement neuroleptique et l'évolution lors du sevrage.

La pharmaco psychose est définie par :

- une manifestation psychotique aggravée par la prise de toxiques chez les psychotiques chroniques
- une manifestation psychotique révélée par la prise de toxiques : décompensation d'une psychose préexistante à l'occasion de la prise de toxiques (L.S.D., cocaïne, cannabis).
- une décompensation psychotique chronique déclenchée uniquement par la prise de toxiques et qui disparaît sous traitement (pharmaco psychose vraie).

La troisième définition est la plus souvent utilisée mais demeure en fait cliniquement assez rare. Il n'en reste pas moins que l'on rencontre à l'heure actuelle des tableaux psychotiques amphétaminiques ou des psychoses secondaires à la prise d'hallucinogènes de type L.S.D. ou de cannabinoïdes à forte teneur en THC.

La clinique de ces psychoses recouvre l'ensemble des manifestations psychotiques possibles, paraphréniques, hétérophréniques, hallucinatoires, interprétatives. L'évolution est parfois, mais pas toujours, parallèle à la prise de drogues : le tableau psychotique cesse théoriquement l'arrêt de l'intoxication. Il est toujours difficile de différencier dans un tel tableau clinique la part qui revient au toxique lui-même et la part qui revient à un trouble psychopathologique du patient qui préexistait à la prise de drogue et qui a pu favoriser la dépendance. Ainsi, la deuxième définition est celle qui apparaît la plus fréquente en pratique courante. On trouve un tableau de type schizophrénique préalable qui favorise l'addiction toxicomaniaque.[7]

4.10.1 L'overdose :

Quoique rare, elle est responsable de la majorité des décès des héroïnomanes (environ 400 décès en 1995 en France). On peut évoquer le diagnostic devant :

- des troubles de la conscience
- des troubles respiratoires le plus souvent à type de dépression respiratoire
- un myosis serré.

L'œdème pulmonaire, conséquence de l'overdose, peut être cliniquement ou radiologiquement présent. Mais sa survenue peut être retardée et fera garder en observation pendant 24 heures tout patients ayant fait une overdose. A ce tableau d'overdose peuvent s'associer des crises convulsives, une hypertension intracrânienne secondaire et un œdème cérébral.

Le traitement de l'overdose par opiacés comprend des gestes de réanimation avec ventilation au masque ou intubation si nécessaire, l'administration d'anti morphiniques (Narcan de 0,4 à 1mg IV). Le succès du traitement est jugé sur l'état de conscience de la respiration et des pupilles.

L'échec peut être le fait d'une hypoxie prolongée (œdème pulmonaire). A noter que le surdosage en Narcan entraîne un syndrome de sevrage. Dans le cadre de l'héroïnomanie ou des toxicomanies aux opiacés, peuvent se rencontrer d'autres urgences. Ce sont :

4.10.2 Les complications gastro-intestinales :

Ce sont de véritables pièges diagnostiques qui correspondent aux effets constipants de l'héroïne pouvant aller jusqu'à une occlusion intestinale aiguë, le plus souvent fonctionnelle. De plus, les héroïnomanes sont susceptibles de majorer les signes afin de recevoir des opiacés. Par ailleurs, il faut souligner que le syndrome de sevrage peut faire évoquer un abdomen aigu pseudo-chirurgical.

4.10.3 Les complications infectieuses :

L'endocardite est une des complications infectieuses les plus sévères de l'héroïnomanie.

L'endocardite tricuspидienne représente à elle seule plus de 50% des endocardites du toxicomane. Le pronostic est plus mauvais que sur le cœur gauche. Pour ce qui est des infections mycotiques, le pronostic reste très sombre. Les septicémies sont assez fréquentes ainsi que les pneumopathies bactériennes aiguës. Les embolies pulmonaires septiques ou poussières sont de trois origines : cutanée ou veineuse, cardiaque ou fruit d'une préparation septique.

4.11 Séméiologie faisant évoquer la prise de certains produits :

4.11.1 Les amphétamines :

Les amphétamines sont des substances synthétiques et en ce sens, à l'heure actuelle, ne présentent plus aucune stabilité sur le plan des produits disponibles sur le marché. On retrouve des produits à activité amphotaminique, c'est-à-dire psychostimulante tout à fait classique, comme des produits tel le STP

avec une activité hallucinatoire très puissante. En urgence, les tableaux retrouvés regroupent souvent une symptomatologie faite d'hyperactivité motrice et intellectuelle avec des idées délirantes à thématique de persécution à mécanisme interprétatif appelé effet parano. Cette première phase est souvent suivie d'une phase dépressive où les tentatives auto lytiques ne sont pas rares. Sur le plan somatique, on observera le plus souvent une mydriase, une tachycardie et une hypertension. Les complications somatiques à pronostic vital que l'on rencontre parfois regroupent l'hypertension paroxystique et certains syndromes choréiformes. L'utilisation prolongée d'amphétamines expose au risque majeur de pharmacopsychose chronique d'allure schizophréniforme.

4.11.2 La cocaïne et le crack :

Sur le plan psychotrope, leurs effets sont apparentés à ceux des amphétamines : effets psychostimulants intenses et avec le crack effets de flash comparables à une intraveineuse. Les complications les plus fréquemment rencontrées comprennent des tremblements, des convulsions et une stimulation intense des centres respiratoires suivies d'une dépression avec hypoventilation et risque de collapsus. On retrouve également un risque majeur de vasoconstriction périphérique, d'hypertension artérielle avec tachycardie et troubles du rythme. A fortes doses et/ou en prise chronique apparaissent des épisodes aigus interprétatifs ou effets parano ainsi que des manifestations hallucinatoires.

4.11.3 Les barbituriques :

Les barbituriques les plus utilisés sont des barbituriques à demi-vie courte de type d'Imménocotal ou Binocotal ou parfois de Nembutal. A forte dose, l'ivresse barbiturique est comparable à un tableau de confusion mentale. Le sevrage brutal des barbituriques est plus dangereux que celui des opiacés. Il s'apparente au delirium tremens et le risque épileptogène est majeur.

4.11.4 Les benzodiazépines :

Les benzodiazépines ne donnent que rarement lieu à une toxicomanie véritable mais plutôt à un abus ou à une association à d'autres produits opiacés ou barbituriques. Il existe cependant une pharmacodépendance indéniable chez certains sujets prédisposés dont la dépendance physique se manifeste à l'arrêt brutal du traitement par un syndrome de sevrage. Ce syndrome de sevrage est extrêmement variable suivant les individus mais est tout à fait superposable à une majoration de crises d'angoisse. En général, ce syndrome de sevrage dure entre 48 et 72 heures. Il est d'autant plus brutal que les produits utilisés étaient des benzodiazépines à demi-vie courte (Rohypnol, Témesta).

4.11.5 Opiacés et morphiniques :

Dans le cadre des urgences imputables à l'utilisation des morphiniques, il faut signaler que des overdoses ont pu être retrouvées avec d'autres dérivés des opiacés et notamment ceux que l'on

présente à l'heure actuelle comme pourvus d'une certaine innocuité dans ce domaine (Méthadone : mise en cause dans environ 10% des overdoses mortelles aux Etats-Unis, Buprénorphine). Les morphiniques de synthèse, décrits souvent comme non responsables d'overdose, voient malheureusement leur effet confusogène et déprimeur respiratoire considérablement renforcé par l'association de plus en plus retrouvée avec l'alcool ou d'autres déprimeurs du système nerveux central. En dehors de l'overdose et de son contexte de coma, on peut retrouver en urgence lors de la prise d'opiacés :

- une dépression respiratoire avec un encombrement important chez les sujets bronchitiques,
- des crises d'asthme fulminantes chez des sujets prédisposés, les morphiniques étant histamino-libérateurs,
- des troubles du rythme cardiaque avec bradycardie vagale,
- une hypothermie
- une constipation voire une occlusion intestinale fonctionnelle
- des coliques hépatiques par augmentation des pressions intra canaliculaires,
- des rétentions aiguës d'urine par augmentation du tonus sphinctérien,
- des hyperglycémies importantes

4.11.6 Les hallucinogènes et onirogènes :

Ce sont des produits dont la consommation est sujet à une mode et dont la réapparition ces dernières années s'est faite en force dans notre pays. On pourra citer tout d'abord :

4.11.7 Le L.S.D.

C'est un alcaloïde extrait de l'ergot de seigle actif à des doses de l'ordre de 100 à 200 gamma. Les effets psychologiques sont dominés par une activité hallucinatoire intense qui correspond au "trip". Les accidents les plus souvent rencontrés sont liés aux distorsions temporo-spatiales et au syndrome délirant riche présentés par des patients avec des risques de passages à l'acte essentiellement auto-agressifs souvent secondaires au délire. Une seconde complication qui peut souvent constituer une urgence psychiatrique par son caractère très anxiogène est l'effet flash-back : il s'agit d'un revécu de l'expérience psychologique en l'absence de prise du produit. Cet effet peut se produire plusieurs jours voire plusieurs mois après la prise de produit. D'autres produits sont rencontrés plus rarement en France et leur utilisation conduit à une symptomatologie à peu près identique. Il s'agit de la Mescaline, la Psilocybine et le MDMA (3,4 méthylène dioxymétamphétamine) qui est une substance synthétique à activité amphotaminique et hallucinatoire à fortes doses. Elle est actuellement commercialisée sous le nom d'Ecstasy et souvent consommée à des doses de l'ordre de 150 mg. Il faut savoir que la dose toxique mortelle se situe vers 250 mg. Les effets secondaires du MDMA, observables en urgence, sont assez similaires à ceux observés lors de la prise

d'amphétamines. Une mention particulière doit être faite pour la Phencyclidine ou PCP qui commence à apparaître en France alors que son utilisation est extrêmement importante aux Etats-Unis. Cette substance produit un effet schizophréno-mimétique avec des gestes auto agressifs et des automutilations ou hétéro-agressifs avec des crimes violents et impulsifs qui font de ces drogues une des plus dangereuses qui existent malgré son surnom de poussière d'ange. L'overdose de PCP conduit en général à des manifestations sympathicomimétiques de type amphétaminique.

4.11.8- Les cannabinoles :

Le cannabis est la drogue la plus largement répandue dans le monde. Le principe actif du chanvre est le tétrahydrocannabinol ou THC, particulièrement dans sa forme 9 delta THC. L'activité pharmacologique du THC est principalement para sympathicomimétique avec augmentation du turnover de l'acétylcholine conduisant à une sécheresse des muqueuses, une apathie et des troubles mnésiques importants. A faible dose et surtout à faible concentration de la plante en THC (4 à 12% dans l'herbe et dans la résine) on retrouve essentiellement une ivresse cannabique avec euphorie, sensation de bien-être, désinhibition. Cependant, sur le plan psychiatrique, chez des personnes prédisposées, on peut rencontrer une sensation de dépersonnalisation, de déréalisation et des décompensations anxio-dépressives voire délirantes avec des bouffées délirantes aiguës à thèmes de persécution. Ces manifestations psychiatriques de type délirant et hallucinatoire sont de plus en plus fréquemment rencontrées pour deux raisons principales :

- la disponibilité grandissante du cannabis et donc l'augmentation importante des consommations que l'on constate à l'heure actuelle,
- l'apparition d'herbe et de résine où la teneur en THC peut atteindre 60 à 80% (plante modifiée génétiquement en Hollande).

Avec ce type de surdosage peuvent apparaître des délires d'allure paranoïaque voire des pharmacopsychoses parfois irréversibles. Sont également décrits les phénomènes de flash-back que l'on connaissait pour le L.S.D. Il faut également savoir que les nouveaux composants consommés à l'heure actuelle ont permis de mettre en évidence un syndrome de dépendance psychique important et également une dépendance physique conduisant parfois à des syndromes de sevrage.



chapitreV:

Troubles bipolaires et comorbidités

5.1 Définition de la comorbidité :

La comorbidité entre le trouble bipolaire (TB) et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (TUS) correspond à la coexistence, chez un même patient, d'un trouble bipolaire et d'un trouble caractérisé par un usage problématique d'une ou plusieurs substances psychoactives.

Cette association représente une situation clinique fréquente et complexe. Elle ne constitue pas simplement la présence simultanée de deux diagnostics indépendants, mais semble correspondre à une interaction dynamique entre les symptômes thymiques, les comportements de consommation, les facteurs biologiques et les facteurs psychosociaux. Les données disponibles suggèrent que plusieurs mécanismes peuvent contribuer à cette association et qu'aucune hypothèse unique ne permet d'expliquer l'ensemble des cas [1,2].

5.2 Épidémiologie de l'association trouble bipolaire–toxicomanie :

Les troubles liés à l'usage de substances sont nettement plus fréquents chez les personnes présentant un trouble bipolaire que dans la population générale. Une méta-analyse portant sur des enquêtes en population générale a retrouvé une prévalence moyenne d'environ 33 % pour l'ensemble des troubles liés à l'usage de substances chez les personnes présentant un trouble bipolaire. Les troubles liés à l'usage d'alcool représentaient environ 24 %, tandis que les troubles liés à l'usage de substances illicites concernaient environ 17 % des patients [3].

Dans les populations cliniques, les taux de comorbidité peuvent être encore plus importants. Une méta-analyse regroupant des études réalisées en milieu hospitalier et ambulatoire a retrouvé notamment une prévalence élevée des troubles liés à l'usage d'alcool, du cannabis et des autres substances illicites chez les patients bipolaires [4].

Cette association peut être observée aussi bien dans le trouble bipolaire de type I que dans le trouble bipolaire de type II. Toutefois, certaines différences peuvent être observées selon le type de substance, le sexe, l'âge de début du trouble et le contexte clinique [3,4].

5.3 Substances psychoactive les plus fréquentes associée au trouble bipolaires

L'alcool constitue l'une des substances les plus fréquemment associées au trouble bipolaire. Sa consommation peut être associée à une aggravation des symptômes thymiques, à une augmentation du risque de rechute et à des difficultés d'observance thérapeutique [4].

5.3.1 Cannabis

Le cannabis représente également une substance fréquemment consommée chez les patients bipolaires. Plusieurs travaux ont retrouvé une association entre sa consommation et une évolution clinique plus défavorable, notamment une augmentation des symptômes maniaques, des épisodes psychotiques et, dans certaines études, un début plus précoce du trouble bipolaire [5,6].

5.3.2 Cocaïne et autres stimulants

La consommation de cocaïne et d'autres psychostimulants peut modifier l'expression clinique du trouble bipolaire et compliquer le diagnostic différentiel entre symptômes induits par les substances et épisodes thymiques. Une revue systématique et méta-analyse récente a retrouvé une prévalence importante du trouble lié à l'usage de cocaïne chez les personnes présentant un trouble bipolaire, avec un profil clinique caractérisé notamment par davantage de comorbidités psychiatriques, de poly consommation et une moins bonne observance thérapeutique [7].

5.3.3 Opioïdes

Les opioïdes peuvent également être associés au trouble bipolaire, même si cette association est moins étudiée que celle concernant l'alcool ou le cannabis. Leur consommation expose à des complications somatiques et psychiatriques importantes et nécessite une prise en charge spécifique du trouble lié à leur usage.

Le tabagisme est également fréquent chez les personnes présentant un trouble bipolaire. Il doit être recherché systématiquement dans l'évaluation globale des consommations, notamment en raison de ses conséquences somatiques et de la fréquence élevée des comportements addictifs chez ces patients.

3.4. Relation entre trouble bipolaire et toxicomanie

La relation entre le trouble bipolaire et la consommation de substances est complexe et probablement bidirectionnelle. Plusieurs modèles ont été proposés pour expliquer cette association.

5.3.5 . Hypothèse de l'automédication

Selon l'hypothèse de l'automédication, certains patients pourraient utiliser des substances psychoactives afin de diminuer ou de modifier certains symptômes émotionnels ou thymiques. La consommation peut ainsi être recherchée pour réduire temporairement une anxiété, une dysphorie, une insomnie ou certains symptômes dépressifs. Cependant, cette hypothèse ne permet pas d'expliquer l'ensemble des cas et ne signifie pas que la consommation constitue un traitement adapté du trouble bipolaire [1,2].

5.4 Vulnérabilité commune

Une autre hypothèse repose sur l'existence de facteurs de vulnérabilité communs aux deux troubles. Des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et environnementaux pourraient favoriser à la fois l'apparition du trouble bipolaire et le développement d'un trouble lié à l'usage de substances [2].

5.5 Effets des substances sur le trouble bipolaire

Certaines substances peuvent également favoriser l'apparition ou l'aggravation de symptômes thymiques chez des personnes vulnérables. Une revue systématique a notamment retrouvé des données suggérant que l'usage de substances, particulièrement lorsqu'il est fréquent, pourrait constituer un facteur de risque de symptômes maniaques ou du développement ultérieur d'un trouble bipolaire [8].

5.6 Interaction bidirectionnelle

Il est donc probable que les deux troubles puissent s'influencer mutuellement au cours du temps. Le trouble bipolaire peut favoriser certains comportements de consommation, tandis que la consommation peut aggraver les manifestations et l'évolution du trouble bipolaire.

5.7 Facteurs favorisant la comorbidité

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la coexistence du trouble bipolaire et de la toxicomanie : début précoce du trouble bipolaire ; antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou addictifs ; impulsivité ; recherche de sensations ; traumatismes ou expériences adverses durant l'enfance ; stress psychosocial ; troubles anxieux ou autres comorbidités psychiatriques ; environnement social défavorable ; accessibilité des substances ; difficultés d'observance thérapeutique. Les mécanismes impliqués semblent être multiples et comprennent notamment les systèmes de récompense, la sensibilisation au stress et les interactions entre facteurs génétiques et environnementaux [2].

5.8 Impact de la toxicomanie sur l'évolution du trouble bipolaire

La présence d'un trouble lié à l'usage de substances est généralement associée à une évolution plus complexe du trouble bipolaire. Elle peut notamment être associée à : une augmentation des rechutes thymiques ; une plus grande sévérité de certains épisodes ; une augmentation du nombre d'hospitalisations ; une diminution de l'observance thérapeutique ; une altération du fonctionnement social et professionnel ; une diminution de la qualité de vie ; une augmentation des comportements à risque ; une augmentation du risque suicidaire dans certaines populations. Les données récentes soulignent que les patients présentant cette comorbidité ont globalement un parcours clinique plus défavorable que ceux présentant un trouble bipolaire sans trouble lié à l'usage de substances [2, 4,7].

5.9 Particularités cliniques selon la substance consommée

L'impact clinique peut varier en fonction de la substance utilisée. Le cannabis est fréquemment associé à des manifestations maniaques, à la psychose et à certaines formes d'évolution plus sévère. L'alcool est notamment associé à une aggravation des symptômes dépressifs et à un risque suicidaire accru dans certaines études. Les stimulants, tels que la cocaïne et les amphétamines, peuvent compliquer l'évaluation des symptômes maniaques et psychotiques. Les opioïdes sont davantage associés aux risques liés à la dépendance, au sevrage et aux complications somatiques [7,10].

Ces différences justifient une évaluation précise du type de substance, de la fréquence et de la quantité consommée, de l'âge de début de la consommation et de la chronologie entre consommation et épisodes thymiques.

5.10 Difficultés diagnostiques

Le diagnostic de cette comorbidité peut être particulièrement difficile. Certains effets des substances ou certains symptômes de sevrage peuvent reproduire ou masquer des manifestations du trouble bipolaire. Il est donc essentiel de déterminer : la chronologie des symptômes par rapport à la consommation ; la durée des épisodes thymiques ; la présence de symptômes pendant les périodes d'abstinence ; l'existence d'antécédents d'épisodes thymiques indépendants de la consommation ; le type et la quantité de substance consommée ; les périodes de sevrage ou d'intoxication ; les antécédents familiaux de trouble bipolaire et de toxicomanie. Une évaluation longitudinale est souvent nécessaire afin de différencier un épisode thymique primaire d'un trouble de l'humeur induit par une substance.

5.11 Conséquences thérapeutiques

La coexistence d'un trouble bipolaire et d'un trouble lié à l'usage de substances nécessite une prise en charge globale. Le traitement doit tenir compte simultanément des symptômes thymiques et du comportement addictif. La prise en charge peut associer : traitement pharmacologique du trouble bipolaire ; prise en charge spécifique du trouble lié à l'usage de substances ; interventions psychothérapeutiques ; psychoéducation ; prévention des rechutes ; prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques ; soutien familial et psychosocial. Les données concernant les traitements pharmacologiques spécifiquement destinés aux patients présentant cette double pathologie restent toutefois limitées. Certaines études suggèrent un intérêt potentiel de certains thym-régulateurs, mais les résultats disponibles restent hétérogènes et nécessitent davantage d'essais contrôlés [9].

Les approches psychothérapeutiques intégrées peuvent également être envisagées, mais les données restent encore insuffisantes pour déterminer une stratégie unique applicable à tous les patients [10].

Le pronostic du trouble bipolaire peut être défavorablement influencé par la présence d'un trouble lié à l'usage de substances. Cette comorbidité est associée à une plus grande complexité clinique, à des difficultés d'observance et à une augmentation du risque de rechutes et d'hospitalisations. La reconnaissance précoce de la consommation de substances chez les patients bipolaires est donc essentielle. Le dépistage systématique, l'évaluation régulière des consommations et la mise en place d'une prise en charge intégrée peuvent contribuer à améliorer le suivi et à réduire le retentissement de cette double pathologie.

5.13 Conclusion du chapitre

L'association entre trouble bipolaire et toxicomanie constitue une comorbidité fréquente et cliniquement importante. Elle résulte probablement de l'interaction de plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. La présence d'un trouble lié à l'usage de substances peut modifier la présentation clinique du trouble bipolaire, compliquer son diagnostic et être associée à une évolution plus défavorable.

La prise en charge doit ainsi dépasser une approche centrée uniquement sur le trouble thymique ou uniquement sur la consommation de substances. Une évaluation globale et une stratégie thérapeutique intégrée apparaissent nécessaires afin de répondre aux différentes dimensions de cette comorbidité.

chapitre VI:

PARTIE PRATIQUE

Matériels et méthodes

1) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur un échantillon des 148 patients bipolaires hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB - Ouargla durant 02 ans 2024 - 2025.

2) Description de lieu d'étude :

Cette étude est réalisée au niveau du l'EHS de psychiatrie HDEB - Ouargla qui est constitué de 02 blocs séparés :

- le premier c'est le service ou s'assure la consultation et les urgences de la psychiatrie infanto- juvénile.
- le deuxième ou le bloc majoritaire c'est pour la consultation, les urgences ainsi que les différents services d'hospitalisation en psychiatrie adulte.

Le premier étage : un bloc administratif.

3) Durée de recrutement :

Elle s'est déroulée sur une période allant du 01 janvier 2024 au 31 décembre 2025 soit une durée de 02 ans.

4) La population d'étude :

Cette étude avait porté sur tous les patients atteints de bipolaire hospitalisés à l'EHS de psychiatrie HDEB Ouargla, âgés de 18 ans et plus, quel que soit leur lieu de résidence ou le type d'hospitalisation (volontaire, à la demande d'un tiers ou d'office) durant la période allant 2024-2025.

5) Critères d'éligibilité :

5. 1) Critères d'inclusion :

De ce fait, nous avons recensé les patients bipolaires ayant été hospitalisé à l'EHS de psychiatrie HDEB-Ouargla entre les ans 2024-2025.

- Répondant aux critères de la classification internationale DSM V.
- Adultes âgés de 18 ans et plus.
- Quel que soit le sexe et l'origine géographique.

5. 2) Critères de non-inclusion :

- Patients inférieurs à 18 ans.
- L'absence de consentement.
- Ne répondant pas aux critères de la classification internationale DSM-V.

6) Collecte des données :

Nous avons collecté nos données à l'aide d'une fiche d'enquête (Annexe I), dossiers d'hospitalisations et l'interrogatoire avec les patients.

7) Saisies et traitement de texte :

Ces données ont été saisies et traitées à l'aide du Pack office 2013 et du logiciel IBM SPSS statistique 25. Le logiciel Zotero 6.0.36 a également été utilisé pour les références bibliographiques. Après avoir observé certains résultats, nous avons conduit une étude descriptive.

L'analyse porte sur le calcul des fréquences et des pourcentages pour les variables qualitatives. Et sur le calcul de la moyenne pour les variables quantitatives.

8) Considérations éthiques :

Les patients ont été inclus dans cette étude après :

- Avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement ou avoir celui de leur proche.
- La confidentialité des données a été garantie ; les noms des patients ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

Les variables étudiées :

L'âge : répartir en 04 tranches d'âges :

- De 18 à 25 ans
- De 26 à 30 ans
- De 31 à 35 ans
- De 36 à 40 ans
- Plus de 40 ans

Lieu de résidence :

- Urbain
- Rural

Le sexe :

- Homme
- Femme

Le statut social :

- Célibataire
- Marié(e)
- Divorcée
- Veuf (Ve)

Le niveau scolaire :

- Aucun
- Primaire
- Moyen
- Secondaire
- Universitaire

L'activité professionnelle :

- Chômage
- Etatique
- Fonction libérale.

Nombre d'hospitalisation en psychiatrie

Tentatives de suicides :

- Aucun
- Par intoxication
- Par arme blanche
- Par incendie
- Etranglement
- Desintration
- Non précise

L'Age de tentative de suicide :

- De 18 à 25 ans
- De 26 à 30 ans
- De 31 à 35 ans
- De 36 à 40 ans
- Plus de 40 ans

Les antécédents personnels judiciaire : Oui /Non

Les antécédents personnels médicaux :

- HTA.
- Diabète.
- Goitre
- Autre
- HTA+ Diabète.

Les antécédents psychiatriques familiaux :

- Aucun

- Père
- Mère
- Autre
- Père +Mère
- Père +Autre
- Mère +Autre
- Père +Mère +Autre

Les antécédents familiaux psychiatriques (père, mère, autre) :

- Aucun
- Schizophrénie
- Trouble bipolaire
- Etat maniaque
- Dépression
- Mal connu
- TOC

Les antécédents familiaux toxiques : Oui/ Non

L'âge du début de la bipolaire :

- De 18 à 25 ans
- De 26 à 30 ans
- De 31 à 35 ans
- De 36 à 40 ans
- Plus de 40 ans

Le type de la bipolaire : TB1, TB2, accès maniaque, dépression.

Alliance thérapeutique : Oui/Non

Conscience de trouble : Oui /Non

Traitement :

- Classique
- Atypique
- Classique +Atypique

Les antécédents personnels toxiques : Oui/NON

Type de toxique :

Tabac

- Alcool
- Psychotrope
- Cannabis
- Cocaïne

- Autre toxique

L'âge du début de l'usage des substances psychoactives :

- De 10 à 15 ans
- De 16 à 20 ans
- De 21 à 25 ans
- De 26 à 30 ans
- De 31 à 35 ans
- De 36 à 40 ans
- Plus de 40 ans

Antériorité de l'usage par rapport à la maladie :

- Avant
- Au cours de la maladie

Les effets recherchés par la consommation des substances PSA :

- Euphorie
- Anxiolytique
- Hypnotique
- Soigner l'hallucination

La façon de l'usage des substances psychoactives :

- Irrégulière
- Régulière

chapitreVII:

Les résultats

1) Analyses descriptives :

2) Les caractéristiques sociodémographiques :

2. 1) Répartition les patients bipolaires selon le sexe :

La population étudiée comprend 148 patients présentant un trouble bipolaire, dont 112 hommes (75,7 %) et 36 femmes (24,3 %). On constate ainsi une prédominance masculine dans notre échantillon, avec une sex-ratio hommes/femmes de 3,1.

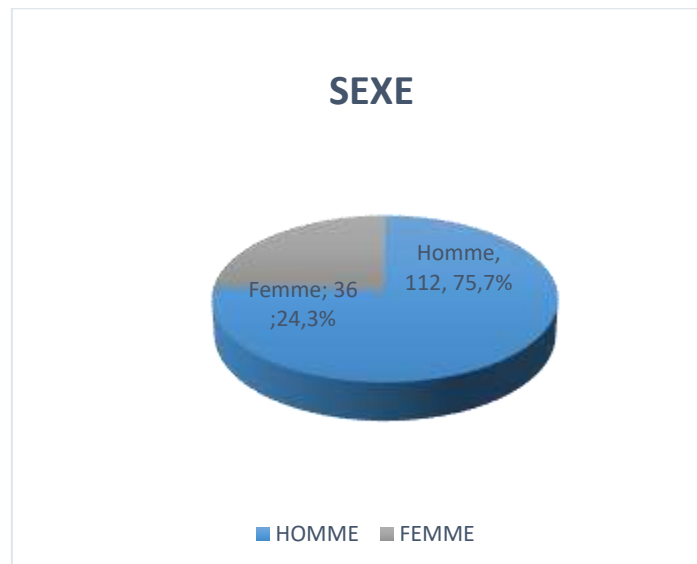


Figure 1 Répartition les patients bipolaire selon le sexe

2. 2) Répartition les patients bipolaires selon les tranches d'âge :

La répartition des patients selon l'âge montre une prédominance de la tranche d'âge supérieure à 40 ans, représentant 47 patients (31,8%). Elle est suivie par la tranche d'âge de 25 à 30 ans, avec 30 patients (20,3 %). Les tranches d'âge de 30 à 35 ans et de 35 à 40 ans comptent chacune 26 patients (17,6 %) chacune. La tranche d'âge de 18 à 25 ans est la moins représentée, avec 19 patients (12,8 %). L'âge moyen estimé de la population étudiée était de 34,1 ans

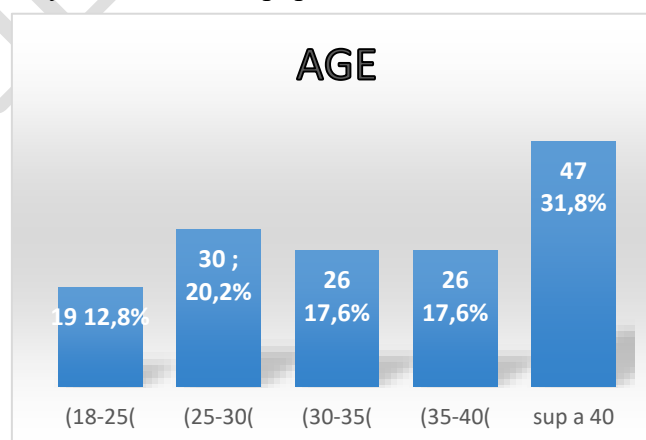


Figure 2 Répartition les patients bipolaire selon les tranches d'âge

2.3) Répartition les patients bipolaires selon le statut social :

La majorité 56,8% (n=84) des patients sont des célibataires.

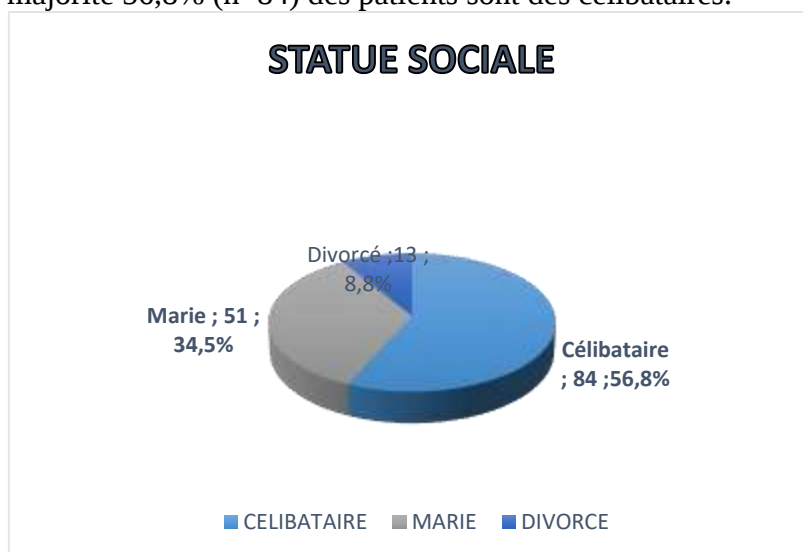


Figure 3 Répartition les patients bipolaires selon le statut social

2.4) Répartition les patients bipolaires selon le niveau scolaire :

Près de la moitié de l'échantillon (49,3 %) possède un **niveau scolaire moyen**, tandis qu'environ **un quart (23,6 %)** a atteint le **niveau universitaire**. Les participants ayant un niveau primaire ou aucun niveau scolaire restent minoritaires. Cette répartition montre donc une prédominance du **niveau scolaire moyen** au sein de la population étudiée.

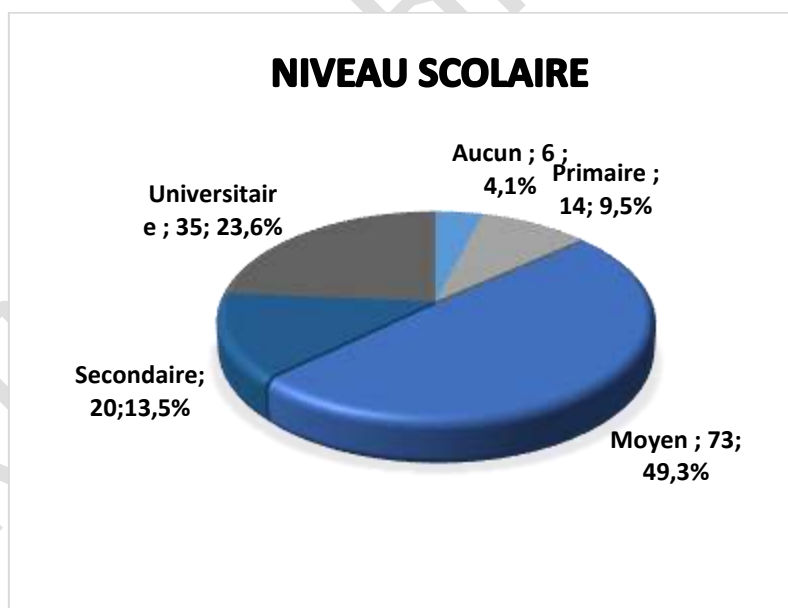


Figure 4 Répartition les patients bipolaires selon le niveau scolaire

2.5) Répartition les patients bipolaires selon l'activité professionnelle :

La majorité de l'échantillon est sans emploi représentant 70,9% (n=105), les activités professionnelles étatiques et libérales étant minoritaires.

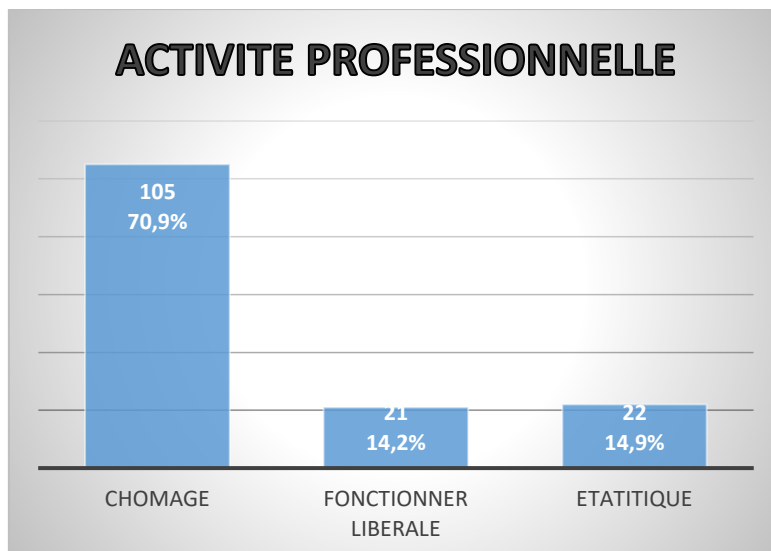


Figure 5 Répartition les bipolaires selon l'activité professionnelle

2.6) Répartition les patients bipolaires selon le lieu de la résidence :

La majorité des participants résident en milieu urbain, avec 133 participants (89,9 %), contre 15 participants (10,1 %) vivant en milieu rural.

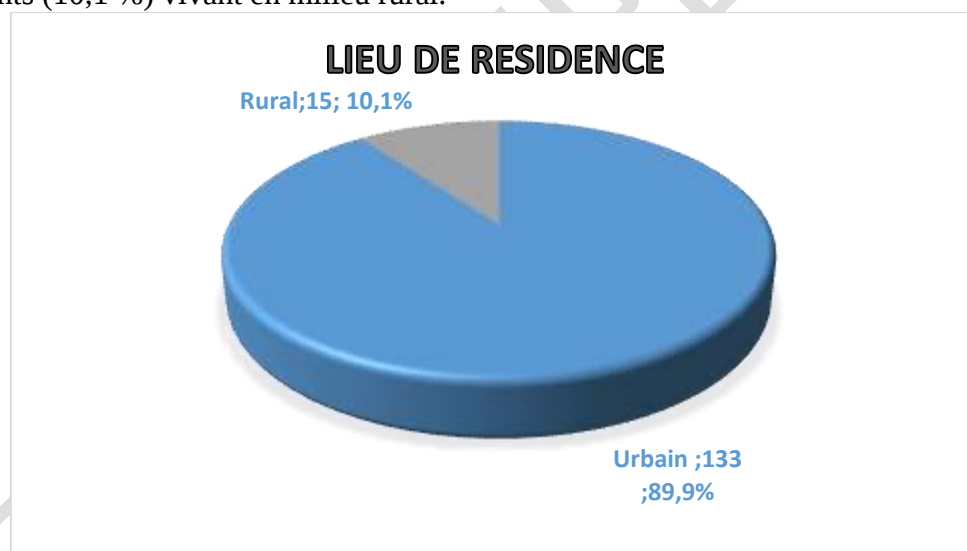


Figure 6 Répartition les patients bipolaire selon lieu de résidence

Les antécédents personnels et familiaux :

2.7) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents judiciaires :

La majorité des participants ne présentent pas d'antécédents judiciaires, avec 109 participants (73,6 %). En revanche, 39 participants (26,4 %) déclarent avoir des antécédents judiciaires.

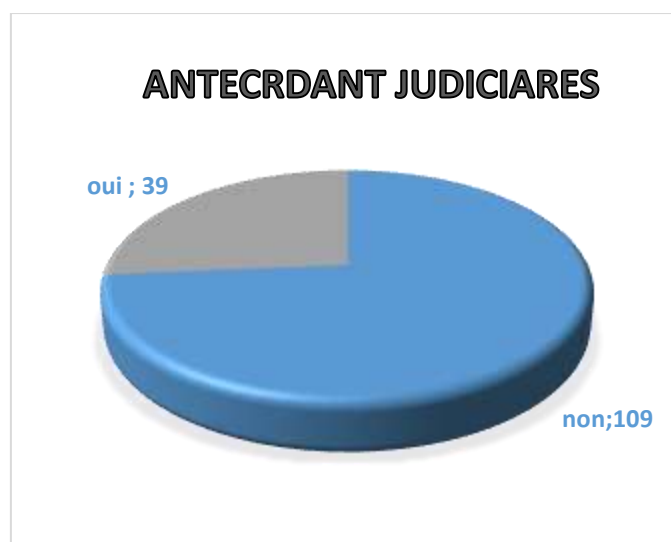


Figure 7 Répartition les patients bipolaires selon les antécédents judiciaires

2.8) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents personnels médicaux :

Les antécédents les plus fréquents sont l'**HTA** et les **autres antécédents**, avec **4 participants (2,7 %)** chacun, suivis du **goitre** avec **3 participants (2,0 %)**. Le **diabète** et l'association **HTA + diabète** concernent chacun **2 participants (1,4 %)**. La majorité des participants ne présentent aucun antécédent médical ou chirurgical, avec 133 participants (90,1 %).

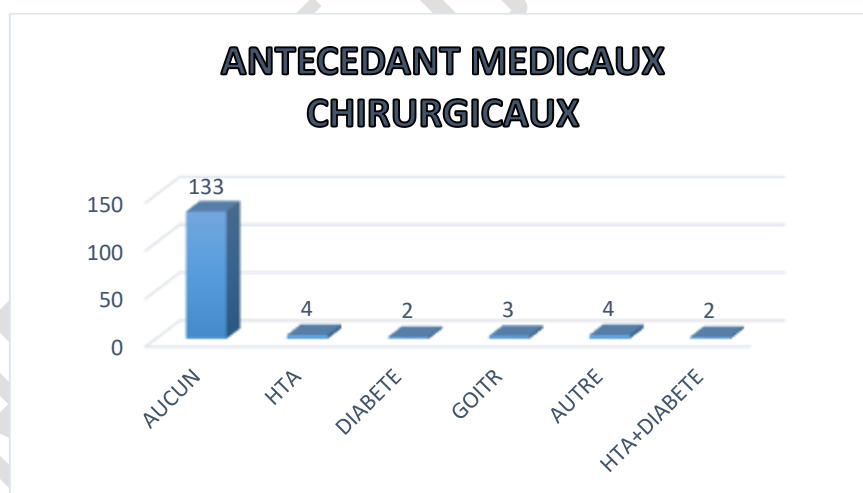


Figure 8 Répartition les patients bipolaires selon les antécédents médicaux chirurgicaux

2.9) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents et la méthode de tentative de suicide :

La majorité des participants n'a pas d'antécédent de tentative de suicide, avec 129 cas (87,2 %). Parmi ceux ayant rapporté une tentative, la méthode la plus fréquente est l'étranglement (5 cas ; 3,4 %), suivie de la désintrication (4 cas ; 2,7 %) et de la par arme blanche et des cas non précisés (3 cas chacun ; 2%). Les tentatives par intoxication et par électrocution représentent chacune 2 cas (1,4 %).

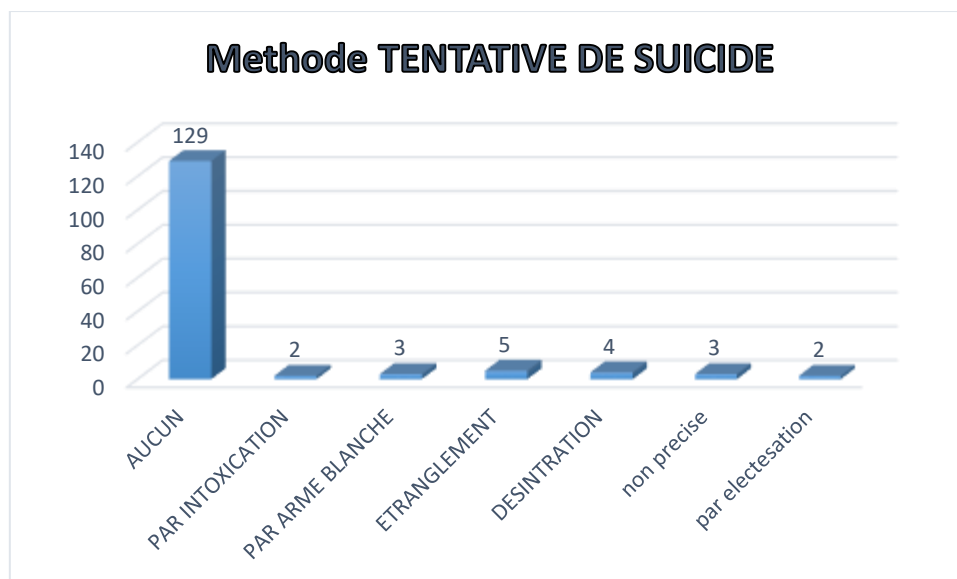


Figure 9 Répartition des patients bipolaires selon la procédure de suicides

2.10) Répartition les patients bipolaires selon le nombre de tentative de suicide :

Une tentative de suicide a été rapportée chez 13%des patients, tandis que 87%n'en rapportaient aucune TS.

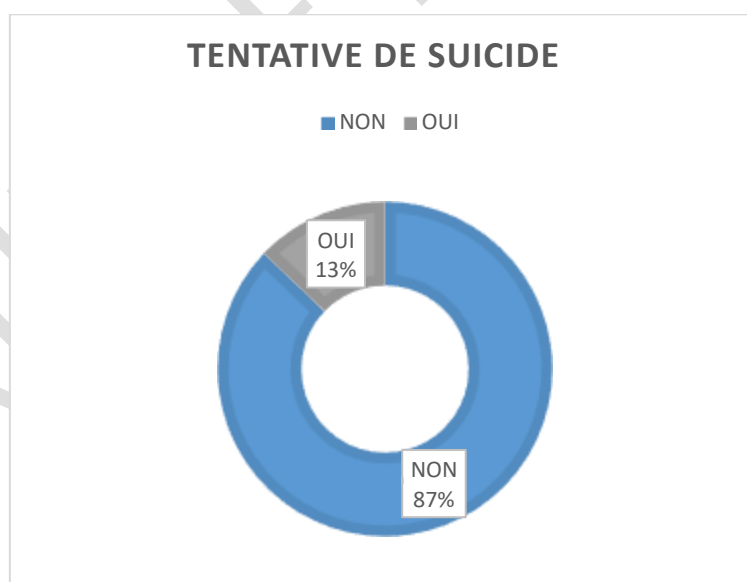


Figure 10 Répartition des patients selon le nombre de tentative de suicide

2.11) Répartition les patients bipolaires selon L'âge de tentative de suicide :

Parmi les participants ayant rapporté une tentative de suicide, celle-ci survient principalement entre 18 et 25 ans, avec 10 cas (47,6 %). Les tranches 25–30 ans et les âges mal connus représentent chacune 3 cas (14,3 %). Les tranches 30–35 ans, 35–40 ans et plus de 40 ans comptent chacune 1 cas (4,8 %)

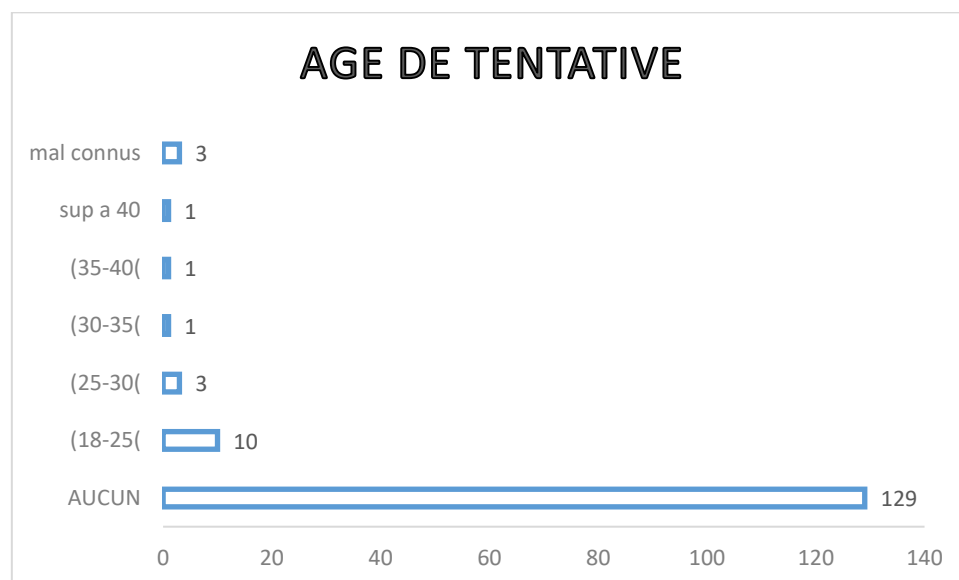


Figure 11 Répartition les patients bipolaires selon l'âge de tentative

2.12) Répartition les patients bipolaire selon le nombre des hospitalisations en psychiatrie :

La majorité des participants ont été hospitalisés une seule fois, avec 83 participants (56,1 %). Ceux ayant été hospitalisés deux fois représentent 33 participants (22,3 %), tandis que 18 participants (12,2 %) rapportent plus de trois hospitalisations. Enfin, 14 participants (9,5 %) ont été hospitalisés trois fois.

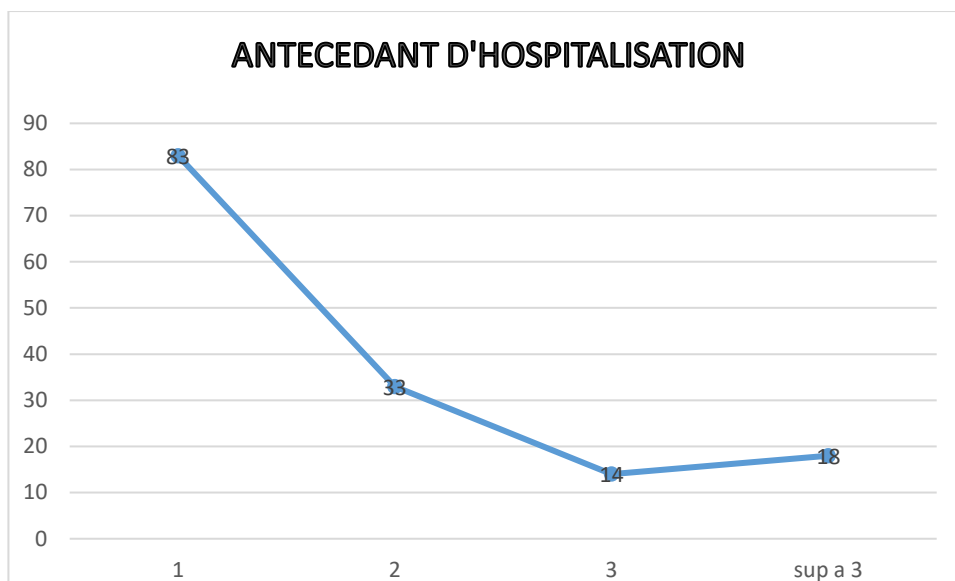


Figure 12 Répartition les patients bipolaires selon l'antécédent d'hospitalisation

2.13) Répartition des patients bipolaires selon les antécédents psychiatriques familiaux :

Les résultats montrent que 60 des cas (59,5 %) déclarent avoir des antécédents familiaux médicaux.

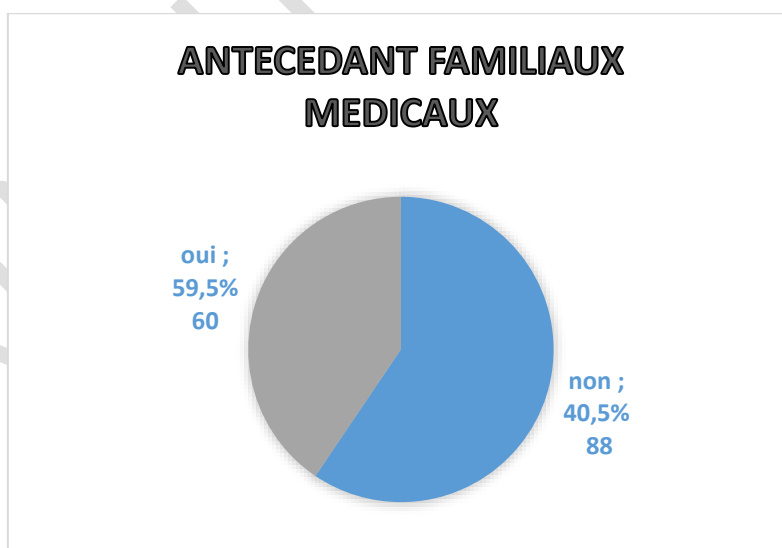


Figure 13 Répartition les patients bipolaires selon l'antécédent familial médical

2.14) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents psychiatriques familiaux :

La majorité des cas (n= 104 cas ; 70,3 %) ne rapportent aucun antécédent familial psychiatrique. Les antécédents concernent principalement la catégorie « autre » avec 34 cas (23,0 %), suivie de la mère (5 cas ; 3,4 %) et du père (3 cas ; 2 %). Les antécédents chez les deux parents sont très rares (1 cas chacun).

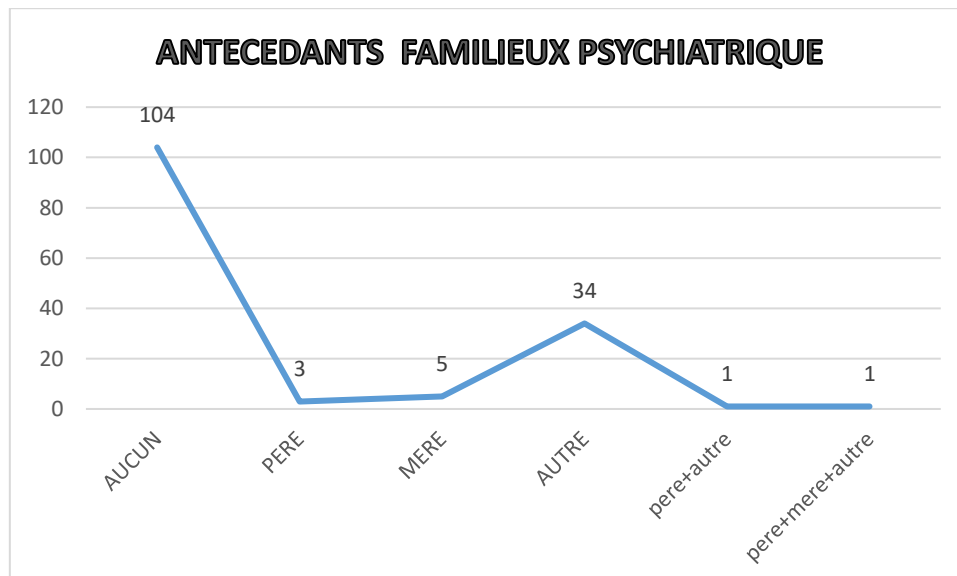


Figure 14 Répartition les patients bipolaires selon l'antécédent familial psychiatrique

2.14) Répartition les patients bipolaires selon les antécédents psychiatriques selon le lien familial :

Le graphique montre que la grande majorité des pères (96,6 %) et des mères (97,3 %) ne présentent aucun trouble psychiatrique rapporté. Chez les autres membres de la famille, l'absence d'antécédents psychiatriques reste majoritaire (75 %). Parmi les troubles rapportés chez les autres membres de la famille, on retrouve principalement le trouble schizophrénique (7,4 %), le trouble bipolaire (4,7 %), les états maniaques (2 %) et les antécédents mal connus (10,8 %).

LE TROUBLE PSYCHIATRIQUE SELON LIEN FAMILIAL

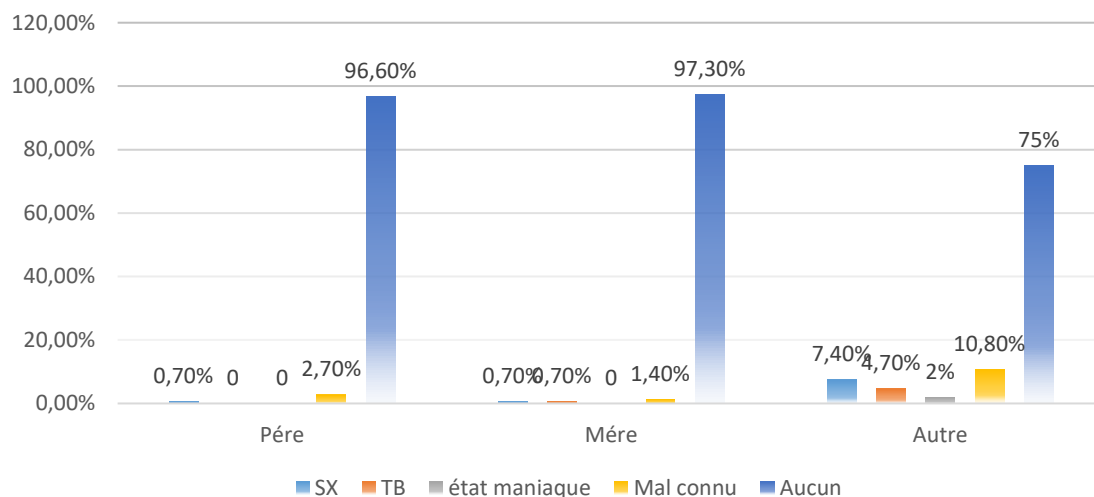


Figure 15 Répartition le trouble psychiatrique selon lien familial

2.16) Répartition les patients bipolaire selon les antécédents familiaux toxiques familiaux :

La majorité des patients (91% n=134) ne présentent pas d'ATCD familiaux de toxicomanie, tandis que 9% (n=9) rapportent la présence de tels ATCD.

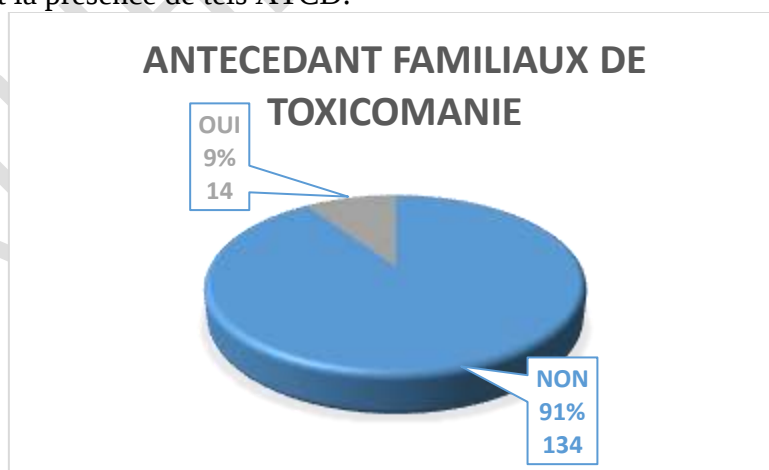


Figure 16 Répartition les patients bipolaires selon l'antécédent familial de toxicomanie

2.17) Répartition les patients bipolaire selon le type de trouble bipolaire :

Le trouble bipolaire de type I (TB1) est le plus représenté avec 83 cas (56,1 %), suivi des accès maniaques avec 50 cas (33,8 %). Le TB2 est très peu représenté avec 1 cas (0,7 %), tandis que la dépression concerne 14 cas (9,5 %).

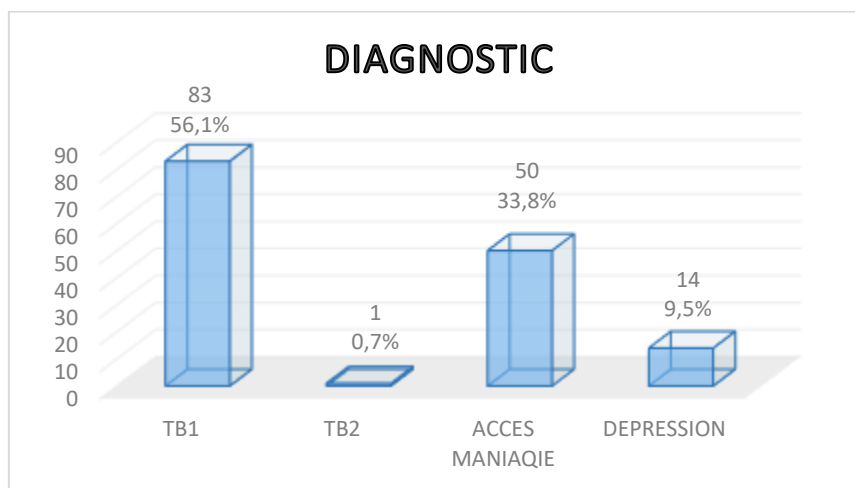


Figure 17 Répartition les patients bipolaires selon le type de trouble bipolaire

2.18) Répartition les patients bipolaire selon l'âge de début de trouble bipolaire :

L'âge du début des troubles chez la majorité des patients est représenté par la tranche d'âge de 18 à 25 ans, qui compte pour 41,2% des cas. L'âge moyen de début est estimé à environ 27,4 ans, avec un écart-type estimé à 6,4 ans.

Tableau 1 Répartition des patients selon l'Age de début de trouble bipolaire

Age de début de la trouble bipolaire	Effectifs	pourcentages
<18	2	1,4
18-25	61	41,2
25-30	39	26,4
30-35	27	18,2
35-40	11	7,4
>40	8	5,4
Totale	148	100

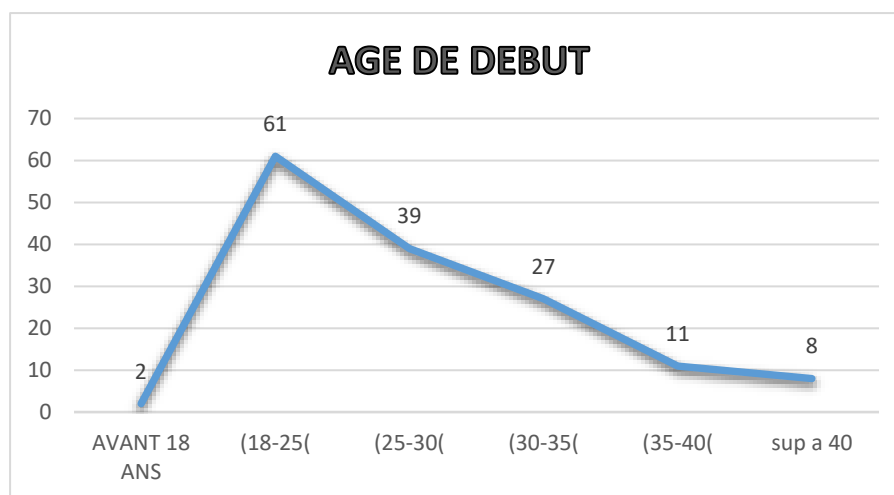


Figure 18 Répartition des patients selon l'âge de début de trouble bipolaire

2.19) Répartition les patients bipolaire selon le type de traitement :

Le traitement classique est le plus utilisé, concernant 73 participants (49,3 %). Il est suivi du traitement classique associé à l'atypique, utilisé chez 40 participants (27 %). Le traitement atypique seul concerne 35 participants (23,7 %).

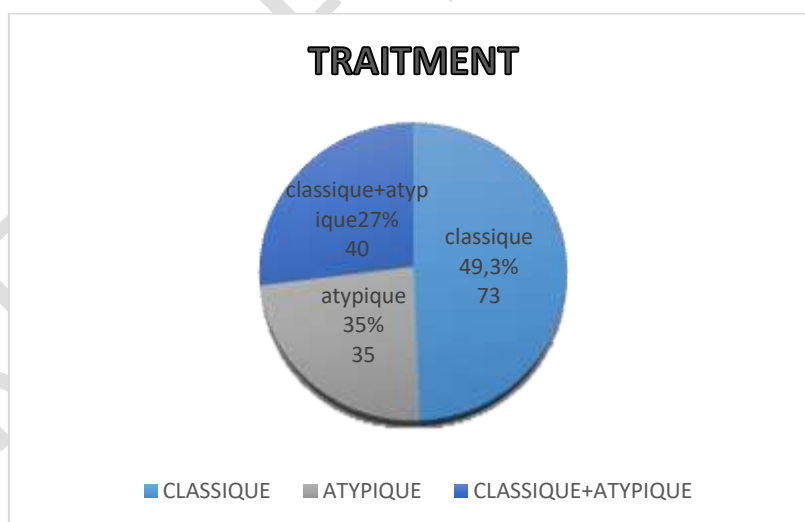


Figure 19 Répartition les patients bipolaires selon la classe de traitement

2.20) Répartition les patients bipolaire selon l'alliance thérapeutique et conscience des troubles :

La moitié des participants présente une alliance thérapeutique.

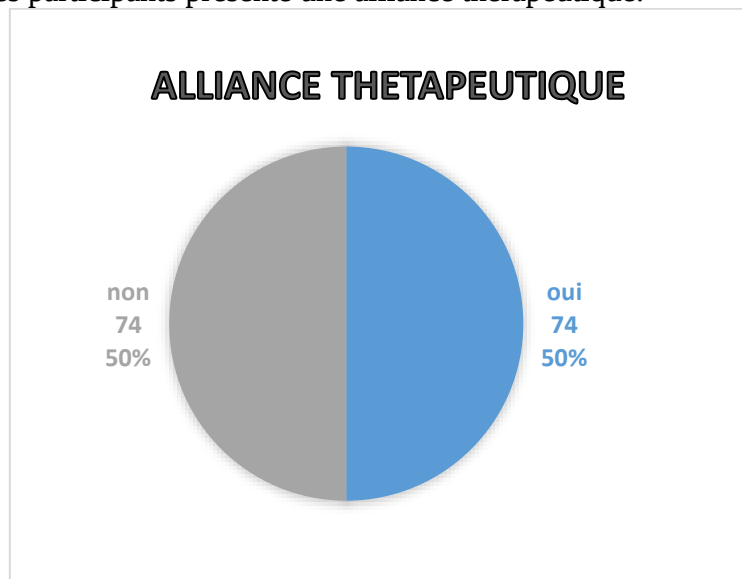


Figure 20 Répartition des patients selon l'alliance thérapeutique

La majorité des participants présente une conscience de leur trouble avec 75 cas (50,7 %).



Figure 21 Répartition des patients selon la conscience des troubles

2.21) Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA :

La majorité de nos patients 76% ont des antécédents toxiques.



Figure 22 Répartition des patients bipolaires selon l'usage des substances psychoactives

2.22) Répartition les patients bipolaires selon le type du toxique consommé :

Le tabac est la substance psychoactive la plus consommée, avec 45,9 % des cas, suivi du cannabis (30,4 %) et des psychotropes (29,7 %). L'alcool représente 22,3 % des consommations, tandis que la cocaïne concerne 9,5 % des participants. Les autres substances sont faiblement représentées (1,4 %).

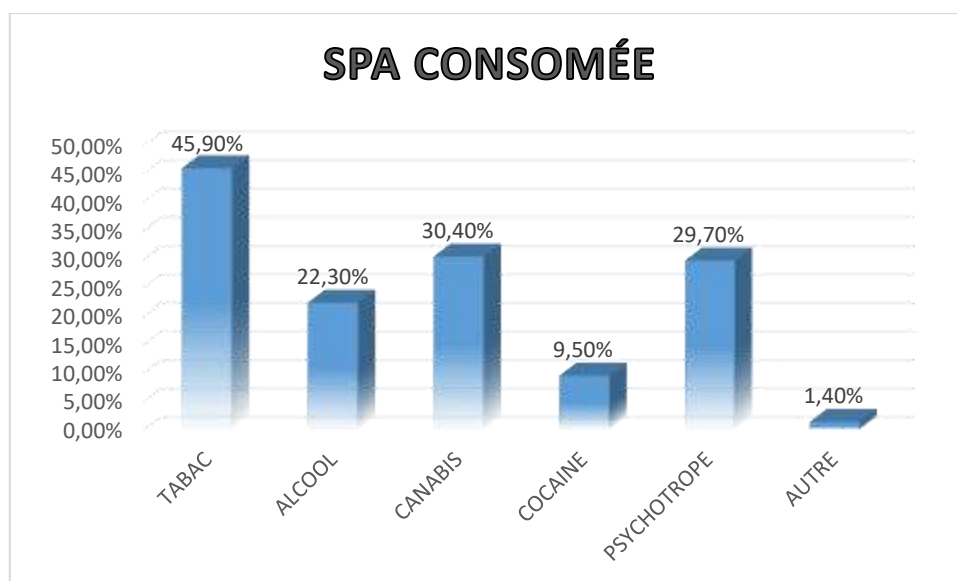


Figure 23 Répartition des patients selon le toxique consommé

2.23) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de tabac :

Parmi les consommateurs, le début du tabagisme est principalement observé entre 15 et 20 ans (22,3 %)

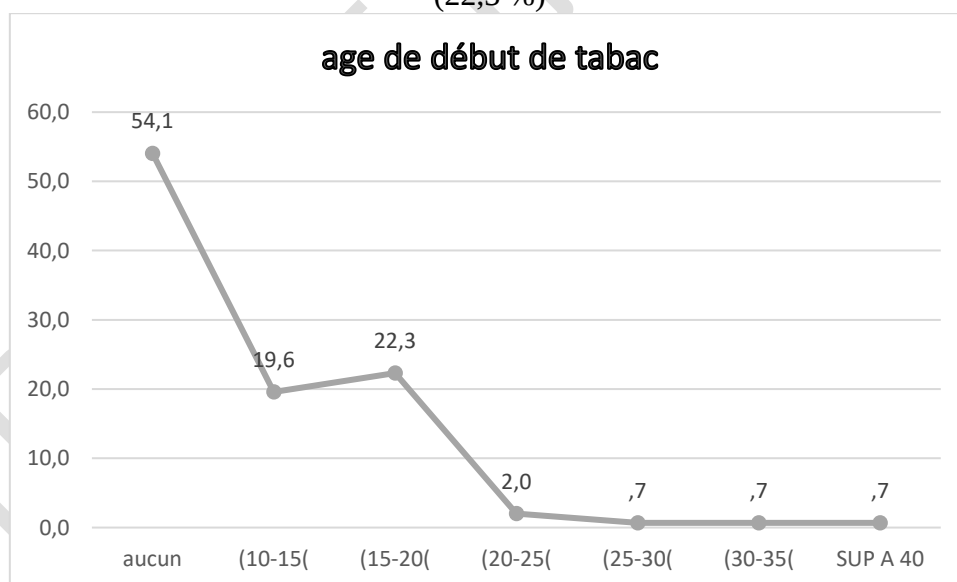


Figure 24 Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de tabac

2.24) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début d'alcool :

Le début est principalement situé entre 15 et 20 ans (11,5 %).

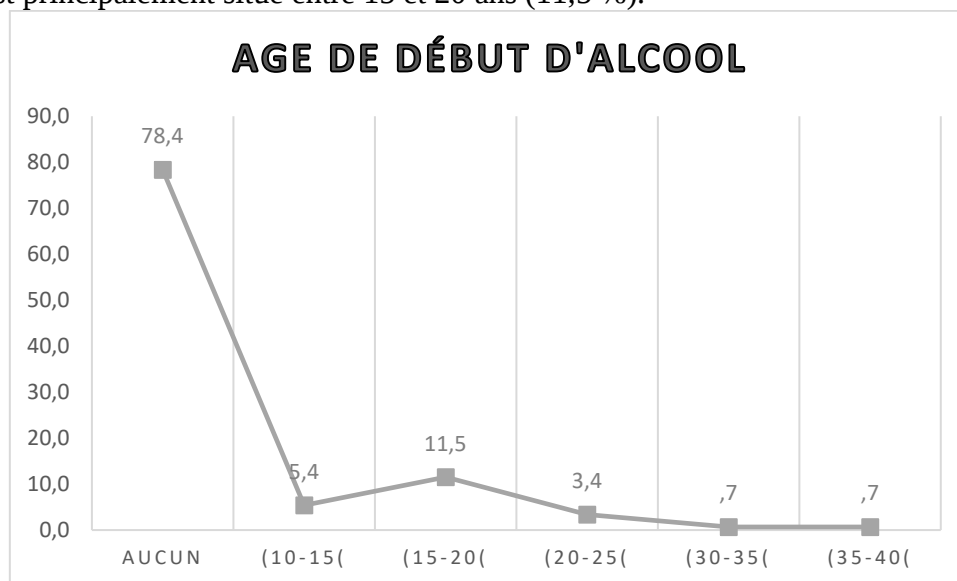


Figure25 répartition des patients bipolaires selon l'âge de début de consommation de l'alcool

2.25) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de cannabis :

Le début est surtout observé entre 15 et 20 ans (15,5 %), suivi de 10–15 ans (9,5 %)

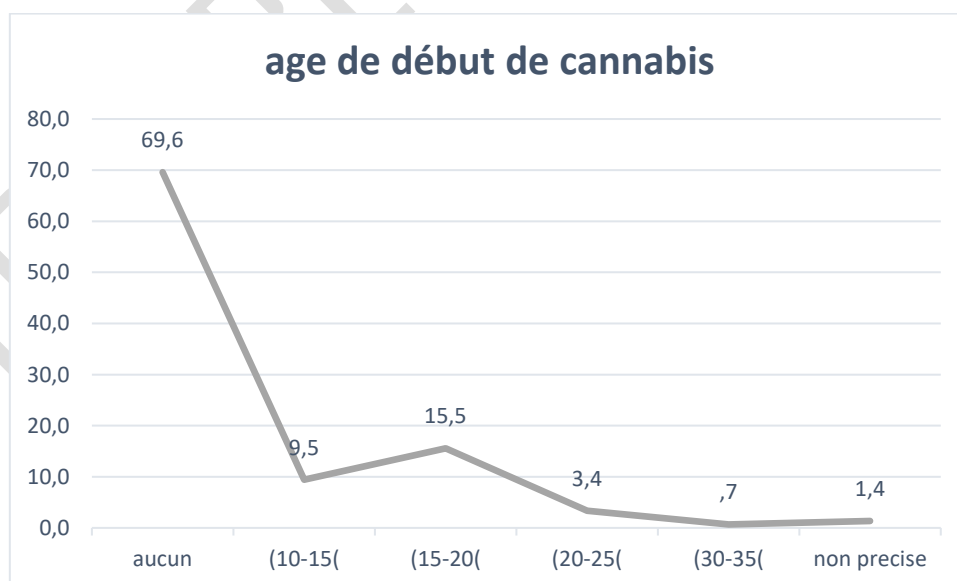


Figure 26 répartition des patients bipolaire selon la consommation de cannabis

2.26) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de cocaïne :

Parmi les consommateurs, la tranche 20–25 ans (4,1 %) est la plus représentée.

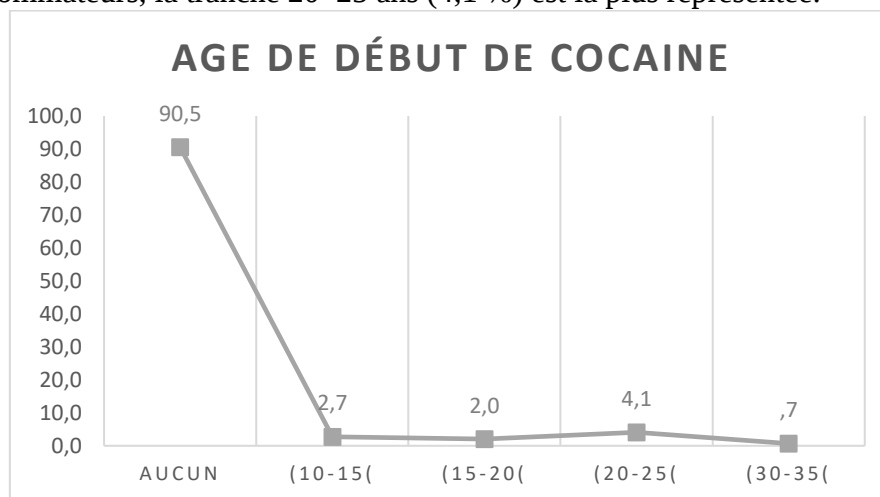


Figure 27 répartition des patients bipolaires selon la consommation de cocaïne

2.27) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début de psychotropes :

Le début est principalement observé entre 15 et 20 ans (13,5 %)

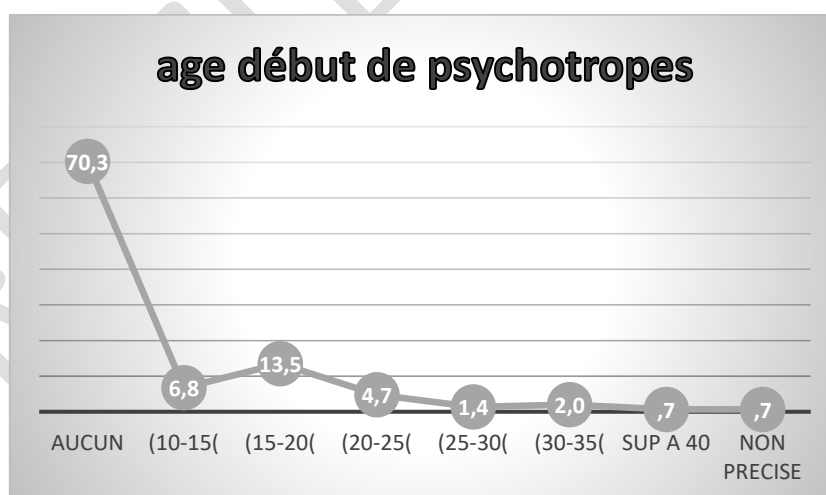


Figure 28 répartition des patients bipolaires selon l'âge de début de consommation de psychotropes

2.28) Répartition les patients bipolaires selon l'âge de début d'autre toxique :

Seulement 1,4 % présentent une consommation rapportée, avec des débuts situés entre 15 et 25 ans

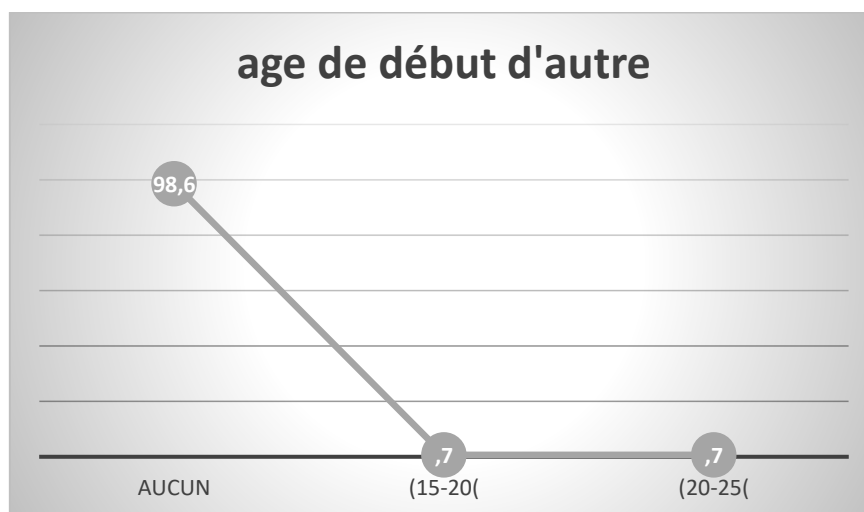


Figure 29 répartition des patients bipolaires selon l'âge de début d'autre toxique

2.29) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie Et tabac :

La majorité des sujets ayant consommé du tabac ont commencé avant le début de la maladie (63cas).

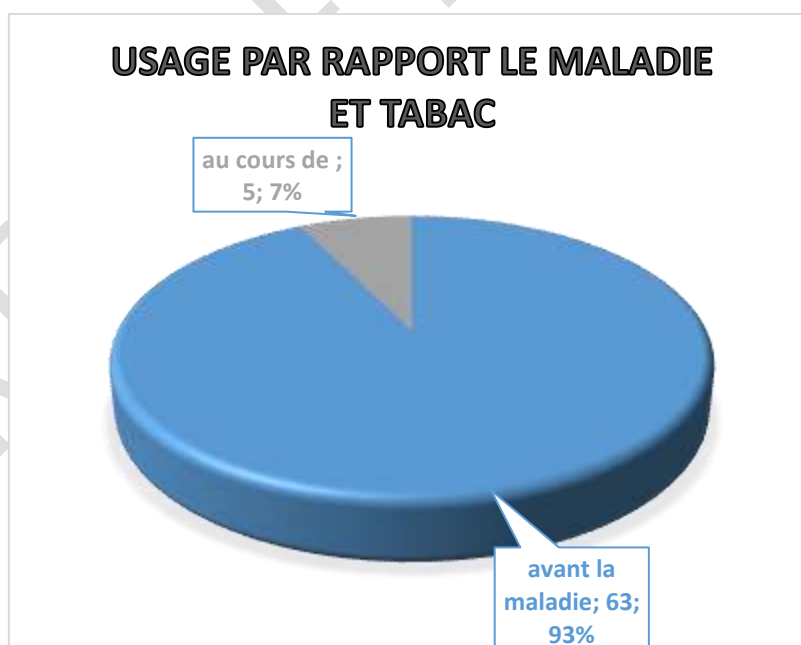


Figure 30 répartition des patients bipolaires selon l'usage de tabac par rapport à la maladie

2.30) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et alcool :

Concernant l'alcool, la consommation a débuté avant la maladie chez 31 sujets.

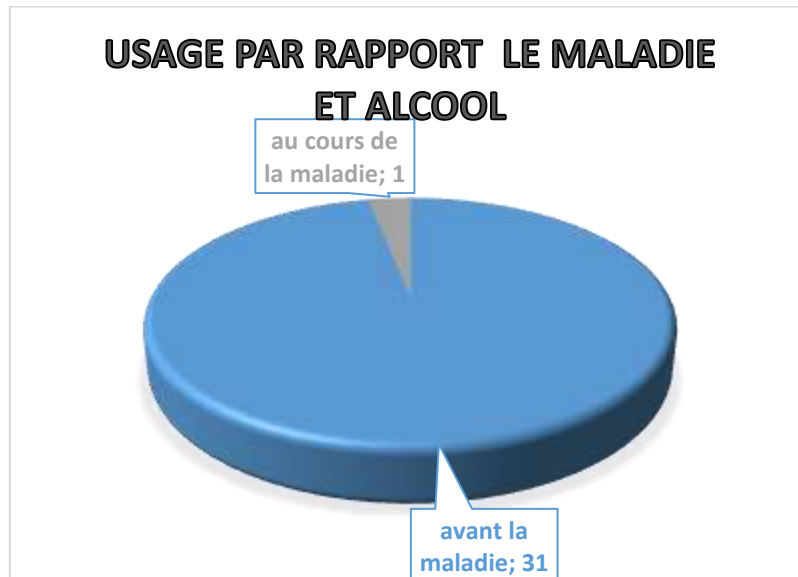


Figure 31 répartition des patients bipolaire selon l'usage de l'alcool par rapport à la maladie

2.31) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et cannabis :

Pour le cannabis, 41 sujets ont commencé leur consommation avant le début de la maladie, contre 4 sujets au cours de la maladie.

USAGE PAR RAPPORT LE MALADIE ET CANNABIS

■ avant la maladie ■ au cours de la maladie

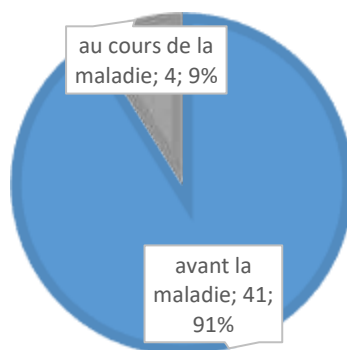


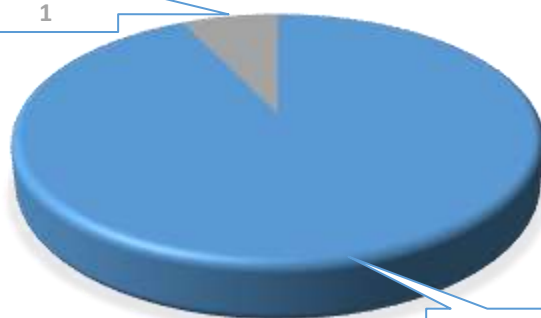
Figure 32 répartition des patients bipolaires selon l'usage de cannabis par rapport à la maladie

2.32) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et cocaïne :

L'usage de cocaïne est majoritairement antérieur au début de la maladie 13 cas.

USAGE PAR RAPPORT LA MALADIE ET COCAINE

au cours de la maladie;
1



avant la
maladie; 13

Figure 33 répartition des patients bipolaires selon l'usage de cocaïne par rapport à la maladie

2.33) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et psychotrope :

Concernant les psychotropes, 36 sujets ont commencé leur usage avant la maladie, 8 au cours de la maladie.

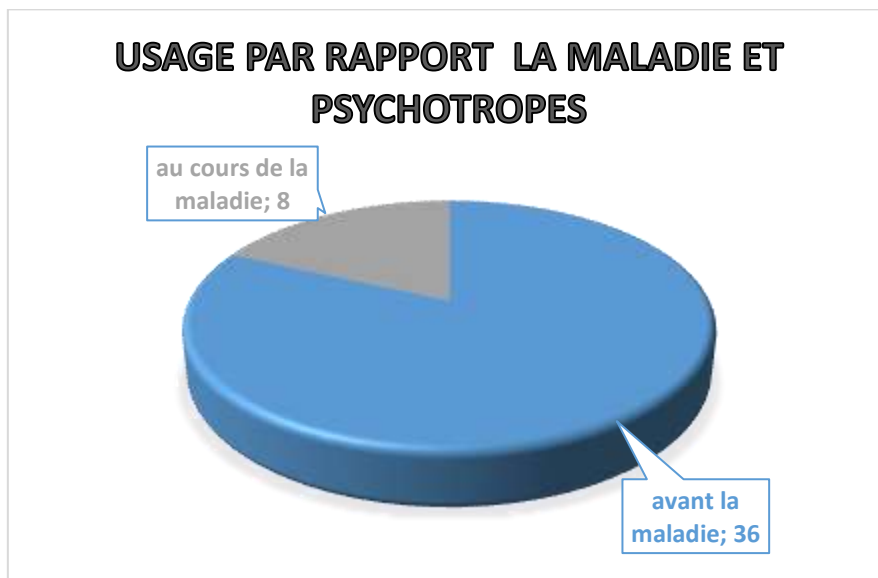


Figure 34 répartition des patients bipolaire selon l'usage des psychotropes par rapport leur maladie

2.34) Répartition les patients bipolaires selon l'usage par rapport la maladie et autre toxique :

Pour les autres substances toxiques, les effectifs sont très faibles : 1 sujet a commencé avant la maladie et 1 sujet au cours de la maladie.

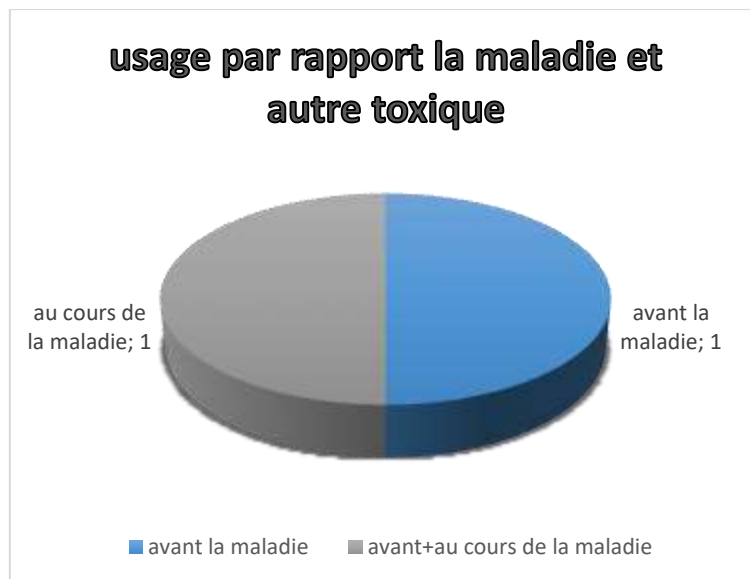


Figure 35 répartition des patients bipolaires selon l'usage de l'autre toxique par rapport leur maladie

2.35) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches tabac :

Chez les sujets consommant du tabac, l'effet recherché le plus fréquemment rapporté est **l'effet anxiolytique (36 cas)**. Ainsi, la consommation de tabac semble principalement motivée par la recherche d'un **soulagement de l'anxiété**.

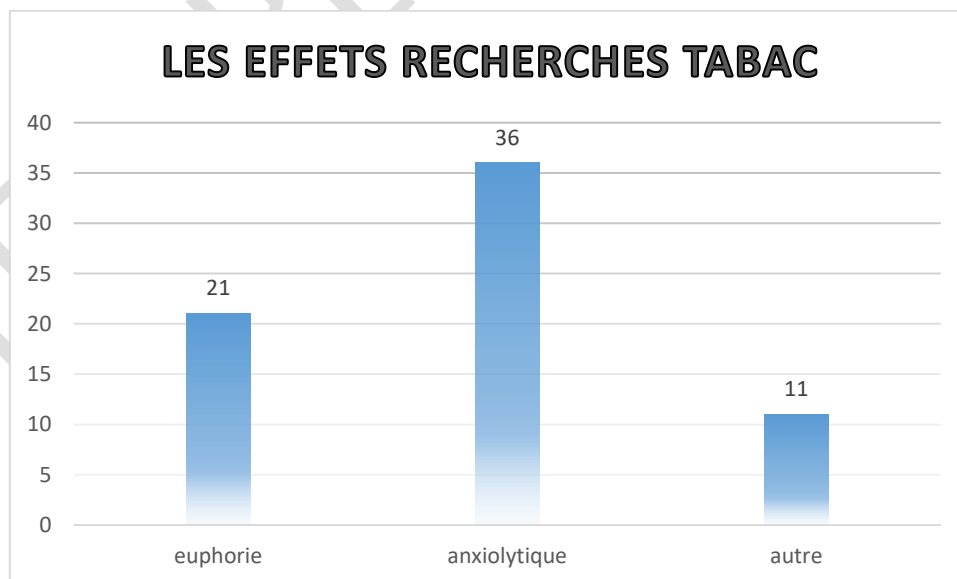


Figure 36 répartition des patients bipolaires selon les effets recherches tabac

2.36) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches alcool :

Pour l'alcool, l'effet anxiolytique est également prédominant (11 cas). Les effets hypnotiques et autres sont rapportés chacun chez 8 sujets, tandis que l'euphorie (5 cas) est moins fréquemment recherchée.

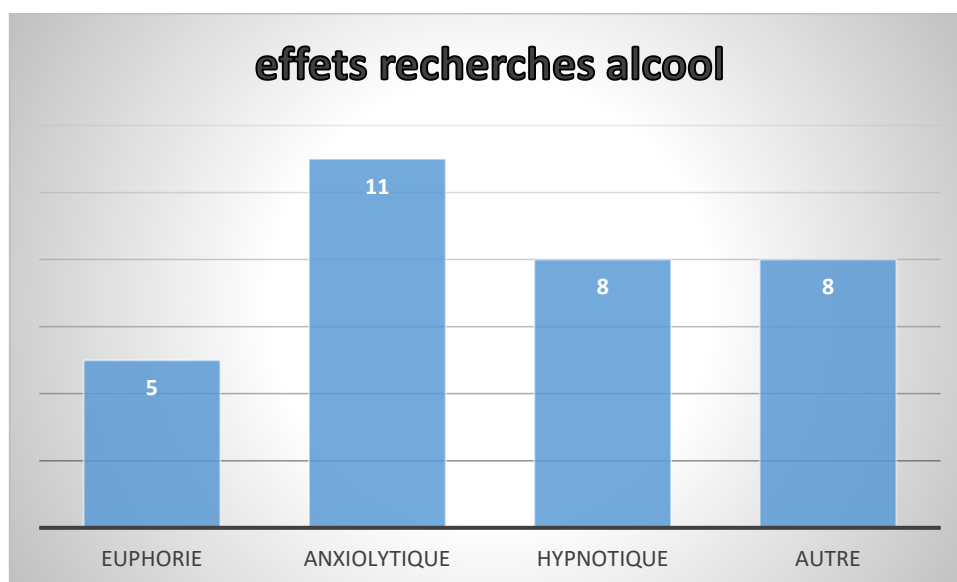


Figure 37 répartition des patients bipolaires selon l'effet recherches alcool

2.37) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherchent cannabis :

Concernant le cannabis, l'euphorie constitue nettement l'effet recherché le plus fréquent (24 cas). Les effets anxiolytiques et autres sont rapportés chacun chez 10 sujets, tandis que l'effet hypnotique reste très peu représenté (1 cas).

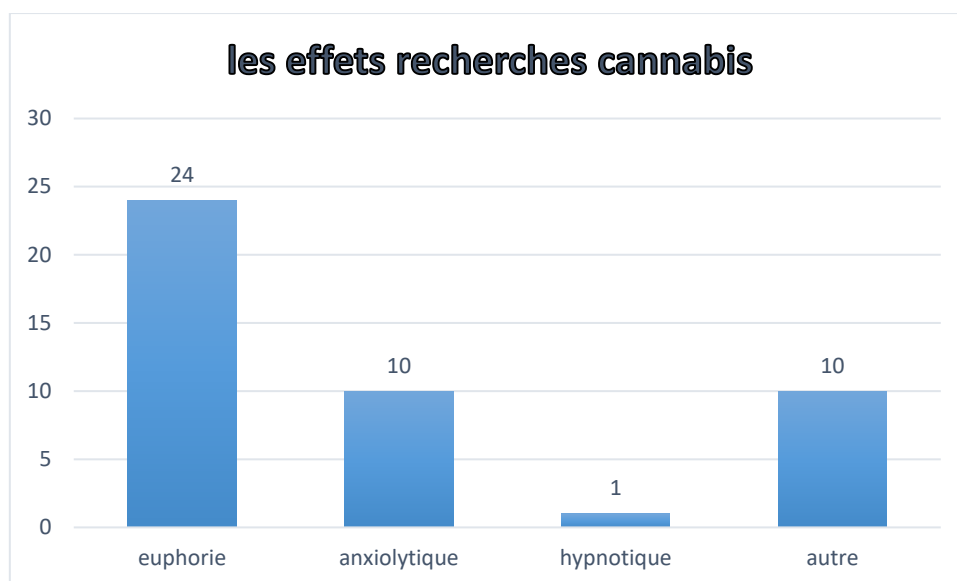


Figure 38 répartition des patients bipolaires selon les effets recherches cannabis

2.38) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches cocaïne :

L'effet le plus recherché lors de la consommation de cocaïne est l'effet anxiolytique, retrouvé chez 5 sujets. Les effets euphorisants, hypnotiques et autres sont chacun rapportés par 3 sujets.

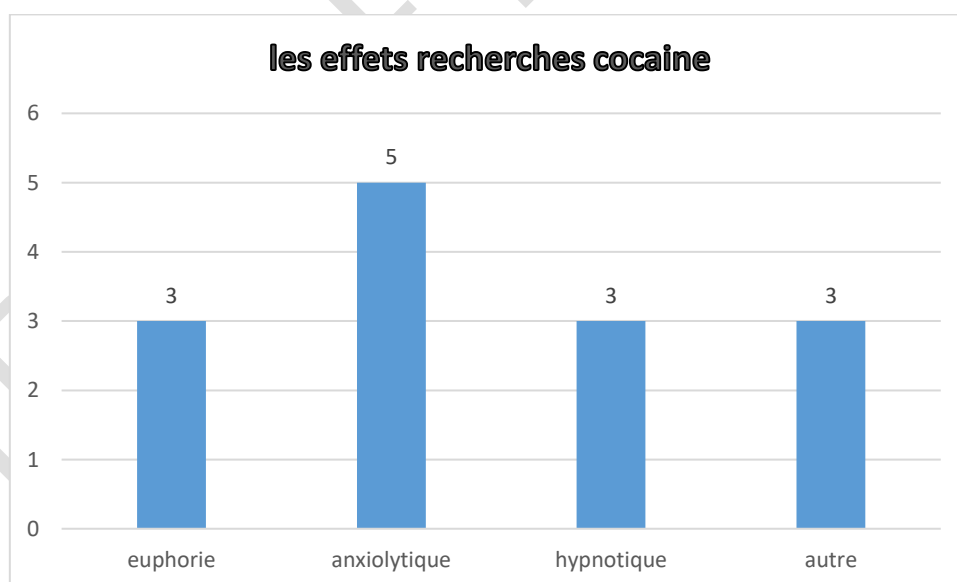


Figure 39 répartition des patients bipolaires selon les effets recherches cocaïne

2.39) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherches psychotrope :

Le graphique montre que l'euphorie constitue l'effet recherché le plus fréquemment rapporté, avec 21 patients, suivie de l'effet anxiolytique chez 12 patients. L'effet hypnotique est très peu représenté, avec 1 seul patient, tandis que 10 patients rapportent d'autres effets recherchés.

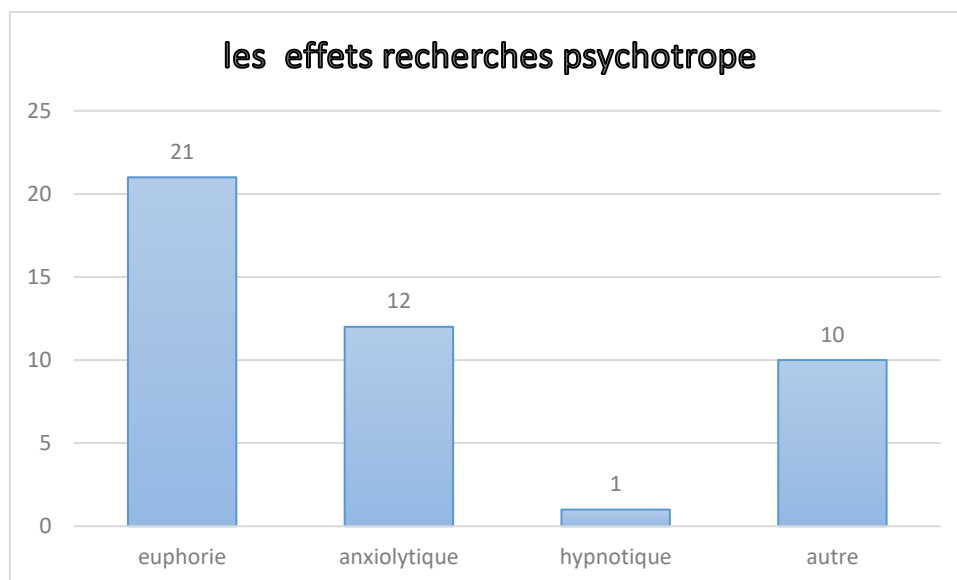


Figure 40 répartition des patients bipolaires selon les effets recherches psychotrope

2.40) Répartition les patients bipolaires selon les effets recherchent autre toxique :

Pour les autres substances toxiques, le graphique montre une répartition identique entre les deux effets rapportés : 1 patient recherche un effet euphorisant et 1 patient un effet anxiolytique.

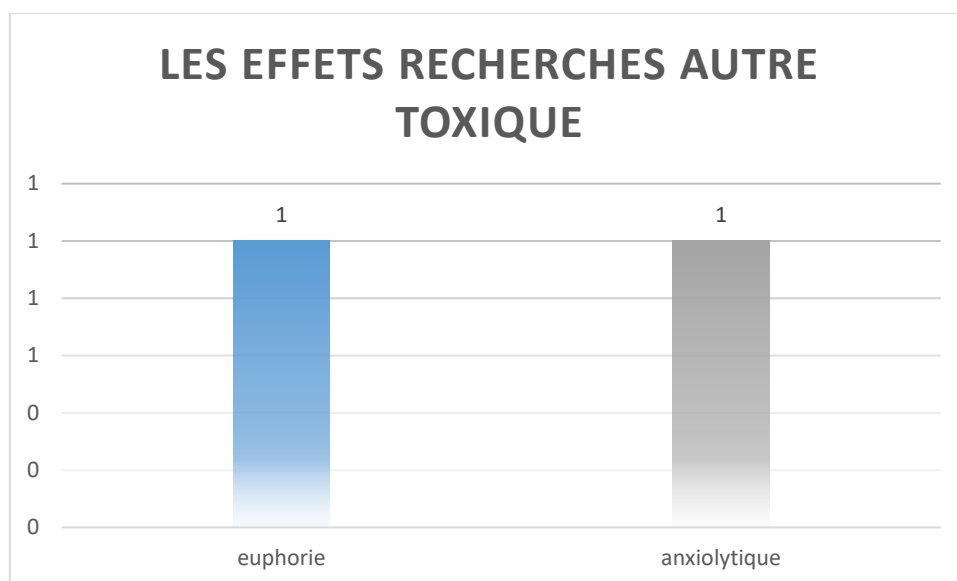


Figure 41 répartition des patients bipolaires selon les effets recherches autre toxique

2.41) Répartition les patients bipolaires usagers des SPA selon la façon de la consommation toxique :

La consommation régulière prédomine nettement pour le tabac (66 patients), les psychotropes (38 patients) et le cannabis (34 patients). Pour l'alcool, les deux modes de consommation sont équivalents, avec 16 patients en consommation régulière et 16 en consommation irrégulière. Pour la cocaïne, la consommation irrégulière (8 patients) est légèrement plus fréquente que la consommation régulière (6 patients). La consommation d'autres substances reste marginale, avec 2 patients en consommation régulière et aucun en consommation irrégulière.

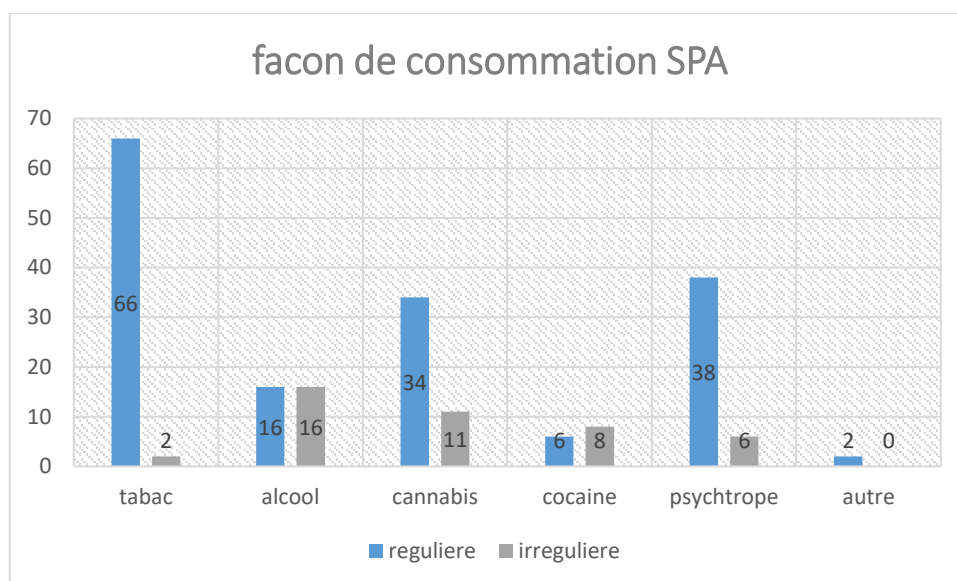


Figure 42 répartition des patients selon la façon de la consommation toxique

2.42) Répartition les patients bipolaires selon modalité de consommation :

Le graphique montre une nette prédominance de la modalité « classique » pour la majorité des SPA : 68 patients pour le tabac, 32 pour l'alcool et 45 pour le cannabis.

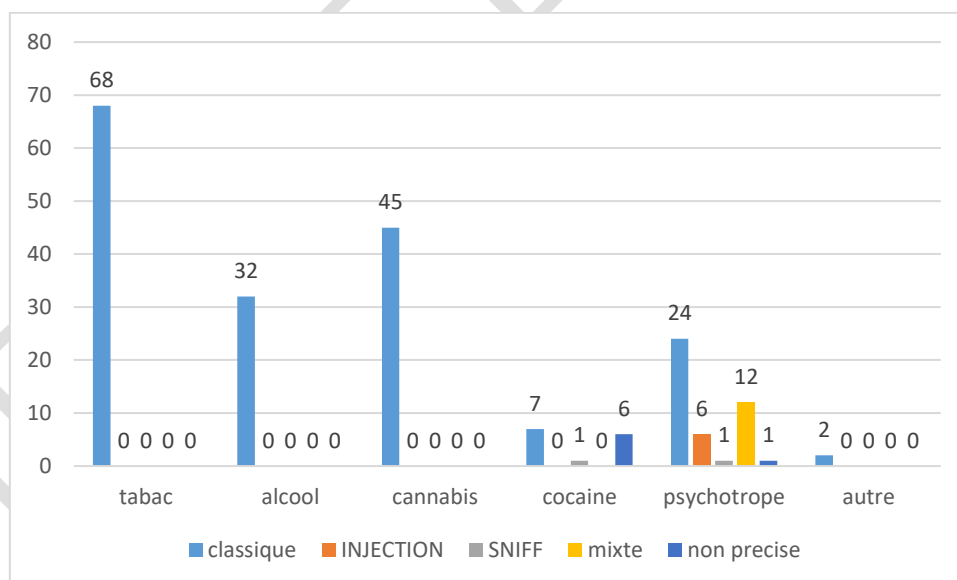


Figure 43 répartition des patients selon la modalité de consommation

2.43) Répartition des patients bipolaires selon l'atteinte de l'infection :

La majorité des patients ne présentent pas d'infection, avec 98 % des cas classés « non », contre seulement 2 % présentant une infection. Cela montre que les infections étaient peu fréquentes dans la population étudiée.

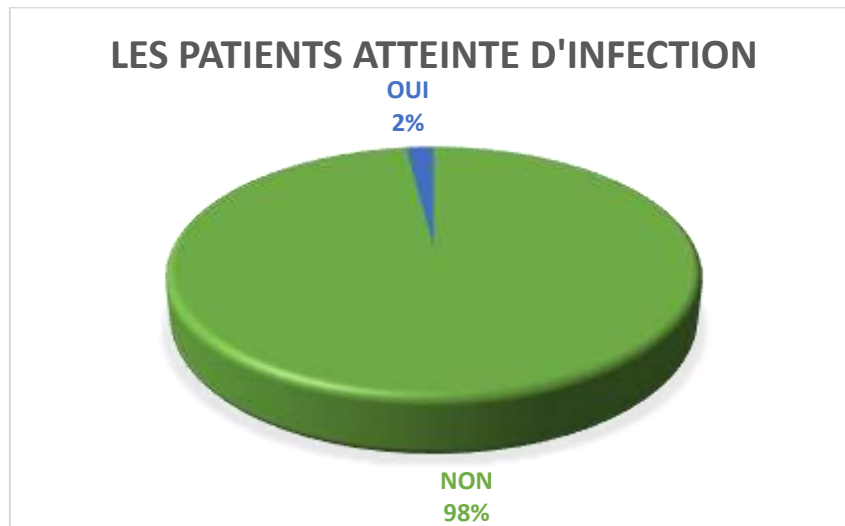


Figure 44 Répartition des patients bipolaires selon l'atteinte infectieux

2.44) Répartition des patients bipolaires selon l'atteinte d'infection

HIV : Dans notre population étudiée, aucun cas d'infection par le VIH n'a été retrouvé. La totalité des patients avait donc un test VIH négatif, soit 100 % de résultats négatifs. Ainsi, aucune coïnfection VIH n'a été identifiée dans notre série.

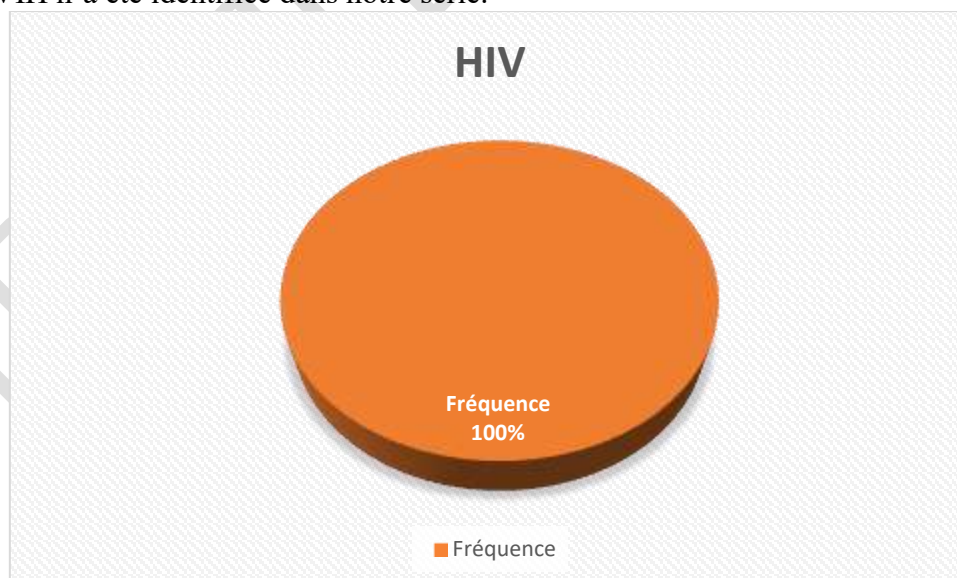


Figure 45 répartition des patients bipolaires selon l'infection VIH

2.45) Répartition des patients bipolaires selon l'atteinte d'infection

HVC : Dans notre population étudiée, aucun cas d'infection par le HVC n'a été retrouvé. La totalité des patients avait donc un test HVC négatif, soit 100 % de résultats négatifs. Ainsi, aucune coïnfection HVC n'a été identifiée dans notre série.

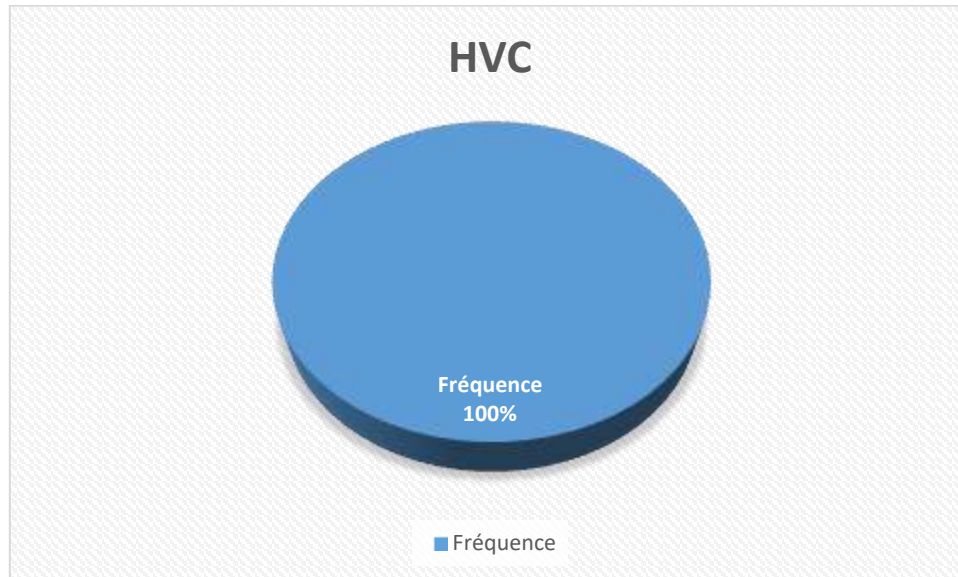


Figure 46 répartition des patients bipolaires selon l'atteinte au HVC

2.46) Répartition des patients bipolaires selon l'atteinte d'infection

SYPHILIS : Dans notre population étudiée, aucun cas d'infection par le syphilis n'a été retrouvé. La totalité des patients avait donc un test syphilis négatif, soit 100 % de résultats négatifs. Ainsi, aucune coïnfection syphilis n'a été identifiée dans notre série.

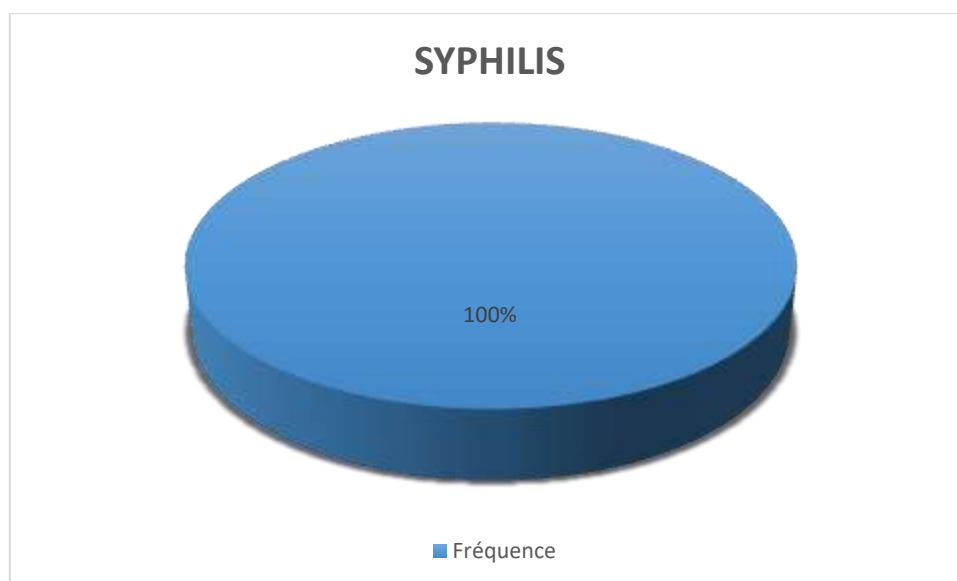


Figure 47 répartition des patients bipolaires selon l'atteinte de syphilis

2.47) Répartition des patients bipolaires selon l'atteinte d'infection hépatique (AGBS+) :

Chez les patients présentant un Ag HBs positif, la grande majorité ne présente aucun des facteurs de risque étudiés. Une faible proportion rapporte des rapports homosexuels, des rapports sexuels non protégés ou une toxicomanie. Ainsi, dans notre population, l'absence de facteurs de risque identifiés prédomine nettement parmi les patients Ag HBs positifs.

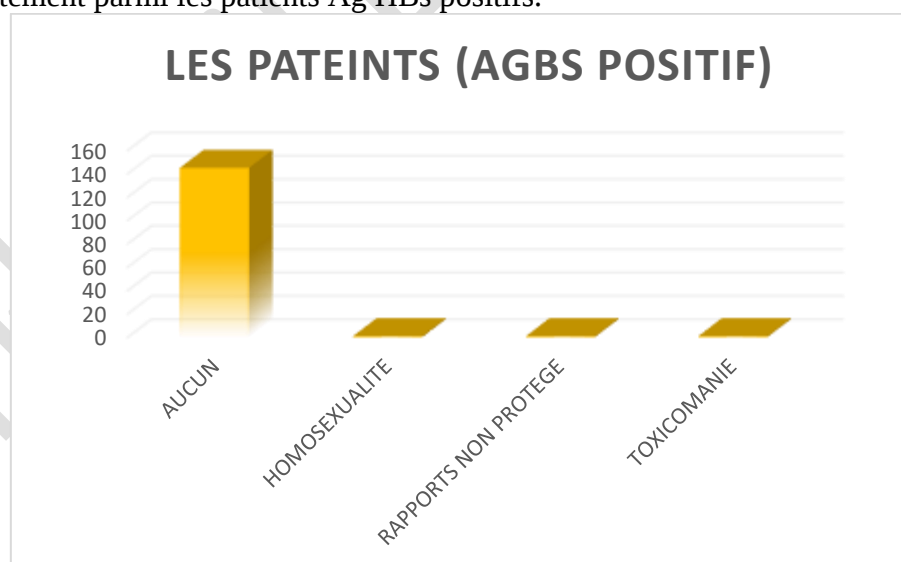


Figure 48 répartition des patients bipolaires selon AGBS+

TROUBLE BIPOLAIRE

Analyse bi-variée :

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'âge :

La proportion de sujets consommateurs est plus élevée chez les 18–25 ans (15 contre 4 non-consommateurs) et les 25–30 ans (20 contre 10). Entre 30 et 40 ans, les non-consommateurs deviennent légèrement majoritaires. Chez les sujets âgés de plus de 40 ans, les non-consommateurs sont nettement plus nombreux (29 contre 18 consommateurs). Globalement, l'usage des substances psychoactives semble être davantage représenté chez les sujets jeunes, particulièrement entre 18 et 30 ans.

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2	P
		NON			OUI				
		Ef fec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans AGE	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans AGE		
AGE	(18- 25(	4	5,6%	21,1%	15	19,7%	78,9%	12,9 47	0,012
	(25- 30(	10	13,9%	33,3%	20	26,3%	66,7%		
	(30- 35(	14	19,4%	53,8%	12	15,8%	46,2%		
	(35- 40(	15	20,8%	57,7%	11	14,5%	42,3%		
	Sup 40	29	40,3%	61,7%	18	23,7%	38,3%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

Tableau 2 répartition des patients selon l'usage de SPA et l'âge

Tableau 2 répartition des patients selon l'usage de SPA et l'âge

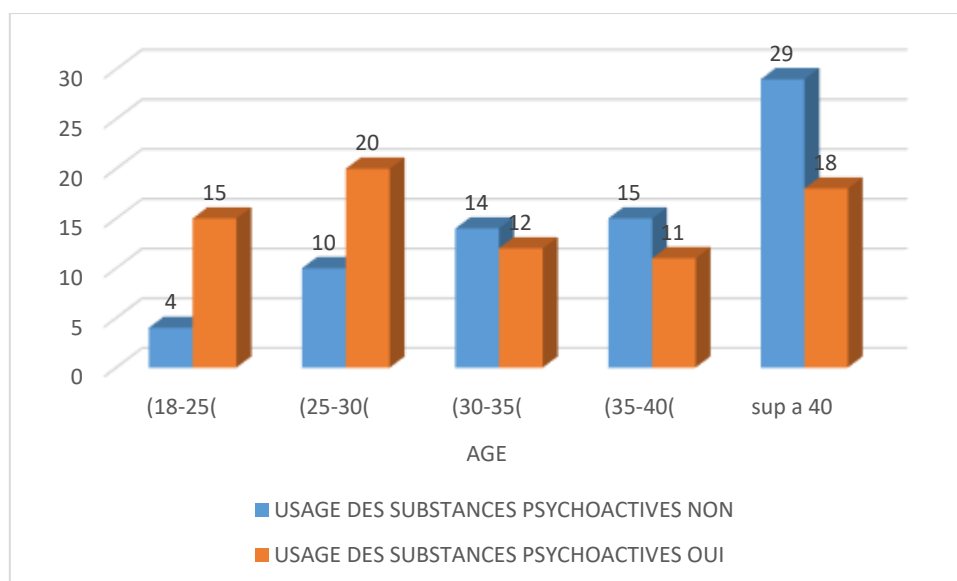


Figure 49 repartition des bipolaires selon l'usage de SPA et l'age

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le sexe :

Le graphique montre une nette prédominance masculine parmi les sujets consommant des substances psychoactives : 73 hommes contre 3 femmes. Chez les non-consommateurs, la différence entre les sexes est moins importante (39 hommes contre 33 femmes). Ainsi, dans cet échantillon, l'usage des substances psychoactives est majoritairement observé chez les hommes. Le taux de la consommation des SPA était très important chez les patients de sexe masculin ($p=0,001$), Ceci est statistiquement significatif.

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans SEXE	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans SEXE		
Sexe	Homme	39	54,2%	34,8%	73	96,1%	65,2%	35,239	<0,001
	Femme	33	45,8%	91,7%	3	3,9%	8,3%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

Tableau 3 repartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et le sexe

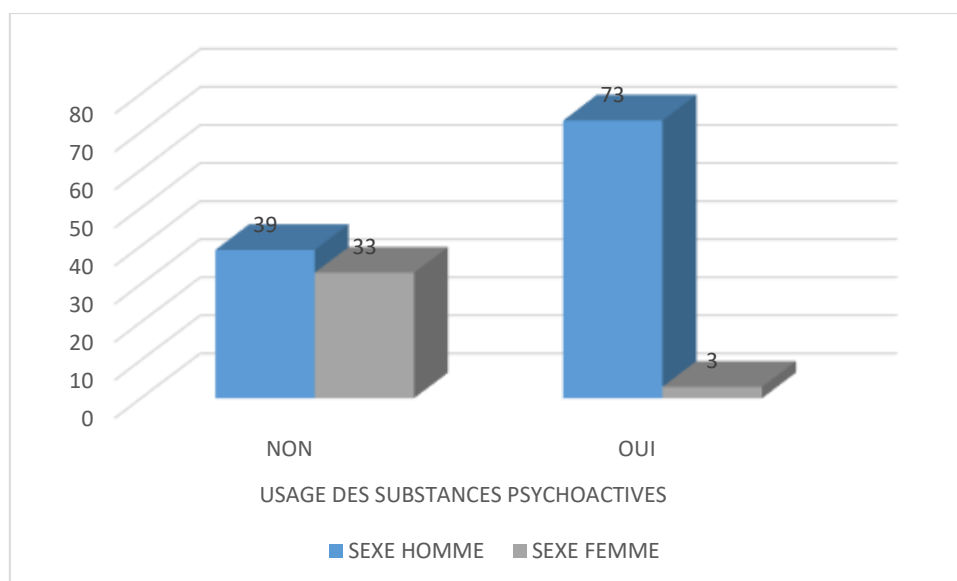


Figure 50 repartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et le sexe

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'activité professionnelle :

Les sujets sans activité professionnelle (chômeurs) constituent la catégorie la plus représentée, aussi bien chez les consommateurs (50) que chez les non-consommateurs (55). Chez les fonctionnaires, l'usage des substances psychoactives est plus fréquent (16 consommateurs contre 5 non-consommateurs). Chez les sujets exerçant une activité étatique, les effectifs sont relativement proches (10 consommateurs contre 12 non-consommateurs). Ainsi, l'usage des substances psychoactives semble particulièrement représenté chez les chômeurs et les fonctionnaires.

Une association statistiquement significative est retrouvée entre l'activité professionnelle et l'usage des substances psychoactives ($p = 0,048$). Les sujets sans emploi sont majoritaires parmi les consommateurs.

Tableau 4 repartition des bipolaires selon l'usage des substances psychoactives et l'activité professionnelle

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans proff essio n	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans proff essio n		
ACTIVIT E PROFFES SIONNEL LE	CHOMA GE	55	76,4%	52,4 %	50	65,8%	47,6 %	6,0 78	0,04 8
	LIBERA LE	5	6,9%	23,8 %	16	21,1%	76,2 %		
	ETATITIQ UE	12	16,7%	54,5 %	10	13,2%	45,5 %		
	Total	72	100%	48,6 %	76	100%	51,4 %		

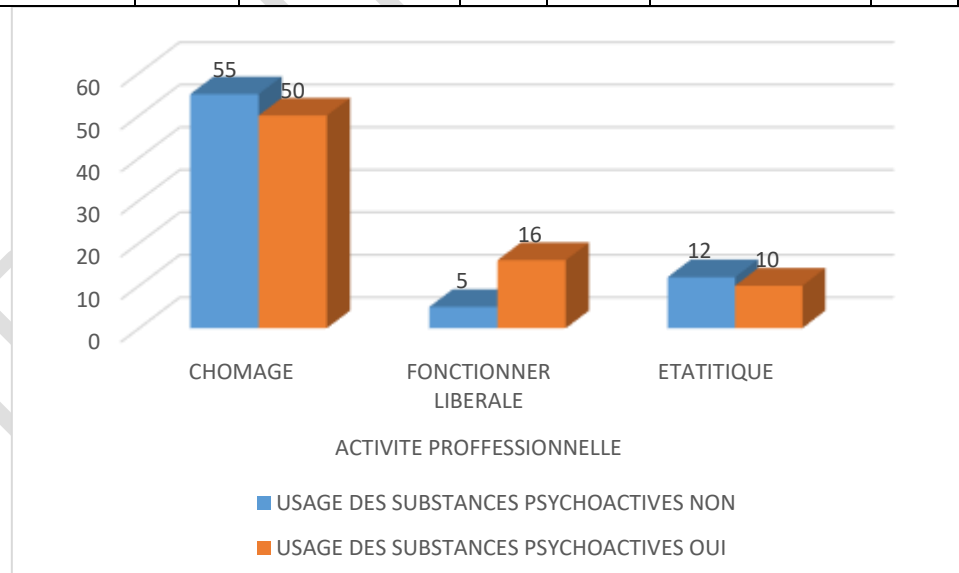


Figure 51 repartition des bipolaires selon l'usage de SPA et l'activité professionnelle

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le niveau scolaire :

Le niveau moyen est majoritaire chez les consommateurs (49) comme chez les non-consommateurs (24). L'usage est également observé chez les sujets sans niveau scolaire (4 contre 2) et au niveau secondaire (10 contre 10). En revanche, chez les sujets ayant un niveau universitaire, les non-consommateurs sont nettement plus nombreux (27 contre 8).

Une association statistiquement significative est observée entre le niveau scolaire et l'usage des substances psychoactives ($p < 0,001$). Les sujets ayant un niveau universitaire sont les plus représentés parmi les consommateurs.

Figure 52 répartition des bipolaires selon l'usage de SPA et le niveau scolaire

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans NIVEAU SCOLAIRE	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans NIVEAU SCOLAIRE		
NIVEAU SCOLAIRE	AUCUN	2	2,8%	33,3%	4	5,3%	66,7%	20,592	0,001
	PRIMAIRE	9	12,5%	64,3%	5	6,6%	35,7%		
	MOYEN	24	33,3%	32,9%	49	64,5%	67,1%		
	SECONDAIRE	10	13,9%	50%	10	13,2%	50%		
	UNIVERSITAIRE	27	37,5%	77,1%	8	10,5%	22,9%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

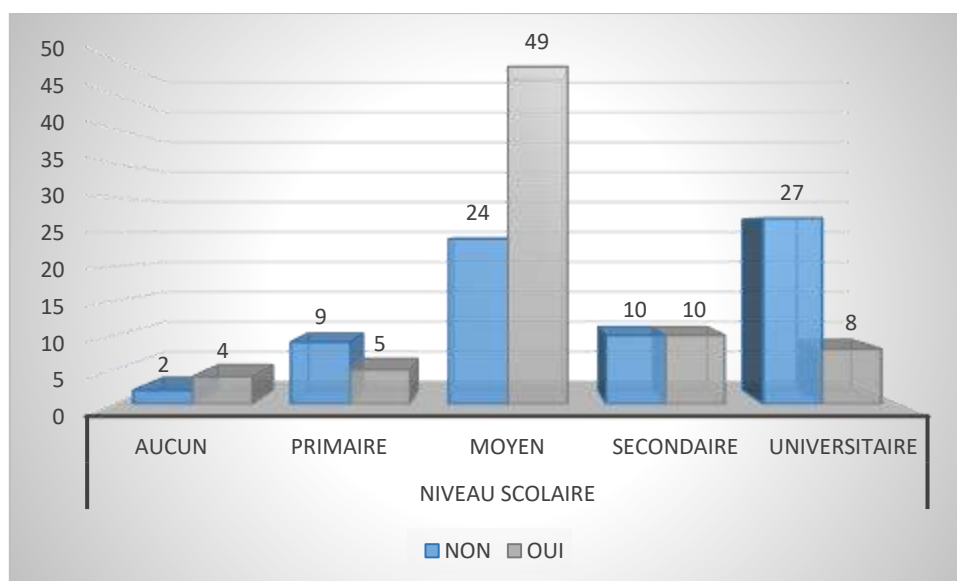


Figure 53 Répartition des bipolaires selon l'usage de SPA se le niveau scolaire

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le statut social :

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans Stat ue socia l	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans statu e socia l		
Stat ue Soci al	CELIBATA IRE	37	51,4%	44%	47	61,8%	56%	1,6 51	0,43 8
	MARIE	28	38,9%	54,9 %	23	30,3%	45,1 %		
	DIVORCE	7	9,7%	53,8 %	6	7,9%	46,2 %		

	Total	72	100%	48,6 %	76	100%	51,4 %		
--	--------------	----	------	-----------	----	------	-----------	--	--

Les célibataires sont les plus représentés dans les deux groupes, avec toutefois un effectif plus élevé de consommateurs (47) que de non-consommateurs (37). Chez les personnes mariées, les non-consommateurs sont plus nombreux (28 contre 23). Chez les personnes divorcées, les effectifs sont faibles et relativement proches (7 non-consommateurs contre 6 consommateurs). Ainsi, la consommation de substances psychoactives apparaît principalement chez les sujets célibataires.

Aucune association statistiquement significative n'est retrouvée entre le statut social et l'usage des substances psychoactives ($p = 0,438$). La différence observée entre les catégories de statut social n'est donc pas statistiquement significative.

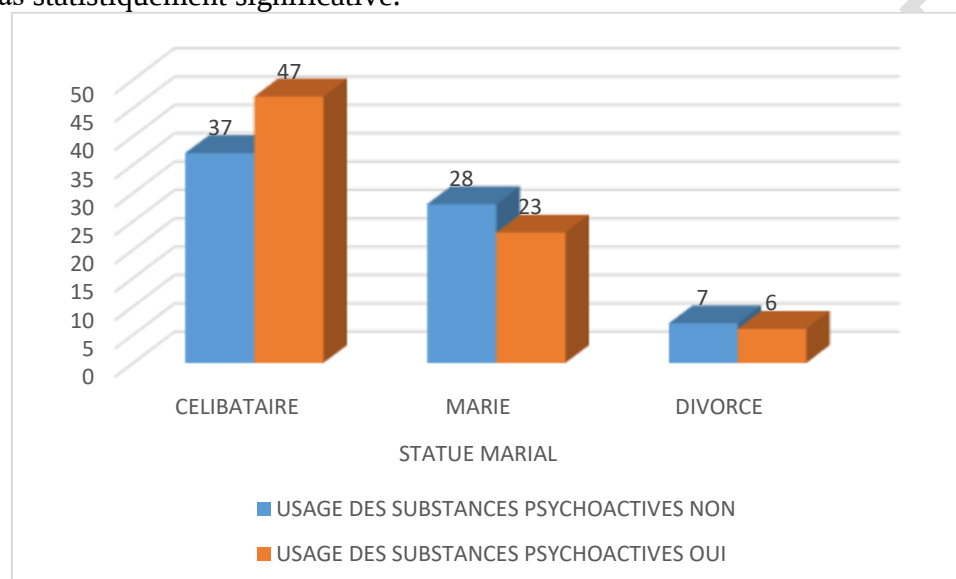


Figure 54 Répartition des bipolaires selon l'usage des SPA et statut social

Tableau 5 répartition des bipolaires selon l'usage des SPA et statut social

Répartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et le lieu de résidence :

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans LIEU DE RESIDENCE	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans LIEU DE RESIDENCE		
Lieu de résidence	Urbain	65	90,3%	48,9%	68	89,5%	51,1%	0,026	0,871
	Rural	7	9,7%	46,7%	8	10,5%	53,3%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

Le graphique montre une nette prédominance des sujets résidant en milieu urbain, aussi bien chez les non-consommateurs (65) que chez les consommateurs (68). Les sujets résidant en milieu rural sont beaucoup moins représentés (7 non-consommateurs et 8 consommateurs).

La majorité des patients résident en milieu urbain, aussi bien chez les non-consommateurs (90,3 %) que chez les consommateurs de SPA (89,5 %). Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre le lieu de résidence et l'usage des SPA ($p = 0,871$).

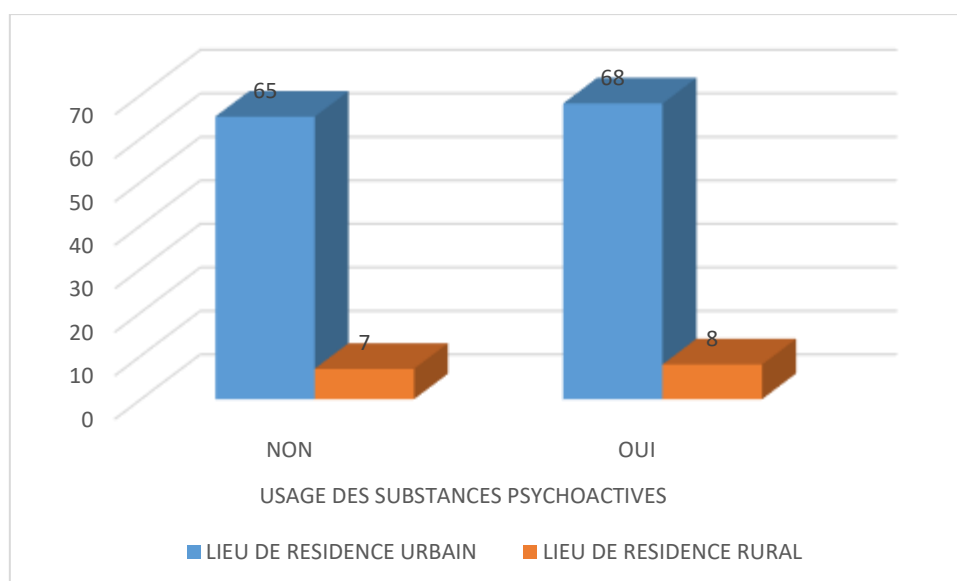


Figure 55 répartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et le lieu de résidence

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents personnels médicaux chirurgicaux :

La majorité des sujets ne présentent **aucun antécédent médical ou chirurgical**, aussi bien chez les non-consommateurs (**62**) que chez les consommateurs de substances psychoactives (**71**). Les autres antécédents, notamment l'HTA, le diabète, le goitre et les autres pathologies, restent faiblement représentés.

La présence d'antécédents médicaux chirurgicaux ne présente pas de différence statistiquement significative selon l'usage des SPA ($p = 0,573$). *Tableau 6 répartition des bipolaires selon l'usage de SPA et le lieu de résidence*

L'association entre ces deux variables n'est donc pas statistiquement significative.

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						K hi 2		P
		NON			OUI					
		Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans ATCD MED CHIR PERS ONNE L	Eff ecti f	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOAC TIVES	% dans ATCD MED CHIR PERSO NNEL			
ATCD MED CHIR PERSO NNEL	AUCUN	62	86,1%	46,6%	71	93,4%	53,4%	3, 83 7	0 , 5 7 3	
	HTA	3	4,2%	75%	1	1,3%	25%			
	Diabète	2	2,8%	100%	0	0	0			
	Goitre	2	2,8%	66,7%	1	1,3%	33,3%			
	Autre	2	2,8%	50%	2	2,6%	50%			
	HTA+DT	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%			
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%			

Tableau 7 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les ATCD Médico-chirurgicaux

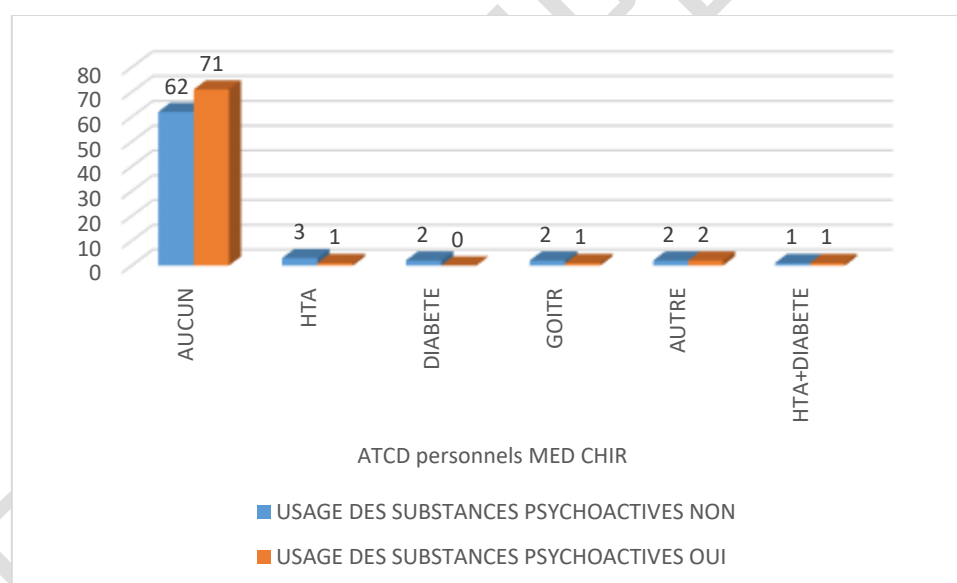


Figure 56 répartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et les ATCD personnels et Médico-Chirurgicaux

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents personnels judiciaire :

Les sujets sans antécédents judiciaires sont majoritaires dans les deux groupes. Cependant, la présence d'antécédents judiciaires est plus importante chez les consommateurs de substances psychoactives (environ 27) que chez les non-consommateurs (environ 19).

Les antécédents judiciaires sont retrouvés chez 20,8 % des non-consommateurs et 31,6 % des consommateurs. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,138$).

Tableau 8 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et ATCD judiciaire

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANC ES PSYCHOA CTIVES	% dans ATCD JUDICIAR	Effecti f	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACT IVES	% dans ATCD JUDICIAR		
ATCD JUDICIAR	OUI	15	20,8%	38,5%	24	31,6%	61,5%	2,2	0,138
	NON	57	79,2%	52,3%	52	68,4%	47,7%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

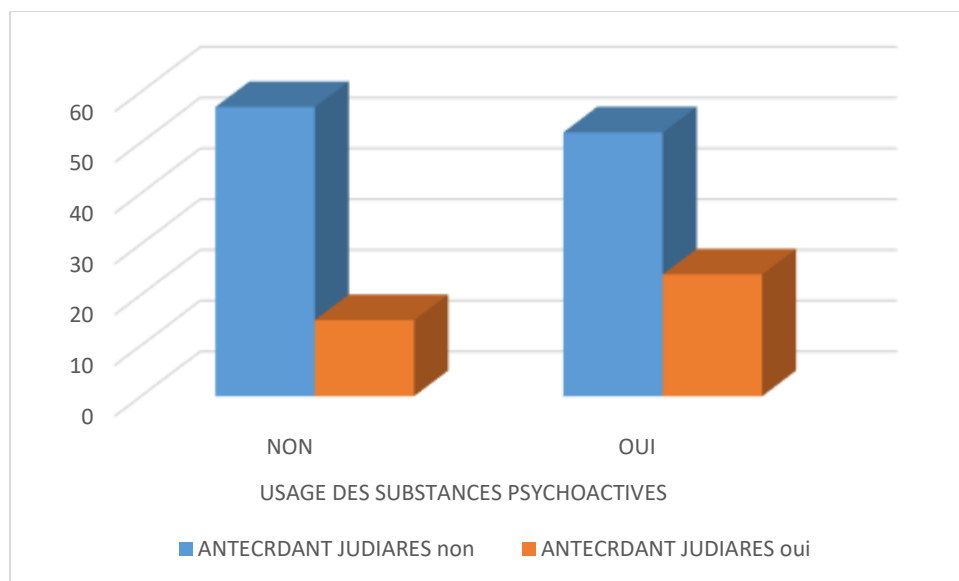


Figure 57 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les ATCDs judiciaires

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le nombre des tentatives de suicides :

Le graphique montre que la grande majorité des sujets ne présentent pas d'antécédent de tentative de suicide, aussi bien chez les non-consommateurs (63) que chez les consommateurs de substances psychoactives (66). Les différentes modalités de tentative de suicide restent peu fréquentes. Chez les consommateurs, on observe 3 cas par arme blanche, contre aucun chez les non-consommateurs.

La majorité des patients, qu'ils soient consommateurs ou non de SPA, ne rapportent aucune tentative de suicide. Aucune association statistiquement significative n'est retrouvée entre les tentatives de suicide et l'usage des SPA ($p = 0,744$).

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Kh i 2		P
		NON			OUI					
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACT IVES	% dans Tentative de suicide	Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans Tentativ e de suicide			
Tentativ e de suicide	AUCUN	63	87,5%	48,8%	66	86,8%	51,2%	3,4 98	0, 7 4 4	
	Intoxication	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%			
	Arme blanche	0	0	0	3	3,9%	100%			
	Desintraction	2	2,8%	50%	2	2,6%	50%			
	Electrisation	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%			
	Non précise	2	2,8%	66,7%	1	1,3%	33,3%			
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%			

Tableau 9 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les nombres TS

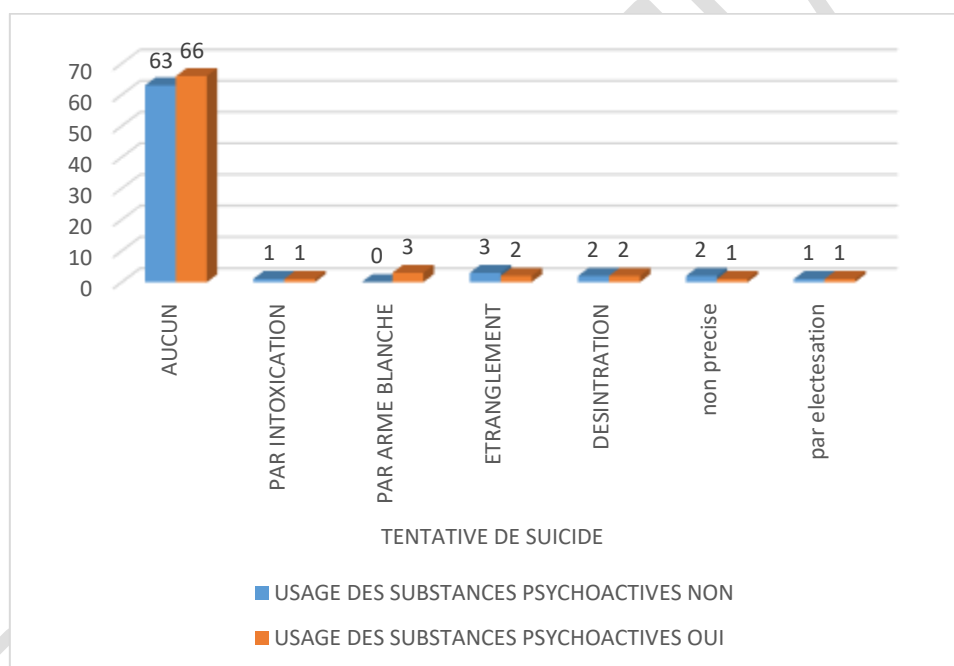


Figure 58 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA selon le nombre de TS

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie :

Le graphique montre que la majorité des sujets ont un antécédent d'une seule hospitalisation, avec une proportion plus importante chez les consommateurs de substances

Tableau 10 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et le nombre d'hospitalisation en psychiatrie

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIV ES	% dans ATCD D'hos pitalis ation	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIV ES	% dans ATCD D'hos pitalis ation		
ATCD D'hospitali sation	1	38	52,8%	45,8 %	45	59,2%	54,2 %	2,4 77	0,47 9
	2	20	27,8%	60,6 %	13	17,1%	39,4 %		
	3	6	8,3%	42,9 %	8	10,5%	57,1 %		
	Sup 3	8	11,1%	44,4 %	10	13,2%	55,6 %		
	Total	72	100%	48,6 %	76	100%	51,4 %		

Psychoactives (45) que chez les non-consommateurs (38). En revanche, pour deux hospitalisations, les non-consommateurs sont plus nombreux (20 contre 13). Pour trois hospitalisations ou plus, les consommateurs sont légèrement plus représentés.

La majorité des patients ont un seul antécédent d'hospitalisation. La différence observée selon l'usage des SPA n'est pas statistiquement significative ($p = 0,479$).

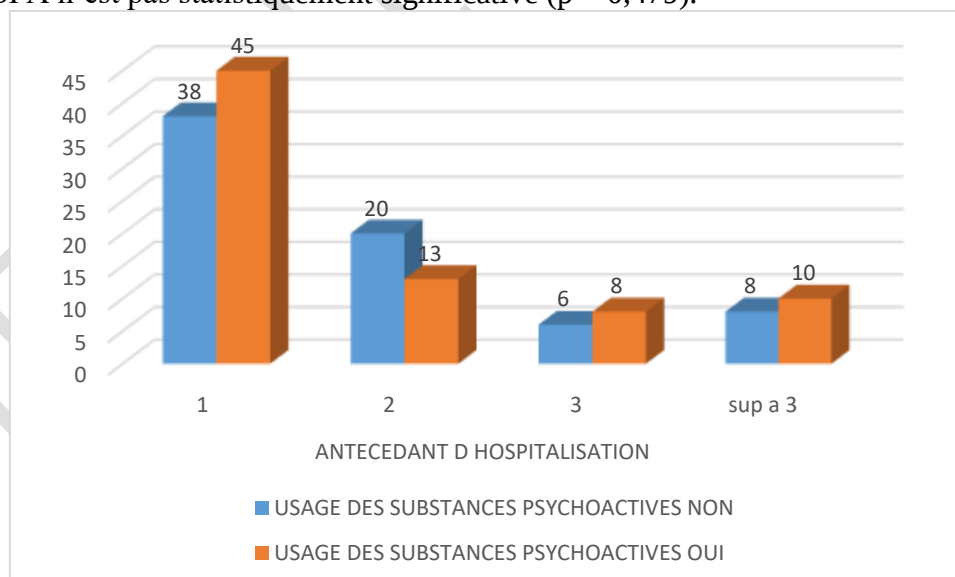


Figure 59 Répartition les bipolaires selon l'usage des SPA et le nombre des hospitalisations en psychiatrie

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans ATCD Familiale toxique	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans ATCD Familiale toxique		
ATCD Familiale toxique	OUI	2	2,8%	14,3%	12	15,8%	85,7%	7,309	0,007
	NON	70	97,2%	52,2%	64	84,2%	47,8%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux toxiques :

La majorité des sujets ne présentent pas d'antécédent familial de toxicomanie, aussi bien chez les non-consommateurs (70) que chez les consommateurs (64). cependant, les antécédents familiaux de toxicomanie sont nettement plus fréquents chez les consommateurs de substances psychoactives : 12 cas, contre seulement 2 cas chez les non-consommateurs.

Une association statistiquement significative est retrouvée entre les antécédents familiaux de toxicomanie et l'usage de SPA ($p < 0,05$). Les antécédents familiaux de toxicomanie sont plus fréquemment retrouvés chez les patients ayant un usage de SPA.

Tableau 11 répartition des patients bipolaires selon de SPA et les ATCD familiaux toxiques

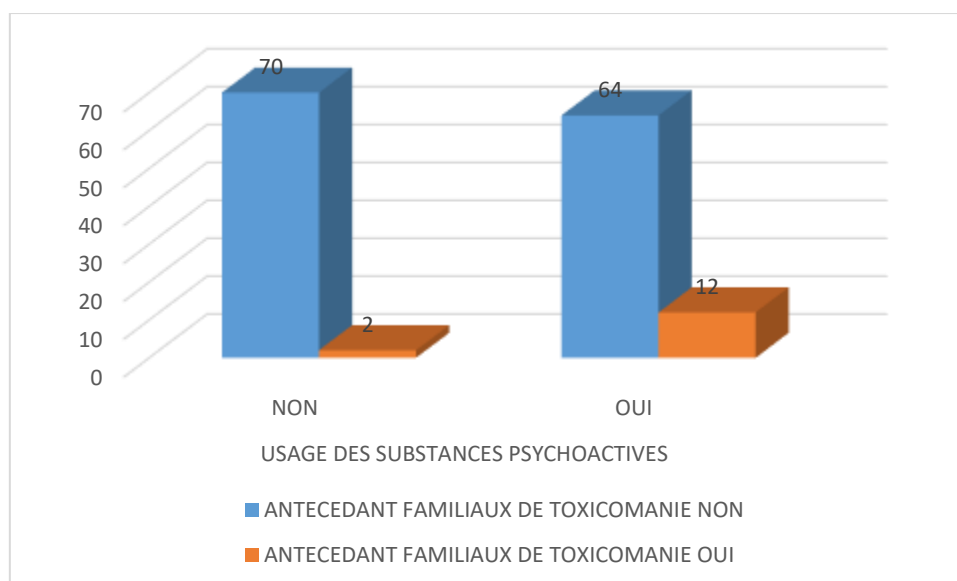


Figure 60 répartition des patients bipolaires des SPA et les Antécédents familiaux toxiques

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques :

La majorité des sujets ne présentent aucun antécédent familial psychiatrique, avec 44 non-consommateurs et 60 consommateurs de substances psychoactives. Parmi les sujets ayant des antécédents, la catégorie « autre » est la plus représentée, avec 23 non-consommateurs contre 11 consommateurs. Les antécédents chez le père ou la mère restent faiblement représentées antécédents familiaux psychiatriques sont retrouvés chez les patients avec et sans usage de SPA, avec une prédominance de la catégorie « autre ». Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre l'usage des SPA et les antécédents familiaux psychiatriques ($p = 0,104$).

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						K hi 2		P	
		NON			OUI						
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOAC TIVES	% dans Tentativ e de suicide	Eff ecti f	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOACT IVES	% dans Tentati ve de suicide				
ATCD Familia ux psych	Aucun	44	61,1%	42,3%	60	78,9%	57,7%	9, 12 9	0 , 1 0 4		
	Père	1	1,4%	33,3%	2	2,6%	66,7%				
	Mère	3	4,2%	60%	2	2,6%	40%				
	Autre	23	31,9%	67,6%	11	14,5%	32,4%				
	Père + autre	1	1,4%	100%	0	0%	0%				
	Père mère autre	0	0%	0%	1	1,3%	100%				
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%				

Tableau 12 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et ATCD familiaux psychiatrie

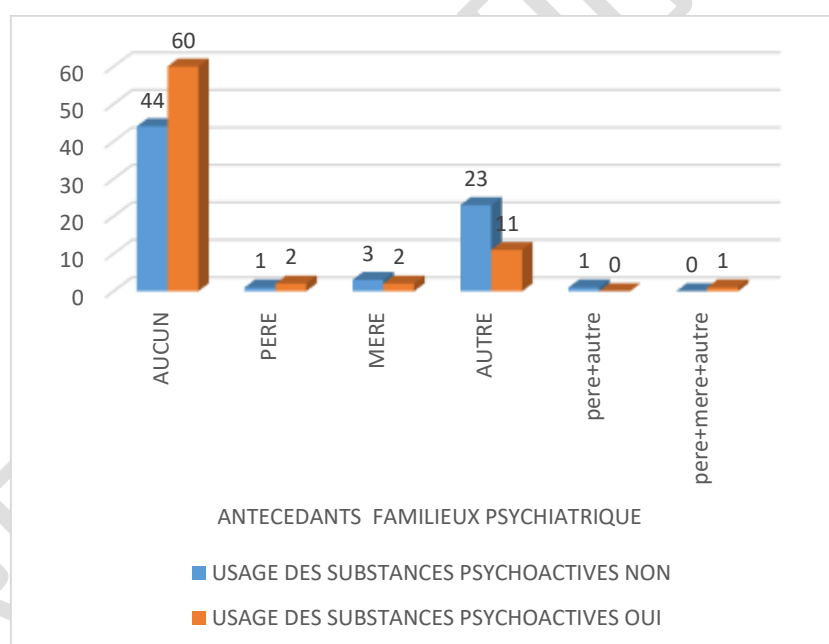


Figure 61 Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et les ATCDs familiaux psychiatriques

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'âge de début de la bipolaire :

Le graphique montre que chez les sujets consommateurs de substances psychoactives, l'âge de début du trouble est principalement situé entre 18 et 25 ans (39 sujets). Chez les non-consommateurs,

cette tranche d'âge reste également importante (22 sujets). Entre 25 et 30 ans, les effectifs sont relativement proches (20 non-consommateurs contre 19 consommateurs). pour les tranches d'âge 30–35 ans, 35–40 ans et plus de 40 ans, les non-consommateurs sont plus nombreux que les consommateurs. Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre l'âge de début du trouble bipolaire et l'usage de SPA ($p = 0,135$).

Tableau 13 Répartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'âge de début

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Eff ect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIV ES	% dans AGE DE début	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIV ES	% dans AGE DE début		
AGE DE début	Avant 18 ans	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%	8,40 5	0,1 35
	(18-25(	22	30,6%	36,1%	39	51,3%	63,9%		
	(25-30(	20	27,8%	51,3%	19	25%	48,7%		
	(30-35(	16	22,2%	59,3%	11	14,5%	40,7%		
	(35-40(	7	9,7%	63,6%	1	5,3%	36,4%		
	Sup 40	6	8,3%	75%	2	2,6%	25%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

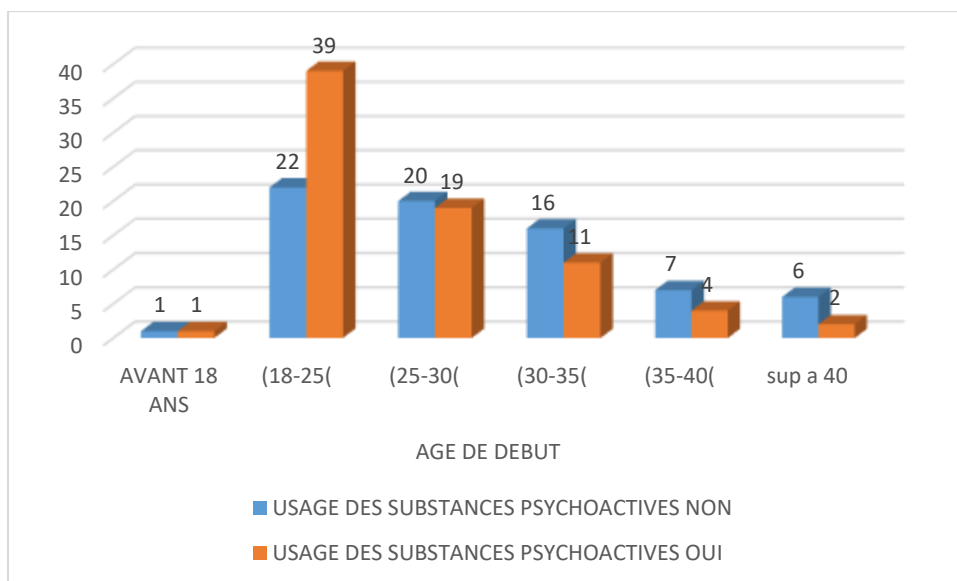


Figure 62 Répartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et l'âge de début de maladie

Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le type de la bipolaire

:

Une prédominance du trouble bipolaire de type 1 (TB1) dans les deux groupes, avec 43 sujets non consommateurs et 40 consommateurs. Le TB2 est très peu représenté, avec 1 non-consommateur et aucun consommateur. L'accès maniaque est davantage représenté chez les consommateurs de substances psychoactives (32 contre 18 chez les non-consommateurs). En revanche, la dépression est plus fréquente chez les non-consommateurs (10 contre 4).

Une association statistiquement significative est observée entre le type de trouble bipolaire et l'usage de SPA ($p = 0,05$), avec une proportion plus élevée d'usage de SPA chez les patients présentant un trouble bipolaire de type I.

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOACT IVES	% dans Type de troub le	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACT IVES	% dans Type de trou ble		
Typ e de trou ble	TB1	43	59,7%	51,8 %	40	52,6%	48,2 %	7,4 97	0,0 58
	TB2	1	1,4%	100%	0	0	0		
	Dépression	10	13,9%	71,4 %	4	5,3%	28,6 %		
	Accès maniaque	18	25%	36%	32	42,1%	64%		
	Total	72	100%	48,6 %	76	100%	51,4 %		

Tableau 14 répartition des patients bipolaires selon l'usage des SPA et le type de trouble

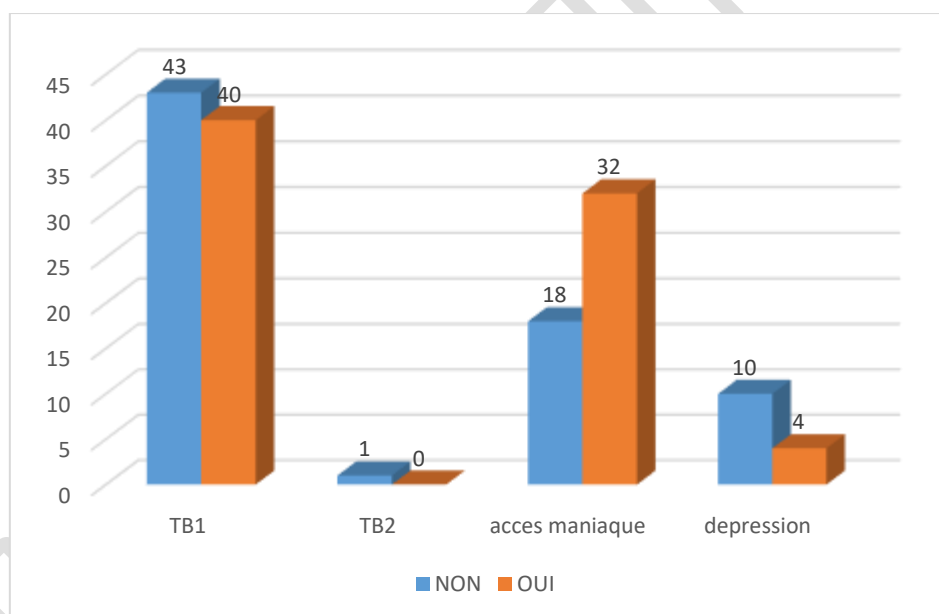


Figure 63 Répartition les patients bipolaires selon l'usage des SPA et le type de la bipolarité

Répartition des patients bipolaires selon L'alliance thérapeutique et usage de substances psychoactives :

Usage des SPA et alliance thérapeutique Chez les non-usagers de SPA, 58,3 % présentent une alliance thérapeutique favorable contre 42,1 % chez les usagers. Une association statistiquement significative est retrouvée entre l'usage de SPA et l'alliance thérapeutique ($p = 0,048$).

Tableau 15 répartition des patients bipolaires selon SPA et Alliance thérapeutique

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTAN CES PSYCHOA CTIVES	% dans ALLIANCE THETAPE UTIQUE	Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTAN CES PSYCHOA CTIVES	% dans ALLIANCE THETAPE UTIQUE		
ALLIANC E THETAPE UTIQUE	O UI	42	58,3%	56,8%	32	42,1%	43,2%	3,8 95	0,0 48
	N O N	30	41,7%	52,3%	44	57,9%	47,7%		
	To tal	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

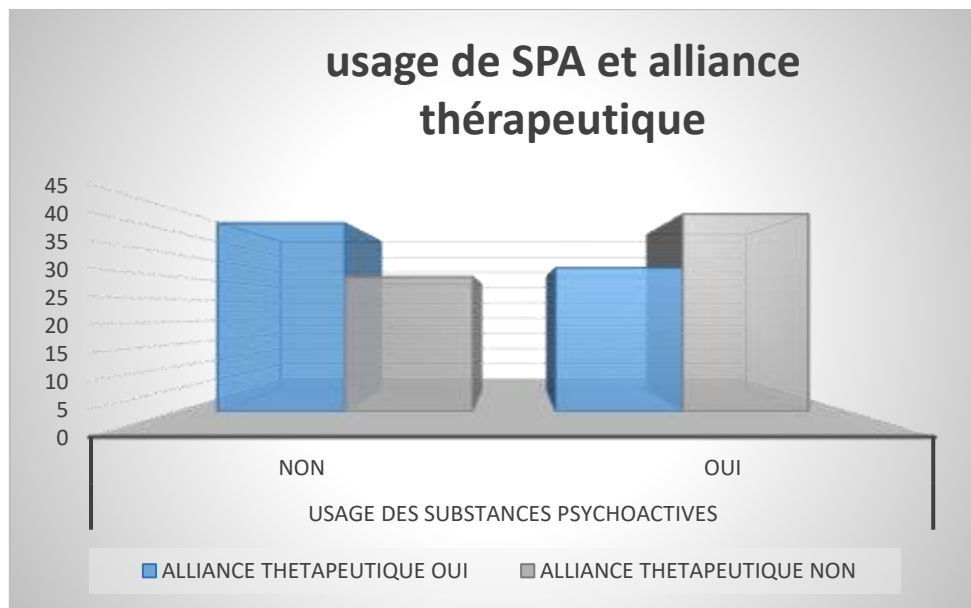


Figure 64 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et alliance thérapeutique

Répartition des patients bipolaires selon l'Age de tentative et usage de substances psychoactives :

Conscience des troubles et usage de substances psychoactives : la répartition est proche entre les groupes, et aucune association statistiquement significative n'est retrouvée ($p = 0,866$).

Usage des SPA et psychotropes Chez les non-usagers de SPA, seulement 2,8 % utilisent des psychotropes, contre 42,1 % chez les usagers de SPA. Cette différence est hautement statistiquement significative ($p < 0,001$), indiquant une association significative entre l'usage de SPA et la prise de psychotropes.

Tableau 16 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et l'âge de tentative de suicide

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES							
		NON			OUI				
		Effect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans AGE de tentative de suicide	Effect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans AGE de tentative de suicide		
Age de tentative de suicide	Aucun	63	87,5%	48,8%	66	86,8%	51,2%	6,3	0,390
	(18-25(	5	6,9%	50%	5	6,6%	50%		
	(25-30(	1	1,4%	33,3%	2	2,6%	66,7%		
	(30-35(	0	0	0	1	1,3%	100%		
	(35-40(	0	0	0	1	1,3%	100%		
	Sup 40	0	0	0	1	1,3%	100%		
	mal connus	3	4,2%	100%	0	0	0		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

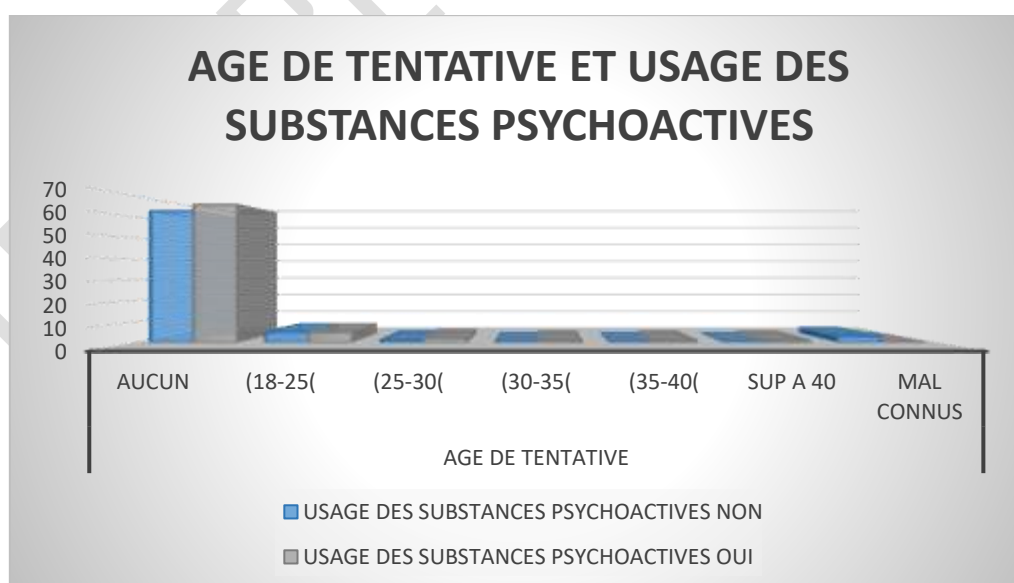


Figure 65 Répartition des patients bipolaires selon l'usage se SPA et l'âge de tentative

Répartition des patients bipolaires selon la conscience de trouble et usage de substances psychoactives :

Conscience des troubles et usage de substances psychoactives : la répartition est proche entre les groupes, et aucune association statistiquement significative n'est retrouvée ($p = 0,866$).

Tableau 17 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et la conscience des troubles

USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES									
		NON			OUI			Kh i 2	P
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans CONSCIENCE DES TROUBLES	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans CONSCIENCE DES TROUBLES		
CONSCIENCE DES TROUBLES	OUI	37	44,4%	51,4%	38	50%	50,7%	0,029	0,866
	NON	35	48,6%	47,9%	38	50%	52,1%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

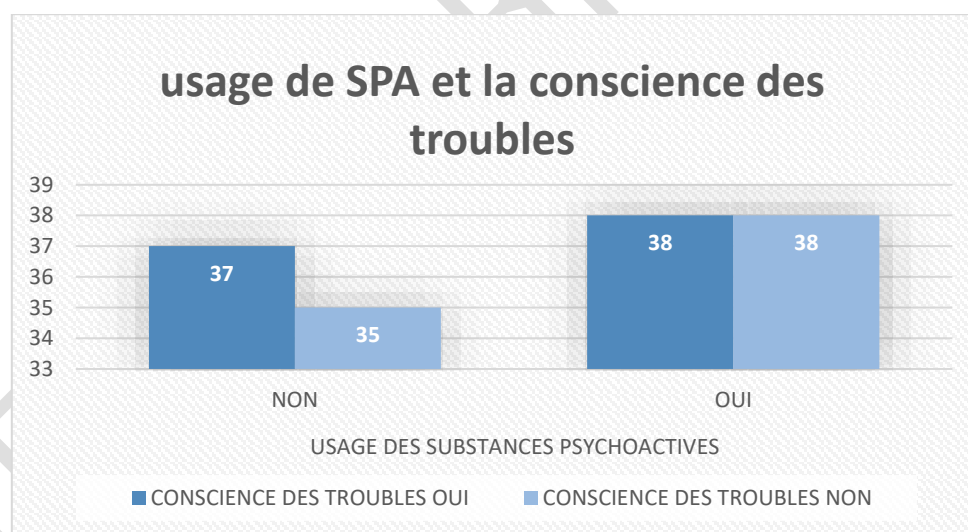


Figure 66 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et la conscience de trouble

Répartition des patients bipolaires selon le traitement et usage de substances psychoactives :

Usage de SPA et type de traitement : Chez les patients consommateurs de SPA, le traitement classique représente 42,1 %, le traitement atypique 28,9 % et l'association classique + atypique 28,9 %. La différence selon le type de traitement est statistiquement significative ($p = 0,001$).

Tableau 18 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et le traitement

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2	P
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOACT IVES	% dans TRAITM ENT	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOACT IVES	% dans TRAITM ENT		
TRAITM ENT	CLASSIQUE	41	56,9%	56,2%	32	42,1%	43,8%	119,1 79	0, oo 1
	ATYPIQUE	13	18,1%	37,1%	22	28,9%	62,9%		
	CLASSIQUE+ATY PIQUE	18	25%	45%	22	28,9%	55%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

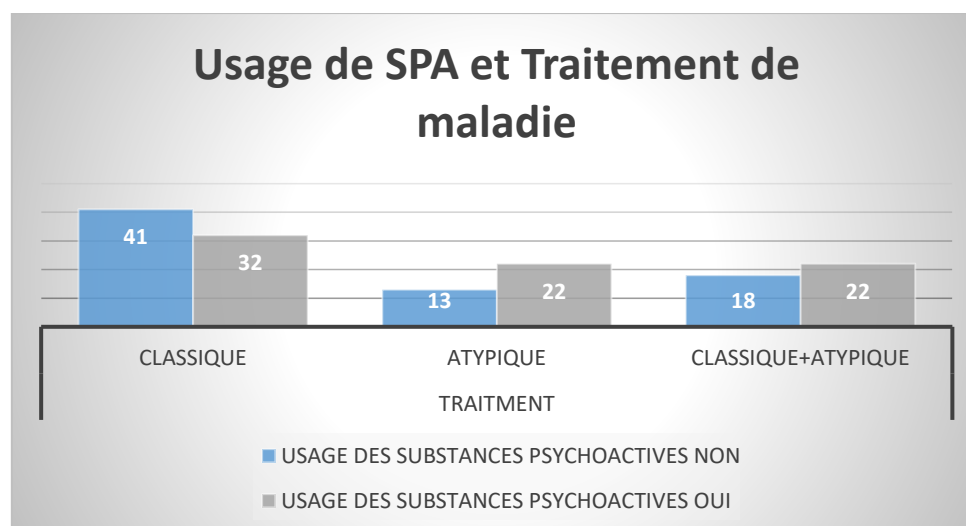


Figure 67 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et le traitement

Répartition des patients bipolaires selon la consommation de tabac et usage de substances psychoactives :

Usage de SPA et tabac : Le tabagisme est très fréquent chez les patients consommateurs de SPA (89,5 %) contre 0 % chez les non-consommateurs. La différence est hautement statistiquement significative ($p < 0,001$).

Tableau 19 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et le TABAC

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2 P	
		NON			OUI				
		Effect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans TABA C	Effect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans TABA C		
TABA C	NO N	72	100%	90%	8	10,5%	10%	119,179	<0,001
	OUI	0	0	0	68	89,5%	100%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

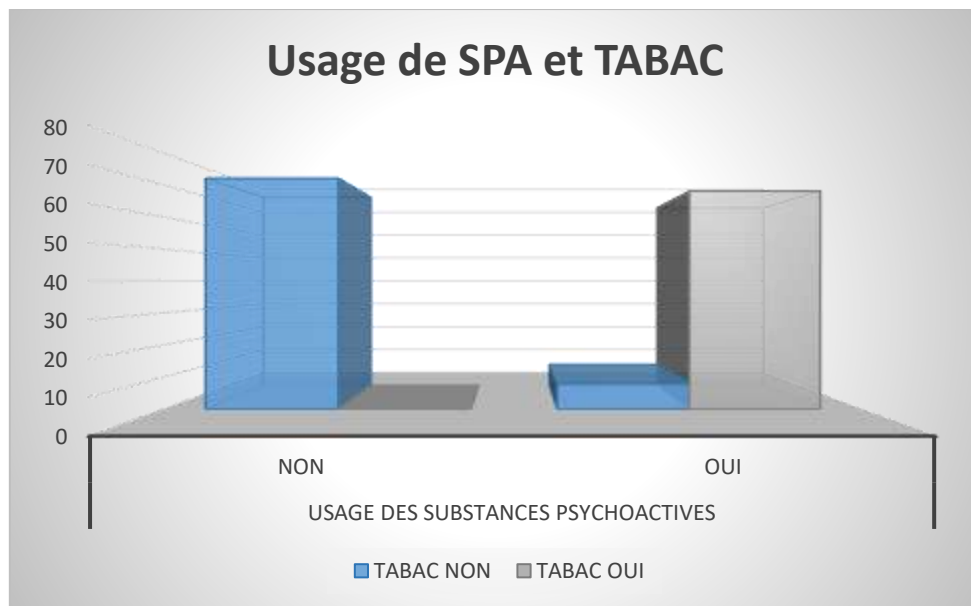


Figure 68 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et le TABAC

Répartition des patients bipolaires selon la consommation d'alcool et usage de substances psychoactives :

Usage de SPA et alcool : La consommation d'alcool est nettement plus fréquente chez les patients ayant un usage de SPA (40,8 %) que chez ceux n'en consommant pas (1,4 %). La différence est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Tableau 20 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et l'alcool

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2 P	
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans ALCOOL	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans ALCOOL		
ALCOOL	NON	71	98,6%	61,2%	45	59,2%	38,8%	33,869	<0,001
	OUI	1	1,4%	3,1%	31	40,8%	96,9%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

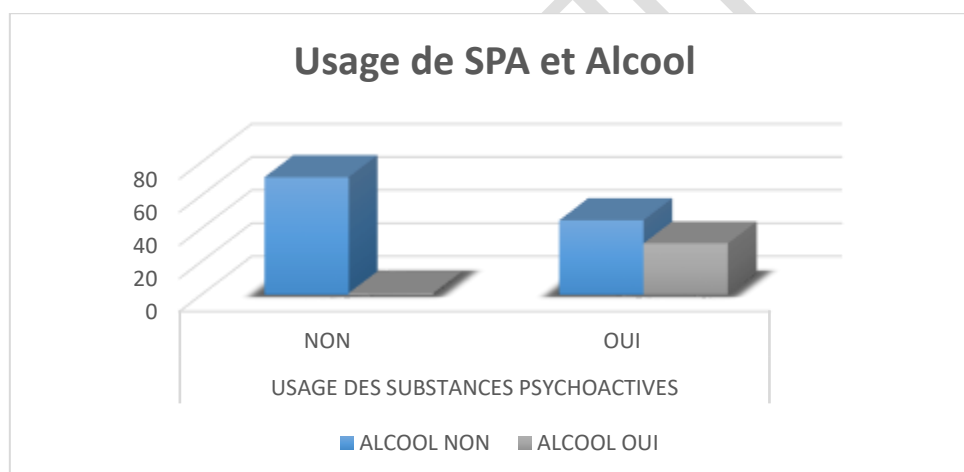


Figure 69 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et l'Alcool

Répartition des patients bipolaires selon la consommation de cannabis et usage de substances psychoactives :

Parmi les sujets non consommateurs de cannabis, 97,2 % ne rapportent pas d'usage de SPA, contre seulement 2,8 % qui en consomment. En revanche, parmi les consommateurs de cannabis, 56,6 % rapportent un usage de SPA contre 43,4 % sans usage de SPA. Cette association est hautement significative ($p < 0,001$).

Tableau 21 répartition de patients bipolaires selon l'usage de SPA et CANNABIS

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2	P
		NON			OUI				
		Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans CANNABIS	Effectif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	% dans CANNABIS		
CANNABIS	NON	70	97,2%	68%	33	43,4%	32%	50,576	<0,001
	OUI	2	2,8 %	4,4%	43	56,6%	95,6%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

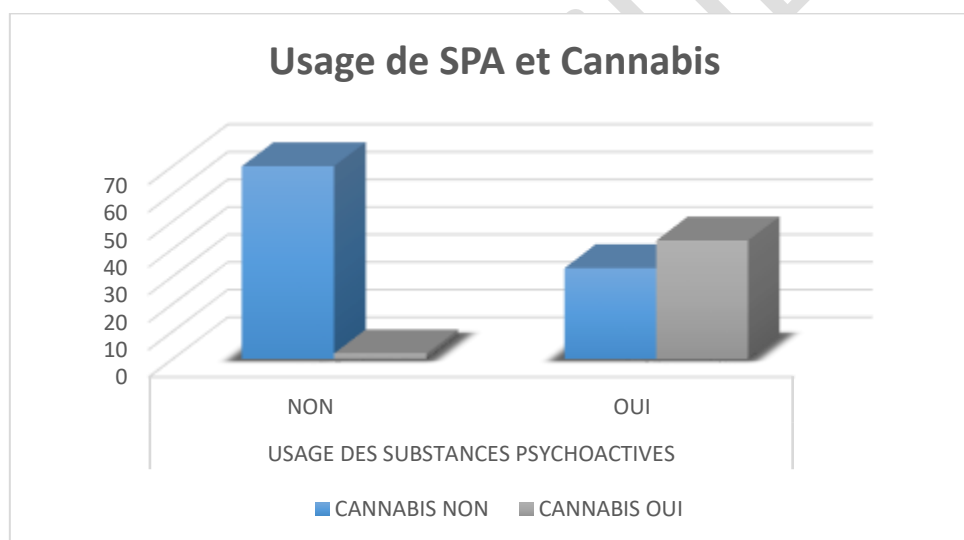


Figure 70 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et cannabis

Répartition des patients bipolaires selon la consommation de cocaïne et usage de substances psychoactives :

Usage des SPA et cocaïne La consommation de cocaïne est absente chez les non-usagers de SPA, tandis qu'elle concerne 18,4 % des usagers de SPA. L'association est statistiquement significative ($p < 0,001$).

Tableau 22 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et cocaïne

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2	P
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans COCAI NE	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans COCAI NE		
COCAI NE	NO N	72	100%	53,7%	62	81,6%	46,3%	14,64 9	<0,0 01
	OU I	0	0	0	14	18,4%	100%		
	Tot al	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

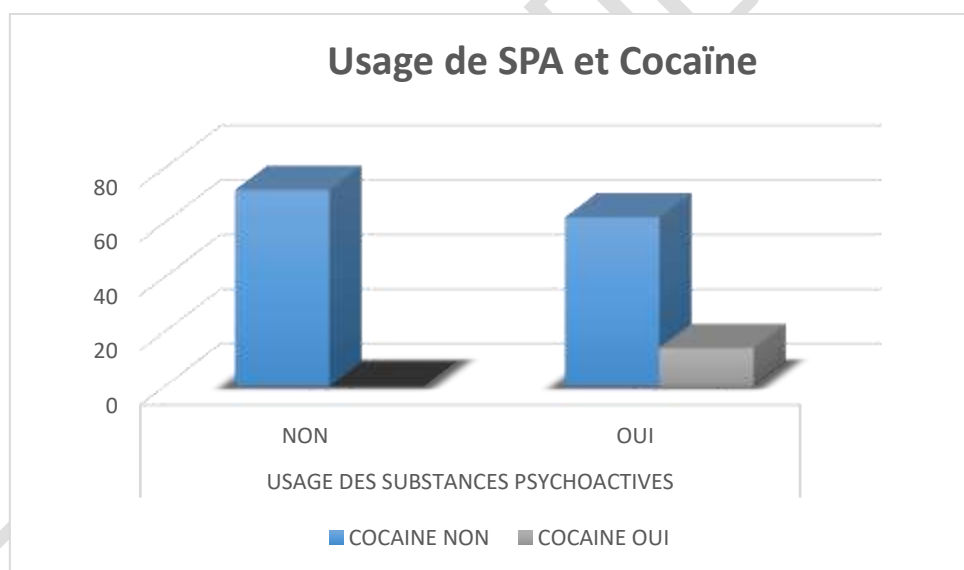


Figure 71 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et cocaïne

Répartition des patients bipolaires selon la consommation de psychotrope et usage de substances psychoactives :

Usage des SPA et psychotropes Chez les non-usagers de SPA, seulement 2,8 % utilisent des psychotropes, contre 42,1 % chez les usagers de SPA. Cette différence est hautement statistiquement significative ($p < 0,001$), indiquant une association significative entre l'usage de SPA et la prise de psychotropes.

		NON			OUI			Khi 2	P
		Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTANC ES PSYCHOAC TIVES	% dans PSYCHOT ROPES	Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTANC ES PSYCHOAC TIVES	% dans PSYCHOT ROPES		
PSYCHOTR OPES	NO N	70	97,2%	68,6%	32	42,1%	31,4%	52,4 35	<0,0 01
	OUI	2	2,8%	4,3%	44	57,9%	95,7%		
	Tot al	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

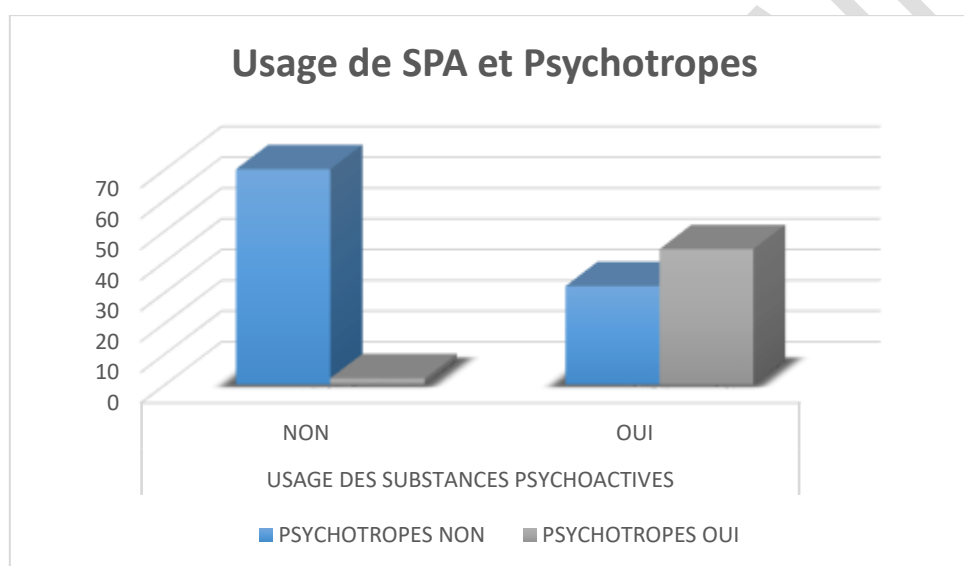


Figure 72 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et psychotropes

Répartition des patients bipolaires selon la consommation d'autres toxique et usage de substances psychoactives :

Usage des SPA et autres substances toxiques La consommation d'autres substances est très faible, avec 0 % chez les non-usagers et 2,6 % chez les usagers de SPA. Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,166$).

Tableau 23 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les autres toxiques

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2	P
		NON			OUI				
		Effect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans AUTRE S substan ce	Effect if	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTI VES	% dans AUTRE S substan ce		
AUTRE S substan ce	NO N	72	100%	49,3%	74	97,4%	50,7%	1,92 1	0,16 6
	OUI	0	0	0	2	2,6%	100%		
	Tot al	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

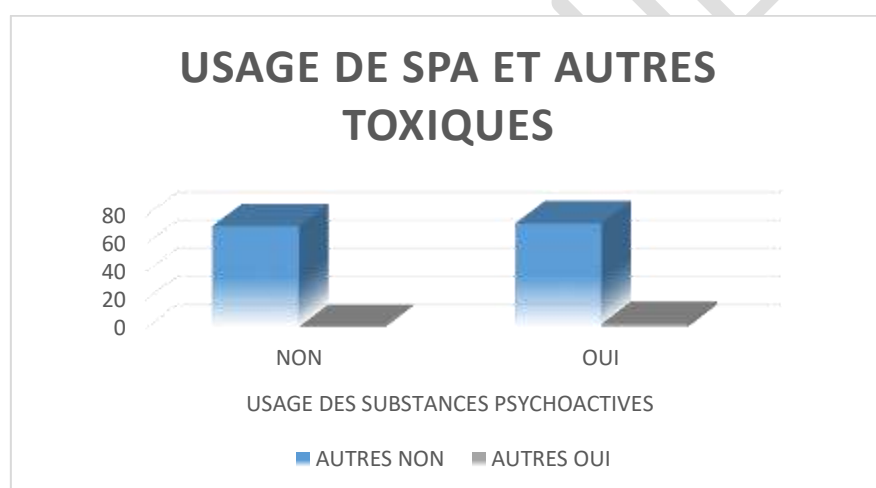


Figure 73 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les autres toxiques

Répartition des patients bipolaires selon les infections et usage de substances psychoactives :

Usage des SPA et infections Les infections sont rares dans les deux groupes : 2,8 % chez les non-usagers et 1,3 % chez les usagers de SPA. La différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,528$).

Tableau 24 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les infections

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Khi 2	P
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOACT IVES	% dans INFECTI ONS	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCE S PSYCHOACT IVES	% dans INFECTI ONS		
INFECTI ONS	NO N	70	97,2%	48,3%	75	98,7%	51,7%	0,3 98	0,5 28
	OU I	2	2,8%	66,7%	1	1,3%	33,3%		
	Tot al	72	100%	48,6%	76	100%	51,4%		

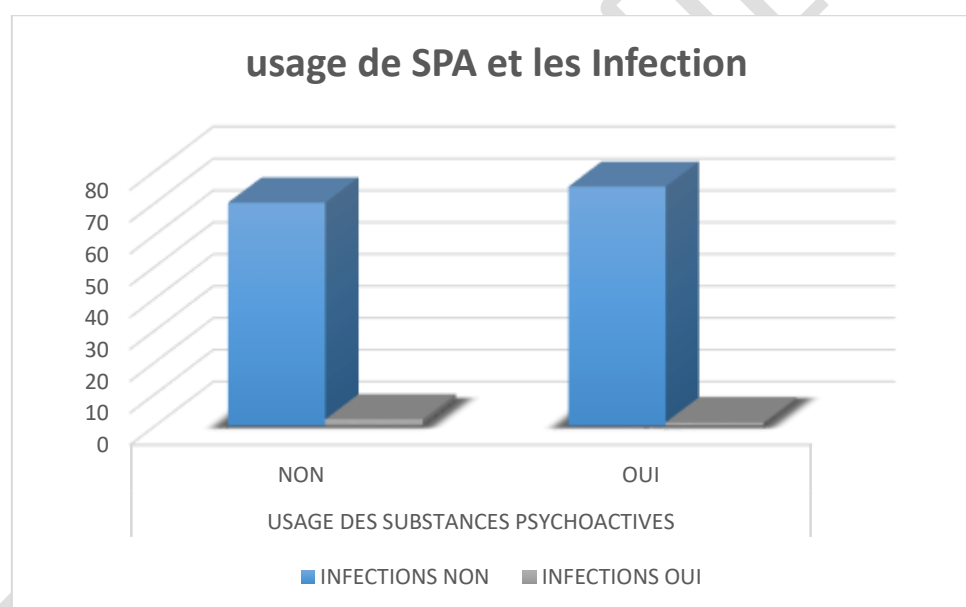


Figure 74 répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et les infections

Répartition des patients bipolaires selon l'AGBS et usage de substances psychoactives :

L'usage des substances psychoactives était majoritairement absent : 70/72 (97,2 %) dans le groupe HBS- contre 75/76 (98,7 %) dans le groupe HBS+, sans association statistiquement significative ($\chi^2 = 3,067$; $p = 0,381$).

		USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES						Kh i 2	P
		NON			OUI				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIV ES	% dans HB S	Effec tif	% dans USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIV ES	% dans HB S		
HBS	AUCUN	70	97,2%	48,3 %	75	98,7%	51,7 %	3,0 67	0,38 1
	HOMOS EXUALI TE	1	1,4%	100 %	0	0	0		
	RAPPORTS NON PROTEGE	1	1,4%	100 %	0	0	0		
	TOXICOMA NIE	0	0	0	1	1,3%	100 %		
	Total	72	100%	48,6 %	76	100%	51,4 %		

Tableau 25 usage de SPA et HBS positif

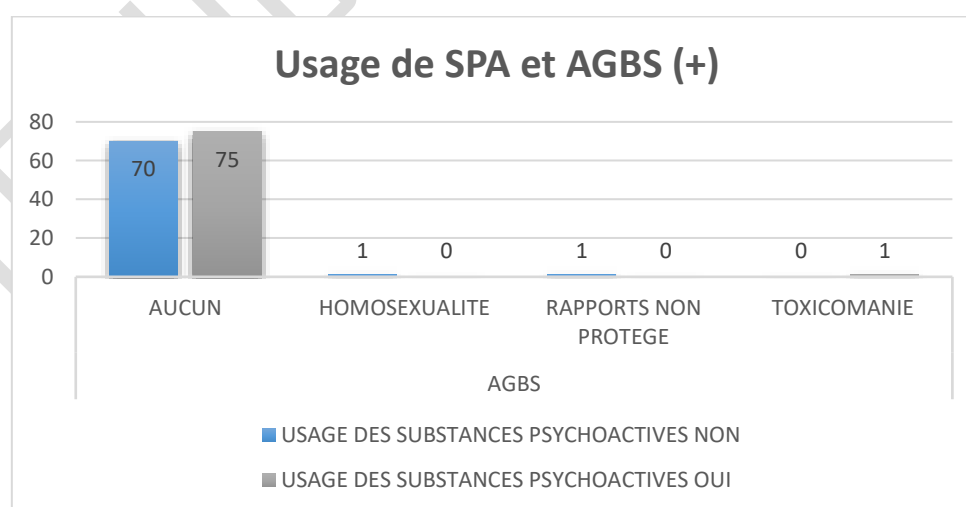


Figure 75 Répartition des patients bipolaires selon l'usage de SPA et HBS(+)

TROUBLE BIPOLAIRE

Tableau 26 Tableau Récapitulatif des données des analyses bi variée

Variable		Antécédents personnels toxique						kh i 2	P
		Non usagers de SPA			Usagers de SPA				
		Effec tif	% dans USAGE DES SUBST ANCES PSYCH OACTIV ES	% dans Varia ble	Effe ctif	% dans USAGE DES SUBSTAN CES PSYCHOA CTIVES	% dans Vari able		
AGE	(18-25(	4	5,6%	21,1%	15	19,7%	78,9 %	12, 947	0,0 12
	(25-30(	10	13,9%	33,3%	20	26,3%	66,7 %		
	(30-35(	14	19,4%	53,8%	12	15,8%	46,2 %		
	(35-40(	15	20,8%	57,7%	11	14,5%	42,3 %		
	Sup 40	29	40,3%	61,7%	18	23,7%	38,3 %		
Sexe	Homme	39	54,2%	34,8%	73	96,1%	65,2 %	35, 239	<0, 001
	Femme	33	45,8%	91,7%	3	3,9%	8,3%		
ACTIVITE PROFESSI ONNELLE	CHOMAG E	55	76,4%	52,4%	50	65,8%	47,6 %	6,0 78	0,0 48
	LIBERAL E	5	6,9%	23,8%	16	21,1%	76,2 %		
	ETATITI QUE	12	16,7%	54,5%	10	13,2%	45,5 %		
NIVEAU SCOLAIRE	AUCUN	2	2,8%	33,3%	4	5,3%	66,7 %	20, 592	0,0 01
	PRIMAIR E	9	12,5%	64,3%	5	6,6%	35,7 %		
	MOYEN	24	33,3%	32,9%	49	64,5%	67,1 %		
	SECOND AIRE	10	13,9%	50%	10	13,2%	50%		
	UNIVERS ITAIRE	27	37,5%	77,1%	8	10,5%	22,9 %		
Statue Social	CELIBAT AIRE	37	51,4%	44%	47	61,8%	56%	1,6 51	0,4 38
	MARIE	28	38,9%	54,9%	23	30,3%	45,1 %		

	DIVORCE	7	9,7%	53,8%	6	7,9%	46,2 %		
Lieu de résidence	Urbain	65	90,3%	48,9%	68	89,5%	51,1 %	0,0 26	0,8 71
	Rural	7	9,7%	46,7%	8	10,5%	53,3 %	0,0 26	0,8 71
ATCD MED CHIR PERSONNEL	AUCUN	62	86,1%	46,6%	71	93,4%	53,4 %	3,8 37	0,5 73
	HTA	3	4,2%	75%	1	1,3%	25%		
	Diabète	2	2,8%	100%	0	0	0		
	Goitre	2	2,8%	66,7%	1	1,3%	33,3 %		
	Autre	2	2,8%	50%	2	2,6%	50%		
	HTA+DT	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%		
ATCD JUDICIAIR	OUI	15	20,8%	38,5%	24	31,6%	61,5 %	2,2	0,1 38
	NON	57	79,2%	52,3%	52	68,4%	47,7 %		
Tentative de suicide	AUCUN	63	87,5%	48,8%	66	86,8%	51,2 %	3,4 98	0,7 44
	Intoxication	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%		
	Arme blanche	0	0	0	3	3,9%	100%		
	Desinfection	2	2,8%	50%	2	2,6%	50%		
	Electrisation	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%		
	Non précise	2	2,8%	66,7%	1	1,3%	33,3 %		
ATCD D'hospitalisation	1	38	52,8%	45,8%	45	59,2%	54,2 %	2,4 77	0,4 79
	2	20	27,8%	60,6%	13	17,1%	39,4 %		
	3	6	8,3%	42,9%	8	10,5%	57,1 %		
	Sup 3	8	11,1%	44,4%	10	13,2%	55,6 %		
ATCD Familiale toxique	OUI	2	2,8%	14,3%	12	15,8%	85,7 %	7,3 09	0,0 07
	NON	70	97,2%	52,2%	64	84,2%	47,8 %		
ATCD Familiaux psycho	Aucun	44	61,1%	42,3%	60	78,9%	57,7 %	9,1 29	0,1 04
	Père	1	1,4%	33,3%	2	2,6%	66,7 %		
	Mère	3	4,2%	60%	2	2,6%	40%		
	Autre	23	31,9%	67,6%	11	14,5%	32,4 %		
	Père + autre	1	1,4%	100%	0	0%	0%		

	Père mère autre	0	0%	0%	1	1,3%	100%		
AGE DE début	Avant 18 ans	1	1,4%	50%	1	1,3%	50%	8,4 05	0,1 35
	(18-25(	22	30,6%	36,1%	39	51,3%	63,9 %		
	(25-30(	20	27,8%	51,3%	19	25%	48,7 %		
	(30-35(	16	22,2%	59,3%	11	14,5%	40,7 %		
	(35-40(	7	9,7%	63,6%	1	5,3%	36,4 %		
	Sup 40	6	8,3%	75%	2	2,6%	25%		
Type de trouble	TB1	43	59,7%	51,8%	40	52,6%	48,2 %	7,4 97	0,0 58
	TB2	1	1,4%	100%	0	0	0		
	Dépression	10	13,9%	71,4%	4	5,3%	28,6 %		
	Accès maniaque	18	25%	36%	32	42,1%	64%		
	Total	72	100%	48,6%	76	100%	51,4 %		

Age de tentative de suicide	Aucun	63	87,5%	48,8%	66	86,8%	51,2 %	6,3	0,3 90
	(18-25(	5	6,9%	50%	5	6,6%	50%		
	(25-30(	1	1,4%	33,3%	2	2,6%	66,7 %		
	(30-35(	0	0	0	1	1,3%	100%		
	(35-40(	0	0	0	1	1,3%	100%		
	Sup 40	0	0	0	1	1,3%	100%		
	mal connus	3	4,2%	100%	0	0	0		
ATCD médicaux Familial	OUI	32	44,4%	53,3%	28	36,8%	46,7 %	0,8 86	0,3 46
	NON	40	55,6%	45,5%	48	63,2%	54,5 %		
CONSCI ENCE DES TROUBL ES	OUI	37	44,4%	51,4%	38	50%	50,7 %	0,0 29	0,8 66
	NON	35	48,6%	47,9%	38	50%	52,1 %		

ALLIAN CE THETAP EUTIQUE	OUI	42	58,3%	56,8%	32	42,1%	43,2 %	3,8 95	0,0 48
	NON	30	41,7%	52,3%	44	57,9%	47,7 %		
TRAITM ENT	CLASSIQ UE	41	56,9%	56,2%	32	42,1%	43,8 %	11 9,1 79	0, oo 1
	ATYPIQ UE	13	18,1%	37,1%	22	28,9%	62,9 %		
	CLASSIQ UE+ATY PIQUE	18	25%	45%	22	28,9%	55%		
TABAC	NON	72	100%	90%	8	10,5%	10%	11 9,1 79	<0 ,00 1
	OUI	0	0	0	68	89,5%	100%		
ALCOOL	NON	71	98,6%	61,2%	45	59,2%	38,8 %	33, 86 9	<0 ,00 1
	OUI	1	1,4%	3,1%	31	40,8%	96,9 %		
CANNAB IS	NON	70	97,2%	68%	33	43,4%	32%	50, 57 6	<0 ,00 1
	OUI	2	2,8 %	4,4%	43	56,6%	95,6 %		
COCAIN E	NON	72	100%	53,7%	62	81,6%	46,3 %	14, 64 9	<0 ,00 1
	OUI	0	0	0	14	18,4%	100%		
PSYCHO TROPES	NON	70	97,2%	68,6%	32	42,1%	31,4 %	52, 43 5	<0 ,00 1
	OUI	2	2,8%	4,3%	44	57,9%	95,7 %		
AUTRES substance	NON	72	100%	49,3%	74	97,4%	50,7 %	1,9 21	0,1 66
	OUI	0	0	0	2	2,6%	100%		
INFECTI ONS	NON	70	97,2%	48,3%	75	98,7%	51,7 %	0 ,39 8	0,5 28
	OUI	2	2,8%	66,7%	1	1,3%	33,3 %		
HBS	AUCUN	70	97,2%	48,3 %	75	98,7%	51,7 %	3,0 67	0,3 81

	HOMOS EXUALI TE	1	1,4%	100%	0	0	0		
	RAPPOR TS NON PROTEG E	1	1,4%	100%	0	0	0		
	TOXICO MANIE	0	0	0	1	1,3%	100%		
	total	73	100%	48,6%	76	100%	51,4 %		

chapitreVIII:

Discussion



DISCUSSION

1. Caractéristiques générales de la population

Notre étude a porté sur 148 patients présentant un trouble bipolaire hospitalisé en psychiatrie. La population étudiée était caractérisée par une prédominance masculine, avec 112 hommes (75,7 %) contre 36 femmes (24,3 %), soit une sex-ratio de 3,1.

L'âge moyen des patients était de 34,1 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge supérieure à 40 ans (31,8 %).

Cette prédominance masculine est particulièrement marquée dans notre population et devient encore plus nette lorsqu'on s'intéresse au sous-groupe des consommateurs de substances psychoactives : 73 hommes contre seulement 3 femmes. Chez les non-consommateurs, la différence entre les sexes est moins importante (39 hommes contre 33 femmes).

Cette observation est concordante avec les données de la littérature concernant la comorbidité entre trouble bipolaire et troubles liés à l'usage de substances. Une méta-analyse portant sur des patients bipolaires a notamment retrouvé un risque plus élevé de troubles liés à l'usage de substances chez les hommes.

Il convient néanmoins de distinguer cette observation de l'épidémiologie générale du trouble bipolaire, qui touche globalement les hommes et les femmes de manière relativement comparable. La forte prédominance masculine observée dans notre étude pourrait donc être liée, au moins en partie, aux caractéristiques de la population hospitalisée et surtout à la forte représentation masculine parmi les sujets présentant une consommation de substances.

1. Sexe

La population étudiée était majoritairement de sexe masculin, avec 112 hommes, soit 75,7 %, contre 36 femmes, soit 24,3 %, avec une sex-ratio de 3,1. Cette prédominance masculine était encore plus marquée parmi les consommateurs de substances psychoactives, avec 73 hommes contre seulement 3 femmes. Nos résultats montrent ainsi que la consommation de substances psychoactives était particulièrement représentée chez les hommes dans notre population.

Ces résultats rejoignent globalement les données de la littérature. Hunt et al. Dans une revue systématique et méta-analyse portant sur la comorbidité entre trouble bipolaire et troubles liés à l'usage de substances, ont retrouvé une fréquence importante de cette comorbidité dans les populations cliniques et soulignent notamment l'importance des différences liées au sexe [1].

De même, les données concernant spécifiquement le cannabis montrent que son usage chez les patients bipolaires est associé au sexe masculin [3].

Cette prédominance masculine pourrait être expliquée par une plus grande fréquence des conduites addictives chez les hommes, mais également par des facteurs socioculturels pouvant influencer les habitudes de consommation et le recours aux soins. Toutefois, notre étude étant descriptive, elle ne permet pas d'établir une relation causale entre le sexe masculin et la consommation de substances psychoactives.

2. Âge

Concernant l'âge, la tranche des patients âgés de plus de 40 ans était la plus représentée dans l'ensemble de notre population, avec 47 patients, soit 31,8 %.

L'âge moyen était de 34,1 ans. Cependant, lorsqu'on compare les consommateurs aux non-consommateurs, on constate une représentation plus importante des consommateurs dans les tranches d'âge de 18 à 25 ans et de 25 à 30 ans. Chez les patients âgés de plus de 40 ans, les non-consommateurs étaient plus nombreux, avec 29 patients contre 18 consommateurs. Ainsi, dans notre population, l'usage des substances psychoactives semblait davantage représenté chez les sujets les plus jeunes.

Nos résultats sont en accord avec certaines données de la littérature. Hunt et al.

Ont rapporté que la comorbidité entre trouble bipolaire et troubles liés à l'usage de substances était associée à certaines caractéristiques cliniques, notamment un début plus précoce du trouble bipolaire [1].

Dans la méta-analyse de Pinto et al. Les patients bipolaires consommant du cannabis étaient également plus jeunes et présentaient plus fréquemment un début précoce des symptômes affectifs [3].

Cette surreprésentation des sujets jeunes pourrait être expliquée par une période de plus grande vulnérabilité au début de l'âge adulte, caractérisée par l'apparition concomitante de difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles, pouvant favoriser l'exposition aux substances psychoactives. Elle pourrait également être liée au fait que la consommation de substances constitue un comportement fréquemment rencontré chez les sujets jeunes.

3. Âge de début du trouble bipolaire

L'analyse de l'âge de début du trouble bipolaire montre que la tranche de 18 à 25 ans était la plus représentée, aussi bien chez les consommateurs que chez les non-consommateurs. Chez les consommateurs, 39 patients avaient débuté leur trouble bipolaire entre 18 et 25 ans, contre 22 chez

les non-consommateurs. Après 30 ans, les non-consommateurs devenaient progressivement plus nombreux.

Ces résultats sont concordants avec les données rapportées par Pinto et al, qui ont retrouvé chez les patients bipolaires consommateurs de cannabis une association avec un âge plus jeune et un début plus précoce des symptômes affectifs [3].

Cette observation pourrait suggérer que l'apparition précoce du trouble bipolaire constitue un terrain de vulnérabilité à la consommation de substances psychoactives. Néanmoins, il reste difficile de déterminer, à partir de notre étude, si la précocité du trouble favorise la consommation ou si l'exposition aux substances participe à une expression plus précoce de la maladie.

4. Statut matrimonial

Dans notre étude, les célibataires représentaient la majorité de la population avec 84 patients, soit 56,8 %.

Cette prédominance était également retrouvée dans le groupe des consommateurs, avec 47 célibataires contre 37 chez les non-consommateurs.

Chez les sujets mariés, les non-consommateurs étaient légèrement plus nombreux que les consommateurs, avec respectivement 28 et 23 patients.

Cette tendance rejoint les résultats de Pinto et al, qui ont retrouvé une association entre consommation de cannabis chez les patients bipolaires et statut célibataire [3].

La prédominance de la consommation chez les sujets célibataires pourrait être liée au retentissement social et relationnel du trouble bipolaire associé aux conduites addictives.

Les difficultés relationnelles, l'instabilité professionnelle et les épisodes thymiques répétés peuvent également constituer des facteurs susceptibles de compliquer l'insertion sociale et familiale.

5. Activité professionnelle

Concernant l'activité professionnelle, les chômeurs constituaient la catégorie la plus représentée dans les deux groupes, avec 50 consommateurs contre 55 non-consommateurs.

Chez les fonctionnaires, cependant, les consommateurs étaient plus nombreux que les non-consommateurs, avec respectivement 16 et 5 patients.

La forte représentation des sujets sans activité professionnelle peut être rapprochée du retentissement fonctionnel important que peuvent avoir le trouble bipolaire et les conduites addictives.

Toutefois, cette observation doit être interprétée avec prudence, car le chômage peut être aussi bien une conséquence des difficultés liées à la maladie qu'un facteur favorisant certaines conduites de consommation.

6. Prévalence de la consommation des substances psychoactives

Dans notre population de 148 patients bipolaires, 76 patients présentaient une consommation ou des antécédents de consommation de substances psychoactives, contre 72 patients sans consommation rapportée. La consommation concernait ainsi environ 51,4 % de notre population. Cette fréquence importante est comparable au constat général de la littérature, qui montre que les troubles liés à l'usage de substances sont particulièrement fréquents chez les patients présentant un trouble bipolaire. Hunt et al, dans une revue systématique et méta-analyse réalisée en milieu clinique, concluent que la comorbidité entre trouble bipolaire et troubles liés à l'usage de substances est très fréquente dans les populations hospitalières et ambulatoires [1].

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par l'existence de facteurs communs entre les deux pathologies, notamment des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux, mais également par l'utilisation des substances comme moyen d'automédication de certains symptômes thymiques ou anxieux.

7. Nature des substances consommées

Dans notre étude, le tabac constituait la substance la plus fréquemment retrouvée, concernant 45,9 % des patients, suivi du cannabis avec 30,4 %, des psychotropes avec 29,7 %, de l'alcool avec 22,3 % et de la cocaïne avec 9,5 %. Cette répartition montre la diversité des substances consommées au sein de notre population et souligne l'importance des poly consommations chez certains patients.

Ces résultats rejoignent globalement les données de la littérature concernant la fréquence élevée de la consommation de substances chez les patients bipolaires. Hunt et al. Ont notamment retrouvé une forte prévalence de l'alcool, du cannabis et des autres substances illicites chez les patients présentant un trouble bipolaire [1].

8. Cannabis

Le cannabis représentait une des principales substances retrouvées dans notre population, avec une fréquence de 30,4 %. Cette fréquence apparaît relativement élevée et confirme la place importante du cannabis dans la comorbidité addictive du trouble bipolaire. Pinto et al, dans une méta-analyse regroupant 53 études et plus de 50 000 patients, ont estimé la prévalence de la consommation de cannabis chez les patients bipolaires à environ 24 %. Ils ont également retrouvé une association avec le jeune âge, le sexe masculin, le célibat et un début plus précoce des symptômes affectifs [3].

La fréquence légèrement supérieure retrouvée dans notre étude pourrait être liée aux caractéristiques de notre population, notamment au recrutement hospitalier et aux caractéristiques sociodémographiques locales.

9. Chronologie entre la consommation et le trouble bipolaire

L'étude de l'antériorité de la consommation par rapport au trouble bipolaire montre que, pour plusieurs substances, la consommation avait débuté avant l'apparition de la maladie. Pour le cannabis, 34 patients avaient commencé leur consommation avant le début du trouble, 4 au cours de la maladie et 7 avant puis au cours de la maladie. Pour la cocaïne, 11 patients avaient commencé avant la maladie. Concernant les psychotropes, 29 patients avaient débuté leur consommation avant la maladie, 8 au cours de celle-ci et 7 avant puis au cours de la maladie.

Ces résultats mettent en évidence la complexité de la relation temporelle entre les deux troubles. La littérature rapporte également une association entre la consommation de substances et un début plus précoce du trouble bipolaire [1,3].

Cependant, l'antériorité de la consommation ne permet pas à elle seule d'affirmer une relation causale. Elle pourrait plutôt témoigner de l'existence de facteurs de vulnérabilité communs ou d'une interaction complexe entre facteurs individuels, environnementaux et psychopathologiques.

10. Type de trouble bipolaire et épisodes thymiques

Dans notre étude, le trouble bipolaire de type I était largement prédominant dans les deux groupes, avec 40 patients consommateurs et 43 non-consommateurs. Les épisodes maniaques étaient davantage représentés chez les consommateurs, avec 32 cas contre 18 chez les non-consommateurs. À l'inverse, les épisodes dépressifs étaient plus représentés chez les non-consommateurs, avec 10 cas contre 4 chez les consommateurs.

La prédominance des manifestations maniaques chez les consommateurs peut être rapprochée des données concernant notamment le cannabis. Une revue systématique et méta-analyse a montré que la consommation de cannabis était associée à une aggravation des symptômes maniaques chez les patients présentant déjà un trouble bipolaire [8].

Cette observation pourrait s'expliquer par l'effet des substances psychoactives sur la régulation de l'humeur et par l'interaction entre les effets psychotropes des substances et la vulnérabilité thymique propre au trouble bipolaire.

Toutefois, en l'absence d'analyse statistique permettant de tester cette association dans notre étude, cette interprétation doit rester prudente.

11. Mode et fréquence de consommation

Concernant la fréquence de consommation, une consommation régulière prédominait pour le tabac, les psychotropes et le cannabis. Pour l'alcool, les consommations régulière et irrégulière étaient équivalentes, tandis que la consommation de cocaïne était légèrement plus souvent irrégulière.

La prédominance d'une consommation régulière pour certaines substances témoigne de l'installation de comportements de consommation relativement persistants chez une partie des patients. Cette observation est particulièrement importante dans le suivi psychiatrique, car la consommation répétée peut compliquer l'évaluation de l'état thymique et influencer l'évolution clinique.

12. Antécédents judiciaires

Les antécédents judiciaires étaient majoritairement absents dans les deux groupes. Toutefois, ils étaient plus fréquemment retrouvés chez les consommateurs de substances psychoactives, avec environ 27 patients contre 19 chez les non-consommateurs.

Cette différence pourrait traduire le retentissement psychosocial plus important observé chez certains patients présentant une comorbidité addictive. Les conduites addictives peuvent en effet s'accompagner de difficultés sociales, familiales et professionnelles susceptibles d'augmenter l'exposition à des situations judiciaires. Néanmoins, cette interprétation doit rester prudente, car notre étude ne permet pas d'identifier les causes précises des antécédents judiciaires ni d'établir une association causale.

13. Tentatives de suicide

Dans notre étude, la majorité des patients ne présentait pas d'antécédent de tentative de suicide, aussi bien chez les consommateurs que chez les non-consommateurs. Les différentes méthodes de tentative de suicide étaient peu représentées dans les deux groupes.

Ces résultats doivent toutefois être interprétés à la lumière des données de la littérature. Carra et al, dans une méta-analyse portant sur 31 294 patients bipolaires, ont montré que la présence d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou d'autres substances était associée à une probabilité plus élevée de tentative de suicide [4].

De même, Schaffer et al. ont identifié la présence d'un trouble lié à l'usage de substances, ainsi que l'usage d'alcool et de substances illicites, parmi les facteurs significativement associés aux tentatives de suicide chez les patients bipolaires [5].

La différence entre nos résultats et ceux rapportés dans la littérature pourrait être liée à la taille de notre échantillon, à la nature descriptive de notre étude et à la faible fréquence des événements suicidaires observés dans notre population.

14. Nombre d'hospitalisations

Dans notre étude, une seule hospitalisation représentait la situation la plus fréquente dans les deux groupes. Elle concernait 45 consommateurs contre 38 non-consommateurs. Pour deux hospitalisations, les non-consommateurs étaient plus nombreux, tandis que pour trois hospitalisations ou davantage, les consommateurs étaient légèrement plus représentés.

La littérature suggère que la comorbidité addictive peut être associée à une évolution clinique plus complexe et à une utilisation plus importante des soins psychiatriques. Hunt et al.

Rapportent notamment que la comorbidité entre trouble bipolaire et troubles liés à l'usage de substances constitue un facteur important de complexité clinique [1].

Dans notre série, la différence observée concernant les hospitalisations multiples reste cependant descriptive et ne permet pas de conclure à une association statistiquement significative.

15. LES infections :

Dans notre étude, les infections étaient peu fréquentes : 98 % des patients ne présentaient aucune infection, tandis que seulement 2 % présentaient une infection. Aucun cas de VIH, de VHC ou de syphilis n'a été retrouvé, soit 100 % de résultats négatifs pour chacun de ces dépistages. Ces résultats diffèrent de ceux rapportés dans la littérature. Matthews et al. ont étudié 325 410 patients et ont montré que les patients présentant un trouble bipolaire, particulièrement lorsqu'il était associé à un trouble lié à l'usage de substances, avaient un risque accru d'infection par le VHC. Le risque relatif était multiplié par 5,46 chez les patients présentant les deux troubles par rapport aux témoins. De même, une étude menée chez des patients présentant des troubles mentaux sévères a retrouvé des prévalences de 0,24 % pour le VIH, 0,53 % pour le VHB et 4,58 % pour le VHC, avec une augmentation du risque associée notamment à l'usage de substances. L'absence de cas de VIH et de VHC dans notre série peut donc paraître inférieure aux données rapportées dans certaines populations à haut risque. Cette différence pourrait notamment s'expliquer par la faible représentation des modes de consommation à haut risque dans notre échantillon, en particulier l'usage injectable, ainsi que par les caractéristiques de notre population et le contexte de dépistage. Concernant la syphilis, aucun cas n'a également été identifié dans notre étude. Ce résultat contraste avec certaines populations de patients présentant des troubles liés à l'usage de substances, chez lesquelles des infections sexuellement transmissibles ont été retrouvées. Par ailleurs, une étude de cohorte taïwanaise a montré que les patients atteints de trouble bipolaire présentaient un risque accru d'infection sexuellement transmissible, notamment de VIH et de syphilis, par rapport à la population témoin. Concernant l'Ag HBs, la majorité des patients positifs dans notre étude ne présentait aucun facteur de risque identifié. L'analyse bivariée n'a pas montré d'association statistiquement significative entre la positivité de l'Ag HBs et l'usage de substances psychoactives ($\chi^2 = 3,067$; $p =$

0,381). Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence compte tenu de la taille des sous-groupes. Ainsi, contrairement à certaines études mettant en évidence une fréquence plus importante des infections virales chez les patients présentant des troubles psychiatriques et/ou une consommation de substances, notre série montre une faible fréquence des infections dépistées. Cette différence souligne l'importance de tenir compte des caractéristiques de la population étudiée, des modes de consommation et du contexte épidémiologique dans l'interprétation des résultats.

16. Conclusion de la discussion :

Au total, notre étude met en évidence une fréquence importante de la consommation de substances psychoactives chez les patients présentant un trouble bipolaire, avec une prédominance chez les sujets de sexe masculin et chez les patients les plus jeunes. Le cannabis et le tabac occupaient une place importante parmi les substances consommées.

La consommation était fréquemment antérieure à l'apparition du trouble bipolaire, particulièrement pour le cannabis, la cocaïne et les psychotropes. Nous avons également observé une plus grande représentation des épisodes maniaques chez les consommateurs.

Ces résultats rejoignent globalement les données de la littérature, qui soulignent la fréquence élevée et la complexité de la comorbidité entre trouble bipolaire et troubles liés à l'usage de substances [1,3]. Cette association semble s'accompagner d'un retentissement clinique et psychosocial important et justifie une recherche systématique des conduites addictives chez tout patient présentant un trouble bipolaire.

Cependant, nos résultats doivent être interprétés en tenant compte du caractère descriptif de notre étude.

L'absence d'analyse statistique différentielle ne permet pas d'établir de lien causal entre les différentes variables étudiées. Des études ultérieures portant sur des échantillons plus importants et utilisant une analyse comparative et multivariée seraient nécessaires afin de mieux préciser les facteurs associés à cette comorbidité.

Les forces de l'étude :

L'intérêt porté à une problématique clinique importante et fréquente en psychiatrie : la comorbidité entre trouble bipolaire et consommation de substances psychoactives.

L'effectif relativement important de notre étude, comprenant 148 patients bipolaires.

L'étude de plusieurs caractéristiques sociodémographiques, cliniques et addictologies des patients. La comparaison entre les patients consommateurs et non-consommateurs de substances psychoactives.

L'étude de différentes substances psychoactives ainsi que de leur fréquence et de leur modalité de consommation. L'étude de la relation temporelle entre la consommation et l'apparition du trouble bipolaire.

L'étude de certains éléments évolutifs importants tels que les hospitalisations psychiatriques et les tentatives de suicide.

Les limites de notre étude :

Dès le début de notre travail et tout au long de la période de collecte des données, nous avons été confrontés à plusieurs difficultés susceptibles d'influencer l'interprétation de nos résultats, Parmi lesquelles :

La disponibilité et la qualité des informations recueillies dans les dossiers médicaux : certaines données épidémiologiques, cliniques ou addictologies étaient parfois incomplètes ou insuffisamment détaillées, ce qui a pu limiter l'analyse de certaines variables.

La difficulté d'obtenir des informations précises concernant la consommation des substances psychoactives : certains patients peuvent minimiser ou ne pas déclarer leur consommation, notamment en raison de la stigmatisation, de la peur du jugement ou de conséquences sociales et familiales.

La stigmatisation liée aux troubles psychiatriques et aux conduites addictives : elle peut constituer un obstacle à la déclaration spontanée de certaines consommations et ainsi entraîner une sous-estimation de leur fréquence.

Les troubles cognitifs et les symptômes psychiatriques : certains patients peuvent présenter, au moment de l'entretien, des troubles de l'attention, de la mémoire, de la concentration ou une désorganisation psychique pouvant rendre difficile la reconstitution précise de l'histoire de la consommation et de l'évolution de la maladie.

La difficulté d'établir avec précision la chronologie entre la consommation et le début du trouble bipolaire : dans certains cas, la date exacte du début de la consommation ou celle de l'apparition des premiers symptômes thymiques pouvait être difficile à déterminer rétrospectivement. Le caractère essentiellement descriptif de notre étude : l'analyse statistique a principalement porté sur les fréquences, les pourcentages et les moyennes.

De ce fait, nos résultats permettent de décrire les caractéristiques de la population étudiée mais ne permettent pas d'établir avec certitude des associations statistiques ou des relations de causalité entre la consommation de substances psychoactives et les différentes caractéristiques du trouble bipolaire.

La taille de certains sous-groupes : certaines substances, notamment la cocaïne et les autres produits toxiques, concernaient un nombre relativement limité de patients, ce qui réduit la possibilité d'effectuer des comparaisons solides entre les différents types de substances.

Le caractère hospitalier de la population étudiée : notre étude ayant été réalisée auprès de patients hospitalisés en psychiatrie, les résultats ne peuvent pas être généralisés directement à l'ensemble des personnes présentant un trouble bipolaire dans la population générale.

11) Perspectives et recommandations :

L'analyse comparative de nos résultats aux données de la littérature fait ressortir que :

- La comorbidité entre le trouble bipolaire et la toxicomanie est fréquente, avec une proportion importante de patients présentant une consommation de substances psychoactives dans notre population étudiée.
- Le tabac représente la substance la plus fréquemment consommée, suivi par le cannabis et les psychotropes, ce qui rejoint les données rapportées dans plusieurs études concernant la fréquence élevée des conduites addictives chez les patients bipolaires.
- La consommation de substances psychoactives débute souvent précocement, notamment à l'adolescence et chez l'adulte jeune, ce qui souligne l'importance d'un repérage précoce des conduites addictives.
- La consommation de substances est particulièrement représentée chez les sujets jeunes, notamment dans les tranches d'âge de 18 à 30 ans dans notre étude.
- La consommation de substances psychoactives est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes dans notre population, avec une nette prédominance masculine.
- Le trouble bipolaire de type I constitue la forme la plus représentée dans notre population, tandis que les épisodes maniaques sont davantage retrouvés chez les patients consommateurs de substances psychoactives.
- La présence d'antécédents familiaux de toxicomanie semble plus fréquente chez les patients consommateurs, soulignant l'intérêt de rechercher systématiquement les antécédents addictologiques familiaux lors de l'évaluation psychiatrique.

- La situation socio-professionnelle constitue un élément important à prendre en considération, notamment la forte proportion de patients sans emploi, qui peut participer à la vulnérabilité psychosociale et compliquer la réinsertion.
- L'association trouble bipolaire–toxicomanie constitue une situation clinique complexe, nécessitant une prise en charge globale, précoce et multidisciplinaire afin de limiter les rechutes, les hospitalisations et les conséquences psychosociales.

À l'issue de ce travail, certaines recommandations peuvent être faites :

- Promouvoir la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes par le biais d'actions de sensibilisation sur les effets néfastes des substances psychoactives, notamment dans les établissements scolaires et universitaires.
- Ne pas se limiter à transmettre l'information, mais développer les compétences psychosociales des jeunes afin de renforcer leur capacité à faire face au stress, à la pression sociale et aux situations favorisant la consommation de substances.
- Renforcer le dépistage précoce des conduites addictives chez les patients présentant un trouble bipolaire, dès la première consultation psychiatrique et au cours du suivi.
- Rechercher systématiquement la consommation de substances psychoactives : tabac, cannabis, alcool, psychotropes détournés de leur usage thérapeutique, cocaïne et autres substances.
- Préciser l'âge de début et la chronologie de la consommation par rapport à l'apparition du trouble bipolaire afin de mieux comprendre l'évolution de la comorbidité.
- Proposer une prise en charge intégrée du trouble bipolaire et de la toxicomanie, en évitant de considérer les deux problématiques comme des troubles indépendants.
- Renforcer l'accompagnement et l'assistance des jeunes victimes de conduites addictives, notamment par une orientation précoce vers les structures spécialisées en psychiatrie et en addictologie.

- Développer les programmes de psychoéducation, permettant au patient de mieux comprendre son trouble, d'améliorer l'observance thérapeutique et d'identifier précocement les signes de rechute.
- Proposer des programmes d'entraide et de soutien aux familles, afin de les aider à mieux comprendre le trouble bipolaire et les conduites addictives et à participer efficacement à la prise en charge.
- Renforcer l'alliance thérapeutique et favoriser la participation active du patient dans les décisions concernant son traitement et son suivi.
- Améliorer la coordination entre les professionnels de santé, notamment les psychiatres, psychologues, addictologies, médecins généralistes, infirmiers et travailleurs sociaux.
- Favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des patients, particulièrement chez les personnes sans emploi, afin de réduire l'isolement et la vulnérabilité psychosociale.
- Renforcer la prévention du risque suicidaire, notamment chez les patients présentant une consommation de substances psychoactives, des épisodes thymiques sévères ou des antécédents de comportements suicidaires.
- Assurer un suivi régulier après l'hospitalisation, afin de prévenir les rechutes, améliorer l'observance thérapeutique et réduire le risque de ré hospitalisation.
- Encourager la réalisation d'études prospectives et multicentriques afin de mieux déterminer les facteurs associés à la survenue, à la persistance et à l'évolution de la comorbidité entre trouble bipolaire et toxicomanie.

CONCLUSION :

Au terme de cette étude consacrée au trouble bipolaire associé à la consommation de substances psychoactives, nous avons cherché à mieux caractériser cette comorbidité au sein d'une population de patients hospitalisés en psychiatrie à l'EHS HDEB-Ouargla.

Notre travail a porté sur 148 patients présentant un trouble bipolaire. L'analyse de leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques a permis de mettre en évidence plusieurs éléments importants. La population étudiée était principalement masculine, avec 112 hommes contre 36 femmes, soit respectivement 75,7 % et 24,3 %.

L'âge moyen était de 34,1 ans, avec une représentation particulièrement importante des sujets jeunes et des adultes d'âge moyen. Sur le plan social, une proportion importante des patients était célibataire et 70,9 % étaient sans emploi, ce qui traduit la vulnérabilité socio-professionnelle de cette population. Ces difficultés peuvent avoir des répercussions importantes sur l'autonomie, les relations sociales et la continuité des soins. L'étude des caractéristiques du trouble bipolaire a montré une nette prédominance du trouble bipolaire de type I, retrouvé chez 56,1 % des patients. L'âge de début du trouble se situait principalement entre 18 et 30 ans, avec un âge moyen d'apparition d'environ 27 ans. Cette période relativement précoce de début constitue un élément important à prendre en considération dans le repérage et le suivi des patients.

L'un des principaux résultats de notre étude concerne la présence d'une consommation de substances psychoactives chez une proportion importante des patients. Parmi les substances étudiées, le tabac était le plus fréquemment retrouvé, suivi du cannabis, des psychotropes, de l'alcool et de la cocaïne. Cette diversité des substances consommées montre que l'évaluation addictologie ne devrait pas se limiter à une seule catégorie de produit chez les patients présentant un trouble bipolaire.

L'étude de l'âge de début des différentes consommations a également montré une initiation souvent précoce, notamment durant l'adolescence et le début de l'âge adulte. Cette observation est particulièrement importante dans une perspective de prévention, puisqu'elle met en évidence la nécessité d'intervenir avant l'installation de conduites addictives durables.

L'analyse de la chronologie entre la consommation de substances et le trouble bipolaire a par ailleurs montré que, pour plusieurs produits, la consommation avait débuté avant l'apparition du trouble bipolaire. Toutefois, notre étude ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les deux phénomènes. Elle permet plutôt de souligner leur coexistence et l'intérêt d'étudier avec précision leur succession dans le temps.

La comparaison entre les patients consommateurs et non consommateurs a fait apparaître certaines tendances. La consommation était davantage représentée chez les hommes et les sujets âgés de 18 à 30 ans. Elle était également plus fréquente chez les célibataires. Par ailleurs, les antécédents familiaux de toxicomanie étaient plus souvent retrouvés chez les patients consommateurs, ce qui

souligne l'intérêt d'une recherche systématique de l'histoire familiale lors de l'évaluation addictologie. Sur le plan clinique, notre analyse a également montré une plus grande représentation des épisodes maniaques chez les patients consommateurs, alors que les épisodes dépressifs étaient davantage observés chez les patients ne rapportant pas de consommation. Cette observation mérite cependant d'être interprétée avec prudence, compte tenu du caractère rétrospectif et descriptif de notre étude et de l'absence d'analyse permettant d'établir une relation causale.

Ainsi, nos résultats montrent que la consommation de substances psychoactives constitue une dimension importante à rechercher chez les patients présentant un trouble bipolaire. Elle ne doit pas être considérée comme un élément secondaire du tableau clinique, car elle s'inscrit dans un contexte où interviennent également des facteurs individuels, familiaux et socio-professionnels.

Ces constatations plaident en faveur d'une évaluation systématique des conduites addictives dès le diagnostic du trouble bipolaire et tout au long du suivi.

L'identification de la substance consommée, de l'âge de début, de la fréquence d'utilisation et de sa relation temporelle avec les épisodes thymiques permettrait d'obtenir une vision plus complète de la situation du patient. La prise en charge devrait également dépasser le seul traitement des symptômes thymiques. Une attention particulière devrait être accordée à la consommation de substances, à l'observance thérapeutique, à la psychoéducation, au soutien familial ainsi qu'aux difficultés sociales et professionnelles.

Une collaboration entre les différents intervenants en santé mentale et en addictologie pourrait ainsi favoriser une prise en charge plus cohérente et plus adaptée aux besoins de ces patients. Enfin, notre étude présente certaines limites, notamment son caractère rétrospectif et descriptif, son recrutement dans un seul établissement et la dépendance aux informations disponibles dans les dossiers et recueillies auprès des patients.

Ces éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation de nos résultats et limitent leur généralisation à l'ensemble de la population.

Des études ultérieures, notamment prospectives, multicentriques et portant sur des effectifs plus importants, seraient nécessaires pour approfondir l'étude de cette comorbidité. Elles pourraient notamment permettre de mieux préciser les relations temporelles entre consommation et trouble bipolaire, d'identifier les facteurs associés aux rechutes et aux hospitalisations et d'évaluer les stratégies thérapeutiques les plus adaptées.

En définitive, l'association entre trouble bipolaire et toxicomanie représente une problématique complexe qui nécessite une attention particulière dans la pratique psychiatrique.

Nos résultats soulignent surtout l'intérêt d'un repérage précoce, d'une évaluation globale et d'une prise en charge coordonnée, avec une place importante accordée à la prévention, à la psychoéducation et au soutien du patient et de son entourage.

L'objectif final doit être non seulement de contrôler les épisodes thymiques et de réduire les conduites addictives, mais également de préserver l'autonomie, la réinsertion sociale et la qualité de vie des personnes concernées.

Bibliographies:

[1]Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016; 206:331-349.
doi:10.1016/j.jad.2016.07.011.

- [2]Lalli M, Brouillette K, Kapczinski F, Cardoso TA. Substance use as a risk factor for bipolar disorder: a systematic review. *J Psychiatr Res.* 2021; 144:285-295. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.10.012.
- [3]Pinto JV, Medeiros LS, da Rosa GS, de Oliveira CES, Crippa JAS, Passos IC, Kauer-Sant'Anna M. The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: a systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019; 101:78-84. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.04.004.
- [4]Carrà G, Bartoli F, Crocamo C, Brady KT, Clerici M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014; 167:125-135. doi:10.1016/j.jad.2014.05.066.
- [5]Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015; 17(1):1-16. doi:10.1111/bdi.12271.
- [6] Sperry SH, Lippard ETC. Co-occurring bipolar and substance use disorders: a review of impacts, biopsychosocial mechanisms, assessment, and treatment. *Focus (Am Psychiatr Publ).* 2025; 23(2):173-182. doi:10.1176/appi.focus.20240044.
- [7]Aguiar KR, Zimmer C, Kampmann L, Caobelli AC, Chagas V, Jansen K, et al. Prevalence and clinical correlates of cocaine use disorder among patients diagnosed with bipolar disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Neurosci Biobehav Rev.* 2026;185:106626. doi:10.1016/j.neubiorev.2026.106626.
- [8]Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP. Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015;171:39-47. doi:10.1016/j.jad.2014.09.016.
- [9] González-Pinto A, Goikolea JM, Zorrilla I, Bernardo M, Arrojo M, Cunill R, et al. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with bipolar disorder and comorbid substance use. *Adicciones.* 2022;34(2):142-156. doi:10.20882/adicciones.1528.
- [10] O'Hearn B, Akpolat N, Kobaissi H, Kamali M, Nierenberg AA, Sylvia LG, Gold AK. Psychosocial and psychopharmacological interventions for comorbid bipolar disorder and substance use disorders: a review. *Psychiatr Ann.* 2024;54(9):e258-e262. doi:10.3928/00485713-20240918-01.

[1] **Hunt** → prévalence, sexe, âge, hospitalisations, complexité de la comorbidité.

[2] **Lalli** → relation entre consommation et trouble bipolaire, facteurs de risque et mécanismes.

[3] **Pinto** → cannabis, jeune âge, sexe masculin, célibat et début précoce.

[4] **Carrà** → tentatives de suicide et comorbidité bipolaire–substances.

[5] **Schaffer** → facteurs associés au risque suicidaire dans le trouble bipolaire.

[6] **Sperry & Lippard** → mécanismes biopsychosociaux, évaluation et prise en charge.

[7] **Aguiar** → cocaïne et trouble bipolaire.

[8] **Gibbs** → cannabis et symptômes maniaques.

[9] **González-Pinto** → recommandations pharmacologiques et psychologiques.

[10] **O'Hearn et al.** → Interventions psychosociales et pharmacologiques.

Annexe

Nom/ prénom : _____ N : dossier _____
 Date de naissance : _____ Lieu de résidence : _____
 Sexe : ☒ homme ☐ femme
 Statu marital : ☒ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)
 Activité professionnelle : _____
 Niveau scolaire : ☐ Aucun ☐ primaire ☒ moyen ☐ Secondaire ☐ Universitaire
 Les antécédents psychiatriques : ☐ non ☐ oui Noté
 Pathologie : _____
 Tentatives de suicide ☐ non ☐ oui NBRE : _____
 Façon : _____
 L'âge de la 1^{ère} TS : _____
 Les antécédents d'hospitalisation (nombre/durée) : _____
 L'âge de la 1^{ère} H : _____ ATCD PC
 Les antécédents personnels : Judiciaires : ☐ non ☐ oui
 Antécédents familiaux psychiatrique : père : ☐ oui ☐ non /pathologie : _____
 Mère : ☐ oui ☐ non /pathologie : _____
 Autres : qui ? _____
 Pathologie : _____
 Antécédents familiaux médicales : père : ☐ HTA ☐ Diabète ☐ Autres
 Mère : ☐ HTA ☐ Diabète ☐ Autres
 Les antécédents familiaux de toxicomanie : ☐ Oui ☐ Non
 Qui _____
 Diagnostic : ☐ Sx ☐ TB1 ☐ TB2 ☐ Accès maniaque ☐ Dépression
☐ Toxicomanie ☐ Autres.....

Caractéristique de la schizophrénie :	Caractéristique du TB1/ TB2/ Accès maniaque/ Dépression
Age de début :	Age de début :
Mode : ☐ progressive ☐ aiguë	Alliance thérapeutique : ☐ Oui ☐ Non
Forme clinique : ☐ simple ☐ Catatonique	Conscience des troubles : ☐ Oui ☐ Non
Traitement :	Traitement :